فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۳۳۲-۳۱۱، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 311-332, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

نقش خودکنترلی، عواطف و شفقت به خود در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد

سولماز دبیری[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۱۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بر اساس خودکنترلی، عواطف، و شفقت به خود بود. **روش:** روش این پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. از این بین، ۲۷۹ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های آمادگی به اعتیاد، شفقت به خود، خودکنترلی، و عواطف پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین آمادگی به اعتیاد در دانشجویان با عاطفه منفی رابطه مثبت و با خودکنترلی، عاطفه مثبت، و شفقت به خود رابطه منفی وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از این بود که ۶۷ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد دانشجویان بر اساس خودکنترلی، عواطف و شفقت به خود پیش‌بینی شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که متخصصانی که با افراد وابسته به مواد سروکار دارند و در فرایند درمان آن‌ها حضور دارند می‌توانند عوامل همراه با اعتیاد مانند خودکنترلی، هیجانات، و شفقت به خود را در نظر گرفته و به طور همزمان با درمان اعتیاد، برای ارتقاء سطح این متغیرها نیز گام بردارند.

کلیدواژه‌ها: خودکنترلی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، شفقت به خود، آمادگی به اعتیاد

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
پست الکترونیک: s.dabiri@iau-tnb.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

مقدمه

مشابه سایر انحرافات اجتماعی، اعتیاد یک معضل اجتماعی و یک پدیده مخرب است که ارزشمندترین سرمایه‌های یک کشور یعنی نوجوانان و جوانان را از بین می‌برد (چشمه سنگی، کردتمینی و کهرضایی، ۲۰۱۶). راهنمای تشخیصی-آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم) اختلال سوء مصرف مواد را به عنوان مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تعریف می‌کند و بیان می‌کند که فرد با وجود مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد به استفاده از این ماده ادامه می‌دهد (جیلوها[1]، ۲۰۱۲؛ پلات، تامپسون و پترسون[2]، ۲۰۱۸). اعتیاد ریشه در بنیان‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد و می‌تواند تمایل افراد به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی را کاهش دهد و همچنین منجر به فروپاشی بنیان خانواده می‌شود (علایی، ضبیحی، احمدی، دوستی و صابری، ۲۰۱۷). امروزه استفاده از الکل و داروهای ممنوعه و قاچاق یکی از مشکلات عمومی مهم در سرتاسر جهان است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲). طبق گزارش جهانی مواد مخدر دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۲۰، حدود ۲۷۵ میلیون نفر مواد مخدر مصرف کردند و بیش از ۳۶ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد رنج بردند (اداره ملی داروها و جرم امریکا[3]، ۲۰۲۱). ویژگی اصلی اختلال‌های مصرف مواد ابتلای فرد به مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که نشان می‌دهند او به رغم مشکلات عمده‌ای که در نتیجه مصرف مواد گریبان‌گیرش شده، همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد. به طور کلی اختلال‌های مصرف مواد بر مبنای الگویی از رفتارهای بیمارگون مرضی مرتبط با مصرف مواد تشخیص داده می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ به نقل از آوادیس یانس، هاشمی میناباد و عرب قهستانی، ۱۳۹۵).

عوامل متعددی با سوء مصرف مواد مرتبط هستند که یکی از آن‌ها که اخیرا مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته شفقت به خود[4] است. اخیرا محققان توجه فزاینده‌ای به نقش

1. Jiloha
2. Platt, Thompson & Patterson
3. United nations office on drugs and crime
4. self-compassion

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

شـفقت به خود در مسـیر کودکی تا مشـکلات مرتبط با مصـرف الکل کرده‌اند. عوامل شـخصـیتی می‌توانند پیامدهای درمانی در افراد دارای سـوءمصـرف مواد را تبیین کنند. شفقت به خود یکی از خصوصیات شخصیتی است که ممکن است با رفتارهای اعتیادآور مرتبط باشـد و به عنوان یک عامل شـخصـیتی حمایت‌کننده در مقابل گرایش به مصـرف مواد باشد (بشر پور و همکاران، ۲۰۱۴). در طول دو دهه گذشته تغییر در ماهیت و عملکرد شـفقت افزایش یافته اسـت. شـفقت می‌تواند به روش‌های گوناگون تعریف شـود. نف[1] (الف۲۰۰۳) شـفقت به خود را این‌گونه تعریف می‌کند" گشـوده بودن به رنج‌های خود، تجربه مراقبت و مهربانی با خود، نگاه غیرقضاوتی توام با درک شکست‌های خود و این‌که تجربه فرد بخشی از تجربه بشری است". تحقیقات حاکی از آن است که خودپنداره‌های مهم (خودسـرزنشـی و خودارزیابی‌های منفی) می‌توانند ناشـی از مواجهه با تروماهای کودکی باشـند و منجر به سـوءمصـرف الکل شـوند (تانکا، ورکرل، اسـموک و پاچلیا_بواک[2]، ۲۰۱۱؛ وتس، دیر، لی و ورکل[3]، ۲۰۱۱). آشکار شده است که شفقت به خود با سوء مصرف مواد مرتبط است. سطوح بالای شفقت به خود ممکن است از طریق فراهم کردن منابع مقابله‌ای تسـکین دهنده خودارزیابی‌های منفی از مشـکلات مرتبط با مصرف الکل جلوگیری کند و یا آن‌ها را کاهش دهد (میرون، اورکات، هانان و تامپسون[4]، ۲۰۱۴). رندون[5] (۲۰۰۷) دریافت که اسـتفاده از الکل در میان نمونه‌ای از دانشـجویان با سطوحی از شفقت به خود رابطه منفی داشت. بروکز، کای – لامبکین، باومن و چایلدز[6] (۲۰۱۲) گزارش کرده‌اند که افراد دارای سـوءمصـرف مواد یا الکل در مقایسـه با جمعیت‌های عمومی از سطوح پایین شفقت به خود برخوردارند. تانکا و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که در نوجوانانی که در کودکی با تروما مواجه شـده‌اند سـطوح پایین شـفقت به خود با آشـفتگی بیشـتر و مشـکلات بیشـتر مرتبط با مصـرف الکل مرتبط بود. وتس و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که نوجوانان ناسازگار دارای سطوح بالای شفقت به خود شدت

1. Neff
2. Tanaka, Werkerle, Schmuck, & Paglia-Boak
3. Vettese, Dyer, Li & Vercell
4. Miron, Orcutt, Hannan & Thompson
5. Rendon
6. Brooks, Kay-Lambkin, Bowman & Childs.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

کمتری از مشکلات مرتبط با اعتیاد را گزارش کرده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد که سطوح بالای شفقت به خود از استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه نوجوانان دارای تاریخچه ناسازگاری حمایت می‌کند. در حالی که سطوح پایین شفقت به خود ممکن است نقش مهمی در استفاده از راهبردهای ناسازگار نظیر سوءمصرف مواد داشته باشد (میرون و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌های کمی به رابطه بین شفقت به خود و وابستگی به مواد پرداخته‌اند. فرض بر این است که برخی افراد به خصوص افراد وابسته به مواد ممکن است دارای ترس از هیجانات مثبت باشند. گیلبرت، میوان، ماتوس و ریویز[1] (۲۰۱۱) پیشنهاد کرده‌اند که افراد با دلبستگی ناایمن ممکن است ترس از شفقت را تجربه کنند که می‌توان مانع از بهبودی به خصوص برای افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا باشد. افراد ممکن است از نشان دادن شفقت به افراد دارای سوءمصرف مواد ترس داشته باشند. نف، هسی و دیجیترات[2] (۲۰۰۵) گزارش کردند که شفقت به خود با راهبرهای مقابله‌ای سازگارانه ارتباط معناداری دارد و می‌تواند در شرایط فاجعه‌انگیز یک عامل حمایتی باشد. طبق نظر نف (۲۰۰۳ الف و ۲۰۰۳ ب) شفقت به خود می‌تواند یک فرایند سازگاری باشد؛ زیرا سلامت و انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد و با خودانتقادی، ترس از شکست، اضطراب و افسردگی رابطه منفی دارد (نف و وونک[3]، ۲۰۰۹؛ راس[4]، ۲۰۱۰، شاپیرو و مونگراین[5]، ۲۰۱۰؛ تری، لری و مهتا[6]، ۲۰۱۲). چن[7] (۲۰۱۹) در پژوهش خود عنوان کرده که شفقت به خود عامل مهمی برای رهایی از مصرف مواد است. فیلپس، پانجاگوآ، ویلکاکسون و پاتر[8] (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین شفقت به خود و مصرف مواد رابطه معکوس وجود دارد.

خودکنترلی[9] یکی دیگر از متغیرهایی است که با تمایل به سوءمصرف مواد مرتبط است. شواهد حاکی از آن است که یکی از پایه‌های اصلی گرایش به اعتیاد فقدان

1. Gilbert, Mcewan, Matos & Rivis
2. Neff, Hsieh &Dejitterat
3. Neff & Vonk
4. Raes
5. Shapira & Mongrain
6. Terry, Leary & Mehta
7. Chen
8. Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter
9. self-control

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

خودکنترلی اســت (برکمن، فالک و لیبرمن[1]، ۲۰۱۱، وینبرگ[2]، ۲۰۱۳؛ وســت[3]، ۲۰۰۶). طبق نظر گودفردسون و هیرچی[4] (۱۹۹۰) تفاوت‌های فردی در خودکنترلی با سومصرف الکل، مصرف سیگار، زندگی زناشویی بی‌ثبات و اعتیاد مرتبط است. خودکنترلی اشاره به توانایی درونی افراد دارد که آن‌ها را قادر می‌سازد تا در برابر وسوسه‌های نامناسب یا خودتخریبی برای دستیابی به اهداف بلندمدت مقاومت کنند. به عبارت دیگر منظور از خودکنترلی این است که در حالی که افراد برای عمل برانگیخته هستند، بتوانند رفتارها، احساسات و غرایز خود را کنترل کنند (شیخ الاسلامی و نوروزی فیروز، ۱۴۰۰). از نظر تاریخی تعریف خودکنترلی، مشتق شده است از مفهوم کنترل تلاشگرانه و مفهوم دنبال کردن اهداف با ارزش پایا و ماندگار. افراد برخوردار از سطوح بالای خودکنترلی عموما تمایل دارند که رضایت شخصی، بر اساس انگیزه‌های فوری را به تاخیر بیندازند و انرژی بیشتری را به اهداف آینده خود اختصاص دهند (فرایز و هافمن[5]، ۲۰۰۹؛ یانگ، ژیا و ژو[6]، ۲۰۱۹). افراد دارای خودکنترلی درونی معتقدند که موفقیت‌ها یا شکست‌هایشان به تلاش و توانایی آن‌ها بستگی دارد. این افراد معتقدند که تقویتی که دریافت می‌کنند تحت کنترل رفتارها و ویژگی‌های خود آن‌ها است و این درحالی است که افراد دارای خودکنترلی بیرونی معتقدند که شانس یا سختی و آسانی تکالیف باعث موفقیت یا شکست آن‌ها می‌شود. این افراد تصور می‌کنند که تقویت توسط دیگران، سرنوشت یا شانس کنترل می‌شود. آنان متقاعد شده‌اند که در رابطه با این نیروهای بیرونی عاجز هستند، این افراد معتقدند که رفتارها و توانایی‌هایشان تاثیری در تقویت‌هایی که دریافت می‌کنند، ندارد (جانفزا و شیرازی، ۱۳۹۴). در این زمینه واتس و ایراتزوکی[7] (۲۰۱۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که خودکنترلی پایین باعث افزایش سوءمصرف مواد می‌شود. قاسمی جوبانه، جلیل نیکو و تقوایی نیا (۲۰۱۸) نیز به این نتیجه رسیدند که تنظیم هیجان به واسطه خودکنترلی می‌تواند اثر غیرمستقیم بر سوءمصرف مواد داشته باشد. مولایی، ابوالقاسمی و

1. Berkman, Falk & Lieberman
2. Weinberg
3. West
4. Gottfredson & Hirschi
5. Friese & Hofmann
6. Yang, Xia & Zhou
7. Watts & Iratzoqui

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

آقابابایی (۲۰۱۶) در پژوهشی دریافتند که بین خودکنترلی و گرایش به سوءمصرف مواد ارتباط معناداری وجود دارد. جانفزا و شیرازی (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین خودکنترلی و استعداد به اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد. خدایاری فرد، شهابی و اکبری زرخانه (۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین خودکنترلی پایین و گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. نتایج الهوردی‌پور و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که دانش‌آموزان با خودکنترلی کم ۱۳ برابر بیشتر از دانش‌آموزان با خودکنترلی بالا در معرض مصرف مواد مخدر قرار دارند و فشار همسالان یکی از عوامل تعیین‌کننده اقدام به مصرف موادمخدر می‌باشد. ویسر، وینتر، ونسترا، ورهالست و ریجنولد[1] (۲۰۱۳) در پژوهشی بین خودکنترلی و سوءمصرف الکل ارتباط معناداری یافتند. تحقیقات حاکی از ارتباط معنادار خودکنترلی با سوءمصرف مواد است (پوکهرل، ساسمن، سان، کنایزر و ماساگتوو[2]، ۲۰۱۰؛ اوتن، بارکر، موگان، آرسنالت و اینگل[3]، ۲۰۱۰).

دیگر عاملی که در ارتباط با مصرف مواد مطرح می‌شود، عواطف و تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان یکی از فرایندهای شناختی افراد هنگام برخورد با وقایع استرس‌زا است. شواهد نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین عوامل موثر در سلامت روان‌شناختی است (کریمی، مومنی و حاتمیان، ۲۰۱۷). تنظیم عواطف یکی از مکانیزم‌هایی است که در ایجاد و نگهداری اختلالات مصرف مواد نقش اساسی و مهمی دارد. در مدل پردازش عاطفی تقویت منفی فرض بر این است که عاطفه منفی، عامل اصلی ایجاد و نگهداری اختلالات مصرف مواد است (کوک، واندرلیچ و لاوندر[4]، ۲۰۱۴). در این زمینه اعتقاد بر این است که نقص در تنظیم هیجان با اختلال در مدار دوپامین سیستم لیمبیک همراه است و به این طریق در مصرف مواد نقش دارد (سوزوکی[5] و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد حاکی از آن است که بدتنظیمی هیجانی با سوءمصرف مواد رابطه داشته و

1. Visser, Winter, Veenstra,Verhulst & Reijneveld
2. Pokhrel, Sussman, Sun, Kniazer, & Masagutov
3. Otten, Barker, Maughan, Arseneault & Engels
4. Cook, Wonderlich & Lavender
5. Suzuki

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

می‌تواند سوءمصرف مواد را پیش‌بینی کند (کریمی و همکاران، ۲۰۱۷؛ ماسون، هیتچینگز و اسپوت[1]،۲۰۰۹؛ استیوز، جورجیو، سانچز-مارکز، لوپز-گونزالز و گریفیتس[2]، ۲۰۱۷؛ میسل، استیک و اسپرینگر[3]، ۲۰۰۶؛ کامپلاینن و روئین[4]، ۲۰۰۲). همچنین شواهد نشان می دهد که استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان با کاهش عواطف منفی و حوادث عاطفی مرتبط هستند و تمرکز بر روی استراتژی‌های تنظیم هیجان مثبت، درک افراد از مدیریت هیجان را افزایش می‌دهد (طباطبایی، ۲۰۲۰). پور مهدی، نجفی و خسروانی (۲۰۲۲) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین عاطفه منفی و وابستگی به نیکوتین رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. ابوالقاسمی و رجبی (۲۰۱۳) دریافتند که کنترل عاطفی با واکنش پذیری بین‌فردی در افراد معتاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج سوزوکی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که عواطف منفی با مصرف الکل رابطه دارد و افرادی که الکل مصرف می‌کنند، عواطف منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. عواطف منفی نظیر افسردگی و اضطراب نیز با خود آسیبی مرتبط هستند؛ لذا کاهش عواطف منفی می‌تواند مانع از رفتارهای خودآسیبی در افراد وابسته به مواد شود.

به طور کلی با توجه به اینکه رویکردهای پیشگیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش عوامل روان‌شناختی (مانند عواطف، خودکنترلی و شفقت به خود) در مصرف مواد مبهم باقی مانده و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور همزمان این متغیرها را بررسی کند کمتر انجام شده، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شفقت به خود، خودکنترلی و عواطف می‌توانند آمادگی به اعتیاد را در دانشجویان پیش‌بینی کنند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند. در تحلیل رگرسیون چندگانه، به منظور افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها بهتر است به ازای هر

1. Mason, Hitchings& Spoth
2. Estevez, Jáuregui, Sanchez-Marcos, López-González & Griffiths
3. Measelle, Stice & Springer
4. Kumpulainen & Roine

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

متغیر پیش‌بین حداقل ۱۵ آزمودنی در نظر گرفته شـود (هومن، ۱۳۹۳). لذا از جامعه فوق نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر با اسـتفاده از روش نمونه‌گیری در دسـترس انتخاب شـد که به دلیل کنارگذاشـتن پرسـشـنامه‌های ناقص حجم نمونه نهایی به ۲۷۹ نفر رسـید. روش گردآوری داده‌ها بدین صـورت بود که پرسـشـنامه‌های مورد نظر به صـورت مجازی در اختیار اعضـای گروه نمونه قرار گرفته و پاسـخ‌های آن‌ها نیز به همین صـورت دریافت گردید. در این مطالعه، اصـول اخلاقی پژوهش شـامل رازداری و حفظ حریم خصـوصـی اشـخاص رعایت شـد. داده‌ها با اسـتفاده از همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون همزمان در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسـشـنامه آمادگی به اعتیاد: این مقیاس توسـط وید و بوچر[1] (۱۹۹۲) سـاخته شـد. در ایران زرگر (۱۳۸۵) مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد را با توجه به شـرایط روانی-اجتماعی جامعه تدوین کرده است. این پرسشنامه از دو عامل آمادگی فعال (رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصـرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسـردگی و هیجان خواهی) و آمادگی منفعل (عدم ابراز وجود و افسردگی) تشکیل شده است. این پرسشـنامه دارای ۳۶ ماده و ۵ ماده دروغ سنج بوده و مقیاس آن از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۰ تا ۳ از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم رتبه‌بندی می‌شـود (به نقل از زرگر، نجاریان و نعای، ۱۳۸۷). زرگر و همکاران (۱۳۸۷) روایی سـازه مقیاس را از طریق همبسـته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرسـت علائم بالینی ۰/۴۵ و ضـریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. زرگر و غفاری (۲۰۰۹) ضـریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۰، برای عامل اول ۰/۹۱ و برای عامل دوم ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. مغانلو و والیوند (۱۴۰۱) ضـریب همسـانی درونی این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۶۹ بدست آمد.

۲- مقیاس شفقت به خود: یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۲۶ سوالی برای دستیابی به سـطح شـفقت به خود اسـت. این مقیاس دارای اعتبار، پایایی و ثبات درونی بالا و مطلوبی اسـت (نف، ۲۰۰۳الف). این مقیاس علاوه بر نمره کل دارای ۶ خرده مقیاس اسـت که سـه

1. Weed & Butcher

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

سازه دوقطبی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این سه سازه دوقطبی عبارتند از مهربانی با خود در مقابل خود قضاوتی، ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی و مشترکات انسانی در قابل انزوا (نف، ۲۰۰۳الف). پاسخ دهندگان در مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از صفر (تقریبا هرگز) تا چهار (تقریبا همیشه) به سوالات این مقیاس پاسخ می‌دهند. میانگین نمرات این شش مقیاس نیز (با احتساب نمرات معکوس) نمره کلی شفقت به خود را به دست می‌دهند. آلفای کرونباخ این مقیاس با استفاده از بازآزمایی در فاصله سه هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (نف، ۲۰۰۳ ب). پژوهش‌های مربوط به اعتباریابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند که همه این شش مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای شفقت به خود این همبستگی درونی را تبیین می‌کند (نف، ۲۰۰۳الف). خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی ۶ عامل را به دست آوردند. همچنین آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۷۶ به دست آوردند. آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های مهربانی با خود، خودقضاوتی، مشترکات انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ بدست آمد.

۳- مقیاس خودکنترلی شناختی: مقیاس خودکنترلی شناختی دارای ۲۳ سوال است که توسط گراسمیک و همکاران برای ارزیابی کنترل شناختی نسبت به خود ساخته شده است. نحوه پاسخدهی به این مقیاس به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس بیانگرخودکنترلی شناختی بالا و نمره پایین نشان دهنده خودکنترلی شناختی پایین است. تحلیل عاملی این مقیاس تنها یک عامل را تایید کرده است. نمرات پاسخ دهندگان در این مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر سنجه‌های خودکنترلی دارد. ضریب پایایی این مقیاس ۰/۸۱ گزارش شده است (به نقل از بشرپور، عطادخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۲). بشر پور و همکارن (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. تحلیل عاملی این مقیاس در پژوهش تیتل، وارد و گراسمیک[1] (۲۰۰۳) تنها یک عامل را تایید کرده است و آلفای

1. Tittle, Ward & Grasmic

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

کرونباخ نیز ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی و اعتبار این مقیاس در جمعیت‌های مختلف تایید شده است (گراسمک، تیتل، بورسیک و آرنکلو[1]، ۱۹۹۳؛ اوزدمیر، واسونی و کوک[2]، ۲۰۱۳). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بدست آمد.

۴. مقیاس عاطفه مثبت و منفی: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای سنجش دو بعد خلقی عاطفه مثبت و منفی طراحی شده است (واتسون، کلارک و تلگن[3]، ۱۹۸۸). هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد که روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از ۱ بسیار کم تا ۵ بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. این مقیاس دارای خصوصیات روانسنجی مطلوبی است. ضرایب همسانی درونی برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است. ضرایب آلفا از طریق بازآزمایی به فاصله ۸ هفته برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطه منفی ۰/۷۱ گزارش است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). همبستگی سیاهه افسردگی بک با خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۵۸ و با خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۳۶- گزارش شده است. همبستگی عاطفه منفی با مقیاس اضطراب آشکار پرسشنامه اضطراب آشکار – نهان ۰/۵۱ و همبستگی عاطفه مثبت با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۳۵- گزارش شده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) با استفاده از تحلیل دو عاملی الگوی دو عاملی را تایید و ضریب آلفا را برای هر دو مقیاس یکسان و برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها

از ۲۷۹ نفر دانشجوی گروه نمونه (۱۸۸ نفر دختر و ۹۱ نفر پسر)، تعداد ۱۷۴ نفر در مقطع کارشناسی، ۱۰۵ نفر در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل بودند. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ارائه شده است.

1. Grasmick, Tittle, Bursik & Arneklev
2. Ozdemir, Vazsonyi & Cok
3. Watson, Clark & Tellegen

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

جدول۱: میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱.آمادگی به اعتیاد	۴۸/۴۴	۲۳/۰۳	۱				
۲.خودکنترلی	۳۷/۲۰	۷/۵۰	-۰/۶۹**	۱			
۳. عاطفه منفی	۲۶/۲۲	۷/۳۸	۰/۵۹**	-۰/۴۴**	۱		
۴. عاطفه مثبت	۳۱/۸۱	۶/۸۰	-۰/۶۶**	۰/۴۸*	-۰/۵۹**	۱	
۵. شفقت به خود	۵۴/۰۶	۲۵/۶۹	-۰/۷۱**	۰/۵۱**	-۰/۵۷**	۰/۶۶**	۱

**p<۰ /۰۱

طبق نتایج مندرج در جدول ۱، بین آمادگی به اعتیاد با عاطفه منفی (r= ۰/۵۹) رابطه مثبت معنادار و با خودکنترلی (r= ۰/۶۹)، عاطفه مثبت (r= ۰/۶۶) و شفقت به خود (r= ۰/۷۱) رابطه منفی معنادار وجود دارد (p< ۰/۰۱).

به منظور تعیین نقش خودکنترلی، عاطفه منفی، عاطفه مثبت و شفقت به خود در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد دانشجویان از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون همزمان مفروضه‌های آن بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد که این شاخص بدست آمده حاکی از نرمال بودن توزیع تمام متغیرها بود (p > ۰/۰۵). شاخص دوربین واتسون برابر با ۱/۵۴ بدست آمد که نشان از استقلال خطاها بود. همچنین شاخص مربوط به مفروضه هم خطی چندگانه[1] نیز حاکی از عدم هم خطی بین متغیرها بود. نتایج رگرسیون همزمان در جدول ۲ درج شده است.

1. VIF

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

جدول ۲: نتایج رگرسیون همزمان آمادگی به اعتیاد بر متغیرهای پیش بین

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R^2	R^2 تعدیل شده	آماره F	سطح معناداری	B	خطای معیار استاندارد	ضریب β	آماره T	سطح معناداری	ضریب تحمل	عامل تورم واریانس
		۰/۸۳	۰/۶۸	۰/۶۷	۱۰۱/۴۵	۰/۰۰۰۱							
آمادگی به اعتیاد	مقدار ثابت						۱۱۸/۶۷	۹/۹۴	–	۱۱/۹۳	۰/۰۰۱	–	–
	خودکنترلی						-۱/۱۸	۰/۱۵	-۰/۳۸	-۷/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱/۴۵
	عاطفه منفی						۰/۳۷	۰/۱۷	۰/۱۲	۲/۲۱	۰/۰۳	۰/۵۸	۱/۷۲
	عاطفه مثبت						-۰/۶۳	۰/۲۰	-۰/۱۹	-۳/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۴۸	۲/۰۷
	شفقت به خود						-۰/۳۰	۰/۰۵	-۰/۳۳	-۵/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۲/۰۹

نتایج جدول ۲ نشـان می‌دهد که ۶۷ درصـد از کل واریانس آمادگی به اعتیاد توسـط متغیرهای خودکنترلی، عاطفه منفی، عاطفه مثبت و شـفقت به خود تبیین می‌شـود. مقدار F نیز نشـان‌دهنده معنی‌داری مدل رگرسـیون اسـت. ضـریب رگرسـیون نیز نشـان می‌دهد که خودکنترلی، عاطفه مثبت و شـفقت به خود به ترتیب با مقادیر بتای ۰/۳۸، ۰/۱۹، ۰/۳۳ به طور منفی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار آمادگی به اعتیاد هسـتند ($p< ۰/۰۱$)، اما متغیر عاطفه منفی با مقدار بتای ۰/۱۲ قادر به پیش‌بینی مثبت و معنی‌دار آمادگی به اعتیاد اسـت ($p< ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بر اساس شفقت به خود، خودکنترلی و عواطف بود. نتایج این پژوهش حاکی از این بوده که بین آمادگی به اعتیاد در دانشـجویان با عاطفه منفی رابطه مثبت و با خودکنترلی، عاطفه مثبت و شـفقت به خود رابطه منفی وجود داشـت. همچنین نتایج رگرسـیون حاکی از این بوده که این متغیرها در مجموع ۶۷ ٪ از واریانس آمادگی به اعتیاد را در دانشـجویان پیش‌بینی کردند. این یافته با یافته‌های میرون و همکاران (۲۰۱۴)، بروکز و همکاران (۲۰۱۲)، تانکا و همکاران (۲۰۱۱)، چن (۲۰۱۹) و فیلیپس و همکاران (۲۰۱۸) همسـو اسـت. این پژوهشـگران به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین شفقت به خود ممکن است نقش مهمی در استفاده از راهبردهای ناسازگار نظیر سوءمصرف مواد داشته باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شفقت به

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

خود یک روش مهربانانه نسبت به خود و تجارب هیجانی خود حتی در موارد بی‌کفایتی و شکست است و متشکل است از مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و مشترکات انسانی. مهربانی با خود به عنوان جزئی از شـــفقت به خود می‌تواند عاملی باشـــد که به ارتباط افراد با درد درونی و ناراحتی کمک می‌کند. این عامل به استفاده از مواد برای جلوگیری از احساسات دردناک مربوط می‌شـــود که شـــفقت به خود باعث می‌شـــود افراد حالت‌های احســـاســـی ناخوشایند خود را با مهربانی و حساسیت درمان کنند. جز دیگر شفقت به خود، مشترکات انسانی است که مستلزم درک تجربیات در یک زمینه وسیع‌تر است که در آن همه انسان‌ها، رنج، شـکسـت و ناکامی را تجربه می‌کنند، این افکار و تجربیات انزوا را از بین می‌برد. این امر ممکن اســـت چرخه در خود فرو رفتن که در مصـــرف مواد نقش دارد را از بین ببرد. سومین ویژگی، ذهن‌آگاهی است که شامل حفظ افکار و احساسات دردناک به صورت متعادل در آگاهی اســـت که نقطه مقابل توجه و شـــناســـایی بیش از حد اســـت. به عبارتی ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که نقصان به وضوح دیده شود نه اینکه نادیده گرفته شود یا بیش از حد دیده شود و این امر باعث می‌شود تغییر در الگوها و رفتارهایی که نیاز است، ایجاد شـــود (کمپبل و پگ[1]، ۱۹۹۳؛ بروکز و همکاران، ۲۰۱۲). شـــفقت به خود موجب کاهش پریشانی، آسیب، عواطف منفی و افزایش شادکامی می‌شود. افرادی که شفقت به خود بالا دارند، نسبت به خود دیدگاهی مهربانانه و غیرقضاوتی دارند و کمتر احتمال دارد که افکار ناخواسته و هیجانات منفی خود را سرکوب کنند. به این ترتیب شفقت به خود به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر رنج‌ها و درک ناتوانی‌های شـخصـی تصـور می‌شـود. سطوح بالای شفقت به خود، با استفاده از منابع مقابله‌ای جایگزین و کاهش خود ارزیابی منفی، می‌تواند باعث کاهش استفاده از مواد مخدر شود؛ چرا که در این رابطه بیان می‌شود که بسیاری از افراد برای جلوگیری یا کاهش خودانتقادی از مواد استفاده می‌کنند؛ به همین دلیل شفقت به خود می‌تواند با کاهش خود انتقادی، مصرف مواد را کاهش دهد (ویلسون، هایس و بیرد[2]، ۲۰۰۰؛ میرون و همکاران، ۲۰۱۴). شفقت به خود با فراهم کردن تاب‌آوری باعث غیرفعال شدن سیستم تهدید که در فرایند دلبستگی ناایمن، دفاع و تحریک خود به

1. Campbell & Page
2. Wilson, Hayes & Byrd

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

خودی درگیر است، می‌شود. شفقت به خود کمک می‌کند که افراد در برابر حمله به خود مقاومت کنند و به یک معنا برای خودشان ایستادگی کنند و خود را هنگامی که اشتباه کردند، ببخشند. شفقت به خود به افراد برای اذعان به نقاط ضعف خود، ایمنی می‌دهد و وجود آن در افراد باعث می‌شود که خود انتقادی کاهش یافته، افراد انتخاب درست داشته باشند و دوباره برای یافتن راه درست برخورد با مشکلات سعی کنند (نف و تریچ[1]، ۲۰۱۳؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیلبرت و پروکتور[2]، ۲۰۰۶). افراد با شفقت به خود بالا نسبت به خود حتی در مواجهه با مشکلات و حوادث ناگوار، مهربان و با ملایمت رفتار می‌کنند، چنین افرادی درک می‌کنند که همه افراد ممکن است شکست را تجربه کنند. داشتن چنین ویژگی‌هایی افراد را قادر می‌سازد تا احساسات خود را به درستی تجربه کنند بدون اینکه آن‌ها را از بین ببرند و یا به به طور کامل به سلطه آن‌ها دربیایند. اگر افراد در هنگام مواجهه با سختی‌ها، عدم کفایت یا شکست به جای تحقیر یا سرزنش خود به وسیله خود انتقادی، احساس شفقت به خود داشته باشند، یک درک صحیح و بی‌طرفانه از خود خواهند داشت. بنابراین اگر افراد به جای اینکه خودقضاوتی منفی داشته باشند و دائما در حال نشخوار و خودانتقادی باشند و بر جنبه‌های منفی تمرکز کنند که باعث افزایش اشتیاق به مصرف مواد می‌شود، شفقت به خود داشته باشند می‌توانند از خود در برابر نتایج منفی محافظت کنند (بشر پور و همکاران، ۲۰۱۴).

دیگر یافته حاصل از این پژوهش این بوده که بین آمادگی به اعتیاد و خودکنترلی رابطه منفی وجود داشت. این یافته با یافته‌های واتس و ایزاتزوکی (۲۰۱۹)، قاسمی جوبانه و همکاران (۲۰۱۸)، برکمن و همکاران (۲۰۱۱)، وینبرگ (۲۰۱۳)، مولایی و همکاران (۲۰۱۶)، جانفزا و شیرازی (۱۳۹۴) و ویسر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین خودکنترلی با سوء مصرف مواد ارتباط دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خودکنترلی مستلزم کنترل، تلاش‌های آگاهانه و توانایی عمل کردن به دستورالعمل‌های خودگردان به دور از هرگونه حمایت و پاداش است. این عامل برای شناخت، نظارت و تغییر رفتارها در مقابل تغییرات محیطی ضروری

1. Neff & Trich
2. Gilbert & Proctor

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

است. افرادی که از خود کنترلی بالا برخوردار هستند، احساسات، رفتار و اندیشه خود را کنترل می‌کنند و از علل رفتار مشکل‌ساز خودآگاه هستند و به راحتی آن‌ها را می‌شناسند، با مشکلات روحی کمتری مواجه می‌شوند، قادر به کنترل رفتارهای تکانشی خود هستند و در نتیجه رفتارهای قابل قبول‌تری در اجتماع دارند که منجر به تعامل اجتماعی بالا در زندگی آن‌ها می‌شود. اگر افراد دارای خود کنترلی باشند بهتر می‌توانند از اقداماتی که باعث اشتیاق به مصرف مواد می‌شود، اجتناب کنند (بشر پور و همکاران، ۲۰۱۴). در مقابل افراد با خودتنظیمی پایین گرایش به تکانشی بودن، حساس بودن و خطر پذیری و درگیری در فعالیت‌های خلاف قانون نظیر سوءمصرف مواد دارند؛ چرا که این عامل، خشنودی فوری را برای این افراد به ارمغان می‌آورد و علاوه بر آن افراد تکانشی منابع داخلی کمتری برای مقاومت در برابر تمایل به تجربه این خشنودی آنی را دارند. علاوه بر این، این افراد قادر به کنترل احساسات خود نیستند و نمی‌توانند آن‌ها را مدیریت کنند و این ضعف مدیریت، خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین باعث می‌شود که این افراد توسط جامعه به انزوا کشیده شوند، به همین دلیل آن‌ها به جای اینکه رفتارهای برنامه‌ریزی شده برای خود ایجاد کنند، رفتارهای انحرافی خود را حفظ می‌کنند. این افراد شرایط خودتنظیمی ضعیف را حفظ کرده و قادر نیستند خود را بر اساس استانداردهای اجتماعی کنترل کنند و در نهایت آن‌ها همکاری سازنده‌ای در جامعه نخواهند داشت. علاوه براین، با توجه به مهارت‌های اجتماعی ضعیف و تمایل به بیگانگی از دیگران، این افراد به احتمال بیشتری در زندگی خود رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه برای مقابله با این رویدادها از مواد استفاده می‌کنند. در حقیقت تنظیم و مدیریت هیجان باعث می‌شود، فرد اقدامات مناسب مقابله‌ای را در مواردی که در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌گیرد، استفاده کند و از این رو در برابر سوءمصرف مواد مخدر مقاومت کند که در صورت نبود این مهارت و کنترل احتمال بیشتری وجود دارد که افراد در دام اعتیاد گرفتار شوند (پوکهرل و همکاران، ۲۰۱۰؛ دی نیکولا[1] و همکاران، ۲۰۱۰؛ مولایی و همکاران، ۲۰۱۶؛ ابوالقاسمی و رجبی، ۲۰۱۳).

1. Di Nicola

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

دیگر یافته حاصل از این پژوهش این بوده که بین آمادگی به اعتیاد با عاطفه منفی، رابطه مثبت و با عاطفه مثبت رابطه منفی وجود داشت. این یافته با یافته‌های سوزوکی و همکاران (۲۰۲۰)، کریمی و همکاران (۲۰۱۷)، استیوز و همکاران (۲۰۱۷)، ماسون و همکاران (۲۰۰۹)، میسل و همکاران (۲۰۰۶) و محمدی احمدآبادی و گلستانی نژاد (۱۳۹۹) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که عواطف، پیش‌بینی‌کننده‌های موثری برای سوءمصرف مواد هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، بر اساس مدل تنظیم عواطف، رفتارهای خودآسیبی مانند اعتیاد به عنوان عاملی برای کاهش احساسات ناخوشایند مانند اضطراب، تنش، خشم، تنهایی و افسردگی در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس اختلالات عاطفی ممکن است قبل از مصرف مواد وجود داشته باشند که در این صورت یک عامل مستعد کننده برای مصرف مواد هستند؛ اما رابطه بین مصرف مواد و عواطف منفی یک سویه نیست، در موارد دیگر افرادی که مدتی مصرف مواد دارند دچار احساسات ناخوشایند شده و برای کاهش این احساسات، مصرف مواد را افزایش می‌دهند که به موجب این امر یک چرخه معیوب ایجاد می‌شود که افراد برای رفع موقتی احساسات ناخوشایند مصرف روزانه خود را افزایش می‌دهند و درنتیجه این افزایش احساسات ناخوشایند نیز افزایش می‌یابد. بنابراین با توجه به این مدل افراد برای مقابله با احساسات منفی خود از مواد استفاده می‌کنند (مولر، تیت و بیرن[1]، ۲۰۱۳). همچنین مطالعات حاکی از این بوده‌اند که رشد عاطفی ناکافی، مشکل در سازماندهی رفتار و هیجان‌های منفی از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر است. به نظر می‌رسد این افراد مهارت‌های اجتماعی لازم برای جلوگیری از سوءمصرف مواد را ندارند و از آن جایی که توانایی محدودی برای ارزیابی منافع دراز مدت خود دارند، نمی‌توانند رفتارهای معقول انجام دهند (ابوالقاسمی و رجبی، ۲۰۱۳). علاوه بر این افرادی که توان کنترل عواطف خود را ندارند و نمی‌توانند به شیوه درست با آن مقابله کنند برای اجتناب از احساس ناکارآمدی خود روی به مصرف مواد می‌آورند؛ به عبارتی مصرف مواد نوعی مکانیزم تنظیم عواطف برای این افراد است (مولر و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر اختلال در تنظیم

1. Moller, Tait & Byrne

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

عواطف، افرادی که جهت‌گیری مبتنی بر بدن دارند، نیز دچار سوءمصرف مواد می‌شوند؛ چرا که این افراد به طور بالقوه بدن را به عنوان یک عنصر برای سوءمصرف مواد و صدمه به خود می‌بینند. با توجه به این تئوری، افرادی که چنین دیدگاهی دارند از بدن خود به عنوان وسیله‌ای برای کنترل عواطف استفاده می‌کنند؛ چرا که درد عاطفی انتزاعی بوده و هنگامی که به صورت فیزیکی نمایان می‌شود، ساده‌تر و آسان‌تر درک می‌شود (مولر و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود متخصصانی که با افراد معتاد سروکار دارند و در فرایند درمان آن‌ها حضور دارند عوامل همراه با اعتیاد مانند خودکنترلی و شفقت به خود را در نظر گرفته و به طور همزمان با درمان اعتیاد، برای ارتقا سطوح این متغیرها نیز گام بردارند.

منابع

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۵). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی*. ترجمه هامایاک آوادیس یانس، حسن هاشمی میناباد و داود عرب قهستانی، تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

بخشی پور، عباس و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تاییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹(۴)، ۳۶۵-۳۵۱.

بشر پور، سجاد؛ عطادخت، اکبر؛ خسروی نیا، دیبا و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). نقش خودکنترلی شناختی و دلسوزی به خود در پیش‌بینی انگیزش درمان افراد وابسته به مواد. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۵(۴)، ۷۰-۶۰.

جانفزا، منور و شیرازی، محمود (۱۳۹۴). نقش پیش بینی کنندگی دشواری های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۹(۳۳)، ۶۹-۵۷.

خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح اله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۸). دینداری، خودکنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *رفاه اجتماعی*، ۳۴(۹)، ۱۳۰-۱۱۵.

خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۳)، ۵۹-۴۷.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعای، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی) نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱(۳)، ۱۲۰-۹۹.

شیخ الاسلامی، علی و نوروزی فیروز، الهه (۱۴۰۰). اثربخشی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر خودکنترلی در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۶۰-۴۵.

محمدی احمدآبادی، ناصر و گلستانی نژاد، راضیه (۱۳۹۹). نقش میانجی وقایع استرس‌زای زندگی در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و آمادگی برای اعتیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۲۱۶-۱۱۹.

مغانلو، مهناز و والیوند، یاسر (۱۴۰۱). مدل‌یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی‌گری تاب‌آوری در دانشجویان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۸۴-۲۶۷.

اله‌وردی‌پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ شفیعی، فروغ؛ آزاد فلاح، پرویز؛ میرزایی، الهه و وبت، کیم (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل EPPM. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۳(۱)، ۳۱-۲۱.

هومن، حیدرعلی (۱۳۹۳). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات سمت.

References

Abolghasemi, A., & Rajabi, S. (2013). The Role of Self-regulation and Affective Control in Predicting Interpersonal Reactivity of Drug Addicts. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 2(1), 28-33.

Alaei, S., Zabihi, R., Ahmadi, A., Doosti, A., & Saberi, S. M. (2017). Emotional intelligence, spiritual intelligence, self-esteem and self control of substance abuse. *International neuropsychiatric disease journal*, 9(4), 1-8.

Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in clinical psychology*, 2(3), 155-164.

Berkman, E. T., Falk, E. B., & Lieberman, M. D. (2011). In the trenches of real-world self-control: Neural correlates of breaking the link between craving and smoking. *Psychological Science*, 22, 498–506.

Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3(4), 308-317.

Campbell, L., & Page, R. (1993). The therapeutic effects of group process on the behavioral patterns of a drug-addicted group. *Journal of addictions & offender counseling*, 13(2), 34-45.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

Chen, G. (2019). The role of self-compassion in recovery from substance use disorders. *OBM integrative and complementary medicine*, 4(2), 1-17.

Cheshmeh-Sangi, Z., Kord-Tamini, B., & Kahrazei, F. (2016). Role of assertive behaviors in ego-resiliency and self-control in addicted women. *Research on addiction quarterly journal of drug abuse,* 10(38), 125-139.

Cook, B. J., Wonderlich, S. A., & Lavender, J. M. (2014). The role of negative affect in eating disorders and substance use disorders. In: Brewerton T., Baker Dennis A. (eds) *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders*. Springer: Berlin, Heidelberg.

Di Nicola, M., Tedeschi, D., Mazza, M., Martinotti, G., Harnic, D., Catalano, V., & Janiri, L. (2010). Behavioural addictions in bipolar disorder patients: Role of impulsivity and personality dimensions. *Journal of affective disorders,* 125, 82-88.

Estevez, A., Jáuregui, P., Sanchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-544.

Friese, M., & Hofmann, W. (2009). Control me or I will control you: Impulses, trait self-control, and the guidance of behavior. *Journal of research in personality*, 43(5), 795-805.

Ghasemi Jobaneh, R., Jalili Nikoo, S., & Taghvaeinia, A. (2018). The mediating role of self-control in the relationship between emotion regulation and addiction potential among students. *Report of health care*, 4(2), 8-13.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology & psychotherapy,* 13(6), 353-379.

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*,84(3), 239-255.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime.* Stanford, Calif: Stanford University Press.

Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., & Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of research in crime and delinquency*, 30(1), 5–29.

Jiloha, R. C. (2012). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian journal of psychiatry,* 5(2), 301- 307.

Karami, J., Momeni, K. M., & Hatamian, P. (2017). The relationship between emotion dysregulation with psychoactive substance abuse in nurses working at hospitals of Kermanshah Iran 2016. *Bali medical journal,* 6(3), 495-505.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

Kumpulainen, K., & Roine, S. (2002). Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use. *Addictive Behaviors*, 27(3), 425-436.

Mason, W. E., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2009). Longitudinal relations among negative affect, substance use and peer deviance during the transition from middle to late adolescence. *Substance use misuse*, 44(8), 1142–1159.

Measelle, J. R., Stice, E., & Springer, D. W. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of addictive behaviors*, 20(3), 225-233.

Miron, L. R., Orcutt, H. K., Hannan, S. M., & Thompson, K. L. (2014). Childhood abuse and problematic alcohol use in college females: The role of self-compassion. *Self and Identity*, 13(3), 364-379.

Moller, C. I., Tait, R. J., & Byrne, D. G. (2013). Deliberate self-harm, substance use, and negative affect in nonclinical samples: A systematic review. *Substance abuse*, 34(2), 188-207.

Mowlaie, M., Abolghasemi, A., & Aghababaei, N. (2016). Pathological narcissism, brain behavioral systems and tendency to substance abuse: The mediating role of self-control. *Personality and individual differences*, 88, 247-250.

Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self & Identity*, 2(3), 223–250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self & Identity*, 2, 85–102.

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50.

Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self & Identity*, 4, 263–287.

Neff, K., & Tirch, D. (2013). Self-compassion and ACT.In:T.B. Kashdan, & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp.78–106).Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.

Otten, R., Barker, E. D., Maughan, B., Arseneault, L., & Engels, R. C. (2010). Self-control and its relation to joint developmental trajectories of cannabis use and depressive mood symptoms. *Drug and alcohol dependence*, 112(3), 201-208.

Ozdemir, Y., Vazsonyi, A. T., & Cok, F. (2013). Parenting processes and aggression: The role of self-control among Turkish adolescents. *Journal of adolescence*, 36, 65–77.

Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78-81.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

Platt, K. A., Thompson, PH., & Patterson, D. (2018). Mindfulness and Self-Compassion Based Interventions for Substance Use Disorders: A Literature Review. *Journal of social science research*, 12(1), 2619-2633.

Pokhrel, P., Sussman, S., Sun, P., Kniazer, V., & Masagutov, R. (2010). Social self-control, sensation seeking and substance use in samples of US and Russian adolescents. *American journal of health behavior*, 34(3), 374–384.

Poormahdy, H., Najafi, M., & Khosravani, V. (2022). The effects of emotion dysregulation and negative affect on urge to smoke and nicotine dependence: The different roles of metacognitions about smoking. *Addictive Behaviors*, 124, 107108.

Raes, F. (2010). Ruminating and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality & individual differences*, 48, 757–761.

Rendon, K. P. (2007). *Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion and psychological symptoms*. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas at Austin, TX, USA.

Shapira, B. L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The journal of positive psychology*, 5, 377–389.

Suzuki, S., Mell, M. M., O'Malley, S. S., Krystal, J. H., Anticevic, A., & Kober, H. (2020). Regulation of Craving and Negative Emotion in Alcohol Use Disorder. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*, 5(2), 239-250.

Tabatabaei, S. M. (2020). The effectiveness of emotion regulation training on emotion regulation strategies and social competence of adolescents with high risk behaviours. *Clinical and experimental psychology*, 6(4), 1-4.

Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child abuse & neglect*, 35, 887–898.

Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2012). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression and dissatisfaction in the transition to college. *Self & Identity*, 12, 278–290.

Tittle, C. R., Ward, D. A., & Grasmic, H. G. (2003). Self-control and Crime/Deviance: Cognitive vs. Behavioral Measures. *Journal of quantitative criminology*, 19(4), 333-365.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report* 2021. United Nations publication. https://wdr.unodc.org/

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate de association between childhood maltreatmentand

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]

later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International journal of mental health and addiction,* 9, 480–490.

Visser, L., De Winter, A. F., Veenstra, R., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2013). Alcohol use and abuse in young adulthood: Do self-control and parents' perceptions of friends during adolescence modify peer influence? The Trails study. *Addictive behaviors,* 38(12), 2841-2846.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and social psychology*, 54, 1063-1070.

Watts, S. J., & Iratzoqui, A. (2019). Unraveling the relationships between low self-control, substance use, substance-using peers, and violent victimization. *American journal of criminal justice*, 44(6), 979-997.

Weed, N. C., & Butcher, J. N. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of personality assessment*, 58(2), 389-404.

Weinberg, D. (2013). Post-humanism, addiction and the loss of self-control: Reflections on the missing core in addiction science. *International journal of drug policy*, 24, 173–181.

West, R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwe.

Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Byrd, M. R. (2000). Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy,* 18(4), 209–234.

World Health Organization (WHO). (2012). *Global Status Report on Alcohol*. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/en

Yang, C., Xia, M., & Zhou, Y. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *frontiers in psychiatry*, 10(388), 1-10.

Zargar, Y., & Ghafari, M. (2009). Simple and multiple relationships between big-five personality dimensions and addiction in university students. *Iranian journal of public health,* 38(3), 113-117.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.311]