

## خصوصیات روان‌سنجی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

فرشید علی پور<sup>۱</sup>، جعفر حسنی<sup>۲</sup>، صابر سعید پور<sup>۳</sup>، الهه بدایق<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، تهیه نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی و بررسی اعتبار و روایی آن بود. **روش‌ها:** نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی با استفاده از تکنیک ترجمه مضاعف تدوین و بررسی ۴۳۰ نفر (۱۱۹ نفر مرد و ۳۱۱ نفر زن) از دانشجویان دانشگاه خوارزمی تهران اجرا شد. اعتبار نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی بر اساس روش‌های همسانی درونی، همبستگی‌های مجموعه ماده و بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، به منظور بررسی روایی، از روش‌های تحلیل عاملی، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و روایی ملاکی استفاده شد. **یافته‌ها:** دامنه آلفای کرونباخ (۰/۵۴ تا ۰/۸۸) نشان داد که نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی و خرده‌مقیاس‌های آن از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. همچنین، نمره‌های ماده و نمره‌های کلی خرده‌مقیاس‌ها، همبستگی معناداری با یکدیگر داشتند. ارزش ضرایب بازآزمایی (۰/۸۲ تا ۰/۸۸) بیانگر ثبات مقیاس بود. تحلیل عاملی تأییدی از الگوی ۵ عاملی ابزار سنجش هم‌وابستگی حمایت کرد. در نهایت، وجود الگوهای خاص ضرایب همبستگی بین خرده-مقیاس‌های نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی با سیستم‌های مغزی رفتاری و شبکه‌های دل‌بستگی، حاکی از روایی ملاکی خوب مقیاس بود. **نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی، خصوصیات روان‌سنجی رضایت‌بخشی در جامعه ایران دارد و در موقعیت‌های مختلف بالینی و پژوهشی قابل استفاده است.

**کلیدواژه‌ها:** هم‌وابستگی، نسخه فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی، تحلیل عاملی، اعتبار، روایی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست الکترونیک: hasanimehr57@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## مقدمه

اعتیاد اختلالی با عود مزمن که با رفتارهای تکانشی جستجوی مواد علی‌رغم پیامدهای منفی آن همراه می‌باشد تعریف شده است (میلتون و اوریت، ۲۰۱۲). متغیرهای مختلف روان‌شناختی به عنوان عوامل آسیب‌پذیری، تداوم، تشدید‌کننده و عامل ولع مصرف و عود در این اختلال مشخص شده‌اند (بارمحمدی، علی‌پور، بسطامی، ذوالفقاری‌نیا، بزاززاده، ۱۳۹۴). علاوه بر آسیب‌هایی که اعتیاد به فرد مصرف‌کننده وارد می‌آورد (علی‌پور، سعیدپور و حسنی، ۱۳۹۴). اعضای خانواده فرد مصرف‌کننده نیز از آسیب‌ها در امان نیستند. اعضای خانواده این افراد در شرایط پراسترسی زندگی می‌کنند و دچار ریسک‌پذیری بالایی برای اختلالات روان‌شناختی هستند (رای، مرتنز و ویسنر، ۲۰۰۹). در این بین نظریه هم‌وابستگی به آثاری که این اختلال بر اعضای خانواده وارد می‌آورد می‌پردازد و بیان می‌نماید که تأثیر اعضای خانواده و اختلال اعتیاد فرد دوسویه و دارای پیچیدگی خاصی است که در بحث درمان و پیشگیری نیازمند مداخله‌های ویژه‌ای می‌باشد (ارفورد، ولمان، ناترا، تمپلتون، کوپلو، ۲۰۱۳). در مواقعی که فرد تحت تأثیر رویدادهای استرس‌آمیز قرار می‌گیرد، رفتار و واکنش اعضای خانواده نقش زیادی در نحوه‌ی برخورد فرد با مشکل دارد (لوی، ۲۰۰۶). هم‌وابستگی در بین خانواده‌هایی که دارای عضو مصرف‌کننده‌ی موادمخدر هستند شرایطی را به وجود می‌آورد که از عوامل تعیین‌کننده درمان اعتیاد می‌باشد، بخشی از دلیل شکست درمان‌های اعتیاد فرد، هم‌وابستگی است که در فضای خانواده‌ی فرد معتاد جریان دارد (لی، شین و پارک، ۲۰۰۷).

روابط ناسالم با والدین در کودکی مخصوصاً با والدین مبتلا به اعتیاد، منجر به رشد کودکانی با ویژگی بی‌اعتمادی، خودمحوری، عزت‌نفس پایین و تنفر از خود می‌شود که از زمینه‌سازهای هم‌وابستگی است. هم‌وابستگی مفهومی است که از شیمی وارد ادبیات مربوط به درمان الکلیسم شد. در ابتدا نشانگان هم‌وابستگی به افکار و استرس‌هایی که با

زندگی در کنار یک فرد معتاد وجود داشت اطلاق می‌شد. بعدها در طی مطالعاتی مشخص شد که حتی در صورت درمان فرد معتاد، رفتارهای هم‌وابستگی اعضای خانواده همچنان ادامه می‌یابد که این نشانه‌ها در والدین، همسر یا شریک جنسی مشاهده می‌شد. بعد از این، مطالعات بالینی حول این موضوع رشد پیدا کرد (هاپکینز و جکسون، ۲۰۰۲)، و اوبرین و گوباریت<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) عنوان نمودند که هم‌وابستگی به‌عنوان متغیری خارج از رشته‌ی شیمی نیز وجود دارد. ادبیات پژوهشی به ویژگی‌های اصلی هم‌وابستگی اشاره داشته است از جمله: خودنایدیده‌گیری، خودارزشی پایین، ناتوانی در تشخیص، بیان و مدیریت هیجانات، فقدان خودمختاری، به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در برخورد با استرس، نهفته کردن خود، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و دگر جهت‌مندی (استافورد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

در قرن بیستم نیز واژه‌ی هم‌وابستگی از رفتار متقابل اعضاء خانواده، دوستان نزدیک الکلی‌ها یا دیگر مواد اعتیادآور پدیدار شد. هم‌وابستگی ابتدا به‌عنوان هم‌الکلی شناخته شده بود، در واقع در جلسات الکلی‌های گمنام در آمریکا، این عنوان برای همسران افراد الکلیک به‌کاربرده می‌شد که به اشکال گوناگون مستقیم و غیرمستقیم مانع درمان همسران‌شان می‌شدند (هاکن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳). در ۱۹۸۰ مفهوم هم‌الکلیک زیر نظر متخصصین روانکاو، جای خود را به هم‌وابستگی داد و از این به بعد این واژه مرسوم شد (هارپر و کاپدویلا<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). بعد از ۱۹۷۰ هم‌وابستگی به‌عنوان ارتباطات بدکارکرد ناتوان‌کننده با همسر یا شریک جنسی تعریف شده است (هاپکینز و جکسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ لیندلی، گیوردانو و هامر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹؛ مالوی و برکری<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). برخی صاحب‌نظران نیز هم‌وابستگی را به‌عنوان الگوی رفتاری آسیب‌شناختی که فرد از آن در موقعیت‌های استرس‌آمیز دوران رشد خود به‌کار می‌برد تعریف کرده‌اند (فولر و وارنر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰؛ هوگز هامر، مارتسولف و زلر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۸). خصوصیات افراد هم‌وابسته بیشتر به خاطر تربیت ناسالم خانوادگی شکل می‌گیرد؛

1. Hopkins, L. M. & Jackson  
2. O'Brien & Gaborit  
3. Stafford  
4. Haaken  
5. Harper & Capdevilla

6. Hopkins & Jackson  
7. Lindley, Giordano & Hammer  
8. Malloy & Berkery  
9. Hughes-Hammer, Martsolf & Zeller

خانواده‌هایی که نیاز به کنترل، کمال‌گرایی، خودکم‌بینی و مهارت‌های ارتباطی ضعیف را در فرد شکل می‌دهند. بوئن (۱۹۹۸) در نظریه خود مفهوم تمایز نیافتگی خود را مطرح می‌کند که اشاره به خانواده‌هایی دارد که از تفرد و متفاوت بودن و ایجاد هویت جداگانه افراد جلوگیری می‌کند. اعضای این خانواده‌ها فاقد مرزهای هیجانی با دیگر اعضای خانواده بوده و هرگز شخصیت واحد و جداگانه‌ای تشکیل نمی‌دهند (لوکس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

هم‌وابستگی از مفاهیم مهم در سلامت روان است، مخصوصاً در زنان؛ زیرا زنان به دلیل وابسته بودن، پتانسیل سوءاستفاده و آسیب بیشتری در روابط را دارا می‌باشند. کارسون و بکر<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) در پژوهشی نشان دادند که دانشجویان دختر دارای سابقه‌ی سوءاستفاده جنسی در کودکی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری در نمرات مقیاس هم‌وابستگی داشتند. کارسون و بکر (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای بر روی ۱۷۱ زن بزرگ‌سال ارتباط بین هم‌وابستگی و مورد سوءاستفاده واقع شدن در دوران کودکی را مورد بررسی قرار دادند، ۵۹ درصد این افراد سابقه سوءاستفاده توسط والدین الکلیک را گزارش کردند و این عامل ارتباط معناداری با هم‌وابستگی در این افراد داشت. در مطالعه‌ای مشابه، گوتهام و شر<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) ارتباط مشابهی بین تاریخچه‌ی الکلی بودن و سوءاستفاده‌ی والدین با هم‌وابستگی فرزندان این خانواده‌ها را نشان دادند. نتایج مطالعه‌ای دیگر توسط کارترز و وارن<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) نشان داد که هم‌وابستگی افراد ارتباط معناداری با هم‌وابستگی والدین دارد. آتشنلیوس<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی بر روی ۲۰۰ زن بین ۲۳ تا ۳۰ سال نشان داد که هم‌وابستگی بالا با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارد و این افراد نشانه‌های بیشتری در مقایسه با افرادی که هم‌وابستگی پایینی دارند، نشان دادند. هوگزامر و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی ارتباط بین افسردگی و هم‌وابستگی را در بین زنان نشان دادند. هاینس<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) اظهار داشت: زنان دارای هم‌وابستگی ریسک‌پذیری بیشتری برای بیماری ایدز دارند؛ چون این افراد خواهان ادامه رابطه بدون توجه به آسیب‌ها و پیامدهای رابطه هستند. همچنین ارتباط معناداری بین افسردگی و هم‌وابستگی

1. Loucks  
2. Carson & Baker  
3. Gotham & Sher

4. Crothers & Warren  
5. Autenshlyus  
6. Haynes

نشان داده شده است (کارسون و بکر، ۱۹۹۴؛ هوگز هامر و همکاران، ۱۹۹۸). کاپل سودر<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) مشاهده نمود که همسران افراد الکلیک و یژگی های بیش کنترل کننده، عدم پذیرش رفتارهای بیمار، مصرف همزمان با فرد بیمار و فقدان کنترل بر هیجانها را دارند. در پژوهشی که روسانکووا<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) بر روی اعضای خانواده های افراد مبتلا به اعتیاد الکل انجام داد، مشخص نمود که این افراد از میزان بالای هم وابستگی برخوردار هستند و همین عامل، در تداوم مصرف و عود مجدد مؤثر می باشد. آنکل و کابا کسی<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی به ارتباط بین سبک های دل بستگی و هم وابستگی پرداختند که نشان دادند افراد دارای نمرات بالا در مقیاس ارزیابی هم وابستگی، دل بستگی های مرتبط با اضطراب داشتند و خانواده های این افراد دچار مشکلات بیشتر و افسردگی بیشتری بودند.

در سال ۱۹۹۰ تلاش هایی در جهت تعریف این مفهوم در اجماعی با حضور متخصصان این حوزه انجام گرفت و هم وابستگی به عنوان یک رفتار آموخته شده تعریف شد که با وابستگی به افراد یا موضوعات خارج از خود همراه است و باعث کاهش هویت فردی و نادیده گرفتن خود می شود. این نادیده گرفتن خود که از طریق عادات تکانشی اعتیاد و دیگر اختلالات، باعث افزایش هر چه بیشتر بیگانگی فرد از هویت خود شده و منجر به پروراندن احساس شرم می شود (وایتفیلد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱). در پی این تعریف، متخصصین شروع به ساختن چارچوبی تخصصی برای پژوهش ها و درمان های بالینی کردند. در ادبیات پژوهشی، مفهوم بندی های زیادی از هم وابستگی وجود دارد. وگ اسکیدر کروز و کروز<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) هم وابستگی را در قالب سه نشانه اصلی تعریف نمودند که شامل هذیان، سرکوبی و وسواس عملی بود و منجر به سه پیامد منفی (کاهش خودارزشی، مشکلات ارتباطی و مشکلات پزشکی) می شد. پژوهشگران مدل وگ اسکیدر کروز و کروز را با تعاریف دیگر ترکیب نمودند و هم وابستگی را به عنوان تمرکز بر دیگری و خودنادیده گیری تعریف نمودند که شامل خرده مقیاس های موضوعات مربوط به خانواده، خود ارزشی پایین، نهفته کردن خود و مشکلات پزشکی بود.

هم‌وابستگی یک الگوی هیجانی، روان‌شناختی و رفتاری می‌باشد که از نتایج تماس بلندمدت با قوانین طاقت‌فرسا ناشی شده و در نهایت منجر به اختلال شخصیتی می‌شود که بر اساس موارد زیر شکل می‌گیرد: نیاز به کنترل محیط برای دوری از پیامدهای نامطلوب، غفلت از خود، تحریف مرزهای تفرد و رابطه‌های طولانی مدت با افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی (سرماک، ۱۹۸۶). هم‌وابستگی یک رفتار آموخته شده است که با وابستگی به افراد یا موضوعات خارج از خود فرد و با نادیده گرفتن هویت خود تعریف شده است. این یکی از مشکلات بسیار جدی حوزه سلامت روان است و تخمین زده شده که حدود ۴۰ میلیون آمریکایی ویژگی‌های هم‌وابستگی را دارند (گوف و گوف، ۱۹۸۸). زنانی که هم‌وابسته هستند، پتانسیل آسیب‌های بیشتر و سوءاستفاده در روابط بین فردی را دارند که در صورت درمان می‌توانند از این روابط مضر رهایی پیدا کنند. تشخیص افراد دارای هم‌وابستگی، بخش مهمی از درمان این افراد است و مقیاس هم‌وابستگی یک ابزار بالینی و پژوهشی دارای روایی و اعتبار جهت تشخیص می‌باشد. در کل می‌توان هم‌وابستگی را به‌عنوان خصوصیات شخصیتی فردی تعریف کرد که بدون توجه به نیازها و سلامت روان و جسم خود، تنها به کنترل و مراقبت مسئولانه و افراطی دیگران مشغول است و با نادیده گرفتن احساسات خود، تنها به نیازها و احساسات دیگران توجه می‌کند (رامیر، مارتینز و بوگارین، ۲۰۱۴).

بر اساس مدل نظری وگ اسکیدر کروز و کروز (۱۹۹۰)، هسته‌ی اصلی هم‌وابستگی، تمرکز بر دیگری و خود نادیده‌گیری است که چهار خرده‌مقیاس دیگر را نیز شامل می‌شود. مقیاس ارزیابی هم‌وابستگی ابزاری چند متغیری است که بر اساس همین تعریف پنج عاملی از هم‌وابستگی تهیه شده است. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ۱- تمرکز بر دیگری و خود نادیده‌گیری: این مقیاس هسته‌ی مفهوم هم‌وابستگی است و به‌عنوان وسواس عملی برای کمک به حل مشکلات دیگران از طریق دست‌کاری و ارائه نصیحت تعریف شده است. این مفهوم بر کنترل و مرزها تأکید دارد. طبق نظر کرماک<sup>۴</sup> (۱۹۸۶، ۱۹۹۱)، این

ملاک برای تعریف هم وابستگی شامل کنترل خود و دیگران، داشتن مسئولیت برای حل مشکلات دیگران حتی با نادیده گرفتن خود، تحریف مرزهای تفرد و صمیمیت با دیگران و گرفتار شدن در ارتباطات است. ۲- نهفته کردن خود: هم وابستگی شامل استفاده از پوشش مثبت برای پنهان کردن هیجانات منفی با سرکوب احساس تعریف شده است (وایتفیلد<sup>۱</sup>، ۱۹۸۷). در مدل رایت و رایت<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) برای تعریف هم وابستگی به عنوان نشانگان شخصیتی، سه خرده مقیاس را عنوان نمودند که شامل شرم، حداقل تاب آوری و انتظارات مثبت غیر واقعی بود. گاتمن و شر<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که شکایات پزشکی با نمرات هم وابستگی ارتباط مثبت و معناداری دارد. ۴- موضوعات مربوط به خانواده: ناراحتی فعلی نتیجه‌ی رشد در یک خانواده‌ی مشکل دار، وابسته و عصبی است که مشکلات و احساسات خود را به طور واضحی بیان نمی‌کنند. پژوهشگران بیان نموده‌اند که رشد در چنین خانواده‌هایی منجر به هم وابسته بودن می‌شود (وگ اسکیدر کروز، ۱۹۸۴). در تعاریف بعدی هم وابستگی به عنوان مکانیزم سازگاری در خانواده‌ی ناسالم مطرح شد. در مفهوم بندی آکرمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) که با کودکان الکلیک این مفهوم را مطرح کرد، این پدیده را به عنوان پیامد مورد پذیرش نبودن و طرد شدن مطرح کرد که رشد شخصیت این کودکان را تحت تأثیر طرد شدگی از سوی خانواده قرار می‌دهد. فاوورینی<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) عنوان نمود که تسلیم کنترل شدن و جهت گیری به سمت مراقبت از دیگران در واقع یک رفتار برای زنده ماندن کودک در فضای خانواده‌های بدکار کرد است. ۵- کاهش خودارزشی: هم وابستگی شامل افکار انتقادی و تنفر از خود و احساس شرم، خجالت و حقیر دانستن خود می‌باشد. فوسوم و ماسون<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) بیان نمودند که شرم افراد از طریق شرم در فضای خانواده‌ی این افراد شکل می‌گیرد. هینکین و کاهن<sup>۷</sup> (۱۹۹۵) در بررسی دو گروه الکلیک دارای تاریخچه‌ی خانوادگی منفی و کنترل نشان دادند که گروه الکلیک از عزت نفس پایین تری برخوردار بودند. این مقیاس را می‌توان در اهداف مختلف

1. Whitfield  
 2. Wright, & Wright  
 3. Gotham & Sher  
 4. Ackerman

5. Favorini  
 6. Fossum & Mason  
 7. Hinkin & Kahn

درمان در حوزه اعتیاد به کار برد، علاوه بر آن در اختلالات مختلف محور یک و دو نیز قابلیت استفاده برای اهداف مختلف بالینی و پژوهشی را دارا می‌باشد. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی که تاثیر زیادی در مفهوم هم‌وابستگی دارد، هنجاریابی این آزمون در جامعه داخلی از اهمیت دوچندانی برخوردار می‌شود. در مجموع، به دلیل اهمیت هم‌وابستگی به‌عنوان خصوصیات شخصیتی ناسالم در ارتباط با دیگران، شکل مزمن و اهمیت دوران رشدی در پیدایش آن و صدماتی که به فرد وارد می‌آورد و همچنین با توجه به اهمیت این الگوی ارتباطی در مبحث اختلال اعتیاد (بارانوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و سایر اختلالات روان‌پزشکی و مشکلات روان‌شناختی، و کمبود ابزارهای جامع هم‌وابستگی در فرهنگ ایرانی، پژوهش حاضر در پی بررسی اعتبار پرسش‌نامه هم‌وابستگی در جامعه ایرانی برآمده است.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در چارچوب طرحی توصیفی و روان‌سنجی مبتنی بر همبستگی انجام شده است. جامعه پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه خوارزمی در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ تشکیل می‌دادند. نمونه این پژوهش ۴۳۰ نفر (۱۱۹ نفر مرد و ۳۱۱ نفر زن) از دانشجویان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و لحاظ کردن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم بیماری جسمی و رضایت آگاهانه از پژوهش بود. پژوهشگران پس از کسب رضایت و توضیح فرآیند پژوهش، فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی، پرسش‌نامه پنج‌عاملی جکسون و پرسش‌نامه سبک‌دل‌بستگی هازن و شیور را بین شرکت‌کنندگان توزیع نمودند. در طول مدت پاسخ‌دهی، پژوهشگران حضوری فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی (پاسخ‌دهی سریع و بدون تمرکز، اتمام زودتر از موعد مقرر) جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزارهای SPSS-22 و LISREL 8.54 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



## ابزار

۱- فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی: این پرسش‌نامه توسط هاگز هامر، مارتسالف و زلر (۱۹۹۸)، به منظور اندازه‌گیری ویژگی‌های هم‌وابستگی افراد با ۲۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس به نام‌های تمرکز بر دیگری/غفلت از خود، مسائل خانواده اولیه، خودکم‌بینی، پنهان کردن خود و مشکلات پزشکی ساخته شد. پاسخ‌گویی این پرسش‌نامه طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است (هرگز=۱، همیشه=۵). دامنه نمرات که از جمع نمرات به دست می‌آید بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره بین ۲۵ تا ۵۰ نشانه هم‌وابستگی کم، ۵۱ تا ۷۵ هم‌وابستگی ملایم، ۷۶ تا ۱۰۰ هم‌وابستگی متوسط و ۱۰۱ تا ۱۲۵ هم‌وابستگی شدید است. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها شامل تمرکز بر دیگران/غفلت از خود، برابر با ۰/۸۵، خودکم‌بینی 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 (لوکس، ۲۰۰۵؛ هاگز هامر، مارتسالف و زلر، ۱۹۹۸). به منظور تهیه و آماده‌سازی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی از تکنیک ترجمه‌ی مضاعف<sup>۱</sup> استفاده شد. ابتدا پرسش‌نامه توسط دو نفر از پژوهشگران به صورت مستقل به فارسی ترجمه شد. دو ترجمه پس از نشست مشترک و رفع چالش‌ها به فرم واحد تبدیل شد و سپس توسط یک نفر متخصص ادبیات زبان فارسی، یک نفر متخصص زبان انگلیسی و دو نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بازبینی قرار گرفت و ایرادهای احتمالی رفع شد. در مرحله بعد، نسخه‌ی ترجمه‌شده توسط یکی از دانشجویان دکتری ادبیات زبان انگلیسی به صورت مجدد به انگلیسی برگردانده شد. پس از مطابقت نسخه‌ی ترجمه‌شده و نسخه‌ی اصلی، اشکالات موجود رفع و پرسش‌نامه آماده بهره‌برداری گردید. قبل از اجرای اصلی، نسخه‌ی آماده‌شده در قالب یک مطالعه‌ی مقدماتی<sup>۲</sup> بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان که به صورت نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شده بودند، اجرا شد. هدف مطالعه‌ی مقدماتی، گرفتن بازخورد از

شرکت‌کننده‌ها درباره‌ی دستورالعمل پرسش‌نامه، درک محتوای سؤال‌ها و رفع ایرادهای احتمالی در گویه‌ها بود.

۲- پرسش‌نامه پنج عاملی جکسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹): این پرسش‌نامه ۳۰ ماده دارد که شامل پنج خرده‌مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم بازدارنده رفتاری، جنگ، گریز و انجماد است. برای هر خرده‌مقیاس ۶ ماده در نظر گرفته شده است. پاسخ‌ها در طیف لیکرت پنج تایی تدوین شده‌اند که در آن عدد ۱ نشانگر موافقت کامل و عدد ۵ نشانگر مخالف شدید است. نسخه فارسی این مقیاس توسط حسینی، صالحی و آزاد (۱۳۹۱) تهیه شده است. در نسخه فارسی دامنه آلفای کرونیباخ (۰/۷۲ تا ۰/۸۸)، ضرایب بازآزمایی (۰/۶۴، ۰/۷۸) و همبستگی مجموعه ماده‌ها (۰/۲۸ تا ۰/۶۸)، بود.

۳- پرسش‌نامه سبک دلبستگی هازن و شیور<sup>۲</sup> (۱۹۸۷): مقیاس دلبستگی توسط هازن و شیور در ۱۹۸۷ ساخته شده و توسط بشارت (۲۰۱۱) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است. ضرایب آلفای کرونیباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد نمونه‌ی ۲۴۰ نفری برای کل شرکت‌کنندگان به ترتیب برای دانشجویان دختر ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶۹ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۲ بود که نشانه‌ی همسانی درونی مناسب این مقیاس می‌باشد.

### یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده دامنه سنی شرکت‌کننده‌ها ۱۸ تا ۴۴ با میانگین (انحراف استاندارد) ۲۳/۳۸ (۴/۳۴) بود. از نظر سطح تحصیلات ۲۶۵ نفر (۶۱/۶٪) دارای مدرک کارشناسی، ۱۴۰ نفر (۳۲/۶٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲۵ نفر (۵/۸٪) دارای مدرک دکتری بودند. قبل از اعتباریابی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی، ابتدا تجزیه و تحلیل گویه‌ها<sup>۳</sup> انجام شد. آلفای کرونیباخ مقیاس ۲۵ سؤالی ۰/۸۳ بود. ضرایب تشخیص سؤالات نشان داد که تمام سؤالات غیر از گویه‌ی ۲۰ (در دوران کودکی‌ام، خانواده‌ام احساس‌ها و هیجانات‌شان را به شکل واضحی بیان می‌کردند) که متعلق به

خرده‌مقیاس مشکلات مربوط به خانواده اولیه است، همبستگی قابل قبولی با نمره کل مقیاس داشتند. این سؤال همبستگی ضعیفی با سایر سؤال‌ها داشت و در تحلیل عاملی هم دارای بار عاملی کم‌تر از ۰/۳ بود. قبل از حذف ماده ۲۰ از خرده‌مقیاس مشکلات مربوط به خانواده اولیه، ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس در مردان، زنان و کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۶۱ و ۰/۶۱ بود ولی با حذف آن ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب به ۰/۷۴، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ رسید. برای بررسی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی از همسانی درونی و ثبات<sup>۱</sup> استفاده شد. در بررسی همسانی درونی پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ به صورت جداگانه برای مردان، زنان و کل آزمودنی‌ها محاسبه شد. برای بررسی ثبات پرسش‌نامه از روش بازآزمایی استفاده شد. بدین منظور ۶۰ نفر از شرکت‌کننده‌ها در فاصله زمانی ۴ هفته‌ای مجدداً به فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی پاسخ دادند و ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو بار اجرا محاسبه شد. در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی بر اساس جنسیت درج شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

خرده‌مقیاس‌ها	گروه‌ها			آلفای کرونباخ		ضرایب بازآزمایی
	مرد (SD) M	زن (SD) M	کل (SD) M	مرد	زن	
تمرکز بردیگران/ غفلت از خود	۱۴/۰۲ (۳/۷۳)	۱۲/۷۷ (۳/۲۰)	۱۳/۱۲ (۳/۴۰)	۰/۵۸	۰/۷۳	۰/۸۲***
خودارزشی	۹/۴۶ (۳/۶۷)	۹/۸۷ (۳/۶۹)	۹/۷۵ (۳/۶۸)	۰/۷۹	۰/۸۰	۰/۸۸***
پنهان کردن خود	۱۳/۲۸ (۳/۵۳)	۱۲/۲۴ (۳/۰۴)	۱۲/۵۳ (۳/۲۱)	۰/۵۴	۰/۷۵	۰/۸۷***
مشکلات پزشکی	۱۰/۲۱ (۴/۱۶)	۹/۵۹ (۴/۰۸)	۹/۷۲ (۴/۱۱)	۰/۷۷	۰/۸۱	۰/۸۸***
مشکلات مربوط به خانواده اولیه	۱۲/۱۲ (۳/۴۱)	۱۱/۵۱ (۳/۵۲)	۱۱/۶۸ (۳/۴۹)	۰/۷۴	۰/۸۳	۰/۸۴***
نمره کل	۵۹/۰۹ (۱۳/۲۵)	۵۵/۹۸ (۱۰/۹۸)	۵۶/۸۴ (۱۱/۷۲)	۰/۸۰	۰/۸۸	۰/۸۷***

\*\*\* P < .۰۰۱

## 1. stability

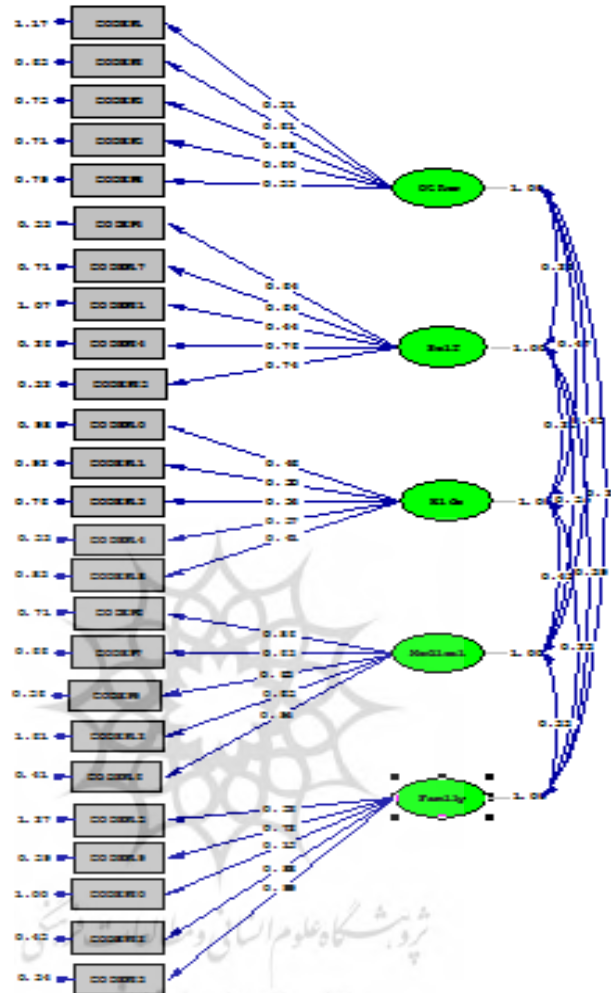
نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای تمام خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی رضایت‌بخش و ضرایب بازآزمایی معنادار و مطلوب هستند. به‌منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه) فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی از تحلیل عاملی تأییدی با روش حداکثر درست‌نمایی<sup>۱</sup> در سطح ماتریس واریانس کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون‌های میزان کفایت نمونه‌برداری کیسر/ می‌یر/ ال‌کین<sup>۲</sup> (۰/۸۹) و آزمون کرویت بارتلت<sup>۳</sup> ( $p < ۰/۰۰۱$ ,  $\chi^2 = ۳۴۷۹$ ) حاکمی از مطلوب بودن حجم نمونه و توانایی عامل شدن ماده‌های مقیاس بود. به‌منظور برازش کامل مدل با داده‌ها سعی شد با آزاد کردن برخی پارامترها بر اساس شاخص‌های تعدیل، مدل بهبود یابد. بدین منظور، بر مبنای شاخص‌های پیشنهادی مدل، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مبتنی بر چرخش واریماکس و در نظر گرفتن همبستگی بین عامل‌های به‌دست آمده، پارامترهای متعددی آزاد شد. نمودار مسیر تحلیل عاملی تأییدی بعد از آزاد شدن این پارامترها همراه با ضرایب مسیر و شاخص‌های برازش اولیه در شکل ۱ ملاحظه می‌شود. در مرحله بعد، برازندگی الگو بر اساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۴</sup>، شاخص هنجار شده برازندگی<sup>۵</sup>، شاخص برازندگی نسبی<sup>۶</sup>، ریشه‌ی استاندارد باقی‌مانده مجذور میانگین<sup>۷</sup>، ریشه‌ی خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۸</sup>، شاخص نیکویی برازش<sup>۹</sup> و ملاک اطلاعات آکایکی<sup>۱۰</sup> مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲: شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

مجدور خی	Df	CFI	NFI	RFI	GFI	SRMR	REMSEA	AIC
۷۰۵/۱۳	۲۶۵	۰/۹۲	۰/۸۸	۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۰۶۴	۰/۰۶۳	۸۵۳/۱۹

1. Maximum likelihood method
2. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy
3. Bartlett's Test of Sphericity
4. Comparative Fit Index (CFI)
5. Normed Fit Index (NFI)
6. Relative Fit Index (RFI)

7. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)
8. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
9. Goodness of Fit Index (GFI)
10. Akaike Information Criterion (AIC)



شکل ۱: نمودار ضرایب مسیر ساختار عاملی تأییدی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

شاخص‌های برازندگی تطبیقی، برازندگی هنجار شده، برازندگی نسبی و نکویی برازش هر چقدر نزدیک به یک باشد بیانگر برازش مطلوب الگو است. هر چند برای بررسی نکویی برازش معمولاً از شاخص مجذور خی استفاده می‌شود ولی مجذور خی با افزایش حجم نمونه و درجه‌ی آزادی افزایش می‌یابد. به همین خاطر هو و بنتلر<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) استفاده از دو شاخص برازندگی ریشه‌ی استاندارد باقی‌مانده مجذور میانگین و ریشه‌ی خطای

میانگین مجدورات تقریب را توصیه نموده‌اند. به اعتقاد شرمیله/انگل<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) مقادیر ریشه‌ی استاندارد باقی‌مانده مجدور میانگین بین ۰ تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۱۰ بیانگر برازش قابل قبول مدل می‌باشد. همچنین مقادیر ریشه‌ی خطای میانگین مجدورات تقریب بین ۰ تا ۰/۰۵ بیانگر برازش خوب و ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ بیانگر برازش قابل قبول است. بنابراین، با توجه به اعداد جدول ۲، ضرایب استاندارد شده و شاخص T می‌توان گفت که مدل تأییدی از برازش قابل قبولی برخوردار است. در جدول ۳ نتایج تحلیل عاملی تأییدی مشاهده می‌شود.

جدول ۳: ضرایب استاندارد و شاخص T تحلیل عاملی تأییدی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی

خرده‌مقیاس‌ها	ماده‌ها	ضرایب استاندارد	ضریب تبیین	شاخص T
	۱	۰/۳۱	۰/۰۷	۴/۸۳
	۲	۰/۶۱	۰/۳۶	۱۱/۳۴
تمرکز بردیگران	۳	۰/۶۸	۰/۳۸	۱۱/۶۴
	۵	۰/۶۰	۰/۳۴	۱۰/۸۴
	۸	۰/۵۵	۰/۲۸	۹/۸۰
	۴	۰/۶۴	۰/۴۴	۱۴/۴۹
	۱۷	۰/۶۴	۰/۳۶	۱۲/۸۷
خودارزشی	۲۱	۰/۴۴	۰/۱۵	۱۹/۶۴
	۲۴	۰/۷۶	۰/۶۹	۷/۵۸
	۲۵	۰/۷۴	۰/۶۳	۱۸/۳۶
	۱۰	۰/۴۶	۰/۱۸	۷/۳۶
	۱۱	۰/۵۰	۰/۲۲	۸/۱۳
پنهان کردن خود	۱۳	۰/۶۵	۰/۲۱	۷/۱۱
	۱۴	۰/۵۷	۰/۳۸	۹/۲۷
	۱۸	۰/۴۱	۰/۱۷	۱۰/۸۳
	۶	۰/۸۶	۰/۵۱	۱۳/۷۰
	۷	۰/۶۳	۰/۳۷	۱۵/۶۶
مشکلات پزشکی	۹	۰/۶۳	۰/۴۱	۱۲/۷۹
	۱۲	۰/۶۵	۰/۲۱	۹/۱۶
	۱۶	۰/۸۴	۰/۶۴	۱۸/۱۱
	۱۵	۰/۵۲	۰/۱۸	۸/۴۶
	۱۹	۰/۷۲	۰/۴۶	۱۴/۹۱
مشکلات مربوط به خانواده اولیه	۲۰	۰/۱۵	۰/۰۲	۲/۸۹
	۲۲	۰/۸۸	۰/۶۴	۱۸/۱۹
	۲۳	۰/۹۹	۰/۷۴	۲۰/۱۲

روایی فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی از طریق روایی ملاکی و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی روایی ملاکی از روایی همزمان (اجرای همزمان با پرسش‌نامه ۵ عاملی جکسون و مقیاس دل‌بستگی) استفاده شد. این نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: ماتریس ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های هم‌وابستگی و رابطه‌ی آن‌ها با سیستم‌های مغزی رفتاری و سبک‌های دل‌بستگی**

خرده‌مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	سیستم‌های مغزی رفتاری					سبک‌های دل‌بستگی	
						BAS	BIS	جنگ	گریز	انجماد	ایمن	اجتنابی
تمرکز بر دیگران (۱)	-	-	-	-	-	۰/۲۸	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۱۷	-۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۳۱
خودارزشی (۲)	۰/۲۳	-	-	-	-	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۳۱	۰/۳۰
پنهان کردن خود (۳)	۰/۳۱	۰/۲۰	-	-	-	۰/۰۴	-۰/۰۴	-۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۱۶
مشکلات پزشکی (۴)	۰/۳۳	۰/۴۸	۰/۲۹	-	-	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۱۷	-۰/۳۰	۰/۰۴	۰/۲۰	۰/۳۰
مشکلات مربوط به خانواده اولیه (۵)	۰/۲۱	۰/۳۱	۰/۱۶	۰/۲۷	-	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۲۳
نمره کل	۰/۶۲	۰/۷۰	۰/۵۳	۰/۷۶	۰/۵۹	-۰/۰۳	۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۳۸	۰/۰۹	۰/۴۱

\* P < ۰/۰۰۱

۲۶۳

263

الگوی ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که روابط درونی خوبی بین خرده‌مقیاس‌ها وجود دارد. همچنین الگوی ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری و سبک‌های دل‌بستگی بیانگر روایی همزمان خوب فرم فارسی ابزار سنجش هم‌وابستگی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تهیه نسخه فارسی پرسش‌نامه هم‌وابستگی و بررسی خصوصیات روان‌سنجی، ساختار عاملی، اعتبار و روایی آن در جامعه دانشجویی ایران بود. در بعد بررسی اعتبار پرسش‌نامه هم‌وابستگی، دامنه ضرایب آلفای کرونباخ (۰/۵۴ تا ۰/۸۸) و همبستگی‌های مجموعه ماده (۰/۱۶ تا ۰/۴۸) بیانگر همسانی درونی مطلوب مقیاس بود. همچنین، ضرایب بازآزمایی (۰/۸۲ تا ۰/۸۸) دلالت بر ثبات کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن داشت. این نتایج با یافته‌های هاگز هامر، مارتسالف و زلر<sup>۱</sup> (۱۹۹۸)،

(۲۰۰۵) و آنسل و کاباکسی<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) که اعتبار خوب و تحلیل عاملی با پنج خرده‌مقیاس را گزارش نموده‌اند مطابقت دارد و نشان‌دهنده اعتبار مطلوب کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی پرسش‌نامه هم‌وابستگی است. با توجه به همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری و سبک‌های دل‌بستگی می‌توان اذعان داشت که این پرسش‌نامه همبستگی ملاکی مناسبی دارد. در مطالعه حاضر، برای بررسی ساختار عاملی و روایی سازه‌ی نسخه فارسی پرسش‌نامه هم‌وابستگی، از هر دو شیوه تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که نسخه فارسی پرسش‌نامه از پنج عامل اصلی تشکیل شده و توزیع ماده‌های خرده‌مقیاس‌ها با آزمون اصلی مطابقت دارد. همچنین الگوی همبستگی مشاهده‌شده بین خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه، بیانگر چندبعدی بودن نسخه پرسش‌نامه هم‌وابستگی و استقلال نسبی خرده‌مقیاس‌های آن بود. علاوه بر این، الگوی ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی پرسش‌نامه هم‌وابستگی با سیستم‌های مغزی رفتاری و سبک‌های دل‌بستگی نشان داد که دارای روایی ملاکی قابل قبولی است.

۲۶۴

264

اختلالات اعتیادی همیشه جز اختلالاتی بوده‌اند که با عود بالا و شکست درمانی بالایی روبه‌رو بوده‌اند. درمان‌های مختلفی که در این حوزه به کار می‌روند متأسفانه هنوز هم با نرخ بالای عود رو به رو هستند، این موضوع در درمان انواع اعتیاد نیز پررنگ‌تر می‌شود، هم‌وابستگی یکی از ابعادی است که در ارتباط فرد با خانواده نقش مهمی بازی می‌کند. ارتباط هم‌وابستگی با عوامل مختلف فرد مبتلا به اعتیاد مانند آسیب‌پذیری، تداوم اعتیاد، اختلالات همبود، سبک‌های حل مسئله، تداوم رابطه‌های آسیب‌رسان به فرد و عود اختلال نقش موثری دارد (ایوونووا و جیونلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). در مبحث مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی نیز هم‌وابستگی نقش مهمی دارد. برای مثال می‌توان به ارتباطات بین فردی زوجین، والد و فرزند و در کل اعضای خانواده با یکدیگر اشاره کرد که می‌تواند تحت تاثیر منفی هم‌وابستگی قرار گیرد و منجر به مشکلات ارتباطی و گاه فردی برای اعضای



خانواده گردد. ارزیابی در این مبحث قدم اول می باشد و بعد از ارزیابی می توان طرح های درمانی و مداخلات را انجام داد. درمان اعتیاد امروزه بایستی به همه جوانب زندگی فرد مبتلا توجه نماید، مداخلات کوتاه مدتی که همه ابعاد زندگی فرد را مدنظر قرار ندهند در بلندمدت با شکست روبه رو هستند (علی پور، مرادی و حسنی، ۱۳۹۴). هم وابستگی نیز یکی از این ابعاد می باشد که در مبحث خانواده فرد مبتلا نقش مهمی را ایفا می نماید. در مجموع، با وجود ضرایب اعتبار و روایی مناسب نسخه فارسی پرسش نامه هم وابستگی، سهولت اجرا و شرایط استفاده در موقعیت ها و گروه های مختلف، پژوهشگران را قادر می سازد تا استفاده گسترده ای از این مقیاس، در حوزه های مختلف پژوهشی و بالینی روان شناسی به عمل آورند. شایان ذکر است که در کنار نقاط قوت این مقیاس، باید به محدودیت های مطالعه حاضر توجه داشت. اولاً، شرکت کنندگان از سطح دانشگاه انتخاب شده اند. این نمونه، ممکن است معرف جمعیت عمومی نباشد. بنابراین توصیه می شود پژوهش های بعدی با نمونه هایی انجام شود که معرف جمعیت عمومی باشند و حتی می توان پژوهش را با جمعیت های بالینی برای بررسی روایی تفکیکی مقیاس انجام داد، که بررسی و هنجاریابی این آزمون در جامعه افراد مبتلا به اعتیاد نیز از پیشنهادات بعدی می تواند قرار گیرد. ثانیاً، پژوهش حاضر با داده های خود گزارشی انجام شده است. این داده ها ذاتاً در معرض سوگیری قرار دارند. بنابراین، بهتر است پژوهش های بعدی خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی پرسش نامه هم وابستگی را با سایر روش های اندازه گیری نظیر مصاحبه های بالینی ساختار یافته، درجه بندی توسط همسالان و خانواده یا سنجش رفتاری مورد بررسی قرار دهند. همچنین با توجه به تاثیر هم وابستگی در فرایند اختلال اعتیاد، پیشنهاد می شود به بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در جامعه معتادین، علی الخصوص با توجه به تفاوت طیف اختلالات اعتیادی در متغیرهای روان شناختی (علی پور، سعیدپور و مرادی، ۱۳۹۵؛ علی پور، سعیدپور و حسنی، ۱۳۹۴) با توجه به انواع مختلف اعتیاد صورت گیرد. در نهایت بر اساس یافته های مطالعه حاضر می توان اذعان داشت که نسخه فارسی پرسش نامه هم وابستگی با خصوصیات روان سنجی

مناسب، شرایط استفاده در موقعیت‌های مختلف پژوهشی و بالینی، بهره‌گیری از پرسش‌نامه در گروه‌های مختلف بهنجار و مرضی و همبستگی آن با سایر مقیاس‌ها را دارا می‌باشد.

## منابع

حسینی، جعفر؛ صالحی، سامرند؛ آزاد، رسولی (۱۳۹۱). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه پنج عاملی جکسون: مقیاس‌های نظریه‌ی تجدید نظر شده حساسیت به تقویت. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶(۳)، ۷۴-۶۰. علی‌پور، فرشید؛ سعیدپور، صابر؛ حسینی، جعفر (۱۳۹۴). بررسی هیجان‌خواهی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی، اعتیاد به محرک‌ها، اعتیاد به مواد افیونی و افراد بهنجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۵(۱۲۵)، ۱۳۸-۱۳۵.

علی‌پور، فرشید؛ سعیدپور، صابر؛ مرادی، علیرضا (۱۳۹۵). نظام‌های مغزی رفتاری و سازوکارهای دفاعی در بیماران مبتلا به اعتیاد جنسی، مجله روانشناسی، ۸۰(۴)، ۴۲۳-۴۰۹. علی‌پور، فرشید؛ مرادی، علیرضا؛ حسینی، جعفر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان اجتماع‌مدار بر کارکردهای اجرایی و حافظه شرح حال در افراد دارای اعتیاد به مواد محرک. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۹(۳۵)، ۵۴-۳۷. یارمحمدی واصل، مسیب؛ علی‌پور، فرشید؛ بسطامی، مالک؛ ذوالفقاری‌نیا، منیره؛ بزازاده، نیلوفر (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانش‌گری با ولع مصرف در اعتیاد به مواد محرک. فصلنامه عصب روان‌شناسی پیام نور، ۲(۱)، ۶۷-۵۱.

- Ackerman, R. (1983). *Children of alcoholics: A guide for parents, educators and therapists*, (2nd Ed). New York: Simon & Schuster.
- Ançel, G., & Kabakçi, E. (2009). Psychometric Properties of the Turkish Form of Codependency Assessment Tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 441-453.
- Autenshlyus, Y. B. (2008) Codependence and post-traumatic stress disorders. *International Journal of Psychophysiology* 69, 276-316.
- Baranok, N. (2012). P.6.c.003 Treatment of codependence in relatives promotes abstinence in opiate addicts. *European Neuropsychopharmacology*, 22(Supplement 2), S400.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 475-479.
- Capell-Sowder, K. (1984). On being addicted to the addict. *Focus on the Family and Chemical Dependency*, 7, 14-15.
- Carson, A. T., & Baker, R. C. (1994). Psychological correlates of codependency in women. *The International Journal of the Addictions*, 29(3), 395-407.
- Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.
- Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272.
- Crothers, M., & Warren, L. W. (1996). Parental antecedents of adult codependency. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 231-239.

- Favorini, A. (1995). Concept of codependency: Blaming the victim or pathway to recovery? *Social Work*, 40(6), 827-830.
- Fossum, M., & Mason, M. (1986). *Facing shame: Families in recovery*. New York: W.W. Norton.
- Fuller, J. A. & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic Social and Genetic Psychology Monographs*, 126(1), 5° 22.
- Goff & Goff (1988). Trapped in codependency. *Personnel Journal*, 2, 50-57.
- Gotham, H.J., & Sher, K.J. (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 1(4), 34-39.
- Haaken, J (1993). From Al-Anon to ACOA: codependence and the reconstruction of caregiving. *Signs*, 18(2), 321-345.
- Harper, J., & Capdevilla, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 285-292.
- Haynes, Y.L. (1993). A women's issue: HIV/AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(1), 23-25.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 511- 542.
- Hinkin, C. H., & Kahn, M. W. (1995). Psychological symptomatology in spouses and adult children of alcoholics: An examination of the hypothesized personality characteristics of codependency. *The International Journal of Addictions*, 30(7), 843-861.
- Hopkins, L. M. & Jackson, W. (2002). Revisiting the issue of codependency in nursing: Caring or caretaking? *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(4), 35° 46.
- Hughes-Hammer, C., Martsof, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the Codependency Assessment Tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(6), 326-334.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1996). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Ivanova, D., & Giannouli, V. (2016). Co-dependency in mothers of addicted persons: Data from Bulgaria. *European Psychiatry*, 33(Supplement), S623.
- Jackson, C. J. (2009). Jackson-5 scales of revised Reinforcement Sensitivity Theory (r-RST) and their application to dysfunctional real world outcomes. *Journal of Research in Personality*, 43, 556° 569.
- Lee, K. S., Shin, S. E., & Park, J. E. (2007). P.6.a.003 the factors affecting codependence and relationship with how to cope with patient in the family of alcoholics. *European Neuro psychopharmacology*, 17, Supplement 4(0), S539-S540.
- Levy, N. (2006). Autonomy and addiction. *Canadian Journal of Philosophy*, 36, 427e- 447.
- Lindley, N. R., Giordano, P. J., & Hammer, E. D. (1999). Codependency: Predictors and psychometric issues. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 59-64.
- Loucks, H. A. (2005). *Level of codependency in associate degree nursing students upon entry to and completion of nursing school* [M. A. Dissertation]. USA: University of Wyoming; p. 3- 10.

- Malloy, G. B. & Berkery, A. C. (1993). Codependency: A feminist perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31(4), 15-18.
- Milton, A. L., & Everitt, B. J. (2012). The persistence of maladaptive memory: Addiction, drug memories and anti-relapse treatments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1119-1139.
- O'Brien, RE., & Gaborit, M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 129-135.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78(0), 70-77.
- Ramírez-Amaro, M., Martínez-Torres, J., & Ureña Bogarín, E. L. (2014). Factores familiares asociados a codependencia en enfermeras de UN hospital de Cancún, Quintana Roo, México. *Atención Primaria*, 46(5), 254-260.
- Ray, G., Mertens, J., & Weisner, C. (2009). Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104, 203e214.
- Rusnáková, M. (2014). Codependency of the members of a family of an alcohol addict. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132(13), 647- 653
- Stafford, L. L. (2001). Is codependency a meaningful concept? *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 273-286.
- Wegscheider-Cruse, S., & Cruse, J.R. (1990). *Understanding codependency*. Deerfield Beach: Health Communications, Inc.
- Whitfield, C. (1991). *Co-dependence: Healing the human condition*. Deerfield Beach: Health Communications, Inc.
- Whitfield, C. L. (1987). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Wright, R. H. & Wright, K. D. (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating or both. *Contemporary Family Therapy*, 13(5), 435-454.