



Research Article

Structural Equation Modeling of Self-Control Based on Positive Childhood Experiences with the Mediating Role of Self-Compassion in Substance-Dependent Individuals

Narjes Ameri : Ph.D. Student in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

n-ameri2020@semnan.ac.ir

Mahmoud Najafi *: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

m-najafi@semnan.ac.ir

Abstract

The aim of the present study was to investigate the positive relationship between positive childhood experiences and self-regulation in individuals with substance dependence undergoing methadone maintenance treatment and to determine the mediating role of self-compassion in this relationship. The research method was descriptive-correlational. A total of 312 patients with substance dependence undergoing methadone treatment who were referred to addiction treatment centers in Shahrud City were selected through purposive sampling. The instruments used in this study included the Self-Regulation Scale, the Positive Childhood Experiences Questionnaire, and the Self-Compassion Questionnaire. Structural equation modeling was used to evaluate the proposed model. The findings showed that positive childhood experiences have a direct and significant relationship with self-regulation, and self-compassion plays a mediating role in the relationship between positive childhood experiences and self-regulation. Overall, the results indicated that the model has a good fit. These findings highlight the therapeutic potential of self-compassion interventions in improving addiction. Self-compassion is associated with self-regulation and acts as a protective factor in managing challenges related to substance use disorders. Incorporating self-compassion-focused interventions into rehabilitation programs can enhance self-regulation and promote recovery outcomes in various populations.

Keywords: substance-dependent individuals, positive childhood experiences, self-control, self-compassion, methadone

Introduction

Substance use is a concerning global health challenge. Numerous therapeutic approaches have been developed to terminate psychological and physical dependence on drugs. Methadone maintenance treatment is

one of the essential evidence-based treatments for opioid dependence (Bakhshani et al., 2022). Among psychological disorders, addiction is the most prominent example of a self-regulation deficit (Kräplin et al., 2024). Therefore, examining factors that can contribute to self-regulation is of great importance. Recent studies in positive

*. Corresponding author



psychology emphasize that the absence of negative emotions is not enough for well-being. Positive emotions must also be experienced at adequate levels for personal growth (Doğan & Eren Yavuz., 2020). Childhood-related factors are increasingly investigated to understand how pathways to substance dependence begin (Kim et al., 2024). Various studies have described risk and protective factors for self-regulation in substance use. However, limited information is available about the processes that mediate these associations. Understanding the mechanisms behind these associations is essential for identifying how positive childhood experiences influence self-regulation. In this context, self-compassion has emerged as a transformative psychological construct capable of addressing these gaps. It appears to be associated with self-regulation and can also be a consequence of positive childhood experiences. Despite strong theoretical relationships among positive childhood experiences, self-compassion, and self-regulation, few studies have examined these variables together in a unified causal framework, particularly among individuals with substance dependence. Therefore, the present study aimed to investigate the causal relationships between positive childhood experiences and self-regulation, with an emphasis on the mediating role of self-compassion among individuals with substance dependence undergoing methadone maintenance treatment.

Method

The present study employed a correlational method using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all patients with substance dependence undergoing methadone maintenance treatment who were referred to addiction treatment centers in Shahroud City, Iran, in 2024. A purposive sampling method was applied, resulting in a final sample of 312 participants.

Data collection was conducted using three standardized self-report instruments: The Self-Control Scale, which assesses the individual's ability to control impulses, resist temptations, focus on tasks, establish healthy habits, and maintain moderation in behavior; the Positive Childhood Experiences Scale, which measures the individual's positive emotional memories and experiences during childhood; and the Self-Compassion Questionnaire, which evaluates the extent of self-kindness, self-judgment, mindfulness, over-identification, common humanity, and isolation in facing personal sufferings and failures. All instruments demonstrated acceptable reliability and construct validity in the present sample.

Participants completed the questionnaires after providing informed consent. Data screening procedures confirmed univariate normality and the absence of multicollinearity. Structural equation modeling with maximum likelihood estimation was used to test direct and indirect relationships among the variables. The mediating role of self-compassion was examined using bootstrapping procedures with confidence intervals.

Results

The mean age of participants was 35.81 ± 4.33 years. A total of 255 participants were male (81.7%), and 57 were female (18.3%). Regarding marital status, 101 participants (32.4%) were single, and 211 participants (67.6%) were married. In terms of educational background, 261 participants (83.6%) had a high school education, and 51 participants (16.4%) had higher education. Regarding employment status, 47 participants were unemployed (15.07%), 52 were employed part-time (16.67%), and 213 were employed full-time (68.26%). Patterns of drug use indicated that 117 participants used opium, 43 used heroin, 38 used crack, 71 used methamphetamine, and 43 others used synthetic drugs.

Skewness and kurtosis values fall within acceptable ranges, confirming the normal distribution of the data. The results of the correlation matrix of research variables showed that all correlation coefficients between the variables are significant at the 0.01 level. The proposed structural model demonstrates a good fit to the data based on multiple goodness-of-fit indices ($\chi^2/df = 2.96$, GFI = 0.95, CFI = 0.96, IFI = 0.96, AGFI = 0.94, NFI = 0.94, RMSEA = 0.079).

The results show that positive childhood experiences positively and significantly predict self-compassion ($\beta = 0.18$, $p < 0.001$), indicating that individuals who have experienced more positive emotional experiences during childhood show higher levels of self-compassion in adulthood. Positive childhood experiences also positively and significantly predict self-regulation ($\beta = 0.37$, $p < 0.001$), indicating that positive childhood memories reduce tendencies toward impulsive behaviors and weakness in self-control. Furthermore, self-compassion positively predicts self-regulation ($\beta = 0.43$, $p < 0.001$), indicating that individuals with higher levels of self-compassion show greater persistence and self-control when facing challenges.

Bootstrapping analyses confirm that self-compassion plays a significant mediating role in the relationship between positive childhood experiences and self-regulation. The indirect effect of positive childhood experiences on self-regulation through self-compassion is statistically significant ($\beta = 0.16$, $p < 0.001$). These findings indicate that positive childhood experiences influence self-regulation both directly and indirectly by increasing self-compassion.

Conclusion

The present study aimed to investigate the relationship between positive childhood experiences and self-regulation based on the mediating role of self-compassion in individuals with substance dependence

undergoing methadone maintenance treatment. The findings showed that positive childhood experiences directly increase self-regulation in individuals with substance dependence; in such a way that positive emotional memories of childhood, by providing psychological infrastructures, strengthen self-regulatory capacities and reduce the internalization of unhealthy emotions, which can serve as a protective factor against substance abuse. Furthermore, the findings revealed that in addition to the direct effect, positive childhood experiences also have an indirect effect on self-regulation through self-compassion. In other words, positive childhood experiences such as joy, love, attention, and appreciation, through the internalization of parents' accepting and supportive attitude, lay the groundwork for the development of self-compassion in adulthood. Self-compassion, by increasing the capacity to focus on long-term goals, resisting immediate temptations, and enhancing cognitive flexibility, helps individuals to regulate their actions in accordance with their beliefs and goals and have greater self-control. In fact, individuals who have had more positive childhood experiences, by drawing on their internal assets, make more thoughtful decisions when facing challenges and reduce impulsive actions, which in turn strengthens self-regulation. The results emphasize the importance of designing psychological and educational interventions in methadone maintenance treatment centers that focus on strengthening positive childhood experiences through reconstructing pleasant memories and increasing self-compassion through teaching skills such as self-kindness, mindfulness, and reducing self-judgment, because such interventions can effectively strengthen self-regulation in individuals with substance dependence and contribute to treatment persistence and relapse prevention.

Ethical Consideration

We strictly observed all ethical considerations during the research process. It included ensuring the

confidentiality of participants' identities and obtaining informed consent from all participants.

Authors' Contributions

All authors contributed to the preparation of the final manuscript.

Conflict of Interest

The authors report no conflict of interest.

Funding

The authors received no financial support for the study.

Acknowledgments

This research is funded by Semnan University, research grant No 226 /1404/ ۲14041111.

The authors express their gratitude to all individuals who contributed to this research.

مقاله پژوهشی

مدل‌یابی خودمهارگری بر اساس تجربیات مثبت دوران کودکی با نقش میانجی شفقت به خود در افراد وابسته به مواد

نرجس عامری^{id}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

n-ameri2020@semnan.ac.ir

محمود نجفی^{id*}: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

m_najafi@semnan.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه مثبت بین تجربیات مثبت دوران کودکی با خودمهارگری در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون و تعیین نقش میانجی شفقت به خود در این رابطه بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. تعداد ۳۱۲ نفر از بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود، به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل مقیاس خودمهارگری، پرسشنامه تجربیات مثبت دوران کودکی و پرسشنامه شفقت به خود بودند. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد تجربیات مثبت دوران کودکی رابطه‌ای مستقیم و معنادار با خودمهارگری دارد و شفقت به خود در رابطه تجربیات مثبت دوران کودکی و خودمهارگری نقش واسطه‌ای دارد. در مجموع، نتایج نشان داد مدل برازشی مطلوب دارد. این یافته‌ها، پتانسیل درمانی مداخلات مبتنی بر شفقت به خود در بهبود اعتیاد برجسته می‌شود. شفقت به خود با خودمهارگری مرتبط است و به عنوان عامل محافظتی در مدیریت چالش‌های مرتبط با اختلالات مصرف مواد عمل می‌کند. گنجاندن مداخلات متمرکز بر خودشفقتی در برنامه‌های توان‌بخشی می‌تواند خودمهارگری را افزایش و نتایج بهبودی را در جمعیت‌های مختلف ارتقا دهد.

واژه‌های کلیدی: افراد وابسته به مواد، تجربیات مثبت دوران کودکی، خودمهارگری، شفقت به خود، متادون.

مقدمه

مصرف مواد مخدر همچنان یک چالش نگران‌کننده سلامت جهانی است که بار زیادی بر سلامت عمومی با پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی وارد می‌کند. علاوه بر این، پیامدهای اجتماعی-اقتصادی ناشی از مصرف مواد مخدر و روانگردان به‌خوبی توصیف شده است (Altekruse et al., 2020). کاهش قابل ملاحظه در بهره‌وری، از دست دادن شغل و هزینه‌های مراقبت و توان‌بخشی فقط چند مورد از اثرات منفی مستقیم مرتبط با زیاده‌روی در مصرف مواد مخدر هستند (Connery et al., 2020). طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC ROMENA, 2020)، تقریباً ۳۳ میلیون مصرف‌کننده وابسته به مواد افیونی وجود دارند. بیشتر این موارد در ایران به دلیل موقعیت این کشور در مسیر تجارت تریاک یافت می‌شوند (عامری و نجفی، ۱۴۰۴الف). راهکارهای درمانی متعددی تا به امروز برای قطع وابستگی روانی و جسمانی به مواد مخدر ایجاد شده‌اند. درمان نگهدارنده با متادون (MMT)^۱ یکی از درمان‌های ضروری مبتنی بر شواهد علمی اثبات‌شده در رابطه با وابستگی به مواد افیونی است (Bakhshani et al., 2022). متادون در درمان مصرف مواد با مسدودکردن گیرنده‌های مواد افیونی، جلوگیری از علائم ترک و کاهش ولع مصرف مؤثر است (عامری و نجفی، ۱۴۰۴ب). همچنین، مطالعات قبلی پیامدهای مثبت درمان نگهدارنده با متادون، از جمله کاهش فراوانی رفتارهای مجرمانه، مرگ‌ومیر و بهبود وضعیت شغلی را نشان داده‌اند (Bakhshani et al., 2022). با وجود اینکه برای پیشگیری و توان‌بخشی، برنامه‌های زیادی برای اعتیاد طراحی و اجرا شده‌اند، شیوع پیامدهای آن به ویژه در افرادی که دوره درمان با

¹ Methadone maintenance treatment

متادون را سپری کرده‌اند، هنوز زیاد است (Leventelis et al., 2025).

در میان اختلالات روان‌شناختی، اعتیاد بارزترین و رایج‌ترین نمونه اختلال در خودمهارگری است (Kräplin et al., 2024) و شواهد پژوهشی نشان می‌دهد عوامل شخصیتی می‌توانند پیامدهای درمانی را در افراد وابسته به مواد توضیح دهند (Arnaud et al., 2024). خودمهارگری یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که با رفتارهای اعتیادآور مرتبط است و به عنوان یک عامل شخصیتی محافظ در برابر گرایش به مصرف مواد مخدر عمل می‌کند (Cooper et al., 2023). از دست دادن تدریجی کنترل، با وجود آگاهی فرد از پیامدهای منفی جدی، و با وجود تمایل مداوم فرد برای متوقف کردن رفتار، معیار تشخیصی کلیدی اختلالات اعتیادآور است (American Psychiatric Association [APA], 2022). خودمهارگری را می‌توان به عنوان توانایی تنظیم رفتار، افکار و احساسات خود بر اساس اهداف و ارزش‌های مطلوب، با وجود تمایلات فوری متناقض، تعریف کرد (Al Amarat, 2024). خودمهارگری و خودتنظیمی اگرچه شباهتی دارند، متمایز هستند. خودتنظیمی مفهومی گسترده‌تر شامل پایش و تعدیل پاسخ‌های شناختی و هیجانی است (Bandura, 1991)، در حالی که خودمهارگری بر بُعد بازدارندگی و مهار تکانه‌های آنی تأکید دارد (Baumeister et al., 2007). در پژوهش حاضر، خودمهارگری به عنوان مؤلفه‌ای از خودتنظیمی در نظر گرفته شده است. نظریه‌های رایج خودمهارگری نشان می‌دهند افراد چهار حوزه اصلی افکار، احساسات، تکانه‌ها و عملکرد را کنترل می‌کنند (Heatherton & Tangney et al., 2004Tice, 1994). با این حال، خودمهارگری در همه افراد به یک اندازه نیست؛ پژوهش‌ها نشان می‌دهند تفاوت‌های فردی در این سازه ریشه در تعاملی پیچیده از عوامل مانند استعدادهای

هستند (Leventelis et al., 2025). بر این اساس، خودمهارگری به عنوان عاملی برای پایداری در درمان عمل می‌کند و پابندی فرد به درمان را پیش‌بینی می‌کند (Al Amarat, 2024)؛ از این رو، بررسی عواملی که ممکن است در خودمهارگری نقش داشته باشند حائز اهمیت است و به نظر می‌رسد ساختارهای دیگری در علت‌شناسی مشکلات مصرف مواد با خودمهارگری تعامل دارند.

در سال‌های اخیر، تعدادی فزاینده از مطالعات بر بررسی مزایای بالقوه خودمهارگری در پژوهش‌های درمان و بهبودی اعتیاد متمرکز شده‌اند. پژوهشگران به طرزی فزاینده تأکید می‌کنند تمرکز صرف بر کاهش علائم مصرف مواد کافی نیست؛ در نتیجه، پژوهشگران در حوزه اعتیاد تشویق می‌شوند تا تجربیاتی را که باعث ایجاد احساسات مثبت می‌شوند، به عنوان وسیله‌ای برای تکمیل و غنی‌سازی فرایند بهبودی بررسی کنند که ذاتاً دشوار است (Karlou & Karakasidou, 2025). مطالعات انجام‌شده در زمینه روان‌شناسی مثبت در سال‌های اخیر تأکید می‌کنند عدم وجود احساسات منفی در زندگی افراد برای رفاه کافی نیست و احساسات مثبت نیز باید در سطح کافی برای رشد خود تجربه شوند (Doğan & Eren Yavuz, 2020). عوامل مرتبط با دوران کودکی به طرزی فزاینده با هدف درک چگونگی شروع مسیرهای وابستگی به مواد بررسی شده‌اند (Kim et al., 2024) و طبق مطالعات، خاطرات عاطفی مثبت از تجربیات مثبت دوران کودکی نیز باید به عنوان یک منبع درونی محافظ برای خودمهارگری افراد ارزیابی شود (Rollins & Crandall, 2021). تجربیات مثبت دوران کودکی موقعیتی است که با تجربه کافی از تجربیات مثبت مانند شادی، عشق، توجه، قدردانی و اعتماد مشخص می‌شود که به رشد جسمی، اجتماعی و عاطفی

ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی و همچنین، عوامل درونی و محیطی دارد (Andrade & Hoyle, 2023). این دیدگاه چندعاملی زمینه را برای بررسی نقش تجربیات رشدی اولیه، به عنوان یکی از عوامل محیطی-درونی مؤثر، در شکل‌دهی به ظرفیت خودمهارگری هموار می‌کند. همچنین، مدل‌های نظری و شواهد تجربی مربوط نشان داده‌اند خودمهارگری مبتنی بر عملکردهای شناختی مختلف و مکانیسم‌های اساسی مغز مانند کنترل مهارتی، کنترل توجه، تعدیل تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش، نظارت بر عملکرد و همچنین، راهبردهای پیشگیرانه مانند پیش‌تعهد است که این مکانیسم‌ها همچنین برای توسعه و سیر رفتار اعتیادآور مهم تلقی شده‌اند (Kräplin et al., 2024). مکمل این فرض، رفتارهای اعتیادآور اثراتی مخرب بر کنترل شناختی دارند و باعث ایجاد تغییراتی در شبکه‌های مغزی درگیر در پاداش، یادگیری و عملکردهای اجرایی می‌شوند (Lees et al., 2020) که مکانیسم‌های عصبی-شناختی مهمی هستند که زیربنای خودمهارگری در زندگی روزمره هستند. در نتیجه این تغییرات در مکانیسم‌های عصبی-شناختی زیربنای خودمهارگری، وابستگی به مواد ممکن است با گذشت زمان افزایش یابد؛ به طور خلاصه، ناتوانی در خودتنظیمی ممکن است هم یک عامل خطر مستعدکننده برای شروع رفتار اعتیادآور باشد و هم با پیشرفت اختلال، با گذشت زمان بدتر شود (Kräplin et al., 2024). ممکن است افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، به دلیل ناتوانی در کنترل تکانه مصرف مواد، به طور هم‌زمان متادون را در کنار مواد مخدر استفاده کنند که افزون بر عدم موفقیت در درمان، موجب آسیب‌های جدی به سلامتی آنها می‌شود (MacNeill et al., 2021). حتی بیمارانی که از این اختلال بهبودی می‌یابند نیز پس از سال‌ها اجتناب از مصرف مواد در معرض خطر لغزش

کودک کمک می‌کند. اگر فرد به طور کلی از تجربیات دوران کودکی خود راضی باشد، فکر کند توجه و عشق کافی دریافت کرده است، فکر کند نیازهایش، به ویژه نیازهای روانی‌اش، به طور کلی برآورده شده‌اند و این عقیده را داشته باشد که دوران کودکی‌اش در محیطی امن سپری شده است، می‌توان گفت دوران کودکی مثبتی داشته است (Doğan & Eren Yavuz, 2020). شواهد پژوهشی نوظهوری وجود دارد که نشان می‌دهد چگونه تجربیات مثبت در دوران کودکی ممکن است از تأثیر مضر آسیب‌ها در دوران کودکی یا در مراحل بعدی زندگی محافظت کنند (Chi Chaudhary et al., 2025; et al., 2023; Crandall et al., 2019; Han et al., 2023; Kim et al., 2024). طبق دیدگاه اکولوژیکی-تعاملی بدرفتاری با کودک، عوامل محافظتی می‌توانند در سطوح فردی (برای مثال، وجود امنیت درونی مرتبط با حس خودکارآمدی)، خانوادگی (روابط ایمن و حمایتی با مراقبان) و جامعه (روابط مثبت با دوستان و معلمان و حمایت جامعه) وجود داشته باشند (Kuhar & Zager, 2021). چنین تجربیاتی می‌توانند عملکرد خودتنظیمی را از نظر سازگاری مثبت و عملکرد سالم در حوزه‌های عاطفی، شناختی، رفتاری و/یا اجتماعی، حتی با وجود دشواری‌های قابل ملاحظه دوران کودکی، ایجاد کنند و در نتیجه، به طور مثبت به رشد انسان، سلامت مادام‌العمر و عملکرد کمک کنند (Rollins & Crandall, 2021). مطالعات طولی نیز نشان می‌دهند تجربیات دوران کودکی بر ساختار و عملکرد مغز تأثیر دارند و مناطقی که در تنظیم هیجانی، کنترل تکانه و تصمیم‌گیری نقش دارند، به طور خاص تحت تأثیر کیفیت تجربیات رشدی اولیه قرار می‌گیرند (Luby et al., 2013; al., 2019).

با این حال، دوران کودکی تا حد زیادی از نظر منفی بودن تجربیات بررسی شده است. به عبارت دیگر،

مطابق گرایش کلی آسیب‌شناسی، علل اختلالات سلامت روان با منفی‌بافی‌ها و تجربیات آسیب‌زای تجربه‌شده در دوران کودکی مرتبط بوده‌اند. از این نظر، می‌توانیم دربارهٔ انباشت قابل ملاحظه دانش در پیشینه، چه از دیدگاه نظری و چه بر اساس نتایج آن، صحبت کنیم. طبق نظریه خودکنترلی جرم (Gottfredson & Hirschi, 1990)، رفتارهای مجرمانه و سایر رفتارهای مشکل‌ساز، مانند مصرف مواد، ناشی از فقدان خودمهارگری هستند و طبق این نظریه، تجربیات نامطلوب کودکی و شیوه‌های نامناسب والدین بذر سطوح پایین خودمهارگری را در فرزندان خود می‌کارد. این نظریه فرض می‌کند خودمهارگری منعکس‌کننده یک جهت‌گیری لذت‌گرایانه برای به حداکثر رساندن لذت و اجتناب از درد است که تحت تأثیر تجربیات کودکی قرار دارد. نظریه سرمایه اجتماعی (Putnam, 2000) نیز بیان می‌کند سرمایه اجتماعی از شبکه‌ای از روابط بین فردی تشکیل شده است که تأثیری مفید بر افراد درگیر در این شبکه‌ها دارد. سرمایه اجتماعی می‌تواند به رشد تجربیات مثبت کمک کند و می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد عمل کند. بر اساس نظریه سرمایه اجتماعی، فرض می‌شود تجربیات منفی کودکی پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف بیشتر مواد مخدر در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی هستند. بنابراین، اگر سطوح پایین خودمهارگری بتواند مصرف مواد را پیش‌بینی کند و تجربیات مثبت با خودمهارگری مرتبط باشد، آزمایش تجربی مدلی که در آن، تجربیات مثبت در کودکی خودمهارگری را با عوامل واسطه‌ای پیش‌بینی می‌کنند، می‌تواند مفید باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش رالینز و کرنالد، مشخص شد بین تجربیات کودکی و خودمهارگری رابطه‌ای معنادار وجود دارد (Rollins & Crandall, 2021). همچنین، تحول مثبت در شرایط محیطی و انگیزش درونی ممکن است به تقویت

خودکنترلی در دوره بزرگسالی منجر شود (Sabeti Yazdi et al., 2025). مطالعات تجربی نیز نظریه خودمهارگری درباره جرم را در رابطه با مصرف مواد آزمایش کرده‌اند و نشان داده‌اند خودمهارگری کم مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند (Rodríguez-Ruiz et al., 2024). به طور کلی، ویژگی‌های فردی مانند خودمدیریتی یا خودمهارگری زیاد به عنوان عوامل محافظتی در برابر مصرف مواد مخدر شناسایی شده‌اند (Cooper et al., 2023) و عوامل زمینه‌ای مانند تجربیات مثبت در کودکی نیز ممکن است در برابر مصرف مواد مخدر در سنین جوانی محافظت ایجاد کنند (Kim et al., 2024)؛ در مجموع، بیشتر مطالعات قبلی نشان داده‌اند گرمی، نظارت، مشارکت و تجربیات مثبت در کودکی از عوامل محافظتی برای مصرف مواد هستند.

اگرچه مطالعات مختلف عوامل خطر و محافظتی را برای مصرف مواد مخدر توصیف کرده‌اند، اطلاعات کمی درباره فرایندهایی وجود دارد که واسطه این ارتباطات هستند و ویژگی‌های فردی که ارتباط واسطه‌ای بین تجربیات مثبت دوران کودکی و خودمهارگری در مصرف مواد را توضیح می‌دهند، مورد توجه قرار نگرفته‌اند و پژوهش‌هایی اندک در رابطه با تأثیر احتمالی تجربیات مثبت دوران کودکی بر خودمهارگری از طریق مکانیسم‌های واسطه‌ای احتمالی وجود دارند. درک مکانیسم‌های پشت این ارتباطات برای شناسایی چگونگی تأثیر تجربیات مثبت کودکی بر خودمهارگری ضروری است. در این زمینه، شفقت به خود به عنوان یک سازه روان‌شناختی متحول‌کننده پدیدار شده است که قادر به رسیدگی به این شکاف‌هاست و به نظر می‌رسد شفقت به خود از یک سو، با خودمهارگری مرتبط باشد و از سوی دیگر، ممکن است پیامد تجربیات مثبت کودکی باشد. این سازه توسط نف به عنوان یک نگرش مثبت

عاطفی به خود معرفی شد که شامل ارائه درک بدون قضاوت نسبت به درد، کاستی‌ها و شکست‌های فرد است؛ به طوری که تجربه فرد به عنوان بخشی از تجربه بزرگ‌تر انسانی دیده می‌شود (Neff, 2003a). نف این پدیده را به میل ذاتی انسان به شادبودن و رهایی از خودتنبیهی نسبت می‌دهد (Neff, 2011). هرچه تجربیات منفی در کودکی بیشتر باشد، اختلاف بین یک حالت ناخوشایند و یک حالت عاطفی مثبت مطلوب بیشتر است و این اختلاف ممکن است انگیزه فرد را برای اتخاذ یک موضع دلسوزانه نسبت به خود به عنوان وسیله‌ای برای کاهش رنج تشدید کند (Karlou & Karakasidou, 2025). چی و همکاران تجربیات کودکی و شفقت به خود در سال‌های بعدی زندگی را بررسی کردند و نشان دادند تجربیات دوران کودکی نقشی بارز در شفقت به خود دارند (Chi et al., 2023). پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده‌اند شفقت به خود با تجربیات خوشایند به طور مثبت و با تجربیات ناخوشایند به طور منفی مرتبط است (Chi et al., 2023). طبق مطالعات، شفقت به خود با تقویت مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و تاب‌آوری عاطفی، چارچوبی را برای برقراری مجدد روابط سالم‌تر با خود و دیگران در طول بهبودی فراهم می‌کند (Phelps et al., 2018؛ بشیری ابرغانی و بهرامی‌پور، ۱۴۰۳). پژوهش‌هایی روزافزون نشان داده‌اند شفقت به خود با چندین پیامد مفید از جمله بهبود سلامت روان، کاهش علائم آسیب‌شناسی روانی و افزایش انگیزه برای خودسازی مرتبط است. علاوه بر این، مطالعات همبستگی مثبتی بین شفقت به خود و سازه‌های کلیدی در روان‌شناسی مثبت، از جمله امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری روان‌شناختی نشان داده‌اند (Bluth & Neff, 2018). به نظر می‌رسد فقدان منابع روان‌شناختی یادشده در زندگی افراد خودمهارگری را

کاهش می‌دهد و ممکن است مانع از فرایند سم‌زدایی شود که از قبل هم دشوار بوده است (Al Amarat, 2024). مطالعات مختلف نشان می‌دهند جنبه‌هایی که شفقت به خود را تقویت می‌کنند، می‌توانند به عنوان عوامل محافظتی در برابر سوء مصرف مواد عمل کنند. با این حال، مطالعاتی که این جنبه‌های مثبت همدردی یا شفقت به خود را برای مصرف مواد پس از درمان اختلالات مصرف مواد بررسی می‌کنند، هنوز مورد نیاز هستند و توسط چندین مطالعه توصیه می‌شوند (Garner et al., 2020). بنابراین، خوددلسوزی می‌تواند نقش محافظتی در توانایی خودمهارگری افراد مصرف‌کننده مواد برای نگاه مثبت‌تر به زندگی در مواجهه با رویدادهای منفی و غلبه بر مشکلات داشته باشد.

همان‌طور که می‌توان فهمید، تجربیات مثبت دوران کودکی، درست مانند خوددلسوزی، افراد را در مواجهه با رویدادهای منفی زندگی قوی‌تر می‌کنند. با وجود مطالعات متعدد در ادبیات در رابطه با تأثیرات تجربیات منفی دوران کودکی بر مشکلات مصرف مواد (Kim et al., 2024)، مشاهده می‌شود مطالعات کمی در رابطه با تأثیرات تجربیات مثبت دوران کودکی بر افراد بزرگسال وجود دارند (Tunca, 2022). این اعتقاد وجود دارد که مکانیسم‌های مؤثر بین تجربیات مثبت کودکی و رفتارهای مصرف مواد برای توسعه مداخلات به منظور پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مهم هستند (Grummitt et al., 2022). این فرضیه مطرح شده است که روابط بین فردی ایمن و حمایتی در دوران کودکی ممکن است تأثیر شفقت به خود را بر خودمهارگری و مصرف مواد در بزرگسالی افزایش دهد. با وجود این، پژوهش‌ها برخی از فرایندهای احتمالی تأثیرگذار بر روابط بین تجربیات دوران کودکی و خودمهارگری را بررسی کرده‌اند (Rollins & Crandall, 2021)، اما

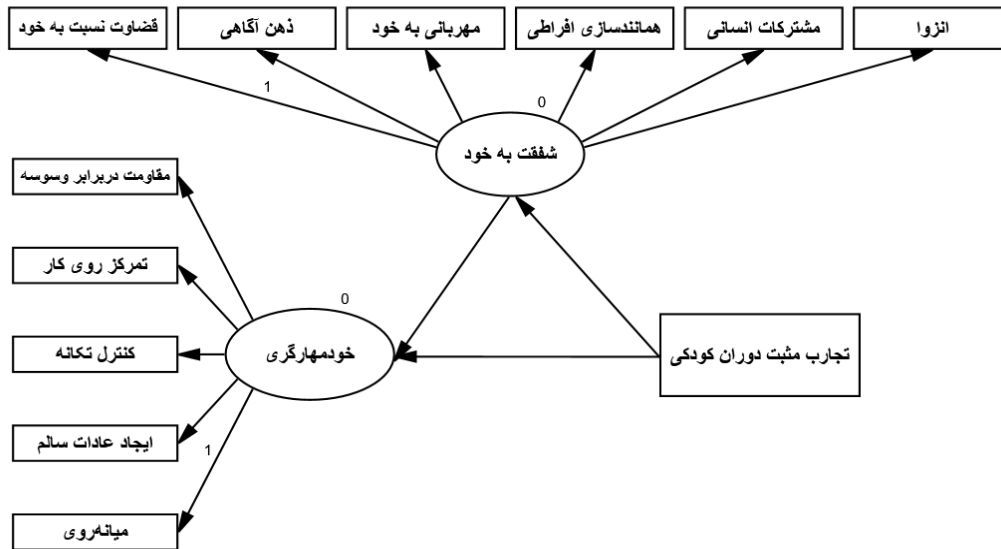
مطالعات کمی عوامل واسطه‌ای بالقوه، مانند شفقت به خود، را بررسی کرده‌اند. در نتیجه، اگرچه مشخص شده است برنامه‌های پیشگیری و درمان مصرف مواد باید نیازهای افراد دارای سابقه آسیب‌های دوران کودکی را منعکس کنند، مسیر علی بین تجربیات مثبت کودکی و خودمهارگری در مصرف‌کنندگان مواد هنوز به طور کامل درک نشده است و این امر مانع از توانایی تدوین پاسخ‌های برنامه‌ریزی‌شده بهینه می‌شود؛ از این رو، مطالعه حاضر به دنبال پرکردن این خلأ بوده و هدف این مطالعه بررسی تجربیات مثبت دوران کودکی و شفقت به خود و رابطه آنها با خودمهارگری است. نتایج مطالعات انجام‌شده در رابطه با دوران کودکی نشان می‌دهد تجربیات مثبت دوران کودکی نیز باید در ارزیابی سلامت روان ارزیابی شوند. از این دیدگاه، آشکارکردن رابطه بین تجربیات مثبت دوران کودکی و خودمهارگری، که یکی از مفاهیم مهم سلامت روان مثبت است، مهم است. در مطالعه حاضر، نقش واسطه‌ای شفقت به خود بررسی شده است و در شکل ۱، مدل مفهومی پیشنهادی نشان داده شده است. طبق مدل پیشنهادی، فرض می‌شود رشد سالم شفقت به خود ممکن است تحت تأثیر تجربیات دوران کودکی باشد که مشخص شده است با خودمهارگری در بزرگسالی مرتبط هستند.

بنابراین، پژوهش حاضر قصد دارد فرضیه‌های زیر را بررسی کند:

- ۱- تجربیات مثبت دوران کودکی بر خودمهارگری اثر مستقیم دارند.
- ۲- تجربیات مثبت دوران کودکی بر شفقت به خود اثر مستقیم دارند.
- ۳- شفقت به خود بر خودمهارگری اثر مستقیم دارد.
- ۴- تجربیات مثبت دوران کودکی بر خودمهارگری به واسطه شفقت به خود اثر غیرمستقیم دارند.

شکل ۱

مدل پیشنهادی پژوهش

Figure 1
Proposed Research Model

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر همبستگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری^۱ بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود (به تعداد ۴۷ مرکز) در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. این کلینیک‌ها عمدتاً درمان‌نگهدارنده با متادون را ارائه می‌دهند که در آن، شرکت‌کنندگان بر اساس وضعیت اعتیاد خود، مقادیری متفاوت از متادون را دریافت می‌کنند. برای تعیین حجم نمونه مدنظر، بر اساس روش کلاین که حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های مدل معادلات ساختاری را ۵ برابر تعداد متغیرهای آشکار (ماده‌های پرسشنامه) توصیه می‌کند (Kline, 2023) و با در نظر گرفتن پوشش ریزش احتمالی نمونه، تعداد ۳۲۰ نفر از افراد جامعه هدف با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر

اساس معیارهای ورود و خروج (به دلیل افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل قراردادن در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشتن دست‌کم ۶ ماه از آغاز درمان نگهدارنده با متادون و کسب رضایت آگاهانه بودند. در مقابل، معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و ناقص‌بودن پاسخ‌های پرسشنامه بودند. در نهایت، با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۱۲ پرسشنامه تحلیل شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $35/81 \pm 4/33$ سال بود. در مجموع، ۲۵۵ شرکت‌کننده مرد (۸۱/۷ درصد) و ۵۷ زن (۱۸/۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۰۱ نفر (۳۲/۴ درصد) مجرد و ۲۱۱ نفر متأهل (۶۷/۶ درصد) بودند. از نظر سوابق تحصیلی، ۲۶۱ شرکت‌کننده (۸۳/۶ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و ۵۱ نفر دارای تحصیلات تکمیلی (۱۶/۴ درصد) بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۴۷ شرکت‌کننده بیکار (۱۵/۰۷ درصد)، ۵۲ شاغل پاره‌وقت (۱۶/۶۷ درصد) و ۲۱۳ شاغل تمام‌وقت (۶۸/۲۶ درصد) بودند. الگوهای مصرف مواد مخدر نشان

¹ Structural Equation Modeling

داد ۱۱۷ شرکت‌کننده از تریاک، ۴۳ نفر هروئین، ۳۸ نفر کراک، ۷۱ نفر متامفتامین و ۴۳ نفر دیگر از مواد مصنوعی استفاده کردند.

ابزار سنجش: مقیاس خودمهارگری (SCS)^۱: این پرسشنامه توسط تان و گائو طراحی شده و شامل ۱۹ گویه است که در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) رتبه‌بندی شده است. ۱۵ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودمهارگری بیشتر است (Tan & Guo, 2008). این مقیاس دارای پنج مؤلفه کنترل تکانه^۲، مقاومت در برابر وسوسه^۳، تمرکز روی کار یا مطالعه^۴، ایجاد عادات سالم^۵ و میانه‌روی^۶ است. سان و همکاران میزان همسانی درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (Sun et al., 2024). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تجربیات مثبت دوران کودکی (BCEs)^۷: این پرسشنامه توسط دوغان و آیدین طراحی شده و شامل ۲۲ گویه است که در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شوند که از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) رتبه‌بندی شده است. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۱۱۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجربیات مثبت بیشتر است (Doğan & Aydın, 2020). دوغان و آیدین ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۶ و ضریب پایایی ترکیبی را برابر ۰/۹۷ گزارش

کردند (Doğan & Aydın, 2020). مقادیر همبستگی بین آیتم‌ها و نمره کل بین ۰/۳۷ و ۰/۸۳ متغیر بود. همچنین، آنها روایی سازه مقیاس را با تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی بررسی کردند. بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، بارهای عاملی که ۵۵ درصد از واریانس را توضیح می‌دهند، بین ۰/۴۰ و ۰/۸۶ متغیر بودند. بر اساس تحلیل عاملی تأییدی، ساختار عاملی مقیاس تأیید شد. تحلیل عاملی اکتشافی نیز در پژوهش دوغان و آیدین نشان داد بارهای عاملی که ۶۸ درصد از واریانس را توضیح می‌دهند، از ۰/۴۸ تا ۰/۹۴ متغیر بودند (Doğan & Aydın, 2020). همه این نتایج نشان می‌دهد این مقیاس ابزاری معتبر است. تانکا میزان همسانی درونی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ گزارش کرد (Tunca, 2022). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت به خود (SCS)^۸: این پرسشنامه توسط نف طراحی شده است و ۲۶ گویه دارد که دارای ۶ مؤلفه مهربانی به خود^۹ (۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶)، قضاوت نسبت به خود^{۱۰} (۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، ذهن‌آگاهی^{۱۱} (۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲)، همانندسازی افراطی^{۱۲} (۲، ۶، ۲۰ و ۲۴)، مشترکات انسانی^{۱۳} (۳، ۷، ۱۰ و ۱۵) و انزوا^{۱۴} (۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵) هستند (Neff, 2003b). پاسخ‌دهندگان در مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) به پرسش‌های این مقیاس پاسخ می‌دهند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شفقت به خود بیشتر است. آلفای کرونباخ این مقیاس با استفاده

⁸ Self-Compassion Scale

⁹ self-compassion

¹⁰ self-judgment

¹¹ mindfulness

¹² over-identification

¹³ common humanity

¹⁴ isolation

¹ Self-Control Scale

² impulse control

³ resistance to temptation

⁴ focus on work or study

⁵ establishment of healthy habits

⁶ moderation

⁷ Positive Childhood Experiences Scale

از بازآزمایی در فاصله سه هفته ۰/۹۳ گزارش شده است (Neff, 2003b). عامری (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: روش اجرای این پژوهش به صورت تکمیل پرسشنامه بود. در صورت تغییر نظرات و عدم تمایل به ادامه همکاری، مراجعان در هر مرحله از تکمیل پرسشنامه برای خروج از پژوهش آزاد بودند. برای این منظور، از میان ۴۷ مرکز درمان نگهدارنده با متادون در شهر شاهرود، تعداد ۴ مرکز به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به مراجعان گفته شد نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نیست و اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهند ماند. سپس، پرسشنامه پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. در نهایت، با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۱۲ پرسشنامه با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS²⁴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در **جدول ۱** ارائه شده‌اند. همچنین، در دو ردیف دیگر جدول، نتایج کجی و کشیدگی برای نرمال‌بودن داده‌ها آمده است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری بررسی شدند. در همین راستا، برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها، از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف^۱ استفاده شد که نتایج

حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0/05$). همچنین، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارند که حاکی از نرمال‌بودن توزیع متغیرها و مناسب‌بودن آنها برای انجام مدل معادلات ساختاری است (Kline, 2023). با توجه به اینکه زیربنای مدل

معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در **جدول ۱** نیز، ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش، همبستگی معنادار وجود دارد. برای بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون^۲ استفاده شد که مقدار آن ۱/۸۱ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مدنظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی تأیید می‌شود (Kline, 2023).

همچنین، مفروضه هم‌خطی برای متغیرهای برون‌زای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل^۳ و عامل تورم واریانس (VIF)^۴ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه عدم وجود هم‌خطی چندگانه احراز شد؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آنها از حد بحرانی ۲ کمتر بودند. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه (KMO)^۵ (۰/۸۶) و شاخص کرویت بارتلت^۶ ($df=55$) و ($p < 0/01$) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود (Bollen, 1989).

² Durbin-Watson

³ Tolerance

⁴ Variance Inflation Factors

⁵ Kaiser-Meyer-Olkin

⁶ Bartlett

¹ Kolmogoro-Smirnov Test

جدول ۱

میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

Table 1

Mean and Standard Deviation and Correlation Matrix between Research Variables

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- تجربیات مثبت کودکی	۱													
۲- کنترل تکانه	۰/۳۲**	۱												
۳- مقاومت در برابر وسوسه	۰/۲۷**	۰/۷۲**	۱											
۴- تمرکز بر کار یا مطالعه	۰/۳۵**	۰/۷۴**	۰/۶۱**	۱										
۵- ایجاد عادات سالم	۰/۳۳**	۰/۵۹**	۰/۶۶**	۰/۶۴**	۱									
۶- میانه‌روی	۰/۲۳**	۰/۷۷**	۰/۷۹**	۰/۶۹**	۰/۷۱**	۱								
۷- کل خودمهارگری	۰/۳۵**	۰/۸۷**	۰/۸۹**	۰/۸۴**	۰/۸۳**	۰/۸۹**	۱							
۸- مهربانی به خود	۰/۳۱**	۰/۴۷**	۰/۴۳**	۰/۴۹**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۴۸**	۱						
۹- قضاوت نسبت به خود	۰/۳۰**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۲۷**	۰/۳۳**	۰/۴۰**	۰/۵۰**	۱					
۱۰- ذهن‌آگاهی	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۲۵**	۰/۲۷**	۰/۳۷**	۰/۶۰**	۰/۴۰**	۱				
۱۱- همانندسازی افراطی	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۳۴**	۰/۶۴**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۱			
۱۲- مشترکات انسانی	۰/۳۶**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۴۹**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۴۸**	۰/۸۶**	۰/۵۳**	۰/۶۶**	۰/۷۵**	۱		
۱۳- انزوا	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۰/۴۵**	۰/۷۹**	۰/۵۴**	۰/۶۴**	۰/۷۳**	۰/۹۱**	۱	
۱۴- کل شفقت به خود	۰/۳۹**	۰/۴۸**	۰/۴۶**	۰/۵۱**	۰/۳۴**	۰/۳۹**	۰/۵۱**	۰/۸۷**	۰/۶۸**	۰/۷۶**	۰/۸۱**	۰/۹۴**	۰/۹۲**	۱
میانگین	۵۵/۲۷	۱۳/۱۱	۱۰/۵۳	۱۳/۶۹	۱۱/۳۰	۸/۷۲	۵۷/۳۵	۹/۴۷	۸/۲۴	۹/۵۲	۸/۰۱	۱۱/۴۲	۱۰/۷۱	۵۷/۳۷
انحراف معیار	۱۲/۰۳	۴/۳۱	۶/۳۱	۴/۸۰	۴/۶۲	۲/۹۸	۲۰/۲۵	۵/۲۱	۵/۸۰	۵/۳۸	۵/۴۸	۵/۲۸	۵/۴۳	۳۰/۰۶
چولگی	-۰/۹۹	-۰/۳۹	۰/۱۵	-۰/۸۷	-۰/۰۶	۰/۱۱	-۰/۲۶	-۰/۴۳	-۰/۵۱	-۰/۳۶	-۰/۱۱	-۰/۴۶	-۰/۵۶	-۰/۴۴
کشیدگی	۰/۱۵	-۰/۹۵	-۰/۷۱	-۰/۸۸	-۰/۵۷	-۰/۰۵	-۰/۲۴	-۰/۱۲	-۰/۳۸	-۰/۳۹	-۰/۶۱	-۰/۱۹	-۰/۱۷	-۰/۳۴

**معنادار در سطح ۰/۰۱ و * معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بر اساس معیار هو و بنتلر، مدل از برازشی مطلوب برخوردار است (Hu & Bentler, 1999).

جدول ۲

شاخص‌های برازش مدل پژوهش

Table 2

The Fit Indicators of Research Model

شاخص برازندگی	χ^2/df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقادیر قابل قبول	< ۳	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	< ۰/۰۸	> ۰/۰۵
مقادیر محاسبه شده	۲/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۰۷۹	۰/۱۵

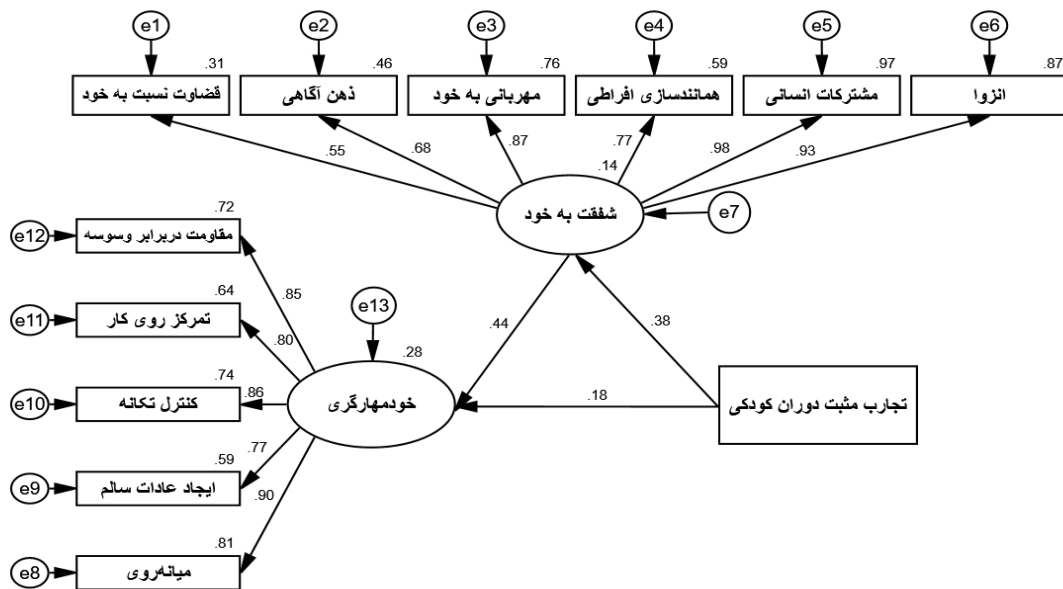
ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.

شکل ۲

مدل پژوهش و اثرات مستقیم/استاندارد شده بین متغیرها

Figure 2

Research Model and Direct Relationships between Variables



جدول ۳ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳

ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

Table 3

Standardized and Unstandardized Coefficients of the Direct Paths of the Research Model

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	ضریب t	SE	C.R	P	نتیجه
تجربیات مثبت کودکی	خودمهارگری	۰/۱۸	۰/۰۴۱	۰/۰۱۲	۳/۲۸	۰/۰۰۱**	تأیید
تجربیات مثبت کودکی	شفقت به خود	۰/۳۷	۰/۰۹۳	۰/۰۱۶	۶/۰۲	۰/۰۰۱**	تأیید
شفقت به خود	خودمهارگری	۰/۴۳	۰/۳۹	۰/۰۶۱	۶/۴۴	۰/۰۰۱**	تأیید

**p<۰/۰۱

همان‌گونه که در **جدول ۳** ملاحظه می‌شود، ضرایب مسیر مربوط به اثر مستقیم تجربیات مثبت کودکی بر شفقت به خود ($p < 0/001$, $\beta = 0/18$) و خودمهارگری ($p < 0/001$, $\beta = 0/37$) معنادار هستند. همچنین، اثر مستقیم شفقت به خود بر خودمهارگری ($p < 0/001$, $\beta = 0/43$)،

همان‌گونه که در **جدول ۳** ملاحظه می‌شود، ضرایب مسیر مربوط به اثر مستقیم تجربیات مثبت کودکی بر شفقت به خود ($p < 0/001$, $\beta = 0/18$) و خودمهارگری ($p < 0/001$, $\beta = 0/37$) معنادار هستند. همچنین، اثر مستقیم شفقت به خود بر خودمهارگری ($p < 0/001$, $\beta = 0/43$)،

جدول ۴

نتایج آزمون بوت استرپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

Table 4
Results of the Bootstrap Test of the Indirect Effect of the Research Model

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	p
تجربیات مثبت کودکی ← شفقت به خود ← خودمهارگری	۰/۱۶۳	۰/۰۳۱	۰/۲۱۷	۰/۱۱۵	۰/۰۰۱*

* $p < 0/01$

پژوهش نشان‌دهنده تأثیر مستقیم تجربیات مثبت کودکی بر خودمهارگری بود؛ تجربیات مثبت کودکی به طور مستقیم بر خودمهارگری در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تأثیر می‌گذارد و با نتایج پژوهش‌های پیشین (Rollins & Crandall, Crandall et al., 2019)؛ (2021) هم‌سو است. بر اساس نظریه سرمایه اجتماعی (Putnam, 2000)، مشارکت والدین، فرزندپروری مثبت، شادی، عشق، توجه، قدردانی و اعتماد پیش‌بینی‌کننده‌های خودمهارگری هستند. بر اساس نظریه خودکنترلی جرم (Gottfredson & Hirschi, 1990)، انتظار می‌رفت سطوح بالای خودمهارگری توسط تجربیات مثبت کودکی پیش‌بینی شوند. در تبیین این یافته، می‌توان بیان کرد اگر فردی در معرض انواع سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گیرد، رشد مهارت‌های خودتنظیمی او ممکن است به طرزی ضعیف تحت

طبق نتایج **جدول ۴**، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه، شفقت به خود، به صورت جزئی و نه کلی، قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود؛ به این معنا که تجربیات مثبت کودکی با تأثیر بر شفقت به خود، خودمهارگری را پیش‌بینی می‌کند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تجربیات مثبت کودکی با خودمهارگری براساس نقش میانجی شفقت به خود در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون و شناسایی روابط مستقیم و غیرمستقیم آنها بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شفقت به خود به طرزی معنادار، نقش میانجی در رابطه بین تجربیات مثبت کودکی با خودمهارگری ایفا می‌کند. اولین یافته

¹ Bootstrapping

تأثیر قرار گیرد. اختلال در مهارت‌های خودتنظیمی ممکن است بر علائم اولیه آسیب‌شناسی روانی تأثیر منفی بگذارد و احتمالاً به مکانیسم‌های مقابله ناسالم مانند سوءمصرف مواد منجر شود. از سوی دیگر، اگر فردی تجربیات مثبت متنوعی را تجربه کند، این امر ممکن است رشد خودتنظیمی را افزایش و درونی‌سازی احساسات ناسالم را کاهش دهد. ظرفیت‌های خودتنظیمی به‌خوبی رشدیافته ابزارهایی را برای کمک به تغییرات کلیدی زندگی که در بزرگسالی رخ می‌دهند، فراهم می‌کنند و به تجربیاتی رضایت‌بخش‌تر در بزرگسالی منجر می‌شوند که ممکن است به مبارزه با سوءمصرف مواد کمک کنند (Rollins & Crandall, 2021). پژوهش‌های موجود از این چارچوب پشتیبانی می‌کنند و نشان می‌دهند ترومای کودکی با خودتنظیمی بدتر در بزرگسالی مرتبط دانسته شده است (Cooper et al., 2023)، در حالی که میزان تجربیات مثبت کودکی بالاتر با خودتنظیمی بهتر مرتبط است (Crandall et al., 2019). همچنین، نتایج این پژوهش با علوم شناختی (Flaherty et al., 2013) سازگار است که نشان می‌دهد تجربیات کودکی بر ساختار مغز از جمله رشد قشر جلوی مغز، هیپوکامپ، آمیگدال و ناحیه جداری فوقانی مغز تأثیر می‌گذارند (Luby et al., 2019). برعکس، نشان داده شده است تجربیات مثبت فردی مانند فرزندپروری مثبت، رشد سالم‌تر آمیگدال و قشر جلوی مغز را، به ویژه در مواجهه با سختی‌ها، ارتقا می‌دهند (Luby et al., 2019). از آنجا که تجربیات مثبت در کودکی رشد سالم مغز را ارتقا می‌دهند، به نظر می‌رسد افرادی که تجربیات مثبت زیادی دارند، خودتنظیمی قوی‌تر و شرم کمتری دارند و این امر باعث می‌شود آنها افکار، رفتارها و احساسات خود را به طور مؤثرتر کنترل

کنند و در بزرگسالی به سلامتی بهتر، از جمله میزان کمتر بیماری‌های روانی و مصرف کمتر مواد مخدر، دست یابند. از آنجا که خودتنظیمی شامل کنترل احساسات، رفتارها و شناخت‌هاست، نقص در خودمهارگری به معنای سطوح پایین‌تر خودکنترلی و سطوح بالاتر تکانش‌گری است که با رفتارهای پرخطرتر مانند مصرف مواد، به ویژه در میان افرادی که سابقه بدرفتاری دارند، مرتبط دانسته شده است (Rodríguez-Ruiz et al., 2024). بنابراین، افرادی که تجربیات مثبت کافی در کودکی ندارند، در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیرتر هستند؛ زیرا پیوندهای اجتماعی آنها توسط انبوهی از آسیب‌های کودکی تضعیف می‌شود. متعاقباً، افرادی که قادر به حفظ ارتباطات اجتماعی قوی‌تر نیستند، تکانشی، خودمحور، ریسک‌پذیر می‌شوند و به ارضای مداوم تمایل پیدا می‌کنند که همه این موارد خودمهارگری آنها را از بین می‌برد و آنها را مستعد مصرف مواد می‌کند. ظرفیت‌های خودتنظیمی نه فقط برای رفتارهای برون‌ریزی‌شده مانند مصرف مواد مخدر مهم هستند، بلکه در کمک به افراد برای تنظیم احساسات و شناخت‌هایشان، از جمله تحریف‌های شناختی مرتبط با آسیب‌شناسی روانی نیز اهمیت دارند (Rollins & Crandall, 2021). بنابراین، ملاحظات خودتنظیمی ممکن است هنگام بررسی چگونگی تأثیر تجربیات دوران کودکی بر سلامت روان در مراحل بعدی زندگی، از اهمیتی ویژه برخوردار باشد. یافته‌ها نشان داد تجربیات مثبت کودکی نه فقط به طور مستقیم، بلکه از طریق شفقت به خود، بر خودمهارگری اثر غیرمستقیم دارند و شفقت به خود نقش واسطه‌ای در رابطه بین تجربیات مثبت کودکی و خودمهارگری دارد. در این پژوهش، مطالعه‌ای یافت نشد که نشان‌دهنده رابطه غیرمستقیم این متغیرها باشد.

مطالعات نشان داده‌اند داشتن تجربیات مثبت بیشتر در دوران کودکی، قبل از ۵ سالگی، ممکن است به افزایش خودمهارگری منجر شود (Rollins & Crandall, 2021). مطالعه‌ای نشان داد با کاهش تجربیات نامطلوب دوران کودکی، خودمهارگری تمایل به افزایش دارد (Cooper et al., 2023). علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان داده‌اند شفقت به خود به عنوان قدرت شخصیتی با توانایی‌های خودتنظیمی مانند خودکنترلی، مدیریت احساسات و تمرکز مرتبط است و ایجاد دلسوزی نسبت به خود می‌تواند این توانایی‌ها و خودکنترلی را افزایش دهد (Al Amarat, 2024). یک مطالعه پژوهشی متفاوت نشان داد شفقت به خود به عنوان قدرت شخصیتی می‌تواند به جلوگیری از مشکلات رفتاری و مصرف مواد کمک کند (Karlou & Karakasidou, 2025). توضیح این نتایج ممکن است با عوامل محافظتی در دوران کودکی یا حمایت اجتماعی در بزرگسالی مرتبط باشد. کسانی که در دوران کودکی خود با چالش‌هایی روبه‌رو بوده‌اند اما از منابع مختلف حمایت زیادی دریافت کرده‌اند، ممکن است توانایی بیشتری در بهبود خودکنترلی خود داشته باشند. چنین سیستم‌های حمایتی در تقویت مکانیسم‌های مقابله و ارتقای رفتارهای سالم بسیار مهم هستند. تغییرات مثبت در شرایط زندگی یا انگیزه‌های درونی فرد نیز ممکن است خودکنترلی را در بزرگسالی تقویت کنند (Sabeti Yazdi et al., 2025). بر اساس نظریه شفقت به خود (Neff, 2003a)، تجربیات مثبت کودکی از طریق درونی‌سازی نگرش پذیرنده و حمایتگر والدین، زمینه‌ساز شکل‌گیری خودشفقتی در بزرگسالی می‌شوند. علاوه بر این، برخی از افراد دارای ویژگی‌های مثبت ذاتی هستند که این امر آنها را قادر می‌کند تا حتی در هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز و شکست‌ها،

حس قدرتمندی از خودکنترلی را حفظ کنند. تفاوت در ویژگی‌های افراد قابل ملاحظه است. برخی از افراد ممکن است در برابر مسائل عاطفی و رفتاری ناشی از تجربیات نامطلوب دوران کودکی انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند، در حالی که برخی دیگر ممکن است آسیب‌پذیری بیشتری را نشان دهند. عواملی مختلف مانند استعداد ژنتیکی، ویژگی‌های شخصیتی و عوامل درونی و بیرونی، در شکل‌گیری تفاوت‌ها در خودکنترلی نقش دارند (Andrade & Hoyle, 2023). به همین ترتیب، هنگام بحث درباره تأثیر تجربیات مثبت کودکی بر افزایش خودکنترلی، تأکید بر این نکته مهم است که نقاط قوت شخصیتی مانند شفقت به خود که به عنوان ویژگی‌های خوش‌بینانه و دارایی‌های درونی هر فرد عمل می‌کنند، نقش حیاتی در تقویت خودکنترلی دارند (Al Amarat, 2024). تجربیات مثبت در کودکی مانند (شادی، عشق، توجه، قدردانی و اعتماد) به افراد کمک می‌کنند تا در مواجهه با چالش‌ها تصمیم‌هایی سنجیده بگیرند و اقدامات تکانشی را کاهش دهند (Rollins & Crandall, 2021). شفقت به خود با افزایش ظرفیت تمرکز بر اهداف بلندمدت و مقاومت در برابر وسوسه‌های فوری با کمک این تجربیات مثبت در طی دوران کودکی تقویت می‌شود؛ زیرا افراد می‌توانند از دارایی‌های درونی خود برای مقابله با استرس و مدیریت احساسات و مهار تکانه‌ها استفاده کنند. علاوه بر این، تجربیات مثبت در طی دوران کودکی شفقت به خود و احساس توانایی و به طور غیرمستقیم خودکنترلی را افزایش می‌دهند. افرادی که تجربیات مثبت بیشتری در این دوران دارند، معمولاً انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دارند که آنها را قادر می‌کند تا دیدگاهی مثبت نسبت به خود داشته باشند و راه‌حل‌هایی بهتر پیدا کنند که این امر

به خودکنترلی بهتر منجر می‌شود. این ویژگی‌ها به افراد کمک می‌کند تا اعمال خود را متناسب با باورها و اهدافشان تنظیم کنند که این امر به افزایش خودکنترلی منجر می‌شود.

اگر فردی در دوران کودکی دارای حمایت کافی باشد یا تجربیات مثبت را به اندازه کافی تجربه کند، شفقت به خود ممکن است به طور مؤثر پیامدهای این تجربیات را افزایش دهد (Tunca, 2022). علاوه بر این، آسیب‌های دوران کودکی ممکن است به مشکلاتی در مدیریت احساسات و کنترل رفتار منجر شوند و بر توانایی فرد در اعمال خودکنترلی تأثیر بگذارند (Sabeti Yazdi et al., 2025). شفقت به خود ممکن است به طور کامل از این مسائل جلوگیری کند و جنبه‌های محیطی و اجتماعی نیز نقشی مهم در خودکنترلی دارند. در محیط‌هایی که فاقد منابع حمایتی هستند یا تحت فشارهای اجتماعی و اقتصادی قرار دارند، شفقت به خود به‌تنهایی ممکن است کافی نباشد؛ حتی اگرچه افراد عموماً مثبت‌اندیش هستند، ممکن است به دلیل عوامل بیرونی و موانع موجود در محیط خود، در کنترل خود دچار مشکل شوند (Karlou & Karakasidou, 2025). در نهایت، شفقت به خود صرفاً ابزاری برای خودمهارگری نیست، بلکه چارچوبی جامع برای پرورش رابطه‌ای سالم‌تر با خود در مواقع عود مصرف ارائه می‌دهد (Al Amarat, 2024). این یافته‌ها پیامدهایی مهم برای عمل دارند. پیشگیری از تجربه آسیب در دوران کودکی همیشه باید یک هدف در ارتقای سلامت عمومی باشد. با این حال، با توجه به شیوع زیاد برخی از آسیب‌های کودکی (مانند سلامت روان در والدین و جدایی و طلاق والدین)، پیشگیری از آنها همیشه امکان‌پذیر نیست. بنابراین، باید به افزایش تجربیات مثبت کودکان نیز توجه شود که ممکن است

برای رشد و حفظ ظرفیت‌های شناختی مانند تنظیم احساسات و رفتارها که سلامت مادام‌العمر را بهبود می‌بخشند، مهم باشد (Kuhar & Zager Kocjan, 2021). محدودیت‌هایی مختلف بر یافته‌های این مطالعه تأثیر داشته‌اند. یکی از این محدودیت‌ها، محدودبودن جامعه آماری به مصرف‌کنندگان متادون بود که به طور بالقوه قابلیت کاربرد یافته‌ها را در سایر گروه‌های اجتماعی محدود می‌کرد. برای بهبود ارتباط نتایج، مطالعات آینده لازم است طیفی وسیع‌تر از شرکت‌کنندگان از جمعیت‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر را در بر بگیرند. علاوه بر این، اتکا به داده‌های خودگزارش‌شده ممکن است باعث ایجاد سوگیری‌های اجتماعی یا تمایل به هم‌سوکردن پاسخ‌ها با پیش‌فرض‌های پژوهشگر شود. برای کاهش این سوگیری‌ها، استفاده از روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه‌های بالینی، گزارش‌های خانواده یا درمانگر و سنجش‌های رفتاری در تلاش‌های پژوهشی مشابه توصیه می‌شود. محدودیت‌های دیگری نیز وجود دارند، مانند نمونه‌گیری هدفمند و عدم در نظر گرفتن عوامل بالقوه‌ای که می‌توانند بر یافته‌ها تأثیر بگذارند. یک مثال این احتمال است که عواملی مانند حمایت اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی ممکن است بر یافته‌های مطالعه تأثیر گذاشته باشند. به دلیل تعداد ناکافی زنان، امکان انجام تحلیل چندگروهی یا بررسی اثر تعدیلی جنسیت به صورت معنادار آماری وجود نداشت؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به جمعیت زنان وابسته به مواد باید با احتیاط صورت گیرد. پژوهشگران آینده باید این متغیرها را در تحلیل خود شناسایی و بررسی کنند تا دقت و قابلیت اطمینان نتایج را بهبود بخشند. علاوه بر این، این مطالعه در ایران انجام شد که نشان می‌دهد نتایج فقط ممکن است در یک زمینه

فرهنگی خاص قابل اجرا باشد. انجام مطالعات مشابه در محیط‌های فرهنگی متنوع می‌تواند به تعمیم نتایج کمک کند. محدودیت دیگر عدم وجود افرادی با مشکلات خاص سلامت روان، مانند بیماری‌های روانی، است. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده افرادی را در نظر بگیرند که دارای طیفی وسیع از مشکلات سلامت روان هستند تا تغییرات و پیامدهای عوامل در این گروه‌ها بررسی شوند. در نهایت، برخی از افراد در مراکز درمان نگهدارنده با متادون از پاسخ کامل و صادقانه به پرسش‌ها به دلیل نگرانی از افشای جزئیات شخصی یا تجربیات گذشته خودداری کردند. یک راه برای رسیدگی به این مشکل استفاده از روش‌هایی مانند انجام مصاحبه‌های خصوصی و ایجاد یک محیط حمایتی است که به افراد اجازه می‌دهد افکار و تجربیات خود را آشکارا و صادقانه بیان کنند. پیشنهاد می‌شود پژوهش طولی یا مقایسه‌ای در این زمینه انجام شوند.

با توجه به یافته‌های این مطالعه مبنی بر اینکه رابطه مستقیم تجربیات مثبت کودکی با خودمهارگری با وجود معناداری آماری از نظر بالینی ضعیف بود، به نظر می‌رسد مسیر غیرمستقیم از طریق شفقت به خود (با ضریب بالاتر) نقشی مهم‌تر در تقویت خودمهارگری افراد وابسته به مواد دارد؛ بنابراین، در کنار توجه به تجربیات مثبت دوران کودکی، اولویت‌بندی مداخلات مبتنی بر پرورش شفقت به خود در برنامه‌های درمانی و آموزشی ممکن است مؤثرتر باشد. با وجود این، در نظر گرفتن تأثیر عناصر محیطی و فرهنگی بر نتایج ضروری است. بینش‌های حاصل از این مطالعه می‌تواند در تدوین مداخلات روان‌شناختی و آموزشی برای افراد در مراکز درمانی با متادون ارزشمند باشد. با تأثیر تجربیات مثبت کودکی بر خودمهارگری، برنامه‌هایی که با هدف آموزش

و درمان انجام می‌شوند، می‌توانند بر تقویت ویژگی‌های مثبت مانند شفقت به خود تمرکز کنند. علاوه بر این، این پژوهش نشان داد آسیب‌های دوران کودکی لزوماً خودمهارگری را کاهش نمی‌دهند و این امر نشان‌دهنده فرصت‌هایی برای مداخلاتی است که شفقت به خود را در این افراد افزایش می‌دهند. این یافته‌ها به ویژه برای روان‌شناسان در مراکز درمانی نگهدارنده با متادون و توسعه‌دهندگان برنامه‌های توانمندسازی برای مصرف‌کنندگان مواد مفید است. علاوه بر این، پژوهشگرانی که اثرات تجربیات مثبت کودکی، شفقت به خود و خودمهارگری را در جمعیت‌های مختلف بررسی می‌کنند، ممکن است در این یافته‌ها برای مطالعات پژوهشی آینده ارزش بیابند.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با شماره ۱۴۰۴۱۱۱۱ ط/۲۲۶/۱۴۰۴ است که با استفاده از اعتبار ویژه پژوهشی (پژوهانه) دانشگاه سمنان انجام شده است. بدین وسیله، از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

بشیری ابرغانی، ط.، و بهرامی‌پور، م. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش ذهن دلسوز بر تحمل پریشانی، جرئتمندی، خوددلسوزی و همدلی نوجوانان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱۰(۴)، ۱۱۰-۱۲۶.

<https://doi.org/10.22108/ppls.2025.143783.2594>
عامری، ن. (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی

- Ameri, N., & Najafi, M. (2025). A comparison of the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based self-compassion on metacognitive beliefs in individuals with substance dependence receiving methadone maintenance treatment. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 17(2), 51-69.
<https://www.doi.org/10.22075/jcp.2025.37052.3138> [In Persian]
- Ameri, N., & Najafi, M. (2026). Modeling readiness and eagerness for treatment based on mindfulness with the mediating role of decentralization and feelings of inferiority in substance-dependent individuals undergoing methadone maintenance treatment. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 14, 95-114.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2026.74371.6235> [In Persian]
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Andrade, F. C., & Hoyle, R. H. (2023). A synthesis and meta-analysis of the relationship between trait self-control and healthier practices in physical activity, eating, and sleep domains. *Personality and Individual Differences*, 205, 112095.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112095>
- Arnaud, N., Wartberg, L., Simon-Kutscher, K., Thomasius, R., & IMAC-Mind Consortium. (2024). Prevalence of substance use disorders and associations with mindfulness, impulsive personality traits and psychopathological symptoms in a representative sample of adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 451-465.
<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02173-0>
- Bakhshani, N. M., Karimi, Z., Mojahed, A., Arani, M. J. L., & Ayubi, E. (2022). Psychological factors associated with sexual dysfunction in men on methadone maintenance treatment. *International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction*, 11(2).
<https://doi.org/10.5812/ijhrba-118838>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248-287.
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- شفقت به خود. فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۶)، ۴۷-۷۰.
<http://dx.doi.org/10.52547/etiadjpajohi.16.66.47>
- عامری، ن.، و نجفی، م. (۱۴۰۴ الف). مدل‌یابی آمادگی و اشتیاق به درمان بر اساس ذهن‌آگاهی با نقش میانجی تمرکززدایی و احساس حقارت در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. روانشناسی سلامت، ۱۴، ۹۵-۱۱۴.
<https://doi.org/10.30473/hpj.2026.74371.6235>
- عامری، ن.، و نجفی، م. (۱۴۰۴ ب). مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر باورهای فراشناختی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. روان‌شناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۷ (۲)، ۵۱-۶۹.
<https://www.doi.org/10.22075/jcp.2025.37052.3138>

References

- Al Amarat, F. M. (2024). Social stigma and self-compassion as predictors of self-control and relapse among a sample of recoveries in addiction treatment centers in Jordan. *Jordanian Educational Journal*, 9(3), 330-354.
<http://dx.doi.org/10.46515/jaes.v9i3.822>
- Altekruse, S. F., Cosgrove, C. M., Altekruse, W. C., Jenkins, R. A., & Blanco, C. (2020). Socioeconomic risk factors for fatal opioid overdoses in the United States: Findings from the Mortality Disparities in American Communities Study (MDAC). *PloS One*, 15(1), e0227966.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227966>
- Ameri, N. (2023). Structural relations of early maladaptive schemas to craving in substance-dependent individuals under methadone maintenance treatment: The mediating role of self-compassion. *Research on Addiction*, 16(66), 47-70.
<http://dx.doi.org/10.52547/etiadjpajohi.16.66.47> [In Persian]

- Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104089. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>
- Doğan, T., & Aydın, F.T. (2020). The development of the positive childhood experiences scale. *HAYEF: Journal of Education*, 17(1), 1-19. <https://doi.org/10.5152/hayef.2020.1925>
- Doğan, T., & Eren Yavuz, K. (2020). Yetişkinlerde psikolojik sağlık, olumlu çocukluk deneyimleri ve algılanan mutluluk [Resilience, positive childhood experiences and perceived happiness among adults]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 12(Suppl 1): 312-330. <https://doi.org/10.18863/pgy.750839>
- Flaherty, E. G., Thompson, R., Dubowitz, H., Harvey, E. M., English, D. J., Proctor, L. J., & Runyan, D. K. (2013). Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA Pediatrics*, 167(7). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.22>
- Garner, A. R., Gilbert, S. E., Shorey, R. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2020). A longitudinal investigation on the relation between self-compassion and alcohol use in a treatment sample: A brief report. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14. <https://doi.org/10.1177/1178221820909356>
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). A general theory of crime. In *A general theory of crime*. Stanford University Press.
- Grummitt, L., Barrett, E., Kelly, E., & Newton, N. (2022). An umbrella review of the links between adverse childhood experiences and substance misuse: what, why, and where do we go from here?. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 83-100. <https://doi.org/10.2147/sar.s341818>
- Han, D., Dieujeste, N., Doom, J. R., & Narayan, A. J. (2023). A systematic review of positive childhood experiences and adult outcomes: Promotive and protective processes for resilience in the context of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*, 144, 106346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106346>
- Heatherton, T., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-*
- Bashiri Abarghani, T., & Bahramipour, M. (2025). The effectiveness of training a compassionate mind on distress tolerance, boldness, self-compassion and empathy of teenagers. *Positive Psychology Research*, 10(4), 101-126. <https://doi.org/10.22108/ppls.2025.143783.2594> [In Persian]
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351-355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. Wiley.
- Chaudhary, V., Walia, G. K., Devi, N. K., Shekhawat, L. S., & Saraswathy, K. N. (2025). Positive childhood experiences in mental health of young adults across adverse childhood experiences levels: A study from Delhi-NCR, India. *Child Abuse & Neglect*, 161, 107255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107255>
- Chi, X., Jiang, W., Guo, T., Hall, D. L., Luberto, C. M., & Zou, L. (2023). Relationship between adverse childhood experiences and anxiety symptoms among Chinese adolescents: The role of self-compassion and social support. *Current Psychology*, 42(15), 12822-12834. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02534-5>
- Connery, H. S., McHugh, R. K., Reilly, M., Shin, S., & Greenfield, S. F. (2020). Substance use disorders in global mental health delivery: Epidemiology, treatment gap, and implementation of evidence-based treatments. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(5), 316-327. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000271>
- Cooper, D. K., Felt, J. M., Riobueno-Naylor, A., Lai, B. S., Bámaca, M. Y., & Fishbein, D. (2023). The mediating role of self-regulation on the link between child maltreatment and later substance use among Latinx youth. *Child Abuse & Neglect*, 140, 106151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106151>
- Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... &

- Luby, J. L., Tillman, R., & Barch, D. M. (2019). Association of timing of adverse childhood experiences and caregiver support with regionally specific brain development in adolescents. *JAMA Network Open*, 2(9). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11426>
- MacNeill, L., Brunelle, C., Skelding, B., & DiTommaso, E. (2021). Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: A qualitative study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(3), 211-221. <https://doi.org/10.1177/0844562120924516>
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. Hachette UK.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self & Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- 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 & Alcohol Dependence*, 183, 78-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.026>
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse of America's social capital. *New York: Simon and Schuster*, 6(1), 65-74. <https://doi.org/10.1145/358916.361990>
- Rodríguez-Ruiz, J., Zych, I., Ribeaud, D., Steinhoff, A., Eisner, M., Quednow, B. B., & Shanahan, L. (2024). The influence of different dimensions of the parent-child relationship in childhood as longitudinal predictors of substance use in late adolescence. The mediating role of self-control. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(5), 3073-3090. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01036-8>
- Rollins, E. M., & Crandall, A. (2021). Self-regulation and shame as mediators between childhood experiences and young adult health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 649911. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.649911>
- regulation. San Diego, CA, USA: Academic Press, Inc.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Karlou, I., & Karakasidou, E. (2025). The Predictive and Mediating Role of Self-Compassion in Substance Use Disorders. *The European Journal of Counselling Psychology*. <https://doi.org/10.46853/001c.133794>
- Kim, I., Park, Y., Chasek, C., Bjornsen, A., & Shin, K. (2024). Recovery from substance use disorder among adolescents: Roles of adverse and positive childhood experiences. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 45(2), 191-204. <https://doi.org/10.1002/jaoc.12136>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kräplin, A., Joshanloo, M., Wolff, M., Fröhner, J. H., Baeuchl, C., Krönke, K. M., ..., & Goschke, T. (2024). No evidence for a reciprocal relationship between daily self-control failures and addictive behavior in a longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1382483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382483>
- Kuhar, M., & Zager Kocjan, G. (2021). Associations of adverse and positive childhood experiences with adult physical and mental health and risk behaviors in Slovenia. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1924953. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1924953>
- Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E., & Squeglia, L. M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 192, 172906. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906>
- Leventelis, C., Veskoukis, A. S., Gil, A. P. R., Papadopoulos, P., Garderi, M., Angeli, A., ..., & Tsironi, M. (2025). Methadone and buprenorphine as medication for addiction treatment diversely affect inflammation and craving depending on their doses. *Pharmacy*, 13(2), 40. <https://doi.org/10.3390/pharmacy13020040>

- students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(5), 468–470.
<https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=1604802>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Tunca, A. (2022). Self-compassion and positive childhood experience as predictive of women's happiness. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 535-545.
<https://doi.org/10.11616/asbi.1091282>
- UNODC ROMENA (2020). *UNODC World Drug Report 2020: Global drug use rising; while COVID-19 has far-reaching impact on global drug markets*. Office on Drugs and Crime. <https://B2n.ir/bu4687>
- Sabeti Yazdi, M., Paydariniyam, M., Omid, A., Gharibnavaz Esfandabadi, E., & Gandominejad, Z. (2025). The effect of adverse childhood experiences (ACEs) and positive reinforcement on the self-control of adolescents in foster care based on the mediating role of cognitive flexibility. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 6(3), 59-69.
<https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.3.6>
- Sun, C., Yang, S., Wang, X., Shao, Y., Huang, X., Qi, H., ..., & Su, G. (2024, a). Embodied cognition-driven Qigong: a cross-sectional study and a pilot randomized controlled trial on managing depression and preventing relapse in substance dependence. *Frontiers in Public Health*, 12(1), 1388887.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388887>
- Tan, S. H., & Guo, Y. Y. (2008). Revision of self-control scale for Chinese college