فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی: یک مطالعه مقدماتی

فرشته بن[۱]، ماندانا نیکنام[۲]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه با شرکت‌کنندگان استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی ساکن شهر کرج در سال ۱۴۰۳ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند، سه زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی به‌صورت در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به‌صورت پلکانی هرکدام بافاصله یک هفته بعد از اجرای خط پایه وارد طرح پژوهشی شدند و طی ۸ جلسه مداخله مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار سنجش پژوهش حاضر پرسشنامه‌های تصویر بدنی و پرسشنامه صمیمیت زوجین بودند. یافته‌های پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی و طراز و روند و تغییرپذیری مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان‌های مبتنی بر هیجان بر بهبود شاخص تصویر بدنی (با ۱۵/۸٪ برای آزمودنی اول، ۱۸/۳٪ برای آزمودنی دوم و ۱۰/۳٪ برای آزمودنی سوم) و شاخص صمیمیت زناشویی برای هر سه آزمودنی (با ۱۵/۶٪ برای آزمودنی اول، ۳۷/۷٪ برای آزمودنی دوم و ۱۸/۶سوم) اثربخش بوده است. یافته-های این پژوهش کارایی درمان‌های مبتنی بر هیجان را بر تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی زنان دارای تجربه آسیب‌دیدگی در کودکی نشان می‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود روانشناسان و درمانگران خانواده ازاین‌روش جهت بهبود مشکلات تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی زنان دارای تجربه آسیب‌دیدگی در کودکی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: مداخله مبتنی بر هیجان، تصویر بدنی، صمیمیت زناشویی، زنان دارای تجربه آسیب‌دیدگی در کودکی

[۱] کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه رفاه، تهران، ایران fbon87@gmail.com
ORCID0009-0004-8437-1315
[۲] دانشیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران (نویسنده مسئول) m.niknam@khatam.ac.ir
ORCID0000-0001-5431-2593

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

مقدمه

انسان‌ها به عشق و محبت وابسته‌اند؛ زوجین در خانه به دنبال محبت هستند و در ازدواج با جستجوی صمیمیت، در پی آرامش و زندگی بهتری می‌باشند. این صمیمیتی که همسران به دنبالش هستند، فراتر از درک و دل‌بستگی ایمن در روابط است که از آغاز کودکی تا بزرگ‌سالی با ما و سرنوشت‌مان همراه است (ایمانی و همکاران، ۱۴۰۳). عوامل متعددی می‌توانند موجب کاهش صمیمیت زناشویی شوند که یکی از این عوامل، مواجهه با خشونت در دوران کودکی است. شواهد بالینی و متون تجربی بر تأثیرات بلندمدت تروماهای بین فردی در دوران کودکی بر روابط زوجین تأکید دارند. تجربه اولیه خشونت و بدرفتاری تأثیر عمیقی بر توانایی‌های بعدی برای ادامه روابط رضایت‌بخش و صمیمی دارد (مارویتز[1] و همکاران، ۲۰۲۴). افرادی که در دوران کودکی تحت خشونت و آزار قرار می‌گیرند، به دلیل آسیب‌ها و جراحات روان‌شناختی ناشی از بدرفتاری، الگوهایی شکل می‌دهند که روابط زناشویی آینده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. روابط صمیمی و پایدار و دور از خشونت با کودکان و شریک زندگی، نقشی اساسی در سلامت جسمانی و روانی دارد و جزء مهمی از زندگی زناشویی به شمار می‌آید. صمیمیت زناشویی به‌شدت باکیفیت زندگی زناشویی مرتبط است و اغلب به‌عنوان یکی از نیازهای روان‌شناختی اساسی و ویژگی‌های کلیدی ارتباط زناشویی مطرح می‌شود که بر سلامت روان، کاهش افسردگی، افزایش شادی و همسازی در زندگی زناشویی تأثیر بسزایی دارد. زنان به‌طور مداوم در ارتباطی نزدیک و صمیمانه با همسران خود با احساساتی چون ترس، خجالت و شرم مواجه می‌شوند و به همین دلیل از ازدواج احساس نارضایتی می‌کنند (کوپر[2] و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به آنچه گفته شد، تجربه آزاردیدگی می‌تواند با ایجاد احساس ناامنی، ترس، خشم، احساس گناه، احساس آلودگی و رهاشدگی در زنان بر تصویر بدنی ایشان تأثیر گذاشته و موجب برخوردهای اجتنابی و فاصله گرفتن از شریک عاطفی ایشان گردد که این امر صمیمیت زناشویی فرد را مورد تأثیر قرار داده وزندگی زناشویی و بنیان ارزشمند خانواده را با مشکل مواجه کند. تجربیات دوران کودکی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به شخصیت، باورها، و رفتارهای افراد در بزرگ‌سالی دارند. یکی از مهم‌ترین تجارب منفی در این دوران، آزاردیدگی است که می‌تواند به‌صورت جسمی، جنسی، عاطفی یا بی‌توجهی رخ دهد. این تجربیات نه‌تنها اثرات فوری و مخرب بر سلامت روانی و جسمانی کودکان دارند، بلکه پیامدهای طولانی‌مدتی را نیز بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان، ازجمله تصویر بدنی و روابط بین فردی، به‌ویژه در زمینه زناشویی، بر جای می‌گذارند (بابا احمدی و فلاحیه، ۱۴۰۳). تصویر بدنی به‌عنوان بخشی از هویت فردی، تحت تأثیر مستقیم تجربیات دوران کودکی قرار دارد. زنانی که در کودکی تجربه آزاردیدگی داشته‌اند، اغلب با تصورات منفی از بدن خود، نارضایتی از ظاهر، و کاهش عزت‌نفس روبه‌رو هستند. این مشکلات می‌توانند منجر به اختلالات خوردن، افسردگی، و اضطراب شوند و کیفیت زندگی فرد را به‌شدت کاهش دهند. علاوه بر این، چنین زنانی معمولاً در برقراری روابط صمیمانه و پایدار با همسر خود با چالش‌هایی مواجه می‌شوند. این چالش‌ها شامل کاهش اعتماد به دیگران، احساس ناامنی، و دشواری در ابراز هیجانات است که همگی صمیمیت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (حمیدی نژاد و همکاران، ۱۴۰۲).

صمیمیت زناشویی، که یکی از مؤلفه‌های اساسی رضایت زناشویی است، به توانایی افراد در ایجاد روابط عمیق و معنادار با همسرشان اشاره دارد. زنانی که در کودکی تجربه آزاردیدگی داشته‌اند، ممکن است به دلیل احساسات منفی مانند شرم، گناه و خشم، در ایجاد این صمیمیت با مشکلاتی مواجه شوند. این امر نه‌تنها کیفیت زندگی زناشویی آنان را کاهش می‌دهد، بلکه ممکن است بر سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی نیز اثرات منفی بگذارد (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۳). تحقیقات نشان داده‌اند که آزار و خشونت در دوران کودکی به دلیل تأثیری که بر میزان دل‌بستگی افراد می‌گذارد، منجر به کاهش اعتماد فرد شده و این موضوع به‌نوبه خود موجب کاهش صمیمیت زناشویی می‌شود (تریوینو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). تجربه آزارهای دوره کودکی به‌ویژه از نوع عاطفی می‌تواند منجر به ارتباط خودکار بین رویدادهای زندگی و ارزش خود فرد شود. بنابراین کسانی که در معرض سوء رفتارها بوده‌اند، در بزرگ‌سالی تصورات منفی‌تری از خود را تجربه می‌کنند (کوتیگا[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

---

[1] - Marwitz
[2] - Cooper
[3] - Trevino
[4] - Kotiuga

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، با پیامدهای روانی، جسمی و رفتاری در کوتاه‌مدت و بلندمدت مواجه می‌شوند. اثرات کوتاه‌مدت شامل کاهش عزت‌نفس و خود اثربخشی، پرخاشگری و رفتارهای خود آسیب‌رسان و اثرات بلندمدت سوءاستفاده جنسی از کودک شامل اختلالات روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه ، اضطراب و افسردگی می‌باشد (سنیچ[1]، ۲۰۲۵). برخی دیگر از اثرات احتمالی بلندمدت نیز شامل افزایش اقدام برای خودکشی، ارتکاب رفتارهای خشونت‌آمیز و همچنین مشکلات مربوط به عملکرد جنسی و اختلال در روابط بین فردی است (لاسری و گویرتز-میدان[2]، ۲۰۲۴).

کودک‌آزاری به‌عنوان رفتاری تعریف می‌شود که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی کودکان را به خطر می‌اندازد. این مفهوم در جوامع مختلف بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و قانونی ممکن است تعاریف و نمودهای متفاوتی داشته باشد (گیف[3] و همکاران، ۲۰۲۴). کودک‌آزاری شامل سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، بی‌توجهی و قرارگیری در معرض خشونت شریک زندگی صمیمی می‌شود. هرگونه سهل‌انگاری یا انجام عمل‌هایی که سلامت جسمی و روانی کودک را به خطر بیندازد، به‌عنوان کودک‌آزاری محسوب می‌شود. آزار کودکی باتجربه‌ی سوءاستفاده یا بی‌توجهی تعریف می‌شود که کودک را به خطر می‌اندازد یا برای رشد آن‌ها مضر است (رگی و زارا[4]، ۲۰۲۴). کودک‌آزاری به‌عنوان نقض حقوق اساسی کودکان، نه‌تنها مسئله‌ای فردی بلکه چالشی اجتماعی و جهانی است که اثرات منفی آن می‌تواند تا نسل‌های آینده ادامه یابد (فالب[5] و همکاران، ۲۰۲۴). شیوع کودک‌آزاری به دلیل عوامل مختلف ازجمله ضعف قوانین حمایتی، ناآگاهی عمومی و تفاوت در فرهنگ‌های گزارش دهی، متغیر است. این مسئله از منظر انسانی، اخلاقی و اجتماعی بسیار حائز اهمیت است، زیرا آسیب‌های ناشی از آن نه‌تنها بر فرد بلکه بر ساختار خانواده و جامعه نیز اثرگذار است. در بسیاری از موارد، این آسیب‌ها تا بزرگ‌سالی ادامه یافته و بر زندگی فرد در ابعاد گوناگون تأثیر می‌گذارد (مک کان[6]، ۲۰۲۴). در سراسر جهان یکی از بزگترین بزگترین خطراتی که کودکان را تهدید می‌کند سوءاستفاده جنسی است و می‌تواند منجر به اثرات نامطلوب روانی شود که تا دوران بزگسالی ادامه می‌یابند (بومان[7] و همکاران، ۲۰۲۵).

سوءاستفاده جنسی یکی از شدیدترین اشکال کودک‌آزاری است که اثرات روانی و اجتماعی عمیقی بر قربانیان می‌گذارد. این اثرات شامل اضطراب، افسردگی و مشکلات در برقراری روابط بین فردی بوده و معمولاً تا بزرگ‌سالی ادامه دارد. سوءاستفاده جنسی در کودک یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی و از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان در کودکان است. کودکی که سوءاستفاده جنسی را تجربه می‌کند، در معرض خطر بیشتری برای سایر تجارب منفی در دوران کودکی است (رحیمی و صادقی فیروزآبادی، ۱۴۰۳). نقض مرزهای جسمانی و روانی در دوران کودکی، به‌ویژه در مراحل حساس رشد، تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر تصویر بدنی و سلامت روانی افراد دارد. تجربه آزارهای جسمی و جنسی اغلب موجب نارضایتی از بدن، کاهش عزت‌نفس، اختلالات خوردن و افسردگی می‌شود (هاروی[8] و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، آزارهای عاطفی نیز می‌توانند باورهای منفی درباره خود و کاهش ارزش شخصی را در افراد تقویت کنند که این تأثیرات تا بزرگ‌سالی ادامه می‌یابد. اثرات سوء رفتارهای دوران کودکی تنها به‌سلامت روانی و جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه بر روابط زناشویی و اجتماعی نیز تأثیرگذار است. افرادی که در کودکی تجربه سوء رفتار داشته‌اند، اغلب در ایجاد روابط صمیمانه و حفظ آن‌ها با مشکلاتی مواجه می‌شوند. این تجربیات می‌توانند اعتماد به دیگران را کاهش داده و احساس ناامنی را افزایش دهند که درنهایت منجر به کاهش صمیمیت و رضایت زناشویی می‌شود (شاملی و همکاران، ۱۴۰۱). صمیمیت زناشویی، به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی روان‌شناختی، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد دارد (دو[9] و همکاران، ۲۰۲۴).

---

[1] - Senich
[2] - Lassri & Gewirtz-Meydan
[3] - Giff
[4] - Veggi & Zara
[5] - Falb
[6] - McCann
[7] - Baumann
[8] - Harvey
[9] - Du

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

قربانیان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی در مقایسه با افرادی که در معرض سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی نبوده‌اند، بیشتر احتمال دارد که نشانه‌های مرتبط با طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی را گزارش کنند و بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. شرم، احساس گناه و خودسرزنشی قربانیان، مشکلات بین فردی و ترس از صمیمیت، نقص در تنظیم هیجان‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار از قبیل اجتناب می‌تواند ارتباط بین تجارب سوءاستفاده جنسی از کودک و آشفتگی هیجانی بالای افراد را تبیین کند (پترسون و پلانتین[1]، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که حداقل از هر چهار کودک، یک نفر تا چهارسالگی شاهد یک واقعه بالقوه آسیب‌زا بوده است. آنچه اهمیت دارد، آن است که مواجهه زودهنگام فرد با حوادث آسیب‌زا و تأثیرات طولانی‌مدت آن در دوره رشد کودک، می‌تواند برشدت آن آسیب بیفزاید (فینزی-داتون و آبادی[2]، ۲۰۲۴). مشاهدات پزشکان نشان‌دهنده این است که سابقه سوء رفتار جنسی در دوران کودکی نیز به‌عنوان یک عامل خطر برای بروز اختلالات تصویر بدن محسوب می‌شود. با توجه به دیدگاه تحولی، این نکته قابل‌پذیرش است که نقض شدید مرزهای بدن در دوره حساس تشکیل هویت و یکپارچگی شخصی، تأثیرات پایداری بر ادراک فرد از خود و بدنش به همراه داشته باشد (به‌ویژه در مواردی که فرد تحت چندین نوع بدرفتاری در دوران کودکی قرارگرفته است) (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به تأثیر زیان‌بار تصویر بدنی منفی، پژوهش‌های بسیاری بر روی عوامل خطر ایجاد نارضایتی از بدن متمرکزشده‌اند. درونی سازی ایدئال‌های زیبایی و مقایسه‌های اجتماعی مرتبط با ظاهر احساس بی‌ارزشی و خود کالا پنداری از عوامل خطرساز برای زنان هستند (رودریگوز[3]، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر هیجان در مورد زنان در زمینه سازگاری با این احساسات و آگاهی از آن‌ها می‌تواند در ایجاد روابط نزدیک و صمیمی با اطرافیان، به‌ویژه همسرانشان، تأثیرگذار باشد و درخواست برای حمایت و آرامش را برای زوج‌های کناره‌گیر تسهیل کند. همچنین، این رویکرد می‌تواند به افزایش درجات صمیمیت زناشویی، اعتماد دوطرفه و سازگاری زناشویی آن‌ها کمک کند (عزیزی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین، آموزش رویکرد هیجان‌مدار در افراد، دل‌بستگی ایمن ایجاد می‌کند که این دل‌بستگی به شخص این امکان را می‌دهد تا در روابط خود راحت‌تر باشد، ارتباط نزدیکی با همسر یا شریک خود برقرار کند، خود را افشا کند و به خود افشایی همسر نیز پاسخ دهد. نظریه دل‌بستگی که از اصول رویکرد هیجان‌مدار است، بر اهمیت صمیمیت تأکید زیادی دارد و ایجاد دل‌بستگی، صمیمیت را به میزان بیشتری افزایش می‌دهد. صمیمیت میان اعضای خانواده، به‌ویژه زن و مرد، موجب افزایش رضایت از زندگی و تقویت خانواده می‌شود. در این راستا، رویکرد هیجان‌مدار با توجه به دل‌بستگی‌ها و هیجان‌ها، و همچنین از بین بردن چرخه‌های تعاملی منفی، این صمیمیت را ایجاد می‌کند. در این رویکرد با پذیرش بی‌قیدوشرط مراجع و فراهم آوردن محیطی امن زمینه برون‌ریزی احساسات درونی مراجع و مواجهه و پذیرش آن‌ها توسط فرد فراهم‌شده و این امر سبب می‌شود با از بین رفتن احساساتی چون شرم، ترس، احساس گناه و خشم، مراجع بتواند هیجانات خود را آگاهانه همان‌گونه که هست در شرایطی که قرار دارد بپذیرد و برای ایجاد تغییر گام بردارد (جانسون[4]، ۲۰۰۳).

برای کاهش اثرات مخرب سوء رفتارهای دوران کودکی، رویکردهای درمانی مختلفی پیشنهادشده‌اند. مداخلات مبتنی بر هیجان یکی از این روش‌هاست که از طریق تقویت دل‌بستگی ایمن، کاهش احساسات منفی نظیر شرم و گناه، و فراهم کردن محیطی امن برای بیان هیجانات، به بهبود سلامت روانی و روابط بین فردی کمک می‌کند این رویکردها به‌ویژه در بازسازی روانی و ارتقای کیفیت روابط زناشویی مؤثر هستند. درمان‌های مبتنی بر هیجان، به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین در مشاوره و روان‌درمانی، بر شناسایی و پردازش هیجانات سرکوب‌شده تمرکز دارند. این رویکردها با ایجاد محیطی امن برای بیان هیجانات، کاهش احساسات منفی نظیر شرم و گناه، و تقویت دل‌بستگی ایمن، می‌توانند نقش مؤثری در بهبود تصویر بدنی و ارتقای صمیمیت زناشویی داشته باشند. به‌ویژه، این درمان‌ها می‌توانند به زنانی که در کودکی آزاردیده‌اند کمک کنند تا تجربیات گذشته خود را پردازش کرده و اثرات منفی آن را کاهش دهند. این پژوهش باهدف بررسی اثرات سوء رفتار دوران کودکی بر تصویر بدنی و صمیمیت زناشویی در بزرگ‌سالی انجام می‌شود. همچنین، تأثیر رویکردهای درمانی مبتنی بر هیجان

[1] - Petersson & Plantin
[2] - Finzi-Dottan & Abadi
[3] - Rodriguez
[4] -Johnson

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

در کاهش این اثرات منفی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هدف نهایی این تحقیق ارائه راهکارهای مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی افراد آسیب‌دیده و ارتقای رضایت زناشویی آنان است.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی که آزمایش تک آزمودنی هم گفته می‌شود استفاده‌شده است. این طرح شامل طرح‌های AB، ABAB، خط پایه چندگانه[1] و طرح‌های تغییر ملاک[2] است. که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده می‌شود. این طرح پژوهشی امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول درمان در آزمودنی‌ها و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه را فراهم می‌کند. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی که در سال ۱۴۰۳ مراجعین کلینیک روان‌درمانی کیمیای سعادت کرج بودند، با روش نمونه‌گیری هدفمند سه زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی انتخاب شدند. بدین‌صورت که به فراخوان پژوهشگر از طریق کلینیک پاسخ دادند و آمادگی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند. طی اعلام فراخوان پژوهشگر ۸ زن دارای تجربه سوءاستفاده جنسی اعلام آمادگی کردند که پس از بررسی معیارهای ورود و خروج (ملاک‌های ورود به دوره درمان: داشتن تجربه آزار جنسی در دوران کودکی (از طریق مصاحبه و خود گزارشی شرکت‌کنندگان)، رضایت و موافقت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۰ سال، متأهل بودن، گذشت حداقل ۳ سال از شروع زندگی مشترک، دریافت نمره پایین‌تر از ۱۷۰ از پرسشنامه تصویر بدنی و نمره پایین‌تر از ۱۷۴ از پرسشنامه صمیمیت زناشویی، حداقل میزان تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج: مطلقه بودن، دارای اختلالات حاد روان‌پزشکی و مصرف دارو در زمان مصاحبه و پژوهش، شرکت هم‌زمان در سایر جلسات روان‌درمانی)، ۳ زن به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه ۳ نفر بود که بر اساس قاعده حداقل نمونه لازم برای تائید یا رد فرضیه‌های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک آزمودنی انتخاب گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه ترومای کودکی[3]: پرسشنامه تروما دوران کودکی یا پرسشنامه ضربه کودکی CTQ (برنستاین و همکاران[4]، ۲۰۰۳) به‌منظور ارزیابی آسیب‌ها و تروماهای دوران کودکی طراحی و تدوین‌شده است. این ابزار شامل ۲۸ گویه است که ۲۵ گویه آن برای ارزیابی مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه مورداستفاده قرار می‌گیرد و ۳ گویه باقی‌مانده برای شناسایی افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، به کار می‌رود. این پرسشنامه شامل ۵ مؤلفه سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌باشد. این ابزار بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی همچون (یکی از اعضای خانواده‌ام به‌قدری من را زده بود که مجبور شدم به پزشک مراجعه کنم یا در بیمارستان بستری شوم) به سنجش تروماهای دوران کودکی می‌پردازد. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه، ابتدا لازم است نمره‌های سؤالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر است و نمرات پایین‌تر نمایانگر آسیب یا تروماهای کمتری از دوران کودکی می‌باشد. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها بین ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. در مطالعه برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰,۸۷، ۰,۸۶، ۰,۹۵، ۰,۸۹ و ۰,۷۸ گزارش‌شده است. همچنین، اعتبار هم‌زمان آن با ارزیابی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در بازه ۰,۵۹ تا ۰,۷۸ ثبت گردیده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز، ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام گزارش داده‌اند که آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای پنج مؤلفه آن بین ۰,۸۱ تا ۰,۹۸ بوده است.

[1]- multiple baseline
[2]- changing criterion designs
[3]-CTQ
[4]-Bernstein

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

ب) پرسشنامه تصویر بدنی[1]: پرسشنامه تصور بدنی MBSRQ شامل ۶۹ سؤال، ۹ مؤلفه و ۳ بُعد مختلف می‌باشد. بُعد جسمانی شامل ۵۴ سؤال، بُعد رضایت از بخش‌های گوناگون بدن شامل ۹ سؤال و بُعد نگرش فرد نسبت به وزن خود نیز شامل ۶ سؤال است که در مقیاس پنج امتیازی لیکرت از ۱ (کاملاً ناراضی) تا ۵ (کاملاً راضی) تنظیم‌شده است. بنابراین، نمره حداقلی فرد ۶۹ و نمره حداکثری آن ۳۴۵ خواهد بود. نمره دهی این پرسشنامه به‌گونه‌ای است که افرادی که تصویر ذهنی بهتری از خود دارند، نمرات بالاتری را کسب می‌کنند (کش[2]، ۲۰۰۴). مؤلفه‌های MBSRQ شامل ارزیابی ظاهر، گرایش به‌ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش به‌تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش به‌سلامت، رضایت از بخش‌های بدن، مشغولیت ذهنی در رابطه با اضافه‌وزن و ارزیابی وزن خود هستند (کش، ۲۰۱۲). در این پرسشنامه سه بعد جسمانی غالب هستند: ظاهر بدنی، تناسب بدنی و سلامت که هرکدام از این قسمت‌ها شامل دو حیطه‌ی ارزیابی و آگاهی می‌باشد. ارزیابی از ظاهر و آگاهی نسبت به‌ظاهر، ارزیابی از تناسب بدنی و آگاهی نسبت به‌تناسب بدنی، ارزیابی از سلامتی و آگاهی نسبت به‌سلامتی. در این پرسشنامه رضایت از بخش‌های مختلف بدن شامل صورت، بالاتنه،میان تنه و پایین‌تنه، قوام عضلات، وزن، قد و ظاهر کلی می‌باشد. این پرسشنامه در افراد ۱۵ سال به بالا قابل‌استفاده بوده و برای کودکان مناسب نمی‌باشد. روایی بخش‌های اصلی این پرسشنامه توسط برون، کش و میولکا[3](۱۹۹۰) موردبررسی قرار گرفت و تائید شد. همچنین پایایی آن ۰،۸۱ گزارش شد.

ج) پرسشنامه صمیمیت زوجین[4]: پرسشنامه صمیمیت زناشویی برای اولین بار در ایران توسط اولیا و همکاران (۱۳۸۵) طراحی و نرمال‌سازی شد. این پرسشنامه شامل ۸۵ سؤال است و مقیاس آن از نوع طیف لیکرت می‌باشد و در ۹ بعد صمیمیت زناشویی به ترتیب شامل: صمیمیت عاطفی: سؤالات ۱ تا ۱۱، صمیمیت عقلانی: سؤالات ۱۲ تا ۱۹، صمیمیت بدنی: سؤالات ۲۰ تا ۲۵، صمیمیت اجتماعی - تفریحی: سؤالات ۲۶ تا ۳۳، صمیمیت ارتباطی: سؤالات ۳۴ تا ۴۴، صمیمیت معنوی: سؤالات ۴۵ تا ۵۳، صمیمیت روان‌شناختی: سؤالات ۵۴ تا ۶۲، صمیمیت جنسی: سؤالات ۶۳ تا ۷۰ و صمیمیت کلی: سؤالات ۷۱ تا ۸۵ است. هر سؤال در طیف لیکرت به‌صورت چهارگزینه‌ای از «همیشه» (نمره ۴) تا «اصلاً» (نمره ۱) پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۳۴۸ و حداقل نمره ۸۷ است. نمره بالاتر به معنای صمیمیت بیشتر و نمره پایین‌تر به معنای صمیمیت کمتر است. برای تعیین روایی محتوایی این پرسشنامه از نظرات ۵ نفر از متخصصان مشاوره دانشکده علوم تربیتی دانشگاه اصفهان بهره‌برداری شده و برای ارزیابی روایی سؤالات از روش همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون استفاده‌شده است. سؤالاتی که ضریب همبستگی آن‌ها با نمره کل معنادار نبوده و همچنین سؤالاتی که در سطح ۵٪ معنادار بودند، حذف و ۸۵ سؤال که در سطح حداقل ۱٪ با نمره کل همبستگی داشتند، انتخاب‌شده‌اند. به‌منظور بررسی هم‌زمان پرسشنامه صمیمیت زناشویی از مقیاس صمیمیت تامپسون و واکر استفاده‌شده است. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی بین آزمون صمیمیت زناشویی و مقیاس تامپسون و واکر برابر ۰۹۲/۰ بوده که در سطح ۱٪ معنادار است (۰/۰۱ > p، ۰۹۲/۰ = r). برای تعیین پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده‌شده که آلفای کرونباخ کل آزمون ۵۸/۹۸ محاسبه‌شده است (اولیا، ۱۳۸۵).

جدول ۱. شرح جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	موضوع	اهداف هر جلسه
اول	ارزیابی اولیه	برقراری رابطه درمانی با مراجعان (رابطه مبتنی بر همدلی و بازخورد احساسات). ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجع. آموزش مراجعان درباره درمان. آموزش هیجانی، معرفی مشکلات اختلال استرس پس از سانحه و بررسی تاریخچه و شرایط اجتماعی فرد. جمع‌آوری اطلاعات در مورد علائم، تجربیات (بدترین و بهترین مواقع)، و انتظارات از درمان. پاسخگویی به پرسشنامه‌ها. تعیین تکلیف جلسه بعد (ثبت هیجانات و علائم).
دوم	تحلیل موقعیت	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، بحث راجع به خشم و انزجار، خود سرزنشی، افسردگی، مهارت‌های هیجانی و مهارت‌های حل مسئله، ارائه دادن آموزش در مورد نحوه شناسایی و تحلیل علائم PTSD در زندگی روزمره. توسعه آگاهی از علائم حسی، مغز و بدن و نحوه ارتباط آن‌ها با خلق‌وخوی فرد. شناخت عواطف و

[1]-MBSRQ
[2]-Cash
[3]-Cash & Mulka
[4]-Marital Intimacy Questioner

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

		تجربیات ترومایی: شناسایی و درک الگوهای هیجانی و تجربیات ترومایی درگذشته و حال فرد. شروع آگاهی هیجانی و توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی. تعیین تکلیف جلسه بعد (آموزش به مراجعان درباره هر یک از متغیرها و تهیه کردن بروشورهایی که درباره هرکدام توضیحاتی ارائه دهد.)
سوم	حالت‌های ذهنی	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، آموزش و تمرین تکنیک‌های توجه آگاهی برای توانایی مدیریت احساسات و فکرهای منفی. به مراجع فرصت دهید که پیامدهای عمل خود سرزنشی و خشم را بیان کند. موانع و محدودیت‌های پشیمانی و بخشش خود را شناسایی کند. اجرای یک تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی موردنیاز جلسه، پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، تعیین تکلیف جلسه بعد
چهارم	اینجا و اکنون	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، بیان و آشکار کردن جنبه‌های متضاد شناسایی‌شده در تکالیف خانگی، افزایش هشیاری مراجعان نسبت به پیامدهای به تأخیر انداختن فرایند بخشش خود، شروع آشتی دادن صداهای(درونی) متضاد مراجعان ارتقاء مهارت‌های تنفسی و تمرینات آرامشی برای مقابله با واکنش‌های استرسی. تعیین تکلیف جلسه بعد.(انجام تکنیک‌های تنفس و خودآرامی به همراه ارائه نتیجه و یافتن یک تکنیک خاص برای خود).
پنجم	بازسازی خاطرات	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، ادامه تکنیک مبتنی بر ذهن آگاهی و هوشیاری، ادامهٔ هماهنگ کردن صداها(طرف‌های) متضاد مراجع، استفاده از تکنیک‌های بازسازی حافظه برای کاهش شدت خاطرات ناخوشایند و تقویت خاطرات مثبت. تقویت توانایی فرد در تجربه حالت‌های احساسی بازسازی‌شده و مدیریت آن‌ها. به مراجع اجازه دهید که ارزش‌های خود را بیان کند و مشخص کنید که مراجع چگونه می‌خواهد با آن ارزش‌ها زندگی کند. به نیازها و انگیزه‌های متصل به اعمال خود سرزنشی و پرخاشگری برگردید و روش‌های برآورده شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش‌های مراجع را شناسایی کنید. پاسخگویی به پرسشنامه‌ها
ششم	اتصال مجدد ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، به مراجع اجازه دهید ندامت و پشیمانی خود را از عمل خود سرزنش گری ابراز کند و برای بخشش و پذیرش خود آماده شود. تقویت توانایی فرد در تجربه حالت‌های احساسی بازسازی‌شده و مدیریت آن‌ها. به مراجع اجازه دهید که روش‌های سالم‌تر برآورده کردن نیازها در آینده را به کار بندد. تعیین تکلیف جلسه بعد (از وجود صندلی سوم در اتاق برای استفاده در تمرین صندلی خالی اطمینان حاصل کنید.)
هفتم	یادآوری و حرکت روبه‌جلو	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، با تمرکز بر روی تغییرات مثبت از زمان آسیب تاکنون ، به مراجعان در یادآوری جزئیات جهت نشان دادن عدم توانایی در دفاع از خود کمک کنید. احساسات منفی باقی‌مانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنید. از تکنیک صندلی خالی استفاده کنید. تعیین تکلیف جلسه بعد(نامهٔ بخشش خود)
هشتم	پایان مداخله	بررسی تکالیف جلسه قبل و احساس مراجع، به مراجعان کمک کنید که موارد پیشرفت و نحوهٔ حفظ این عایدات را شناسایی کنند. کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش خود برای سایر رفتارهای خود سرزنشی ارائه دهید. طراحی برنامه مراقبت پس از درمان و ارائه ابزارها و راهکارهای برای مقابله با چالش‌های آینده. پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، مراسم خداحافظی

در این مطالعه از طراحی آزمایشی تک موردی که به‌عنوان آزمایش تک آزمودنی نیز شناخته می‌شود. بهره‌برداری شده است. این طراحی شامل الگوهای A-B، A-B-A-B، خط پایه چندگانه و طرح‌های تغییر معیار می‌باشد و از الگوی خط پایه چندگانه استفاده شد. این نوع پژوهش امکان مقایسه تغییرات در میزان بهبودی علائم در طول فرآیند درمان را در آزمودنی‌ها و نسبت به خط پایه در بین آزمودنی‌های دیگر فراهم می‌آورد.

یافته‌ها

در جدول ۲ نمرات شرکت‌کنندگان در صمیمیت زناشویی گزارش شد که نتایج به تفکیک زمان (دو خط پایه و سه زمان مداخله‌یا سنجش) آمده است.

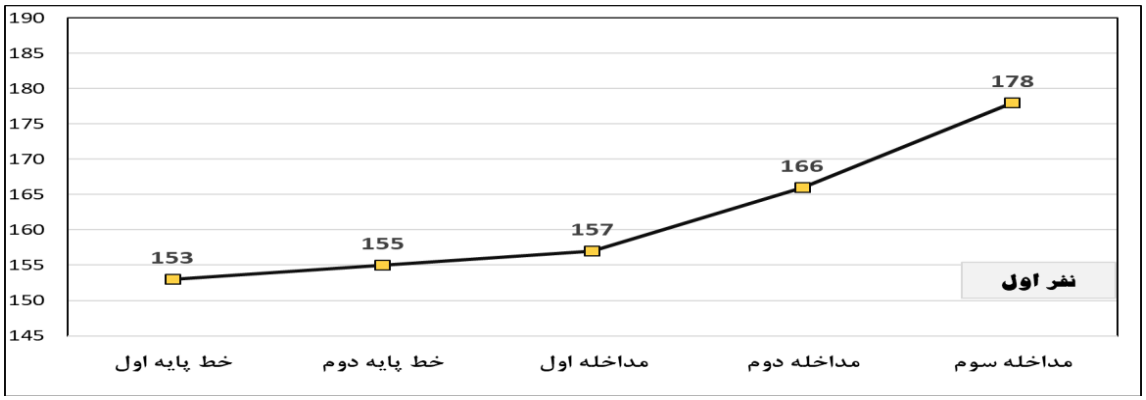
جدول ۲. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت‌کنندگان و زمان

زمان	شرکت‌کنندگان

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	میانگین کل
خط پایه اول	۱۵۳	۱۳۷	۱۲۴	۱۳۸
خط پایه دوم	۱۵۵	۱۳۶	۱۲۹	۱۴۰
مداخله اول	۱۵۷	۱۴۰	۱۳۰	۱۴۲/۳
مداخله دوم	۱۶۶	۱۶۳	۱۳۸	۱۵۵/۷
مداخله سوم	۱۷۸	۱۸۸	۱۵۰	۱۷۲

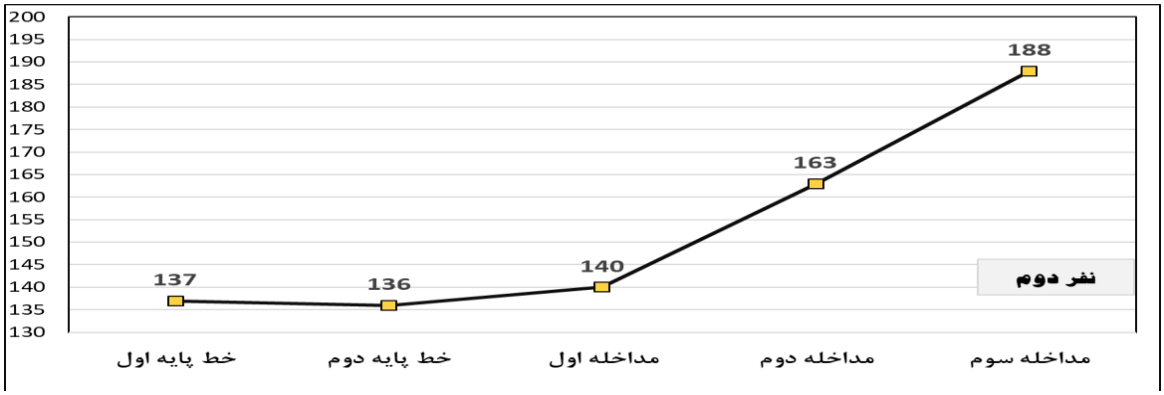
جدول ۲ نشان داد روند کلی شرکت‌کنندگان در متغیر صمیمیت زناشویی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۳۸ و ۱۴۰ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان‌های مداخله میانگین به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۴۲/۳ بود که در زمان مداخله دوم به ۱۵۵/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۱۷۲ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. در شرکت‌کننده اول نمره خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۵۳ و ۱۵۵ بود که در زمان‌های مداخله اول تا سوم به ترتیب ۱۵۷، ۱۶۶ و ۱۷۸ بود که روندی افزایشی را نشان داد و در زمان مداخله آخر به میزان ۲۴ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت‌کننده دوم نیز روندی افزایشی وجود داشت به‌طوری‌که نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله سوم برابر با ۱۸۸ بود و به میزان ۵۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت‌کننده سوم نیز میانگین خط پایه برابر با ۱۲۶/۵ بود که در زمان‌های مداخله نمره صمیمیت زناشویی افزایش داشت به‌طوری‌که در زمان مداخله سوم به ۱۵۰ رسید و به میزان ۲۳/۵ نمره بیشتر از خط پایه بود. شکل‌های ۱ الی ۲ نمودار تغییرات نمره صمیمیت زناشویی در شرکت‌کنندگان اول تا سوم است و در شکل ۳ به‌صورت تجمیعی آمده است.



شکل ۱. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده اول

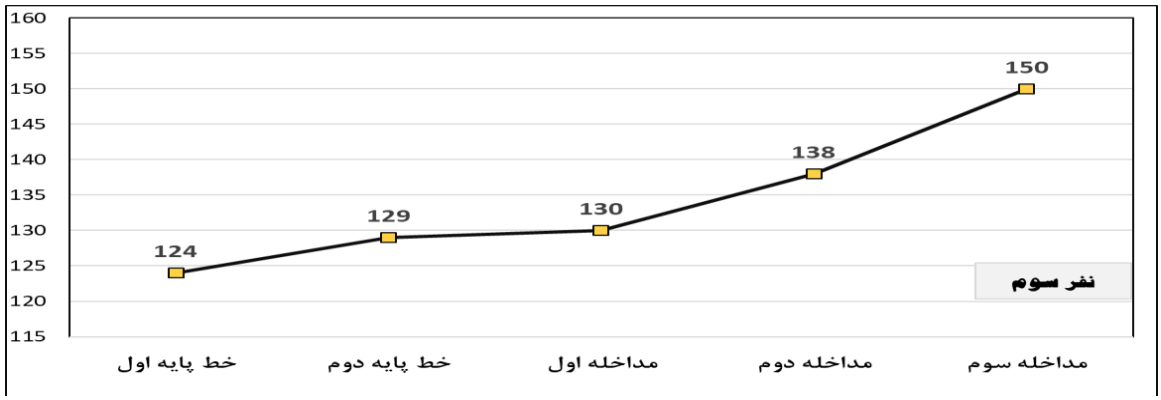
شکل ۱ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر اول است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد صمیمیت زناشویی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۴ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]



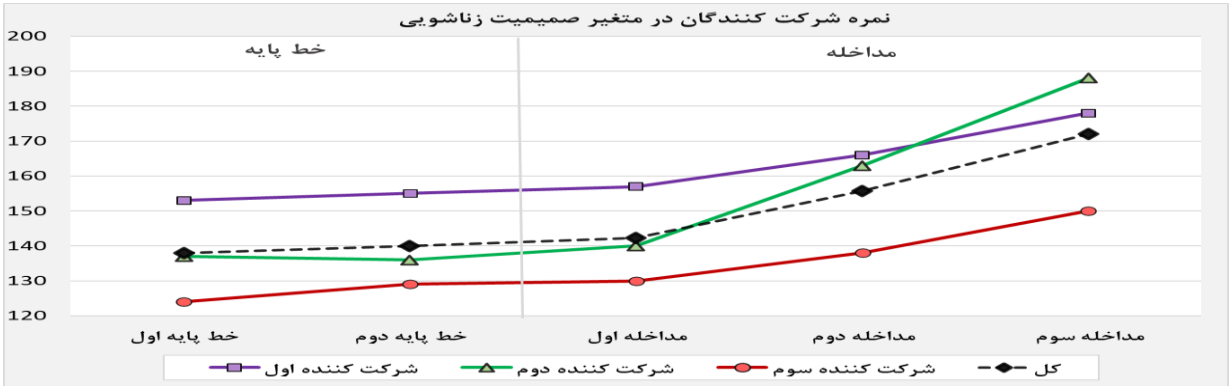
شکل ۲. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده دوم

شکل ۲ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد صمیمیت زناشویی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۵۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۳. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده سوم

شکل ۳ نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد صمیمیت زناشویی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره صمیمیت زناشویی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره صمیمیت زناشویی بود. نمره صمیمیت زناشویی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۳/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۴. نمودار خطی نمره صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت‌کنندگان و میانگین کل سه نفر

شکل ۴ نمودار خطی میانگین صمیمیت زناشویی در هر سه شرکت‌کننده است و نیز نتایج به‌صورت میانگین سه نفر نیز آمده است. بررسی نمودار نشان می‌دهد که در هر سه نفر از شرکت‌کنندگان میزان صمیمیت زناشویی در زمان‌های مداخله روندی

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

افزایشی داشت و بیشترین میزان افزایش میانگین نیز در زمان مداخله سوم وجود داشت. بیشترین شیب افزایش در شرکت‌کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت‌کننده مشابه بود و تفاوت اندکی داشت. در ادامه و در جدول ۳ به بررسی درصد بهبودی در ارتباط با صمیمیت زناشویی پرداخته شد. مقادیر درصد بهبودی و مقدار بهبودی برحسب نمره خام برای هرکدام شرکت‌کنندگان آمده است. همچنین میانگین کل بهبودی در سه نفر نیز آمده است. برای محاسبه درصد بهبودی از میانگین خط پایه و زمان مداخله سوم استفاده شد.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی و درصد بهبودی مربوط به صمیمیت زناشویی به تفکیک شرکت‌کنندگان و کل

متغیر	شاخص	شرکت‌کنندگان			میانگین کل
		نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	
صمیمیت زناشویی	مقدار (نمره) بهبودی	۲۴	۵۱/۵	۲۳/۵	۳۳
	درصد بهبودی	۱۵/۶	۳۷/۷	۱۸/۶	۲۴

نتایج جدول ۳ نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۳/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۵۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان صمیمیت زناشویی در نفر اول برابر با ۱۵/۶ درصد، در نفر دوم برابر با ۳۷/۷ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۸/۶ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان صمیمیت زناشویی بهبودیافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۲۴ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در صمیمیت زناشویی به میزان ۲۴ درصد شد. در جداول ۴ نمرات شرکت‌کنندگان در تصویر بدنی گزارش شد که نتایج به تفکیک زمان (دو خط پایه و سه زمان مداخله‌یا سنجش) آمده است.

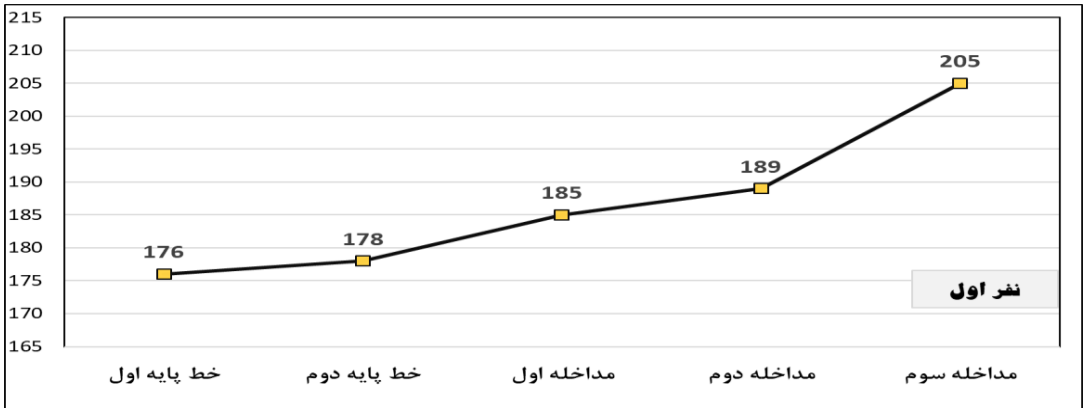
جدول ۴. میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در تصویر بدنی به تفکیک شرکت‌کنندگان و زمان

زمان	شرکت‌کنندگان			
	شرکت‌کننده اول	شرکت‌کننده دوم	شرکت‌کننده سوم	میانگین کل
خط پایه اول	۱۷۶	۱۷۳	۱۹۶	۱۸۱/۷
خط پایه دوم	۱۷۸	۱۷۲	۲۰۱	۱۸۳/۷
مداخله اول	۱۸۵	۱۹۰	۲۰۶	۱۹۳/۷
مداخله دوم	۱۸۹	۱۹۹	۲۱۷	۲۰۱/۷
مداخله سوم	۲۰۵	۲۰۴	۲۱۹	۲۰۹/۳

جدول ۴ نشان داد روند کلی شرکت‌کنندگان در متغیر تصویر بدنی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۸۱/۷ و ۱۸۳/۷ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان‌های مداخله میانگین به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۹۳/۷ بود که در زمان مداخله دوم به ۲۰۱/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۲۰۹/۳ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. در شرکت‌کننده اول نمره خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۷۶ و ۱۷۸ بود که در زمان‌های مداخله اول تا سوم به ترتیب ۱۸۵، ۱۸۹ و ۲۰۵ بود که روندی افزایشی را نشان داد و در زمان مداخله آخر به میزان ۲۸ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت‌کننده دوم نیز روندی افزایشی وجود داشت به‌طوری‌که نمره تصویر بدنی در زمان مداخله سوم برابر با ۲۰۴ بود و به میزان ۳۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود. در شرکت‌کننده سوم نیز میانگین خط پایه برابر با ۱۹۸/۵ بود که در زمان‌های مداخله نمره تصویر بدنی افزایش داشت به‌طوری‌که در زمان مداخله سوم به ۲۱۹ رسید و به میزان ۲۰/۵ نمره

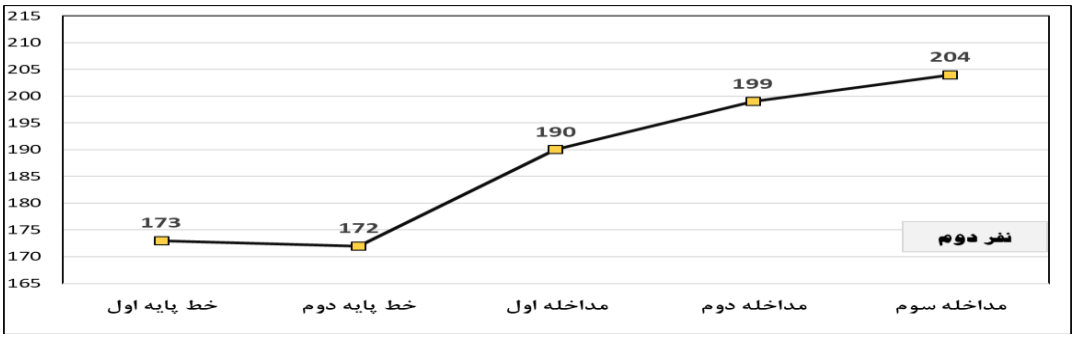
[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

بیشتر از خط پایه بود. شکل‌های ۵ الی ۶ نمودار تغییرات نمره تصویر بدنی در شرکت‌کنندگان اول تا سوم است و در شکل ۵ به‌صورت تجمیعی آمده است.



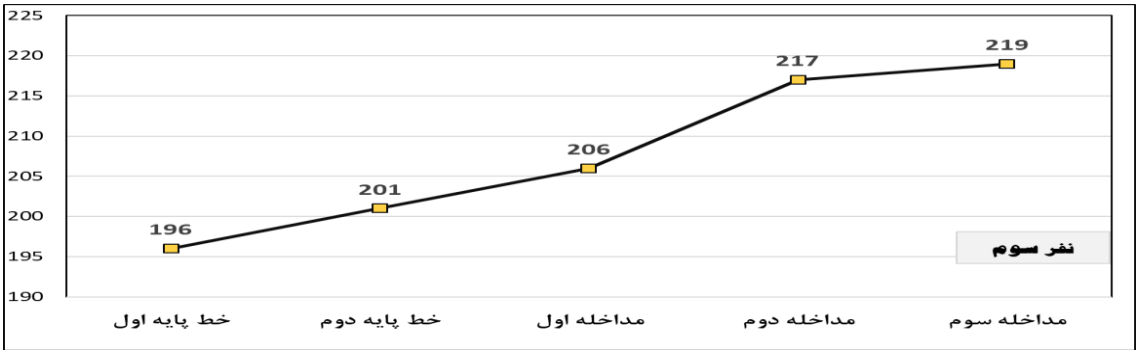
شکل ۵. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده اول

شکل ۵ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر اول است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد تصویر بدنی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۸ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۶. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده دوم

شکل ۶ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد تصویر بدنی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۳۱/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.

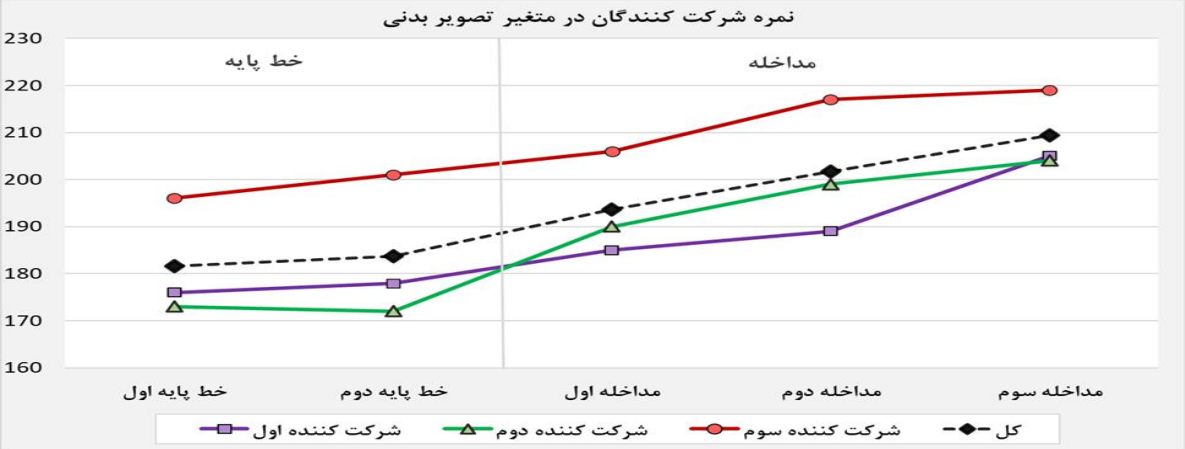


شکل ۷. نمودار خطی نمره تصویر بدنی در زمان‌های مختلف در شرکت‌کننده سوم

شکل ۷ نمودار خطی نمره تصویر بدنی در نفر دوم است که مشاهده نمودار مربوطه نشان می‌دهد تصویر بدنی در زمان‌های مداخله بالاتر از خط پایه بود. همچنین روندی افزایشی در نمره تصویر بدنی در هرکدام از زمان‌های مداخله نسبت به مداخله

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

قبل از آن مشاهده شد و بیانگر اثرگذاری مداخله برافزایش نمره تصویر بدنی بود. نمره تصویر بدنی در زمان مداخله آخر به میزان ۲۰/۵ نمره بالاتر از میانگین دو خط پایه بود.



شکل ۸. نمودار خطی نمره تصویر بدنی به تفکیک شرکت‌کنندگان و میانگین کل سه نفر

شکل ۸ نمودار خطی میانگین تصویر بدنی در هر سه شرکت‌کننده است و نیز نتایج به‌صورت میانگین سه نفر نیز آمده است. بررسی نمودار نشان می‌دهد که در هر سه نفر از شرکت‌کنندگان میزان تصویر بدنی در زمان‌های مداخله روندی افزایشی داشت و بیشترین میزان افزایش میانگین نیز در زمان مداخله سوم وجود داشت. بیشترین شیب افزایش در شرکت‌کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت‌کننده مشابه بود و تفاوت اندکی داشت. در ادامه و در جدول ۵ به بررسی درصد بهبودی در ارتباط با تصویر بدنی پرداخته شد. مقادیر درصد بهبودی و مقدار بهبودی برحسب نمره خام برای هرکدام شرکت‌کنندگان آمده است. همچنین میانگین کل بهبودی در سه نفر نیز آمده است. برای محاسبه درصد بهبودی از میانگین خط پایه و زمان مداخله سوم استفاده شد.

جدول ۵. آماره‌های توصیفی و درصد بهبودی مربوط به تصویر بدنی به تفکیک شرکت‌کنندگان و کل

متغیر	شاخص	شرکت‌کنندگان			میانگین کل
		نفر اول	نفر دوم	نفر سوم	
تصویر بدنی	مقدار (نمره) بهبودی	۲۸	۳۱/۵	۲۰/۵	۲۶/۷
	درصد بهبودی	۱۵/۸	۱۸/۳	۱۰/۳	۱۴/۸

نتایج جدول ۵ نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۰/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۳۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان تصویر بدنی در نفر اول برابر با ۱۵/۸ درصد، در نفر دوم برابر با ۱۸/۳ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۰/۳ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان تصویر بدنی بهبودیافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۱۴/۸ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در تصویر بدنی به میزان ۱۴/۸ درصد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهشی حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی و تصویر بدنی زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد هر سه آزمودنی پس از دریافت مداخله روندی صعودی در جهت هدف پژوهش (بهبود تصویر بدنی) را نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری نمودار داده‌های هر سه آزمودنی نشان داد که بر طبق تمامی نتایج میانه و میانگین و طراز و روند و تغییر داده‌ها فرضیه‌ی مذکور تائید می‌گردد. میانگین کل سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۸۱/۷ و ۱۸۳/۷ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان‌های مداخله میانگین

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۹۳/۷ بود که در زمان مداخله دوم به ۲۰۱/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۲۰۹/۳ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. نتایج نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۰/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۳۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان تصویر بدنی در نفر اول برابر با ۱۵/۸ درصد، در نفر دوم برابر با ۱۸/۳ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۰/۳ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان تصویر بدنی بهبودیافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۱۴/۸ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در تصویر بدنی به میزان ۱۴/۸ درصد شد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهشی دیگران بر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی هیجان مدار که بر بهبود تصویر بدنی زنان کارکرده‌اند تطابق داشته که درنتیجه شاهد بهبود وضعیت روانی و ثبات خانواده خواهیم شد. به‌طور مثال در پژوهش‌های داخلی می‌توان به نتایج پژوهش رضایی و همکاران (۱۴۰۰) که بیان می‌کنند درمان‌های هیجان مدار موجب افزایش توان مقابله افراد دارای اختلالات خوردن با آشفتگی‌ها و تمایلات خود انتقادی گشته و منجر به بهبود نارضایتی از تصویر بدنی در آن‌ها می‌شود. همچنین شفیع‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) نیز درمان‌های مبتنی بر هیجان را بر بهبود تصویر بدنی افراد مؤثر دانسته‌اند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی، معمولاً با هیجانات منفی ازجمله ناامنی، خشم، غم، احساس گناه و عدم پذیرش مواجه هستند که به دلیل شرایط خاص، امکان ابراز آن‌ها را نداشته‌اند. این هیجانات فروخورده در گذر زمان می‌تواند منجر به شکل‌گیری باورهای منفی نسبت به خود، احساس بی‌ارزشی، و تصویری منفی از بدن شود. رویکرد هیجان‌مدار با ایجاد محیطی امن و بدون قضاوت، فرصت ابراز هیجانات فروخفته را فراهم می‌کند. این رویکرد با پذیرش بی‌قیدوشرط مراجع، کمک به بسته شدن گشتالت خاطره آزاردیدگی، و آموزش خودشفقت‌گری، موجب می‌شود که مراجع بی‌گناهی خود را بپذیرد، اتفاقات گذشته را قبول کند، و به‌سوی خوددوستی و خودتنظیمی گام بردارد. این فرآیند به‌تدریج موجب کاهش احساسات منفی و افزایش پذیرش خود، درک ارزش‌های فردی، و بهبود تصویر بدنی می‌شود. علاوه بر این، تأثیرات مثبت مداخلات هیجان‌مدار بر تصویر بدنی می‌تواند به تقویت دیگر جنبه‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی منجر شود. بهبود تصویر بدنی نه‌تنها به افزایش اعتمادبه‌نفس و پذیرش فردی کمک می‌کند، بلکه به بهبود روابط اجتماعی و افزایش ثبات در زندگی خانوادگی نیز می‌انجامد. به‌ویژه در زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی، این تغییرات می‌تواند نقشی کلیدی در بازسازی هویت و تقویت حس ارزشمندی ایفا کند. درمجموع، یافته‌های این پژوهش اهمیت به‌کارگیری مداخلات هیجان‌مدار را در بهبود سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی این گروه از افراد برجسته می‌سازد.

همچنین نتایج نشان داد روند کلی شرکت‌کنندگان در متغیر صمیمیت زناشویی، روندی افزایشی بود. میانگین کل سه شرکت‌کننده در خط پایه اول و دوم به ترتیب ۱۳۸ و ۱۴۰ بود که تفاوت اندکی داشت. در زمان‌های مداخله میانگین به‌طور تدریجی افزایش داشت و در تمامی سه مرحله مداخله این افزایش تکرار شد. میانگین مداخله اول برابر با ۱۴۲/۳ بود که در زمان مداخله دوم به ۱۵۵/۷ رسید و در زمان مداخله سوم یا آخر به ۱۷۲ رسید که نشان از روند افزایشی و با ثبات در زمان مداخله داشت. بیشترین میزان افزایش میانگین در زمان مداخله سوم و بیشترین شیب افزایش در شرکت‌کننده دوم وجود داشت. میانگین دو خط پایه در هر سه شرکت‌کننده مشابه بود و تفاوت اندکی نشان داد. نتایج نشان داد نمره زمان مداخله سوم در تمامی شرکت‌کنندگان نسبت به زمان خط پایه افزایش داشت و میزان افزایش نمره از حداقل ۲۳/۵ نمره برای نفر سوم تا حداکثر ۵۱/۵ نمره برای نفر دوم بود. درصد بهبودی در میزان صمیمیت زناشویی در نفر اول برابر با ۱۵/۶ درصد، در نفر دوم برابر با ۳۷/۷ درصد و در نفر سوم برابر با ۱۸/۶ درصد بود که نشان داد در تمامی شرکت‌کنندگان میزان صمیمیت زناشویی بهبودیافته است. میانگین میزان بهبودی در سه شرکت‌کننده برابر با ۲۴ درصد بود که نشان داد مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان مدار موجب بهبود در صمیمیت زناشویی به میزان ۲۴ درصد شده است. ازآنجاکه داده‌های هر سه آزمودنی پس از دریافت مداخله، روندی افزایشی در راستای هدف پژوهش (بهبود صمیمیت زناشویی) را نمایان کردند، نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل بصری نمودارهای داده‌های این سه آزمودنی نشان داد که بر اساس تمامی نتایج، میانه، میانگین، طراز، روند و تغییرات داده‌ها، فرضیه مذکور تأیید می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگران بر تأثیرات مثبت مداخلات درمانی هیجان مدار که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

بر بهبود صمیمیت زناشویی در خانواده کارکرده‌اند تطابق داشته که درنتیجه شاهد بهبود وضعیت روانی خانواده خواهیم شد. به‌طور مثال در پژوهش‌های داخلی می‌توان به نتایج پژوهش‌های داخلی چون یعقوبی و همکاران (۱۴۰۰)، نیز درمان‌های مبتنی بر هیجان را برافزایش میزان صمیمیت زناشویی مؤثر دانسته‌اند. در پژوهش‌های خارجی نیز فرضیه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر هیجان بر بهبود میزان صمیمیت زناشویی را تائید می‌نماید و می‌تواند در کنار پژوهش‌های پیشین مانند دیلی و همکاران (۲۰۲۴) که بیان کردند، رویکرد هیجان مدار باعث بهبود و افزایش صمیمیت زوج‌ها شده است. بازیاری و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیق خود با عنوان «کاربرد مهارت‌های ارتباطی صمیمانه» نشان دادند که شیوه آموزشی روانی هیجان‌محور موجب کاهش اضطراب، افزایش سازگاری، بهبود رضایت و تقویت صمیمیت زناشویی شده است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق بهبود و ارتقای مهارت‌های اصلاح، پذیرش و تحمل هیجانات منفی، به دستیابی به اهداف درمانی در سایر زمینه‌ها کمک می‌کند. همچنین، آرین فر و اعتمادی (۱۳۹۴) نیز بر این باورند که رویکردهای مبتنی بر هیجان، تأثیر مثبت بر افزایش میزان صمیمیت زناشویی دارند.برای توضیح بهتر این یافته می‌توان گفت که زنان دارای تجربه آزاردیدگی در کودکی، به دلیل آسیب‌های روانی ناشی از خاطرات تلخ و احساس ناامنی در برابر فرد آزارگر، اغلب نسبت به موقعیت‌های مشابه یا افراد نزدیک واکنش‌های سلبی نشان می‌دهند. این وضعیت، همراه با تصویر بدنی منفی و احساس شرم، موجب کاهش اعتمادبه‌نفس و بروز اختلال در روابط صمیمی به‌ویژه با همسر می‌شود. مداخلات مبتنی بر هیجان با ایجاد بستری امن و پذیرنده به افراد کمک می‌کند تا احساسات منفی خود را تخلیه کنند و به‌تدریج با پذیرش خود و همسر، روابط عاطفی بهتری برقرار کنند. این فرآیند شامل کاهش احساس گناه و شرم، تقویت تصویر ذهنی مثبت از خود و بازسازی اعتماد نسبت به همسر به‌عنوان فردی مستقل از گذشته آزاردهنده است. درنتیجه، بهبود صمیمیت زناشویی تسهیل می‌گردد.

هر کار پژوهشی برحسب مداخلات عناصر و شرایط پیش‌بینی‌نشده، در حین کار با محدودیت‌هایی مواجه می‌شود که در این بخش به این مسئله در ارتباط بامطالعه جاری پرداخته‌شده است. داده‌های مربوط به پژوهش به‌وسیله پرسشنامه (که هر یک به‌صورت مکرر استفاده شد) و از طریق خود گزارشی شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد، که این شیوه با توجه به ایجاد آشنایی زیاد در مورد گویه های پرسشنامه، و عوامل تأثیرگذار ماند گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه‌ی پاسخ‌های جامعه پسند، و گرایش‌های خوش‌بینانه یا بدبینانه به سؤالات، تعمیم‌یافته‌ها را بااحتیاط مواجه می‌سازد. عدم وجود مطالعه پیگیری، ازجمله محدودیت‌های این پژوهش است که به دلیل محدودیت زمان انجام نشد. این پژوهش به‌صورت تک آزمودنی انجام گرفت تا بتواند اندازه‌گیری دقیقی از متغیرهای پژوهش داشته باشد ولی با محدودیت تعمیم‌یافته‌ها روبرو است. به دلایلی ازجمله سنجش مکرر شرکت‌کنندگان که ممکن است باعث یادگیری شده و کاهش نمرات آن‌ها را باعث شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌منظور ثبات مداخله، مطالعات پیگیری در فواصل ۳ ماه، ۶ ماه و یک سال انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مداخله بر این گروه از زنان با سایر مداخلات مقایسه گردد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روان شناسان برای زنان آسیب‌دیده در کودکی از مداخله‌ی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار استفاده کنند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

منابع

ایمانی، سمیه؛ صبحی، افسانه و یگانگی، سید کامران. (۱۴۰۳). مقایسه تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و تحمل ابهام در زوج‌های سازگار و ناسازگار شهر تهران. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۹۷ (۱۱)، ۲۵۶-۲۴۷.

آرین فر، نیره، اعتمادی، عذرا،(۱۳۹۴)؛ مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه مدار بر نگر و هیجان صمیمیت زناشویی زوجین آسیب‌دیده از خیانت همسر. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵،(۵۹)، ۱۹-۲.

بابا احمدی، فاطمه و فلاحیه، سپیده. (۱۴۰۳). نقش میانجی شرم از تصویر بدنی در رابطه بین تجربه بدرفتاری هیجانی در دوران کودکی و اختلال بازی اینترنتی در دانشجویان. *نشریه رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۸)، ۲۲۰-۲۱۱.

حمیدی نژاد، نازنین؛ دولتشاهی، بهروز و باقری، فریبرز. (۱۴۰۲). بررسی رابطه کمال‌گرایی و ترومای دوران کودکی با رفتارهای آشفته خوردن و نقش میانجی نارضایتی تصویر بدنی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۴۶ (۱۱)، ۹۲-۷۷.

رحیمی، میلاد و صادقی فیروزآبادی، وحید. (۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای حساسیت اضطرابی و نارضایتی از بدن در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و نگرش خوردن در دانشجویان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۸ (۴)، ۲-۱۹.

رضایی، ماهرخ؛ محمدخانی، پروانه جعفری و روشن، مرجان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن. *مطالعات روان‌شناختی*،۱۷(۳)، ۹۵-۱۱۴.

شاملی، لیلا؛ بهرام آرا، زهرا؛ محمدی، مهرناز و هادیان فرد، حبیب. (۱۴۰۱). رابطه بدرفتاری‌های دوران کودکی و سلامت روان با میانجی‌گری اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان دختر. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۹ (۱)، ۷۸-۵۷.

شفیع‌آبادی، عبدالله، حسنی، جعفر، و یاری، مرسده. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و نظم جویی شناختی هیجان در دختران نوجوان خواهان جراحی زیبایی. *دست آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۳۰ (دوره ۴)(۱ (پیاپی ۲۹))، ۱۹-۳۶.

عزیزی، دل سا؛ خانجانی، زینب و بخشی پور، عباس. (۱۴۰۳). رابطه سوء رفتارهای دوره کودکی با نگرانی از تصویر بدنی در دانش آموزان دختر: نقش میانجی سبک‌های دل‌بستگی و افسردگی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۱۱ (۲)، ۳۴-۲۰.

میرزایی، فرشته؛ بریمانی، صاحبه؛ زارع، فاطمه و فراهانی، سمانه. (۱۴۰۱). الگوی ساختاری رابطه آسیب‌های دوران کودکی و صمیمیت جنسی با نقش میانجی شفقت به خود در زنان متأهل. *نشریه پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری*، ۵۴ (۱۱)، ۶۹-۵۰.

یعقوبی، حمید، توزنده جانی، حسن، و زنده دل، احمد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان پذیرش-تعهد بر شفقت خود در زنان دارای تعارض زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۳(۳)، ۱۲۲-۱۱۲.

Baumann, M., Daspe, M. È., Bélanger, C., & Godbout, N. (2025). A Safe Haven Through Attachment: A Dyadic Perspective on the Association Between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, *40*(9-10), 2093-2114.

Bazyari, K., Hooman, F., Shoushtari, M. T., & Saadi, Z. E. (2024). Effectiveness of Emotionally Focused Therapy for Couples in Improving Emotion Regulation and Relationship Distress of Emotionally Divorced Couples. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *26*(2).

Cooper, E., Adler-Baeder, F., & McGill, J. (2024). Dyadic links between adverse childhood experiences, mindfulness, and relationship quality in a diverse sample of couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *41*(6), 1640-1653.

Dailey, J., Timulak, L., Goldman, R. S., & Greenberg, L. S. (2024). Capturing the change: a case study investigation of emotional and interactional transformation in emotion-focused therapy for couples. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *23*(1), 1-19.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

Du, X., Chaiviboontham, S., & Sumdaengrit, B. (2024). The experiences of Chinese colorectal cancer survivors in marital intimacy after ostomy creation: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, *10*(2), 222.

Falb, K. L., Blackwell, A., Hategekimana, J. D. D., Sifat, M., Roth, D., & O'Connor, M. (2024). Co-occurring intimate partner violence and child abuse in eastern democratic republic of congo: the influence of early life experiences of abuse. *Violence against women*, *30*(3-4), 873-889.

Finzi-Dottan, R., & Abadi, H. (2024). From Emotional Abuse to a Fear of Intimacy: A Preliminary Study of the Mediating Role of Attachment Styles and Rejection Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(12), 1679.

Giff, S. T., Forkus, S. R., Massa, A. A., Brower, J. L., Jarnecke, A. M., & Flanagan, J. C. (2024). Examining relationships among Alcohol Use Disorder, Child Caretaking, and intimate Partner violence in high-risk couples. *Journal of Family Violence*, 1-9.

Harvey, F. M., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., & Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and relationship satisfaction among Parents: A Dyadic perspective on the role of mindfulness and experiential Avoidance. *Mindfulness*, *15*(2), 310-326.

Johnson, D. W. (2003). Social interdependence: interrelationships among theory, research, and practice. *American psychologist*, *58*(11), 934.

Kotiuga, J., Bőthe, B., Bergeron, S., Girouard, A., Bigras, N., & Vaillancourt-Morel, M. P. (2024). Longitudinal associations between childhood maltreatment and sexual motivations in couples: The role of basic psychological needs. *Journal of Social and Personal Relationships*, *41*(6), 1600-1622.

Lassri, D., & Gewirtz-Meydan, A. (2024). Breaking the cycle: Mentalizing moderates and mediates the link between childhood sexual abuse and satisfaction with adult romantic relationships. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*.

Marwitz, U., Higgins, D. J., & Whelan, T. (2024). "Kids are in the middle of it"–Child protection practitioners reflect on indicators of coercive control and situational couple violence. *Children and Youth Services Review*, *160*, 107596.

McCann, D. (2024). Understanding the nature and impact of sexual violence and abuse in the lives of lesbians, gay men, bisexuals, and transgender individuals and couples. *Couple and Family Psychoanalysis*, *14*(1), 46-58.

Petersson, C. C., & Plantin, L. (2024). Overcoming challenges of intimacy: male child sexual abuse survivors' experiences of achieving healthy romantic relationships in Sweden. *Journal of Family Violence*, *39*(6), 1107-1120.

Rodriguez, K. (2024). *Intimate Partner Relationships and Infidelity Among Female Adult Survivors of Child Sexual Abuse* (Doctoral dissertation, Walden University).

Senich, K. L. (2025). Concurrent Parasympathetic Synchrony in Romantic Couples Exposed to Childhood Maltreatment Subtypes.

Trevino, Z. R., Marroquin, C., Fife, S., Williams, T., Nordfelt, R., & Gomes, A. (2024). Childhood sexual abuse and couple relationships: a grounded theory on healing. *The American Journal of Family Therapy*, *52*(3), 352-368.

Veggi, S., & Zara, G. (2024). 'Til Prison Do Us Part!'Uncovering Women's Reactions to Child Sexual Abuse Perpetrated by Their Partners. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, *24*(5), 733-751.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

Effectiveness of Emotion-Focused Intervention on Marital Intimacy and Body Image of Women with Childhood Trauma Experience: A Preliminary Study

Fereshteh Bon[1], Mandana Niknam[2]

Abstract

The aim of the present study was to examine the effectiveness of an emotion-focused intervention on marital intimacy and body image of women who experienced abuse in childhood. In this research, a multiple baseline single-case experimental design was utilized with participants. The statistical population of this study consisted of all women with experiences of sexual abuse during childhood residing in Karaj in the year ۱۴۰۳(۲۰۲۴). Through purposive sampling, three women with a history of childhood sexual abuse were conveniently selected based on entry criteria for the study. The participants entered the research design sequentially, each one week apart after the baseline was established, and were assessed over ۸intervention sessions. The measurement tools used in this study were body image questionnaires and couples' intimacy questionnaires. The findings were analyzed using visual analysis and descriptive statistics, trend analysis, and variability. The results showed that emotion-focused therapies were effective in improving body image (٪۱۵,۸for the first participant, ٪۱۸,۳for the second participant, and ٪۱۰,۳for the third participant) and marital intimacy for all three participants (٪۱۵,۶for the first participant, ٪۳۷,۷for the second participant, and ٪۱۸,۶for the third participant). The findings of this study indicate the efficacy of emotion-focused therapies on body image and marital intimacy of women with childhood trauma experiences. Therefore, it is suggested that psychologists and family therapists utilize this approach to improve body image and marital intimacy issues in women with a history of childhood trauma.

Keywords: Emotion-Focused Intervention, Body Image, Marital Intimacy, Women with Childhood Trauma Experience .

[1] Master's in Family Counseling, Counseling Department, University of Welfare, Tehran, Iran.
[2] Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Human Science, Khatam University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-09-14]