

رابطه هم وابستگی با دشواری های تنظیم هیجان در زنان شهر اصفهان

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۶

سمیرا مطیعیان*، مریم قربانی**، محسن گل پرور***

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تعیین رابطه‌ی هم وابستگی با دشواری های تنظیم هیجان در زنان شهر اصفهان انجام شد. **روش:** روش تحقیق به کار گرفته شده، توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه ی زنان شهر اصفهان و نمونه مورد مطالعه ۴۵۰ نفر از جامعه مورد نظر بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سنجش هم وابستگی و مقیاس دشواری های تنظیم هیجان بود. داده های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان، تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه بین هم وابستگی با دشواری های تنظیم هیجان معنادار است. همچنین بین مؤلفه های دشواری تنظیم هیجان و هم وابستگی ارتباط چندگانه معناداری وجود دارد و مؤلفه‌های دشواری های تنظیم هیجان از طریق مؤلفه های هم وابستگی قابل پیش بینی است. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج، می توان بیان کرد که هم وابستگی متغیر مهمی در پیش بینی دشواری های تنظیم هیجان است. **واژه‌های کلیدی:** هم وابستگی، دشواری های تنظیم هیجان، زنان

anyta1360@yahoo.com

ghorbani_psy@yahoo.com

drmgolparvar@hotmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

مقدمه

هم وابستگی^۱ بیماری گم گشتگی خود، است. نوعی الگوی ناسالم در برقراری ارتباط متقابل با دیگران و نوعی مشکل هیجانی که فرد آن را در رفتارهای اجباری (شخصی و حرفه ای) آشکار می‌سازد. تاریخچه آن را می‌توان ادامه تکامل سه جریان دانست: الف) الکی‌های بی‌نام^۲: که در سال ۱۹۵۱ با ازدواج الکی‌ها شکل گرفت و توسط تأثیرات منفی که بر اعضای خانواده فرد الکی می‌گذاشت؛ مشخص می‌شد. ب) کودکان بزرگسال الکی‌ها^۳: که در اواخر دهه ۱۹۷۰ آغاز شد و تمرکز آن بر روی کودکان دارای والدین معتاد بود. وابستگی‌های آسیب‌شناسانه کودکان به والدین معتاد، زمینه‌ای برای مراقبت‌های افراطی یا پذیرش مسئولیت دیگران بود. ج) هم وابستگی‌ها گمنام^۴: که در اوایل دهه ۱۹۸۰ شکل گرفت و شامل افرادی است که ممکن است دارای تاریخچه خانوادگی اعتیاد به الکل باشند (یا نباشند)، اما در هر حال کسانی هستند که با سندرم هم وابستگی شناخته می‌شوند [۱]. ویژگی‌های هم وابسته اغلب به واسطه تربیت ناسالم روانشناختی شکل می‌گیرد. افرادی که در خانواده‌های بدکارکرد بزرگ شده‌اند، دارای ویژگی‌های شخصیتی هستند که توسط رفتارهای مراقبتی، نیاز به کنترل، کمال‌گرایی، خودکم‌بینی، انکار و مهارت‌های ارتباطی ضعیف، مشخص می‌گردد. این گونه رفتارها به عنوان ابزاری برای بقا در خانواده‌های غیرمعمولی و بدکارکرد در فرد ایجاد می‌شوند؛ اما زمانی که در دوران بزرگسالی این رفتارها همچنان ادامه یابند، مسأله‌ساز خواهند بود. بوئن^۵ (۱۹۹۸) در مفهوم تمایز یافتگی خود^۶، این موضوع را عنوان می‌کند که برخی خانواده‌ها، اعضای خود را از متفاوت بودن یا ایجاد هویت منحصر به فرد، باز می‌دارند. بنابراین اعضای این قبیل خانواده‌ها، از نظر هیجانی به طور افراطی در ارتباط با خانواده باقی می‌مانند و از فرصت دستیابی به مرزهای شخصیتی منحصر به خود، محروم می‌شوند [۲]. اسکیان و همکاران به بررسی رابطه هم وابستگی با تمایز یافتگی در

دانشجویان پرداختند. نتایج نشان داد که بین هم وابستگی و تمایز یافتگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. همچنین نشان دادند که هرچه هم وابستگی بالاتر باشد، میزان واکنش‌پذیری عاطفی هم بالاتر است. بین هم وابستگی و جایگاه من ارتباط معکوس معنادار وجود دارد. هرچه هم وابستگی بالاتر باشد، گریز عاطفی و میزان هم آمیختگی با دیگران هم بالاتر است [۳]. امروزه هم وابستگی به عنوان رفتارهای ناهنجار شامل: مشغولیت‌های استرس‌زا با زندگی دیگران و تمرکز دائمی بر نیازها و رفتارهای آنها، شناخته می‌شود. هم وابستگی یک مشکل سلامت روان است؛ تخمین زده شده است که ۴۰ میلیون آمریکایی هم وابسته هستند. اکثریت این افراد زنان هستند، بنابراین هم وابستگی در حیطه سلامت روان از اهمیت خاصی برای سلامت زنان برخوردار است [۴]. در همین راستا، هاگز-هامر^۷ و همکاران، به بررسی هم وابستگی و افسردگی در زنان پرداختند. آنها ۱۰۵ زن دارای اختلال افسردگی را مورد ارزیابی قرار دادند. از بین این تعداد ۳۶ درصد آنها به طور ملایم تا شدید هم وابسته بودند. هم وابستگی و افسردگی رابطه قوی باهم نشان دادند. از میان خرده‌مقیاس‌ها، خودکم‌بینی و پنهان کردن خود، با افسردگی رابطه بسیار قوی داشت [۵]. در پژوهش دیگری؛ مارتسالف^۸ و همکاران به بررسی هم وابستگی و متغیرهای سلامت ادراک شده پرداختند. نمونه مورد مطالعه، ۲۳۸ زن بین سنین ۶۵ تا ۹۱ بودند. نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین هم وابستگی و سلامت ادراک شده و توانایی کارکردی وجود دارد. بین هم وابستگی و افسردگی نیز رابطه معناداری مشاهده شد. سه خرده‌مقیاس خودکم‌بینی، مشکلات پزشکی و پنهان کردن خود تأثیر مثبتی بر افسردگی داشت [۶]. همچنین نتایج پژوهش میدانوی و مامی^۹ حاکی از رابطه معنادار بین هم وابستگی و افسردگی می‌باشد [۷]. دوگان و آسلی^{۱۰} نیز نشان دادند که میان هم وابستگی و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد [۸]. در ابتدا، نشانه‌های هم وابستگی در اثر استرس زندگی با فرد معتاد به وجود می‌آید. در تحقیقات بعدی مشخص شد

1- codependency

2- AL- Anon

3 - ACOA

4 - CODA

5 - Bowen

6 - Differentiation of Self

7 - Hughes-Hummer

8 - Martsof

9 - Maeda Naoki & Mami

10 - Duggan & Ashley

غفلت از خود نیز، در ایجاد احساس ناتوانی جسمی احتمالی و ظهور و پیشرفت انواع مشکلات پزشکی نقش دارد [۴]. لیفینگ و فرگوسن^۴ (۱۹۹۶) معتقدند که تعریف هم وابستگی بر روی یک پیوستار می تواند به زنان در حفظ و ارج نهادن به تمایلشان برای پیوستگی و ارتباط کمک کند. درجات پایین هم وابستگی نشانه ای از رفتارهای تطابقی در زنان است و درجات بالای آن که با "انکار خویش" همراه است، می تواند زیان بخش بوده و مانع رشد شود [۹].

زنان در طول تاریخ با این اعتقاد که عزت نفس شان در گرو کیفیت مراقبت آنان از دیگران است و برای مراقبت های بی تناسب از دیگران، وابسته بودن به همسر (شریک) در روابط اجتماعی و انکار و تکذیب نیازهای خود، رشد یافته اند و احساس خوشبختی و کامل بودن را در پیوستن با دیگران می دانند و در واقع علت اینکه اصطلاح هم وابستگی اولین بار در مورد زنان به کار گرفته شد، نیز این است که رفتارها و ویژگیهای هم وابستگی منعکس کننده انتظارات اجتماعی و نقش های تجویز شده فرهنگی برای زنان می باشد. از طرفی افراد هم وابسته شدیداً گرفتار و متمرکز بر نیازهای دیگران می شوند؛ به طوری که از نیازهای خود غافل می - مانند. بدون درمان، هم وابستگی منجر به روابط غیر معمول و بدکار کرد خواهد شد [۲]. اساساً شخص هم وابسته، رابطه های مغشوش و آشفته ای دارد؛ این رابطه، ارتباط فرد با خود، دیگران و خدا را شامل می شود. این اغتشاشات منجر به بروز مشکلات هیجانی در فرد می شود [۱۱].

از طرفی فرض بر این است که ناتوانی در تنظیم هیجانی، مکانیزم زیربنایی اختلالهای خلقی و اضطراب است. مروری بر چهارمین راهنمای آماری و تشخیص اختلالهای آشکار کرد که ۵۲ درصد از اختلالهای محور اول و ۱۰۰ درصد اختلالهای محور دوم، دربرگیرنده نقایص در تنظیم هیجان^۵ است [۱۲].

با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آنها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجان ها در زندگی افراد است. در واقع یک هیجان زمانی مشکل آفرین و آسیب زا می شود که به سبک نادرستی ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد، بسیار شدید باشد و برای

حتی زمانی که فرد معتاد بهبود پیدا می کرد، رفتار هم وابسته ای اعضای دیگر خانواده اغلب ادامه می یافت و حتی گاهی بیشتر می شد. این موضوع نشان داد که در این امر، پدیده جداگانه ای دخالت دارد [۴]. همچنین در آغاز دهه ۱۹۸۰ مفهوم هم وابستگی به هر شخصی که درگیر یک ارتباط معیوب و مختل بود، گسترش یافت و شامل افرادی از انواع سیستم های خانواده معیوب شامل: خانواده های دارای معتادان، بیماران روانی و ذهنی و بیماران جسمی شد [۱۰، ۹]. تحقیقات از این عقیده که هم وابستگی، مستقل از وابستگی شیمیایی است و از همبستگی های روانی هم وابستگی در زنان، حمایت می - کنند. رابرت سابی^۱ (۱۹۸۴)، دیدگاه سیستمی خانواده و روان شناسی "خود"، هم وابستگی را شامل الگوی هیجانی، روان شناختی و رفتاری مقابله ای می داند که نتیجه تماس طولانی مدت با مجموعه ای از قوانین و مقررات طاقت فراست و از به کار بردن آنها ناشی می شود. مقرراتی که از اظهار و بیان آشکار احساسات و گفتگوی مستقیم درباره مشکلات شخصی و بین فردی جلوگیری می کند. به کار بستن چنین مقرراتی منجر به اختلالاتی در هویت اعضای خانواده خواهد شد. هم وابستگی نتیجه صرف انرژی زیاد توسط اعضای خانواده در تمرکز بر خود کاذبشان است تا خود حقیقی. زمانی که چنین شود، الگوهای هم وابستگی شکل گرفته و نه تنها در خانواده، بلکه به ارتباطات خارج از خانواده نیز گسترش می یابد [۱]. با توجه به هاگز - هامر، افراد هم وابسته، در یک خانواده آشفته بزرگ شده اند، خانواده ای با سابقه سوء مصرف مواد یا غفلت های هیجانی. در نتیجه ای این تجربیات کودکی، مفهوم هسته ای هم وابستگی (غفلت از خود/تمرکز بر دیگران^۲) شکل می گیرد. این افراد از خودشان غافل می شوند و به طور افراطی بر کنترل و دخالت در امور و افراد دیگر تمرکز می کنند. این غفلت از خود باعث ایجاد انواع نشانه های ثانویه (شامل: خود کم بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی^۳) می شود. مسائل حل نشده خانواده اولیه، در فقدان رشد کافی و مناسب عزت نفس و استفاده از رفتارهای آموخته شده از قبیل انکار احساسات نقش دارد. تمرکز بر دیگران و

1 - Robert Sobby

2 - Other focus/Self neglec

3 - Low Self Worth, Hiding Self. Medical Problems

4 - Fergosen & Liffing

5 - Emotion Regulation

داد که دشواری در تنظیم هیجانی با نگرانی رابطه مثبت معنی‌دار دارد [۱۷]. استیونس^۳ و همکاران نشان دادند که دشواری‌ها در تنظیم هیجان واسطه‌ی بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه^۴ است [۱۸]. همچنین نتایج پژوهش مک‌درمات^۵ و همکاران نیز از نقش محوری دشواری در تنظیم هیجانی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه حمایت کرد [۱۹]. شارپ^۶ و همکاران نشان دادند که دشواری‌ها در تنظیم هیجانی، واسطه ارتباط بین ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی^۷ و ذهن‌گرایی افراطی است [۲۰]. تول^۸ و همکاران در پژوهشی به بررسی نقش دشواری در تنظیم هیجان در رفتارهای پرخطر جنسی^۹ پرداختند. نتایج نشان داد دشواری‌ها در تنظیم هیجان، رابطه مثبت معنادار با تعدادی از رفتارهای جنسی تجارتي (رابطه جنسی برای دریافت پول یا دارو) داشت [۲۱]. همان‌طور که عنوان شد هم‌وابستگی نوعی الگوی ارتباط با خود و دیگران است که منجر به دشواری در پذیرش احساسات و ایجاد دیگر رفتارهای متناقض با خود می‌شود؛ آنچنان که لاش^{۱۰} (۱۹۹۰) نیز می‌گوید هم‌وابستگی بیماری آشفتگی هیجانی است و مشخصه آن، جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس‌های خود است [۱۱] که این ویژگی‌های برجسته در اختلال دشواری در تنظیم هیجان نیز وجود دارد. از طرفی گرچه اصطلاح هم‌وابسته مناسب‌تر است؛ اما در بسیاری از کتب و پژوهش‌ها از این افراد به عنوان افراد وابسته یاد می‌شود که تمایل شدیدی به ورود به رابطه با افرادی را دارند که به لحاظ هیجانی در دسترس و نیازمند هستند و تلاش می‌کنند که یک رابطه را کنترل کنند؛ بدون اینکه نیازها و احساسات خود را ابراز کنند. آنها سعی می‌کنند از شخصی که دچار یک وضعیت بحرانی است، مراقبت کنند اما مراقبت و توجه به یک وسواس و ناکامی تبدیل می‌شود. در واقع این نوع وابستگی رابطه‌ای است که با زندگی کردن به خاطر دیگری، کنترل دیگران، حل مشکل دیگران و نگرانی بیش از حد درباره‌ی

مدت زیادی بر زندگی فرد اثر گذارد [۱۳]. این کارکرد دوگانه هیجان‌ها به فرایند تنظیم هیجانی اشاره می‌کند که طی آن افراد هیجان‌های خود را با توجه به موقعیت‌های گوناگون تنظیم و تعدیل می‌کنند. در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن هیجان‌های خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و طبق این فرایند، مشخص می‌شود که فرد چگونه هیجان‌ها را تجربه و ابراز می‌کند. فرایند تنظیم هیجان ممکن است خودکار یا کنترل شده، هشیار یا نیمه هشیار باشد [۱۴]. آلدائو^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی فراتحلیلی بر روی ۲۴۱ اندازه اثر در ۱۱۴ پژوهش، ارتباط میان راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجانی و آسیب‌شناسی روانی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که راهبردهایی مانند نشخوار ذهنی، سرکوبی، اجتناب از حل مسئله؛ بیشترین اندازه اثر را در اختلالات روانی دارند. همچنین آنها نشان دادند اختلالات افسردگی و اضطراب، در مقایسه با اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد، ارتباط بیشتر و همگام‌تری با راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی در پژوهش‌های مختلف دارند [۱۵]. پژوهشگران تعاریف گوناگونی برای تنظیم هیجان ارائه داده‌اند. گراتز و روئمر^۲ نیز تنظیم هیجانی را دربرگیرنده چهار مؤلفه می‌دانند: (۱) آگاهی از هیجان‌ها و فهمیدن آنها؛ (۲) پذیرش هیجان‌ها؛ (۳) توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب در زمانی که هیجان منفی تجربه می‌شود و (۴) توانایی کاربرد انعطاف‌پذیر تدابیر تنظیم هیجانی متناسب با موقعیت، به منظور تنظیم مطلوب پاسخ‌های هیجانی، دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواست‌های محیطی. دشواری در تنظیم هیجانی به منزله مؤلفه‌ای کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات خاصی، همچون اختلال شخصیت مرزی، افسردگی عمده، دوقطبی، اضطراب تعمیم یافته، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد و الکل ارائه شده است [۱۶].

حسینی، پاکیزه و سالاری در پژوهشی نشان دادند که اضطراب بر اساس نقص در تنظیم هیجانی قابل پیش‌بینی است [۱۲]. در پژوهش محمدلو و همکاران نیز نتایج نشان

3 - Stevens

4 - Posttraumatic Stress Disorder

5 - McDermott

6 - Sharp

7 - Borderline Personality Disorder (BPD)

8 - Tull

9 - Risky Sexual Behaviors (RSB)

10 - Lash

1 - Aldao

2 - Gratz & Roemer

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر از نظر نوع، توصیفی و از نظر روش، یک پژوهش همبستگی محسوب می شود. **آزمودنی ها:** جامعه آماری این پژوهش شامل زنان شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۱ و بهار سال ۱۳۹۲ می باشند. بر اساس اطلاعات در دسترس، طبق آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۰، تعداد کل زنان شهر اصفهان، ۵۰۵۹۰۹ نفر بودند.

ابزار

۱- پرسشنامه هم وابستگی^۴ (CODAT): این پرسشنامه توسط هاگز- هامر، مارتسالف و ذلر (۱۹۹۸)، به منظور اندازه گیری ویژگی های هم وابستگی افراد با بیست و پنج سؤال و پنج خرده مقیاس به نام های تمرکز بر دیگران/غفلت از خود، مسائل خانواده اولیه، خودکم بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی، مورد سنجش قرار گرفت. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه لیکرت پنج درجه ای است (به ندرت یا هرگز=۱؛ تا بیشتر اوقات=۵). دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره بین ۲۵ تا ۵۰ نشانه هم وابستگی کم، ۵۱ تا ۷۵ هم وابستگی ملائم، ۷۶ تا ۱۰۰ هم وابستگی متوسط و ۱۰۱ تا ۱۲۵ هم وابستگی شدید است. این مقیاس دارای روایی و پایایی خوبی است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه و خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها، شامل تمرکز بر دیگران/غفلت از خود، برابر با ۰/۸۵، خودکم بینی، برابر با ۰/۸۴، مسائل خانواده اولیه، برابر با ۰/۸۱، پنهان کردن خود، برابر با ۰/۸۰ و مشکلات پزشکی، برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. روایی سازه آن توسط بررسی رابطه ابعاد هم وابستگی با افسردگی نیز تأیید شده و روایی ملاکی آن نیز با اجرای مقیاس بر روی ۳۸ زن شاغل (به عنوان گروه نمونه) و ۲۱ زن تحت درمان هم وابستگی مستند گشته است. نتایج نشان داد که زنان هم وابسته به طور معناداری در همه خرده مقیاس ها نمره بالاتری در مقایسه با گروه کنترل کسب کردند [۲۹،۲]. این پرسشنامه برای استفاده در این پژوهش از زبان انگلیسی ترجمه گردید. آلفای کرونباخ پنج مؤلفه این پرسشنامه در این پژوهش به ترتیب برای

صمیمیت مشخص می گردد و متخصصان بهداشت روانی معتقدند که توانایی تشخیص نشانگان و علائم وابستگی برای اجتناب از هرگونه آسیب روانشناختی، فیزیکی و هیجانی بسیار حایز اهمیت است [۲۲]. تحقیق کندسون و ترل^۱ نشان داد هم وابستگی در بزرگسالی با تعارض در خانواده اولیه ارتباط معناداری دارد [۲۳]. همچنین در پژوهش تاور^۲ و همکاران، رابطه معنادار بین افسردگی و هم وابستگی تأیید شد [۲۴]. در تحقیق چانگ^۳ مشخص گردید که هم وابستگی منجر به سطوح پایین تمایز یافتگی و سطوح بالایی از سبک های وابستگی برای مقابله با اضطراب ناشی از محیط خانواده می شود و باعث اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمی می گردد [۲۵].

در تحقیق مارکز^۴ و همکاران مشخص شد که نمرات بالاتر هم وابستگی با سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و استرس همراه است [۲۶]. نتایج پژوهش هانیگمن و وایتهد^۵ نیز رابطه مثبت معناداری بین هم وابستگی و ویژگی های اختلال شخصیت مرزی نشان داد؛ همچنین مشخص شد هم وابستگی و اختلال شخصیت مرزی، به گونه ای مشابه با داشتن طحوااره های شناختی خطا، ارتباط دارند [۲۷].

با توجه به اهمیت این متغیر و رابطه آن با سلامت روان و بروز سایر اختلالات روانشناختی، مانند اختلالات خلق و با توجه به کمبود تحقیقات در زمینه این متغیر و ارتباط آن با سایر متغیرهای مرتبط با آسیب های روانشناختی، به منظور تلاش جهت ارتقای بهداشت روان زنان، سؤال اساسی این پژوهش نیز این بود که آیا میان ویژگی های برجسته هم وابستگی از قبیل بازداری و سرکوب احساسات و عواطف و مؤلفه های اختلال دشواری در تنظیم هیجان، شامل فقدان آگاهی هیجانی، عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، دشواری در کنترل تکانه و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند رابطه وجود دارد یا خیر.

1 - Knudson & Terrell

2 - Talwar

3 - Chang

4 - Marks

5 - Hoenigmann & Whitehead

6 - Codependency Assessment Tool

مختلف شهر اصفهان (پرسشنامه‌ها توسط مادران دانش آموزان تکمیل شد) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود، شامل جنسیت زن، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش می‌باشد و ملاک خروج نیز عدم پاسخگویی دقیق به سؤالات بوده. پرسشنامه‌های این پژوهش به صورت خود گزارش‌دهی بوده‌است. به این ترتیب که در آغاز توصیفی خلاصه در اختیار افراد قرار گرفته تا مطالعه‌نموده و سپس اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نمایند؛ پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تک‌تک پرسشنامه‌ها از نظر صحت پاسخگویی، به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته تا پرسشنامه‌های ناقص جدا شوند؛ ۲۷ پرسشنامه (معادل ۶ درصد) به دلیل نقص در پاسخ‌گویی از پژوهش کنار گذاشته شدند. سپس داده‌های مورد نیاز برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه‌ها استخراج و مورد تحلیل آماری قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۴/۲۹ سال بود.

یافته‌ها

تحلیل یافته‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-18^۲ انجام شد.

از کل اعضای نمونه، ۲۳ نفر (معادل ۵/۴ درصد) در گروه سنی تا ۲۰ سال، ۱۲۱ نفر در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ (معادل ۲۸/۶ درصد)، ۱۶۲ نفر (معادل ۳۸/۳ درصد) در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال، ۶۵ نفر (معادل ۱۵/۴ درصد) در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال، ۲۱ نفر (معادل ۵ درصد) در گروه سنی ۵۱ سال و بالاتر و ۳۱ نفر (معادل ۷/۳ درصد) در گروه اعلام نشده قرار داشته‌اند. همچنین ۱۰۲ نفر (معادل ۲۴/۱ درصد) در گروه افراد مجرد، ۳۰۲ نفر (معادل ۷۱/۴ درصد) در گروه افراد متأهل، ۱۳ نفر (معادل ۳/۱ درصد) در گروه افراد مطلقه و بیوه و ۶ نفر در گروه اعلام نشده (معادل ۱/۴ درصد) بوده‌اند. از نظر میزان تحصیلات ۱۷۴ نفر (معادل ۴۱/۱ درصد) در گروه تحصیلی تا دیپلم، ۴۴ نفر (معادل ۱۰/۴ درصد) در گروه تحصیلی دانشجوی و فوق دیپلم، ۱۴۸ نفر (معادل ۳۵ درصد) در گروه تحصیلی لیسانس، ۲۲ نفر (معادل ۵/۲ درصد) در گروه تحصیلی فوق لیسانس و

تمرکز بر دیگران/غفلت از خود، مسائل خانواده اولیه، خودکم بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی برابر با ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۷ و ۰/۷۴ به دست آمد.

۲- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) که به منظور ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان ساخته شده و دارای سی و شش سؤال و شش خرده مقیاس به نام‌های عدم پذیرش پاسخ-های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌باشد، استفاده به عمل آمد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه ای (تقریباً هرگز=۱؛ تا تقریباً همیشه=۵) است. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری در مقوله تنظیم هیجان است. نتایج مربوط به بررسی پایایی این پرسشنامه نشان داده که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا است (آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۳، خرده مقیاس عدم پذیرش، برابر با ۰/۸۵، خرده مقیاس اهداف، برابر با ۰/۸۹، خرده مقیاس تکانه، برابر با ۰/۸۶، خرده مقیاس آگاهی، برابر با ۰/۸۰، خرده مقیاس راهبردها، برابر با ۰/۸۸ و خرده مقیاس شفافیت، برابر با ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی برای نمرات کلی، برابر با ۰/۸۸ است). در رابطه با روایی این مقیاس نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش بین مطلوب برای این مقیاس است [۱۶]. نسخه ای از این پرسشنامه در ایران بررسی شده و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است [۳۰]. آلفای کرونباخ شش مؤلفه این مقیاس در این پژوهش، به ترتیب برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی برابر با ۰/۶۱، ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۶ و ۰/۸۴ و ۰/۶۳ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: از جامعه آماری مورد اشاره در بالا، بر اساس جدول تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری [۲۸] ۴۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از فرهنگسراها، سالن‌های ورزشی و مدارس در نواحی

2 - Statistical Package for Social Science (Version 18)

1 - Difficulties in Emotion Regulation Scale

دکتری و ۳۵ نفر (معادل ۸/۳ درصد) در وضعیت اعلام نشده میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه شد که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱) شاخص های توصیفی گروه نمونه پژوهش در مؤلفه های متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	ابعاد متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد
۱	هم وابستگی	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۲/۱۲	۰/۸۹	۰/۰۴
۲		مسائل خانواده اولیه	۲/۱۸	۰/۹۱	۰/۰۳
۳		خود کم بینی	۱/۶۶	۰/۷۳	۰/۰۴
۴		پنهان کردن خود	۲/۲۱	۰/۱۸	۰/۰۴
۵		مشکلات پزشکی	۱/۷۱	۰/۷۴	۰/۰۴
۶	دشواری در تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۲/۲۸	۰/۸۶	۰/۰۴
۷		دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۲/۸۳	۰/۹	۰/۰۴
۸		دشواری در کنترل تکانه	۲/۴۶	۰/۸۱	۰/۰۳
۹		فقدان آگاهی هیجانی	۲/۸۸	۰/۷	۰/۰۴
۱۰		دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲/۳۴	۰/۸۲	۰/۰۳
۱۱		فقدان شفافیت هیجانی	۲/۱۳	۰/۶۹	۰/۰۴

همبستگی مثبت و معنادار ($P < 0/01$) و از بین مؤلفه های هم وابستگی، مسائل خانواده اولیه، خود کم بینی و مشکلات پزشکی با فقدان آگاهی هیجانی دارای همبستگی مثبت و معنادار ($P < 0/05$) هستند.

در جدول ۲ رابطه بین مؤلفه های هم وابستگی با مؤلفه های دشواری در تنظیم هیجان ارائه شده است. همانطور که مشاهده می شود، کلیه مؤلفه های هم وابستگی با عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی دارای

جدول ۲) رابطه بین مؤلفه های هم وابستگی با مؤلفه های دشواری در تنظیم هیجان

ردیف	مؤلفه های هم وابستگی	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	دشواری در کنترل تکانه	فقدان آگاهی هیجانی	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
		r	r	r	r	r	r
۱	تمرکز بر دیگران/غفلت از خود	۰/۳۳*	۰/۲۵*	۰/۳۱*	-۰/۰۲	۰/۳۴*	۰/۲۳*
۲	مسائل خانواده اولیه	۰/۴۲*	۰/۳۶*	۰/۳۷*	۰/۱۱**	۰/۴۴*	۰/۲۶*
۳	خود کم بینی	۰/۵۶*	۰/۴۲*	۰/۴۴*	۰/۱۲**	۰/۵۷*	۰/۴۶*
۴	پنهان کردن خود	۰/۳۳*	۰/۲*	۰/۲۲*	-۰/۰۲	۰/۳۲*	۰/۲۳*
۵	مشکلات پزشکی	۰/۴۵*	۰/۳۶*	۰/۳۶*	۰/۱۱**	۰/۴۹*	۰/۳۹*

* $P < 0/01$ ** $P < 0/05$

بودن رابطه متغیرها و نرمال بودن توزیع آن ها وجود ندارد. همچنین بررسی شاخص های تحمل و عامل تورم واریانس نشان داد که مشکل همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین در تحلیل رگرسیون وجود ندارد.

به منظور بررسی پیش بینی متغیرها از تحلیل رگرسیون استفاده شد. در بررسی خطی بودن رابطه خطی متغیرها از نمودار پراکندگی و برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. بررسی این دو پیش فرض نشان داد که مشکلی در داده ها از نظر خطی

جدول ۳) پیش بینی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از طریق مؤلفه‌های هم وابستگی

ردیف	مؤلفه‌های هم‌وابستگی	B	SE	β	t	P	R	R ²	F
۱	مقدار ثابت	۰/۶۵	۰/۱۲	-	۵/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱۷	۰/۳۸۱	۵۱/۲۳*
۲	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۰/۰۹	۰/۰۴	-۰/۰۹	۲/۱۶	۰/۰۳			
۳	مسائل خانواده اولیه	۰/۱۷	۰/۰۴	-۰/۱۸	۴/۱	۰/۰۰۰			
۴	خود کم‌بینی	۰/۴۳	۰/۰۶	-۰/۳۶	۷/۱۲	۰/۰۰۰			
۵	پنهان کردن خود	۰/۰۷	۰/۰۵	-۰/۰۷	۱/۶	۰/۱۱			
۶	مشکلات پزشکی	۰/۱۲	۰/۰۶	-۰/۱	۲/۰۴	۰/۰۴			

با توجه به جدول ۳، از پنج مؤلفه هم‌وابستگی، تمرکز بر دیگران / غفلت از خود ($\beta = ۰/۰۹, p < ۰/۰۱$)، مسائل خانواده‌اولیه ($\beta = ۰/۱۸, p < ۰/۰۱$)، خود کم‌بینی ($\beta = ۰/۳۶, p < ۰/۰۱$) و مشکلات پزشکی ($\beta = ۰/۱, p < ۰/۰۱$) پیش‌بینی کننده‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی بوده‌اند.

جدول ۴) پیش‌بینی دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند از طریق مؤلفه‌های هم وابستگی

ردیف	مؤلفه‌های هم‌وابستگی	B	SE	β	t	P	R	R ²	F
۱	مقدار ثابت	۱/۵۴	۰/۱۴	-	۱۰/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۴۸۳	۰/۲۳۳	۲۵/۳۸*
۲	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۰/۰۹	۰/۰۵	-۰/۰۹	۱/۸۴	۰/۰۷			
۳	مسائل خانواده اولیه	۰/۱۹	۰/۰۵	-۰/۱۹	۳/۸۵	۰/۰۰۰			
۴	خود کم‌بینی	۰/۳	۰/۰۷	-۰/۲۵	۴/۲۳	۰/۰۰۰			
۵	پنهان کردن خود	-۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۳۶	۰/۷۲			
۶	مشکلات پزشکی	۰/۱۴	۰/۰۷	-۰/۱۲	۲/۰۸	۰/۰۴			

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از پنج مؤلفه هم‌وابستگی، مسائل خانواده اولیه ($\beta = ۰/۱۹, p < ۰/۰۱$)، خود کم‌بینی ($\beta = ۰/۲۵, p < ۰/۰۱$) و مشکلات پزشکی ($\beta = ۰/۱۲, p < ۰/۰۱$) پیش‌بینی کننده‌های دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند بوده‌اند.

جدول ۵) پیش‌بینی دشواری در کنترل تکانه از طریق مؤلفه‌های هم وابستگی

ردیف	مؤلفه‌های هم‌وابستگی	B	SE	β	t	P	R	R ²	F
۱	مقدار ثابت	۱/۱۹	۰/۱۳	-	۹/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۵	۰/۲۵۵	۲۸/۵۹*
۲	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۰/۱۴	۰/۰۴	-۰/۱۵	۳/۲۶	۰/۰۰۱			
۳	مسائل خانواده اولیه	۰/۱۶	۰/۰۴	-۰/۱۸	۳/۷۳	۰/۰۰۰			
۴	خود کم‌بینی	۰/۲۸	۰/۰۶	-۰/۲۵	۴/۴۸	۰/۰۰۰			
۵	پنهان کردن خود	-۰/۰۰۳	۰/۰۵	-۰/۰۰۳	-۰/۰۶	۰/۹۵			
۶	مشکلات پزشکی	۰/۱	۰/۰۶	-۰/۰۹	۱/۶۴	۰/۱			

همانطور که مشاهده می‌شود، از پنج مؤلفه هم‌وابستگی، تمرکز بر دیگران / غفلت از خود ($\beta = ۰/۱۵, p < ۰/۰۱$)، مسائل خانواده اولیه ($\beta = ۰/۱۸, p < ۰/۰۱$) و خود کم‌بینی ($\beta = ۰/۲۵, p < ۰/۰۱$) پیش‌بینی کننده‌های دشواری در کنترل تکانه بوده‌اند.

جدول ۶) پیش بینی دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی از طریق مؤلفه های هم وابستگی

ردیف	مؤلفه های هم وابستگی	B	SE	β	t	P	R	R ²	F
۱	مقدار ثابت	۰/۷۲	۰/۱۱	-	۶/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۶۳۹	۰/۴۰۹	۵۷/۶*
۲	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۰/۱	۰/۰۴	۰/۱۱	۲/۷۲	۰/۰۰۷			
۳	مسائل خانواده اولیه	۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۲	۴/۵۵	۰/۰۰۰			
۴	خود کم بینی	۰/۳۷	۰/۰۶	۰/۳۳	۶/۷۲	۰/۰۰۰			
۵	پنهان کردن خود	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۴	۱/۰۲	۰/۳۱			
۶	مشکلات پزشکی	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۱۶	۳/۱۴	۰/۰۰۲			

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می شود، از پنج مؤلفه هم وابستگی، تمرکز بر دیگران / غفلت از خود ($p < ۰/۰۱$)، مسائل خانواده اولیه ($\beta = ۰/۲$, $p < ۰/۰۱$)، خود کم بینی ($\beta = ۰/۳۳$, $p < ۰/۰۱$) و مشکلات پزشکی ($\beta = ۰/۱۶$, $p < ۰/۰۱$) پیش بینی کننده های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی بوده اند.

جدول ۷) پیش بینی فقدان شفافیت هیجانی از طریق مؤلفه های هم وابستگی

ردیف	مؤلفه های هم وابستگی	B	SE	β	t	P	R	R ²	F
۱	مقدار ثابت	۱/۲	۰/۱۱	-	۱۱/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷	۲۵/۸۹*
۲	تمرکز بر دیگران / غفلت از خود	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۶	۲/۲۱	۰/۲۲			
۳	مسائل خانواده اولیه	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۴			
۴	خود کم بینی	۰/۳	۰/۰۶	۰/۳۲	۵/۶۶	۰/۰۰۰			
۵	پنهان کردن خود	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۸۵			
۶	مشکلات پزشکی	۰/۱۵	۰/۰۵	۰/۱۶	۲/۸۵	۰/۰۰۵			

با توجه به جدول ۷، از پنج مؤلفه هم وابستگی، خود-کم بینی ($\beta = ۰/۳۲$, $p < ۰/۰۱$) و مشکلات پزشکی ($\beta = ۰/۱۶$, $p < ۰/۰۱$) پیش بینی کننده های فقدان شفافیت هیجانی بوده اند.

بحث

بر اساس نظریات و تحقیقاتی که در مقدمه این مقاله مرور گردید، مؤلفه های هم وابستگی در ارتباط با مؤلفه های اختلال در دشواری تنظیم هیجان مطرح شد. نتایج به دست آمده از ارتباط میان هم وابستگی با دشواری ها در تنظیم هیجان و ارتباط ترکیبی میان مؤلفه های این دو متغیر حمایت می کنند. بر اساس یافته ها کلیه مؤلفه های هم وابستگی با عدم پذیرش پاسخ های هیجانی دارای همبستگی مثبت و معنادار است. عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، گرایش به داشتن پاسخ های ثانوی منفی به هیجانات منفی یا عدم پذیرش واکنش به پریشانی را منعکس می کند؛ از آن جایی که هم وابستگی نوعی الگوی ناسالم ارتباط با خود و دیگران است که از طریق وابستگی به مردم و غفلت از هویت خویش آشکار می گردد و منجر به

دشواری در پذیرش احساسات و ایجاد دیگر رفتارهای متناقض با خود می شود، همانطور که انتظار می رفت، این یافته با ویژگی های برجسته افراد هم وابسته که در ادبیات هم وابستگی ذکر شده است؛ شامل بازداری و سرکوبی احساسات و عواطف، هم سو می باشد. هاگز - هامر (۱۹۹۸)، بیان می کنند افراد هم وابسته دچار فقدان رشد کافی و مناسب عزت نفس و انکار احساسات و هیجانات هستند [۵]. همچنین یافته های رابرت سابی (۱۹۸۴)، که هم وابستگی را الگوی هیجانی، روان شناختی و رفتاری مقابله ای ناشی از به کار بردن طولانی مدت قوانین و مقررات طاقت فرسایی می داند که از اظهار، بیان و پذیرش آشکار احساسات و هیجانات جلوگیری می کند [۱]، همچنین لاش (۱۹۹۰) که می گوید هم وابستگی بیماری آشفته گی هیجانی است و مشخصه آن جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس های خود است، نیز با یافته های این فرضیه هم سو می باشد [۱۱].

از طرفی با توجه به یافته ها مشخص شد که از بین مؤلفه های هم وابستگی، تمرکز بر خارج / غفلت از خود، مسائل

خانواده اولیه، خود کم بینی و مشکلات پزشکی پیش بینی کننده های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی هستند. با توجه به هاگز - هامر (۱۹۹۸)، افراد هم وابسته در یک خانواده آشفته بزرگ شده‌اند و در نتیجه تجربیات کودکی، مفهوم هسته‌ای هم وابستگی یعنی تمرکز بر خارج/غفلت از خود در آنها شکل می‌گیرد. این غفلت از خود، باعث بروز نشانه‌های ثانویه می‌شود که خود کم‌بینی و مشکلات پزشکی جزئی از آن نشانه‌ها هستند. مسائل خانواده‌ی اولیه، شامل نارضایتی مداوم ناشی از رشد کردن در یک خانواده آشفته، وابسته به مواد یا درگیر با سایر مشکلات است که در آن افکار، احساسات و علائق، آزادانه و آشکارا ابراز نمی‌شده است. این مسائل و نارضایتی‌ها منجر به شکل‌گیری مؤلفه تمرکز بر خارج/غفلت از خود می‌شود که شامل کنترل رویدادها، افراد و کمک‌های افراطی به دیگران است. خودکم بینی نیز که به دنبال این مفهوم هسته‌ای نمایان می‌گردد، شامل افکار خود-انتقادی، خود-بیزاری، خود-سرزنشگری و احساس شرم و حقارت است؛ به علاوه اینکه غفلت از خود، باعث ایجاد مشکلات پزشکی، شامل داشتن احساس ناخوشی و بیماری در مقایسه با دیگران و نگرانی نسبت به ناتوان شدن قریب الوقوع بدن و اشتغال ذهنی نسبت به سلامتی است که می‌تواند مشکلات واقعی یا خیالی را شامل شود [۵]. مؤلفه‌های ذکر شده پیش‌بینی کننده عدم پذیرش پاسخهای هیجانی است که گرایش به داشتن پاسخ‌های ثانوی منفی به هیجان‌ات منفی یا عدم پذیرش واکنش‌ها به پریشانی را منعکس می‌کند. همانطور که ذکر شد، هم وابستگی نوعی الگوی ناسالم ارتباط با خود و دیگران است که از طریق وابستگی به مردم و غفلت از هویت خویش آشکار می‌گردد و منجر به دشواری در پذیرش احساسات و ایجاد دیگر رفتارهای متناقض با خود می‌شود، و با توجه به مطالب ذکر شده در بالا، این یافته قابل تبیین است.

همچنین نتایج نشان داد که کلیه مؤلفه‌های هم وابستگی، با دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند دارای همبستگی مثبت و معنادار است. دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های تمرکز کردن و به اتمام رساندن تکالیف را به هنگام تجربه کردن هیجان‌ات منفی منعکس می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد هم

وابسته به این دلیل که عمدتاً بر مسائل خارج از خود تمرکز می‌کنند، در تعیین اهداف خود ملاک درونی ندارند و نداشتن معیار درونی باعث می‌شود فرد نتواند رفتار هدفمندی را در راستای رسیدن به هدف، به صورت مستمر ادامه دهد؛ زمانی هم که فرد اهدافی برای خود برمی‌گزیند، به دنبال عدم تأیید از جانب دیگران و احساس خود کم بینی، انگیزه خود را از دست داده و می‌تواند در یک دور معیوب رفتار شود. یافته‌های این فرضیه با نظریه تمایز یافتگی بوئن (۱۹۷۸) و نتایج پژوهش اسکیان و همکاران (۱۳۸۷) همسو است [۲، ۳]. از طرفی بر اساس یافته‌ها مشخص شد که از بین مؤلفه‌های هم وابستگی، مسائل خانواده اولیه، خود کم بینی و مشکلات پزشکی، پیش بینی کننده‌های دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند هستند. همانطور که در مقدمه این پژوهش بیان شد، هم وابستگی بیماری گم-گشتگی "خود" است و افراد هم وابسته مشغولیت فوق العاده‌ای به دیگران و با دنیای خارج از خود پیدا می‌کنند؛ به طوری که از خود حقیقی شان یعنی همانی که واقعاً هستند، غافل می‌شوند. در این وضعیت، فرد تماسش را با آنچه در درونش می‌گذرد، از دست می‌دهد و جدایی و بیگانگی شدید نسبت به خود و احساس‌های خود پیدا می‌کند و به جای پرداختن به خود و درک و شناسایی نیازها و دنیای درون، به دنیای خارج از خود متوسل می‌شود و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند نیز منعکس کننده دشواری‌های تمرکز کردن و به اتمام رساندن تکالیف به هنگام تجربه هیجان‌ات منفی است. چنانچه به یافته‌ها توجه شود، مشخص می‌شود که کلیه مؤلفه‌های هم وابستگی، با دشواری در کنترل تکانه دارای همبستگی مثبت و معنادار است و بنا به یافته‌ها، مسائل خانواده اولیه، تمرکز بر خارج/غفلت از خود و خود کم بینی، پیش بینی کننده‌های دشواری کنترل تکانه هستند. دشواری در کنترل تکانه، دشواری‌های در کنترل باقی ماندن رفتار یک فرد را به هنگام تجربه کردن هیجان‌ات منفی، منعکس می‌کند. این یافته با دیدگاه بوئن (۱۹۷۸) قابل تبیین است. بوئن می‌گوید: تمایز یافتگی به معنای رسیدن به حدی از استقلال عاطفی است که فرد بتواند در موقعیت‌های عاطفی و هیجانی، بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت‌ها، به صورت عقلانی و خودمختار

ذکر شده نیز می توان به تحقیقات انجام شده در زمینه دشواری در تنظیم هیجان اشاره کرد. زاهد و همکاران نشان دادند که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، با شاخص های رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد رابطه مثبت معنادار، و راهبردهای منفی تنظیم هیجان، با شاخص های رفتار بین فردی در آنان رابطه منفی معنادار دارد [۳۲]. این یافته ها با دیدگاه بوئن (۱۹۷۸) و ادبیاتی که در سرتاسر این پژوهش و مقدمه در مورد هم وابستگی ذکر شد، همسو می باشد.

همچنان که گفته شد کلیه مؤلفه های هم وابستگی، با فقدان شفافیت هیجانی دارای همبستگی مثبت و معنادار است. همچنین مشخص گردید که خود کم بینی و مشکلات پزشکی، پیش بینی کننده فقدان شفافیت هیجانی هستند. فقدان شفافیت هیجانی، نشان دهنده میزان آگاهی فرد از هیجانهاش و شفاف بودن این هیجانها برای او است. همانطور که انتظار می رفت، این یافته ها را نیز می توان با ویژگی های برجسته افراد هم وابسته که در تبیین یافته های قبلی عنوان شد، تبیین نمود.

با توجه به نتایج به دست آمده، می توان گفت که هم وابستگی یکی از عوامل دخیل در مشکلات تنظیم هیجانی می باشد؛ در واقع هم وابستگی، به عنوان یک ویژگی فردی می تواند راه انداز یا تشدید کننده اختلالات هیجانی، مانند اضطراب، افسردگی، خشم و ... باشد و این افراد وابسته، قادر به مدیریت هیجانها خود نیستند؛ لذا توجه به این عامل، در امر پیشگیری و یا درمان اختلالات هیجانی در افراد می تواند مدنظر قرار گیرد.

در پایان ذکر این نکات ضروری است که با توجه به نقش جنسیت در هم وابستگی، تحقیق حاضر بر روی جامعه ی زنان انجام شده است و قابل تعمیم به جامعه ی مردان نمی باشد. همچنین بررسی این متغیر در کنار متغیرهایی، مانند فردیت یافتگی و سایر اختلالات روان شناختی، مانند وسواس، اختلالات شخصیت، اضطراب... حائز اهمیت است و از آنجایی که هم وابستگی دارای پیشینه گسترده ای است و صاحب نظران در این حیطه، براساس تعاریف مطرح شده در پیشینه هم وابستگی، اقدام به ساخت و تنظیم پرسشنامه کرده اند، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، از سایر پرسشنامه های هم وابستگی مانند پرسشنامه هم وابستگی

تصمیم گیری کند. افرادی که از سطح پایین تمایز یافتگی برخوردارند، هویت شخصی تعریف شده ای ندارند و به خاطر کسب رضایت دیگران، رفتار و عقاید خود را تغییر می دهند، به حمایت از دیگران می پردازند و خود نیز به دنبال حمایت هستند و به طور کلی می توان گفت هیجانها و تأثیرپذیری از محیط در آنها غالب است [۳۱] و گیسون (۱۹۹۳) معتقد است که مفهوم تمایز یافتگی در دیدگاه بوئن، پلی است برای فهم وضعیت هم وابستگی؛ به عبارت دیگر هم وابستگی، مترادف با تمایز یافتگی پایین است [۳].

همچنین بر اساس آنچه در یافته ها مشاهده می شود، مسائل خانواده اولیه، خود کم بینی و مشکلات پزشکی، با فقدان آگاهی هیجانی دارای همبستگی مثبت و معنادار است. آگاهی هیجانی، گرایش به توجه کردن و شناسایی هیجانها را منعکس می کند. این یافته نیز با یافته لش (۱۹۹۰) مبنی بر اینکه هم وابستگی بیماری آشفتگی هیجانی است و مشخصه آن جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس های خود است [۱۱]، هم سو می باشد از طرفی با ویژگی های برجسته مطرح شده در ادبیات هم وابستگی نیز همخوان است. هم وابسته ها، مشغولیت فوق العاده ای به دیگران و با دنیای خارج از خود پیدا می کنند؛ به طوری که از خود حقیقی شان یعنی همانی که واقعاً هستند، غافل می شوند. در این وضعیت فرد تماسش را با آنچه در درونش می گذرد، از دست می دهد. دنیای درون شامل باورها، احساس ها، نیازها، هیجانها و ... است [۱۱]. غافل شدن از هویت خود، تضعیف و تحقیر آن، از مشخصه های خود کم بینی در هم وابستگی به شمار می آید. فقدان آگاهی هیجانی که در آن فرد گرایش به توجه و شناسایی احساسات خود ندارد را می توان با ویژگی های برجسته هم وابستگی، شامل غفلت از خود، بیگانگی وجدایی نسبت به احساسات و هیجانها، تبیین نمود.

نتایج این پژوهش نشان داد که کلیه مؤلفه های هم وابستگی با دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، دارای همبستگی مثبت و معنادار است و با توجه به یافته ها، تمرکز بر خارج/غفلت از خود، خود کم بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی پیش بینی کننده دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان هستند. در تبیین یافته های

13- Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In AM Kring and JJ Gross Eds, Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: The Guilford Press; 2010.

14- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An Integrative Review, Standford Univ. 1998.

15- Khaanzadeh M, Saeedian M, Hosein-Chari M, Edrissi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. J Behav Sci. 2012; 6(1):23-24. [Persian].

16- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J psychopathology and Behav Assess. 2004; 26(1):41-55.

17- Mohammadloo S, Gharaee B, Lavasani F, Gohar MR. Investigating relationship between behavioral activation and behavioral inhibition, emotion regulation difficult and Metacognition with worry. J Res Cogn Behav Sci. 2013; 5(2):85- 100.

18- Stevens NR, Gerhart J, Goldsmith RE, Heath, N.M. Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptom. Behav Thera, In Press, Corrected Proof; 2012.

19- McDermatt MJ, Tull MT, Gratz KL, Daughters SB, Lejuez CW. The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in Posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. Journal of Anxiety Disorder. J Anxiety Disord. 2009; 23(5):591-599.

20- Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel A, Sturek J, Fonggy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. J Am Acad Child Adol Psychiat. 2011; 20(6):563-573.

21- Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz K. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. Addic Behav. 2012; 37(10):1048-1092.

22- Mahdavian F. Effects of communication training on marital satisfaction and mental health. [M. A. Dissertation]. Iran. Institute of Psychiatry; 1997. [Persian].

23- Knudson TM, Terrell HK. Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin. J Fam Ther. 2012; 245-257.

24- Talwar UK, Verma AN, Singh R, Sharma V. Co-dependency and Marital Adjustment in Depression. [M. A. Dissertation]. India. Ranchi University; 2011.

هالیوک^۲، مقیاس هم وابستگی اسپن فیشر^۳ و... نیز استفاده شود تا به این وسیله ارتباط انواع ویژگی های افراد هم وابسته با متغیرهای دیگر مشخص گردد.

منابع

1- Douglass MD. Codependency: relationship to self and other. [Ph.D. Dissertation]. USA. Clifornia Institute of Integral Studies in Partial Fulfillment of the Requirements; San Francisco, CA; 2009. p. 16-30.

2- Loucks HA. Level of codependency in associate degree nursing students upon entry to and completion of nursing school [M. A. Dissertation]. USA: University of Wyoming; 2005. p. 3- 10.

3- Eskian p, Abedian A, Changizi F. The correlation between codependency and differentiation in undergraduate students in Tehran University. 4TH Seminar on Student Mental Health. 2008. [Persian].

4- Martsolf DS, Hughes-Hummer C, Estok P, Zeller R. Codependency in male and female helping professionals. Arch Psychiatr Nurs. 1999; 13(2):97-103.

5- Hughes-Hummer C, Martsolf DS, Zeller RA. Depression and codependency in a women. Arch Psychiatr Nurs. 1998; 12(6):326-334.

6- Martsolf DS, Sedlak CA, Doheny MO. Codependency and related health variables. Arch Psychiatr Nurs. 2000; 14(3):750-758.

7- Maeda N, Nagatomo S, Tanaka Y, Miura H. Codependency and Mental Health in social welfare students. J Kyushu univ health and welfare. 2007; (8):79-87.

8- Duggan A. Codependency as an influence on control strategies and Relational satisfaction in couples including one Depressed Individual; 2007. Available from: <http://citation.allacademic.com>.

9- Sharifi SH. The relationship between gender roles, codependency and fear of success in married women graduated from Tehran [M. A. Dissertation]. Tehran: Alzahra university; 2005. p. 33-50. [Persian].

10- Leavitt L. Parenting style and codependenc among addicts. [M. A. Dissertation]. Department of Social Work California State University; Long Beach. In Partial Fulfillment of the Requirements; University of Illinois; 1994. p. 1-15.

11- Whitfiel C. Codependency: The liberation of the human condition. Tehran: Farabi Hakim; 2002. [Persian].

12- Hosseini F, Pakize A, Salari Z. The role of early maladaptive schemas and difficulties in emotion regulation in students' anxiety. J Behav Sci. 2014; 7(4):297-305.

2 . Holyook Codependency Index(HCI)

3 . Spann-Fisher Codependency Scale

- 25- Chang SH. Codependency among College Students in the United States and Taiwan: A cross-cultural study [Ph.D. Dissertation]. 2010.
- 26- Marks ADG, Blore RL, Hine DW, Dear GE. Development and validation of a revised measure of codependency. *Aust J Psychol* . 2012; 64(3):119-127.
- 27- Hoenigmann NM, Whitehead GI. The relationship between codependency and borderline and dependent personality Traits. *Alcohol Treat Q*. 2008; (4):55-77.
- 28- Hasanzadeh R. Research methods in the behavioral sciences. Tehran: Savalan. 2002. [Persian].
- 29- Hughes-Hummer C, Martsof DS, Zeller RA. Development and testing of the codependency assessment tool. *Arch Psychiatr Nurs*. 1998; 12(5): 264-272.
- 30- Alavi KH, Modares Gharavi M, Izadi A, Salehi. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundamentals of Ment Health*. 2011; 2(50):124-135. [Persian].
- 31- Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aroso. 1978.
- 32- Zahed A, Allah Ghaliloo K, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in addictive disorders patients. *Res in Addic*. 2009; 11(27):99-114. [Persian].

The Relationship between Codependency with Difficulties in Emotion Regulation in Females of Isfahan

Motiean, S. *M.A., Ghorbani, M. Ph.D., Golparvar, M. Ph.D.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the relationship between codependency with difficulties in emotion regulation in females of Isfahan.

Method: This is descriptive and correlative research. The sample included 450 females who were selected by available sampling method. All the participants completed Codependency Assessment Tool (CODAT) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple of regression analysis.

Results: The result showed that there are significant relations between codependency with difficulties in emotion regulation. Results also revealed that there are significant multiple relations between subscales of codependency with difficulties in emotion regulation and subscales of difficulties in emotion regulation are forecastable with subscales of codependency.

Conclusion: It can be said codependency is an important variable to predict of difficulties in emotion Regulation.

Keywords: Codependency, Difficulties in Emotion Regulation, Females

*Correspondence E-mail:
anyta1360@yahoo.com