فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۸، شماره ۱۲، بهار سال ۱۴۰۰

اثربخشی درمان وابستگی سالم بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زوجین با روابط آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران

زهره سادات شجاعی کیاسری[۱]

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان وابستگی سالم بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زوجین با روابط آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران صورت گرفت. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زوجین ناراضی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند و گروه آزمایش به مدت ۱۴ جلسه تحت درمان آموزش گروهی درمان وابستگی سالم قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی نجام پذیرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار spss24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (کوواریانس) انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر وابستگی سالم باعث افزایش خودکارآمدی در زوجین با روابط آشفته می‌گردد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش گروهی وابستگی سالم باعث افزایش کیفیت زندگی و مولفه های آن (سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط) در زوجین با روابط آشفته شده است. بنابراین این پژوهش نشان می دهد که وابستگی سالم می تواند به عنوان یک رویکرد موثر در جلوگیری از آسیب های روانی ناشی از طلاق در زوجین بکار گیرد.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، وابستگی سالم

[۱] فارغ التحصیل کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه مشاوره خانواده، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران (نویسنده مسئول)
(Shojaei.k.zohreh@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۸، شماره ۱۲، بهار سال ۱۴۰۰

مقدمه

خانواده مؤثرترین و عمومی‌ترین نهاد اجتماعی است که در تمامی جوامع حضور دارد و ازاین‌رو مهم‌ترین تکیه‌گاه و محور زندگی اجتماعی است که به‌طور غیرمستقیم فرهنگ، عقاید، آداب‌ورسوم و ارزش‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (مرادی، افرازی زاده و اسد زاده، ۱۳۹۵). مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر جامعه‌ای اساس کار تلقی می‌شود و هر جامعه‌ای متناسب باارزش‌های خود ابتدا خانواده را کانون توجه خود قرار می‌دهد تا از درون آن، شهروندان آینده خویش را بپروراند (مک نالی[1]، ۲۰۲۰). سلامت در خانواده در گروه تداوم و سلامت رابطه بین زن و شوهر می‌باشد و رابطه زناشویی هسته مرکزی نظام خانواده را تشکیل می‌دهد و اختلال در آن به‌منزله تهدیدی جدی برای بقای خانواده محسوب می‌شود. ازاین‌رو وجود اختلاف در زندگی، خانواده‌های بسیاری را در معرض خطر نابسامانی و ازهم‌پاشیدگی قرار می‌دهد (کیو، هانیگان، کوق و تیمولاک[2]، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد متأهل در مقایسه با مطلقه‌ها، جداشده‌ها، بیوه‌ها و ازدواج‌نکرده‌ها سلامت روان‌شناختی بیشتر و فشار روانی کمتری را تجربه می‌کنند (آگاروال، کاتاریا و پراسد[3]، ۲۰۱۷). بنا به گزارش روانشناسان در سال‌های اخیر احساس امنیت، آرامش و روابط صمیمانه میان زنان و مردان به سستی گراییده است و خانواده‌ها به‌گونه‌ای فزاینده با نیروهای ویرانگر روبرو شده‌اند و کیفیت زندگی آن ها کاهش می یابد (پارک و پارک[4]، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی از مسائل مهم و پیش روی جهان معاصر و از مباحث اساسی در توسعه سیاستگذاری اجتماعی محسوب می شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقای کیفیت زندگی، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت بخش، نوعدوستی و از خودگذشتگی در میان اجتماعات را در بر می گیرد (رادوجا و دجمیک[5]، ۲۰۱۹). امروزه تغییر در سبک زندگی میزان مرگ و میر، بیماری های عفونی و افزایش طول عمر را به همراه داشته و باعث افزایش توجه به کیفیت زندگی در مقایسه با دهه های گذشته شده است. اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب نظران تمرکز خود را بر مراقبت هایی جهت بهبود کیفیت زندگی بیان کردند (لانس، آلوارز، پاستور، گارزون، گونالز-گارسیا و مونتجو[6]، ۲۰۱۹). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی سلامتی نه فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی واجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت و بهداشت افراد نباید فقط به شاخص های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (چانگ، یانگ و چن[7]، ۲۰۱۹).

همچنین بسیاری از مطالعات طلاق با این فرض آغاز شده‌اند که انحلال رابطه زناشویی یک مرحله انتقال در زندگی است که به دلیل تنشی که ایجاد می‌کند لزوم سازگاری بزرگسالان و کودکان با این پدیده را موجب می‌شود (اسچرام و بچر[8]، ۲۰۲۰) و اکثر پژوهشگران کار خود را در چهارچوب عواملی چون میزان انباشتگی عوامل استرس‌زا و میزان خودکارآمدی افراد و شیوه ارزیابی افراد از پدیده طلاق، که می‌تواند متاثر از منابع مقابله‌ای بین‌فردی و ساختاری و همچنین عوامل بافتاری نظیر نژاد، قومیت و فرهنگ باشد، به عنوان عوامل موثر در سازگاری با طلاق تاکید کرده‌اند (توسی و ون دن بروک[9]، ۲۰۲۰). خودکارآمدی «به قضاوت قضاوت فرد در مورد توانایی‌های خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک تکلیف یا کار» گفته می‌شود (سیف، ۱۳۹۷). تئوری

1 - McNally
2 - Qiu, Hannigan, Keogh & Timulak
3 - Aggarwal, Kataria & Prasad
4 - Park & Park
5 - Radoja & Degmečić
6 - Llanes, Álvarez, Pastor, Garzón, González-García & Montejo
7 - Chang, Yang & Chen
8 - Schramm & Becher
9 - Tosi & van den Broek

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

خودکارآمدی بندورا، به نقش اعتماد و اطمینان و عزت‌نفس فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام رفتار خواسته شده از وی تأکید دارد (لی، جوشی، کینگ-دالینگ، هی، فاگت و کیرنی[1]، ۲۰۱۸). باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کند که افراد تا چه اندازه برای فعالیت‌های خود انرژی صرف می‌کنند و تا چه میزان در برابر موانع مقاومت می‌نمایند (هملیتون، کورنیش، کریک پاتریک، کرون و اسشوآزر[2]، ۲۰۱۸). خودکارآمدی بر رفتار فرد بسیار تأثیرگذار است. به‌عنوان‌مثال، زوجین دارای خودکارآمدی سطح پایین ممکن است حتی برای مشکلات خودش را آماده نکند؛ زیرا فکر می‌کند که هر اندازه زحمت بکشد، فایده‌ای نخواهد داشت (اسچانک و دیبندتو[3]، ۲۰۱۶). در مقابل، زوجین برخوردار از خودکارآمدی سطح بالا در انجام کارها امیدوارتر و موفق‌تر است. بدین ترتیب، یادگیری ما به وسیله خودکارآمدی سطح پایین محدود می‌شود و به‌وسیله خودکارآمدی سطح بالا افزایش می‌یابد (اندیشمند، ۱۳۹۷). به‌طورکلی هنگامی که زوجین بر این باور باشند که قابلیت‌ها و توانایی‌های لازم برای انجام کار یا فعالیتی را دارند، برای انجام آن تکلیف وقت بیشتری صرف می‌کنند و در نهایت به نتایج بهتری دست پیدا خواهند کرد (شا، اسچان، بات گیت و بن-الیاهو[4]، ۲۰۱۶). فلدمن و کوبوتا[5] (۲۰۱۵) خودکارآمدی را عاملی مهم در پیش‌بینی کیفیت زندگی در حوزه‌های خاص قلمداد کردند. هیانگ[6] (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان داد که خودکارآمدی، با سطوح بالا بهره‌گیری از راهبردهای شناختی و فراشناختی و هم‌چنین باعث افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی زوجین می گردد. روهاتچی، اسچرر و هاتلویک[7] (۲۰۱۶) نیز دریافته‌اند که زوجینی که از خود انتظار بهتر و قضاوت مثبت دارند از عملکرد بهتری برخوردارند و برعکس افرادی که انتظار عملکرد پایین و قضاوت منفی دارند، عملکرد آن‌ها ضعیف است.

از آنجا که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز می‌کند؛ این امر لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را مطرح می‌کند (ترمبورینی[8] و همکاران، ۲۰۱۵). یکی از مداخلات در زمینه اختلالات روان‌شناختی و همچنین آسیب‌های خانوادگی، درمان وابستگی سالم است. درمانگران و مشاورانی که به درمان مشغول بودند، متوجه حالت‌ها و رفتارهای غیرمعمولی این زنان شدند که با رفتارهایی که در قالب زنانه خود انجام می‌دهند متفاوت به نظر می‌رسد و تحت عنوان هم‌وابستگی از آن یاد شده است (پارسا فر و یزدخواستی، ۱۳۹۳). هم‌وابستگی یک وضعیت چند بعدی (جسمی، ذهنی، عاطفی و معنوی) است که با هر گونه رنج و اختلالی ابراز می‌شود و همراه یا ناشی از تمرکز فرد بر روی نیازها و رفتارهای دیگران است. هم‌وابستگی یک الگوی هیجانی، روان‌شناختی و رفتاری مقابله است که نتیجه تماس طولانی‌مدت فرد با مجموعه‌ای از مقررات طاقت‌فرسا است و از به کار بستن آنها ناشی می‌شود. در نهایت هم‌وابستگی یک اختلال شخصیتی است که بر اساس موارد زیر شکل می‌گیرد: نیاز به اداره و مدیریت امور به منظور مقابله با پیامدهای نامطلوب شدید، غفلت از نیازهای خود، تحریف حد و مرزهای صمیمیت و جدایی، گرفتار شدن با افراد مشخصی که مبتلا به اختلال هستند و تجلی‌های دیگری از قبیل انکار، احساسات انباشته شده، افسردگی و بیماری-های پزشکی مرتبط با استرس و فشار. هم‌وابستگی اشتغال ذهنی با زندگی دیگران که حاصل فشارهای روانی است و به رفتارهای ناسازگار منجر می‌شود (مندنهال[9]، ۱۹۸۹؛ به نقل از اتفاقیان، ۱۳۹۲). دیر[10] و همکاران (۲۰۰۵)، یازده تعریف از هم‌وابستگی عنوان

1 - Li, Joshi, King-Dowling, Hay, Faught & Cairney
2 - Hamilton, Cornish, Kirkpatrick, Kroon & Schwarzer
3 - Schunk & DiBenedetto
4 - Sha, L., Schunn, Bathgate & Ben-Eliyahu
5 - Feldman & Kubota
6 - Huang
7 - Rohatgi, Scherer & Hatlevik
8 - Tamborini
9 - Mandenhal
10 - Dier

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

عنوان کردند و متوجه شدند که هسته اصلی ویژگی‌های هم‌وابستگی شامل تمرکز بیرونی، ایثار خود، هدایت دیگران و سرکوب احساسات است. هم‌وابستگی با رفتارهای درگیر شدن برای دیگران، مراقبت بیش از حد از دیگران که به جهت مایه گذاشتن از خود برای حفظ احساس امنیت و نگه داشتن روابط است، تعریف می‌شود (ولز[1] و همکاران، ۲۰۰۶). آنچه که در کتاب‌های هم وابستگی و مشابه آن آمده است، در خیلی از موارد از مباحث علمی خارج شده‌اند و به خاطر همین نتوانسته‌اند جایی برای خود در روانشناسی باز کنند، پژوهشگر در این پژوهش سعی کرده با یکپارچه کردن درمان دکتر وایتفیلد (۱۹۹۱) و استفاده از نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، در این درمان، حالت علمی به آن ببخشد و تمام مراحل درمان کاملا بر اساس نیاز از نظریه خاص آن استفاده می‌شود و یک درمان تلفیقی (روان‌پویشی، گشتالت و وجودی) با کاربردی فراوان انجام گرفته است. از آنجا که هدف درمان‌های روانکاوی، وجودی‌ها و گشتالت را می‌توان فردیت، اصالت و خود واقعی در نظر گرفت کاملا با هدف درمان وابستگی سالم که خود حقیقی است وجه اشتراک دارند. بنابراین در درمان وابستگی سالم نیز به خود شخص پرداخته می‌شود و یک درمان مناسب برای رهایی از درگیری‌های شخص با «خود» و در عنایت با «دیگران» می‌باشد (وایتفیلد، ۱۹۹۱). نکته مهم در این درمان این است که برای کسانی استفاده می‌شود که از وضعیت زندگی خود، که شامل جنبه‌های مختلف است، ناراضی هستند و تمایل به تغییر دارند. از عوامل موثر در این درمان: ۱. بیداری یا آگاهی ۲. تبدیل‌ها و ۳. یکپارچگی می‌باشد. بنابراین، این درمان از آگاهی به همراه مسئولیت شروع می‌شود (وایتفیلد، ۱۹۹۱).

لذا در خانواده هایی که نظام آشفته دارند به علت تمایزیافتگی کم افراد و در هم تنیده بودن خانواده‌ها، روابط عاطفی و وابستگی-های ناسالم تاثیر زیادی بر روی زندگی افراد دارد. «خود» بر حسب «دیگری» شکل می‌گیرد و با فقدان «دیگری»، خود تقریبا متلاشی می‌شود و در واقع می‌توان گفت «خودی» وجود ندارد و یا به صورت کاذب شکل گرفته و «خود» حقیقی افراد با توجه به فشار شدید از جانب این «دیگری»ها، پنهان شده است (وایتفیلد، ۱۹۹۱؛ دانایی فر و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین افرادی که وابستگی ناسالم دارند با تمرکز بر احساسات، نیازها و انگیزه‌های دیگران، از خویشتن فاصله گرفته و نسبت به تغییرات جسمی نیازهای روانی خود غفلت می‌ورزد. از طرفی دیگر با میل وسواس‌گونه به تکرار گذشته، در دور رفتارهای خود تخریبی گرفتار آمده و سناریوهای خودشکست دهنده و خودتخریبی فراوان برای خویشتن می‌آفرینند. بنابراین یکی از مهم‌ترین دلایل طلاق در افراد، روابط ناسالم و مساله‌دار ایشان با والدین در هنگام کودکی است؛ به میزانی که والد در حال تجربه یک مشکل روانی-اجتماعی است، برای فراهم کردن نیازهای زناشویی و عاطفی کمتر در دسترس خواهد بود (هیو، جیانگ و وانگ[2]، ۲۰۱۹). در تحقیقات غیرمرتبط با درمان وابستگی سالم، اتفاقیان (۱۳۹۲)، پژوهشی را تحت عنوان اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی بر هم‌وابستگی زنان متقاضی طلاق انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد که خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی بر کاهش هم‌وابستگی زنان متقاضی طلاق تاثیر گذار بوده است. فروغی راد (۱۳۹۱)، نیز در پژوهشی به تاثیر متغیر هم‌وابستگی همسران افراد معتاد بر رضایتمندی زناشویی آنان انجام داد. و به این نتایج دست یافت که افزایش میزان هم‌وابستگی باعث کاهش رضایت زناشویی می شود.

بدین جهات و با توجه به اهمیت موضوع طلاق و آسیب‌های متاثر از آن بخصوص در زوجین، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان وابستگی سالم برای کاهش تاثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود و این در حالی است که در کشور ما تاکنون تحقیق رسمی و دانشگاهی درباره درمان وابستگی سالم انجام نگرفته است. محدودیت منابع فارسی (تنها دو کتاب) و نادقیق بودن مطالب جسته و گریخته مربوط به وابستگی سالم در زبان فارسی، عدم آشنایی متخصصان و درمانگران از این

1 - Wells
2 - Hou, Jiang & Wang

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

درمان و در نتیجه بی‌اطلاعی افراد از وابستگی‌های ناسالم و مشکلات خویش و ... که نمونه‌ای از کمبودهای موجود است، کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثمر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. همچنین مطالعات مداخله‌ای متفاوت بر روی زوجین با روابط ناآشفته که در معرض آسیب‌های فردی و اجتماعی زیادی می‌باشند در داخل انجام شده است، اما رویکرد درمان وابستگی سالم تاکنون انجام نشده است. در مطالعات و تحقیقات صورت گرفته درباره دو مولفه‌های اساسی و بسیار مرتبط و همبسته خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی که در وضعیت کلی زندگی حائز اهمیت می‌باشد، به صورت کنترل شده و نظام‌مند تحقیقی انجام نگرفته است.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان بیان کرد که از جمله آثار منفی آشفتگی در روابط زوجین تاثیرات روان‌شناختی آن می‌باشد و در جامعه امروز که تعداد افرادی که همسر خود را بر اثر این آشفتگی ها و نارضایتی ها از دست داده‌اند، رو به افزایش است می‌تواند پیامدهایی بر سلامتی افراد جامعه داشته باشد. شیوه جدیدی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته وابستگی سالم می‌باشد. متاسفانه خیلی از مشاوره‌هایی که به این افراد داده می‌شود به قطع کردن رابطه از لحاظ فیزیکی ختم می‌شود. در حالی که قطع وابستگی جدایی از فرد مورد نظر نیست، بلکه رهایی از معضل سوگیری با خود است. وابستگی سالم و مشاوره به پژوهش در وجوه مختلف مکاتب، شیوه‌ها و فنون درمانی اختصاص یافته است. از همین رو تلاش برای بررسی وابستگی سالم به عنوان درمان انتخابی در زوجینی که در فشارهای روانی زندگی با طلاق روبرو هستند و در جهت افزایش خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی آنان مورد اهمیت قرار گرفته و مطالعه‌ای در این زمینه انجام گرفته است. بدین ترتیب هدف این تحقیق بررسی اثربخشی درمان وابستگی سالم در ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی در زوجین با روابط آشفته می‌باشد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده بود. بدین معنی که ویژگی‌های دست‌کاری، جایگزینی تصادفی و گروه کنترل را در خود دارد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه زوجین ناراضی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۳۰ زوج از مراکز مشاوره شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. برای نمونه‌گیری نخست با زوجین داوطلبی که توسط مرکز مشاوره معرفی شدند، مصاحبه و پرسشنامه خودکارآمدی و کیفیت زندگی به‌عنوان آزمون غربالگری اجرا شد (لازم به ذکر است که برای ورود زوجین ناراضی از پرسشنامه تعارضات زناشویی استفاده شد). بعد از بیان اهداف و روند اجرایی پژوهش و بررسی شرایط ورود از میان زوجین واجد شرایط ۳۰ زوج به‌تصادف انتخاب و در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) به‌تصادف گمارش شد. شرایط ورود به گروه دامنه سنی میان ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی، در آستانه طلاق بودن، بود. شرایط خروج نیز غیبت در جلسات، عدم انجام تکالیف و وقوع رویدادهای پیش‌بینی‌نشده (مانند بیماری، مرگ یکی از اطرافیان و ..) و ابراز عدم تمایل به ادامه همکاری را شامل شد. گروه آزمایش ۱۴ جلسه ۶۰ دقیقه ای تحت آموزش درمان وابستگی سالم قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار ماند. برای جلسات درمان وابستگی سالم سعی بر این بود که منطبق با الگوی درمانی وایتفیلد (۱۹۹۱)، که تلفیقی از درمان روان‌پویشی، گشتالت و درمان وجودی، روند مداخله اجرا شود که در جدول ۱ به طور مختصر به عناوین و اهداف هر جلسه اشاره شده است، برای سنجش و کنترل روایی مداخله، در طول جلسات از گروه آزمایش خواسته می‌شد خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار و پروتکل جلسات مداخله‌ای، مشخص گردد. نتایج نشان داد که خلاصه شرکت‌کنندگان با ساختار جلسات همخوان است. با توجه با این که افراد تحت بررسی از دسته گروه‌بندی خودآگاه نبوده و اطلاعاتی به آنها درباره روش اجرای تحقیق ارائه نگردیده بود، پس این تحقیق یک سو کور می‌باشد. روند درمان وابستگی سالم طی چندین جلسه معین با موضوعات مشخص طبق روند انجام شد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE): پرسشنامه خودکارآمدی عمومی[1] (GSE) توسط شرر[2] و همکاران (۱۹۸۲) جهت سنجش باورهای خودکارآمدی عمومی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ گویه است که سه جنبه از رفتار شامل: میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از یک تا ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که می‌تواند از این مقیاس به‌دست آورد، ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است (مجیدیان، ۱۳۸۴). شرر اعتبار پرسشنامه خودکار آمدی عمومی را به‌روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ ذکر می‌کند (اعرابیان و همکاران، ۱۳۸۳). اولین بار در ایران این مقیاس توسط بختیاری براتی (۱۳۷۶) ترجمه و اعتباریابی شد. قابلیت اعتماد مقیاس خودکارآمدی در پژوهش بختیاری براتی (۱۳۷۶)، ۰/۷۹ و در پژوهش عبدی‌نیا (۱۳۷۷)، ۰/۸۵ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱ گزارش شده است

پرسشنامه کیفیت‌زندگی: کیفیت‌زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع. سازمان بهداشت جهانی کیفیت‌زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزشهایی که او در آنها زندگی می‌کند می‌داند که در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست (حمیدی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷). پرسشنامه کیفیت‌زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) مشهورترین و پراستفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت‌زندگی است. سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت‌زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت‌زندگی ۱۰۰ سوالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت‌زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت‌زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت‌جسمی، سلامت‌روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت‌زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت‌جسمی ۰/۷۷، سلامت‌روانی ۰/۷۷، روابط‌اجتماعی ۰/۷۵، سلامت‌محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول زیر آمده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه تعارض های زناشویی براتی و ثنایی ذاکر (۱۳۷۵): برای سنجش میزان زوجین با روابط آشفته از پرسشنامه تعارض های زناشویی استفاده شد. پرسشنامه تعارض های زناشویی به وسیله براتی و ثنایی ذاکر (۱۳۷۵) تهیه و تنظیم شده است و دارای ۴۲ ماده می باشد که هفت بعد یا زمینه تعارض های زناشویی را اندازه گیری می کند. جهت نمره گذاری آن به روش لیکرت از ۱ تا ۵ تنظیم شده است. حداکثر و حداقل نمره کل پرسشنامه به ترتیب ۲۱ و ۴۲ است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه بر روی یک گروه ۳۲ نفر برابر با ۰/۷۶ و برای

1 - General Self-Efficacy Scale (GSE)
2 - Sherer

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

هفت خرده مقیاس آن به ترتیب: کاهش همکاری ۰/۸۰، کاهش رابطه جنسی ۰/۷۸، افزایش واکنش های هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۸۵، افزایش رابطه فردی با خویشاوندن خود ۰/۸۴، کاهش رابطه با خویشاوندان همسر ۰/۷۹، جدا کردن امور مالی از یکدیگر ۰/۹۰ گزارش شده است و همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شده است (براتی، ۱۳۷۵)

جدول ۱: عنوان جلسات مربوط به درمان وابستگی سالم

جلسات آموزش	عنوان جلسات
فرمول درمان: آگاهی + مسئولیت	
مرحله اول درمان: آگاهی	
جلسه ۱	اهداف: آگاهی: ۱. جلسه آشنایی، ۲. استفاده از فنون آشنایی برای اعضاء، ۳. معرفی درمان
جلسه ۲	اهداف: تدریس فرایند جریحه دار شدگی و چگونگی به وجود آمدن اختلالات شخصیت و یا رگه های آن از این طریق، استفاده از نظریه های روابط موضوعی و روانشناسی خود.
جلسه ۳	اهداف: ۱. الگوی ارتباطی خود-دیگران مهم الف. بررسی پویش های ارتباطی، ب. سندرم بازگشت و فرار از خانه، ج. تاثیر این الگوی بر زندگی امروز، د. تاثیر این الگو در شکل گیری شخصیت، ه. تیپ های شخصیتی از نظر وابستگی
جلسه ۴	اهداف: ۱. کودک بزرگسال، الف. ویژگیها، ب. شناسایی رفتارها، ج. شکل گیری وابستگی های ناسالم از این طریق
جلسه ۵	اهداف: تبدیل ها (الف. کار بر روی تعارض ها، ب. تبدیل ناسالم ها به سالم، ج. خودجوشی و خودانگیختگی و خودمختاری و حریم ها).
جلسه ۶	اهداف: یکپارچگی و تلاش برای پیدا کردن خود حقیقی و کار بر روی وظایف نیمه تمام (الف. کا بر روی مسائل اساسی، ب. عملکرد درد نخستین، ج. سوگواری کردن).
جلسه ۷	اهداف: سوگواری کردن، اندوه و سوگ حل نشده (عقده ها، آسیب ها، فقدان ها، ضربه های عاطفی)
جلسه ۸	اهداف: ۱. فعالیت های عملی در زمینه وظایف نیمه تمام و سوگواری، استفاده از فنون تجربی گشتالت، سایکودرام.
جلسه ۹	اهداف: ۱. پرداختن به عملکرد درد نخستین (قسمت مهم و عمیق آسیب های سوگواری نشده)، الف. بازگو کردن سرگذشت زندگی برای درمانگر یا گروه ب. ارتباط تجارب کنونی با گذشته ج. نوشتن درد عاطفی به صورت نام و استفاده از فنون تجربی برای آنها د. نامه فرستاده نشده و خواندن برای درمانگر و استفاده از فنون تجربی گشتالت ه. تخلیه انرژی زهرآگین ر. گرفتن فیدبک از اعضا یا درمانگر و مرتبط ساختن کشمکش ها با زندگی آینده
جلسه ۱۰	اهداف: ۱. کار بر روی مسائل اساسی. الف. واقعی بودن، اصالت و شناسایی خودحقیقی ب. تشخیص و برآورده کردن نیازها ج. نداشتن مسئولیت بیش از اندازه در قبال دیگران و شناسایی حد و مرزها د. افزایش اعتماد به نفس و داشتن قاطعیت و واگذاری در رها کردن اداره و کنترل (قاطعیت)، ه. رهایی از تصمیم گیری ها و انتخاب های همه و هیچ و یادگیری اعتماد کردن و اطمینان کردن به طور انتخاب به دیگران، ر. تشخیص و شناسایی احساسات و استفاده کردن از آنها، ز. نداشتن تحمل فوق العاده رفتارهای نامناسب و یادگیری مرزها و محدودیت ها، ژ. رهایی از ترس طرد شدن و تنها ماندن و کار بر روی تعارضات، ط. به خود و دیگران عشق ورزیدن، ظ. قطع وابستگی های ناسالم و داشتن وابستگی و استقلال سالم.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مرحله دوم درمان: مسئولیت	
جلسه ۱۱	تدریس نظریه وجودی ها
جلسه ۱۲	استفاده از این نظریه توسط اعضا برای درک مسئولیت
جلسه ۱۳	نظریه معنادرمانی
جلسه ۱۴	هم آفرینندگی نکته: ترتیب این جلسات فقط به خاطر معرفی درمان می باشد و نمی توان با توجه به مسائل تجربی که در گروه پیش می آید تعداد جلسات را به طور قطع پیش بینی کرد و در مواردی مخصوصا در مرحله اول درمان جلسات متعددی برای یک قسمت از درمان در نظر گرفته می شود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار spss19 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته ها

در این بخش با توجه به همسانی واریانس نمرات و نرمال بودن توزیع نمرات و حجم مساوی گروه آزمایش و کنترل برای آزمون معناداری تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و کنترل اثر نمره‌ها پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تاثیر درمان وابستگی سالم بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زوجین با روابط آشفته

اثر		ارزش	F	معناداری	Eta^2	توان
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۸۶	۷/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۶۲
	ویلکز لامبدا	۰/۵۱۴	۷/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۶۲
	اثر هاتلینگ	۰/۹۴۵	۷/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۶۲
	ریشه روی	۰/۹۴۵	۷/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۶۲

طبق نتایج به‌صورت کلی بین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین این فرضیه تایید شد. توان آماری نیز حاکی از کفایت حجم نمونه بوده و میزان تفاوت بین دو گروه نیز تقریباً ۴۸ درصد بود.

جدول ۳. خلاصه آزمون کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان وابستگی سالم بر خودکارآمدی زوجین با روابط آشفته

منبع تغییرات	SS	df	Ms	F	sig	Eta
همپراشI	۲۷۶۲/۶	۱	۲۷۶۲/۶	۱۷۵	۰/۰۱	۰/۸۶۶
گروه	۵۸۶/۹	۱	۵۸۶/۹	۳۷/۲	۰/۰۱	۰/۵۷۹
خطا	۴۲۶/۳	۲۷	۱۵/۸			
کل	۱۱۵۶۴۹	۳۰				

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت بین گروه‌ها، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (F(۱ ،۲۷) =۳۷/۲، P= ۰/۰۱). به‌طوری مقایسه نمرات گروه‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات گروه آزمایش پس از مداخله، به‌طور معنی‌داری افزایش‌یافته است. بااین‌وجود، تغییر نمرات گروه کنترل، محسوس نیست. ازاین‌روی می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت "درمان وابستگی سالم" باعث افزایش خودکارآمدی زوجین با روابط آشفته شده است. اندازه این اثر نیز برابر با ۵۷/۹ درصد برآورد شده است.

جدول ۴. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تاثیر درمان وابستگی سالم بر کیفیت زندگی زوجین با روابط آشفته

اثرات	لاندای ویلکز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	حجم اثر
گروه	۰/۳۱	۱۱/۵	۴	۲۱	۰/۰۱	۰/۶۸۷

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، با کنترل اثر پیش آزمون، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (۰/۳۱ =لاندای ویلکز، F=۱۱/۵، P= ۰/۰۱، ۰/۶۸۷ $= \eta^2$). به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که حداقل در یکی از مولفه های مربوط به "کیفیت زندگی" تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین به منظور اطلاع از اینکه تفاوت بین گروه ها مربوط به کدامیک از مولفه ها است، از تحلیل تک متغیری با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی استفاده گردید، در این شیوه برای کنترل خطای نوع اول سطح معنی‌داری آزمون فرضیه‌ها برابر با ۰/۰۱۲۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس تک متغیره بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر درمان وابستگی سالم بر کیفیت زندگی زوجین با روابط آشفته

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	سلامت جسمانی	۳۳/۵	۱	۳۳/۵	۸/۵	۰/۰۱	۰/۲۶۴
	سلامت روان	۳۰/۴	۱	۳۰/۴	۸/۰۴	۰/۰۱	۰/۲۵۱
	روابط اجتماعی	۵۷/۱	۱	۵۷/۱	۱۵/۵	۰/۰۱	۰/۳۹۲
	سلامت محیط	۲۷/۳	۱	۲۷/۳	۷/۵	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷
خطا	سلامت جسمانی	۸۷/۸	۲۴	۳/۶۶			
	سلامت روان	۹۰/۷	۲۴	۳/۷۸			
	روابط اجتماعی	۸۸/۸	۲۴	۳/۷			
	سلامت محیط	۸۷/۹	۲۴	۳/۶۶			
کل	سلامت جسمانی	۱۹۱۷	۳۰				
	سلامت روان	۱۷۵۸	۳۰				
	روابط اجتماعی	۱۴۰۷	۳۰				
	سلامت محیط	۶۴۸	۳۰				

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

بر اساس اطلاعات جدول ۵، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲۵) در مولفه های "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول ۵ نیز نشان می دهد میانگین این چهار مولفه در زوجین با روابط آشفته گروه آزمایش که تحت آموزش درمان وابستگی سالم قرار گرفته اند، به طور معنی داری افزایش داشته است، بنابراین می توان ادعا کرد که درمان وابستگی سالم بر "سلامت جسمانی"، "سلامت روان"، "روابط اجتماعی" و "سلامت محیط" زوجین با روابط آشفته موثر است. اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً ۱۹.۷ درصد از واریانس "سلامت جسمانی"، ۲۵.۱ درصد از واریانس "سلامت روان" ۳۹.۲ درصد از واریانس "روابط اجتماعی" و ۲۳.۷ درصد از واریانس "سلامت محیط" آزمودنی از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان وابستگی سالم بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زوجین با روابط آشفته مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام شد، نتایج نشان داد که درمان وابستگی سالم باعث افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زوجین با روابط آشفته در گروه آزمایش شده است. لازم به ذکر است که در این زمینه پژوهشی مشاهده نشد که بتوان نتایج را با یکدیگر مقایسه کرد. از این رو به تبیین نظری فرضیه‌های پژوهش می‌پردازیم. در تبیین این یافته می‌توان گفت چون تاب‌آوری یک فرایند محافظت کننده است که احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (آرگینتون و ویلسون، ۲۰۰۰)، بنابراین زوجین با روابط آشفته که از این ویژگی محافظت کننده برخوردار هستند، هنگام برخورد با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تلاش می‌کنند نگرش خود را نسبت به آن فشارزاها مثبت نمایند و از این طریق از وجود ویژگی‌های منفی مانند علایم افسردگی از خویش محافظت می‌کنند. به عبارت دیگر، چون در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که تاب‌آوری با سلامت روان و خودکارآمدی (یوبلاکر و همکاران، ۲۰۱۳) و بهبود سلامت‌روانی و فیزیکی افراد مرتبط است (تیو و همکاران، ۲۰۱۳)، بنابراین برخورداری از این ویژگی مثبت می‌تواند موجب تعدیل متغیرهای مرتبط با سلامت‌روان از جمله افسردگی و علایم آن در زوجین با روابط آشفته شوند. همچنین کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و ذهنی است. تحقیقات نشان داده است که کیفیت زندگی در تجربیات زندگی نهفته است و تنها خود افراد می‌توانند در مورد کیفیت‌زندگی‌شان قضاوت کنند. رضایت از زندگی یکی از جنبه‌های مهم کیفیت‌زندگی افراد می‌باشد و از آن که رضایت از حوزه‌های مختلف برای افراد متفاوت است، اهمیت حوزه‌ها نیز برای افراد مختلف متفاوت است و تاثیر یکسانی بر کیفیت‌زندگی افراد نخواهد داشت، از سوی دیگر کیفیت‌زندگی به معنی احساس آسایش فرد است که از رضایت یا نارضایتی او در حوزه‌هایی از زندگی که برایش اهمیت دارد ریشه می‌گیرد. از سوی دیگر آگاهی درباره این که افراد چگونه شرایطشان را ارزیابی می‌کنند، برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات روانشناختی لازم است. این پژوهش با هدف اثربخشی درمان وابستگی سالم بر ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی زوجین با روابط آشفته انجام شد. نتایج نشان داد که وابستگی سالم باعث افزایش خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی زوجین با روابط آشفته شده است در تبیین نتایج درمان وابستگی سالم می‌توان گفت که: وابستگی ناسالم رفتاری اکتسابی است و به صورت وابستگی به افراد یا اشیای خارج از خود جلوه می‌کند و شامل غفلت از خود و کاهش هویت فردی می‌شود. خود کاذبی که در وابستگی ناسالم شکل می‌گیرد به صورت عادات وسواسی اجباری، اعتیاد و اختلالات دیگر که موجب بیگانگی فرد با هویتش شده و احساس شرمندگی را پرورش می‌دهند، بروز می‌کند که با نشانه‌های انکار/هذیان (اختلال فکری)، سرکوبی هیجانی (اختلال احساسی) و وسواس عملی (اختلال رفتاری)، توام با دو نشانه فرعی عزت-نفس پایین و مشکلات پزشکی نمایان می‌شود (وکسیدر و همکاران، ۱۹۹۰). وابستگی ناسالم به الگوی رفتاری ناکارآمدی در روابط بین زوج‌ها منجر می‌شود. افراد در وابستگی‌های ناسالم به دلیل مقدم دانستن دیگران بر خود و ترس از طرد شدن، یا از ایجاد روابط صمیمانه دوری می‌کنند و یا در ارتباطات خود حریم‌ها و حد و مرزهای سالم برقرار نمی‌کنند و به دیگران اجازه می‌دهند با

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

رفتارهایشان آنها را تحت تاثیر قرار دهند. فرد با خصوصیات وابستگی ناسالم با تمرکز افراطی به دیگران، بیان نکردن احساسات و معنای شخصی به دست آمده از ارتباط با دیگران صمیمیت کمتری را در ارتباطات خود تجربه می‌کند؛ و تمایل بالاتری را برای درگیری در رابطه و همچنین احساس رضایت پایین‌تری را ابراز می‌کند. بنابراین زنان با ویژگی‌های وابستگی ناسالم، با وسواس به توجه و تمرکز به نیازها و خواسته‌های همسر و فرزندان و نادیده گرفتن نیازهای عاطفی، جسمانی دچار کمبود و خلا عاطفی و روانی می‌شوند. از طرفی با ابراز وجود نکردن و واکنش‌های ناکارآمد موجبات ایجاد تنش در فضای خانواده را فراهم می‌کنند که مشکلات بین‌فردی و زناشویی پدید می‌آید. این زوجین مشکل را در همسر و خانواده جست‌وجو می‌کنند که راه را برای انعطاف-پذیری در برخورد با مسائل و جست‌وجوی راه حل در خودشان می‌بندند. در نتیجه این عوامل، بیشتر در معرض تعارضات بین‌فردی و زناشویی قرار می‌گیرند و برای گرایش به طلاق مستعدتر هستند. از آنجا که وابستگی‌های ناسالم به عنوان یک اختلال شخصیت به بروز اختلال در سلامت‌روانی و جسمی، کاهش خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی فرد منجر می‌شود، می‌توان نتیجه‌گیری کرد میزان بالای وابستگی‌های ناسالم به عنوان اختلال شخصیت موجب بروز تعارضات و مشکلات ارتباطی، نداشتن حد و مرزهای کارا در روابط صمیمی و زناشویی، مشکلات در ارتباطات عاطفی، جنسی، خانوادگی و اجتماعی زوج‌ها می شود که به طلاق و گسستگی خانواده منجر خواهد شد. لذا با درمان وابستگی سالم می توان از طلاق و پیامدهای طلاق پیشگیری کرد.

با جمع‌بندی مطالعات انجام شده می‌توان اذعان کرد با آموزش درمان وابستگی سالم، افراد می‌توانند عواطف خود را به صورت مناسب‌تر ابراز کنند. با مدیریت عواطف و احساس‌های خود به شیوه‌های بهتری می‌توانند با محیط و اجتماع خود، سازگار شوند. رویکردهای موثری از جمله درمان وابستگی سالم که به بهبود عواطف و باورها و بینش و سلامت روانی منتج می‌گردد نیز می‌تواند باعث افزایش و بهبود خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی که متاثر از عوامل محیطی و اجتماعی و سلامت روانی و جسمانی هست، گردد. بر این اساس و نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان برداشت کرد که درمان وابستگی سالم در ارتقاء مولفه‌های خودکارآمدی و کیفیت‌زندگی زوجین با روابط آشفته اثربخش باشد.

یکی بودن درمان‌گر و پژوهش‌گر، عدم دو سو کور بودن، عدم امکان کنترل تمام متغیرهای مزاحم، گستره محدوده مطالعه از لحاظ سن، تحصیلات، شغل، قوم و نژاد، عدم وجود سنجش روایی کامل در مداخله و عدم پیگیری نتایج پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به عنوان پیشنهادی برای پژوهش‌های آینده، علاوه بر رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر، با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به دیدگاهی روشن‌تر از مفهوم وابستگی سالم و تاثیر آن بر فرد، خانواده و جامعه ایرانی، بررسی‌های بیشتری در این باره صورت گیرد، همچنین برای آشنایی و آگاهی در سطح جامعه پیشنهاد می‌شود مبحث وابستگی سالم در برنامه‌های آموزشی و درمانی برای مشاوران خانواده، زوج‌درمانگران، دانشجویان و افراد علاقمند در مراکز مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه‌ها، آموزش و پرورش، مراکز بهزیستی، انجمن‌های خودیاری و رسانه‌های گروهی به کار گرفته شود. از سوی دیگر، به کارگیری یافته‌های این پژوهش در آموزش مشاوران و روان‌شناسان، و نیز در کارهای بالینی سودمند خواهد بود. همچنین مشاوران خانواده و زوج‌درمانگران در مشاوره پیش از ازدواج، زوج ها را از نظر خصوصیات وابستگی سالم مورد سنجش قرار دهند و از روش‌های درمانی برای کاهش وابستگی‌های ناسالم بهره گیرند. همچنین آموزش راهکارهای کاهش میزان وابستگی ناسالم همسران به عنوان یکی از مداخلات روانی-آموزشی بر سایر مداخلات مشاوره‌ای افزوده شود. ضمن آنکه به نظر می‌رسد پژوهش در این‌باره که چگونگی هم‌وابستگی به عنوان اختلال شخصیت بر روابط زوج‌ها تاثیر می‌گذارد، از جنبه نظری و کاربردی اهمیت زیادی دارد. انجام پژوهش‌های بیشتری در زمینه تاثیر وابستگی سالم بر ازدواج لازم است تا درک بیشتری در این زمینه حاصل شود.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

منابع

اتفاقیان، آرزو. (۱۳۹۲). اثربخشی خانواده درمانی مبتنی بر نظام عاطفی بوون بر هم وابستگی، نارسایی هیجانی و اضطراب زنان متقاضی طلاق. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه کردستان.

اندیشمند، امین. (۱۳۹۷). *بررسی رابطه بین احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با خودکارآمدی دانش آموزان مقطع متوسطه*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش های جنسیتی، تاب آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم وابستگی در همسران افراد معتاد. مطالعات اجتماعی-روانشناسی زنان، سال ۱۲، شماره ۴، صص: ۹۲-۶۹.

دانایی فر، مرتضی؛ آزادچهر، محمدجواد و مغنی باشی منصوریه، امیر. (۱۳۹۵). رابطه هم وابستگی و طلاق. *مجله رفاه اجتماعی*. ۱۶ (۶۱)، ۱۰۱-۱۲۲.

سیف، علی اکبر. (۱۳۹۷). *روان شناسی پرورشی*. تهران: انتشارات رشد.

فروغی راد، معصومه. (۱۳۹۱). *تاثیر متغیر هم وابستگی همسران افراد معتاد بر رضایتمندی زندگی زناشویی آنان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام خمینی.

مرادی، میلاد؛ افرازی زاده، سیدفیض الله و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۵). بررسی رابطه صمیمیت روان شناختی و خودتنظیمی هیجانی با تعارضات زناشویی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر کرج. *مطالعه روانشناسی و علوم تربیتی*، ۲ (۴)، ۹۶-۱۰۹.

Aggarwal, S., Kataria, D., & Prasad, S. (2017). A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses. *Asian journal of psychiatry*, *30*, 65-70.

Arrington, E. G., & Wilson, M. N. (2000). A re-examination of risk and resilience during adolescence: Incorporating culture and diversity. *Journal of Child and Family Studies*, *9*(2), 221-230.

Chang, S. R., Yang, C. F., & Chen, K. H. (2019). Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas*, *126*, 45-50.

Hamilton, K., Cornish, S., Kirkpatrick, A., Kroon, J., & Schwarzer, R. (2018). Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *British journal of health psychology*, *23*(2), 387-406.

Hou, Y., Jiang, F., & Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor–partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, *54*(3), 369-376.

Huang, C. (2016). Achievement goals and self-efficacy: A meta-analysis. *Educational Research Review*, *19*, 119-137.

Li, Y. C., Joshi, D., King-Dowling, S., Hay, J., Faught, B. E., & Cairney, J. (2018). The longitudinal relationship between generalized self-efficacy and physical activity in school-aged children. *European journal of sport science*, *18*(4), 569-578.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Llanes, C., Álvarez, A. I., Pastor, M. T., Garzón, M., González-García, N., & Montejo, Á. L. (2019). Sexual dysfunction and quality of life in chronic heroin-dependent individuals on methadone maintenance treatment. *Journal of clinical medicine*, *8*(3), 321.

McNally, C. (2020). A Task Analytic Model Of Tenderness In Emotion-Focused Therapy For Couples: The Discovery Phase.

Park, T. Y., & Park, Y. (2018). Contributors Influencing Marital Conflicts Between a Korean Husband and a Japanese Wife. *Contemporary Family Therapy*, 1-11.

Qiu, S., Hannigan, B., Keogh, D., & Timulak, L. (2020). Learning emotion-focused therapy: certified emotion-focused therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *19*(4), 310-330.

Radoja, I., & Degmečić, D. (2019). Quality of Life and Female Sexual Dysfunction in Croatian Women with Stress-, Urgency-and Mixed Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *Medicina*, *55*(6), 240.

Rohatgi, A., Scherer, R., & Hatlevik, O. E. (2016). The role of ICT self-efficacy for students' ICT use and their achievement in a computer and information literacy test. *Computers & Education*, *102*, 103-116.

Schramm, D. G., & Becher, E. H. (2020). Common practices for divorce education. *Family Relations*, *69*(3), 543-558.

Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2016). Self-efficacy theory in education. *Handbook of motivation at school*, *2*, 34-54.

Sha, L., Schunn, C., Bathgate, M., & Ben-Eliyahu, A. (2016). Families support their children's success in science learning by influencing interest and self-efficacy. *Journal of Research in Science Teaching*, *53*(3), 450-472.

Tamborini, C. R., Couch, K. A., & Reznik, G. L. (2015). Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. *Advances in Life Course Research*, *26*, 44-59.

Tosi, M., & van den Broek, T. (2020). Gray divorce and mental health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, *256*, 113030.

Uebelacker, L. A., Eaton, C. B., Weisberg, R., Sands, M., Williams, C., Calhoun, D., ... & Taylor, T. (2013). Social support and physical activity as moderators of life stress in predicting baseline depression and change in depression over time in the Women's Health Initiative. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(12), 1971-1982.

Wegscheider-Cruse and Cruse. (1990). Understanding codependency. Deerfield Beach: Health ommunications, 103-105

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]