J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/08/11 *Accepted:2024/12/11*

Comparing Effectiveness of Emotional Schema Therapy, Forgiveness -Based Compassion Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Affective Capital in Women of Victim of Domestic Violence

Safoura hadian(Ph.D.s)[1], Felor Khayatan(Ph.D.)[2], Mohsen Golparvar(Ph.D.)[3]

1.PhD Student of Psychology Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2.Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email:f.khayatan@yahoo.com Tel: 03135002314

3.Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Assessment & Research Applied Psychology, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Domestic violence refers to violence that occurs in the private environment of the family, and generally occurs between people who are tied together by intimacy and blood or legal relationship. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of emotional therapy schema, forgiveness-oriented compassion therapy and cognitive behavioral therapy on affective capital of women victims of domestic violence.

Method: This semi -experimental study was conducted using a pre-test and post-test with a control group and a 45 day follow-up. The statistical population included women victims of domestic violence referring to health centers in Falavarjan in the summer of 2023, of which 60 people were selected purposively and randomly assigned to three experimental groups and one control group (15 people). The experimental groups received emotional schema therapy, compassion therapy based on forgiveness, and cognitive behavioral therapy. Data were collected using the Affective Capital (Golparvar, 2016) Questionnaire. Data analysis was performed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests, utilizing SPSS software version 23.

Rusults: The results indicated the effectiveness of all three interventions on increasing affective capital and its dimensions in women victims of domestic violence. The effects of all three treatments remained in the follow-up phase as well ($p<0/01$); However, no significant difference was observed between the effectiveness of the mentioned treatment methods in this field ($p<0/05$).

Conclusion: The results of this study indicated that all three approaches, schema of emotional therapy, forgiveness-based compassion therapy, and cognitive behavioral therapy significantly affected affective capital in women who are victims of domestic violence and can be utilized by therapists.

Keywords: Affective Capital, Cognitive Behavioral Therapy, Domestic Violence, Forgiveness-Oriented Compassion Therapy

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

This Paper Should be Cited as:
Author: Safoura hadian, Felor Khayatan, Mohsen Golparvar. Comparing Effectiveness of Emotional Schema Therapy, Forgiveness -Based Compassion Therapy and Cognitive-Behavioral …..…….Tolooebehdasht Journal. 2025;23(6)92-108.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و سوم
شماره ششم
بهمن و اسفند
شماره مسلسل:۱۰۸

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۵/۲۱
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۹/۲۱

مقایسهٔ اثربخشی طرح‌وارهٔ درمانی هیجانی، شفقت‌درمانی بخشش‌محور و درمان شناختی ـ رفتاری بر سرمایه عاطفی و ابعاد آن در زنان قربانی خشونت خانگی

نویسندگان: صفورا هادیان[۱]، فلور خیاطان[۲]، محسن گل‌پرور[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲. نویسندهٔ مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

شماره تماس:۰۳۱۳۵۰۰۲۳۱۴ f.khayatan@yahoo.com

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی خشونتی است که در محیط خصوصی خانواده اتفاق می افتد وعموماً میان افرادی است که به سبب صمیمیت وارتباط خونی یا قانونی به هم گره خورده اند، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی طرح‌وارهٔ درمانی هیجانی، شفقت‌درمانی بخشش‌محور و درمان شناختی ـ رفتاری بر سرمایه عاطفی وابعاد آن زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش، زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان فلاورجان درتابستان ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۶۰ نفربه روش دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ویک گروه کنترل قرار گرفتند(هر گروه ۱۵ نفر). گروه‌های آزمایش طرحوارهٔ درمانی هیجانی، شفقت‌درمانی بخشش‌محور و درمان شناختی-رفتاری را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ سرمایه عاطفی (گل پرور، ۱۳۹۵) جمع‌آوری شد. و تجزیه و تحلیل داده ها بااستفاده ازآزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر وآزمون تعقیبی بن فرونی با بهره گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر سه مداخله برافزایش سرمایه عاطفی وابعاد آن در زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بودند. آثار هر سه درمان در مرحلهٔ پیگیری نیز باقی ماند ($p<۰/۰۱$)؛ اما بین اثربخشی روش‌های درمانی مذکور دراین زمینه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که هر سه رویکرد طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور ودرمان شناختی رفتاری به طور قابل توجهی بر سرمایه عاطفی در زنانی که قربانی خشونت خانگی هستند تأثیرداشته ومی تواند توسط درمانگران استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، درمان شناختی رفتاری، سرمایه عاطفی، شفقت درمانی بخشش محور، طرحواره درمانی هیجانی.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

درطول چند دهه اخیر، درکشورهای در حال توسعه وتوسعه یافته، خشونت علیه زنان و به ویژه خشونت خانگی به طور فزایندهای به عنوان نقض حقوق اساسی بشرشناخته شده است(۱). خشونت خانگی در یک رابطه صمیمانه بیانگر رفتاری است که سبب آسیب جسمانی، جنسی و روانشناختی می شود و شامل رفتارهای تکرارشونده ای مانند پرخاشگری جسمانی، تجاوز جنسی، آزاررسانی روانشناختی و کنترلگری است(۲).

از نظر جنسیت، حدود یک زن ازهر سه زن در سراسر جهان خشونت فیزیکی یا جنسی ازطرف شریک جنسی خود را تجربه کرده است که در برخی ازکشورها، این میزان حتی بالاترگزارش شده است(۳). شواهد آماری نشان می دهد ۵۴ درصد از زنان در خلال رابطه با شریک عاطفی خود اشکال مختلفی از خشونت خانگی را تجربه می کنند(۴). خشونت عاطفی یا روانی به عنوان شایعترین نوع خشونت شناخته شده است(۵).

از جمله متغیرهای جدید سرمایه ای که به تازگی در ایران وجهان شناسایی شده، سرمایه عاطفی می باشد که ارتباط تنگاتنگی با بهزیستی روانشناختی دارد. به باور گل پرور، جنبشی خردتر در دل جنبش فراگیر مثبت نگری موسوم به سرمایه عاطفی با تمرکز بر اشکال خاصی از ظرفیت ها، توانایی و حالت روانی، شناختی و عاطفی به عنوان یک منبع سرمایه، امکان و بستر استفاده بهینه تر از این پدیده های روانی را فراهم خواهد نمود مطرح شده است. به همین جهت بررسی متغیر سرمایه عاطفی در زنان قربانی خشونت خانگی در مطالعه حاضر مد نظر قرار گرفته است. سرمایه عاطفی یک سازه مرتبه دوم و متشکل از حالتی از نشاط و جوشش عاطفی مثبت درونی است که قابلیت تاثیرگذاری بر رفتارها و انتخاب های انسان را دارد و حداقل شامل سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است(۶). این سرمایه انسانی در تعریفی ساده به عنوان حالتی از احساس نشاط و انرژی عاطفی مثبت درونی قابل هدایت و تحول است که با تمرکز هدفمند بر آن قابلیت تاثیرگذاری به نسبت پایدار بر رفتارها و انتخاب های انسان را دارد(۷). این متغیر دارای کارکردهای متنوعی در سطح روان شناختی است. مهمترین کارکرد آن در زمینه سازی عصب روان شناختی، شناختی و عاطفی در تمام سنین و برای تمامی گروه های جمعیت شناختی مختلف، ایجاد بستر برای درگیری و تعامل کارآمد با محیط اطراف و به تبع آن ظرفیت افزایی و توان افزایی مهارتی و رفتاری در انسان هاست(۸).

نکته حائز اهمیت پس از معرفی سرمایه عاطفی به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت روان این است که چگونه و از چه طریق می توان این متغیر را در زنان قربانی خشونت خانگی افزایش داد و از این طریق سبب بهبود عملکرد و ارتباطات آنها شد. در همین راستا نیز درمان های مختلفی تاکنون در مسیر افزایش سطح سرمایه عاطفی مطرح شده ولی برای کمک به زنان قربانی خشونت خانگی تابه حال استفاده نشده است. ازجمله درمان های مطرح می توان به دو دسته ازدرمان های تلفیقی ازجمله طرحواره درمانی هیجانی و شفقت درمانی بخشش محور وهمچنین درمان شناختی رفتاری اشاره کرد. طرحواره ها طیفی از باورهای بنیادی هستند که خارج از

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

محدوده آگاهی افراد عمل می کنند، بر نحوه درک تجربیات تأثیر می گذارند. هر گاه فرد در موقعیتی مشابه وضعیتی قرار گیرد که طرحواره را تشکیل می دهد این طرحواره ها فعال می شوند(۹). طرحواره درمانی هیجانی یک مدل فراشناختی از احساسات است که هیجان را بخشی از شناخت اجتماعی می داند. این مدل درمانی تاکید می کند که افرادی که درگیر طرحواره های هیجانی ناسازگار هستند، توانایی مدیریت هیجانات را ندارند و از راهبردهای مخرب مانند راهبردهای اجتنابی در برخورد با این هیجانات استفاده می کنند(۱۰). اگر طرحواره های پشت عواطف افراد شناسایی و تثبیت شوند می توان انتظار داشت که عملکرد این افراد در ابعاد مختلف زندگی تا حد زیادی بهبود یابد(۱۱).

از دیگر درمان های اثربخش برای افرادی که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روانی دارند که به نظر می رسد با احساس شرم و انتقاد از خود ایجاد شده یا حفظ می شوند شفقت درمانی است. درمان متمرکز بر شفقت یک درمان چندوجهی است که ریشه در روانشناسی تکاملی دارد و مبتنی بر شواهد رو به رشدی است که نشان می دهد احساسات و انگیزه های وابستگی می توانند تأثیر مثبتی بر بهزیستی داشته باشند و بر تنظیم تأثیر بگذارند(۱۲). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد در مواجه با این درونیات نیز آرام شود(۱۳). همچنین افراد در درمان متمرکز بر شفقت می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند(۱۳).

از جمله سازه های نزدیک به شفقت بخشش است. بخشش درمانی از دیگر رویکردهای جدید در حوزه روان درمانی ویکی ازمؤلفه های روانشناسی مثبت نگر است. به نظر می رسد در ایجاد سلامت روان، به خصوص در زنان آسیب دیده نقش مثبت دارد، بخشودگی بین فردی است. بخشش بخش مهم بهبود روابط زوج ها در درمان خشونت خانگی محسوب می شود و جایگاه ویژه ای در حوزه روانشناسی مثبت نگر به عنوان یک راه حل برای کاهش تاثیرات زیان بار خطاهای بین فردی و ایجاد سازگاری مثبت دارد. هچنین نشان داده شده زوجینی که اشتباهات یکدیگر را می بخشند رضایت و تعهد بیشتری را در زندگی تجربه خواهند کرد(۱۴). از دیگر رویکردهای اثربخش، کوتاه مدت و متمرکز برای کمک به افراد با مشکلات متفاوت، درمان شناختی رفتاری است. فرض بنیادی درمان شناختی رفتاری این است که فرآیندهای یادگیری نقش مهمی در ایجاد و تداوم درگیری های خانوادگی و در رویارویی با خشونت از سوی همسر ایفا می کنند. به بیان ساده تر، درمان شناختی رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به بیماران کمک می کند. یعنی در شناسایی موقعیت هایی که احتمال درگیری و خشونت در آن ها زیاد است و پرهیز از این موقعیت ها در زمان مناسب و مقابله موثر با مسائل و رفتارهای مشکل آفرین است. ویژگی های درمان شناختی رفتاری آن را به درمانی مناسب برای بالا بردن سطح توانمندی در برابر خشونت از سوی همسر و افراد در محل کار مبدل می نماید(۱۵).

افزایش اختلافات زناشویی و به دنبال آن بروز خشونت علیه زنان و طلاق و اثر منفی آن بر سلامت روانی زوجین، فرزندان و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

جامعه، پژوهشگران را برآن داشته که به دنبال راهکارهایی باشند تا موجب تحکیم روابط زناشویی و نهاد خانواده شوند. در این میان آنچه که برای جامعه مورد بررسی این پژوهش دارای اهمیت فراوان است این است که خشونت به هر طریقی که تحقق یابد، باعث افت شدید وضعیت بهزیستی زنان می شود. در واقع خشونت علیه زنان علاوه بر اینکه می تواند مهم ترین عامل از هم گسیختگی ساختاری جامعه باشد می تواند سلامت روان زنان آسیب دیده را نیز به شدت تحت تاثیر قرار دهد(۱۶). ازاین رو طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی در این گروه از اهمیت بسیاری برخوردار است. لذا با توجه به اهمیت نقش زن در خانواده و جامعه و همچنین نبود مطالعات کافی دراین زمینه درشهرها وقومیت های مختلف ایران، لزوم به کارگیری مداخلاتی جهت کمک به ارتقا بهداشت روان این زنان بیش از پیش احساس می شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محورو درمان شناختی رفتاری بر سرمایه عاطفی زنان قربانی خشونت خانگی صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری ۴۵ روزه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی که در سال۱۴۰۲ به مراکز بهداشت در شهرستان فلاورجان مراجعه کرده بودند. جهت انتخاب نمونه ابتدا اطلاعیه ای در مراکز بهداشت در شهرستان فلاورجان نصب گردید و همچنین با توجه به دسترسی به سامانه سیب سلامت، لیست افرادی که مراقبت سلامت اجتماعی آنها در سال ۱۴۰۲ انجام شده بود در دسترس قرار گرفت و از بین ۱۰۲ نفر که مراقبت سلامت اجتماعی آنها تکمیل شده بود و ثبت نام قبلی داشتند و مایل به شرکت در پژوهش بودند مصاحبه به عمل آمد. همگی پرسشنامه سنجش خشونت زنان (۱۷) را تکمیل کردند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کافی است(۱۸)، از بین آن‌ها افرادی که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر انتخاب شد. دراین مرحله پیش آزمون برای آنها اجرا شد. در مرحله بعد شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.

بعد از انجام مداخلات پس آزمون اجرا شد و در نهایت پرسشنامه ها در یک دوره پیگیری ۴۵ روزه مجدداً تکمیل و مورد بررسی قرار گرفت. گروه کنترل در طول مدت پژوهش، درمانی را دریافت نکردند ولی برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام دوره اجرای پژوهش، شکل رایج آموزش را دریافت کردند. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر جهت رعایت اصل محرمانگی دادها و همچنین داوطلبانه بودن مشارکت داده شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری تحلیل شدند. به منظور تعیین تفاوت بین گروه ها و مقایسه دو به دو از آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم افزار SPSS 23 استفاده شد.

معیارهای ورود به طرح شامل سنجش براساس مصاحبه ی بالینی وگرفتن شرح حال وتجربه خشونت براساس مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان(۱۷)، گروه سنی بین ۵۰-۲۰سال، عدم دریافت دوره های آموزشی و درمانی در شش ماه اخیر، عدم تمایل به طلاق و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

و معیارهای خروج از پژوهش شامل تحت مداخله روانشناسی دیگر در کنار مداخله پژوهش یا دارودرمانی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به حضور در پژوهش بود. پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق و مجوزهای لازم به منظور طراحی مداخله پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آن‌ها در گروه‌ها، شرکت کنندگان به پرسشنامه سرمایه عاطفی(۷) پاسخ دادند. گروه های آزمایش طرحواره درمانی هیجانی را در ۱۱ جلسه۹۰ دقیقه ای(۱۰) وشفقت درمانی بخشش محور را طی ۱۱ جلسه۹۰ دقیقه ای(۱۴) وگروه سوم درمان شناختی رفتاری را طی۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای(۱۹) آموزش دیدند.

پرسشنامه سرمایه عاطفی: سنجش سرمایه عاطفی با استفاده از پرسشنامه بیست سوالی گل پرور که دارای سه مؤلفه عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی است انجام شد(۷). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه ای در قالب هرگز= ۱ تا همیشه = ۵ است و محاسبه امتیازات حاصل از این پرسشنامه در سطح کلی و در سطح سه مؤلفه آن به این صورت است که امتیارات هر فرد در گزینه پاسخ های انتخابی با یک دیگر جمع می شود. بنابراین دامنه نوسان امتیازات در سطح سرمایه عاطفی کلی بین ۲۰ تا ۱۰۰ در سطح عاطفه مثبت بین ۱۰ تا ۵۰ و در احساس انرژی و شادمانی نیز بین ۵ تا ۲۵ است و افزایش امتیازات به معنای افزایش سرمایه عاطفی و سه مؤلفه آن است.

تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده روایی سازه عاملی این پرسشنامه را مستند نموده و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در دامنه بین ۰/۹۳۶ تا ۰/۹۷۸ گزارش شده است(۷). گل پرور و قدیرزاده در پژوهش خود آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۶ گزارش نموده و نشان داده امتیازات حاصل از پرسشنامه سرمایه عاطفی با امتیازات حاصل از سرمایه گذاری جمعی عاطفی و کارآمدی حل تعارض رابطه معناداری دارد(۸).

یافته ها

بررسی یافته های جمعیت شناختی درنمونه پژوهش نشان داد که بیشترین ترکیب سنی در هر چهار گروه پژوهش در گروه ۲۶ تا ۳۵ سال (طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور، درمان شناختی و رفتاری و گروه کنترل برابر با ۵۳/۳۳ درصد) بوده‌اند. آزمون خی دو غیرمعنادار وحاکی از آن است که بین سه گروه پژوهش درتوزیع فراوانی سن تفاوت معناداری وجود ندارد(P=۰/۱۲). بیشترین ترکیب تحصیلات در گروه تحصیلی فوق¬دیپلم و لیسانس (به ترتیب برای گروه درمان شناختی و رفتاری و گروه کنترل برابر با ۶۶/۶۷ درصد و برای گروه شفقت درمانی بخشش محور برابر با ۶۰ بوده‌اند. آزمون خی دو غیرمعنادار و حاکی از آن است که بین چهار گروه پژوهش در توزیع فراوانی تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد(P=۰/۸٤). در هر چهارگروه پژوهش بیشترین فراوانی مربوط به گروه خانه دار(به ترتیب برای طرحواره درمانی هیجانی برابر با ۵۳/۳۳ درصد، شفقت درمانی بخشش محور و درمان شناختی و رفتاری هر دو برابر با ۴۰ درصد و برای گروه کنترل برابر با ۶۶/۶۷ درصد) بوده است. همچنین آزمون خی دو غیرمعنادار وحاکی از آن است که بین سه گروه پژوهش در توزیع فراوانی وضعیت اشتغال تفاوت معناداری وجود ندارد(P=۰/٤٦). در هر چهارگروه پژوهش، بیشترین فراوانی در گروه فاقد اعتیاد همسر (به ترتیب برای طرحواره درمانی هیجانی، درمان شناختی و رفتاری و گروه کنترل برابر با ۶۰

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

درصد، و برای شفقت درمانی بخشش محور برابر با ۵۳/۳۳ درصد) بوده است. نتایج آزمون خی دو غیرمعنادار (P=۰/٦٤). و حاکی از آن است که بین چهار گروه پژوهش در توزیع فراوانی اعتیاد همسر تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک چهار گروه و سه مرحله پژوهش

مرحله	متغیر	طرحواره درمانی هیجانی		شفقت درمانی بخشش محور		درمان شناختی رفتاری		گروه کنترل (گواه)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	عاطفه مثبت	۲۰/۳۳	۶/۸۷	۱۸/۶۷	۵/۴۸	۲۰/۳۳	۴/۷۶	۲۲/۷۳	۶/۶۰
	احساس انرژی	۱۱/۰۶	۳/۱۹	۱۱/۰۷	۳/۲۴	۱۱/۶۰	۳/۰۱	۱۲/۱۳	۳/۰۴
	شادمانی	۱۲	۳/۷۰	۱۲/۶۰	۴/۲۹	۱۰/۸۰	۲/۸۳	۱۴/۰۷	۳/۴۵
	سرمایه عاطفی	۴۵/۴۰	۱۱/۹۱	۴۲/۳۳	۱۰/۲۲	۴۲/۷۳	۸/۰۸	۴۸/۹۳	۱۱/۲۴
پس‌آزمون	عاطفه مثبت	۳۶/۰۷	۶/۴۵	۳۰/۱۳	۶/۰۳	۲۸/۷۳	۷/۰۷	۲۰/۱۳	۵/۷۹
	احساس انرژی	۱۶/۲۰	۳/۲۳	۱۵/۴۷	۳/۰۲	۱۵/۵۳	۳/۷۴	۱۰/۶۷	۲/۸۲
	شادمانی	۱۷/۷۳	۳/۱۷	۱۷/۴۰	۲/۴۷	۱۵/۷۳	۳/۴۱	۱۳/۸۷	۳/۰۴
	سرمایه عاطفی	۷۰	۱۰/۵۵	۶۳	۸/۶۸	۶۰	۱۱/۹۵	۴۴/۲۷	۹/۵۸
پیگیری	عاطفه مثبت	۳۷/۲۷	۸/۸۶	۳۲	۶/۳۳	۲۹/۹۳	۶/۶۳	۱۹/۱۳	۵/۱۷
	احساس انرژی	۱۶/۲۲	۳/۲۳	۱۶/۲۰	۳/۱۰	۱۵/۵۷	۳/۵۶	۹/۸۰	۲/۶۲
	شادمانی	۱۸/۰۷	۳/۰۸	۱۸/۸۷	۲/۶۹	۱۷/۱۳	۲/۷۲	۱۲/۰۷	۲/۸۴
	سرمایه عاطفی	۷۱/۵۳	۹/۹۶	۶۷/۳۳	۹/۴۶	۶۲/۹۳	۱۰/۷۷	۴۱	۸/۸۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

CC BY-NC 4.0

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود میانگین نمرات سرمایه عاطفی (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) در گروه های مداخله (طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور ودرمان شناختی رفتاری) نسبت به گروه کنترل تغییرات چشمگیری را در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان داده اند. با توجه به رعایت پیش فرض های اولیه جهت استفاده از آزمون های پارامتریک اندازه های تکراری، نتایج آزمون شاپیرو ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه ها، آزمون لوین جهت بررسی برابر واریانس نمرات و یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که سرمایه عاطفی و ابعاد آن در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال ($p>۰/۰۵$)، برابری واریانس خطا ($p>۰/۰۵$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) ($p>۰/۰۵$) بوده است. همچنین آزمون ماچلی معنادار است؛ یعنی پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نمی‌شود می‌توان به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه نمود. نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

بر اساس یافته های به دست آمده در جدول ۳ در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات سرمایه عاطفی(عاطفه مثبت، احساس انرژی، شادمانی) درسه گروه آزمایش و یک گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد($p>۰/۰۰۱$). نتایج بیانگر این است که ۰/۴۸ درصد از تفاوت های فردی در عاطفه مثبت ، ۰/۲۸ درصد در بعد احساس انرژی، ۰/۲۶ شادمانی و ۰/۴۷ از تفاوت های فردی در سرمایه عاطفی کلی به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

بر اساس نتایج در تحلیل های درون آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی دار است که نشان می دهد بین میانگین نمرات سرمایه عاطفی(عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) در مراحل پژوهش به طورکلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P>۰/۰۰۱$) که نشان دهنده این است که تغییرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر یک از گروه ها معنی دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه ها در متغیرسرمایه عاطفی کلی برابر با ۰/۷۱ درصد، در عاطفه مثبت برابر با ۰/۷۰، احساس انرژی برابر با ۰/۴۷ و شادمانی برابر با ۰/۵۵ به دست آمده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج فوق متغیر سرمایه عاطفی، بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$)، ولی بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p<۰/۰۱$). همچنین بین طرحواره درمانی هیجانی با شفقت درمانی بخشش محور با درمان شناختی رفتاری و با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$)، ولی بین شفقت درمانی بخشش محور با درمان شناختی و رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد($p<۰/۰۱$). در عین حال بین سه گروه درمان با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۱$).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلکز، آزمون لوین و ماچلی به تفکیک چهار گروه و سه مرحله پژوهش

ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو–ویلک		آزمون لوین		آزمون باکس		آزمون ماکلی	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
عاطفه مثبت									
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۹	۰/۶۳	۰/۶۰	۸/۹۳	۰/۵۹	۰/۲۴	۰/۰۰۱
۲	پس‌آزمون	۰/۹۷	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۸۹				
۳	پیگیری	۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۳۳	۰/۸۰				
احساس انرژی									
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۹۹	/۴۸	۰/۱۵	۰/۲۲	۰/۰۰۱
۲	پس‌آزمون	۰/۹۸	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۷۷	۱۵			
۳	پیگیری	۰/۹۸	۰/۳۹	۰/۳۴	۰/۷۹				
شادمانی									
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۰/۳۹	۰/۳۳	۰/۸۰	/۲۷	۰/۱۲	۰/۸۵	۰/۰۱
۲	پس‌آزمون	۰/۹۸	۰/۵۷	۰/۴۱	۰/۷۴	۱۳			
۳	پیگیری	۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۹۶				
سرمایه عاطفی کلی									
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۴	۰/۶۱	۰/۶۱	/۶۰	۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۰۰۱
۲	پس‌آزمون	۰/۹۸	۰/۴۹	۰/۱۹	۰/۹۱	۱۳			
۳	پیگیری	۰/۹۷	۰/۲۶	۰/۲۰	۰/۸۹				

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر		منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*	ضریب اتا	توان آزمون
عاطفه مثبت	درون آزمودنی	زمان	۱۰۸۴/۳۴	۱/۱۳	۹۵۶/۴۶	۹۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
		تعامل زمان×گروه	۱۴۶۹/۰۳	۳/۴۰	۴۳۱/۹۳	۴۴/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
	بین آزمودنی	گروه	۵۳۴۳/۴۰	۳	۱۷۸۱/۱۳	۱۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۶
احساس انرژی	درون آزمودنی	زمان	۲۰۷/۱۰	۱/۱۲	۱۸۴/۷۱	۳۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱
		تعامل زمان×گروه	۲۸۰/۳۲	۳/۳۶	۸۳/۳۴	۱۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
	بین آزمودنی	گروه	۵۳۶/۴۴	۳	۱۷۸/۸۱	۷/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۸
	درون آزمودنی	زمان	۳۰۴/۳۴	۱/۳۳	۲۲۸/۱۸	۵۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

شادمانی		تعامل زمان×گروه	۳۹۵/۳۴	۴	۹۸/۸۰	۲۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
	بین آزمودنی	گروه	۴۷۷/۲۹	۳	۱۵۹/۱۰	۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۶
	درون آزمودنی	زمان	۴۱۸۵/۰۸	۱/۰۹	۳۸۲۲/۸۸	۱۰۲/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
سرمایه عاطفی		تعامل زمان×گروه	۵۵۲۵/۸۶	۳/۲۸	۱۶۸۲/۵۴	۴۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
کلی	بین آزمودنی	گروه	۱۳۳۵۷/۶۴	۳	۴۴۵۲/۵۵	۱۶/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات سرمایه عاطفی در مراحل پژوهش در گروه های آزمایش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
سرمایه عاطفی	پیش آزمون	پس آزمون	-۹/۴۶	۰/۹۸	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۰/۸۵	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۳۸	۰/۹۵	۰/۸۹
	شفقت درمانی بخشش محور		۷/۸۹	۳/۴۶	۰/۰۳
	طرحواره درمانی	درمان شناختی و رفتاری	۸/۷۶	۳/۴۶	۰/۰۱
	هیجانی	گروه کنترل (گواه)	۲۴/۲۴	۳/۴۶	۰/۰۰۱
	شفقت درمانی بخشش محور	درمان شناختی و رفتاری	۲/۳۳	۳/۴۶	۱
		گروه کنترل (گواه)	۱۲/۸۲	۳/۴۶	۰/۰۰۱
	درمان شناختی و رفتاری	گروه کنترل (گواه)	۱۰/۴۹	۳/۴۶	۰/۰۰۹

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور ودرمان شناختی- رفتاری سرمایه عاطفی زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور ودرمان شناختی- رفتاری تأثیر قابل توجهی برافزایش سرمایه عاطفی درزنان قربانی خشونت خانگی داشت. همچنین نتایج حاکی ازاین بود که بین درمان های ذکر شده برسرمایه عاطفی و ابعاد آن تفاوت معناداری وجود نداشت. یافته های پژوهش در این خصوص با یافته شریفی وهمکاران(۲۰) و رضائی(۲۱) هم راستا می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان داشت تکنیک های طرحواره درمانی متمرکز بر هیجانات به فرد کمک می کنند تا فرد نسبت به هیجانات خودآگاهی یافته و آن ها را بپذیرد و با سازماندهی مجدد هیجانی، تنظیم عاطفه، اصلاح روابط بین فردی و نیز آرامش بخشی به خود زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

در طی فرآیند درمان نیازهای هیجانی ارضا نشده تا حدودی ارضا می شوند؛ چرا که طرحواره درمانی با مداخله مناسب باعث کاهش مشکلات روانشناختی و افزایش جنبه های مثبت افراد می شود(۲۲).

هدف اصلی این درمان تغییر الگوی زندگی از طریق تغییر طرحواره ها و ذهنیت ها و برآوردن نیازهای اساسی افراد چه در محیط درمان و چه در خارج ازمحیط درمان می باشد. این شیوه درمانی ازآموزش مهارت های رفتاری فراتر می رود و شامل فعالیت های عمیق بنیادین برای تغییر شخصیت می شود. این تغییر زمانی مفهوم پیدا می کند که شدت طرحواره های ناکارآمدی که باعث نوسان و بی ثباتی وضعیت هیجانی و رفتاری مرتبط با ذهنیت ها می شوند کاهش یابد و سبک های مقابله ای سازگارانه به کار روند و مهارت بین فردی تقویت شوند(۲۳). لذا سرمایه عاطفی با تمرکز بر سه مولفه عاطفه تعریف می شود و براساس پژوهش های انجام شده در این شیوه درمانی با کاهش شدت طرحواره های ناسازگار وتخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و نیز کمک به الگوشکنی رفتاری منجر به افزایش شادکامی وسلامت روان درافراد می شود(۲۴) که با افزایش شادکامی و سلامت روان افزایش سرمایه عاطفی را به دنبال خواهد داشت. به عبارت دیگر به چالش کشیدن طرحواره ها و ذهنیت های طرحواره ای آسیب زا که اغلب فرد را در حالتی از ناامیدی قرار می دهد به تدریج نظام شناختی تسهیل کننده ناامیدی و درماندگی را تضعیف و در سطح شناختی و عاطفی فرد را از طریق نظام تفسیری و طرحواره ای سازنده و کارآمد تر به شرایط خود و زندگی امیدوارتر می کند. همین امر افزایش سلامت روان و در نهایت افزایش سرمایه عاطفی را در زنان قربانی خشونت خانگی به دنبال دارد.

در مورد اثر بخشی شفقت درمانی بخشش محور بر سرمایه عاطفی و ابعاد آن (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) در این مطالعه می توان گفت اثر بخشی شفقت درمانی بخشش محور در سرمایه عاطفی و ابعاد آن معنادار بوده است و اثرات درمان در مرحله پیگیری معنادار باقی مانده است. یافته های پژوهش در این خصوص با یافته های نوری پورلیا ولی وهمکاران(۲۵) هم راستا می باشد. در تبیین این یافته ها می توان بیان داشت به کمک این درمان افراد واقعیت درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده ای از تفکرات، هیجان ها و تجربه ها (اعم ازخوشایند یا ناخوشایند) دارند زنان قربانی خشونت خانگی درمی یابند که هیجان های منفی ممکن است رخ دهد اما آن ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند و با ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراکات، شناخت ها، هیجانات یا احساسات اما بدون این که نسبت به خوبی یا بدی حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم و مهم یا بی اهمیت بودن آن ها قضاوت و ارزیابی شود خوش بینی را نسبت به قابلیت ها در فرد افزایش می دهد. پژوهش ها نشان می دهد این روش می تواند به کاهش انواع تنش های احتمالی منجر شود و سلامت روان افراد را حفظ نماید(۲۶) و با افزایش سلامت روان، پریشانی شناختی کمتری را تجربه می کنند. در نتیجه بهزیستی روان شناختی بالا منجر به افزایش سرمایه عاطفی در آنان می گردد.

از سوی دیگر درمان شفقت محور رویکردی پرکاربرد برای پریشانی هیجانی و آموزش ذهن شفقت ورز است(۲۵). با توجه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

به اینکه انتقاد از خود یک فرآیند مرکزی است که توسط مداخلات شفقت آمیز هدف قرار می گیرد. از این رو تمرینات باعث افزایش حرمت خود و همچنین خود کارآمدی می شود(۲۶). به علاوه این درمان با فعال سازی سیستم امنیت و خنثی سازی سیستم تهدید(۱۹) به افراد می آموزد در مواجهه با سختی ها و رنج ها با خود مهربان باشند و استرس های ناشی ازمشکلات را بدون درگیر شدن با تجربیات وافکار منفی تحمل کنند و ازاین طریق تاب آوری افزایش می یابد ودر پی افزایش تاب آوری، احساس انرژی در آنان افزایش یافته و در نهایت این درمان با القای نگرش های بهتر به افراد کمک می کند تا درباره ارزیابی های غیر منطقی خود بیاموزند به طور واقع بینانه و سالم بر چالش ها غلبه کنند امیدوار باشند و با جریان زندگی شنا کنند و همه اینها به افزایش سرمایه عاطفی آنان کمک می کند.

از سوی دیگر در شفقت درمانی بخشش محور، بخشش افراد را از خشم و احساس گناه که نتیجه خشم ناهشیار است رها می کند. علاوه بر این فردی که می بخشد از کنترل ظریف و ناآگاه مختلف رها می شود و رها کردن دیگران به معنی رها کردن خود است کسانی که از خطاهای دیگران چشم پوشی می کنند و آن ها را می بخشند افرادی هستند که در ارتباط با دیگران دارای خلقی مثبت هستند و سعی می کنند در زندگی با مثبت اندیشی به مسائل بنگرند که این امر می تواند موجب شادی و نشاط در آنها گردد در واقع بخشش تلاش عمدی برای غلبه بر احساسات و افکارناراحت کننده صورت می گیرد که سلامت روانی فرد را تضمین می کند. به عبارتی بخشش یکی از فرآیند های روان شناختی و ارتباطی برای افزایش سلامت روان و التیام آرزدگی است که لازمه رشد ارتباطی، عاطفی، روحانی و جسمانی انسان است و بر بیشتر شاخص های سلامت روان که در افزایش خشنودی از زندگی و روابط بین فردی موثر هستند تأثیر می گذارد تأثیرات مثبت بخشش بر سلامت روان ممکن است به این دلیل باشد که با آثار استرس و هیجان های منفی مقابله می کند. پژوهشگران معتقدند بخشش برهیجان های مثبت مانند امید، قدردانی، سپاسگذاری، شادکامی متمرکز است وجود چنین هیجانات مثبت با افزایش سلامت روان رابطه مثبت معناداری دارد(۲۷) و از آنجایی که نشاط و احساس انرژی، عاطفه مثبت، امید، شادمانی در صورت بندی نوین به لحاظ نظری تحت عنوان سرمایه عاطفی مطرح شده است(۲۳)؛ لذا افزایش این موارد یعنی افزایش سرمایه عاطفی می باشد. به عبارتی دیگر افزایش سلامت روان به کمک بخشش منجر به افزایش سرمایه عاطفی در زنان قربانی خشونت خانگی می شود.

در مورد اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر سرمایه عاطفی و ابعاد آن (عاطفه مثبت، احساس انرژی و شادمانی) دراین مطالعه می توان گفت اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در سرمایه عاطفی و ابعاد آن معنادار بوده است و اثرات درمان در مرحله پیگیری معنادار باقی مانده است.

یافته های پژوهش در این خصوص با یافته های گاتام و همکاران(۲۸)، حیدری رازانی و ترکان(۲۹) وشعبان نژاد (۱۹)هم راستا می باشد. در تبیین این یافته ها می توان بیان داشت از اهداف اصلی درمان شناختی رفتاری از بین بردن خطاها و تحریف ها و سوگیری ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند(۲۸). تفکر مختل یا ناکارآمد که روی خلق و رفتار افراد اثر می گذارد در زنان قربانی خشونت خانگی شایع است. ارزیابی واقع گرایانه و اصلاح تفکر، موجب بهبود خلق و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

رفتار می شود و تداوم بهبودی از اصلاح باورهای ناکارآمد زمینه ای افراد حاصل خواهد شد(۲۹).

درمانگر به مراجع کمک می کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آن ها کند. درمان شناختی رفتای این گونه فرض می کند علت بیشتر آشفتگی های روانشناختی اشکال منفی شناخت هستند که در آن افکار منفی بی آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می شوند(۳۰). برای درمان این افکار نخست باید مراجع از حضور نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آن ها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی، خودگویی های مثبت تر و سازگارانه تری بسازند(۲۸).

درمان شناختی رفتاری یک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی افراد، آموزش تن آرامی و مراقبه، آموزش خوزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های ابراز گری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می باشد(۲۶). شاید یکی از باارزش ترین جنبه های درمان شناختی رفتاری، توانایی آن در کاهش علائم خرده نشانه ها باشد. این درمان به دلیل آشنا کردن افراد با ماهیت بیماری و آموزش روش های غیر دارویی بر کنترل علائم، کمک کننده است و می تواند افکار و رفتارهای ناکارآمد و در نتیجه علائم روان شناختی و عملکردی روانی- اجتماعی آن ها را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار دهد(۳۰). علاوه بر این استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن واشتیاق برای استفاده از فنون فرا گرفته در زندگی و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بی قراری می شود در نتیجه منجر به افزایش سرمایه عاطفی زنان قربانی خشونت خانگی شده است .

همچنین نتایج نشان داد بین اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محورو درمان شناختی رفتاری برسرمایه عاطفی وابعاد آن در زنان قربانی خشونت خانگی تفاوت معناداری وجود ندارد. نکته بسیار مهم این است که وقتی افراد حس جوشش و پویایی درونی عاطفی را در قالب سرمایه عاطفی تجربه می کنند تلاش وکوشش هدفمند اولین پیامد بلاواسطه چنین وضعیتی است و به دنبال آن احساس خوشایند، پر نیرو و انرژی بودن اتفاق می افتد(۳۰). زنان قربانی خشونت خانگی به دلیل مشکلات و وضعیت خود فاقد این احساس خوشایند و پر نیرو و انرژی بودن هستند و تلاش و کوشش هدفمندی ندارند؛ لذا از طریق هریک از این سه درمان به این احساس و هدفمندی می رسند. در طرحواره درمانی از طریق الگوشکنی رفتاری منجر به افزایش پاسخ های مقابله ای سازگارانه می شوند و با تخلیه عواطف وهیجانات، احساس شادکامی در آنها افزایش می یابد. در درمان شفقت درمانی بخشش محور از طریق شفقت به خود فرد نسبت به خود مهربان بوده و با همدلی کردن با خود وانگیزه التیام بخشیدن به رنج خود باعث می شود تا با جابه جایی عواطف و احساسات موفق به کنترل عواطف خود واین جابه جایی منجر به کاهش عواطف منفی و به دنبال آن افزایش عواطف مثبت و در نتیجه حفظ بهزیستی رواشناختی می شود. چنانکه پژوهش ها نشان می دهد بین بهزیستی روانشناختی و سرمایه عاطفی رابطه مثبت وجود دارد(۸) و در درمان شناختی رفتاری آگاهی زنان قربانی خشونت خانگی از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای زندگی شاد باعث می شود

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

که بر کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت در خود انگیزه پیدا کنند. بنابراین هر سه درمان می تواند بر سرمایه عاطفی تأثیر گذار باشد و چون هر سه می توانند سه حوزه رفتاری، شناختی، هیجانی را بررسی کنند و سرمایه عاطفی در هر سه حوزه تعریف می شود؛ لذا تأثیر گذاری سه درمان یکسان می باشد. بنابر یافته های مطالعه حاضر، طرحواره درمانی هیجانی، شفقت درمانی بخشش محور و درمان شناختی رفتاری از رویکردهای موثر و توانمند جهت افزایش سرمایه عاطفی درگروه های آسیب پذیر ازجمله زنانی که خشونت ازجانب شریک زندگی خودرا تجربه کرده‌اند ارائه می‌کند.

از مهمترین محدودیت های این پژوهش، ویژگی های خاص نمونه (زنان) است که امکان تعمیم نتایج به دیگر گروه های فرهنگی، قومیتی وجنسیتی را محدود می سازد. دراین مطالعه، فقط زنان تحت خشونت مراجعه کننده به مراکز بهداشت درشهرستان فلاورجان مورد بررسی قرارگرفتند که ازدیگر محدودیت های پژوهش است با توجه به اینکه امکان دارد نتایج این مطالعه تحت تأثیر جنسیت شرکت کنندگان قرار گرفته باشد پیشنهاد می شود درپژوهش های آتی مطالعه مشابهی درمورد مردان تحت خشونت و همچنین این مداخلات بر روی همسران نیزانجام گیرد تا تأثیر جنسیت در این نتایج مشخص شود.

لذا با توجه به نقش زن در خانواده و بعضا آسیب هایی که خشونت به بافت خانواده به عنوان سرمایه های یک جامعه می گذارد و همچنین اثرات مخرب آن برروی عملکرد افراد، پیشنهاد می گردد که این موضوع توسط متخصصین سلامت وبهداشت جامعه به ویژه سازمان بهزیستی، مراکز پزشکی قانونی، مراجع قضایی، دادگستری ها، شورای حل اختلاف، اداره زندانها، کمیته امداد و انجمن اولیا و مربیان در آموزش و پرورش و... جدی گرفته شده و تمهیدات لازم را برای کاهش مسائل زنان قربانی خشونت دیده شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله توضح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید.

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.200 می باشد.

سهم نویسندگان

صفورا هادیان: اجرای مداخلات، تجزیه و تحلیل داده ها، نوشتن گزارش علمی؛ فلور خیاطان: طراحی موضوع و نظارت براجرای پژوهش و گزارش علمی؛ محسن گل پرور: نظارت بر اجرا و نظارت بر تجزیه و تحلیل داده ها و گزارش علمی را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی دریلفت نکرده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافعی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری رساندند به جهت همکاری در این پژوهش، تشکر و قدردانی می گردد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

References

1-Mundodan JM, Lamiya K, Haveri SP. Prevalence of spousal violence among married women in a rural area in North Kerala. Journal of family medicine and primary care. 2021;10(8):2845.

2-Giesbrecht C J, Edmonds T F & Bruer, K C. A survey of intimate partner violence intervention pograms in saskatchewan, canada. Canadian Psychology / Psychologie canadienne. 2023; 64(2), 93–106.

3-Caponnetto P, Lenzo V, Sardella A & et al. Breaking the Silence: Exploring Peritraumatic Distress and Negative Emotions in Male and Female Physical Domestic Violence Victims. Health Psychology Research. 2024;12.

4-Avnaim S, Murphy CM & Miles-McLean HM. How do women in treatment for intimate partner violence perpetration perceive their abusive behavior? Psychology of Violence.2022: 12(5), 324–332.

5-Mostafa V, Mirzapour H, Falahzadeh H, & et al. The mediating role of self-differentiation in the relationship between codependency and emotional abuse in married female students. Journal of Women and Family Studies. 2020; 1(9), 59-84.[Persian]

6-Kashani Zadeh M, Golparvar M, Sajadian I. Comparing the effectiveness of emotional capital training with life skills training on emotional adjustment of 4-6 yearold children. Journal of Pediatric Nursing. 2022; 9(4). 86-96.[Persian]

7-Golparvar M. Emotional capital: functions and necessities. Jangal Publications, Tehran, 2016. [Persian]

8-Ghadirzadeh Khorasghani, E, Golparvar M. Mediating Role of Affective Capital and Sources of Conflict Resolution Efficacy in the Relationship between Affective-Collective Investment and Conflict Resolution Efficacy. Contemporary Psychology.2020; 15(1), 41-52.[Persian]

9-Arntz A & Jacob G. Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. John Wiley & Sons. 2021.

10-Nayebi H. In Translation Surveys in Social Research. Davaws DA. 3rd ed . Tehran : Ney publication;2003:210-17.

11-Zirak H, Azadi R. In Translation of Emotional Schema Therapy. Leahy R .2rd ed. Tehran: Arjmand Publications; 2023: 145-203.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

 CC BY-NC 4.0

12-Gilbert P. The evolved functions of caring connections as a basis for compassion. In: Compassion focused therapy clinical practice and applications. Abingdon: Routledge. 2022; 90-121.

13-Hadian S, Jabal Ameli Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on the mental well-being of students with sleep disorders. Daneshvar Pezki.2019; 27(140). 19-28. [Persian]

14-Faryabi Z, Khayatan F, Menshei Gh R. The effect of forgiveness-oriented compassion therapy package training and forgiveness therapy on anger management, marital adjustment and love frequency in women with marital conflicts. Tolooebehdasht. 2019; 19 (6). 77-94.[Persian]

15-Kiai-Rad H, Pasha R, Asgari P & et al. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapeutic planning on extramarital affairs and domestic violence in women with emotional divorce. Journal of Psychological Sciences.2021; 19(96), 1667-1681.[Persian]

16-Siahkhani S, Saadi Arani S, Naderian F & et al. Predicting suicidal tendencies and psychological distress based on domestic violence in women, Quarterly Journal of Assessment and Research in Counseling and Psychology. 2022; 3(2) 8.[Persian]

17-Haj Yahya, M. The consequences of spousal abuse and battering for self-esteem, depression, and anxiety as revealed by the second Palestinian national survey on violence against women. Journal of Family Issues,2000; 21 (4), 435-463.

18-Delavar, V. Research Methodology in Psychology and Educational Sciences. 4rd ed. Tehran: Editorial Publishing. 2024; 125-220.

19-Shaban Nejad A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depression and negative emotions in divorced women. Quarterly Journal of Applied Family Therapy. 2021; 3(5). 631-645.[Persian]

20-Sharifi F. Aghajani T, Ansari Nejad N & et al. The effectiveness of integrated schema and mindfulness therapy on mental health and happiness of married women. Quarterly Journal of Applied Family Therapy. 2020; 2(1). 521-540

21- Rezaei, M. The effectiveness of schema therapy on students' happiness and positive thinking. The first national conference of Iranian psychotherapy.2020; 1-14.[Persian]

22-Gholizadeh Elkami, D. The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. Modern Psychological Research.2021; 67, 219-227.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

23-Shirvani M. The effectiveness of group schema therapy on happiness, anger, and emotional alexithymia in divorced women. Master's thesis in clinical psychology, University of Isfahan, Faculty of Educational Sciences and Psychology.2020. 162-195.[Persian]

24-Ghasemi Nejad Rini F, Golparvar M, Aghaei A. Comparison of the effectiveness of emotionally-focused therapy based on attachment injuries and spirituality based schema therapy on anxiety and affective capital of women injured by husband's infidelity. IJRN 2022; 9 (2): 9.[Persian]

25-Nouripourliavali R, Ghanbari N, Farrokhjasteh V & et al. The effectiveness of mindfulness-based compassion therapy on emotional capital in elderly women. Quarterly Journal of Applied Research in Behavioral Sciences.2022; 23.[Persian]

26-Gilbert, P. Compassion: Definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.), Compassion: Concepts, Research and Applications.2019; 3–15.

27-Boschloo L, Bekhuis E, Weitz E S & et al. The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. World Psychiatry.2019; 18(2), 183-191.

28-Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D & et al. Cognitive behavioral therapy for depression. Indian journal of psychiatry.2020; 62(2), S223.

29-Heydari Rarani Z, Torkan H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on non-suicidal self-injury, internalized stigma, positive and negative affect, and manic symptoms in bipolar patients. Journal of Clinical Psychology. 2022; 1(57), 79-91.[Persian]

30-Henken HT, Kupka RW, Draisma S & et. al. A cognitive behavioural group therapy for bipolar disorder using daily mood monitoring. Behav Cogn Psychother. 2020; 48(5):515-529

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i6.18195]

 CC BY-NC 4.0