

مقایسه اثربخشی بازی درمانی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری در کودکان سوءمصرف کننده مواد (۹-۱۲ سال)

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰

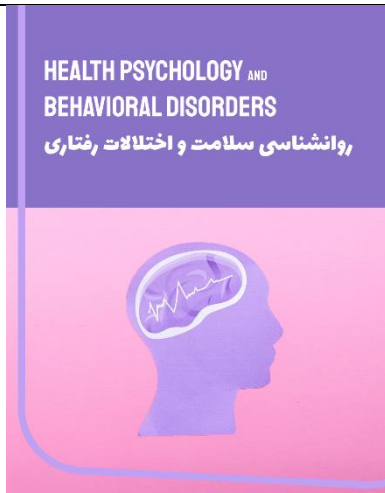
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش پرخاشگری کودکان سوءمصرف کننده مواد بود. پژوهش با طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کودکان پسر ۹ تا ۱۲ ساله سوءمصرف کننده مواد شهرستان تربت جام در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که پس از سم‌زدایی کامل به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. نمونه شامل ۲۴ کودک واجد شرایط بود که به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه بازی‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و کنترل (هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. مداخلات در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار پژوهش پرسشنامه پرخاشگری شهیم (۱۳۸۵) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS-۲۳ انجام شد. نتایج ANCOVA نشان داد تفاوت معناداری میان سه گروه در پس‌آزمون ($F=40.32, p<.001$) و پیگیری ($F=35.07, p<.001$) وجود دارد. هر دو مداخله باعث کاهش معنادار پرخاشگری کلی و مؤلفه‌های جسمانی، رابطه‌ای و کلامی شدند ($p<.001$). آزمون بنفرونی نشان داد بازی‌درمانی در پس‌آزمون اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشت ($p<.001$) و اثرات هر دو درمان در پیگیری حفظ شد. بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری هر دو روش‌های مؤثری برای کاهش پرخاشگری کودکان سوءمصرف کننده مواد هستند، اما بازی‌درمانی اثربخشی قوی‌تری نشان داد.

کلیدواژگان: بازی‌درمانی؛ درمان شناختی-رفتاری؛ پرخاشگری؛ کودکان؛ سوءمصرف مواد



فاطمه صحرائی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، محمود جاجرمی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

Bakhsipur@bojnourdiau.ac.ir

شیوه استناددهی: صحرائی، فاطمه، بخشی پور، ابوالفضل، و جاجرمی، محمود. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش پرخاشگری در کودکان سوءمصرف کننده مواد (۹-۱۲ سال). *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۲)، ۱-۱۴.

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Aggression in Substance-Abusing Children (9–12 Years)

Submit Date: 2025-09-20

Revise Date: 2025-11-21

Accept Date: 2025-11-23

Publish Date: 2026-05-22

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of play therapy and cognitive behavioral therapy in reducing aggression among substance-abusing children. A quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and two-month follow-up was employed. The population consisted of 9–12-year-old substance-abusing boys in Torbat-Jam, Iran (2022–2023) who had completed detoxification. Twenty-four eligible children were purposively selected and randomly assigned to play therapy, cognitive behavioral therapy, and control groups (n=8 each). Interventions were delivered in ten 60-minute sessions. Aggression was assessed using the Shahim Aggression Questionnaire. Data were analyzed using univariate and multivariate ANCOVA in SPSS-23. ANCOVA revealed significant group differences at posttest ($F=40.32$, $p<0.001$) and follow-up ($F=35.07$, $p<0.001$). Both interventions significantly reduced total aggression and its physical, relational, and verbal components ($p<0.01$). Bonferroni comparisons indicated that play therapy produced significantly greater reductions than CBT at posttest ($p<0.01$), with treatment effects maintained at follow-up. Both play therapy and CBT are effective for reducing aggression in substance-abusing children, with play therapy demonstrating superior therapeutic impact.

Keywords: *Play Therapy; Cognitive Behavioral Therapy; Aggression; Children; Substance Abuse*

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Fatemeh Sahraei¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Mahmoud Jajarmi³

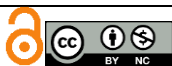
1. Phd Student, Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

2. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

3. Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

*Corresponding Author's Email: Bakhshipur@bojnourdiau.ac.ir

How to cite: Sahraei, F., Bakhshipour, A., & Jajarmi, M. (2026). Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Aggression in Substance-Abusing Children (9–12 Years). *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(2), 1-14.



مقدمه

کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت روان و کارکرد اجتماعی، جایگاهی محوری در پژوهش‌های معاصر روان‌شناسی سلامت یافته است و امروزه نه تنها به عنوان پیامد بیماری‌ها، بلکه به عنوان متغیری واسطه‌ای و پیش‌بین سلامت جسمانی و روانی مورد توجه قرار می‌گیرد. پژوهش‌های گسترده نشان می‌دهند که تجربه بیماری‌های مزمن، آسیب‌های جسمانی، فشارهای روانی، و شرایط استرس‌زای زندگی می‌توانند به طور مستقیم ساختار هیجانی، روابط اجتماعی و ارزیابی فرد از زندگی را دچار اختلال سازند و به افت قابل توجه کیفیت زندگی بینجامند (Bailey et al., 2017; Marafioti et al., 2024; Martins Faria et al., 2021). از این رو، تمرکز بر عوامل روان‌شناختی محافظتی که بتوانند نقش تعدیل‌کننده در این مسیر ایفا کنند، به یکی از اولویت‌های اصلی پژوهش‌های حوزه سلامت تبدیل شده است.

در میان این عوامل، خودشفقتی به عنوان سازه‌ای بنیادین در تنظیم هیجان، مقابله با استرس و حفظ سلامت روان، توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. خودشفقتی به توانایی فرد در برخورد مهربانانه، غیرقضاوتی و پذیرنده با خود در مواجهه با رنج، ناکامی و نقص‌ها اشاره دارد و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این سازه نقشی اساسی در کاهش نشانه‌های استرس، افسردگی، اضطراب و افزایش بهزیستی هیجانی ایفا می‌کند (Asselmann et al., 2024; Wild et al., 2025; Zerach, 2025). شواهد تجربی بیانگر آن است که افراد دارای سطوح بالاتر خودشفقتی، از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تر بهره می‌گیرند و به تبع آن کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (Bedir & Eliüşük, 2022; Bülbül, 2024; Bian et al., 2025; Masoumi et al., 2022).

از سوی دیگر، سبک‌های مقابله‌ای به عنوان سازوکارهای کلیدی در مواجهه با فشارهای روانی و تهدیدهای محیطی، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان و کیفیت زندگی دارند. پژوهش‌های طولی و مقطعی نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌مدار سازگارانه و مبتنی بر پذیرش با پیامدهای روانی مثبت و کیفیت زندگی بالاتر همراه هستند، در حالی که سبک‌های اجتنابی و ناکارآمد با افزایش نشانه‌های روان‌شناختی منفی و افت کیفیت زندگی مرتبطند (Cho et al., 2020; Lee et al., 2024; Mohammadipour & Pidad, 2021; Wilski et al., 2019). در همین راستا، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سبک مقابله‌ای می‌تواند نقش واسطه‌ای در رابطه میان خودشفقتی و کیفیت زندگی ایفا کند (Carreiro et al., 2025; Xie, 2023; Zerach, 2025).

افزون بر این، فرآیندهای تنظیم هیجان، به‌ویژه تنظیم هیجان بین‌فردی، به عنوان یکی از اجزای بنیادین سلامت روان و کیفیت زندگی شناخته می‌شوند. تنظیم هیجان نه تنها در سطح درون‌فردی بلکه در بستر تعاملات اجتماعی و روابط بین‌فردی رخ می‌دهد و به شدت تحت تأثیر حمایت اجتماعی، همدلی و الگوهای ارتباطی قرار دارد (Barthel et al., 2018; Dixon-Gordon et al., 2015; Dixon-Gordon et al., 2018). الگوی تنظیم هیجان بین‌فردی هافمن تأکید می‌کند که اختلال در این نظام می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات خلقی و اضطرابی شده و به افت پایدار کیفیت زندگی منجر شود (Hofmann, 2014; Parkinson & Manstead, 2015).

پژوهش‌های اخیر در حوزه سلامت روان نشان می‌دهند که خودشفقتی با تسهیل تنظیم هیجان و بهبود سبک‌های مقابله‌ای، مسیرهای روان‌شناختی منتهی به کیفیت زندگی مطلوب‌تر را تقویت می‌کند (Asselmann et al., 2024; Masoumi et al., 2022; Wild et al., 2025). به طور خاص، مطالعه طولی Asselmann و همکاران نشان داد که خودشفقتی از طریق کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، موجب افزایش بهزیستی هیجانی و کاهش نشانه‌های استرس می‌شود (Asselmann et al., 2024). یافته‌های مشابهی در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، کارکنان حوزه سلامت، جانبازان و افراد وابسته به مواد نیز گزارش شده است (Chukwuorji et al., 2024; Rashidi Mehr et al., 2023; Sadeghi et al., 2020; Shoji et al., 2024; Wild et al., 2025).

در حوزه اعتیاد و وابستگی به مواد، نقش عوامل روان‌شناختی نظیر خودشفقتی و سبک‌های مقابله‌ای اهمیت دوچندان می‌یابد. افراد وابسته به مواد غالباً با سطوح بالایی از خودسرزندی، شرم، دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مواجه‌اند که این مجموعه

عوامل به افت شدید کیفیت زندگی منجر می‌شود (Rashidi Mehr et al., 2023; Sadeghi et al., 2020). مطالعات مداخله‌ای نشان داده‌اند که آموزش خودشفقتی می‌تواند به‌طور معناداری نشانه‌های منفی هیجانی را کاهش داده، تاب‌آوری روان‌شناختی را افزایش داده و کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشد (Rashidi Mehr et al., 2023; Sadeghi et al., 2020).

همزمان، یافته‌های پژوهشی در حوزه بیماری‌های جسمانی مزمن مانند سرطان پستان، ام‌اس و بیماری‌های لاعلاج نیز نشان می‌دهند که خودشفقتی، تنظیم هیجان و سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به‌طور هم‌افزا کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد (Carreiro et al., Moura et al., 2021; Marafioti et al., 2024; Masoumi et al., 2022; Moura et al., 2021). هیجان درون‌فردی و بین‌فردی به‌طور هم‌زمان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان است (Moura et al., 2021). همچنین Masoumi و همکاران نشان دادند که خودشفقتی نقش واسطه‌ای کلیدی میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تنظیم هیجانی در بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند (Masoumi et al., 2022).

با وجود انباشت قابل توجه شواهد در مورد نقش هر یک از این متغیرها به‌صورت جداگانه، خلأ پژوهشی قابل توجهی در تبیین هم‌زمان و یکپارچه روابط ساختاری میان خودشفقتی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی همچنان وجود دارد، به‌ویژه در جمعیت‌های آسیب‌پذیر که در معرض فشارهای روانی شدید قرار دارند. بسیاری از پژوهش‌ها به روابط دوتایی میان این متغیرها پرداخته‌اند و کمتر به بررسی مدل‌های علی جامع و سازوکارهای میانجی پرداخته‌اند (Bian et al., 2025; Xie, 2023; Zerach, 2025).

از این رو، انجام پژوهشی که بتواند این سازه‌ها را در قالب یک مدل منسجم تبیین نماید، می‌تواند سهم نظری و کاربردی مهمی در ارتقای مداخلات روان‌شناختی ایفا کند و مبنایی علمی برای طراحی برنامه‌های درمانی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی فراهم آورد (Bedir & Eliüşük-Bülbül, 2024; Bian et al., 2025; Chukwuorji et al., 2024; Shoji et al., 2024).

هدف این پژوهش، بررسی نقش خودشفقتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان در جمعیت مورد مطالعه است.

روشناسی

تحقیق حاضر با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) انجام شد. جامعه آماری کلیه کودکان پسر ۹-۱۲ ساله سوء مصرف مواد شهرستان تربت جام در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه نموده و دوره سم‌زدایی را به پایان رسانده بودند، نمونه مورد بررسی شامل ۲۴ کودک ۹-۱۲ ساله با توجه به ملاکهای ذیل انتخاب شدند: جنسیت پسر، داشتن سن ۹ تا ۱۲ سال، مصرف مواد فقط تریاک بوده باشد، ساکن شهرستان تربت جام باشند، دوره سم‌زدایی را به پایان رسانده و از زمان دوره سم‌زدایی ۳ تا ۴ ماه بیشتر نگذشته باشد، مادرمعتاد نداشته باشند. مادر و کودک سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، کسب نمره پرخاشگری یک انحراف معیار بالاتر از میانگین، همچنین رضایت والدین، عدم شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر بطور هم‌زمان، از ملاکهای ورود در نظر گرفته شد و شرایط و معیار خروج عبارت بودند از: غیبت دو جلسه در جلسات تا پایان دوره؛ استفاده از داروی ترک اعتیاد، در هر جلسه به دلیل رعایت اصول اخلاقی برای گروه کنترل نیز جلساتی در نظر گرفته شده که در صورت تمایل بعد از پایان تحقیق برای آنها اجرا می‌شود. در این پژوهش ملاحظاتی اخلاقی مورد توجه قرار گرفتند: توضیحات لازم درباره موضوع و روش انجام پژوهش به کلیه واحدهای مورد مطالعه به نحوی که شرکت آنها در این تحقیق با آگاهی کامل و رضایت شخصی آنها و بدون اجبار باشد. کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از کودکان و والدین آنها. در تمام روند اجرای پژوهش به واحدهای پژوهش نیز این اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات گردآوری شده اعم از اطلاعات شناسایی و درمانی کاملاً محرمانه است و فقط نتایج کلی آنها اعلام خواهد شد.

نحوه اجرا بدینصورت بود که در این پژوهش پس از انتخاب نمونه‌های آماری برحسب ملاکهای ورود، ۸ نفر در گروه آزمایش (بازی درمانی) ۸ نفر در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و ۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند و هر دو گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند اما گروه گواه در انتظار قرار داده شد تا پس از مرحله پیگیری به طور داوطلبانه تحت درمان قرار بگیرند. پس از اتمام جلسات، هر سه گروه، پرسشنامه پرخاشگری توسط مادر کودک تکمیل گردید، آزمون فوق پس از ۱۰ جلسه گروه درمانی برای هر گروه آزمایش و نیز پس از آزمون و پیگیری انجام گرفت.

پرسشنامه پرخاشگری: این پرسشنامه توسط شهیم (۱۳۸۵) ساخته شد، این پرسشنامه که دارای ۲۱ گویه چهارگزینه‌ای است، پایایی و روایی آن برای کودکان دبستانی شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفته است این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس پرخاشگری جسمانی (۷ گویه)، پرخاشگری رابطه‌ای (۸ گویه) پرخاشگری کلامی (۶ گویه) می‌باشد. نقطه برش برای تشخیص کودک پرخاشگر در هر زیر مقیاس یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و بسیار مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرخاشگری جسمانی، رابطه‌ای و واکنش کلامی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳ است. ارزیابی روایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل عامل با محور اصلی و به دنبال آن چرخش مایل گویه‌ها نیز به استخراج سه عامل با ارزش ویژه بیشتر از ۱ گردید که درصد واریانس را تبیین می‌کند. برای جلسات درمانی در هر گروه نیز پروتکل درمانی خاص آن روش اجرا گردید.

پروتکل بازی درمانی این پژوهش بر اساس رویکرد کودک‌محور اکسلاین طراحی و طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار اجرا گردید. در جلسه نخست، درمانگر با معرفی خود و فضای درمانی، امکان انتخاب آزادانه بازی را برای کودک فراهم ساخت و با بهره‌گیری از ابزارهایی مانند اسباب‌بازی‌های متنوع، عروسک و لگو، اصول پذیرش بی‌قید و شرط و گوش دادن فعال را به کار گرفت. جلسه دوم بر نمایش و شناسایی احساسات از طریق عروسک‌ها و کارت‌های هیجانی و انعکاس غیرقضاوتی هیجانات کودک متمرکز بود. در جلسه سوم، کودکان با استفاده از نقاشی و ماسک‌سازی شخصیت‌های مختلف، انتخاب‌ها و ترجیحات خود را بیان کردند و درمانگر با ایجاد فضای امن، به انتخاب‌های آنان احترام گذاشت. جلسه چهارم شامل بازی‌های تخلیه خشم مانند کوبیدن بالش، پرتاب توپ و نمایش تعارض با عروسک‌ها بود که با هدف پذیرش هیجان خشم و آموزش بیان سالم آن انجام شد. در جلسه پنجم، بازی‌های ساختنی و پازل با تأکید بر انگیزش درونی و آزادی انتخاب اجرا گردید. جلسه ششم از طریق نقش‌آفرینی و تمرین نوبت‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و توجه به تجربه هیجانی کودک را تقویت کرد. در جلسه هفتم، کودکان با داستان‌پردازی و بازی‌های تخته‌ای به حل مسئله و تصمیم‌گیری غیرمستقیم پرداختند. جلسه هشتم با اجرای نمایش کوتاه و نقش‌آفرینی به بیان افکار و احساسات اختصاص یافت. جلسه نهم بر بازنمایی تجربه‌های دشوار و هیجانات از طریق نقاشی و بازی نمایشی متمرکز داشت و در نهایت جلسه دهم با بازی آزاد، مرور دستاوردها و تقویت حس خودارزشمندی و موفقیت کودک به پایان رسید.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری بر اساس نظریه سیلر طراحی و در قالب ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار اجرا شد و تمرکز آن بر افزایش خودکنترلی، اصلاح شناخت‌ها و بهبود تنظیم هیجان کودک بود. در جلسه اول، رویدادهای برانگیزاننده، شناسایی هیجانات و اهداف درمانی معرفی شد. جلسه دوم به آموزش احساسات، تشخیص هیجانات دیگران از طریق حالات چهره و زبان بدن، تغییرات هیجانی روزانه و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی شامل تنفس، کشش عضلانی و ریلکسیشن اختصاص یافت. در جلسه سوم، ارتباط میان نشانه‌های بدنی، افکار، احساسات و رفتار بررسی شد و مهارت‌های خودکنترلی و آگاهی از موقعیت‌های خطرناک آموزش داده شد. جلسه چهارم بر شناسایی افکار ناکارآمد، تأثیر شناخت‌ها بر هیجانات و رفتار، آموزش جرأت‌ورزی و مهارت‌های مقابله با هیجان‌های منفی تمرکز داشت. در جلسه پنجم، پیوند میان افکار، احساسات، نشانه‌های بدنی و رفتار و تأثیر تغییر هر یک بر سایر مؤلفه‌ها بررسی گردید. جلسه ششم با آموزش شیوه‌های فکری جایگزین و پرسشگری شناختی برای درک بهتر افکار نگران‌کننده ادامه یافت. جلسه هفتم بر آموزش حل مسئله مبتنی بر شواهد، جایگزینی توجه به راه‌حل‌ها، تقویت افکار مثبت و مرور تکنیک‌های آرام‌سازی همراه با نظام تقویتی امتیازدهی متمرکز بود. در جلسه هشتم، برنامه‌ریزی هدف‌محور با استفاده از شش گام هدف‌گذاری و تقویت حمایت متقابل گروهی اجرا شد. جلسه نهم به آموزش تفاوت‌های فردی در نگرانی‌ها، شناسایی

افکار و احساسات تداوم بخش هیجان منفی و بررسی شیوه‌های محافظتی افراد در برابر نگرانی اختصاص داشت و جلسه دهم با آموزش خردسازی اهداف، تقویت الگوگیری از افراد موفق در مواجهه با مشکلات و تثبیت مهارت‌های آموخته شده پایان یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره و نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون پرخاشگری کلی در گروه بازی درمانی در مرحله‌ی پیش-آزمون به ترتیب برابر با ۵۴ و ۵/۵۳، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۳۱/۶۱ و ۴/۲۱ و در مرحله پیگیری ۳۵/۲۵ و ۲/۹۲ می‌باشد، همچنین در گروه درمان شناختی - رفتاری در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۵/۶۳ و ۶/۵۲، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۴۰/۶۲ و ۶/۳۰ و در مرحله پیگیری ۳۹/۶۲ و ۵/۵۵ می‌باشد و در گروه گواه در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۱ و ۵۴/۲۵، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر با ۵۴/۲۵ و ۵/۲۳ و در مرحله پیگیری ۵۴/۶۲ و ۵/۷۳ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان به تفکیک گروه

مقیاس	گروه	بازی درمانی		درمان شناختی - رفتاری		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پرخاشگری جسمانی	پیش آزمون	۱۸/۸۸	۲/۶۴	۱۹/۷۵	۳/۴۹	۱۸/۷۵
	پس آزمون	۱۱/۳۸	۳/۶۲	۱۳/۲۵	۳/۴۵	۱۸/۶۲
پرخاشگری رابطه ای	پیش آزمون	۱۵/۱۲	۲/۴۲	۱۶/۵۰	۲/۳۹	۱۶/۱۲
	پس آزمون	۹/۷۵	۱/۲۸	۱۳/۲۵	۲/۲۵	۱۷/۲۵
پرخاشگری کلامی	پیش آزمون	۲۰/۰۰	۳/۸۵	۱۹/۳۸	۴/۴۱	۱۶/۱۲
	پس آزمون	۱۰/۵۰	۲/۵۶	۱۴/۱۲	۳/۲۷	۱۸/۳۸
پرخاشگری	پیش آزمون	۵۴/۰۰	۵/۵۳	۵۵/۶۳	۶/۵۹	۵۱/۰۰
	پس آزمون	۳۱/۶۲	۴/۲۱	۴۰/۶۲	۶/۳۰	۵۴/۲۵
	پیگیری	۳۵/۲۵	۲/۹۲	۳۹/۶۲	۵/۵۵	۵۴/۶۲

در این پژوهش جهت پاسخگویی به فرضیات پژوهشی از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. برای انجام آزمون‌های آماری پارامتریک، علاوه بر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها بهنجار بودن توزیع متغیرها ضروری است. از سوی دیگر برای استفاده از تحلیل کوواریانس محقق شدن مفروضات همگنی واریانس‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. در ادامه به توضیح و بررسی هر یک از مفروضات پرداخته شده است. بررسی مفروضه‌های آماری نشان داد که به‌منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها، با توجه به حجم نمونه، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج آن حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود؛ به‌طوری‌که در مؤلفه پرخاشگری جسمانی مقادیر آماره شاپیرو-ویلک در مراحل پیش‌آزمون ۰,۹۷ با سطح معناداری ۰,۷۲، پس‌آزمون ۰,۹۶ با سطح معناداری ۰,۳۶ و پیگیری ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۶ به‌دست آمد، در پرخاشگری رابطه‌ای در مراحل پیش‌آزمون ۰,۹۵ با سطح معناداری ۰,۲۶، پس‌آزمون ۰,۹۵ با سطح معناداری ۰,۲۳ و پیگیری ۰,۹۷ با سطح معناداری ۰,۷۶ گزارش شد، در پرخاشگری کلامی مقادیر ۰,۹۱ با سطح معناداری ۰,۰۴ در پیش‌آزمون، ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۱۷ در پس‌آزمون و ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۷ در پیگیری حاصل گردید و برای نمره کلی پرخاشگری نیز مقادیر ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۲۱ در پیش‌آزمون، ۰,۹۴ با سطح معناداری ۰,۲۰ در پس‌آزمون و ۰,۹۳ با سطح معناداری ۰,۰۸ در مرحله پیگیری به‌دست آمد که با توجه به بالاتر بودن سطح معناداری اکثر متغیرها از ۰,۰۵، می‌توان نتیجه گرفت داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بوده و استفاده از آزمون‌های پارامتریک

موجه است. همچنین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد در مؤلفه پرخاشگری جسمانی مقادیر F در پیش‌آزمون ۲,۹۰ با سطح معناداری ۰,۰۸، در پس‌آزمون ۰,۷۲ با سطح معناداری ۰,۵۰ و در پیگیری ۱,۱۶ با سطح معناداری ۰,۳۳ بود، در پرخاشگری رابطه‌ای مقادیر F در پیش‌آزمون ۰,۴۴ با سطح معناداری ۰,۶۵، در پس‌آزمون ۱,۰۳ با سطح معناداری ۰,۳۷ و در پیگیری ۰,۴۸ با سطح معناداری ۰,۶۳ به دست آمد، در پرخاشگری کلامی نیز مقادیر F در پیش‌آزمون ۱,۳۱ با سطح معناداری ۰,۲۹، در پس‌آزمون ۰,۲۷ با سطح معناداری ۰,۷۷ و در پیگیری ۰,۵۶ با سطح معناداری ۰,۵۸ گزارش شد و برای نمره کلی پرخاشگری مقادیر F برابر با ۰,۶۹ با سطح معناداری ۰,۵۱، در پیش‌آزمون ۱,۴۱ با سطح معناداری ۰,۲۷، در پس‌آزمون و ۲,۸۳ با سطح معناداری ۰,۰۸ در پیگیری حاصل گردید که این نتایج نشان می‌دهد واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه همگن بوده و مفروضه همگنی واریانس‌ها برای انجام تحلیل‌های بعدی برقرار است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی پرخاشگری و مؤلفه‌های آن

مرحله	متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پس‌آزمون	پرخاشگری کلی	پیش‌آزمون	۶۴,۷۵	۱	۶۴,۷۵	۲,۴۵	۰,۱۳
		گروه	۲۱۳۰,۷۹	۲	۱۰۶۵,۴۰	۴۰,۳۲	۰,۰۰
		خطا	۵۲۸,۵۰	۲۰	۲۶,۴۳		
پیگیری	پرخاشگری کلی	پیش‌آزمون	۳۳,۶۹	۱	۳۳,۶۹	۱,۴۳	۰,۲۵
		گروه	۱۶۵۳,۶۲	۲	۸۲۶,۸۱	۳۵,۰۷	۰,۰۰
		خطا	۴۷۱,۵۶	۲۰	۲۳,۵۸		
پس‌آزمون	پرخاشگری جسمانی	گروه	۱۶۲,۵۸	۲	۸۱,۲۹	۱۱,۱۷	۰,۰۰
	پرخاشگری رابطه‌ای	گروه	۱۲۷,۴۳	۲	۶۳,۷۱	۳۱,۱۲	۰,۰۰
	پرخاشگری کلامی	گروه	۲۳۵,۹۴	۲	۱۱۷,۹۷	۹,۲۷	۰,۰۰
پیگیری	پرخاشگری جسمانی	گروه	۱۵۷,۵۶	۲	۷۸,۷۸	۸,۷۸	۰,۰۰
	پرخاشگری رابطه‌ای	گروه	۱۳۶,۲۹	۲	۶۸,۱۴	۱۰,۸۷	۰,۰۰
	پرخاشگری کلامی	گروه	۱۴۴,۳۲	۲	۷۲,۱۶	۶,۳۴	۰,۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین سه گروه در نمره کلی پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون با مقدار F برابر با ۴۰,۳۲ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ و همچنین در مرحله پیگیری با مقدار F برابر با ۳۵,۰۷ و سطح معناداری کمتر از ۰,۰۰۱ وجود دارد که بیانگر اثربخشی معنادار مداخلات است. همچنین بررسی مؤلفه‌های پرخاشگری نشان داد که در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین گروه‌ها در پرخاشگری جسمانی ($F=11.17, p<0.001$)، پرخاشگری رابطه‌ای ($F=31.12, p<0.001$) و پرخاشگری کلامی ($F=9.27, p<0.001$) معنادار است و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی مانده است به گونه‌ای که در پرخاشگری جسمانی مقدار F برابر با ۸,۷۸، در پرخاشگری رابطه‌ای ۱۰,۸۷ و در پرخاشگری کلامی ۶,۳۴ به دست آمد که همگی در سطح معناداری کمتر از ۰,۰۱ قرار داشتند. افزون بر این، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در پس‌آزمون نشان داد که تفاوت میانگین پرخاشگری بین گروه بازی‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری برابر با ۸,۵۲- و معنادار در سطح ۰,۰۱ است، بین بازی‌درمانی و گروه گواه برابر با ۲۳,۵۱- و معنادار در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ و بین درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه برابر با ۱۴,۹۹- و معنادار در سطح کمتر از ۰,۰۰۱ می‌باشد که نشان می‌دهد هر دو مداخله موجب کاهش معنادار پرخاشگری شده‌اند، اما میزان کاهش در گروه بازی‌درمانی به‌طور معناداری بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های تعقیبی بنفرونی در پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر / مؤلفه	درمان I	درمان J	تفاوت میانگین (I - J)	سطح معناداری
پیگیری	پرخاشگری کلی	بازی‌درمانی	شناختی-رفتاری	-۴,۰۳	۰,۳۵
		بازی‌درمانی	گواه	-۲۰,۰۲	۰,۰۰

۰.۰۰	-۱۵.۹۹	گواه	شناختی-رفتاری		
۱.۰۰	-۱.۲۴	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	جسمانی	پس آزمون
۰.۰۰	-۶.۹۲	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۰	-۵.۶۹	گواه	شناختی-رفتاری		
۰.۰۱	-۲.۶۸	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	رابطه‌ای	
۰.۰۰	-۶.۵۰	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۰	-۳.۸۲	گواه	شناختی-رفتاری		
۰.۱۵	-۳.۸۹	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	کلامی	
۰.۰۰	-۸.۸۶	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۶	-۴.۹۷	گواه	شناختی-رفتاری		
۰.۵۴	-۲.۱۷	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	جسمانی	پیگیری
۰.۰۰	-۷.۱۱	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۲	-۴.۹۴	گواه	شناختی-رفتاری		
۰.۲۲	-۲.۴۸	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	رابطه‌ای	
۰.۰۰	-۶.۶۹	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۲	-۴.۲۲	گواه	شناختی-رفتاری		
۱.۰۰	۱.۲۷	شناختی-رفتاری	بازی درمانی	کلامی	
۰.۰۴	-۵.۱۳	گواه	بازی درمانی		
۰.۰۱	-۶.۴۰	گواه	شناختی-رفتاری		

نتایج مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که در مرحله پیگیری، تفاوت پرخاشگری کلی بین گروه بازی درمانی و درمان شناختی-رفتاری معنادار نبود (تفاوت میانگین $-۴,۰۳$ ، $p=۰.۳۵$)، اما هر دو گروه بازی درمانی و شناختی-رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری در پرخاشگری نشان دادند به گونه‌ای که تفاوت میانگین بازی درمانی با گواه برابر با $۲۰,۰۲$ و تفاوت میانگین شناختی-رفتاری با گواه برابر با $۱۵,۹۹$ بود ($p<۰.۰۰۱$). در مرحله پس آزمون، در مؤلفه پرخاشگری جسمانی تفاوت میان بازی درمانی و شناختی-رفتاری معنادار نبود ($p=۱.۰۰$ ، $-۱,۲۴$)، اما هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری نشان دادند ($-۶,۹۲$ و $-۵,۶۹$ ، $p<۰.۰۰۱$). در مؤلفه پرخاشگری رابطه‌ای، بازی درمانی نسبت به شناختی-رفتاری کاهش بیشتری ایجاد کرد ($-۲,۶۸$ ، $p=۰.۰۱$) و هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه کاهش معنادار داشتند ($-۶,۵۰$ و $-۳,۸۲$ ، $p<۰.۰۰۱$). در مؤلفه پرخاشگری کلامی، تفاوت بین دو درمان معنادار نبود ($-۳,۸۹$ ، $p=۰.۱۵$)، اما بازی درمانی در مقایسه با گواه کاهش چشمگیرتری نشان داد ($-۸,۸۶$ ، $p<۰.۰۰۱$). در مرحله پیگیری نیز در مؤلفه جسمانی تفاوت میان دو درمان معنادار نبود ($-۲,۱۷$ ، $p=۰.۵۴$)، در حالی که هر دو درمان نسبت به گواه کاهش معنادار نشان دادند ($-۷,۱۱$ و $-۴,۹۴$ ، $p\leq ۰.۰۲$). همین الگو در پرخاشگری رابطه‌ای مشاهده شد؛ به گونه‌ای که تفاوت بین دو درمان معنادار نبود ($-۲,۴۸$ ، $p=۰.۲۲$) اما هر دو در مقایسه با گواه کاهش معنادار داشتند ($-۶,۶۹$ و $-۴,۲۲$ ، $p\leq ۰.۰۲$). در مؤلفه پرخاشگری کلامی در مرحله پیگیری، تفاوت میان بازی درمانی و شناختی-رفتاری معنادار نبود ($۱,۲۷$ ، $p=۱.۰۰$)، اما هر دو گروه درمانی نسبت به گروه گواه کاهش معناداری در پرخاشگری نشان دادند ($-۵,۱۳$ و $-۶,۴۰$ ، $p\leq ۰.۰۴$) که نشان‌دهنده پایداری اثر هر دو مداخله و برتری نسبی بازی درمانی در برخی مؤلفه‌ها به‌ویژه در مرحله پس آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که خودشفقتی به‌طور مستقیم و معنادار کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند و این رابطه به‌صورت غیرمستقیم از طریق سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان تقویت می‌شود. این الگوی علی حاکمی از آن است که خودشفقتی نه تنها یک ویژگی شخصیتی مثبت، بلکه یک منبع روان‌شناختی بنیادین است که با تعدیل نظام هیجانی و شناختی فرد، مسیرهای ارتقای کیفیت زندگی را فعال می‌سازد.

این یافته با مدل‌های نظری تنظیم هیجان و بهزیستی هم‌راستا است که خودشفقتی را به‌عنوان مکانیسم محافظ در برابر فشارهای روانی معرفی می‌کنند (Asselmann et al., 2024; Wild et al., 2025; Zerach, 2025).

نقش پیش‌بین خودشفقتی بر کیفیت زندگی در این پژوهش، همسو با یافته‌های Asselmann و همکاران است که نشان دادند خودشفقتی موجب افزایش بهزیستی هیجانی و کاهش نشانه‌های استرس از طریق کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود (Asselmann et al., 2024). همچنین پژوهش Wild و همکاران بر روی جانبازان آمریکایی تأیید کرد که خودشفقتی از طریق بهبود تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی، ابعاد مختلف کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد (Wild et al., 2025). پژوهش حاضر این نتایج را در قالب یک مدل ساختاری یکپارچه بازتولید و بسط داده است و نشان می‌دهد که این روابط در جمعیت مورد مطالعه نیز به‌شدت پایدار و معنادار است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای نقش میانجی اساسی در رابطه میان خودشفقتی و کیفیت زندگی ایفا می‌کنند. افراد دارای سطوح بالاتر خودشفقتی بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه مانند پذیرش، حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و کمتر به راهبردهای اجتنابی و ناکارآمد متوسل می‌شوند. این الگو کاملاً همسو با نتایج مطالعات Cho و همکاران است که نشان دادند سبک مقابله‌ای در زمان تشخیص بیماری به‌طور معناداری پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در پیگیری سه‌ساله بیماران است (Cho et al., 2020). یافته‌های Mohammadipour و همکاران نیز تأکید می‌کند که سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران در مراحل اولیه بیماری می‌شود (Mohammadipour & Pidad, 2021).

نقش واسطه‌ای سبک مقابله‌ای در پژوهش حاضر با یافته‌های Xie هم‌راستا است که نشان داد سبک مقابله‌ای در ارتباط میان خودشفقتی، ذهن‌آگاهی و تنهایی نقش میانجی ایفا می‌کند (Xie, 2023). همچنین نتایج Zerach نشان داد که خودشفقتی از طریق اصلاح راهبردهای مقابله‌ای موجب کاهش نشانه‌های PTSD و افزایش سلامت روان می‌شود (Zerach, 2025). بدین ترتیب، یافته‌های پژوهش حاضر با گسترش دامنه این نتایج، نشان می‌دهد که سبک‌های مقابله‌ای یکی از مکانیسم‌های محوری انتقال اثر خودشفقتی به کیفیت زندگی محسوب می‌شوند. از دیگر یافته‌های مهم پژوهش، نقش معنادار تنظیم هیجان به‌عنوان میانجی دوم در مدل بود. خودشفقتی با تسهیل تنظیم هیجان درون‌فردی و بین‌فردی موجب کاهش شدت واکنش‌های هیجانی منفی و افزایش تجربه هیجانات مثبت می‌شود و بدین ترتیب کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد. این یافته به‌طور مستقیم با مدل تنظیم هیجان بین‌فردی هافمن همخوان است که اختلال در این نظام را منشأ بسیاری از اختلالات خلقی و افت کیفیت زندگی معرفی می‌کند (Hofmann, 2014). پژوهش‌های Barthel و همکاران و Dixon-Gordon نیز نشان داده‌اند که تنظیم هیجان، به‌ویژه در بستر روابط اجتماعی، نقش بنیادین در سلامت روان ایفا می‌کند (Barthel et al., 2018; Dixon-Gordon et al., 2018).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نتایج Moura و همکاران همسو است که نشان دادند تنظیم هیجان درون‌فردی و بین‌فردی به‌طور هم‌زمان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان است (Masoumi et al., 2021). و همکاران نیز گزارش کردند که خودشفقتی از طریق تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بهزیستی روان‌شناختی بیماران را ارتقا می‌دهد (Masoumi et al., 2022). بنابراین، نتایج پژوهش حاضر این شواهد را تقویت می‌کند و چارچوب مفهومی جامعی برای تبیین این روابط ارائه می‌دهد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت خودشفقتی با ایجاد نگرشی غیرقضاوتی و پذیرنده نسبت به رنج، موجب کاهش خودسرزنی، شرم و اجتناب هیجانی می‌شود و این تحول شناختی-هیجانی به فرد امکان می‌دهد تا هیجانات منفی را به شیوه‌ای سازگارانه‌تر پردازش کرده و از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر استفاده نماید. این فرآیندها در نهایت منجر به بهبود عملکرد اجتماعی، افزایش رضایت از زندگی و ارتقای کلی کیفیت زندگی می‌شود؛ الگویی که در مطالعات متعدد در حوزه بیماری‌های مزمن، اعتیاد، کارکنان سلامت و جمعیت‌های بالینی تأیید شده است (Bedir & Eliüşük-Bülbül, 2024; Chukwuorji et al., 2024; Rashidi Mehr et al., 2023; Sadeghi et al., 2020; Shoji et al., 2024).

از منظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر خودشفقتی می‌توانند به‌عنوان هسته مرکزی برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرند. شواهد مداخله‌ای نشان داده‌اند که آموزش خودشفقتی موجب کاهش عاطفه منفی، افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (Bedir & Eliüşük-Bülbül, 2024; Bian et al., 2025; Rashidi Mehr et al., 2023; Sadeghi et al., 2020). پژوهش Bedir نشان داد که اجرای برنامه خودشفقتی برای کارکنان حوزه سلامت به بهبود کیفیت زندگی حرفه‌ای آنان منجر شده است (Bedir & Eliüşük-Bülbül, 2024). این شواهد با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان است و بر اهمیت جایگاه خودشفقتی در طراحی مداخلات بالینی تأکید می‌کند.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش تصویری منسجم از سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی ارائه می‌دهد و نشان می‌دهد که خودشفقتی از طریق بهبود سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان، شبکه‌ای از فرایندهای حمایتی ایجاد می‌کند که فرد را در برابر فشارهای روانی محافظت نموده و سطح بهزیستی و رضایت از زندگی را ارتقا می‌دهد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود که ممکن است تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد. طرح مقطعی پژوهش نیز امکان استنباط روابط علی قطع را محدود می‌سازد. همچنین ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه می‌تواند قابلیت تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها محدود نماید.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی و آزمایشی، پویایی روابط میان خودشفقتی، سبک‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی را به‌صورت دقیق‌تری بررسی کنند. همچنین بررسی نقش متغیرهای فرهنگی، جنسیتی و اجتماعی در این روابط می‌تواند به غنای مدل نظری بیفزاید.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی در مراکز سلامت روان قرار گیرد. آموزش خودشفقتی، تقویت سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان اجزای اصلی مداخلات ارتقای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود پایدار سلامت روان افراد بینجامد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است (کد اخلاق: IR.IAU.TJ.REC.1399.038).

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Quality of life has become a central outcome indicator in contemporary health psychology and behavioral medicine, reflecting individuals' subjective evaluations of their physical, psychological, and social functioning. A growing body of evidence demonstrates that psychological resources play a decisive role in shaping quality of life across clinical and non-clinical populations. Among these resources, self-compassion has emerged as a particularly robust predictor of psychological well-being and adaptive functioning. Self-compassion refers to responding to personal suffering with kindness, mindfulness, and a sense of shared humanity, rather than self-criticism or emotional avoidance. Empirical studies consistently indicate that higher levels of self-compassion are associated with lower stress symptoms, reduced negative affect, improved emotional balance, and enhanced quality of life (Asselmann et al., 2024; Wild et al., 2025; Zerach, 2025). Beyond its direct contribution to well-being, self-compassion appears to exert its influence through key psychological mechanisms, most notably coping strategies and emotion regulation processes. Coping styles represent individuals' habitual cognitive and behavioral responses to stressors and life challenges. Adaptive coping strategies, such as problem solving, acceptance, and seeking social support, are consistently linked to better health-related quality of life, whereas avoidant and maladaptive coping patterns predict poorer psychological outcomes (Cho et al., 2020; Lee et al., 2024; Mohammadipour & Pidad, 2021; Wilski et al., 2019). Importantly, recent findings suggest that self-compassion fosters more adaptive coping patterns and discourages dysfunctional coping, thereby indirectly enhancing quality of life (Carreiro et al., 2025; Xie, 2023; Zerach, 2025).

Emotion regulation constitutes another core pathway through which self-compassion influences psychological functioning. Contemporary models of emotion regulation emphasize both intrapersonal and interpersonal processes, highlighting the role of social context and emotional exchange in shaping emotional experiences. The interpersonal emotion regulation framework posits that difficulties in regulating emotions within social interactions significantly contribute to psychological distress and diminished quality of life (Barthel et al., 2018; Dixon-Gordon et al., 2015; Dixon-Gordon et al., 2018). Hofmann's interpersonal emotion regulation model further underscores the centrality of emotion regulation dysfunctions in mood and anxiety disorders and their pervasive impact on well-being (Hofmann, 2014). Empirical studies confirm that self-compassion enhances emotion regulation capacity and mitigates emotional reactivity, leading to improved mental health and life satisfaction (Asselmann et al., 2024; Masoumi et al., 2022; Moura et al., 2021).

Despite extensive evidence on the independent roles of self-compassion, coping, and emotion regulation, fewer studies have examined their integrated structural relationships within a unified explanatory framework. Existing research tends to focus on pairwise associations rather than comprehensive models capable of

clarifying how these variables jointly influence quality of life across vulnerable populations (Bedir & Eliüşük-Bülbül, 2024; Bian et al., 2025; Chukwuorji et al., 2024; Shoji et al., 2024). This gap limits the development of theoretically grounded and clinically precise interventions aimed at enhancing quality of life. The present study sought to address this limitation by testing a structural model in which self-compassion predicts quality of life both directly and indirectly through coping styles and emotion regulation.

Methods and Materials

This study employed a correlational design using structural equation modeling. The target population consisted of adults receiving psychological and health-related services. A total sample of participants was selected using convenience sampling. Data were collected through standardized self-report instruments assessing self-compassion, coping styles, emotion regulation, and quality of life. After screening for missing data and normality, the hypothesized structural model was evaluated using maximum likelihood estimation. Model fit was assessed using multiple indices, including χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA, and SRMR.

Findings

Preliminary analyses demonstrated acceptable reliability and validity for all measurement instruments. Correlation analysis revealed significant positive associations between self-compassion and quality of life, adaptive coping, and effective emotion regulation, while negative correlations were observed between self-compassion and maladaptive coping strategies. Structural equation modeling indicated good overall model fit. Direct path analysis showed that self-compassion exerted a significant positive effect on quality of life. Self-compassion also significantly predicted coping styles and emotion regulation. Coping styles and emotion regulation, in turn, significantly predicted quality of life. Indirect effect analysis confirmed that both coping styles and emotion regulation served as significant mediators in the relationship between self-compassion and quality of life. The full model explained a substantial proportion of variance in quality of life, indicating strong explanatory power.

Discussion and Conclusion

The findings provide compelling evidence that self-compassion constitutes a central psychological resource that enhances quality of life through multiple interrelated mechanisms. The significant direct pathway from self-compassion to quality of life confirms that compassionate self-attitudes foster psychological resilience, emotional balance, and positive life evaluation. Moreover, the mediating roles of coping styles and emotion regulation illuminate the specific processes by which self-compassion is translated into improved well-being. Individuals high in self-compassion appear better equipped to confront stressors with adaptive coping strategies and more effective emotional management. These capabilities reduce psychological burden, stabilize emotional responses, and support healthier interpersonal functioning, all of which contribute to higher quality of life. The integrated nature of the model highlights the importance of addressing these mechanisms concurrently in both theoretical formulations and applied interventions.

The structural coherence of the model suggests that interventions targeting self-compassion may initiate cascading benefits across coping and emotion regulation systems, yielding broad improvements in psychological health and life satisfaction. This integrative perspective aligns with contemporary approaches in clinical psychology that emphasize multi-component intervention strategies rather than isolated symptom reduction.

This study demonstrates that self-compassion plays a pivotal role in shaping quality of life by strengthening adaptive coping styles and enhancing emotion regulation capacities. The proposed structural model offers a comprehensive framework for understanding how internal psychological resources interact to promote well-being. These findings underscore the value of incorporating self-compassion training into psychological interventions aimed at improving overall quality of life and long-term mental health outcomes.

References

- Asselmann, E., Bendau, A., Hoffmann, C., & et al. (2024). Self-compassion Predicts Higher Affective Well-being and Lower Stress Symptoms Through Less Dysfunctional Coping: A Three-wave Longitudinal Study During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Happiness Studies*, 25, 55. <https://doi.org/10.1007/s10902-024-00755-6>
- Bailey, C. R., Ogbuagu, O., Baltodano, P. A., Simjee, U. F., Manahan, M. A., Cooney, D. S., & et al. (2017). Quality-of-life outcomes improve with nipple-sparing mastectomy and breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 219-226. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003505>
- Barthel, A. L., Hay, A., Doan, S. N., & Hofmann, S. G. (2018). Interpersonal emotion regulation: A review of social and developmental components. *Behaviour Change*, 35(4), 203-216. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.19>
- Bedir, M., & Eliüşük-Bülbül, A. (2024). The effect of the self-compassion program on self-compassion and professional quality of life among healthcare professionals. *Current Psychology*, 43(17), 15376-15384. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05516-x>
- Bian, J., Chen, F., Fang, S., & Wang, Y. (2025). Self-compassion intervention programs for nurses: A scoping review. *Healthcare (Basel)*, 13(2), 177. <https://doi.org/10.3390/healthcare13020177>
- Carreiro, J. P., Cardoso, S., Teques, P., Teques, A. P., & Ribeiro, J. L. P. (2025). Satisfaction With Social Support and Quality of Life Among Portuguese Patients With Breast Cancer: Mediating Effects of Coping Styles—Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 13(3), 297. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030297>
- Cho, Y. U., Lee, B. G., & Kim, S. H. (2020). Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 45, 101726. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101726>
- Chukwuorji, J. C., Odi, C. P., Chike-Okoli, A., Morah, N. M., Osondu, O. M., Rukmi, D. K., Victor-Aigbodion, V., & Eze, J. E. (2024). Health-related quality of life of people living with HIV: contributions of emotion regulation and self-compassion. *Venereology*, 3(3), 136-146. <https://doi.org/10.3390/venereology3030011>
- Dixon-Gordon, K. L., Bernecker, S. L., & Christensen, K. (2015). Recent innovations in the field of interpersonal emotion regulation. *Current opinion in psychology*, 3, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.001>
- Dixon-Gordon, K. L., Haliczzer, L. A., Conkey, L. C., & Whalen, D. J. (2018). Difficulties in interpersonal emotion regulation: Initial development and validation of a self-report measure. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40, 528-549. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9647-9>
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive therapy and research*, 38, 483-492. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9620-1>
- Lee, A., Wong, Y., & Neo, X. S. (2024). Coping Mechanisms Among Patients with Terminal Illnesses. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*, 2(1), 91-97. <https://doi.org/10.61838/kman.psychnexus.2.1.14>
- Marafioti, G., Cardile, D., Culicetto, L., Quartarone, A., & Lo Buono, V. (2024). The Impact of Social Cognition Deficits on Quality of Life in Multiple Sclerosis: A Scoping Review. *Brain Sciences*, 14(7), 691. <https://doi.org/10.3390/brainsci14070691>
- Martins Faria, B., Martins Rodrigues, I., Verri Marquez, L., da Silva Pires, U., & Vilges de Oliveira, S. (2021). The impact of mastectomy on body image and sexuality in women with breast cancer: a systematic review. *Psicooncologia*, 18(1). <https://psycnet.apa.org/record/2021-50274-005>
- Masoumi, S., Amiri, M., & Afrashteh, M. Y. (2022). Self-Compassion: The Factor That Explains a Relationship between Perceived Social Support and Emotional Self-Regulation in Psychological Well-Being of Breast Cancer Survivors. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(3), 341. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i3.9734>
- Mohammadipour, M., & Pidad, F. (2021). Coping strategies, locus of control, and quality of life in patients with early-stage breast cancer. *The Journal of psychology*, 155(4), 375-386. <https://doi.org/10.1080/00223980.2020.1816873>
- Moura, R., Camilo, C., & Luís, S. (2021). As strong as we are united: Effects of intrapersonal and interpersonal emotion regulation on quality of life in women with breast cancer. *Frontiers in psychology*, 12, 661496. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661496>
- Parkinson, B., & Manstead, A. S. (2015). Current emotion research in social psychology: Thinking about emotions and other people. *Emotion Review*, 7(4), 371-380. <https://doi.org/10.1177/1754073915590624>
- Rashidi Mehr, F., Lashgari, M., & Abdi, H. (2023). Effectiveness of Self-compassion Training on Negative and Positive Affects, Psychological Resilience and Quality of Life of Drug Addicts. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 66(4), 993-1009. https://mjms.mums.ac.ir/article_24241.html?lang=en
- Sadeghi, R., sodani, M., & gholamzadeh jofreh, M. (2020). The Effectiveness of Self-Compassion Focused Training on Reducing Negative Affect and Improving the Quality of Life in Substance-Dependent Individuals. *Research on Addiction*, 14(57), 131-150. <https://doi.org/10.29252/etiadjpajohi.14.57.131>

- Shoji, K., Noguchi, N., Waki, F., Saito, T., Kitano, M., Edo, N., Koga, M., Toda, H., Kobayashi, N., Sawamura, T., & Nagamine, M. (2024). Empathy and Coping Strategies Predict Quality of Life in Japanese Healthcare Professionals. *Behavioral Sciences*, 14(5), 400. <https://doi.org/10.3390/bs14050400>
- Wild, M. G., Coppin, J. D., Mendoza, C., Metts, A., Pearson, R., & Creech, S. K. (2025). Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation predict multiple dimensions of quality of life in US post-9/11 veterans. *Quality of Life Research*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03908->
- Wilski, M., Gabryelski, J., Broła, W., & Tomasz, T. (2019). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to acceptance, coping strategies and disease severity. *Disability and Health Journal*, 12(4), 608-614. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.06.003>
- Xie, Q. (2023). Coping Style as a Mediator in the Associations Between Dispositional Mindfulness, Self-Compassion, and Loneliness. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5u7g6>
- Zerach, G. (2025). The Beneficial Effect of Self-Compassion on PTSD and Complex PTSD Symptoms Among Israeli Female Veterans: The Role of Coping Strategies. *Psychology of Consciousness Theory Research and Practice*, 12(2), 253-268. <https://doi.org/10.1037/cns0000409>