

مقایسه خودمراقبتی ذهن آگاه، سبک‌های دلبستگی و راهبردهای حفظ رابطه در متأهلین با و بدون تعارض زناشویی

مطهره ابویی مهریزی^۱ / سیده فاطمه موسوی^{۲*} / فریبرز باقری^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۶

تاریخ ارسال: ۹۸/۵/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های دلبستگی، خودمراقبتی ذهن آگاه و راهبردهای حفظ رابطه در زنان و مردان متأهل با و بدون تعارض انجام شد. روش پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش در دو گروه شامل کلیه زنان و مردان متأهل ساکن شهر تهران و زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند که ۱۸۳ فرد متأهل (گروه اول: ۹۸ نفر و گروه دوم: ۸۵ نفر) به روش نمونه‌گیری دردسترس و داوطلب برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. هر دو گروه به صورت انفرادی به مقیاس خودمراقبتی ذهن آگاه کوک کاتن (۲۰۱۵)، پرسشنامه تجارب در روابط نزدیک فرالی، والر و برینان (۲۰۰۰) و راهبردهای حفظ رابطه استافورد (۲۰۱۱) پاسخ دادند. نتایج حاصل از اجرای آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) نشان داد که زنان و مردان دارای تعارض زناشویی، در مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن آگاه و راهبردهای حفظ رابطه نمرات پایین‌تر و در سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی نمرات بالاتری نسبت به گروه زنان و مردان بدون تعارض زناشویی کسب کردند. وجود تعارضات حل‌نشده، موجب تضعیف رفتارهای خودمراقبتی، راهبردهای حفظ رابطه و اتخاذ سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی در زوجین می‌شود، از این رو، ارتقای کیفیت رابطه زوجین به کمک آموزش و

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. araabooui@gmail.com

۲- *دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشکده زنان دانشگاه الزهراء (س) (نویسنده مسئول).

f.mousavi@alzahra.ac.ir

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. f_bagheri@yahoo.com

آگاه کردن آنها نسبت به استفاده از راهبردهای حفظ رابطه می‌تواند زوجین را نسبت به رفتارهای خودمراقبتی و اصلاح سبک‌های دلبستگی یاری نماید.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دلبستگی، خودمراقبتی ذهن آگاه، راهبردهای حفظ رابطه.



مقدمه

آشفته‌گی در رابطه شاخص پیش‌بینی‌کننده جدایی و طلاق همواره با پیامدهای جدی سلامت جسمی و روانی چون اضطراب، اختلالات خلقی و سوء‌مصرف مواد همراه است (کلات و براون^۱، ۲۰۱۶؛ روبلس، سلاچر، ترومبلو و مک‌گین^۲، ۲۰۱۴). فروپاشی روابط و افزایش رشد ۱/۵ درصدی طلاق در سال ۹۶ نسبت به سال قبل (عباسی و همکاران، ۱۳۹۷)، به‌ویژه در سال‌های اولیه ازدواج (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸) گویای اهمیت شیوه‌های تعامل و الگوهای نگهدارنده روابط بین زوجین است که ضعف در این مهارت‌ها تحت عنوان مشکلات ارتباطی یاد می‌شود (نصرالهی و تمدنی، ۱۳۹۷). متخصصین علوم اجتماعی ساختار خانواده را به‌عنوان مؤثرترین عامل مرتبط با رشد ارتباطی فرد می‌دانند. تعاملات و روابط موجود در خانواده و شیوه‌هایی که برای حفظ این رابطه به کار می‌رود، بر توانایی‌ها و رفتارهای افراد اثر می‌گذارد (اسماعیلی، ۱۳۹۵)، به نظر می‌رسد شیوه‌های تعامل بین زوجین پیش‌بینی‌کننده سلامتی جسمی و بهزیستی روانی در زوجین و رفتارهای مراقبت از خود در همسران باشد.

خودمراقبتی^۳ به‌منزله یکی از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی است. اگرچه رویکرد خودمراقبتی به نظریه پرستاری^۴ و مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن برمی‌گردد، دیدگاهی که بیماران را ترغیب به اتخاذ راهبردها و رفتارهای مراقبت بیشتر از خود برای اجتناب از تشدید بیماری و پایداری سلامت می‌کند (ریگل، جارسما، لی و استرومبرگ^۵، ۲۰۱۹)، با این حال این رویکرد با پیدا کردن ابعاد بیش‌تر به زمینه‌های روانی و اجتماعی گسترش یافته است. طبق نظریه پندر^۶ (۲۰۰۲؛ به نقل از اسروف و فردریچ^۷، ۲۰۰۶) رفتارهای ارتقادهنده سلامت عبارت‌اند از هرگونه اقدامی که برای افزایش و نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت گیرد. این رفتارها بر الگوهای مثبت زندگی معطوف به افزایش سلامتی و ارتقای کیفیت زندگی تأکید می‌ورزد (غفاری‌نژاد،

1. Clout, D., & Brown, R.
2. Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M.
3. Self care
4. Nursing Theory
5. Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A.
6. Pender, N. J.
7. Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B.

۱۳۸۱). این رفتارها در سه حیطه جسمانی، روانی و اجتماعی (صاحب‌الزمانی، صفوی و فراهانی، ۱۳۸۸) شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است (کان، کوئه، عبدالله و تای^۱، ۲۰۱۹)، خودمراقبتی ذهن‌آگاه^۲ فرآیند مستلزم آگاهی و ارزیابی نیازهای درونی و خواسته‌های بیرونی و تعامل عمدی در شیوه‌های خاص مراقبت از خود برای رسیدگی به نیازها و خواسته‌های فردی به شیوه‌ای است که به بهزیستی و اثرگذاری فردی کمک می‌کند (کوک کاتن^۳، ۲۰۱۵). خودمراقبتی ذهن‌آگاه، یک روش‌شناسی برای ایجاد هماهنگی بین جنبه‌های درونی خود، در بطن چالش‌های بیرونی و شامل چهار مرحله شامل: (۱) آگاهی کامل از خودمراقبتی به‌عنوان اساس بهزیستی؛ (۲) ارزیابی حیطه‌های خودمراقبتی؛ (۳) ارزیابی و سپس هدف‌گزینی برای خودمراقبتی؛ (۴) درگیر شدن در رفتارهای خودمراقبتی است (کوک کاتن، ۲۰۱۵). کوک کاتن (۲۰۱۵) ابعاد خودمراقبتی ذهن‌آگاه را تن‌آرامی ذهن‌آگاه (تکنیک‌های خودآرامی)، مراقبت جسمی (تغذیه، ورزش، مراقبت پزشکی)، شفقت‌به‌خود^۴ (مهربانی کردن با خود)، روابط حمایت‌کننده، ساختار محیطی (فضای زندگی) و هوشیاری ذهن‌آگاه^۵ می‌داند. خودمراقبتی می‌تواند توانایی فرد برای متعادل کردن مؤلفه‌های شخصی، شغلی، هیجانی، روانی، جسمی برای یک زندگی متعادل، به شیوه‌ای متوازن و بانرژی توصیف شود که به فرد کمک می‌کند بر عوامل استرس‌زای روزانه چیره شود (کالینز^۶، ۲۰۰۵). در مدل بازنمایی هماهنگی از خود^۷ (ARSM)، به‌عنوان سیستم یکپارچه‌ساز تجربه‌های درونی (جسمی، هیجانی و شناختی) و تجربه‌های بیرونی (خانواده، جامعه و فرهنگ)، افراد برای سالم ماندن و تجربه کردن خود به‌طور مثبت باید دو کار را انجام دهند: (۱) حفظ یکپارچگی مثبت و تنظیم هریک از جنبه‌های از خود و (۲) درگیری اثرگذار در روابطشان (از خانواده تا فرهنگ) (کوک کاتن، ۲۰۱۵؛ پیرن^۸، ۲۰۱۵؛ پیرن و تیل^۱، ۲۰۱۲). طبق این مدل، زمانی که افراد تصویر مثبتی از

1. Kuan, G., Kueh, Y. C., Abdullah, N., & Tai, E. L. M.
2. Mindful self-care
3. Cook-Cottone, C. P.
4. Self compassion
5. Mindful awareness
6. Collins, W. L.
7. The Attuned Representation of Self Model
8. Piran, N.

خود نداشته و با بدن خود ارتباط برقرار نمی‌کنند، تصویر مغشوش و نارضایتی از بدنشان دارند، مشکلاتی چون سوء مصرف مواد، فرسودگی، اختلال خوردن و شکل‌های دیگر بدتنظیمی را تجربه می‌کنند (کوک کاتن، ۲۰۱۵؛ کوک کاتن و گوینگر^۲، ۲۰۱۸؛ هومان و تیلکا^۳، ۲۰۱۴). به علاوه، عقیده بر این است که تمرینات خودمراقبتی ذهن آگاه باعث افزایش ثبات فیزیولوژیکی و تقویت تنظیم هیجانی می‌شود (مک کوسکر^۴ و همکاران، ۲۰۱۵؛ ریگل، جارسما و استرومبرگ^۵، ۲۰۱۲). افرادی که دارای درجه بالایی از خودمراقبتی هستند، برای سلامت خود ارزش قائل شده، سعی می‌کنند کم‌تر بیمار شوند و در صورت بیماری، تلاش می‌کنند هرچه زودتر سلامتی خود را بازیابند (عباس‌زاده، عزیزاده اقدام، بدری گرگری و ودادهیر، ۱۳۹۰).

از مفاهیم مهم در قلمرو سلامت جسمی و روانی، سبک‌های دلبستگی است (ماندر و هانتز^۶، ۲۰۰۱). تحقیقات ارتباط بین سبک دلبستگی بزرگسالان و سلامت جسمی، رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه مانند ورزش و رژیم غذایی سالم (هانتسینگر و لوکن^۷، ۲۰۰۴) و واکنش‌های فیزیولوژیکی به استرس، گزارش درد، خستگی و بیماری را نشان می‌دهند (فینی^۸، ۲۰۰۸). فینی (۲۰۰۰) نشان داد سبک دلبستگی از طریق تأثیر مدل‌های فعال‌ساز درونی بر توانایی تنظیم هیجان منفی و کسب حمایت اجتماعی، ارزیابی و پاسخ مؤثر به رویدادهای پر استرس زندگی در هنگام نیاز تأثیر می‌گذارد. وی نشان داد سبک دلبستگی نایمن با حالات فیزیولوژیکی‌ای مرتبط هستند که به طور منفی بر سلامت جسمی، از جمله سطح کورتیزول و افزایش فعالیت عصب واگ^۹ تأثیر می‌گذارند. ماندر و هانتز (۲۰۰۱) نشان دادند که سبک دلبستگی نایمن با بیماری‌های جسمی در ارتباط است، آن‌ها سه مکانیسم تغییر فیزیولوژی استرس، افزایش استفاده از تنظیم‌کننده‌های بیرونی مؤثر و تغییر رفتارهای محافظت‌کننده سلامت را توصیف کردند که خطر ابتلا به بیماری را در

1. Teall, T.
2. Cook-Cottone, C. P., & Guyker, W. M.
3. Homan, K. J., & Tylka, T. L.
4. McCusker, J.
5. Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A.
6. Maunder, R. G., & Hunter, J. J.
7. Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J.
8. Feeney, J. A.
9. Vagus nerve

افراد افزایش می‌دهند. از این رو، می‌توان دریافت که بین رفتارهای خودمراقبتی و پیامدهای روانی ارتباطی دوسویه وجود دارد، همان‌گونه که رفتارهای خودمراقبتی ضعیف می‌تواند پیامدهای جسمی و روانی مهمی برای فرد داشته باشد (سیلوا، لولر و لانگ بکر^۱، ۲۰۱۹)، ویژگی‌های روانی ناکارآمد و نابسند نیز قادر است رفتارهای خودمراقبتی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (ویسکوویچ و دی‌جورج-واکر^۲، ۲۰۱۹). همسو با این نتایج نیکوگفتار و اسحاقی (۱۳۹۱) نشان دادند که بین رفتارهای خودمراقبتی با سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت معناداری و با سبک دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا رابطه منفی معناداری وجود دارد. نیاز به دلبستگی بین فردی از انگیزه‌های اساسی انسانی است (بامیستر و لاری^۳، ۱۹۹۵) که به نظر بالبی^۴ (۱۹۷۳) اساس آن از پیوند بین کودک و مراقب نشأت گرفته و بر روابط دلبستگی در بزرگسالی تأثیر گذارده و به اشکال مختلف متجلی می‌شود (شاور^۵، ۲۰۰۶، به نقل از ملکی، ذبیح‌زاده، پناغی، رشیدی و باقری، ۱۳۹۱). مطابق با نظریه دلبستگی، فرد از همان اوان کودکی در اثر تعامل مکرر با چهره‌های دلبستگی (عمدتاً والدین) بازنمودهای ذهنی پایداری از خود و دیگران مهم گسترش داده و درونی می‌کند (بالبی، ۱۹۷۳). زمانی که الگوهای دلبستگی در دسترس و پاسخگوی نیازهای کودک باشند، دلبستگی ایمن در فرد شکل گرفته و در صورت فقدان یا بی‌نظمی در ایجاد چنین الگوی پایداری، الگوی دلبستگی نایمن در فرد شکل می‌گیرد و همان مبنای اولیه الگوی ارتباط با دیگران را پایه‌ریزی می‌کند، با شکل‌گیری الگوی نایمن از دلبستگی، فرد همواره به ارزش شخصی و اعتماد به خود و دیگران تردید کرده، در ایجاد و تثبیت یک رابطه عاشقانه با شکست مواجه می‌شود (هازن و شاور^۶، ۱۹۸۷). سبک‌های دلبستگی، به‌عنوان الگوهای نسبتاً منسجم و پایداری از هیجانات و رفتارها در روابط نزدیک و تجارب صمیمانه بزرگسالان دیده می‌شوند (کالینز، کلارک و شاور^۷، ۱۹۹۶). وست، رز و شلدون-کلر^۸ (۱۹۹۴)، دلبستگی بزرگسال را روابط دوه‌دویی تعریف می‌کنند که در آن همجواری با یک شخص

1. Silva, E. H., Lawler, S., & Langbecker, D.
2. Viskovich, S., & De George-Walker, L.
3. Baumeister, R. F., & Leary, M. R.
4. Bowlby, J.
5. Shaver, P. R.
6. Hazan, C., & Shaver, P.
7. Collins, N., Clark, C. L., & Shaver, P. R.
8. West, M., Rose, M. S., & Sheldon-Keller, A.

به‌خصوص ترجیح داده می‌شود و منجر به احساس ایمنی می‌گردد. نایمنی دلبستگی در بزرگسالان به‌عنوان یک ساختار دوبعدی از مفهوم اضطراب مرتبط با دلبستگی و اجتناب از صمیمیت مفهوم‌سازی شده است (برنان، کلارک و شاور، ۱۹۹۸). شاور، هازن و برادشاو^۱ (۱۹۸۸) با مطرح کردن عشق احساسی، تداوم فرآیند دلبستگی را در بزرگسالی تأیید کرده و شکل‌گیری ارتباط‌های سه‌گانه ایمن، اجتنابی و اضطرابی را بررسی کردند، آن‌ها نشان دادند که افراد دارای الگوی عملی درونی ایمن و سبک دلبستگی ایمن^۲، اجتناب پایین در روابط و درگیری بیش‌تری در ارتباط زوجی دارند (هولی است و میلر^۳، ۲۰۰۵). در مقابل افراد با سبک دلبستگی نایمن^۴، الگوهای مخربی از تعارض و فقدان مذاکره را در گفتگوهای خود نشان می‌دهند (فینی، نولر و کالان^۵، ۱۹۹۴) و با برخوردار بودن از طرح‌واره‌های طردشدگی-بی‌اعتمادی^۶ و اجتناب از دلبستن به شریک زندگی، تعهد ضعیفی به رابطه زناشویی دارند (هادی، اسکندری، سهرابی، معتمدی و فرخی، ۱۳۹۵؛ برگرون، براسارد، مونور و پلگوین^۷، ۲۰۱۹). میکالینسر و شاور^۸ (۲۰۰۳) در ارائه مدلی از فعالیت و پویایی‌های نظام دلبستگی به سه بخش مهم اشاره کردند: یک بخش مربوط به کنترل و ارزیابی حوادث و وقایع تهدیدکننده است و مسئول فعال‌سازی نظام دلبستگی است. بخش دوم شامل کنترل و ارزیابی دردسترس بودن و پاسخگویی افراد مهم به‌عنوان منبع دلبستگی است که ممکن است حمایت و آسایش را فراهم نموده، نیازهای دلبستگی را برآورده کنند، منابع و توانمندی‌های درونی فرد را تقویت کرده و گنجینه تفکر-عمل را در فرد توسعه دهند. این بخش، مسئول تفاوت و تنوع احساس دلبستگی ایمن است و می‌تواند بین افراد با سبک دلبستگی ایمن و نایمن مضطرب^۹، اجتنابی^{۱۰} یا ترکیبی از هر دو افتراق و تمایز ایجاد کند. سومین بخش شامل کنترل و ارزیابی، تداوم صمیمیت‌جویی به‌عنوان ابزار مقابله با دلبستگی نایمن و آشفتگی‌هاست و مسئول پراکندگی و تنوع در

1. Shaver, P., & Hazan, C. 8: Bradshaw, D.

2. Secure attachment style

3. Hollist, C. S., & Miller, R. B.

7. INSECURE attachment style

5. Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J.

6. Disconnection / rejection schemes

7. Bergeron, S., Brassard, A., Mondor, J., & Péloquin, K.

8. Mikulincer, M. & Shaver, P. R.

9. Anxiety attachment style

10. Avoidance attachment style

استفاده از راهبردهای بیش فعال‌سازی (افزاینده‌ها) یا راهبردهای غیرفعال‌سازی تنظیم عاطفه (کاهنده‌ها) بوده و افراد مضطرب را از اجتنابی جدا می‌سازد (میکالینسر و شاور، ۲۰۰۳).

از دیدگاه دلبستگی، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود وارد رابطه می‌شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ‌دهی آن‌ها به همسر خود دارد (هازن و شاور، ۱۹۸۷). بزرگ‌سالان با سبک دلبستگی ایمن تفسیر مثبتی از روابط زناشویی داشته، اعتماد در رابطه و عشق به همسرشان دارند و سطح بالایی از رضایت زناشویی را گزارش می‌دهند، این افراد رفتارهای حمایت‌کننده با همسر داشته و از راهبردهای حل مسئله و حل تعارض سازنده بهره می‌گیرند، همچنین برای تسلی‌یافتن به راحتی به همسر خود روی آورده و از فعالیت جنسی لذت‌بخش خبر می‌دهند (کالینز و فینی، ۲۰۰۰). درحالی‌که افراد با سبک دلبستگی ناایمن و اجتنابی تفسیر منفی از روابط زناشویی دارند، رفتارهای همسرشان را به صورت منفی برداشت می‌کنند، دچار رنج عاطفی زیادی می‌شوند و رضایت زناشویی پایینی گزارش می‌دهند (آزمن و اتیک، ۲۰۱۰). این افراد بر الگوهای درونی مبتنی بر استقلال، بی‌اعتمادی به معشوق و نگرانی از صمیمی شدن زیاد تأکید داشتند و متقاعد شده بودند که دیگران آن‌ها را دوست ندارند، عشق رمانتیک به سختی پیدا می‌شود و به ندرت دوام می‌آورد. حسادت، فاصله‌گیری عاطفی و لذت‌بردن کم از تماس بدنی بر مهم‌ترین روابط عشقی آن‌ها حاکم بودند (کالینز و فینی، ۲۰۰۰)؛ بنابراین داشتن انتظار برای این که افراد با سبک‌های دلبستگی متفاوت، هیجانات و رفتارهای مختلفی برای حفظ و نگه‌داری روابطشان انجام می‌دهند، منطقی است (داینتون، زلی و لانگن، ۲۰۰۳).

یافته‌ها نشان دادند که افراد با سبک دلبستگی ایمن بیش‌تر از اسنادهای غنی‌کننده رابطه و افراد ناایمن بیش‌تر از اسنادهای منفی برای توجیه رفتارهای منفی همسر خود استفاده می‌کنند (پیرس و هالفورد، ۲۰۰۸). بیپوس و رولین (۲۰۰۳) گزارش کردند که رفتارهای افراد با سبک ایمن رضایت‌بخش‌تر بوده، آن‌ها از راهبردهای نگه‌دارنده رابطه بیش‌تری نسبت به افراد با سبک‌های بیمناک، اجتنابی و آشفته استفاده کردند. کاراکات،

1. Hazan, C., & Shaver, P.
2. Collins, N. L., & Feeney, B. C.
3. Ozmen, O., & Atik, G.
4. Dainton, M., Zelle, E., & Langan, E.
5. Pearce, Z. J., & Halford, W. K.
6. Bippus, A. M., & Rollin, E.

وایتینگ و بنفورد ویتینگ^۱ (۲۰۱۹) در مطالعه خود دریافتند که زوجینی که مرتکب رفتارهای تخریب‌کننده رابطه می‌شوند از سبک‌های دلبستگی ناایمنی برخوردارند. گوئین^۲ و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند افراد با سبک دلبستگی ایمن در موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی بهتر می‌توانند به دنبال حل مسئله بگردند و رفتارهای پردکننده کم‌تری در برابر همسرشان از خود نشان می‌دهند، درمقابل، افراد با سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی در طول تعارضات زناشویی رفتارهای منفی زیادی از خود نشان می‌دهند. قزلسفلو و هاشمی (۱۳۹۵) نیز دریافتند بین اطمینان، گشودگی، تقسیم وظایف، مثبت‌گرایی به‌عنوان رفتارهای نگه‌دارنده رابطه با سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

از اوایل دهه ۱۹۸۰ که آغاز تمرکز بر رفتارهای نگه‌دارنده^۳ و ترمیم‌کننده رابطه زناشویی بود (پرلمن^۴، ۲۰۰۱)، محققان مؤلفه‌های حفظ و نگه‌داری روابط را از عواملی می‌دانستند که باعث بهبود روابط زوجین می‌شود. راهبردهای حفظ رابطه شامل رفتارهای تداوم‌بخش و منجر به ثبات رابطه می‌شود، آگنیو، واندردریفت و آریگا^۵ (۲۰۲۰) حفظ رابطه را فرایندهایی قلمداد می‌کنند که به طرفین رابطه را به یکدیگر وابسته نگه می‌دارد، از این‌رو، نگه‌داری و حفظ روابط به‌عنوان رفتارهای پویایی توصیف شده است که به ماندگاری رابطه کمک می‌کند (اگلسکی و باورز^۶، ۲۰۱۳). به نظر اگلسکی و مانک^۷ (۲۰۱۹) راهبردهای تقویت‌کننده رابطه پیامدهای مثبت رابطه را به‌منظور کاهش خطر عوامل تهدیدکننده رابطه تقویت می‌کند.

استافورد و کانری^۸ (۱۹۹۱) با هدف تعیین راهبردهای اتخاذشده توسط زوج‌ها برای حفظ رابطه، به راهبردهایی از جمله مثبت‌گرایی (تلاش برای یک تعامل خوشایند)، گشودگی (گفتگوی درون رابطه)، اطمینان (حمایت از همسر، ایجاد آرامش برای وی)، تقسیم وظایف (برابری در تکالیف محوله)، شبکه‌های اجتماعی (استفاده از دوستان و وابستگان) و تعهد (سرسپردگی و ضمانت در رابطه) دست یافتند، راهبردهایی که افراد

1. Karakurt, G., Whiting, K., & Banford Witting, A.
2. Gouin, J. P.,
3. maintenance behaviors
4. Perlman
5. VanderDrift, L. E., Agnew, C. R., & Arriaga, X. B.
6. Oglsky, B.G, & Bowers, J.R.
7. Monk, J. K.
8. Stafford, L., & Canary, D. J.

هوشیارانه اتخاذ می‌کنند تا رابطه زناشویی خود را حفظ کرده و قوام بخشند. آیرس^۱ (۱۹۸۳؛ به نقل از رشیدی، ۱۳۹۶) راهبردهای حفظ رابطه را به سه دسته شامل اجتناب (مقاومت در برابر تغییر رابطه)، تعادل (نگهداشت تعادل در سطوح پشتیبانی) و صراحت (اعلام آشکار تمایل به ثبات در رابطه) طبقه‌بندی کرده است. اگلسکی و مانک (۲۰۱۹) راهبردهای حفظ رابطه را شامل انجام رفتارهایی چون سخاوت، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های فراغت مشترک می‌دانند. به نظر دینتون^۲ (۲۰۰۷) فعالیت‌های نگه‌دارنده در چهار بافت رخ می‌دهد: شخص (که به تأثیرات روان‌شناختی یا فردی بر روی فرایندها اشاره دارد)، سیستم (به رفتارهایی که در سیستم خانوادگی رخ می‌دهد اشاره دارد)، شبکه (تأثیرات جامعه بزرگ‌تری را که سیستم در آن قرار دارد را شامل می‌شود) و فرهنگ (به الگوهای تاریخی ایده‌ها، عقاید، قوانین و نقش‌های آن نوع خانواده اشاره دارد). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که زوج‌ها با استفاده از رفتارهای حفظ رابطه، روابط خود را تداوم بخشیده‌اند (بدر و تیلور^۳، ۲۰۰۸). زوج‌هایی که به‌درستی از این راهبردها استفاده می‌کنند سطح بالاتری از تعهد زناشویی، رضایت و خوشبختی را تجربه می‌کنند (رامیرز^۴، ۲۰۰۸). بلوس، پنتل، کوهن، فیشر و باکوم^۵ (۲۰۱۹) در بررسی راهبردهای حفظ رابطه در زوجینی که از حیث مسافت از یکدیگر دور هستند، مشاهده نمودند که نوع راهبردهای اتخاذشده برای حفظ رابطه توسط زوجین نقش مهمی در رضایت از رابطه ایفا می‌کند.

با توجه به آنچه گفته شد، بررسی سبک دلبستگی به‌عنوان متغیر ناشی از پیشینه خانواده اصلی، متغیر خودمراقبتی ذهن آگاه به‌عنوان متغیر متمرکز بر فرد و متغیر راهبردهای حفظ رابطه به‌عنوان متغیر متمرکز بر رابطه زناشویی در یک پژوهش می‌تواند خلأ پژوهش مربوط به مطالعات در حوزه روابط زناشویی را با تمرکز بر مراقبت هوشیارانه و آگاهانه از خود در یک رابطه زوجی متأثر از پیشینه خانواده اصلی را پر کند. از این رو، این پژوهش با هدف مقایسه رفتارهای خودمراقبتی ذهن آگاه، راهبردهای حفظ رابطه و سبک‌های

1. Ares

2. Dainton, M.

3. Badr, H., & Taylor, C. L. C.

4. Ramirez, A.

5. Belus, J. M., Pentel, K. Z., Cohen, M. J., Fischer, M. S., & Baucom, D. H.

دلبستگی در دو گروه از زنان و مردان متأهل با و بدون تعارض ساکن شهر تهران انجام شد تا به این پرسش‌ها پاسخ دهد که:

- آیا بین رفتارهای خودمراقبتی دو گروه با و بدون تعارض تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

- آیا بین سبک‌های دلبستگی دو گروه با و بدون تعارض تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

- آیا بین راهبردهای حفظ رابطه دو گروه با و بدون تعارض تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

روش

روش پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر در دو گروه تعریف می‌شود: گروه اول زنان و مردان متأهل ساکن شهر تهران بودند که با شرط داشتن حداقل سواد دیپلم، گذشت یک سال از ازدواج و نداشتن سابقه اختلال روان‌شناختی منجر به بستری (که به شیوه خودگزارشی احصا شد) و با اطمینان‌دادن نسبت به محرمانگی اطلاعات و جلب رضایت‌شان برای شرکت در پژوهش از مراکز عمومی شهر چون پارک‌ها، سالن‌های ورزشی، سراهای محله و.. از مناطق شمال و شرق شهر تهران به روش دردسترس انتخاب شدند که از بین ۹۸ نفر، ۵۶ نفر زن و ۴۱ نفر مرد بودند، ۶۴ نفر شاغل و ۲۶ نفر خانه‌دار و ۴ نفر بازنشسته، ۲۰ نفر دیپلم، ۸ نفر دارای مدرک کاردانی، ۵۰ نفر کارشناسی، ۱۷ نفر کارشناسی‌ارشد به بالا و دامنه تعداد فرزند ۵-۰ بود. دیگر مشخصات جمعیت‌شناختی گروه در جدول ۱ ذکر شده است.

گروه دوم کلیه زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران بودند که به دلیل تعارضات زناشویی حل‌نشده به دو مرکز مشاوره واقع در منطقه ۱ و ۳ شهر تهران مراجعه کرده بودند، این گروه نیز با شرط داشتن سواد حداقل دیپلم، گذشت حداقل یک سال از ازدواج، مراجعه به دلیل تعارضات زناشویی حل‌نشده و عدم همبودی با دیگر اختلالات روان‌شناختی (که به شیوه خودگزارشی در پرونده مرکز مشاوره احصا شده بود) با اطمینان‌دادن نسبت به محرمانگی اطلاعات و جلب رضایت‌شان برای شرکت در پژوهش به روش دردسترس انتخاب شدند، از بین ۸۵ نفر مراجعه‌کننده، ۵۹ نفر زن و ۲۵ نفر مرد، ۵۲ نفر شاغل، ۲۷ نفر خانه‌دار و ۲ نفر بازنشسته بودند، ۱۹ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۴ نفر

دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۳۸ نفر دارای مدرک کارشناسی، ۲۱ نفر کارشناسی‌ارشد به بالا و دامنه تعداد فرزند ۰-۴ فرزند بود. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه استاندارد به شرح زیر بودند:

پرسشنامه خودمراقبتی ذهن آگاه-فرم کوتاه (MSCS-S)^۱: این مقیاس خودگزارشی، با ۳۳ گویه توسط کوک کاتن^۲ (۲۰۱۵) فراوانی رفتار خود مراقبتی را در ۶ حوزه شامل: تن آرامی ذهن آگاه، مراقبت جسمی، شفقت به خود و هدف، روابط حمایت‌کننده، ساختار حمایتی و هوشیاری ذهن آگاه بررسی می‌کند. سؤال ۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. محدوده نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۶۵ است. هر حوزه در طیف ۵ درجه‌ای ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در مطالعه کوک کاتن (۲۰۱۵) ۰/۸۹ و سایر ابعاد آن شامل مراقبت جسمی ۰/۶۹، روابط حمایت‌آمیز ۰/۸۶، هوشیاری ۰/۹۲، شفقت به خود و هدف ۰/۸۳، تن آرامی ذهن آگاه ۰/۷۷، ساختار حمایتی ۰/۷۷ بود. مطالعه هاچ کیس^۳ و کوک کاتن (۲۰۱۹) به منظور بررسی روایی آن در گروه متخصصان بهداشت نشان داد عوامل مقیاس از شاخصه‌های برازش خوبی برخوردار بوده و همسانی درونی قابل قبولی داشت. روایی صوری و محتوایی ابزار در پژوهش حاضر پس از ترجمه و اصلاح در چند مرحله و استفاده از نظر صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت، همچنین همسانی درونی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی کل مقیاس ۰/۹۲ و ابعاد آن شامل تن آرامی ذهن آگاه ۰/۶۵، مراقبت جسمی ۰/۷۷، شفقت بر خود و هدف ۰/۷۶، روابط حمایت‌کننده ۰/۸۲، ساختار حمایتی ۰/۷۴، هوشیاری ۰/۸۵ و خودمراقبتی عمومی ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس تجدیدنظرشده تجارب در روابط نزدیک (ECR-R)^۴: مقیاس تجدیدنظرشده تجارب در روابط که جدیدترین پرسشنامه دل‌بستگی بزرگ‌سالان است، توسط فرالی، والر و برینان^۵ (۲۰۰۰) به نقل از خجسته مهر، (۱۳۸۴) ساخته شد. این مقیاس در ۳۶ گویه، شامل

1. Mindful Self-Care Scale-Short form
2. Cook Cottone
3. Hotchkiss, J. T.
4. The Experiences in Close Relationships-Revised
5. Fraley, Waller & Bernnan

دو بعد دلبستگی اضطرابی (۱۸ گویه) و دلبستگی اجتنابی (۱۸ گویه) است. بعد اضطرابی میزان ایمنی و نایمنی فرد از حضور و پاسخگویی همسر (برای مثال: اغلب نگران این هستم که همسر نخواهد با من بماند) و بعد اجتنابی میزان ایمنی و نایمنی فرد را از نزدیک شدن به همسر اندازه می‌گیرد (مثال: وقتی همسر خیلی به من نزدیک می‌شود آشفته می‌شوم). نمره‌گذاری این مقیاس در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) انجام می‌شود. سؤالات ۱ تا ۱۸ مربوط به بعد اضطراب و سؤالات ۱۹ تا ۳۶ مربوط به بعد اجتنابی را ارزیابی می‌کنند. در پژوهش فرالی و همکاران (۲۰۰۰)، به نقل از خجسته مهر، (۱۳۸۴) پایایی باز آزمایی این پرسشنامه در طول یک دوره هشت هفته‌ای، ۰/۷۰ و مقادیر آلفای کرونباخ برای دو بعد اضطرابی و اجتنابی بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده است. خجسته مهر (۱۳۸۴) ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای زوج‌های عادی و متقاضی طلاق در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ محاسبه کرد و روایی ملاکی هم‌زمان آن را با همبسته کردن با قسمت دوم مقیاس سه مقوله‌ای هازن و شیور (۱۹۹۰) یعنی بخش اضطرابی و اجتنابی، معنادار گزارش کرد. در پژوهش حاضر، پایایی دو بعد اضطرابی و اجتنابی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس رفتارهای حفظ رابطه (RMBM):^۱ مقیاس خودگزارشی رفتارهای حفظ رابطه در ۲۸ گویه توسط استافورد^۲ (۲۰۱۱) برای ارزیابی راهبردهای حفظ و نگهدارنده زناشویی در هفت بعد شامل مثبت‌گرایی، درک، خودافشاگری، گفتگوهای رابطه‌ای، اطمینان، وظایف به اشتراک گذاشته شده و شبکه‌های اجتماعی با طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) ساخته شده است، در این مقیاس از هر فرد خواسته می‌شود تا ادراک خود نسبت به کاربرد همسرش از هر یک از رفتارهای زیر را بیان کند. محدوده نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۱۹۶ است. در این مقیاس نمرات بیش‌تر به این معنی است که زوجین از رفتارهای مؤثرتر و راهبردهای قوی‌تری جهت حفظ رابطه استفاده کرده‌اند و نمرات کم‌تر به معنی این است که از رفتارهای کم‌اثرتر و راهبردهای ضعیف‌تری جهت حفظ رابطه استفاده شده است. پایایی خرده مقیاس‌های این مقیاس در پژوهش استافورد (۲۰۱۱) از ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش قزلسفلو، آقامیری، آقامیری و

1. Relational Maintenance Behaviors Measure

2. Stafford

همتی پویا (۱۳۹۷) با هدف بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس راهبردهای حفظ رابطه، ضرایب پایایی مقیاس و عوامل آن در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ و روایی همگرایی آن با مقیاس رضایت زناشویی در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی کل مقیاس ۰/۹۷ و خرده مقیاس‌های آن شامل مثبت‌گرایی ۰/۹۳، درک ۰/۸۸، خود افشاگری ۰/۹۲، گفتگوهای رابطه‌ای ۰/۹۳، اطمینان ۰/۹۳، تقسیم وظایف ۰/۹۱ و شبکه‌های اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمد.

با جلب رضایت مدیریت دو مرکز مشاوره، توجیه هدف مطالعه برای مدیر مرکز و مراجعه‌کنندگان و اطمینان‌دادن بابت محرمانگی اطلاعات و جلب رضایت برای شرکت در پژوهش، ابتدا گروه مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره نمونه‌گیری شدند، تعداد کمی از پرسشنامه‌ها که توسط دیگر مراجعه‌کنندگان برای دیگر مشکلات غیرزناشویی تکمیل شده بود از جریان تحلیل کنار گذاشته شد، در مرحله بعد با رعایت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ملاک‌های ورود، اقدام به نمونه‌گیری از جامعه غیرمراجعه‌کننده از امکان و مراکز عمومی سطح شهر شد، در این گروه نیز تلاش شد تا ضمن اطمینان‌دادن محرمانه‌ماندن پاسخ‌ها و بی‌نام‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد، هدف پژوهش توضیح داده شد، برای تحلیل از نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) استفاده شد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متأهلین با و بدون تعارض

تعداد	گروه دارای تعارض		گروه بدون تعارض		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
	SD	M	تعداد	SD	
	۹/۵۵	۳۵/۹۸		۱۰/۰۸	سن
۸۵	۵/۱۵	۲۴/۲۴	۹۸	۶/۷۱	سن ازدواج
	۹/۳۵	۱۰/۸۶		۹/۸۴	طول مدت ازدواج
	۳/۷۳	۴/۳۱		۴/۶۸	تفاوت سنی با همسر

نتایج

همان‌گونه که از جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه غیرمراجعه‌کننده $10/08 \pm 41/1$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن ازدواج $24/98 \pm 5/15$ ، میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج $14/78 \pm 9/84$ ، میانگین و انحراف استاندارد

تفاوت سنی با همسر $3/11 \pm 4/68$ بود. این جدول همچنین نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه مراجعه‌کننده، $35/98 \pm 9/55$ ، میانگین و انحراف استاندارد سن ازدواج $24/24 \pm 5/15$ ، میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج $10/86 \pm 9/35$ ، میانگین و انحراف استاندارد تفاوت سنی با همسر $4/31 \pm 3/73$ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در متأهلین با و بدون تعارض

متغیرهای پژوهش	بدون تعارض		دارای تعارض		کل	
	SD	M	SD	M	SD	M
تن آرامی ذهن آگاه	۴/۴۱	۱۷/۸۸	۳/۷۱	۱۷/۴۷	۴/۰۹	۱۷/۶۹
مراقبت جسمی	۶/۴۶	۲۳/۲۲	۵/۴۷	۲۰/۷۳	۶/۱۳	۲۲/۰۷
شفقت بر خود و هدف	۴/۵۵	۲۱/۷	۴/۵۱	۱۹/۸۱	۴/۶۲	۲۰/۸۳
روابط حمایت‌کننده	۴/۳۸	۱۸/۶۹	۴/۰۲	۱۶/۹۴	۴/۲۹	۱۷/۸۸
ساختار حمایتی	۳/۳۱	۱۴/۳۳	۳/۰۸	۱۱/۸۶	۳/۴۲	۱۳/۱۸
هوشیاری ذهن آگاه	۳/۷۸	۱۴/۷۳	۳/۲۶	۱۲/۲۹	۳/۷۵	۱۳/۶
خودمراقبتی عمومی	۲/۸۹	۱۰/۳۶	۸/۶۴	۳/۱۵	۳/۱۲	۹/۵۷
خودمراقبتی (کل)	۲۱/۱۶	۱۲۰/۹۲	۱۰۷/۴۹	۱۹/۱	۲۱/۲۶	۱۱۴/۶۸
مثبت‌گرایی	۵/۵۲	۲۲/۱۸	۱۷/۴۱	۶/۳۵	۶/۳۷	۱۹/۹۷
درک	۶/۲۸	۲۰/۰۶	۱۵/۸۵	۶/۱۶	۶/۵۵	۱۸/۱
خود افشاگری	۶/۷۵	۱۹/۸	۱۴/۶۹	۶/۸۲	۷/۲۳	۱۷/۴۳
گفتگوهای رابطه‌ای	۵/۰۱	۱۴/۴۵	۱۱/۱۳	۵/۶۳	۵/۵۵	۱۲/۹۱
اطمینان	۶/۳۲	۲۰/۷۸	۱۵/۲	۷/۲۶	۷/۳	۱۸/۱۹
تقسیم وظایف	۶/۲۷	۲۱/۷	۱۶/۳۹	۶/۳۱	۶/۸۱	۱۹/۲۳
شبکه‌های اجتماعی	۶/۴۹	۲۱/۳۶	۱۸/۹۴	۶/۳۴	۶/۵۲	۲۰/۲۳
راهبردهای حفظ رابطه (کل)	۳۵/۹۷	۱۴۰/۳۳	۱۰۹/۶۱	۳۴/۹۱	۳۸/۵۷	۱۲۶/۰۶
دلبستگی اضطرابی	۱۴/۱۹	۵۷/۲۶	۷۰/۸۱	۱۶/۹۹	۱۹/۳۵	۶۳/۵۵
دلبستگی اجتنابی	۱۶/۳۸	۵۰/۱۹	۵۸/۷۹	۱۶/۶۱	۱۷	۵۴/۱۹

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد سه متغیر خودمراقبتی (و ابعاد آن)، راهبردهای حفظ رابطه (و ابعاد آن) و دو سبک دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را در دو گروه از زنان و مردان متأهل با و بدون تعارض نشان می‌دهد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد گروه دارای تعارض زناشویی در مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن آگاه و راهبردهای حفظ رابطه نمرات پایین‌تر و در سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی نمرات بالاتری نسبت به گروه زنان و مردان متأهل بدون تعارض گزارش کردند. برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات گروه‌ها از آزمون

تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۲ استفاده شده است. به منظور استفاده از آزمون MANOVA، آزمون نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌های بین گروه‌ها با استفاده از آماره لوین بررسی و تأیید شد.

جدول ۳. بررسی اثر تعارضات زناشویی بر متغیرهای پژوهش

اثر	ارزش	F	df1	df2	p	η^2
اثر پیلائی	۰/۲۹	^b ۴/۲۴	۱۶	۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹
لامبدا و یلکز	۰/۷۱	^b ۴/۲۴	۱۶	۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹
اثر هتلیتیک	۰/۴۱	^b ۴/۲۴	۱۶	۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹
ریشه ری	۰/۴۱	^b ۴/۲۴	۱۶	۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹

مطابق با جدول ۳، لامبدا و یلکز به دست آمده از تحلیل واریانس چندمتغیری موجود نشان می‌دهد که تأثیر وجود تعارضات زناشویی بر ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش شامل مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن آگاه، راهبردهای حفظ رابطه و سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی معنی دار است [$\eta^2=0/29$, $F(16,165)=4/24$, $p<0/001$]. به منظور بررسی این که وجود تعارضات زناشویی بر کدام یک از متغیرهای پژوهش معنی دار است، از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۴ استفاده شده است:

جدول ۴. تحلیل واریانس نمرات دو گروه با و بدون تعارض در متغیرهای پژوهش

η^2	p	F	میانگین مجزورات	df1/df2	منابع متغیرهای پژوهش
۰/۰۰۳	۰/۴۹	۰/۴۸	۸/۱۸	۱/۱۸۰	تن آرامی ذهن آگاه
۰/۰۴	۰/۰۰۶	۷/۶	۲۷۶/۹۵	۱/۱۸۰	مراقبت جسمی
۰/۰۴	۰/۰۰۷	۷/۳۴	۱۵۰/۳۴	۱/۱۸۰	شفقت بر خود و هدف
۰/۰۴	۰/۰۰۸	۷/۳۱	۱۲۹/۷۷	۱/۱۸۰	روابط حمایت‌کننده
۰/۱۳	۰/۰۰۱	۲۶/۳۲	۲۷۰/۵۲	۱/۱۸۰	ساختار حمایتی
۰/۱۱	۰/۰۰۱	۲۱/۵۲	۲۷۱/۲۷	۱/۱۸۰	هوشیاری ذهن آگاه
۰/۰۸	۰/۰۰۱	۱۴/۶۶	۱۳۲/۹۲	۱/۱۸۰	خودمراقبتی عمومی
۰/۰۹	۰/۰۰۱	۱۸/۹۴	۷۶۷۴/۰۳	۱/۱۸۰	خودمراقبتی کل
۰/۱۴	۰/۰۰۱	۲۸/۰۹	۹۶۲/۱۹	۱/۱۸۰	مثبت‌گرایی
۰/۱	۰/۰۰۱	۱۹/۶۷	۷۵۰/۴	۱/۱۸۰	درک
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۲۴/۷۹	۱۱۴۰/۷۹	۱/۱۸۰	خودافشاگری
۰/۰۹	۰/۰۰۱	۱۷/۱۴	۴۸۳/۷۷	۱/۱۸۰	گفتگوهای رابطه‌ای
۰/۱۴	۰/۰۰۱	۳۰/۳۵	۱۳۹۸/۸۶	۱/۱۸۰	اطمینان
۰/۱۵	۰/۰۰۱	۳۲/۳۹	۱۲۸۷/۳۹	۱/۱۸۰	تقسیم وظایف
۰/۰۳	۰/۰۱	۶/۳۷	۲۶۴/۱۶	۱/۱۸۰	شبکه‌های اجتماعی
۰/۱۶	۰/۰۰۱	۳۲/۹۷	۴۱۵۰/۷۵	۱/۱۸۰	راهبردهای حفظ رابطه (کل)
۰/۱۲	۰/۰۰۱	۲۵/۵۶	۸۴۷۱/۲۵	۱/۱۸۰	دل‌بستگی اضطرابی
۰/۰۶	۰/۰۰۱	۱۱/۸۲	۳۲۱۹/۷۲	۱/۱۸۰	دل‌بستگی اجتنابی

اثر تعارضات زناشویی

F به دست آمده از تحلیل واریانس نمرات دو گروه در جدول ۴ نشان داد دو گروه با و بدون تعارض در مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن آگاه به جز مؤلفه تن آرامی ذهن آگاه $[0.003, 0.04]$ ، $\eta^2 = 0.04$ ، مراقبت جسمی $[0.04, 0.07]$ ، $\eta^2 = 0.04$ ، شفقت بر خود و هدف $[0.04, 0.08]$ ، $\eta^2 = 0.04$ ، روابط حمایت‌کننده $[0.13, 0.01]$ ، ساختار حمایتی $[0.11, 0.01]$ ، هوشیاری $[0.08, 0.01]$ ، خودمراقبتی عمومی $[0.09, 0.01]$ ، خودمراقبتی کل $[0.14, 0.01]$ ، مثبت‌گرایی $[0.1, 0.01]$ ، درک $[0.12, 0.01]$ ، خودافشاگری $[0.09, 0.01]$ ، گفتگوهای رابطه‌ای $[0.14, 0.01]$ ، اطمینان $[0.15, 0.01]$ ، تقسیم وظایف $[0.03, 0.01]$ ، شبکه‌های اجتماعی $[0.16, 0.01]$ ، راهبردهای حفظ رابطه (کل) $[0.12, 0.01]$ ، دل‌بستگی اضطرابی $[0.12, 0.01]$ و دل‌بستگی اجتنابی $[0.06, 0.01]$ تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. این به این معناست که گروه دارای تعارض زناشویی از مهارت‌های خودمراقبتی پایینی نسبت به گروه بدون تعارض برخوردارند.

جدول ۴ همچنین نشان داد دو گروه دارای و بدون تعارض زناشویی در همه راهبردهای حفظ رابطه شامل مثبت‌گرایی $[F(1,180)=0.14, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، درک $[F(1,180)=0.1, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، خودافشاگری $[F(1,180)=0.12, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، گفتگوهای رابطه‌ای $[F(1,180)=0.09, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، اطمینان $[F(1,180)=0.14, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، تقسیم وظایف $[F(1,180)=0.15, \eta^2=0.001, p<0.001]$ ، شبکه‌های اجتماعی $[F(1,180)=0.03, \eta^2=0.001, p<0.001]$ و نمره کل راهبردهای حفظ رابطه $[F(1,180)=0.16, \eta^2=0.001, p<0.001]$ با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. این به این معناست که گروه دارای تعارض، در راهبردهای حفظ رابطه نمرات پایین‌تری نسبت به گروه بدون تعارض کسب کردند.

F به دست آمده در جدول ۴ همچنین نشان داد دو گروه با و بدون تعارض در سبک دل بستگی اضطرابی $[F(1,180)=0.12, \eta^2=0.001, p<0.001]$ و سبک دل بستگی اجتنابی $[F(1,180)=0.06, \eta^2=0.001, p<0.001]$ با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. این به این معناست که گروه دارای تعارض نمرات بالاتری در سبک دل بستگی اجتنابی و اضطرابی نسبت به گروه بدون تعارض کسب کردند. نگاهی به جدول ۱ نشان می‌دهد گروه دارای تعارض زناشویی در سبک دل بستگی اضطرابی $(\Delta M=13/55, p=0.001)$ و سبک دل بستگی اجتنابی $(\Delta M=8/6, p=0.001)$ نمرات بالاتری از گروه بدون تعارض کسب کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

جدایی و طرد در رابطه زناشویی از مشکلات ارتباطی بین زوجین نشأت می‌گیرد و با تداوم تعارضات حل‌نشده بین زوجین شدت پیدا می‌کند، با شدت یافتن اختلافات بین زوجین، رفتارهای مراقبت از خود و دیگری کاهش یافته، تمایل زوجین به طرد و دوری از یکدیگر و بروز رفتارهای مخرب افزایش پیدا می‌کند. این در حالی است که طبق مطالعات جهانی، عواملی چون توسعه اقتصادی، ارتقای سطح سواد و بهبود خدمات اجتماعی نقش مؤثری بر رفتارهای خودمراقبتی شهروندان آن جامعه دارد (کاندولا و همکاران، ۲۰۰۹). در این میان، ایران به‌عنوان کشوری در حال توسعه هنوز از حیث شاخصه‌های جهانی سلامت چون توسعه خدمات اجتماعی، افزایش سواد سلامت در شهروندان و.. در وضعیت ایده‌آلی قرار ندارد، با توجه به نقش دانش سلامت بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی (سیدالشهدایی،

برسته، جلالی‌نیا، اقبالی و نظامی قلعه‌نوئی، ۱۳۹۴) مطالعه فراتحلیلی رباط سرپوشی، توکلی‌ثانی، علیزاده سیوکی و پیمان (۱۳۹۷) نشان داد که اگرچه، اکثر شرکت‌کنندگان مطالعات ایرانی در این حوزه، از دو کلان‌شهر تهران و اصفهان شامل کارمندان، زنان باردار، دانشجویان و بزرگ‌سالان بودند، با این حال، دانش آن‌ها از کیفیت مدیریت سلامت در حد متوسط یا زیر متوسط قرار داشت، این موضوع ضرورت توجه به رفتارهای خودمراقبتی در شهروندان به‌ویژه در مواجهه با رویدادهای بحران‌زای زندگی چون تعارضات و اختلافات زناشویی را بیش‌تر می‌کند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی آگاهانه، سبک‌های دلبستگی و راهبردهای حفظ رابطه در دو گروه از زنان و مردان متأهل با و بدون تعارض ساکن شهر تهران انجام شد. نتایج پژوهش در تأیید فرضیه اول نشان داد بین دو گروه با و بدون تعارض زناشویی در مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن آگاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همسو با مطالعاتی که به بررسی نقش خودمراقبتی در ارتقای سلامت و بهزیستی جسمی-روانی و ارتقای کیفیت زندگی (پندر، ۲۰۰۲؛ به نقل از اسروف و فردریچ، ۲۰۰۶؛ غفاری‌نژاد، ۱۳۸۱) پرداخته‌اند، می‌توان دریافت که نمایش رفتارهای مراقبت از خود در حیطه‌های مختلف جسمانی، مدیریت استرس و افزایش مسئولیت در قبال خود و دیگری قادر است منجر به نگرش مثبت به خود و دیگران شده، بهزیستی را در افراد پیش‌بینی نماید (کان و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که از نیازهای درونی خود آگاه‌اند و با اتخاذ شیوه‌های مراقبت از خود، در مواجهه با چالش‌های بیرونی در ابعاد جسمی، معنوی، دریافت حمایت عاطفی از دیگران مهم در زندگی موفق عمل می‌کنند (کوک‌کاتن، ۲۰۱۵) قادرند بین ابعاد شخصی، شغلی، هیجانی و اجتماعی زندگی خود تعادل برقرار کرده، بدین ترتیب به مقابله مؤثر با چالش‌های زندگی روزمره پردازند (کالینز، ۲۰۰۵). هنگامی که افراد در تعامل و درگیری عاطفی با مهم‌ترین فرد زندگی خود یعنی همسر با مشکل مواجه می‌شوند، اشتغال به تعارضات زناشویی، موجب کاهش منابع فرد در اتخاذ شیوه‌های مراقبت سالم از خود در ابعاد مختلف شده، با ضعف در رفتارهای خودمراقبتی بهزیستی خود را به مخاطره می‌اندازند، کوک‌کاتن (۲۰۱۵)، پیرن (۲۰۱۵)، پیرن و تیال (۲۰۱۲) نشان دادند فرد برای سلامت باید به دو شکل مثبت با زندگی مواجه شود، با تنظیم ابعاد مربوط به خود شامل جسمی، نگرش شفقت‌آمیز به خود، برقراری روابط حمایت‌کننده با دیگران به‌منظور

ارضای نیازهای اساسی خود و ایجاد فضایی مطلوب برای زندگی موجب اثرگذاری در روابط خود با خود، خانواده و جامعه شود. زمانی که فرد در کسب پذیرش و جایگاه عاطفی برای همسر خود با شکست مواجه شود، تصویر درستی از خود ترسیم نکرده، نتیجه آن غفلت از خواسته‌های جسمی، روانی و اجتماعی‌اش بوده و با مشکلاتی برای بهزیستی مواجه خواهد شد. همان‌گونه که مدل بازنمایی هماهنگی از خود نشان می‌دهد، افرادی که تصویر مثبتی از خود نداشته و با بدن خود ارتباط برقرار نمی‌کنند، تصویر مغشوشی از بدنشان داشته و مشکلاتی چون سوءمصرف مواد، فرسودگی، اختلال خوردن و شکل‌های دیگر بدتنظیمی را تجربه می‌کنند (کوک کاتن، ۲۰۱۵؛ کوک کاتن و گوپکر، ۲۰۱۸؛ هومان و تیلکا، ۲۰۱۴). در تأیید نقش تعارض بر شفقت بر خود به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های خودمراقبتی ذهن‌آگاه، پژوهش‌های مختلف نشان دادند عملکرد سالم خانوادگی بر افزایش مراقبت از خود، میزان مهربانی با خود و رضایت بیش‌تر از زندگی زناشویی مؤثر است (نف و برتواس^۱، ۲۰۱۳؛ جاکوبسن، ویلسون، کورز و کلام^۲، ۲۰۱۸؛ گلشیری، صدری، فرج‌زادگان، صحافی و نجیمی، ۱۳۹۰؛ شمس‌الدینی، ۱۳۹۶).

مؤلفه روابط حمایت‌کننده خودمراقبتی، بر ضرورت وجود افراد حمایت‌کننده در زندگی هر انسانی تأکید می‌کند. باور بر این است که روابط حمایت‌کننده نیز بهزیستی را افزایش می‌دهند. بر این اساس توجه به ماهیت روابط از ابعاد حیاتی خود مراقبتی ذهن‌آگاه است (کوک کاتن، ۲۰۱۵)، بر این اساس می‌توان گفت افرادی که به مراقبت از خود اهمیت می‌دهند، نسبت به خود مهربان‌اند، احتمالاً به مراقبت از همسرشان نیز اهمیت می‌دهند و با او نیز مهربان‌اند، چراکه لازمه دوست داشتن دیگران دوست داشتن خویش است. وقتی فردی در ارتباطات بین فردی دچار تعارض می‌شود، داشتن کسانی که بتواند به آن‌ها تکیه کند، برای فرد احساس امنیت ایجاد می‌کند. همچنین ساختار حمایتی کنترل و مدیریت جنبه‌های مختلف زندگی (شخصی، تحصیلی و شغلی) را نشان می‌دهد. موانع عملکرد روزانه می‌توانند نقش بزرگی در استرس داشته باشند. عوامل استرس‌زای کوچک محیطی می‌توانند به هم بپیوندند و تاب‌آوری و توانایی سازگاری فرد را از بین ببرند (کوک کاتن، ۲۰۱۵).

1. Neff, K. D., & Beretvas, S. N.

2. Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K.

هوشیاری ذهن آگاه نیز باعث در لحظه زندگی کردن و توجه دائمی به چگونگی نوع احساسات و افکار و حالات جسمانی مختلف می‌شود. آگاهی دائمی نسبت به احساسات، افکار و بدن باعث می‌شود نسبت به عوامل فرسایش جسمی و روانی آگاهانه عمل کرد. در تبیین نبود تفاوت معنی‌دار در مؤلفه تن آرامی ذهن آگاه بین دو گروه می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و استفاده از گستره وسیعی از راهبردهای تن آرامی در افراد اشاره کرد، راهبردهای تن آرامی توصیه شده در مقیاس مورد استفاده، تکنیک‌های تن آرامی و مراقبه است که با عنایت به مقدمه گفته شده در خصوص سطح دانش افراد نسبت به سلامت، با تفاوت‌های فرهنگی قابل توجیه است.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، نتایج نشان داد بین دو گروه با و بدون تعارض در سبک‌های دل‌بستگی تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با برخی مطالعات است که نشان دادند بین زوجین عادی و مراجعه کننده به دادگاه برای طلاق تفاوت معنی‌داری در سبک‌های دل‌بستگی وجود دارد (اوزمن و اتیک، ۲۰۱۰؛ کالینز و فینی، ۲۰۰۰). مبتنی بر نظریه دل‌بستگی نارضایتی از رابطه ناشی از نگرانی‌ها و ناایمنی‌های مرتبط با دل‌بستگی است (میکالینسر و شاور، ۲۰۰۳). دل‌بستگی ایمن با احساس رضایت در روابط بین فردی، اجتناب پایین در روابط و درگیری بیش تری در ارتباط زوجی، رابطه دارند (هولی است و میلر، ۲۰۰۵)، تداوم صمیمیت‌جویی، تفسیر مثبت از روابط زناشویی، اعتماد در رابطه، عشق به همسر و سطح بالایی از رضایت زناشویی، راهبردهای حل مسئله و حل تعارض سازنده، رفتارهای حمایت کننده با همسر (کالینز و فینی، ۲۰۰۰؛ کاراکات و همکاران، ۲۰۱۹) و دل‌بستگی ناایمن و اجتنابی با تفسیر منفی از روابط زناشویی، رضایت زناشویی پایین (اوزمن و اتیک، ۲۰۱۰؛ کاراکات و همکاران، ۲۰۱۹)، استقلال، بی‌اعتمادی به معشوق، حسادت، فاصله‌گیری عاطفی و لذت بردن کم از تماس بدنی (کالینز و فینی، ۲۰۰۰)، رفتارهای طردکننده در برابر همسر (گوئین و همکاران، ۲۰۰۹) ارتباط دارد. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت برای یک بزرگ‌سالان، همسر موضوع دل‌بستگی است، زوجین دارای سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و اضطرابی قادر به برقراری روابط حاکی از دل‌بستگی ایمن به همسر نبوده، همواره روابط خود با دیگران را مورد تردید قرار می‌دهند. بر اساس مدل عملکرد و پویایی‌های سیستم دل‌بستگی (میکالینسر و شاور، ۲۰۰۳) رفتارهای عمدی یا اشتباهات همسر و یا حتی عوامل غیرمرتبط با دل‌بستگی می‌توانند

به‌عنوان تهدیدی برای سیستم دلبستگی تلقی شده و این سیستم را فعال کنند. در این صورت اگر همسر در دسترس و پاسخگو نباشد، از راهبردهای دلبستگی ثانویه یعنی بیش‌فعال‌سازی یا نافع‌فعال‌سازی استفاده می‌شود. راهبرد بیش‌فعال‌سازی که زیربنای بعد اضطراب دلبستگی است، بر نظارت و برآورد ذهنی فرد از رابطه تأثیر گذاشته و موجب اغراق در جنبه‌های تهدیدکننده رابطه می‌شود. از طرف دیگر نشخوار افکار مرتبط، مشکلات ارتباطی را افزایش می‌دهد؛ بنابراین بر اساس نظر میکالینسر و شاور (۲۰۰۳) بیش‌فعال‌سازی منجر به سوگیری‌های ذهنی می‌شود، به طوری که فرد ابعاد مختلف زندگی زناشویی را منفی ارزیابی می‌کند. با آن‌که اضطراب دلبستگی باعث می‌شود فرد تمایل بیش‌تری به صمیمیت داشته باشد، ولی چون نسبت به نشانه‌های تهدید در همسرش گوش‌به‌زنگ و بدگمان است، احساس می‌کند رابطه زناشویی نمی‌تواند نیازهای دلبستگی‌اش را برآورده سازد و رضایت و صمیمیت کم‌تری را تجربه می‌کند. راهبرد نافع‌فعال‌سازی که زیربنای اجتناب دلبستگی است، همانند راهبرد بیش‌فعال‌سازی بر نظارت و برآورد ذهنی فرد از رابطه تأثیر می‌گذارد و موجب نادیده گرفتن و یا توجه نکردن به جنبه‌های تهدیدآمیز رابطه می‌شود، از طرف دیگر افکار مرتبط با مشکلات ارتباطی سرکوب می‌شود؛ در نتیجه فرد از منبع تهدید یعنی همسر دور شده و از نزدیک شدن و وابستگی متقابل احساس ناراحتی کرده و فاصله عاطفی را افزایش می‌دهد و بدین ترتیب رضایت، صمیمیت، عشق، شور و هیجان جنسی و تعهد کم‌تری را تجربه کرده، نمی‌تواند بر قابلیت دسترسی و پاسخ‌گویی همسر اعتماد داشته باشد؛ افراد با سبک دلبستگی اجتنابی هم مانند دلبستگی اضطرابی به احتمال بیش‌تری مشکلات ارتباطی در ازدواج پیدا می‌کنند و دچار اختلاف و نارضایتی می‌شوند (میکالینسر و شاور، ۲۰۰۳).

نتایج پژوهش در پاسخ به سؤال سوم پژوهش نشان داد بین دو گروه با و بدون تعارض در راهبردهای حفظ رابطه تفاوت معناداری وجود دارد. همسو با یافته‌های پژوهش، به پژوهش‌هایی مشابه در این زمینه می‌توان به مطالعات اسماعیلی (۱۳۹۵)، رشیدی (۱۳۹۶)، قزل‌سفلو و هاشمی (۱۳۹۵)، رامیرز (۲۰۰۸) و بدر و تیلور (۲۰۰۸) اشاره کرد که بر مؤثر بودن استفاده از راهبردهای حفظ رابطه بر کیفیت ارتباط زوجین صحه گذاشته‌اند. در تبیین این یافته‌ها و با استناد به مطالعه استافورد و کانری (۱۹۹۱) می‌توان گفت استفاده از راهبردهای حفظ رابطه مانند مثبت‌گرایی، درک، گفتگو، تقسیم وظایف، شبکه‌های

اجتماعی، راحت بودن و گشودگی می‌توانند تأثیرات چشمگیری بر احساس رضایت میان زوجین داشته باشند و در نتیجه باعث دوام و حفظ رابطه شوند؛ بنابراین همسرانی که با یکدیگر به‌طور مثبت برخورد می‌کنند، زمانی برای گفتگو با یکدیگر اختصاص می‌دهند و همدیگر را درک می‌کنند، در مسئولیت‌های زندگی مشارکت دارند و برای رسیدن به اهداف مشترک زندگی‌شان باهم تلاش می‌کنند، ارتباطی عمیق و باکیفیت‌تر را تجربه می‌کنند و این نیز به‌نوبه خود منجر به دوام بیشتر زندگی زناشویی آن‌ها می‌شود. مثبت بودن و گشودگی شامل رفتارهای لذت‌بخش و حمایت‌آمیز منجر به ایجاد اطمینان در زوجین و افزایش تعهد و رضایت از زندگی می‌شود که نشان می‌دهد زوجین تمایل دارند همچنان انرژی‌های فردی خود را در یک رابطه ایمن و امیدبخش سرمایه‌گذاری کنند (روزبلت^۱، ۱۹۸۳). به اشتراک‌گذاری فعالیت‌های بین زوجین از جمله رفتارهای نگهدارنده‌ای است که زوجین موفق زمان مشترک زیادی را صرف انجام آن می‌کنند، فعالیت‌هایی که در راستای اهداف زوجی و زناشویی ترتیب داده شده و همبستگی زوجین را افزایش می‌دهد (استافورد و کانری، ۱۹۹۱). از آنچه گفته شد نتیجه می‌شود استفاده از راهبردهای حفظ رابطه نیازمند توجه دائمی به کیفیت رابطه است تا زوجین بتوانند در موقعیت‌های مقتضی از بهترین راهبردها استفاده و بدین‌وسیله تعادل زندگی‌شان را حفظ کنند و آن را از گزند و آسیب دور نگاه‌دارند. در مقابل زوج‌هایی که از این راهبردها استفاده نمی‌کنند، به‌ناچار در چرخه ارتباطی مخرب می‌افتند و الگوهای ارتباطی نادرستی را به کار می‌گیرند. این مسئله باعث می‌شود روابط آن‌ها سرد و بی‌کیفیت شود و احساس ناامیدی نسبت به رابطه‌شان بر آن‌ها غلبه کند. با تداوم این چرخه منفی، فاصله عاطفی از یکدیگر بیش‌تر شده و جدایی زیر یک سقف مشترک بیش‌تر می‌شود.

هر پژوهش در مراحل مختلف با مشکلات و محدودیت‌هایی مواجه است، منحصر‌بودن نمونه پژوهش به دو مرکز مشاوره، محدود شدن به زنان و مردان متأهل و محدودیت در نمونه‌گیری از زوجین، مشارکت ضعیف مردان به‌ویژه مردان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره محدودیت‌هایی است که پیشنهاد می‌شود با زمینه‌سازی برای نمونه‌گیری از زوجین و با توزیع برابر از دو جنس در مدل‌های مرکب از متغیرهای تعدیل‌کننده و

میانجی، امکان بررسی کیفی شیوه‌های خودمراقبتی و حفظ رابطه در زوجین پریشان و امکان طراحی مداخلاتی با هدف اثربخشی راهبردهای حفظ رابطه بر کیفیت زناشویی در پژوهش‌های دیگر فراهم شود. در کاربست نتایج این پژوهش، با توجه به بستر فرهنگی ایران (پایین بودن سطح دانش شهروندان به مراقبت و مدیریت جسم و روان)، پیشنهاد می‌شود مشاوران و خانواده‌درمانگران نسبت به وضعیت خودمراقبتی زوجین پرتعارض و نحوه مدیریت خود در ابعاد جسمی، معنوی، تعاملی و... به‌ویژه در موقعیت‌های ناگوار زندگی مشترک آگاه بوده و پیش‌آگهی لازم برای این دسته از زوجین فراهم سازند، از این رو، به مراکز مشاوره (زوجین مراجعه‌کننده) و سرای محله‌ها (شهروندان عادی) توصیه می‌شود در قالب برگزاری دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت فردی یا گروهی به‌منظور توانمندسازی و افزایش آگاهی زوجین نسبت به پیامدهای تعارض زناشویی شامل ضعیف شدن رفتارهای خودمراقبتی و اتخاذ رفتارهای منجر به تخریب رابطه، یادگیری مهارت‌های تقویت رابطه، مهارت‌های مراقبت از خود در ابعاد فردی، زوجی و اجتماعی تمهیدات لازم اتخاذ شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- اسماعیلی، سارا. (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های اسناد، شیوه‌های حل تعارض و راهبردهای حفظ رابطه در زوج‌های متقاضی طلاق و عادی شهر داراب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.
- خجسته‌مهر، رضا. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های شخصیتی، مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به‌عنوان پیش‌بین موفقیت و شکست رابطه زناشویی در زوج‌های متقاضی طلاق و عادی در شهر اهواز. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- رباط‌سرپوشی، داود؛ توکلی‌ثانی، سیده‌بلین؛ علیزاده سیوکی، هادی و پیمان، نوشین. (۱۳۹۷). ارزیابی مطالعات سواد سلامت در ایران: یک مرور نظام‌مند. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۵(۶): ۷۹۳-۸۰۷.
- رشیدی، فرزانه. (۱۳۹۶). بررسی مدل خودکارآمدی رمانتیک و رضایت زناشویی با میانجی‌گری رفتارهای حفظ رابطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سیدالشهدایی، مهناز؛ برسته، سلمان، جلالی‌نیا، سیده فاطمه؛ اقبالی، محمد، نظامی قلعه‌نوئی، محسن. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط سواد سلامت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پژوهش پرستاری، ۱۰(۴): ۴۳-۵۱.
- شمس‌الدینی، علی. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش گروهی سبک زندگی سالم بر رضایت از زندگی در زوجین دارای طلاق عاطفی شهر کرمان. سومین کنفرانس توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات روانشناسی. تهران: مرکز توانمندسازی مهارت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه.
- صاحب‌الزمانی محمد؛ صفوی؛ محبوبه و فراهانی؛ حجت‌اله. (۱۳۸۸). بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با حمایت‌های اجتماعی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر تهران. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۱۹(۳): ۲۰۶-۲۱۱.
- عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدام، محمدباقر؛ بدری کرکری، رحیم و دادهیر، ابوعلی. (۱۳۹۰). نقش باور به مقدس‌بودن ازدواج در بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی

- مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان. مطالعات توسعه اجتماعی فرهنگی، ۱۱(۱): ۱۴۱-۱۱۹.
- عباسی، محمدباقر؛ علیزاده، مرجان؛ امیدوار شلمانی، صدیقه؛ حسینی، سیدمحمد؛ خطیبی، آمنه و صفاکیش، محدثه (۱۳۹۷). طلاق در ایران. سازمان ثبت احوال کشور. دفتر آمار و مطالعات جمعیتی و مهاجرت.
- غفاری نژاد، علیرضا و پویا، فاطمه. (۱۳۸۱). بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت در معلمان شهر کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۱ (۴۳): ۹-۱.
- قزلسفلو، مهدی و هاشمی، سجاد. (۱۳۹۷). پیش‌بین‌های بی‌ثباتی ازدواج: بی‌آلایشی زوجین و راهبردهای حفظ رابطه. مشاوره کاربردی، ۸(۱): ۱-۱۸.
- قزلسفلو، مهدی؛ آقامیری، نسیم؛ آقامیری، نسرین و هم‌متی‌پویا، سمیه. (۱۳۹۷). ساختار عاملی، پایایی و روایی مقیاس راهبردهای حفظ رابطه در زوجین شهر تهران. سلامت اجتماعی. ۵(۳): ۲۱۶-۲۰۷.
- گلشیری، پرستو؛ صدری، غلامحسین؛ فرج‌زادگان، زیبا؛ صحافی، معصومه‌سادات؛ نجیمی، آرش. (۱۳۹۰). آیا بین عملکرد خانواده و خودمراقبتی سلامت در زنان رابطه وجود دارد؟ مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۹(۱۶۶): ۲۲۵۳-۲۲۶۱.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۶). میزان طلاق ثبت شده برحسب طول مدت ازدواج برحسب استان. بازیابی در تاریخ ۹۸/۱۲/۱ به نشانی <https://www.amar.org.ir>
- ملکی، قیصر؛ ذبیح‌زاده، عباس؛ پناغی، لیلا؛ رشیدی، مانا و باقری، محبوبه. (۱۳۹۳). تاکتیک‌های حل تعارض در انواع سبک‌های دلبستگی زوجین. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۳۱: ۸۷-۷۷.
- نصرالهی، سارا و تمدنی، مجتبی. (۱۳۹۷). شناسایی الگوهای رفتاری تداوم‌دهنده مشکلات زناشویی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴): ۷۵-۵۷.
- نیکوگفتار، منصوره و اسحاقی، فائزه. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت بر اساس سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت: نقش تعدیل‌کننده جنس. روان‌شناسی سلامت، ۱(۴): ۹۶-۸۴.
- هادی، سعیده؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز؛ معتمدی، عبدالله و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۵). مدل ساختاری پیش‌بینی تعهد زناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و

متغیرهای میانجی خودکنترلی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (در افراد دارای روابط فرازناتشویی عاطفی). فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷ (۲۸): ۶۰-۳۳.

- Badr, H., & Taylor, C. L. C. (2008). *Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples with lung cancer*. *Health psychology*, 27(5), 616.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Belus, J. M., Pentel, K. Z., Cohen, M. J., Fischer, M. S., & Baucom, D. H. (2019). *Staying connected: An examination of relationship maintenance behaviors in long-distance relationships*. *Marriage & Family Review*, 55(1), 78-98.
- Bergeron, S., Brassard, A., Mondor, J., & Pélouquin, K. (2019). *Under, Over, or Optimal Commitment? Attachment Insecurities and Commitment Issues in Relationally Distressed Couples*. *Journal of sex & marital therapy*, 1-14.
- Bippus, A. M., & Rollin, E. (2003). *Attachment style differences in relational maintenance and conflict behaviors: Friends' perceptions*. *Communication Reports*, 16(2), 113-123.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation (Vol. 2)*. New York: Basic Books.
- Clout, D., & Brown, R. (2016). *Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35, 322-341.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). *A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships*. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1053.
- Collins, N., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1996). *Attachment styles and internal working models of self and relationship partners*. *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach*, 25.
- Collins, W. L. (2005). *Embracing spirituality as an element of professional self-care*. *Social Work & Christianity*, 32(3).
- Cook-Cottone, C. P. (2015). *Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care*. *Body image*, 14, 158-167.
- Cook-Cottone, C. P., & Guyker, W. M. (2018). *The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment*. *Mindfulness*, 9(1), 161-175.
- Dainton, M., Zelle, E., & Langan, E. (2003). *Maintaining friendships throughout the lifespan*. In D. J. Canary & M. Dainton (Eds.), *Maintaining relationships through communication: Relational, contextual, and cultural variations* (pp. 79-102). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Feeney, J. A. (2000). *Implications of attachment style for patterns of health and illness*. Child: Care, Health and Development, 26, 277–288.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). *Attachment style, communication and satisfaction in the early years of marriage*. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships*, Vol. 5. Attachment processes in adulthood (pp. 269–308). London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Gouin, J. P., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J., Houts, C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). *Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict*. Brain, behavior, and immunity, 23(7), 898–904.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. Journal of personality and social psychology, 52(3), 511.
- Hollist, C. S., & Miller, R. B. (2005). *Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage*. Family Relations, 54(1), 46–57.
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). *Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image*. Body image, 11(2), 101–108.
- Hotchkiss, J. T., & Cook-Cottone, C. P. (2019). *Validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS) and development of the Brief-MSCS among hospice and healthcare professionals: a confirmatory factor analysis approach to validation*. Palliative & supportive care, 17(6), 628–636.
- Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J. (2004). *Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self-esteem*. Psychology & Health, 19(4), 515–526.
- Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K. (2018). *Examining self-compassion in romantic relationships*. Journal of Contextual Behavioral Science, 8, 69–73.
- Kandula, N. R., Nsiah-Kumi, P. A., Makoul, G., Sager, J., Zei, C. P., Glass, S., ... & Baker, D. W. (2009). *The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program*. Patient education and counseling, 75(3), 321–327.
- Karakurt, G., Whiting, K., & Banford Witting, A. (2019). *Adult Attachment Security and Different Types of Relational Violence Victimization Among College-Age Couples*. Journal of marital and family therapy, 45(3), 521–533.
- Kuan, G., Kueh, Y. C., Abdullah, N., & Tai, E. L. M. (2019). *Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version*. BMC public health, 19(1), 751.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). *Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease*. Psychosomatic medicine, 63(4), 556–567.
- McCusker, J., Cole, M. G., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T., ... & Belzile, E. (2015). *A randomized trial of a depression self-care toolkit with or without lay telephone coaching for primary care*

- patients with chronic physical conditions*. General Hospital Psychiatry, 37(3), 257-265.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2003). *The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes*. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol 35). San Diego: Academic press.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). *The role of self-compassion in romantic relationships*. Self and Identity, 12(1), 78-98.
- Oglsky, B.G., & Bowers, J.R. (2013). *A meta analytic review of relationship maintenance and its correlates*. Journal of Social and Personal Relationships, 3(3), 343- 367.
- Ogolsky, B. G., & Monk, J. K. (Eds.). (2019). *Relationship Maintenance: Theory, Process, and Context*. Cambridge University Press.
- Ozmen, O., & Atik, G. (2010). *Attachment styles and marital adjustment of Turkish married individuals*. Journal of Social and Behavioral Sciences, 5, 367-371
- Pearce, Z. J., & Halford, W. K. (2008). *Do attributions mediate the association between attachment and negative couple communication?* Personal Relationships, 15(2), 155-170.
- Piran, N. (2015). *New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures*. Body Image, 14, 146-157.
- Piran, N., & Teall, T. (2012). *The developmental theory of embodiment. Preventing eating-related and weight-related disorders: Collaborative research, advocacy, and policy change*, 169-198.
- Ramirez, A. (2008). *An examination of the tripartite approach to commitment: An actor-partner interdependence model analysis of the effect of relational maintenance behavior*. Journal of Social and Personal Relationships, 25(6), 943-965
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). *A middle-range theory of self-care of chronic illness*. Advances in Nursing Science, 35(3), 194-204.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). *Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness*. ANS. Advances in nursing science, 42(3), 206.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). *Marital quality and health: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 140, 140-187.
- Rusbult, C. E. (1983). *A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements*. Journal of personality and social psychology, 45(1), 101.
- Shaver, P., & Hazan, C. (1988). *Love as attachment: The integration of three behavioral systems*. The psychology of love, 68-99.
- Silva, E. H., Lawler, S., & Langbecker, D. (2019). *The effectiveness of mHealth for self-management in improving pain, psychological*

- distress, fatigue, and sleep in cancer survivors: a systematic review.* Journal of Cancer Survivorship, 13(1), 97-107.
- Srof, B. J., & Velsor-Friedrich, B. (2006). *Health promotion in adolescents: A review of Pender's health promotion model.* Nursing Science Quarterly, 19(4), 366-373.
- Stafford, L., & Canary, D. J. (1991). *Maintenance strategies and romantic relationship type, gender and relational characteristics.* Journal of Social and Personal relationships, 8(2), 217-242.
- VanderDrift, L. E., Agnew, C. R., & Arriaga, X. B. (Eds.). (2020). *Interdependence, Interaction, and Close Relationships.* Cambridge University Press.
- Viskovich, S., & De George-Walker, L. (2019). *An investigation of self-care related constructs in undergraduate psychology students: Self-compassion, mindfulness, self-awareness, and integrated self-knowledge.* International Journal of Educational Research, 95, 109-117.
- West, M., Rose, M. S., & Sheldon-Keller, A. (1994). *Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders.* Journal of Personality Disorders, 8(3), 249-256.

