Journal of Spiritual Health

2024, Volume 3, Issue 1
Pages: 298-308

10.30491/JSH.3.1.298

Comparison of the Effectiveness of Forgiveness-based Schema Therapy, Spiritual Therapy and Emotion-based Therapy on Self-Compassion in Women Victims of Domestic Violence

Roya Hekmat Ravan [1], Floor Khayatan [1*], Mohsen Golparvar [1]

[1] *Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran*

Abstract

Background and Aim: Intimate partner abuse is a significant public health issue that is associated with some negative emotional responses (such as self-blame and shame), as well as mental health outcomes (such as depression, anxiety, PTSD, and suicidality). This study aimed to compare the effectiveness of forgiveness-based schema therapy, spiritual therapy, and emotion-focused therapy on resilience and self-esteem in women who are victims of domestic violence.

Methods: The research method was experimental with pre-test and post-test design, and follow-up with a control group. The statistical population of the study included all women who referred to the legal medicine of Isfahan city in 2022 and had a medical record of domestic violence, and 60 of them were selected as the target sample through purposive sampling. After selecting the eligible samples and randomly assigning them to experimental and control groups (each group comprising 15 individuals), the experimental groups received forgiveness-based therapy, spiritual therapy, and emotion-focused therapy, while the control group was placed on the waiting list for treatment. To collect data, the Haj-Yahia Domestic Violence Questionnaire (2002), and Neff Self-Compassion Questionnaire (2003) were used. The data was analyzed using repeated measurement analysis.

Results: The results showed that all three therapeutic interventions, forgiveness-based schema therapy, spiritual therapy, and emotion-focused therapy, were effective in increasing self-compassion in women who are victims of domestic violence, and this effect continued over time. There was no significant difference between the effectiveness and sustainability of forgiveness-based schema therapy, spiritual therapy, and emotion-focused therapies in improving self-compassion in married women who are victims of domestic violence.

Conclusion: These therapeutic methods can be used to improve the mental health of married women who are victims of domestic violence and their use is recommended by counselors and psychologists.

Keywords: Schema Therapy, Spiritual Therapies, Emotion-Focused Therapy, Self-Compassion, Domestic Violence.

[*]Corresponding author: **Floor Khayatan,** Email: f.khayatan@yahoo.com

Received: 7 November 2023 **Accepted:** 11 May 2024

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

مجله سلامت معنوی
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳
صفحات: ۳۰۸-۲۹۸
10.30491/JSH.3.1.298

مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بخشش محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی

رؤیا حکمت‌روان[۱]، فلور خیاطان[۱*]، محسن گل‌پرور[۱]

[۱] گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان یک مسئله سلامت عمومی مهم است که با تعدادی از پاسخ‌های عاطفی منفی (مانند سرزنش خود و شرم) و همچنین پیامدهای سلامت روان (مانند افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و خودکشی) همراه است. خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی, روانی و جنسی می‌شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش‌ها: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده دارای پرونده پزشکی از پزشکی قانونی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط و گزینش تصادفی آن‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)، گروه‌های آزمایشی تحت درمان‌های طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند؛ گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفت. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های خشونت خانگی (Haj-Yahia، ۲۰۰۲) و شفقت‌به‌خود (Neff، ۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر سه درمان طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر افزایش شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بودند و این اثر در طول زمان تداوم داشت و بین اثربخشی و تداوم اثر درمان‌های شناختی رفتاری و هیجان‌مدار بر افزایش شفقت‌به‌خود در زنان متاهل قربانی خشونت خانگی، تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان سلامت روانی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشید و به‌کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روانشناسان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، معنویت‌درمانی، درمان هیجان‌مدار، شفقت‌به‌خود، خشونت خانگی.

*نویسنده مسئول: **فلور خیاطان.** پست الکترونیک: f.khayatan@yahoo.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۲۲

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی خاطرنشان می‌کند که خشونت شریک صمیمی علیه زنان همچنان یک مشکل اجتماعی عمده در سراسر جهان است (۱). براساس یک بررسی سیستماتیک شیوع جهانی خشونت علیه زنان تا ۲۷٪ گزارش شده است (۲). خشونت شریک صمیمی‌یک پدیده جنسیتی است زیرا زنان اکثریت بازماندگان این خشونت هستند (۳). عوامل روانی مهمی وجود دارد که می‌توانند به پیامدهای روانی زیانبار زنان قربانی دامن بزنند. یکی از این عوامل داشتن ادراکات و نگرش‌های منفی نسبت به خود است، که می‌تواند به عنوان مقدمه کاهش شفقت و درک خود عمل کند. انتقاد از خود به طور غیرمستقیم با اختلالات روانی (مانند اختلال استرس پس از سانحه) بیشتر از طریق پذیرش خود کمتر در زنان قربانی خشونت همسر مرتبط است (۴). بسیاری از محققان تاکید کرده‌اند که شفقت‌به‌خود یک مؤلفه اساسی برای قربانیان خشونت همسر است (۷-۵) و پرورش آن می‌تواند منجربه کاهش اجتناب تجربی و افزایش معنای زندگی در زنان قربانی خشونت همسر گردد (۵).

شفقت‌به‌خود (self-compassion) توانایی افزایش آگاهی از رنج در خود، برانگیختگی هیجانی با رنج، تمایل به مراقبت از خود و انجام اقدامات رفتاری برای تسکین رنج است (۸) و یک استراتژی تنظیم هیجان است که تهدیدهای درونی (مانند شرم، خودانتقادی) و بیرونی (مانند نظرات تند دیگران، انگ) را مدیریت می‌کند (۹). یکی از عوامل خطر که بیشترین تحقیقات را برای پیامدهای سلامت روانی ضعیف در میان افرادی که سابقه خشونت همسر دارند، پاسخ‌های مقابل‌های منفی مانند شرم و سرزنش خود است (۱۰). زنانی که خشونت همسر را تجربه می‌کنند ممکن است از موقعیت خود احساس شرم کنند. شرم ناشی از تروما پیش‌بینی‌کننده پیامدهای سلامت روان منفی پس از قربانی شدن خشونت بین فردی است. فقدان نگرش شفقت‌مندانه اثرات منفی شرم ناشی از تروما را در ممانعت از زندگی هم راستا با ارزش‌ها توضیح می‌دهد (۱۱). این زنان اغلب خودشان را به خاطر خشونت همسر مورد سرزنش قرار می‌دهند و مسئولیت خشونت را برعهده می‌گیرند (۱۲). نسبت دادن سرزنش به خود منجر به انتقاد از خود می‌شود که احساس خشم، تحقیر و خصومت نسبت به خود را تشدید می کند. چنین احساساتی در زنانی که توسط شریک زندگی خود مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، رایج است (۴). کاهش پذیرش خود به‌نوبه‌خود می‌تواند مانعی برای یک زن قربانی خشونت همسر در هنگام تلاش برای توضیح داستان شخصی خشونت خود باشد و برنامه‌های پیشگیری ثانویه با هدف پرورش شفقت خود و کنترل خشم منجربه ارتقا ظرفیت تاب‌آوری در زنان در معرض خطر خشونت خانگی می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند افکار مثبت را افزایش دهند و به دنبال معنا باشند و رشد پس از سانحه را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۱۳).

براساس شواهد پژوهشی آن دسته از مداخلات درمانی که منجربه تغییرات مثبت در حالات و شناخت‌های عاطفی، و بهبود خود مدیریتی می‌شوند از اثربخشی بیشتری برخوردار هستند (۱۴) و طرحواره‌درمانی بخشش‌محور (forgiveness-oriented schema therapy) می‌تواند یکی از این رویکردهای اثربخش باشد. براساس رویکرد طرحواره‌درمانی آسیب‌دیدگی در دوران کودکی و ناامیدی از ارضای نیازهای اولیه کودکی منجر به ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های طرحواره ناکارآمد (یعنی حالت‌های هیجانی- شناختی- رفتاری منفی) می‌شود که باعث مشکلات روانی در زندگی بزرگسالی می‌شود (۱۵). فراتحلیل‌های صورت گرفته نشان داده است که قرارگرفتن در معرض بدرفتاری در دوران کودکی یک عامل خطر برای قربانی شدن و تجربه مجدد خشونت است. طرحواره‌ها به گونه‌ای تئوری می‌شوند که هم به قربانی‌شدن و هم در ارتکاب به خشونت خانگی کمک می‌کنند. فعال‌سازی طرحواره در بزرگسالی نحوه کدگذاری اطلاعات اجتماعی را سوگیری می‌کند و از پردازش تطبیقی اطلاعات جلوگیری می‌کند. نشانه‌های مبهم اجتماعی و بین‌فردی ممکن است به اشتباه تعبیر شود، که منجر به عاطفه منفی و راه‌اندازی مقابله‌های ناسازگار مانند تسلیم، اجتناب، و یا جبران افراطی می‌شود (۱۶). براساس نظریه طرحواره روابط و تعاملات عاشقانه زمین‌های را ایجاد می‌کند که در آن احتمال تکرار الگوهای روابط اولیه در هر دو طرف افزایش یابد (۱۷) و قربانی خشونت خانگی همسر بودن با این انتظار همراه است که نیازهای فرد برای عشق و امنیت برآورده نمی‌شود و در مورد توانایی فرد برای انجام مسئولیت‌ها یا موفقیت در زندگی شک و تردیدهایی وجود دارد (۱۸). نتایج پژوهش Moradhaseli & Vasel حاکی از آن بود که طرحواره‌درمانی می‌تواند به عنوان مداخله مناسبی که بر تاب‌آوری، احساس تن‌هایی و استقلال عاطفی تاثیرگذار است مورد استفاده قرار گیرد و در کاهش خشونت خانگی موثر بوده است (۱۹).

همچنین؛ معنویت، رشد معنویت و تشویق اعمال پیرامون معنویت نیز به عنوان یکی از جنبه‌ها یا بخشی از درمان برای بازماندگان خشونت برای کمک به آن‌ها در ایجاد باورهایی که آن‌ها را به سمت بهبودی و زندگی عاری از سوء استفاده می‌دهد، استفاده شده است (۲۰). فرآیند بخشش، مقابله معنوی و گنجاندن معنویت و دعا به عنوان روش‌های درمانی در بین بازماندگان خشونت خانگی مفید بوده است. گنجاندن هویت مذهبی و معنوی مراجع در روان‌درمانی این پتانسیل را دارد که هم بر فرآیندهای تغییر و هم بر نتایج درمان تأثیر بگذارد. Kreidler نیاز و سودمندی رویکردهای معنوی را برای کسانی که از خشونت خانوادگی رنج برده‌اند، شناسایی کرده است. او استدلال می‌کند که تجربه آسیب دیدن توسط کسی که معتقد است باید او را دوست داشته باشد، گرامی بدارد و از او محافظت کند، باعث ناراحتی روان شناختی زیادی می‌شود. این پریشانی می‌تواند خود را به طرق مختلف از جمله احساس ناامیدی، باور به اینکه زندگی بی‌معنا است، یا ادراک خود، ناتوان‌سازی نشان دهد. آموزش باورهای مذهبی از طریق مداخلات

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

معنوی بر کاهش میزان خشونت خانگی موثر بوده است و می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان در معرض خشونت شود (۲۰-۱۳) و منجر به بهبود شفقت‌به‌خود و ذهن آگاهی و کاهش اضطراب، افسردگی و استرس می‌شود (۲۳-۲۱).

در کنار دو ریکرد درمانی توضیح داده شده در بالا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار نیز برای کاهش خشونت خانگی و بهبود عملکرد خانواده موثر بوده است (۲۴). این رویکرد درمانی دربردارنده همدلی، هیجانات و صدمات مربوط به دلبستگی، حفظ و بازسازی روابط عاشقانه است و منجر به تسهیل ابراز و بیان نیازهای دلبستگی ابراز نشده، پذیرش نیازهای دلبستگی همسر و پردازش مجدد احساسات به‌منظور التیام جراحات دلبستگی می‌گردد (۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که خشونت همسر با دلبستگی ناایمن مرتبط است (۲۶) و پردازش هیجانی صورت‌گرفته در این رویکرد درمانی با هدف کمک به مراجعان برای تبدیل احساسات ناسازگار به احساسات سازگار اولیه مانند شفقت‌خود و محافظت از خود صورت می‌گیرد (۲۰). شواهد پژوهشی نشان داده است که درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس تن‌هایی زنان قربانی خشونت خانگی (۲۶) موثر بوده است، و در افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی (۲۷،۲۸) و شفقت‌به‌خود (۲۹) اثربخشی معناداری داشته است.

با توجه به آنچه که در مورد پیامدهای منفی خشونت صمیمانه و تأثیرات مثبت شفقت‌به‌خود بیان شد، روشن می‌شود که پرورش شفقت‌به‌خود می‌تواند تأثیرات مفیدی برای سلامت روانی زنان قربانی خشونت خانگی دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی، انجام پذیرفت.

روش

روش پژوهش، جامعه و نمونه پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی زنان قربانی خشونت خانگی دارای پرونده پزشکی از پزشکی قانونی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود. لازم به ذکر است که در پژوهش از نوع مداخل‌های حجم نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر کفایت می‌کند. بنابراین، از بین افراد واجد معیارهای ورود به پژوهش تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در چهار گروه مساوی، هر گروه ۱۵ نفر (سه گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) زن بودن، ۲) سابقه خشونت خانگی، ۳) متاهل بودن، ۴) سن بالای ۱۸ سال، ۵) عدم دریافت خدمات مشاوره و روانشناختی فردی در طول شرکت در جلسات درمانی و ۶) نداشتن بیماری جسمی‌یا روانی خاص براساس مصاحبه تشخیصی. معیارهای خروج نیز شامل: ۱) عدم تمایل افراد برای شرکت در پژوهش و ۲) غیبت بیش از دو بار در جلسات درمانی بود. پس از تعیین و انتخاب و جایگزینی نمونه، در گروه‌های آزمایش و کنترل (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، برنامه‌های مداخلاتی طی جلسات معین، هر کدام به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمانی، از آزمودنی‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. همچنین دوره پیگیری بعد از ۱ ماه از اجرای پژوهش انجام گرفت. باتوجه به این که پژوهش بر روی زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد؛ ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خشونت خانگی (domestic violence): در این پژوهش برای سنجش خشونت علیه زنان از پرسشنامه خشونت علیه زنان (Haj-Yahia، ۲۰۰۲) استفاده شد. این پرسشنامه از چند پرسشنامه دیگر از جمله پرسشنامه تاکتیک تعارض اشتروس، پرسشنامه خشونت روان شناختی زنان تولمن و پرسشنامه سنجش همسرآزاری رادنبرگ و فانتوزو افتباس گردیده است و دارای ۳۲ سوال و چهار عامل خشونت روانی (سوال‌های ۱ تا ۱۶)، خشونت فیزیکی (سوال‌های ۱۷ تا ۲۷)، خشونت جنسی (سوال‌های ۲۸ تا ۳۰) و خشونت اقتصادی (سوال‌های ۳۱ تا ۳۲) می‌باشد. پاسخ‌های داده شده به هر یک از ماده‌های این مقیاس در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (۱ = هرگز، ۲ = یک بار و ۳ = دوبار یا بیشتر) قرار می‌گیرد و حداقل و حداکثر نمره‌های این مقیاس ۳۲ و ۹۶ می‌باشد. دامنه نمرات این مقیاس برای خشونت روانی بین ۱۶ تا ۴۸، خشونت فیزیکی بین ۱۱ تا ۳۳، خشونت جنسی بین ۳ تا ۹ و خشونت اقتصادی بین ۲ تا ۶ است. ضریب همسانی درونی برای ۴ خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۰). جعفریان و همکاران در پژوهشی پایایی مقیاس مذکور را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش نمودند (۳۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت‌به‌خود (self-compassion): برای سنجش شفقت‌به‌خود از پرسشنامه ۲۶ سوالی شفقت‌به‌خود (Neff، ۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه به منظور سنجش کیفیت رابطه فرد با تجربیاتش ساخته شده است و دارای ۶ خرده‌مقیاس مهربانی با خود (۵ سوال)، قضاوت در مورد خود (۵ سوال)، اشتراکات انسانی (۴ سوال)، انزوا (۴ سوال)، ذهن‌آگاهی (۴ سوال) و همانندسازی افراطی (۴) سوال است. نمره‌گذاری سوالات براساس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = تقریبا هیچ‌گاه تا ۵ = تقریبا همیشه) می‌باشد و نمره-گذاری در سه زیرمقیاس قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

جدول-۱. خلاصه پروتکل طرحواره‌درمانی بخشش‌محور (۱۷)

جلسات	محتوای جلسات
اول	در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمان بیان مشکلات مراجع در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی می‌شود.
دوم	در جلسه دوم شوهد عینی تایید کننه یا رد کننده طرحوار براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و جوانب طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفت و گو می‌شود.
سوم	در جلسه سوم تکنیک‌های شناختی مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.
چهارم	در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع تقویت می‌شود، نیازهای هیجانی ارضای نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای برون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می‌شود.
پنجم	در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفت و گوی خیالی آموزش داده می‌شود.
ششم	در جلسه ششم تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده می‌شود.
هفتم	در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.
هشتم	در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود.
نهم	در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار می‌گیرد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود.
دهم	در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین می‌شود.

جدول-۲. خلاصه پروتکل معنویت‌درمانی (۲۰)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تا ثیر آن در زندگی فرد) ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه درمانی و درک تفاوت بین کلمه دین) و یا مذهب (و معنویت و همچنین تفاوت دین) و یا مذهب (و معنویت سالم از ناسالم و بیمارگون)
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های خیال جلسه دوم پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن‌ها)
سوم	گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون وبررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود ورهنمودهای معنوی)
چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا ویا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا
پنجم	نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی با هدف تجربه عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در مراجعین).
ششم	ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی ، تنهایی، استرس و اضطراب)
هفتم	رنجش و عدم بخشش واحساس گناه و بخشش خود (کاهش احساسات منفی تنش زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم بخشش و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش وکاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خودو دیگران)
هشتم	بخشش (کاهش احساسات منفی تنش زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه
نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد و یافتن معنا جلسه نهم در زندگی)
دهم	ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)، حل مسئله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکالت و بررسی سبک‌های حل مسئله) و قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)

جدول-۳. خلاصه درمان هیجان‌مدار (۲۵)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات افراد از درمان و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که افراد، چرخه تعاملی منفی خود را آشکار کنند ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی، آشنایی با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری.
سوم	دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس‌های دلبستگی، اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دلبستگی آن‌ها تمرکز بر هیجانات ثانوی که در چرخه‌ی تعاملی آشکار می‌شوند و کاوش‌گری در آن‌ها برای دستیابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه، پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی افراد از هیجانات اولیه و شناخت‌های داغ.
چهارم	از نو قاب‌گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی، آگاهی دادن در مورد تاثیر ترس و مکانیزم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه در بافت و زمینه‌ی دلبستگی.
پنجم	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب توجه افراد به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه تصحیحی.
ششم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر فرد در رابطه، تاکید بر پذیرش تجربیات فرد و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها.
هفتم	تسهیل بیان نیازها، خواسته‌ها، انتظارات و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

هشتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین افراد و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی‌ایجاد شده است، شکل‌گیری رابطه بر اساس یک پیوند ایمن به گون‌های که بحث درباره مشکلات و جست و جوی راه‌حل‌ها آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون بر روی گروه.
دهم	در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین می‌شود.

به صورت معکوس انجام می‌شود. ثبات درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد بازآزمون آن ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۲). در پژوهش Di Fabioa & Saklofske پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۳۳). روایی این پرسشنامه نیز ازطریق همبستگی منفی با مقیاس افسردگی بک محاسبه و ۰/۵۶- گزارش شد (۳۴). دامنه نمره‌ها بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودشفقتی بیشتر است. روایی همگرا و واگرای پرسشنامه خود شفقت‌ورزی از طریق همبستگی با پرسشنامه‌های عزت نفس، ۰/۲۲، و افسردگی بک ۰/۱۳۴- و اضطراب بک ۰/۴۱- محاسبه شد و نتایج معنادار بود (۲۳). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

نتایج

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بیشتر افراد در هر چهار گروه تحصیلات کارشناسی داشته و همچنین بین ۴۰-۳۱ سال سن داشته‌اند.

یافته‌های توصیفی متغیر وابسته پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات شفقت خود در گروه‌های مداخله (طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار) نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد.

استفاده از آزمون‌های پارامتریک اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه شامل نرمال بودن نمرات، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است که در صورت نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر بودن حجم گروه‌ها با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد.

نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌ها و آزمون لوین جهت بررسی برابر واریانس نمرات در دو گروه در جدول ۶ ارائه شده است. هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج حاصل از اجرای این پیش فرض در مورد نمرات متغیر پژوهش در جدول ۴ نشان داد، فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته پژوهش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه باقی است (همه سطوح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد). پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در شفقت خود در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید شده است (سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است). پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ماچلی نیز در این متغیر تأیید شده است ($P<۰/۰۵$). لذا در بررسی فرضیه پژوهش از آزمون با فرض کرویت استفاده می‌شود.

جدول-۴. یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه‌ها	طرحواره‌درمانی بخشش‌محور		معنویت‌درمانی		درمان هیجان‌مدار		کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۶	۴۰	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۶	۴۰
	کارشناسی	۷	۴۶/۷	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۷	۸	۵۳/۳
	تحصیلات تکمیلی	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
سن	۳۰-۲۱ سال	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۲	۱۳/۳
	۴۰-۳۱ سال	۸	۵۳/۳	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳
	۵۰-۴۱ سال	۲	۱۳/۳	۳	۲۰	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳

جدول-۵. شاخص‌های توصیفی متغیروابسته پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه	پیش‌آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	M	SD	M	SD	M	SD
طرحواره‌درمانی بخشش‌محور	۶۸/۷۳	۴/۵۴	۹۱	۵/۷۳	۹۱/۴	۹/۲۵
معنویت‌درمانی	۶۶/۶	۴/۹۹	۹۰/۱۳	۴/۶۵	۸۸/۶	۶/۹۶
درمان هیجان‌مدار	۶۸/۸	۴/۷	۸۶	۶/۸۴	۸۸/۴۷	۶/۲۸
کنترل	۶۵/۵۳	۵/۸۱	۶۴/۲	۵/۵۸	۶۵/۶	۴/۶۴

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

جدول-۶. نتایج پیش فرض‌های نرمال بودن و برابری واریانس‌ها

گروه	آزمون شاپیرو ویلکز						آزمون ماچلی		آزمون لوین			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری				پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	آماره	*P*	آماره	*P*	آماره	*P*	آماره	*P*	F	*P*	F	*P*	F	*P*
طرحواره‌درمانی بخشش‌محور	۰/۹۶۵	۰/۷۸۲	۰/۹۳۳	۰/۲۹۹	۰/۹۰۱	۰/۰۹۷	۰/۹۴۸	۰/۲۳۱	۰/۲۹	۰/۸۳۱	۲/۷۷	۰/۰۵۵	۲/۴۶	۰/۰۷۲
معنویت‌درمانی	۰/۹۱۲	۰/۱۴۶	۰/۹۶۵	۰/۷۷	۰/۹۴۳	۰/۴۲۷								
درمان هیجان‌مدار	۰/۹۵۷	۰/۶۴۱	۰/۹۱۹	۰/۱۸۳	۰/۹۴۵	۰/۴۵۴								
کنترل	۰/۹۴۵	۰/۴۴۹	۰/۹۵۸	۰/۹۵	۰/۹۰۲	۰/۱۰۱								

جدول-۷. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیر وابسته پژوهش

اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
بین‌آزمودنی	گروه	۹۸۹۹/۶۸۹	۳	۳۲۹۹/۸۹۶	۶۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶	۱/۰۰۰
	خطا	۲۸۵۷/۷۷۸	۵۶	۵۱/۰۳				
درون‌آزمودنی	اثر زمان	۹۸۳۶/۲۳۳	۲	۴۹۱۸/۱۱۷	۱۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰۰
	اثر زمان× گروه	۳۷۲۶/۲۱۱	۶	۶۲۱/۰۳۵	۱۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۳	۱/۰۰۰
	خطا	۳۸۲۸/۸۸۹	۱۱۲	۳۴/۱۸				

جدول-۸. نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

مرحله	گروه		تفاوت میانگین	معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	طرحواره‌درمانی بخشش‌محور	کنترل	۳/۲	۰/۰۸۸	۰/۰۵۱
	معنویت‌درمانی		۱/۰۷	۰/۵۶۵	۰/۰۰۶
	درمان هیجان‌مدار		۳/۲۷	۰/۰۸۱	۰/۰۵۳
	معنویت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	-۲/۱۳	۰/۲۵۱	۰/۰۲۳
	درمان هیجان‌مدار	بخشش‌محور	۰/۰۶۷	۰/۹۷۱	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	معنویت‌درمانی	۲/۲	۰/۲۳۷	۰/۰۲۵
پس‌آزمون	طرحواره‌درمانی بخشش‌محور	کنترل	۲۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
	معنویت‌درمانی		۲۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
	درمان هیجان‌مدار		۲۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
	معنویت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	-۰/۸۶۷	۰/۷۳۹	۰/۰۰۲
	درمان هیجان‌مدار	بخشش‌محور	-۵	۰/۰۵۸	۰/۰۶۲
	درمان هیجان‌مدار	معنویت‌درمانی	-۴/۱۳	۰/۱۱۶	۰/۰۴۴
پیگیری	طرحواره‌درمانی بخشش‌محور	کنترل	۲۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	معنویت‌درمانی		۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	درمان هیجان‌مدار		۲۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵
	معنویت‌درمانی	طرحواره‌درمانی	-۲/۱۳	۰/۳۸۱	۰/۰۱۴
	درمان هیجان‌مدار	بخشش‌محور	-۲/۲۷	۰/۳۵۲	۰/۰۱۵
	درمان هیجان‌مدار	معنویت‌درمانی	-۰/۱۳۳	۰/۹۵۶	۰/۰۰۱

نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۷ ارائه شده است. براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۷، براساس آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی اثر اصلی گروه در متغیر شفقت خود معنی‌دار به دست آمده است ($P<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات شفقت خود در گروه‌های آزمایش (طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داده است که ۷۷/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در شفقت خود به تفاوت بین دو گروه مربوط است. نتایج اثرات درون‌آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در این متغیر معنی‌دار به دست آمده است ($P<۰/۰۰۱$)، به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات شفقت خود در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۷۲ یا ۷۲ درصد و معنی‌دار است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار به دست آمده است ($P<۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد، تفاوت نمرات شفقت خود در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است یا

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

به عبارت دیگر روند تغییر نمرات شفقت خود در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش برابر با ۰/۴۹۳ یا ۴۹/۳ درصد دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۸ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، در متغیر شفقت خود تفاوت سه گروه آزمایش طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل، همچنین تفاوت سه گروه مداخله با یکدیگر در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار به دست نیامده است($P>۰/۰۵$). اما تفاوت میانگین نمرات در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه کنترل با گروه‌های مداخله (طرحواره درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار) معنی‌دار به دست آمده است ($P<۰/۰۰۱$). بر این اساس طرحواره‌درمانی بخشش‌محور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۶۵/۷ و ۶۹ درصد اثربخش بوده است در حالی که تأثیر معنویت‌درمانی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب برابر با ۶۴/۲ و ۶۱/۸ درصد و اثربخشی درمان هیجان‌مدار در این دو مرحله به ترتیب برابر با ۵۵/۹ و ۶۱/۵ درصد بوده است. در مقایسه سه روش درمانی نیز نتایج حاکی از آن است که تفاوت میانگین نمرات شفقت خود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه مداخله با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نشان نداده است ($P>۰/۰۵$). در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، هر سه درمان طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت درمانی و درمان هیجان‌مدار بر افزایش شفقت خود در زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر معنی‌داری داشته و اثرات هر سه درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است. اما بین سه روش درمانی در این زمینه تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردیده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی در شهر اصفهان انجام شد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان قربانی خشونت خانگی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ شفقت‌به‌خود تفاوت معناداری وجود دارد. یافته اول پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بخشش‌محور منجر به بهبودی در شفقت‌به خود در بین زنان قربانی خونت خانگی شده است. نتایج این بخش از یافته‌ها با سایر یافته‌های نتایج مطالعات پیشین همسو بود (۱۹). عمادی‌فر و همکاران در پژوهش خود دریافتند که الگوی درمانی بر پایه طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود زنان متعارض با طرحواره‌های ناسازگار اولیه مربوط به حوزه بریدگی و طرد تاثیر دارد (۳۵).

طرحواره‌درمانی سعی در شناسایی طرحواره‌های ناسازگار در بین زوجین و تبدیل آن‌ها به پیام‌ها و رفتارهای سازنده و قابل درک برای بهبود روابط و همکاری آن‌ها، میزان گرایش زوجین به تایید و رد نظرات یکدیگر، عدم تمایل به مخالفت و غیره به طور غیرمنطقی نظرات همسر را رد می‌کنند و از یکدیگر در زمینه‌های مختلف حمایت می‌کنند (۳۶). زمانی که طرحواره‌ها تعدیل می‌شوند، پتانسیل فردی برای رشد روابط صمیمانه در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند و درنتیجه منجر به کاهش خشونت در آن‌ها می‌شود (۳۷). همانطور که افراد در مورد نیازهای عاطفی خود شفاف‌تر می‌شوند و این نیازها را با دیگران ابراز می‌کنند، ممکن است تعارض و کاهش در روابط ناسالم رخ دهد، بویژه برای روابطی که طرحواره‌های ناکارآمد و حالت‌های مقابله مشکل ساز را حفظ می‌کنند (۳۸). شفقت‌به‌خود به تشخیص خودگویی‌های منفی در زمانی که رخ می‌دهد و انتخاب تفکر واقعی‌تر و انعکاسی در مورد شرایط کمک می‌کند.

همچنین یافته دوم پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی بر افزایش شفقت‌به‌خود تاثیرگذار بوده است که در راستای نتایج پژوهش‌های دیگر محققین می‌باشد (۱۹،۲۱،۲۹). معنویت در حین تحمل یک رابطه خشونت‌آمیز، احساس ثبات و آرامش را ارائه می‌دهد، که ممکن است منجر به افزایش عملکرد تاب‌آوری شود. زنان قربانی خشونت خانگی برای زنده ماندن و مقابله با خشونت، از باورهای معنوی خود کمک می‌گیرند و از رابطه فردی خود با خدا به عنوان راه نجات یا رابطه‌ای با قابلیت اطمینان استفاده می‌کنند که در جای دیگری نمی‌توانند آن را بیابند. معنویت قدرت درونی فرد را تقویت می‌کند و می‌تواند به عنوان منبع حمایتی اضافی برای زنان قربانی خشونت خانگی عمل کند (۳۹) و برای یافتن معنا، قدرت درونی، خرد و شفقت به معنویت خود تکیه می‌کنند (۳۴). در معنویت‌درمانی از روش‌هایی مانند تقویت توکل، بخشش، نوع دوستی و خودآگاهی برای بهبود نگرش و تفسیر فردی در زنان قربانی خشونت خانگی استفاده می‌شود. با این کار، دیدگاه آن‌ها نسبت به مفهوم زندگی، بی‌ارادی و درد و رنج تغییر می‌کند و زمینه شفقت‌به‌خود، امید به زندگی و رشد پس از سانحه در آن‌ها فراهم می‌شود. درواقع؛ معنویت منجر به اتخاذ "دیدگاه" می‌شود. به دست آوردن دیدگاه با شناخت تجربیات مثبت و منفی زندگی به عنوان بخشی از یک زمینه بزرگتر همراه است و شفقت‌به‌خود به افراد کمک می‌کند تا دنیا را با دید مثبت تری ببینند، مبارزات زندگی را بپذیرند و احساس معنوی بیشتری داشته باشند. معنویت به عنوان کمک برای "رها کردن" و پذیرش چیزهایی که نمی‌توانند تغییر دهند، کمک به برای درک بهتر خود و جهان و افزایش رشد شخصی از طریق افزایش آگاهی افراد از خود و دیگران توصیف می‌شود.

یافته سوم پژوهش نیز نشان داد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر شفقت‌به‌خود در این پژوهش مورد تایید واقع گردید که همخوان با پژوهش دیگر محققین می‌باشد (۴۰،۴۱). در زمینه اثربخشی این درمان می‌توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان دیدگاهی سازنده‌گرایانه از عملکرد انسان اتخاذ می‌کند که فرض

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

می‌کند هیجانات اطلاعات شخصی مهمی‌را در مورد اینکه مهمترین مسیر برای دستیابی به بهزیستی روان شناختی است، ارائه می‌دهد که به نوبه خود رفتار و فرآیندهای معناسازی را هدایت می‌کند (۴۲). بنابراین، درمانگران هیجان محور با ترویج فرآیندهای عاطفی خاص مانند آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و تحول در زمینه یک رابطه درمانی اصلاحی به مراجع کمک می‌کنند (۴۳). از طریق این فرآیندها، درمانگران به مراجعان خود کمک می‌کنند تا بر هیجانات کلی پریشانی (مانند درماندگی، ناامیدی، هوشیاری بیش از حد) و خود- درمانی مشکل ساز (مانند انتقاد از خود، خود- وقفه ای) غلبه کنند تا به درد عاطفی اصلی مرتبط با نیازهای برآورده نشده دسترسی پیدا کنند. به عنوان مثال، احساس ارتباط، پذیرفته شدن، و ایمن بودن، و ایجاد شفقت و/ یا پاسخ‌های محافظتی متحول کننده، که در نهایت مراجع را به سمت تسکین، عاملیت و توانمندسازی بیشتر سوق می‌دهد (۴۴).

در این پژوهش یکی از تکنیک‌های درمان هیجان‌دار به کار برده شده برای رشد و پرورش شفقت‌به‌خود در زنان قربانی خشونت خانگی، تکنیک صندلی خالی بود که به عنوان روش اصلی حل مشکلات ناتمام استفاده می‌شود و تکنیکی مؤثر در حل مشکلات بین فردی و تروما و ظرفیت‌های شفقت و محافظت از خود را به عنوان هیجانات سازگار اولیه می‌تواند تسهیل نماید. در تکنیک گفتگو با صندلی خالی، مشکلات بین فردی مانند ماندگاری هیجانات منفی نسبت به دیگری، مشکلات درون فردی مانند تعارضات درون خود مراجع به شکل انتقاد از خود یا به عنوان خشم ناسازگار نسبت به خود مورد بررسی قرار می‌گیرد. بنابراین در تبیین فرضیه فوق نیز می‌توان ادعا کرد که اجرای صندلی خالی و صحبت با فرد آسیب دیده و انتقام خیالی از فرد آسیب دیده منجربه رهایی از احساسات می‌شود. از آنجایی که قربانیان زن خشونت خانگی دارای سطوح پایینی از عزت نفس هستند، پذیرش این احساسات و دویدن روی صندلی‌های خالی به نوبه خود می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی مثبت استفاده کنند. بنابراین می‌توان بیان کرد که این روش درمانی به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا به جای اجتناب از هیجانات منفی خود، آن‌ها را بپذیرند و با تسهیل تنظیم عاطفی مؤثر بر افکار خود نتیجه منفی خود غلبه کنند. هدف از گفتگوی صندلی کمک به این زنان برای برانگیختن شفقت‌به‌خود به عنوان توانایی آرامش درونی و تسکین خود و محافظت از خود به عنوان فردی که استحقاق لازم برای شناسایی و بیان نیازهای برآورده نشده خود را دارد، بود.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که زنان قربانی خشونت خانگی نیازهای جسمی، روحی و روانی متعددی دارند. بنابراین، شناسایی و به کارگیری رویکردهای درمانی موثر و ارائه آن به زنان از طریق مراکز مشاوره و بهداشت روان برای زنان قربانی، ضروری است تا هویت خود را بازسازی کنند و از روابط آزاردهنده خود بهبود یابند. به منظور کمک به زنان مورد آزار در غلبه بر احساس شرم یا اصلاح برداشت نادرست از خود، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید به آن‌ها کمک کنند تا ارزش خود را پیدا کنند و یک مداخله مناسب و یکپارچه را طراحی کنند که بر حمایت فیزیکی، ذهنی و معنوی تأکید دارد. در این مطالعه، هر سه درمان طرحواره‌درمانی بخشش‌محور، معنویت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار بر افزایش شفقت خود در زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر معنی‌داری داشته است و با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان سلامت روانی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی را بهبود بخشید. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه دیگری با گروه‌های مختلف خشونت خانگی (بویژه مردهای آسیب دیده از خشونت خانگی) در سایر شهرها و با فرهنگ‌های متفاوت انجام شود تا محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج رفع گردد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای تأییدیهٔ کمیتهٔ اخلاق از دبیرخانهٔ کمیتهٔ دانشگاهی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، با شماره مجوز (IR.IAU. KHUISF.REC.1402.026) ثبت شده است. بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان که با همکاری خود در پژوهش، امکان اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. World Health Organization. Violencia contra la mujer [Violence against women]; 2021. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women.
2. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. Lancet. 2022;399(10327):803-13.
3. Klencakova LE, Pentaraki M, McManus C. The impact of intimate partner violence on young women's educational well-being: A systematic review of literature. Trauma, Violence, & Abuse. 2023;24(2):1172-87.
4. Crapolicchio E, Vezzali L, Regalia C. "I forgive myself": The association between self-criticism, self-acceptance, and PTSD in women victims of IPV, and the buffering role of self-efficacy. Journal of Community Psychology. 2021;49(2):252-65.
5. Daneshvar S, Shafiei M, Basharpoor S. Group-

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

based compassion-focused therapy on experiential avoidance, meaning-in-life, and sense of coherence in female survivors of intimate partner violence with PTSD: A randomized controlled trial. Journal of Interpersonal Violence. 2022;37(7-8):NP4187-211.
6. Allen AB, Robertson E, Patin GA. Improving emotional and cognitive outcomes for domestic violence survivors: The impact of shelter stay and self-compassion support groups. Journal of Interpersonal Violence. 2021;36(1-2):NP598-624.
7. Blanden G, Butts C, Reid M, Keen L. Self-reported lifetime violence exposure and self-compassion associated with satisfaction of life in historically Black college and university students. Journal of Interpersonal Violence. 2021;36(9-10): 4717-34.
8. Gilbert P, Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J, et al. The development of compassionate engagement and action scales for self and others. Journal of Compassionate Health Care. 2017;4:1-24.
9. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. British Journal of Clinical Psychology. 2014;53(1):6-41.
10. Tesh M, Learman J, Pulliam RM. Mindful self-compassion strategies for survivors of intimate partner abuse. Mindfulness. 2015;6:192-201.
11. Cabrera KB, Benz MB, Kline NK, Reed KM. Shame, self-compassion, and valued living among survivors of interpersonal violence. Mindfulness. 2021;12(9):2207-17.
12. Gordon KC, Burton S, Porter L. Predicting the intentions of women in domestic violence shelters to return to partners: Does forgiveness play a role?. Journal of Family Psychology. 2004;18(2):331-8.
13. Akhtari A, Ranjkesh F, Asadzandi M, Olfati F. the impact of spiritual counseling on domestic violence in pregnant women: A clinical trial. Nursing and Midwifery Journal. 2019;17(6):411-20.
14. Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S. Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. PLoS One. 2022;17(3):e0264845.
15. Wenzel AE. Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches, Vol. 1. American Psychological Association; 2021.
16. Shorey RC, Strauss C, Zapor H, Stuart GL. Dating violence perpetration: Associations with early maladaptive schemas. Violence and Victims. 2017;32(4):714-27.
17. Bagherizadeh Moghaddam F, Khayatan F, Yosefi Z. Compilation of forgiveness-oriented schema therapy package and its comparison with schema therapy and cognitive-behavioral therapy and its effect on commitment, intimacy of women with marital conflicts referred to counseling clinics in Shiraz family. Psychological Methods and Models. 2021;12(44):69-90. [In Persian]
18. Patershuck CA. Self-compassion among psychotherapists: A phenomenological inquiry (Unpublished master's thesis). University of Alberta, Edmonton, Alberta; 2013.
19. Kiaee Rad H, Pasha R, Asgari P, Makvandi B. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. Journal of Psychologicalscience. 2020;19(96):1667-82. [In Persian]
20. Porzoor P, Abbasi M, Shojaei A. The effectiveness of spiritual intervention on personal and social resiliency of women victims of domestic violence. Journal of Clinical Psychology. 2018; 10(2):95-105. [In Persian]
21. Imeni F, Sadeghi M, Gholamrezae S. The effect of spirituality group therapy on self-compassion and control of blood sugar in women with type 2 diabetes. Nursing and Midwifery Journal, 2018;16 (1):55-64. [In Persian]
22. Klawonn A, Kernan D, Lynskey J. A 5-week seminar on the biopsychosocial-spiritual model of self-care improves anxiety, self-compassion, mindfulness, depression, and stress in graduate healthcare students. International Journal of Yoga Therapy. 2019;29(1):81-9.
23. Momeni F, Shahidi S, Mootabi F, Heydari M. Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). Journal of Contemporary Psychology. 2014;8(2):27-40. [In Persian]
24. Shahmoradi S, Afshar HK, Goudarzy M, Lavasani MG. Effectiveness of emotion-focused therapy in reduction of marital violence and improvement of family functioning: A quasi-experimental study. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2019;21(11):e97183.
25. Johnson SM. The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connetions. 2nd ed. New York: Routledge; 2004.
26. Speranza AM, Farina B, Bossa C, Fortunato A, Maggiora Vergano C, Palmiero L, et al. The role of complex trauma and attachment patterns in intimate partner violence. Frontiers in Psychology. 2022;12: 769584.
27. Ghafari Shahir M, Asadpour E, Zahrakar K. Comparison of the Effect of Cognitive Behavioral Therapy and EmotionFocused Therapy on psychological well-being in Married Female Victims of Domestic Violence. Razavi International Journal of Medicine. 2022;10(2):36-44.
28. Shahir MG, Asadpour E, Zahrakar K. Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence. Advances in Cognitive Sciences, 2021;23(1):95-105. [In Persian]
29. Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. The effect of Spiritual Therapy on posttraumatic growth, self-compassion and hope in women with breast cancer. Journal of Health Promotion Management. 2020;9(6):37-48. [In Persian]
30. Haj-Yahia MM. Attitudes of Arab women toward different patterns of coping with wife abuse. Journal of Interpersonal Violence. 2002;17(7):721-45.
31. Jafarian T, Fathi M, Arshi M, Ghaderi R. The

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]

Effect of Men\'s Emotional Intelligence on Violence against Women among Married Couples. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;16(4):76-83.
32. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity. 2003;2(2):85-101.
33. Di Fabio A, Saklofske DH. The relationship of compassion and self-compassion with personality and emotional intelligence. Personality and Individual Differences. 2021;169:110109.
34. Anderson KM, Renner LM, Danis FS. Recovery: Resilience and growth in the aftermath of domestic violence. Violence Against Women. 2012;18(11): 1279-99.
35. Emadifar F, Fallah Ayakhdani MH, Vaziri Yazdi S, Chaboki Nejad Z. Efficiency of Therapeutic Model Based on Therapeutic Schema and Compassion-Focused Therapy on the Self-Compassion in Conflicting Women with Early Maladaptive Schemas Related to Disconnection and Rejection Domain. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018;61(5):4395-407.
36. Hertlein KM, Weeks GR. The logical and clinical argument for the concept of meta-schema in cognitive therapy. Journal of Family Psychotherapy. 2017;28(1):4-22.
37. Senkans S, McEwan TE, Ogloff JR. Conceptualising intimate partner violence perpetrators' cognition as aggressive relational schemas. Aggression and Violent Behavior. 2020;55:101456.
38. Younan R, Farrell J, May T. 'Teaching me to parent myself': The feasibility of an in-patient group schema therapy programme for complex trauma. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2018; 46(4):463-78.
39. Drumm R, Popescu M, Cooper L, Trecartin S, Seifert M, Foster T, et al. "God just brought me through it": Spiritual coping strategies for resilience among intimate partner violence survivors. Clinical Social Work Journal. 2014;42:385-94.
40. Minaei H. The effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Reducing Anxiety and Self-Compassion in Adolescents. Applied Family Therapy Journal. 2022;3(2):517-30.
41. Yaghoobi H, Toozandehjani H, Zendedel A. Comparison of the Effectiveness of Emotion–, Focused Therapy and Acceptance–, Commitment Therapy on Self–, Compassion in Women with Marital Conflict. North Khorasan University of Medical Sciences. 2021;13(3):112-22. [In Persian]
42. Greenberg LS. Emotion–focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2004;11 (1):3-16.
43. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
44. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2020;50(1):1-3.

[Downloaded from mail.spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.3.1.298]