Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 2 , Summer 2023

The Effect of Attachment Styles on The Symptoms of Depression and Emotional Dysregulation with the Mediation of Mentalization in Nurses

Massoumeh Zahadian[1], Fereshteh Arsalandeh[2*], Mahdis Shahini[3], Najmeh Eftekhari[4]

1- Master student in clinical psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- PhD student in health psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
4- Master of General Psychology, Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Mazandaran, Iran.

Corresponding Author: Fereshteh arsalandeh, PhD student in health psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Email: fereshteharsalan88@gmail.com

Abstract

Introduction: As one of the most important members of the health care team, nurses play a vital role in the care-treatment system. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of attachment styles on the symptoms of depression and emotional dysregulation with the mediation of mentalization in nurses.

Methods: The present research is a descriptive-correlation type of structural equations. The research community included all the nurses working in hospitals and medical centers in Tehran, and 220 of them were selected by available sampling method. in order to collect data, beck depression inventory-II, adult attachment inventory, reflective functioning questionnaire, and difficulties in emotion regulation Scale were used. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling and SPSS version 26 and AMOS version 24 software were used.

Results: The results of the findings show the fit of the assumed model. Also, the coefficients of the direct paths of secure attachment style (β=-0.19, T= -2.301), avoidant (β= 0.46, T= 3.39) and ambivalent (β= 0.61, T=3.09) was significant to depression. Direct paths of attachment style - secure (β= -0.40, T= -0.28), avoidant (T= 10/13, β =-0/65) and ambivalent (β= 0.52, T= 3.79) was significant to emotional dysregulation. Also, the analysis of research findings indicated the mediating role of mentalization in the relationship between attachment styles and symptoms of depression and emotional dysregulation.

Conclusions: According to the findings of the current research, mentalization has an important effect on the symptoms of depression and emotional dysregulation. Therefore, targeted interventions that are used in order to increase the capacity of mentalization, can probably have better clinical outcomes for nurses.

Keywords: Attachment styles, Depression symptoms, Emotional dysregulation, Mentalization.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲

تاثیر سبک های دلبستگی بر علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران

معصومه زاهدیان [۱]، فرشته ارسلان ده [۲*]، مهدیس شاهینی [۳]، نجمه افتخاری [۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، مازندران، ایران.

نویسنده مسئول: فرشته ارسلان ده، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: fereshteharsalan88@gmail.com

چکیده

مقدمه: پرستاران به عنوان یکی از مهم ترین اعضای تیم مراقبت های بهداشتی، نقش حیاتی در سیستم مراقبتی- درمانی ایفا می کنند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر سبک های دلبستگی بر علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران بودند که از میان آنها ۲۲۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان، پرسشنامه کارکرد تأملی و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرافزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته ها: نتایج یافته ها نشان از برازش مدل مفروض است. همچنین ضرایب مسیرهای مستقیم سبک دلبستگی ایمن (β = -۰/۱۹، T=-۲/۳۰۱)، اجتنابی (β= ۰/۴۶، T=۳/۳۹) و دوسوگرا (β= ۰/۶۱، T=۳/۰۹) به افسردگی معنادار بود. مسیرهای مستقیم سبک دلبستگی ایمن (β = -۰/۴۰، T=-۱۰/۲۸)، اجتنابی (β= ۰/۶۵، T=۱۰/۱۳) و دوسوگرا (β = ۰/۵۲، T=۳/۷۹) به بدتنظیمی هیجانی معنادار بود. همچنین تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش حاکی از نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین سبک های دلبستگی با علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش حاضر ذهنی سازی بر علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی تاثیر مهمی دارد. بنابراین مداخلات هدفمندی که در جهت افزایش ظرفیت ذهنی سازی بکار گرفته می شوند، احتمالا می توانند پیامدهای بالینی بهتری برای پرستاران داشته باشند.

کلیدواژه ها: سبک های دلبستگی، علائم افسردگی، بدتنظیمی هیجانی، ذهنی سازی.

مقدمه

توجه به بهداشت روانی افراد در همه عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی، اجتماعی و شغلی حایز اهمیت می باشد، در این بین حرفه پرستاری، بیشترین مشاغل بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می دهد و جزء یکی از حرفه های استرس آور است، که در این حرفه پرستاران نقش مراقبت دهنده بیمار و اداره کنندگان وضعیت جسمی و روانی بیماران را بر عهده دارند (۱). پرستاران به دلیل شیفت های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن همیشه مستعد به خطر افتادن سلامتی شان هستند. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند، به درستی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

قادر نخواهند بود که مراقبت های مطلوبی همانند حمایت های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۲). در محیط کار محرک های فیزیکی، روانی و اجتماعی هر کدام می توانند عامل ایجاد استرس و افسردگی (depression) به حساب آیند (۳). افسردگی از جمله اختلالاتی است که پرسنل درمانی به علت مواجهه با استرس هایی نظیر مرگ و میر بیماران در خطر بروز آن می باشند و منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی شان می‌شود (۴). همچنین حیطه های گسترده فعالیت پرستاران آنها را در معرض مشکلات و فشارهای مختلفی قرار می دهد و ازآنجا که رابطه ای مستقیم بین افسردگی و استرس وجود دارد، تجمع استرس هایی که به دلیل محرک های فیزیکی، روانی و اجتماعی در محل کار بروز پیدا کرده می‌تواند منجر به خستگی مزمن، ناامیدی و افسردگی شان گردد (۵). براساس آمارهای اعلام شده از سوی سازمان نظام پرستاری ایران ۰/۷۵ پرستاران دچار استرس، افسردگی، اضطراب و انواع ناراحتی های جسمی و روحی هستند (۶). از سویی دیگر، تنظیم هیجان (Emotion regulation) یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس زای زندگی ایفا می کند که با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی، عملکرد حرفه ای و اجتماعی همراه است (۷).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف ضروری است و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می شود (۸). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۹). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجانی غالبا با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۱۰،۱۱). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی وجود دارد (۱۲)، به عنوان مثال، در سبک‌های فرزندپروری مشکل‌ساز مشاهده شده است (۱۳). در این راستا مارتین (Martin) و همکاران (۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که ایجاد دلبستگی بین نگاره های مهم (significant figures) و کودکان برای عملکرد روان شناختی مناسب اساسی است، زیرا رشد اجتماعی-هیجانی و شناختی نوزاد را تضمین می‌کند. افزون بر این بدتنظیمی هیجانی با افسردگی، اختلالات خوردن (eating disorder)، اعتیاد (addiction) و اختلالات شخصیت (personality disorders) مرتبط است (۱۵).

از سوی دیگر، تنظیم هیجانات به شدت با سبک های دلبستگی (attachment styles) مرتبط است. در واقع، مطالعات نظری و تجربی متعددی ظرفیت تنظیم هیجان را به عنوان یک بسط طبیعی سیستم دلبستگی شناسایی کرده‌اند (۱۶). اهمیت رابطه بین دلبستگی و تنظیم هیجانات در این واقعیت نهفته است که یک نوزاد ظرفیت محدودی برای تنظیم هیجان در سال های اول زندگی دارد. در نتیجه، کودک برای حفظ سطح فعال‌سازی فیزیولوژیکی خود به تنظیمی که توسط نگاره های دلبستگی (attachment figures) ارائه می‌شود، وابسته است (۱۷). در واقع مشاهده شده است که افراد دارای سبک های دلبستگی ایمن تمایل به جلب حمایت و صمیمیت از دیگران به شیوه ای آرامش بخش دارند. این به آنها اجازه می دهد تا ظرفیت بیشتری برای تنظیم هیجانات خود داشته باشند. در مقابل، سبک های دلبستگی ناایمن تمایل به نشان دادن راهبردهای بیش فعالی دارند، و آنها را به تجربه هیجانات طاقت فرسا و جستجوی راهبردهای پرانرژی برای حفظ نزدیکی با دیگران سوق می دهد (۱۶، ۱۸). در همین راستا، دلبستگی در برابر تغییرات بسیار مقاوم است و به طور کامل در ۱۲ ماه اول زندگی، براساس واکنش‌های مراقب به نوزاد در زمان‌های حیاتی ایجاد می‌شود. این مورد توجه ویژه ای در مطالعات بالبی (Bowlby) و اینسورث (Ainsworth) دارد (۱۹). که انواع دلبستگی را ایمن، اجتنابی، دوسوگرا / مقاوم و آشفته که اخیراً اضافه شده است را پیشنهاد می کنند (۲۰). با توجه به سبکهای دلبستگی، مشاهده شده است که به عنوان مثال، سبک دلبستگی اجتنابی به طور فعال میل کودک برای تماس را خنثی می کند، که نوزاد با نشان دادن تمایل کمی برای نزدیکی به دیگران در بزرگسالی با آن سازگار می شود (۲۱). از سوی دیگر، مراقبان دوسوگرا که غیرقابل

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

پیش بینی هستند، رفتار محتاطانه، خشم یا غم و اندوه را در کودک برمی انگیزند، هم به دلیل برخورد و هم به دلیل جدایی از نگاره دلبستگی (۲۲). در نهایت، در دلبستگی آشفته، مراقبان اغلب تغییرات ناگهانی را بدون ایجاد ترمیم رابطه در کودک ایجاد می‌کنند و با ایجاد سطوح شدید تحریک و فعال‌سازی فیزیولوژیکی، محافظت کمی را ارائه می‌کنند (۲۳) روابط ناایمن دلبستگی موجب می شود احساسات ایمنی به مقدار بسیار کمی درونی شوند. افراد دارای دلبستگی های ناایمن هنگام مواجهه با پریشانی، خزانه مقابله ای کمتری دارند و مستعد خلق افسرده هستند (۲۴). همچنین ممکن است افراد با دلبستگی ناایمن، رویدادهای بین فردی منفی را به معنای ناشایستگی و بی کفایتی خود تفسیر کنند که این تفسیرها می تواند با ایجاد نشانه های افسردگی ارتباط پیدا کند (۲۵).

یکی از سازه های مهم دیگر که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید، ظرفیت ذهنی سازی (mentalization) است. مراقبانی که دلبستگی ایمن ایجاد می کنند، معمولاً ظرفیت خوبی برای ذهنی سازی دارند که تنظیم هیجانات را در فرد تسهیل می کند (۲۶). ذهنی سازی یا عملکردهای بازتابی (reflective functions) به ما امکان می دهد رفتار خود و دیگران را تفسیر کنیم (۲۷). به اعتقاد فوناگی دو مولفه دلبستگی و ظرفیت ذهنی سازی رابطه تنگاتنگی دارند. براساس صورت بندی جدید وی از دیدگاه دلبستگی، ظرفیت ذهنی سازی تعیین کننده مهمی در سازماندهی خود و گسترش ظرفیت نظم جویی در زمینه هیجان و اعمال است؛ بنابراین خود و و ظرفیت نظم جویی آن از طریق تعامل و در روابط بین فردی شکل می گیرد (۲۸). این مولفه، یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است. ذهنی سازی به مثابه یک شکلی از تصوری است که به ما اجازه می دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می شود (۲۸). براساس نظریه فوناگی افراد دارای دلبستگی ناایمن مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و به نوعی ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۲۹). این ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی می شود. در نتیجه کسب ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی و ترس از صمیمیت ایجاد می‌شود (۳۰). به عبارت دیگر ظرفیت ذهنی سازی با کیفیت روابط بین فردی و تاب آوری ارتباط نزدیکی دارد. در نهایت، ذهنی سازی به فرد اجازه می دهد تا افکار را از واقعیت هیجانی متمایز کند و در فضای بازنمایی حرکت کند (۳۱، ۳۲).

شواهدپژوهشی نشان می دهد که سبک‌های دلبستگی ناایمن دقت کمتری در ذهنی‌سازی نشان می‌دهند و تمایل بیشتری به حساسیت بیش از حد به حالات روانی دیگران دارند (۳۳). داده های مشابهی در گروه های مختلف مانند اختلالات علائم جسمانی و اختلالات خلقی مخرب ثبت شده است. در هر دو مورد، آزمودنی ها مشکلات بیشتری را در ذهنی سازی نشان می دهند که به نوبه خود به سبکهای دلبستگی ناایمن مربوط می شود (۳۴). به همین ترتیب، مشخص شده است که در مورد اختلالات شخصیت مرزی، تمایل بیشتری به سبکهای دلبستگی ناایمن و عملکرد انعکاسی ناقص وجود دارد (۳۵). همچنین، شواهد تجربی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین با سطوح ذهنی سازی کافی حساسیت بیشتری در تعامل با فرزندان خود نشان می‌دهند، در حالی که والدینی که شاخص‌های ذهنی سازی پایین‌تری دارند، تمایل بیشتری به تربیت فرزندان خود به شیوه‌ای غیرحساس و پرورش سبک‌های دلبستگی ناایمن و نقص ذهنی سازی در نسل های بعدی نشان می دهند (۳۶). در نهایت، نقص در ذهنی سازی با رویدادهای استرس زا اولیه زندگی، به ویژه، ظرفیت کمتر فرد برای انعکاس افکار و احساسات، آگاهی کمتر از حالت عاطفی، و حتی ناراحتی بیشتر در مواجهه با تجربیات منفی دیگران مرتبط است (۳۷). در همین راستا، مطالعاتی وجود دارد که ارتباط بین سبکهای دلبستگی ناایمن و تمایل بیشتر به رویدادهای استرس زا اولیه زندگی و همچنین پریشانی بین فردی (interpersonal distress) بیشتر را نشان می دهد (۳۸). از سویی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی و افزایش اطمینان در نتیجه روابط دلبسته ایمن موجب می‌شود که افراد در شرایط استرس زا از مکانیسم‌های پخته‌تر استفاده کنند و توانایی تنظیم هیجان را داشته باشند؛ لذا وجود ظرفیت ذهنی‌سازی، بعدها تاب‌آوری افراد را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

روان‌شناختی از جمله افسردگی محافظت می‌نماید (۳۹). به طور کلی می توان بیان نمود که در صورت عدم ایجاد ظرفیت ذهنی سازی و دلبستگی ایمن توسط والدین در دوران کودکی، افراد احساس می کنند که فهمیده نشده اند و مستعد تجربه احساسات خودآگاهی چون شرم و احساس گناه کاذب هستند؛ بنابراین تخریب و یا نقص ظرفیت ذهنی سازی در بزرگسالی به ویژه در موقعیت های استرس زای پرستاران، می تواند هیجاناتی دردناک و تنظیم نشده با ماهیتی ویرانگر را به دنبال داشته باشد و بر روابط بین فردی آنها با بیماران و دیگر پرسنل تاثیر بگذارد (۴۰).

پرستاران از اعضای مهم سیستم خدمات سلامت هستند که جامعه بشری به خدمات آنها نیازمند است و آنها تاثیر خود را در نظام سلامت از طریق ایفای نقش های مختلف انجام می دهند. لذا، توجه به سلامت عمومی پرستاران از اهمیت مضاعفی برخوردار است، زیرا نه تنها سلامتی خود آنها مهم است، بلکه از نظر افزایش کیفیت خدمات و بهره وری موسسات بهداشتی نیز حائز اهمیت است، از سویی دیگر افسردگی و تنظیم هیجان از عوامل موثر در سلامت روان شناختی پرستاران به شمار می روند، بنابراین شناسایی مولفه های زیربنایی آنها ضروری است. زیرا فقدان شناخت و کنترل نشدن این مولفه ها باعث اختلال در عملکرد بهینه، ارائه مراقبت ها و خدمات با کیفیت مناسب به بیماران و غیبت از کار می شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر سبکهای دلبستگی بر علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران انجام شد.

روش‌کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران بودند. که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. در این پژوهش، بعد از اخذ مجوز و انجام هماهنگی های لازم، به پرستاران هر بخش در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد. به علاوه پس از اطمینان داده شدن به آزمودنی ها جهت رعایت گمنامی، پرسشنامه ها که شامل رضایت نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک های ورود به پژوهش شامل نداشتن بیمارهای مزمن جسمی و روان شناختی و ملاک های خروج از پژوهش تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-24 و SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory–II (BDI–II)): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک (Beck) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و از آزمودنی خواسته می شود شدت نشانه ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰- ۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگرافسردگی خفیف، نمره ۲۰- ۲۸ تشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹- ۶۳ نشانگر افسردگی شدید می باشد (۴۱). نتایج پژوهش بک و همکاران (۴۱) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۹۱/.) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۹۳/.) گزارش کرده اند. همپنین نتایج پژوهش بک (Beck) و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همیلتون (Hamilton Depression Rating Scale)) برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۷۳/. و ۷۲/. می باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۴۱). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۱/. و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۴۲). حمیدی و همکاران (۴۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۹۳/. و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۸۰ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

پرسشنامه سبکهای دلبستگی بزرگسالان (adult attachment inventory): پرسشنامه سبکهای دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۴۴) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

شده است. یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریبا همیشه نمره ۴ نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هر چه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازان و شیور (۴۵) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۸۱/. و کولینز و رید (۴۶) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۹/. به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می شود. دیواندری (۴۷) با مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۷۰/. و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۹۴/. گزارش کرد.

پرسشنامه کارکرد تأملی (reflective functioning questionnaire): این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و دو مولفه اطمینان(قطعیت) با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ و عدم اطمینان(عدم قطعیت) با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری آن ۷ درجه ای از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره تعلق می گیرد. برای مولفه عدم اطمینان یعنی سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شود به این صورت که از کاملاً مخالف ۷ نمره، تا حدودی مخالفم ۶ نمره، مخالفم ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، تا حدودی موافقم ۲ نمره و کاملا موافقم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. فوناگی و همکاران (۴۸) همسانی درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند و پایایی آزمون را با روش آزمون- بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۸۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۴ برای مؤلفه اطمینان به دست آورده اند (۴۸). این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/d، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۱/۶۰، ۰/۹۲۰، ۰/۹۸۰ و ۰/۰۴۷ به دست آمده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (۴۹).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer) (۵۰) تدوین شده است. تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در این مقیاس نشان داده است. نمره هر گزینه به این صورت مشخص می شود، تقریبا هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت ها=۳، اغلب=۴، تقریبا همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمرهٔ گویه های ۳۴،۲۴،۲۲،۲۰،۱۷،۱۰،۸،۷،۶،۲،۱ معکوس می شود. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس های شش گانه با جمع نمره گویه های هر زیر مقیاس محاسبه می شود (۵۱). نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ است. همچنین روایی همزمان با پرسشنامه پذیرش و عمل مورد بررسی و برابر با ۰/۶۹ بود که نشاندهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۵۰). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ به دست آمده است. براساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران (۵۲) تمامی زیر مقیاس های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است (۵۲).

یافته ها

بر اساس نتایج ۹۲ نفر(۴۱/۸ درصد) لیسانس و ۱۲۸ نفر(۵۸/۲ درصد) فوق لیسانس بودند. میانگین و انحراف معیار سن ۳۱/۳۲ و ۲/۳۶۶ بود. پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

نرمال بودن و عدم همخطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌شود. محاسبه چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود، روشی رایج برای ارزیابی نرمال بودن است. چو و بنتلر (Chou & Bentler) (۱۹۹۵) نقطه برش ۳ ± را برای مقدار چولگی مناسب می دانند (۵۳). برای شاخص کشیدگی نیز به طور کلی مقادیر بیش از ۱۰ ± در مدلیابی معادلات ساختاری مسئله آفرین است (۵۴). مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش دارد. برای بررسی مفروضه‌ی عدم هم خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل استفاده شد که با توجه به اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۴۰ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نمی باشد، بر این اساس می توان نسبت به مفروضه عدم همخطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول ۱ شاخص های توصیفی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

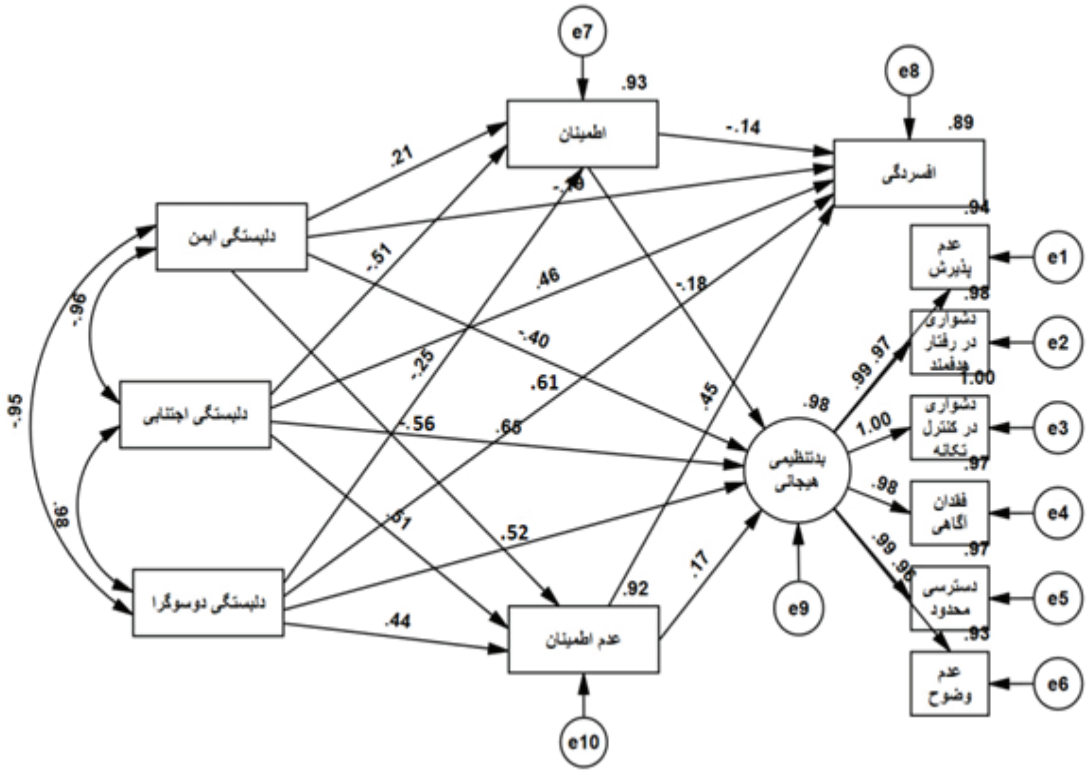
جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱- افسردگی	۱۶/۷۷	۷/۰۴	۱												
۲- عدم پذیرش پاسخ	۱۳/۴۹	۷/۰۸	۰/۴۸**	۱											
۳- ، دشواری در رفتار	۱۳/۴۸	۷/۷۹	۰/۶۹**	۰/۶۲**	۱										
۴- دشواری در کنترل	۱۳/۹۰	۶/۹۳	۰/۶۷**	۰/۴۵**	۰/۶۱**	۱									
۵- فقدان آگاهی	۱۳/۶۲	۶/۸۱	۰/۴۷**	۰/۵۱**	۰/۵۲**	۰/۷۵**	۱								
۶- دسترسی محدود	۱۳/۱۳	۷/۳۸	۰**/۵۹	۰/۵۶**	۰/۶۵**	۰/۶۰**	۰/۷۱**	۱							
۷- عدم وضوح	۱۳/۲۳	۶/۴۹	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	۰/۶۵**	۰/۶۲**	۱						
۸-نمره کل بدتنظیمی	۸۰/۸۵	۴۱/۸۱	۰/۶۷**	۰/۵۰**	۰/۵۰**	۰/۵۰**	۰/۶۲**	۰/۶۶**	۰/۷۵**	۱					
۹- اطمینان	۱۸/۵۲	۸/۱۰	-۰/۵۵**	-۰/۶۵**	-۰/۴۱**	-۰/۶۵**	-۰/۷۰**	-۰/۴۵**	-۰/۵۲**	-۰/۶۵**	۱				
۱۰- عدم اطمینان	۱۵/۰۳	۷/۵۸	۰/۵۶ **	۰/۳۵**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۵۶ **	۰/۶۵**	۰/۷۰**	۰/۶۵**	۰/۴۵**	۱			
۱۱- دلبستگی ایمن	۲۰/۵۸	۹/۳۰	-۰/۶۶**	-۰/۴۵**	-۰/۵۰**	-۰/۵۰**	-۰/۵۵**	-۰/۵۴**	-۰/۶۵**	-۰/۷۰**	۰/۷۰**	۰/۶۵**	۱		
۱۲- دلبستگی اجتنابی	۱۷/۱۹	۷/۱۱	۰/۴۶**	۰/۴۰**	۰/۶۲**	۰/۵۲**	۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۵۵**	۰/۵۲**	-۰/۶۲**	-۰/۶۸**	-۰/۶۵**	۱	
۱۳- دلبستگی دسوگرا	۱۳/۸۸	۵/۹۰	۰/۵۰**	۰/۵۰**	۰/۶۰**	۰/۶۱**	۰/۳۵**	۰/۴۱**	۰/۶۵**	۰/۵۱**	-۰/۷۱**	-۰/۶۷**	-۰/۵۴**	۰/۶۶ **	۱

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

بر اساس نتایج جدول ۱ بین سبک دلبستگی ایمن و اطمینان با افسردگی و بدتنظیمی هیجانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). بین سبک دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) و عدم اطمینان با افسردگی و بدتنظیمی هیجانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می‌شود.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

در شکل ۱ ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی نشان داده شده است که ۸۹ درصد از سهم افسردگی توسط سبک های دلبستگی با میانجی گری ذهنی سازی و همچنین ۹۸ درصد از سهم بدتنظیمی هیجانی توسط سبک های دلبستگی با میانجی گری ذهن سازی تبیین می شود. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۲ نشان داده شده است. همان گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهد شاخص های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش خوب مدل است. شاخص‌های برازش مدل نیز در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تایید می باشد.

جدول ۲: شاخص های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	مقادیر به دست آمده
خی‌دو (χ^2)	–	۱۱۰/۶۲۸
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کم‌تر از ۳	۲/۶۹۸
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴۱
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۱
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۶۶
ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۵۱

در ادامه نتایج جدول ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه ای متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افسردگی و بدتنظیمی هیجانی در پرستاران پرداخت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	t	p
دلبستگی ایمن	افسردگی	-۰/۱۹	-۰/۱۵	۰/۰۶	-۲/۳۰	۰/۰۲۱
دلبستگی اجتنابی	افسردگی	۰/۴۶	۰/۴۶	۰/۱۴	۳/۳۹	۰/۰۰۱
دلبستگی دوسوگرا	افسردگی	۰/۶۱	۰/۵۲	۰/۱۴	۳/۰۹	۰/۰۳۲
دلبستگی ایمن	بدتنظیمی هیجانی	-۰/۴۰	-۰/۳۰	۰/۰۳	-۱۰/۲۸	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	بدتنظیمی هیجانی	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۰۶	۱۰/۱۳	۰/۰۰۱
دلبستگی دوسوگرا	بدتنظیمی هیجانی	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۰۶	۳/۷۹	۰/۰۲۹
اطمینان	افسردگی	۰/-۱۴	-۰/۱۲	۰/۰۹	۲/۴۲	۰/۰۲۵
عدم اطمینان	افسردگی	۰/۴۵	۰/۴۲	۰/۰۹	۴/۸۲	۰/۰۰۱
اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	-۰/۱۸	-۰/۱۵	۰/۰۴	-۳/۹۳	۰/۰۰۱
عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۰۴	۳/۸۱	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۳ در مواردی که آماره T خارج از بازه (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که مسیرهای مستقیم سبک دلبستگی ایمن (β = -۰/۱۹، T=-۲/۳۰۱)، اجتنابی (β = ۰/۴۶، T= ۳/۳۹) و دوسوگرا (β=۰/۶۱، T=۳/۰۹) به افسردگی معنادار بود. مسیرهای مستقیم سبک دلبستگی ایمن (β =-۰/۴۰،T=-۱۰/۲۸)، اجتنابی (β=۰/۶۵، T=۱۰/۱۳) و دوسوگرا (β = ۰/۵۲، T=۳/۷۹) به بدتنظیمی هیجانی معنادار بود. در جدول ۴ ضرایب غیرمستقیم آمده است.

جدول ٤. بررسی روابط غیر مستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیر استاندارد	حد پایین	حد بالا	p
دلبستگی ایمن	اطمینان	افسردگی	۰/۱۴	۰/۱۵۸	۰/۳۵۴	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	اطمینان	افسردگی	-۰/۱۶	۰/۱۷۵	۰/۴۱۲	۰/۰۰۲
دلبستگی دوسوگرا	اطمینان	افسردگی	-۰/۱۷	۰/۱۶۶	۰/۶۵۱	۰/۰۰۳
دلبستگی ایمن	عدم اطمینان	افسردگی	-۰/۳۵	۰/۱۵۸	۰/۵۴۱	۰/۰۰۲
دلبستگی اجتنابی	عدم اطمینان	افسردگی	۰/۳۶	۰/۲۷۵	۰/۷۱۱	۰/۰۰۲
دلبستگی دوسوگرا	عدم اطمینان	افسردگی	۰/۳۷	۰/۳۷۷	۰/۴۲۵	۰/۰۰۱
دلبستگی ایمن	اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	۰/۳۸	۰/۳۵۹	۰/۴۱۱	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	-۰/۴۱	۰/۳۶۶	۰/۵۴۱	۰/۰۰۲
دلبستگی دوسوگرا	اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	-۰/۴۷	۰/۴۷۰	۰/۶۷۰	۰/۰۰۱
دلبستگی ایمن	عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	-۰/۵۲	۰/۵۵۹	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	۰/۶۰	۰/۶۷۵	۰/۷۰۲	۰/۰۰۲
دلبستگی دوسوگرا	عدم اطمینان	بدتنظیمی هیجانی	۰/۵۲	۰/۶۵۲	۰/۷۳۵	۰/۰۰۴

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم سبک های دلبستگی به افسردگی و بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی ذهنی سازی معنی دار است. به این صورت که اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (b= ۰/۱۴، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵ ،b = -۰/۱۶). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی دوسوگرا به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (b = -۰/۱۷، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (b = -۰/۳۵، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (b= ۰/۳۶، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی دوسوگرا به متغیر افسردگی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b= ۰/۳۷). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b = ۰/۳۸). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b= −۰/۴۱). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی دوسوگرا به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b= −۰/۴۷). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی ایمن به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b = −۰/۵۲). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اجتنابی به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b =۰/۶۰). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی دوسوگرا به متغیر بدتنظیمی هیجانی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است (p<۰/۰۵، b=۰/۵۲).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر سبک های دلبستگی بر علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی با میانجی گری ذهنی سازی در پرستاران بود. براساس مبانی نظری، الگویی ارائه شد و مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل نیز در باب مدل پیشنهادی با داده های این پژوهش برازش خوبی برقرار کرد.

یافته های پژوهش نشان داد که سبک های دلبستگی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با میانجی گری ذهنی سازی بر علائم افسردگی تاثیر دارد. این یافته با پژوهش های لویتن (Luyten) و همکاران (۲۹)، هونفلدت (Hünefeldt) و همکاران (۳۳)، بیزی (Bizzi) و همکاران (۳۴)، انسینک (Ensink) و همکاران (۳۶) و دوبا (Doba) و همکاران (۳۹) همسو است. در تبیین یافته های این پژوهش مبتنی بر مبانی نظری و پژوهشی، می توان گفت کیفیت دلبستگی به مراقب اولیه سازه اصلی در آسیب پذیری به افسردگی است. الگوهای ناایمن و آشفته روابط با مراقب اولیه به شکل بازنمایی های ذهنی در کودک درونی می شود و این بازنمایی های ذهنی آسیب دیده براساس روابط آشفته اولیه می تواند آسیب پذیری به افسردگی های بعدی ایجاد کند (۵۵). دلبستگی های ناایمن، محصولی از تجربه های فقدان یا نوسان در دسترسی بی ثبات به موضوع دلبستگی است. این بی ثباتی و نوسان می تواند خود را در بی نظمی ها و نوسانات خلقی آشکار سازد. افراد با سبک دلبستگی ناایمن خودکفایی کمتری در روابط بین فردی احساس می کنند و این نگرش منفی به خود مانع از ایجاد پیوندهای عمیق و کارآمد در زمینه های بین فردی می شود. بنابراین، این حالت انزوا و درصدد برقرای روابط برنیامدن در افراد ناایمن می تواند احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش دهد (۵۶). از سویی دیگر، در موقعیت های پراسترس، بزگسالان ایمن بیشتر به دنبال حمایت می گردند، یکی از دلایلی که آنها بیشتر به دنبال حمایت هستند، انتظارات مثبت آنها در خصوص دردسترس بودن و مایل بودن دیگران است (۵۷)، بنابراین، برقراری روابط بین فردی با دیگران در افراد با دلبستگی ایمن می تواند به عنوان عامل محافظتی در برابر افسردگی نقش داشته باشد. در نتیجه، تعاملات اولیه والد فرزند، می تواند به عنوان الگویی منفی یا مثبت برای روابط بین فردی و انتظارات موجود در روابط آینده بازی کند. از سویی دیگر، براساس نظریه فوناگی افراد دارای دلبستگی ناایمن مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و به نوعی ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۲۹). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می دهد، والدین با سطوح ذهنی سازی کافی حساسیت بیشتری در تعامل با فرزندان خود نشان می‌دهند، در حالی که والدینی که شاخص‌های ذهنی سازی پایین‌تری دارند، تمایل بیشتری به تربیت فرزندان خود به شیوه‌ای غیرحساس و پرورش سبک‌های دلبستگی ناایمن و نقص ذهنی سازی در نسل های بعدی نشان می دهند (۳۶). از سویی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی و افزایش اطمینان در نتیجه روابط دلبسته ایمن موجب می‌شود که افراد در شرایط استرس زا از مکانیسم‌های پخته‌تر استفاده کنند و توانایی تنظیم هیجان را داشته باشند؛ لذا وجود ظرفیت ذهنی‌سازی، بعدها تاب‌آوری افراد را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی محافظت می‌نماید (۳۹). لذا با توجه با مبانی نظری و پژوهشی می توان چنین اظهار کرد که پرستاران با سبک دلبستگی ایمن، ظرفیت ذهنی سازی بالاتری دارند و در نتیجه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

این ظرفیت به آنها کمک می کند که در شرایط استرس زا از مکانیسم ها و راهبردهای مقابله ای بهتری استفاده کنند و علائم افسردگی کمتری را تجربه می کنند. از سویی دیگر پرستارانی با سبک دلبستگی ناایمن ظرفیت ذهنی سازی پایین تری دارند لذا تاب آوری کمتر و توانایی کمتری در مدیریت شرایط استرس زا دارند که متعاقباً منجر به تجربه علائم افسردگی در آنها می شود.

از سویی دیگر یافته های پژوهش حاضر نشان داد که سبکهای دلبستگی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی پرستاران تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های بووی (Bovy) و همکاران (۱۵)، میکولینسر و شاور (Mikulincer and Shaver) (۱۶)، دوبا (Doba) و همکاران (۳۹) و بابایی و همکاران (۵۸) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افراد دارای سبک دلبستگی ایمن تمایل به جلب حمایت و صمیمیت از دیگران به شیوه ای آرامش بخش دارند. این به آنها اجازه می دهد تا ظرفیت بیشتری برای تنظیم هیجانات خود داشته باشند. در مقابل، سبکهای دلبستگی ناایمن تمایل به نشان دادن راهبردهای بیش فعالی دارند، و آنها را به تجربه هیجانات طاقت فرسا و جستجوی راهبردهای پرانرژی برای حفظ نزدیکی با دیگران سوق می دهد (۱۶،۱۸). همچنین بزرگسالانی که دلبستگی ایمن دارند برای مدیریت موقعیت های پراسترس، بهتر تجهیز شده اند؛ زیرا از یک طرف آنها اعتقاد دارند که قادر به کنترل محیطشان هستند و از طرفی به در دسترس بودن دیگران در هنگام نیاز به کمک ایمان دارند. در مقابل، افرادی که دلبستگی ناایمن دارند، برای روبه رویی با موقعیت های پراسترس کمتر مجهز شده اند که بخشی از آن به دلیل انتظارات منفی درباره توانایی کنترل محیط است. بخشی از آن نیز به همین نوع انتظارات درباره درخور اعتماد و اطمینان بودن دیگران باز می گردد. بنابراین ممکن است افراد دلبسته ناایمن در مواجهه با شرایط پراسترس یا تهدیدآمیز، فاقد ذخایر فردی و بین فردی لازم برای تنظیم موثر هیجاناتشان باشند (۵۹). از سویی دیگر، سبکهای دلبستگی مضطرب، اجتنابی و آشفته، سطوح پایین تری از ذهنی سازی را نشان می دهند. به ویژه، آنها ناتوانی بیشتری در جهت دادن توجه به عناصر هیجانی، و تمایل بیشتری برای قضاوت منفی تجربه هیجانی خود نشان می دهند، در نتیجه با احساس شرم و آشفتگی هیجانی بیشتر واکنش نشان می دهند و در شناسایی واضح هیجانات مشکلات بیشتری دارند (۶۰). افزون بر این، افراد در صورت اکتساب ظرفیت بالای روان شناختی و درک و بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و خودکنترلی بر فرایندهای درونی، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود، ظرفیت ذهنی سازی (mentalizing capacity) که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی به دست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (۲۸). براساس یافته ها و نظریه فوناگی (Fonagy) افراد دارای دلبستگی آشفته مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۲۹). این ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری (Impulsivity)، افزایش خودمهارگری (self-control) و بهبود روابط بین فردی می شود. افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌تواند در نتیجه ذهنی‌سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب شود (۲۸). اما از سوی دیگر شواهد پژوهشی نشان می دهد که آسیب‌پذیری با سطح پایین ذهنی سازی ارتباط دارد و این سطح پایین ذهنی‌سازی باعث بدتنظیمی هیجانی شده و منجر به رفتارهای خودآسیب رسان می‌شود (۳۹).

نتیجه گیری

بنابراین براساس مبانی نظری و شواهد پژوهشی اگر درک کنیم که دلبستگی نسبتاً پایدار است و اصلاح آن دشوار است، در نهایت به نحوه احساس، تفکر و عمل فرد می‌انجامد. در نتیجه، ذهنی سازی چیزی است که می توان به طور فعال روی آن کار کرد تا احتمال اختلال در تنظیم هیجان و افسردگی را کاهش داد. در واقع، در حال حاضر درمان‌هایی وجود دارد که به طور خاص روی ذهنی‌سازی به روشی مستقیم کار می‌کنند افزون بر این، بسیاری از افراد ممکن است از افزایش ظرفیت ذهنی سازی برای راهبردهای تنظیم هیجانی بهتر بهره ببرند، مانند افرادی که دارای علائم افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت، اعتیاد و سایر اختلالات هستند و همچنین افرادی که هیچ آسیب شناسی روانی ندارند. لذا، با توجه به نقش مهم

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

ذهنی سازی، می تواند به عنوان یک مداخله هدفمند در کاهش بدتنظیمی هیجانی و علائم افسردگی پرستاران تلقی شود. در بیان محدویت های پژوهش باید خاطر نشان کرد که چرایی درک علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی و نقش میانجی معنادار ذهنی سازی، به معنای درک روابط علت و معلولی نیست، چون پژوهش ما مبتنی بر یک مطالعه همبستگی بوده است. همچنین شرکت کنندگان این مطالعه را پرستاران شهر تهران تشکیل دادند، این باعث می شود که در تعمیم نتایج پژوهش احتیاط های لازم صورت گیرد. پیشنهاد می شود که پژوهش بر روی سایر گروه های بالینی و غیر بالینی صورت گیرد و همچنین به نقش سایر متغیرهای شناختی و هیجانی در تبیین علائم افسردگی و بدتنظیمی هیجانی پرستاران توجه شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرستارانی که در این مطالعه شرکت نموده اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

Reference

1. Tung YJ, Lo KK, Ho RC, Tam WS. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. Nurse education today. 2018 Apr 1;63:119-29.
2. Mahmoodi S, Zehni K. Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences. J Nurs Res. 2013;8(28):29-38.
3. Mirmohammdai S, Mehrparvar A, Mehrjerdi A. Effect of working shift in depression in nurses, Quarterly Occupational Medicine. ,2009;1(1):27-24.
4. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city. Journal of holistic nursing and midwifery. 2011 Apr 10;21(1):13-21.
5. Khajeh Nasiri F. A study of depression prevalence of nurses and its effective factors in Tehran Emam Khomeini Hospital. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2000 Apr 10;58(1):10-4.
6. Mazlom SR, Darban F, Vaghei S, Modarres Gharavi M, Kashani Lotfabadi M, Shad M. The Effect Of Stress Inoculation Program (SPI) on Nurss Perceived Stress in Psychiatric Wards.2012, 2 (2): 35-43.
7. Abdollahi A, Hosseinian S, Zamanshoar E, Beh-Pajooh A, Carlbring P. The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students. Studia Psychologica. 2018;60(1):30-41.
8. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). Journal of Clinical Psychology. 2022 Jun 22;14(2).
9. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59(2-3):53-72.
10. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). Iranian journal of rehabilitation research. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
11. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. IJPN 2022; 10 (3) :14-29
12. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. Psychological Medicine. 2019 Sep;49(12):2060-8.
13. Parada-Fernández P, Herrero Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. Scandinavian Journal of Psychology. 2021 Jun;62(3):312-20.
14. Martin CG, Roos LE, Zalewski M, Cummins N. A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. Cognitive and Behavioral Practice. 2017 Nov 1;24(4):405-15.
15. Bovy L, Tendolkar I, Fernández G, Dresler M. Sleep, emotional memories, and depression. InHandbook of behavioral neuroscience 2019 Jan 1 (Vol. 30, pp. 519-531). Elsevier.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

16. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. Current opinion in psychology. 2019 Feb 1;25:6-10.
17. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. Psychopathology. 2019 Sep 6;52(2):94-103.
18. Marszał M, Jańczak A. Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in the nonclinical adolescent female sample. Current Psychology. 2018 Dec;37:894-904.
19. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press; 2015 Jun 26.
20. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. 1990;1:121-60.
21. Trub L, Starks TJ. Insecure attachments: Attachment, emotional regulation, sexting and condomless sex among women in relationships. Computers in Human Behavior. 2017 Jun 1;71:140-7.
22. Ballester CG, Mañes RJ, Llario MD. Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (ttd). Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.. 2014 Sep 27;3(1):375-84.
23. Graffi J, Moss E, Jolicoeur-Martineau A, Moss G, Lecompte V, Pascuzzo K, Babineau V, Gordon-Green C, Mileva-Seitz VR, Minde K, Sassi R. The dopamine D4 receptor gene, birth weight, maternal depression, maternal attention, and the prediction of disorganized attachment at 36 months of age: A prospective gene× environment analysis. Infant Behavior and Development. 2018 Feb 1;50:64-77.
24. Cummings EM, Cicchetti D. 11• Toward a Transactional Model of Relations between Attachment and Depression. Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention. 1990:339-72.
25. Margolese SK, Markiewicz D, Doyle AB. Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. Journal of youth and adolescence. 2005 Dec;34:637-50.
26. Bateman AW, Fonagy P, editors. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Pub; 2019 Apr 18.
27. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. InContemporary psychodynamic psychotherapy 2019 Jan 1 (pp. 133-148). Academic Press.
28. Bateman AW, Fonagy PE. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
29. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. PloS one. 2017 May 4; 12(5):e0176218.
30. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2022 Jul 10; 10(2):85-97.
31. Castelli GL. Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica The polarities of Mentalization in clinical practice. [The polarities of mentalization in clinical practice].Clınica e Investigacion Relacional, 5, 295–315.
32. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Development and psychopathology. 2009 Nov;21(4):1355-81.
33. Hünefeldt T, Laghi F, Ortu F, Belardinelli MO. The relationship between 'theory of mind'and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. Journal of adolescence. 2013 Jun 1;36(3):613-21.
34. Bizzi F, Ensink K, Borelli JL, Mora SC, Cavanna D. Attachment and reflective functioning in children with somatic symptom disorders and disruptive behavior disorders. European Child & Adolescent Psychiatry. 2019 May 1;28:705-17.
35. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. Journal of the american psychoanalytic association. 2000 Aug;48(4):1129-46.
36. Ensink K, Borelli JL, Roy J, Normandin L, Slade A, Fonagy P. Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. Infancy. 2019 Mar;24(2):210-27.
37. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Mentalization as mediator between adult attachment and interpersonal distress. Psychopathology. 2019 Jun 3;52(1):10-7.
38. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Stressful life events and hopelessness in adults: the mediating role of mentalization and emotional dysregulation. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020 Oct 19;43:385-92.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]

39. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. Child Abuse & Neglect. 2022 Oct 1; 132:105815.
40. Mousavi A, Ghorbani N, Ghazitabatabaee M. An investigation of psychological self-destruction via selfknowledge, self-criticism and feelings of shame and guilt among patients with autoimmune and non-autoimmune disorders alongside healthy individuals. J Behav Sci. 2014; 8(1):1-9.
41. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory. second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996.
42. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Arthritis care & research. 2011;63 Suppl 11:S454-66. doi:10.1002/acr.20556
43. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189-98. [Persian]
44. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology. 1987 Mar; 52(3):511.
45. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
46. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships. London: Kingsley. 1994.
47. Divandari H. The young schema questionnaire–short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. Educational researches. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
48. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.
49. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. Journal of Clinical Psychology, 2020; 12(1): 1-12.
50. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar; 26(1):41-54.
51. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2019; 13 (47): 89-92.
52. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students› dependence on smoking. Jornal of Hakim Health System Research (Hakim). 2011;13 (1): 11-18.
53. Chou, C.-P., & Bentler, P. M. Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), Structural equation modelling: Concepts, issues, and applications. Sage Publications, Inc.1995.
54. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2015 May 24.
55. Saedi F, Aghdasi AN. The relationship between attachment styles and depression and anxiety inseventh and eighth female students in Tabriz. Women and Family Studies. 2018;11(40):165-89.
56. Nikolić M, Hannigan LJ, Krebs G, Sterne A, Gregory AM, Eley TC. Aetiology of shame and its association with adolescent depression and anxiety: results from a prospective twin and sibling study. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2022 Jan;63(1):99-108.
57. Ognibene TC, Collins NL. Journal of Social and Personal Relationships. Journal of Social and Personal Relationships. 1998;15:323.
58. Babaei S, Manesh MN, Abouzari F, Karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article. 2023 Feb;10(6).
59. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. Journal of Personality and Social Psychology. 1998; 74(5):1380–97.
60. Pérez MA, Botella L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Revista de psicoterapia. 2006 Jul 1;17(66/67):77-120.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-13]