

The Effect of Attachment Styles and Alexithymia on Psychological Distress With The Mediation of Mentalization in Nurses

Seyedeh Gohartaj Iliyaifar¹, Sara Hajibaqeri², Maryam Farjami^{3*}, Fariba Anousheh⁴

1. Master of General Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.
2. Master student in clinical psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Markazi, Iran.
3. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
4. Master of General Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

Corresponding Author: Maryam Farjami, Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

E-mail: Maryamfarjami290@gmail.com

Abstract

Introduction: Health and mental health of the medical staff is one of the social needs, because taking care of patients requires medical personnel who are in a favorable state in terms of mental and physical health. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of attachment styles and alexithymia on psychological distress 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 in 2023, and 210 of them were selected by available sampling method. In order to collect data, adult attachment inventory, reflective functioning questionnaire, Toronto Alexithymia Scale and Kessler's psychological distress questionnaire were used. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

Results: The findings indicate the fit of the assumed model. The direct effect of secure attachment ($\beta = -0.28$, $T = -4.04$) and mentalization (confidence component) ($\beta = -0.26$, $T = -2.93$) on psychological distress was significant and negative. Also, the direct path of ambivalent insecure attachment ($T = 0.38$, $\beta = 3.63$), avoidant insecure attachment ($\beta = 0.32$, $T = 6.24$), alexithymia ($T = 0.44$, 10.80) β and mentalization (uncertainty component) ($T = 4.04$, $\beta = 0.45$) were significant and positive on psychological distress. The analysis of research findings indicated the mediating role of mentalization in the relationship between attachment styles and alexithymia with psychological distress. The results also showed that the research variables explained a total of 78% of the variance of psychological distress.

Conclusions: Based on the findings of this research, it can be concluded that one of the important structures that is obtained through interpersonal relationships in childhood, especially attachment relationships, is the capacity for mentalization. Caregivers who develop secure attachment usually have a good capacity for mentalizing. On the other hand, improving the mentalizing capacity, reducing interpersonal stress, and increasing confidence as a result of secure attachment relationships make people use more mature mechanisms in stressful situations; Therefore, the existence of mentalizing capacity increases people's resilience and protects them from psychological distress, including depression.

Keywords: Psychological Distress, Nurses, Mentalization, Attachment styles, Alexithymia.

تأثیر سبک های دلستگی و ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران

سیده گوهر تاج ایلیایی فر^۱، سارا حاجی باقری^۲، مریم فرجامی^{۳*}، فربا انوشه^۴

- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.
- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکزی، ایران.
- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

نویسنده مسئول: مریم فرجامی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
ایمیل: Maryamfarjami290@gmail.com

چکیده

مقدمه: بهداشت و سلامت روانی کادر درمان یکی از نیازهای اجتماعی است، زیرا مراقبت از بیماران مستلزم داشتن نیروی درمانی است که از حیث بهداشت روانی و جسمانی در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر سبک های دلستگی و ناگویی هیجانی بر پریشانی روانشناختی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران انجام شد.

روشن 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 در سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنها ۲۱۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سبک های دلستگی بزرگسالان، پرسشنامه کارکرد تأملی، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر استفاده شد. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته ها: یافته ها حاکی از برازش مدل مفروض است. اثر مستقیم دلستگی ایمن ($\beta = -0.28$, $T = -4.04$) و ذهنی سازی ($\beta = -0.26$, $T = -2.93$) بر پریشانی روانشناختی معنادار و منفی بود. همچنین مسیر مستقیم دلستگی نایمن دوسوکرا ($\beta = 0.38$, $T = 3.63$), دلستگی نایمن اجتنابی ($\beta = 0.32$, $T = 6.24$), ناگویی هیجانی ($\beta = 0.44$, $T = 10.80$) و ذهنی سازی ($\beta = 0.45$, $T = 4.04$) بر پریشانی روانشناختی معنادار و مثبت بود. تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش حاکی از نقش میانجی ذهنی سازی در رابطه بین سبک های دلستگی و ناگویی هیجانی با پریشانی روانشناختی بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۷۸ درصد از واریانس پریشانی روانشناختی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که یکی از سازه های مهم که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلستگی به دست می آید، ظرفیت ذهنی سازی است. مراقبانی که دلستگی ایمن ایجاد می کنند، معمولاً ظرفیت خوبی برای ذهنی سازی دارند. از سوی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی سازی، کاهش استرس بین فردی و افزایش اطمینان در نتیجه روابط دلستگی ایمن موجب می شود که افراد در شرایط استرس زا از مکانیسم های پخته تر استفاده کنند؛ لذا وجود ظرفیت ذهنی سازی، بعدها تاب آوری افراد را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی های روان شناختی از جمله افسردگی محافظت می نماید.

کلیدواژه ها: پریشانی روانشناختی، پرستاران، ذهنی سازی، سبک های دلستگی، ناگویی هیجانی.

مقدمه

می شود را شکل می دهد، بولبی اشاره کرد که چنین بازنمایی های شناختی- عاطفی، مدل های کاری درونی (Internal Working Models) نامیده می شوند (۱۰). نظریه دلبستگی نشان می دهد که سبک دلبستگی تسویه یافته در دوران کودکی، براساس تعامل کودک- مراقب (حمایت و مراقبت)، در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی در روابط نزدیک دوباره فعال می شود (۱۱). علاوه بر این، تحقیقات نشان می دهد که الگوهای دلبستگی خاص، مشابه آنها بی که در میان کودکان یافت می شوند، بر نگرش، انتظارات و رفتار بزرگسالان در روابط نزدیک تأثیر می گذارند (۱۲). بزرگسالان که به طور ایمن دلبسته شده اند، با حفظ هویت منحصر به فرد و علایق جداگانه، به شریک زندگی خود دلبسته می شوند. بزرگسالان اجتنابی از نزدیکی عاطفی و وابستگی ناراحت هستند و در اعتماد به شریک زندگی خود مشکل دارند. در نهایت، سبک دلبستگی مضطرب- دوسوگرا تحت تأثیر ترس از رها شدن و میل به نزدیکی شدید ممکن است که شریک عاشقانه را از خود دور کند (۱۳). روابط نایمن دلبستگی موجب می شود احساسات ایمنی به مقدار بسیار کمی درونی شوند. افراد دارای دلبستگی های نایمن هنگام مواجهه با پریشانی، خزانه مقابله ای کمتری دارند و مستعد خلق افسرده هستند (۱۴). همچنین ممکن است افراد با دلبستگی نایمن، رویدادهای بین فردی منفی را به معنای ناشایستگی و بی کفایتی خود تفسیر کنند که این تفسیرها می تواند با ایجاد نشانه های افسرده ای ارتباط پیدا کند (۱۵). افراد دارای دلبستگی ایمن رویدادهای استرس زا زندگی را با موفقیت بیشتری نسبت به افرادی که دارای الگوهای دلبستگی مشکل ساز هستند مدیریت می کنند و بنابراین کیفیت زندگی بالاتر و پریشانی روان شناختی پایین تری را تجربه می کنند (۱۶).

از دیگر مکانیسم های مهم در زمینه شکل گیری پریشانی روان شناختی در پرستاران ناگویی هیجانی (Alexithymia) است (۱۷). ناگویی هیجانی به ناتوانی در خودتنظیمی هیجانی و پردازش اطلاعات شناختی، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات اشاره دارد (۱۸). ناگویی هیجانی سازه ای چند وجهی مشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و حس های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات، تجسم محدود، سبک شناختی عینی، عملکردا و واقعیت مدار یا تفکر عینی است (۱۹). در این راستا، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی

خدمات پرستاری یکی از مهم ترین اجزای تشکیل دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه کار پرستاران بستگی دارد (۱). پرستاران به عنوان اجزای مهم سیستم مراقبت های بهداشتی، بیشتر وقت خود را صرف مراقبت مستقیم از بیماران می کنند. پرستاران به سبب استرس های متعدد - مانند حجم کار بالینی بالا، رابطه مشکل آفرین و پرنتش بیمار- پرستار، روابط ناخواهانگ کارکنان - استرس بیش از حد تحمل می کنند و با خطرات بالاتری از اضطراب و افسرده گی مواجه می شوند (۲، ۳). درواقع پرستاران زمانی که برای مدت طولانی در محیط کاری پر استرس قرار می گیرند، معمولاً مشکلات روانی و بین فردی برجسته تری دارند (۴). 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 قادر نخواهند بود که مراقبت های مطلوبی همانند حمایت های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۵). در محیط کار محرك های فیزیکی، روانی و اجتماعی هر کدام می توانند عامل ایجاد استرس و افسرده گی (depression) به حساب آیند (۶). شواهد پژوهشی در ایران نشان می دهد که ۲۴/۹ درصد پرستاران از علائم افسرده گی و ۲۷/۹ درصد از علائم اضطراب برخوردار بودند و میزان افسرده گی در پرستاران زن بیشتر از مردان بود (۷). همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهد که میزان افسرده گی در پرستاران ۱۵/۱ درصد و ریسک خودکشی ۵/۱ درصد بوده و با افزایش سن، میزان افسرده گی کمتر گزارش شده است (۸). بنابراین توجه به سلامت روانی پرستاران موضوعی حیاتی برای بهبود فضای فعلی مراقبت های بهداشتی است.

یکی از ساختارهای توصیف شده که به نظر می رسد با سازگاری روان شناختی و بین فردی مرتبط باشد، سبک های دلبستگی (attachment styles) است (۹). سیستم دلبستگی یک سیستم رفتاری ذاتی است که هدف آن بازگرداندن امنیت و کاهش پریشانی از طریق نزدیکی به نگاره های دلبستگی (attachment figures) است (۹). در دسترس بودن و حساسیت بیشتر یا کمتر نمادهای دلبستگی، و میزان پاسخ یا عدم پاسخگویی آنها به نیازهای یک فرد، تاریخچه روابطی که در قالب بازنمایی های ذهنی، انتظارات، احساسات و نگرش های مرتبط با روابط صمیمی درونی

تسهیل می شود. این ظرفیت در استدلال فرد و توانایی تنظیم عواطف وی موثر است. اختلال در شکل گیری این ظرفیت، تظاهرات آسیب شناختی روانی از جمله تکانشگری، کنش نمایی و اختلال در تنظیم هیجانات و افکار خودکشی و پریشانی روانشنختی را به همراه دارد (۳۰، ۳۹). نظریه ذهنی سازی بیان می کند که دلبستگی (یعنی مدل کاری درونی که یک فرد از خود و دیگران براساس تجربیات مراقبت اولیه شکل می دهد) و ذهنی سازی (یعنی درک رفتار خود و دیگران که توسط حالات ذهنی هدایت می شود) جنبه های کلیدی در ایجاد مشکلاتی از جمله مشکلات بین فردی، ساختار شخصیتی ناسازگار و طیفی از پیامدهای روانی منفی هستند (۳۱، ۳۲). در واقع، این نظریه بیان می کند که اختلالات در سیستم دلبستگی، مانند بدرفتاری با کودک، توانایی انعکاس حالات ذهنی درونی خود و دیگران را، بهویژه در حالت های استرس زای عاطفی، مختلف می کند و نقص در توانایی ذهنی سازی منجر به آسیب روانی می شود (۳۱). به عبارت دیگر اولین بارقه های ذهنی سازی، در رابطه با مراقبان اولیه شکل می گیرد و یکی از اولین چیزهایی که در این رابطه نیاز به تنظیم و دیده شدن توسط والد دارد، هیجان ها هستند. نبود آینه واری (reflecting) در والدین و بازتاب هیجانات، به کودک این پیام را می دهد که هیجان تو ارزشی ندارد و در کودک، بازنمایی اشتباہ را شکل می دهد. به عنوان مثال، نوزادی که والدینش به ندرت با او در تعامل هستند یا ارتباط عاطفی با کودک ندارند، این امر، باخورد و اطلاعاتی را در مورد احساساتی که خود و والدینش تجربه می کنند به وی ارائه نمی دهد. این فقدان اشتراک گذاری عاطفی باعث می شود کودک درک نکند که چگونه احساسات دیگران (از جمله والدین) یا خود، را تفسیر و بیان کند، که این به نوبه خود منجر به اختلال در کارکرد فردی و بین فردی می شود (۳۱، ۳۲).

از این دیدگاه، نظریه های مبتنی بر ذهنی سازی عمدتاً بر جنبه های رابطه ای در عملکرد بیماران از جمله شناسایی، تعریف و توضیح احساسات بدنی خود و همچنین تمایل به بیان احساسات و تجربیات در ارتباط با دیگران مبتنی است (بیان هیجانی) و این به عنوان جنبه ای از ذهنی سازی عاطفی (یعنی خود) در نظر گرفته می شود (۳۲).

بنابراین، ذهنی سازی به واسطه افزایش عاملیت و اطمینان، تنظیم هیجان و خودکنترلی نقش مهمی در سلامت روان و جلوگیری از مشکلات روان شناختی ایجاد می کند (۳۴).

ممکن است اطلاعات هیجانی را به صورت طاقت فرسا و گیج کننده تجربه کنند که می تواند منجر به احساس درمانگری شود (۲۰). افزون بر این، تنظیم مؤثر هیجان بر توانایی شناسایی هیجانات (شفافیت هیجانی) در کار توانایی پاسخگویی و بازیابی هیجانات منفی (دسترسی به راهبردهای مؤثر) متمرکز است (۲۱). بنابراین، برای افرادی که وضوح هیجانی ضعیفی دارند، پیشرفت در تنظیم مؤثر هیجانات دشوارتر است. بر عکس، افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می کنند، اغلب از راهبردهای مقابله ای ناسازگار مانند انزوای اجتماعی، عدم درگیری رفتاری و بازداری هیجانی استفاده می کنند (۲۲). بنابراین، فرض بر این است افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می کنند، ممکن است به دلیل آگاهی ناقص / محدود از راههای جایگزین برای مقابله با هیجانات نامشخصی که تجربه می کنند پریشانی روانشنختی بالاتری را تجربه کنند (۲۳). از دیدگاه روان پویشی، وقتی افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در معرض یک رویداد استرس زا قرار می گیرند، به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت هیجانات خود دچار آشفتگی هیجانی می شوند (۲۴). در این راستا، شواهد پژوهشی نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی توانایی محدودی در سازگاری با شرایط استرس زا دارند که این ممکن است به تجربه میزان بالایی از پریشانی روانی و علائم اضطرابی و استرس در آنها بینجامد (۲۵). تسویو (Tesiyo) و همکاران در مطالعه ای بر روی افراد با درد مزمن نشان دادند که کیفیت زندگی تحت تاثیر سطوح بالای افسردگی قرار دارد و علائم افسردگی در آنها تا حد زیادی ناشی از ناگویی هیجانی است (۲۶). همچنین محمودی و همکاران (۲۷) در پژوهش خود نشان دادند ترومای دوران کودکی و ناگویی هیجانی قادر به پیش بینی پریشانی روان شناختی در دانشجویان است.

از سویی دیگر دلبستگی به عنوان عامل اصلی در توسعه ذهنیت و شکل گیری بازنمایی های درونی حالات عاطفی تلقی می شود. در روابط دلبستگی این، به حالت ذهنی کودک احترام گذاشته می شود و کم ذهنی سازی (mentalize) – تحت عنوان توانایی درک حالات خود و دیگران از نظر افکار، رفتار و احساسات – شکل می گیرد (۲۸). به عبارت دیگر، توانایی ذهنی سازی در ۴ تا ۵ سال اول زندگی رشد می کند و از طریق روابط دلبستگی این (از طریق فرایند انعکاس سازی) عاطفی (mirroring)

نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک های ورود به پژوهش شامل نداشتند بیمارهای مزمن جسمی، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و ملاک های خروج از پژوهش عدم تمایل برای ادامه پژوهش و تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محترمانگی 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 SPSS-26 و AMOS-24 قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (adult attachment inventory): پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۳۷) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی نایمن اجتنابی را اندازه گیری اضرابی؛ سبک دلبستگی نایمن اجتنابی را اندازه گیری می کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ، به ندرت نمره ، بعضی اوقات نمره ، اغلب اوقات نمره 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 (۳۸) پاییزی بازآزمایی کل این پرسشنامه را .۸۱٪ و کولینز و رید (۳۹) نیز پاییزی 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 (۴۰) با مطالعه ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس

عبارت دیگر خودکنترلی و خودمهارگری و تنظیم هیجان در نتیجه ذهنی سازی در مسیر تکاملی و تحولی می تواند از شکل گیری پیامدهای روان شناختی مختلف مثل افسردگی و افکار خوکشی تا حدی جلوگیری نماید (۳۵).

توجه به بهداشت روانی افراد در همه عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی، اجتماعی و شغلی حائز 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. پرستاران از اعضای مهم سیستم خدمات سلامت هستند که جامعه بشری به خدمات آن ها نیازمند است و آن ها 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 آن ها مهم است، بلکه از نظر افزایش کیفیت خدمات و بهره وری موسسات بهداشتی نیز حائز اهمیت است. بنابراین، بهداشت و سلامت روانی کادر درمان یکی از نیازهای اجتماعی است، زیرا مراقبت از بیماران مستلزم داشتن نیروی درمانی است که از حیث بهداشت روانی و جسمانی در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند، بنابراین بررسی عوامل روان شناختی مؤثر بر پریشانی روان شناختی این افراد می تواند امنیت جامعه را فراهم کند، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر سبک های دلبستگی و ناگویی هیجانی بر پریشانی روان شناختی میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع همبستگی و میتنی بر مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی پرستاران مشغول به کار در بیمارستان ها و مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. که از میان آنها تعداد ۲۱۰ نفر با روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۳۶). 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

سیده گوهر تاج ایلیایی فر و همکاران

ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی یا تجارتی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درمانگری روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و باز آزمایی (بعد از یک ماه) ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به دست آمده است (۴۴).

Kessler's پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر (psychological distress questionnaire): این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می گیرد (۴۵). حداقل و حداً کثر نمره صفر تا ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روان شناختی خفیف، نمره ۱۴ تا ۲۷ پریشانی روان شناختی متوسط، نمره ۲۸ تا ۴۰ پریشانی روان شناختی شدید را نشان می دهد. به این معنا که هر چه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، مقیاس پریشانی روان شناختی فرد بالا خواهد بود (۴۶). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۵ به دست آمده است (۴۷). روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی اش با متغیر ملاک (فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب) می باشد، تایید می شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است (۴۸). در بررسی های خارج از کشور نشان داده است که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۹).

یافته ها

براساس داده های گردآوری شده ۲۸ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۲۶ نفر (۶۰ درصد) لیسانس، ۴۲ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱۴ نفر (۶/۶ درصد) دکترا بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۵۹ و ۷/۰۶۳ بود.

استخراج شده را ۷۰٪ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴. گزارش کرد.

reflective functioning questionnaire: این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و دو مؤلفه اطمینان(قطعیت) با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ 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 از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره تعلق می گیرد. برای مؤلفه 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 مخالف ۶ نمره، مخالف ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافق ۳ نمره، تا حدودی موافق ۲ نمره و کاملاً موافق ۱ نمره تعلق می گیرد. فوناگی و همکاران (۴۱) همسانی 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 d_{X2}، شاخص نیکویی برآراش تعديل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برآراش مقایسه ای (CFI) و خطای ریشه ای مجدد میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۶۰، 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 (۴۲).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی (Bagby) و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. دارای ۲۰ سوال است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارتی بیرونی (۸ سوال) را شامل می شود. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می شود. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود که در دامنه ۲۰ تا ۱۰۰ قرار دارد (۴۳). در نسخه فارسی این مقیاس

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
پریشانی روانشناختی	۲۰/۹۰	۷/۱۲۳	۰/۷۴۱	۱/۵۴۳
دلبستگی اینمن	۱۸/۹۶	۸/۴۵۴	-۰/۳۰۲	-۱/۴۴۸
دلبستگی نایمن دوسوگرا	۱۵/۹۵	۶/۴۳۶	-۰/۱۶۶	-۱/۷۱۲
دلبستگی نایمن اجتنابی	۱۶/۹۸	۶/۷۹۳	-۰/۱۰۱	-۱/۶۲۰
دشواری در شناسایی احساسات	۲۰/۸۲	۹/۱۷۴	-۰/۱۱۶	-۱/۷۸۲
دشواری در توصیف احساسات	۱۲/۵۲	۴/۹۸۱	-۰/۲۱۰	-۱/۶۶۳
تمرکز عینی	۱۵/۷۱	۶/۱۱۳	-۰/۲۱۹	-۱/۶۵۸
نمره کل ناگویی هیجانی	۴۹/۰۶	۱۹/۸۶۵	-۰/۱۵۶	-۱/۴۵۳
عدم اطمینان (ذهنی سازی)	۱۵/۹۰	۶/۷۴۷	-۰/۳۹۳	-۱/۷۲۳
اطمینان (ذهنی سازی)	۲۰/۶۸	۹/۶۹۲	۰/۴۲۷	-۱/۶۶۱
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	۲/۶۰۵	نسبت بحرانی: ۲/۲۲۰	ضریب مردیا:	

آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، نتایج در جدول ۱-آمده است که براساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲-۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۰/۲۶۰۵ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۲۲۰ به دست آمده که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۲۱۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲-۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاهای از آزمون دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده دوربین واتسون واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های استقلال خطاهای از آزمون دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ایستقلال خطاهای است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از

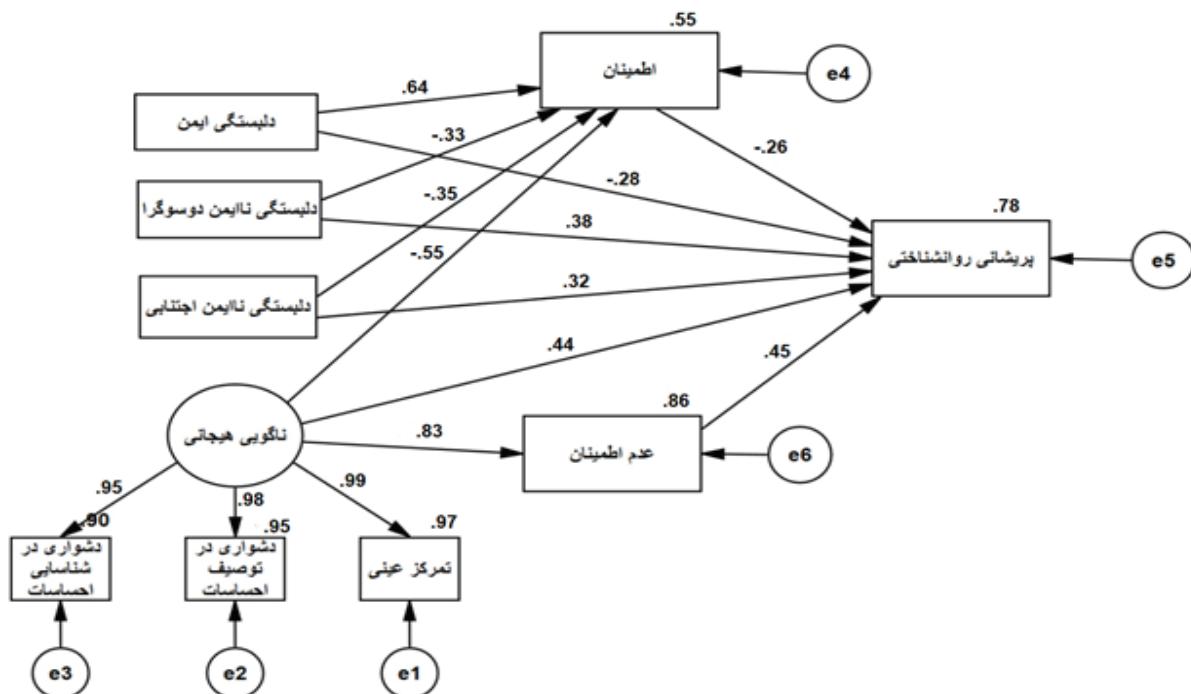
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- پریشانی روانشناختی	-۰/۶۱۳**									
۲- دلبستگی اینمن	۱	-۰/۶۴۶**	۰/۳۷۸**							
۳- دلبستگی نایمن دوسوگرا	۱	-۰/۶۴۷**	۰/۳۲۶**							
۴- دلبستگی نایمن اجتنابی	۱	۰/۵۳۷**	-۰/۷۱۳**	۰/۶۰۹						
۵- دشواری در شناسایی احساسات	۱	۰/۶۴۳**	۰/۵۵۴**	-۰/۶۳۶**	۰/۶۳۸**					
۶- دشواری در توصیف احساسات	۱	۰/۶۲۲**	۰/۴۷۱**	۰/۴۵۰**	-۰/۶۳۶**	۰/۶۳۸**				
۷- تمرکز عینی	۱	۰/۶۶۲**	۰/۶۴۰**	۰/۶۰۱**	۰/۵۲۵**	-۰/۶۶۷**	۰/۶۹۱**			
۸- نمره کل ناگویی هیجانی	۱	۰/۶۸۳**	۰/۶۷۲**	۰/۵۸۲**	۰/۶۰۰**	۰/۵۳۰**	-۰/۶۹۳**	۰/۶۸۱**		
۹- عدم اطمینان (ذهنی سازی)	۱	۰/۵۲۸**	۰/۴۱۱**	۰/۵۰۰**	۰/۵۱۴**	۰/۶۰۷**	۰/۴۹۷**	-۰/۷۱۵**	۰/۷۱۷**	
۱۰- اطمینان (ذهنی سازی)	۱	-۰/۶۷۷**	-۰/۵۷۹**	-۰/۵۴۲**	-۰/۵۲۶**	-۰/۶۰۸**	-۰/۶۶۲**	-۰/۴۵۲**	۰/۷۴۶**	-۰/۴۸۳**

سیده گوهر تاج ایلیایی فر و همکاران

مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای



شکل ۱. مدل پیشنهادی و برآورده شده پژوهش

سبک های دلبستگی و ناگویی هیجانی با میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) در مجموع ۷۸ درصد از واریانس پریشانی روانشناختی را تبیین می‌کنند. در ادامه شاخص های برآورش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل پیشنهادی و برآورده شده پژوهش را نشان می‌دهد که در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای پریشانی روانشناختی براساس سبک های دلبستگی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی ذهنی سازی (اطمینان و عدم اطمینان) برابر با ۰/۷۸ بود. بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که

جدول ۳: شاخص های برآورده شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
	CMIN	-	۶۴/۳۱۷
شاخص های مطلق	درجه آزادی (DF)	-	۲۲
	سطح معناداری (P)	بیشتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۱
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی χ^2/df یا X^2/df یا CMIN/df	کمتر از ۳	۲/۹۲۳
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۵
	شاخص تقریب برآورده شده (PCLOSE)	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۰۱
شاخص های نسبی	شاخص برآورش مقایسه ای (CFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۱
	شاخص برآورده افزایشی (IFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۴۱
	شاخص نیکویی برآورش (GFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۳۷
	شاخص برآورش هنجار شده (NFI)	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۰۶

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازنده‌گی (PCLOSE) <0.001 و شاخص RMSEA برابر 0.065 می باشد که براساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و براساس آن می توان به تأیید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در پریشانی روانشناختی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازنده‌گی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازنده‌گی افزایشی، (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از 0.90 است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارد. همانگونه که بر اساس

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	ضریب غیراستاندارد	P	t
دلبستگی اینمن	پریشانی روانشناختی	-0.28	-0.23	0.06	-4.04	0.001
دلبستگی دوسوگرا	پریشانی روانشناختی	0.38	0.48	0.05	3.63	0.003
دلبستگی اجتنابی	پریشانی روانشناختی	0.22	0.25	0.06	6.24	0.001
نیکویی هیجانی	پریشانی روانشناختی	0.44	0.42	0.13	10.80	0.001
اطمینان	پریشانی روانشناختی	-0.26	-0.34	0.05	-2.93	0.003
عدم اطمینان	پریشانی روانشناختی	0.45	0.50	0.12	4.04	0.001

دلبستگی نایمن اجتنابی ($\beta = 0.32$ ، $T = 6.24$)، نیکویی هیجانی ($\beta = 0.44$ ، $T = 10.80$) و عدم اطمینان ($\beta = 0.26$ ، $T = 4.04$) بر پریشانی روانشناختی معنادار و مثبت بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه $(-1.96 < z < +1.96)$ قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از 0.05 است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم دلبستگی اینمن ($\beta = -0.28$ ، $T = -4.04$) و اطمینان ($\beta = 0.26$ ، $T = 2.93$) بر پریشانی روانشناختی معنادار و منفی بود. همچنین مسیر مستقیم دلبستگی نایمن دوسوگرا ($\beta = 0.38$ ، $T = 3.63$)،

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری	P
دلبستگی اینمن	اطمینان	پریشانی روانشناختی	0.386	0.287	0.662	0.001	
دلبستگی دوسوگرا	اطمینان	پریشانی روانشناختی	-0.422	-0.557	-0.768	0.001	
دلبستگی اجتنابی	اطمینان	پریشانی روانشناختی	-0.456	-0.128	-0.395	0.007	
نیکویی هیجانی	اطمینان	پریشانی روانشناختی	-0.511	-0.3285	-0.762	0.001	
دلبستگی اینمن	عدم اطمینان	پریشانی روانشناختی	-0.542	-0.291	-0.668	0.001	
دلبستگی دوسوگرا	عدم اطمینان	پریشانی روانشناختی	0.251	0.228	0.595	0.001	
دلبستگی اجتنابی	عدم اطمینان	پریشانی روانشناختی	0.333	0.387	0.462	0.001	
نیکویی هیجانی	عدم اطمینان	پریشانی روانشناختی	0.425	0.297	0.771	0.001	

اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$ ، $b = 0.386$). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی نایمن دوسوگرا بر پریشانی روانشناختی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$ ، $b = -0.422$). اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی نایمن اجتنابی

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با 2000 بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر دلبستگی اینمن بر پریشانی روانشناختی از طریق نقش میانجی

دیگران را در روابط بعدی ایجاد می کنند. شواهد پژوهشی نشان داده است که فقدان دلستگی ایمن با مادر می تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه و خصمانه در سال های بعد شود، همچنین دلستگی نایمن تعامل همدلانه و روابط بین فردی مناسب و با کیفیت به همراه ندارد (۵۲). افرادی که دارای سبک های دلستگی نایمن هستند، تمایل بیشتری به آزار و اذیت و اجتناب از روابط جهت محافظت از خود نشان می دهند. افرادی که سبک دلستگی بیمناک دارند، نسبت به دیگران بی اعتمادی شدید نشان می دهند و خود را دوست داشتنی و شایسته مراقبت نمی دانند (۵۳).

بنابراین، تعاملات اولیه والد فرزند، می تواند به عنوان الگویی منفی یا مثبت برای روابط بین فردی و انتظارات موجود در روابط آینده بازی کند و به عنوان عاملی محافظت کننده یا عامل خطر نسبت به پژوهشی روانشناختی نقش ایفا کند. از سویی دیگر، دلستگی به عنوان عامل اصلی در توسعه ذهنیت و شکل گیری بازنمایی های درونی حالات عاطفی تلقی می شود. در روابط دلستگی ایمن، به حالت ذهنی کودک احترام گذاشته می شود و کم کم ذهنی سازی - تحت عنوان توانایی درک حالات خود و دیگران از نظر افکار، رفتار و احساسات - شکل می گیرد (۲۸). براساس یافته ها و نظریه فوناگی (Fonagy) افراد دارای دلستگی آشفته مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دلستگی ایمن و ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۱۲). 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 (۵۴). در واقع، این نظریه بیان می کند که اختلالات در سیستم دلستگی، مانند بدرفتاری با کودک، توانایی انعکاس حالات ذهنی درونی خود و دیگران را به ویژه در حالت های استرس زای عاطفی، مختلف می کند و نقص در توانایی ذهنی سازی منجر به آسیب روانی می شود (۳۱).

همچنین، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با میانجی گری ذهنی سازی بر پژوهشی روانشناختی پرستاران تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با میانجی گری ذهنی سازی در کودک درونی می شود و این بازنمایی های ذهنی آسیب دیده براساس روابط آشفته اولیه می تواند آسیب پذیری به پژوهشی های روانشناختی بعدی ایجاد کند (۵۱). افرادی که سبک دلستگی ایمن دارند، فرض بر این است که تجرب مراقبت اولیه ای را داشته باشند که به صورت ثابت، بمالحظه و پاسخگو بوده است، ولذا سبب می شود که آنها نیز در ایجاد روابط حمایتی با دیگران موفق تر عمل نمایند. افرادی که سبک دلستگی ایمن دارند، با مراقبانی که به آنها به طور همدلانه پاسخ می دهند، احساس اعتماد می کنند و بنابراین ظرفیت پاسخگویی عاطفی و همدلانه با

بر پژوهشی روانشناختی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$, $b = 0.456$). اثر غیرمستقیم متغیر ناگویی هیجانی بر پژوهشی روانشناختی از طریق نقش میانجی اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$, $b = 0.511$). اثر غیرمستقیم متغیر دلستگی ایمن بر پژوهشی روانشناختی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$, $b = 0.542$). اثر غیرمستقیم متغیر دلستگی نایمن عدم اطمینان بر پژوهشی روانشناختی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$, $b = 0.351$). اثر غیرمستقیم متغیر دلستگی نایمن اجتنابی بر پژوهشی روانشناختی از طریق نقش میانجی عدم اطمینان معنی دار است ($P < 0.05$, $b = 0.425$).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر سبک های دلستگی و ناگویی هیجانی بر پژوهشی روانشناختی با میانجیگری ذهنی سازی در پرستاران بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که سبک های دلستگی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با میانجی گری ذهنی سازی بر پژوهشی روانشناختی پرستاران تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های کامینگز و سایکتی (۱۴)، مارگولیز و همکاران (۱۵)، سیوکا و همکاران (۱۶) و انسینک و همکاران (۵۰) همسو است. در تبیین یافته های این پژوهش مبتنی بر مبانی نظری و پژوهشی، می توان گفت کیفیت دلستگی به مراقب اولیه سازه اصلی در آسیب پذیری به پژوهشی روانشناختی است. الگوهای نایمن 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 پژوهشی های روانشناختی بعدی ایجاد کند (۵۱). افرادی که سبک دلستگی ایمن دارند، فرض بر این است که تجرب مراقبت اولیه ای را داشته باشند که به صورت ثابت، بمالحظه و پاسخگو بوده است، ولذا سبب می شود که آنها نیز در ایجاد روابط حمایتی با دیگران موفق تر عمل نمایند. افرادی که سبک دلستگی ایمن دارند، با مراقبانی که به آنها به طور همدلانه پاسخ می دهند، احساس اعتماد می کنند و بنابراین ظرفیت پاسخگویی عاطفی و همدلانه با

کرد که یکی از سازه‌های مهم که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید، ظرفیت ذهنی سازی است. مراقبانی که دلبستگی ایمن ایجاد می‌کنند، معمولاً ظرفیت خوبی برای ذهنی سازی دارند که تنظیم هیجانات را در فرد تسهیل می‌کند. از سویی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی سازی، کاهش استرس بین فردی 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 ذهنی سازی، بعدها تاب‌آوری افراد را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی محافظت می‌نماید. لذا تخریب و یا نقص ظرفیت ذهنی سازی در بزرگسالی به ویژه در موقعیت‌های استرس زای پرستاران، می‌تواند هیجاناتی دردنگ و تنظیم نشده با ماهیتی ویرانگر را به دنبال داشته باشد و بر روابط بین فردی آنها با بیماران و دیگر پرسنل تاثیر بگذارد و متعاقباً منجر به پریشانی روان‌شناختی آنان گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به درمان‌های مبتنی بر ذهنی سازی و درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان در پرستاران با پریشانی روان‌شناختی توجه ویژه‌ای شود. در ارتباط با محدودیت‌های این مطالعه نیز می‌توان گفت که نمونه مورد مطالعه به صورت در دسترس بوده است، ابزارها به صورت خودگزارشی بکار رفته اند و شرکت کنندگان این مطالعه را پرستاران شهر تهران تشکیل دادند، این باعث می‌شود که در تعیین نتایج پژوهش احتیاط‌های لازم صورت گیرد. لذا پژوهش بر روی سایر گروه‌های بالینی و غیربالینی ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

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

تضاد منافع

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

است. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه ذهنی سازی تکیه نمود. توانایی ذهنی‌سازی به معنای توانایی نمادسازی و ترجمه احساسات بدن است که این ظرفیت در ناگویی هیجانی وجود ندارد (۳۱). به عبارتی ناگویی هیجانی، به عنوان ناتوانی در توصیف و آگاهی از حالت هیجانی خود تعریف می‌شود، لذا به عنوان شاخصی از اختلال در ذهنی سازی خود ظاهر می‌شود (۳۲). بنابراین ذهنی سازی به عنوان یک مکانیسم میانجی علاوه بر شناسایی احساسات، نقش اساسی در ترجمه، تنظیم و تعدیل حالات عاطفی ناخوشایند و بیان نشده را برعهده دارد (۵۵). بنابراین ذهنی سازی (اطمینان) به عنوان یک ظرفیت و مهارت به افراد اجازه می‌دهد تا مدلی مثبت از خود و دنیای اطراف ساخته و به تنظیم رفتار، روابط بین فردی و عاطفه بیان نشده پردازد. بنابراین می‌توان گفت که ذهنی سازی می‌تواند با بهبود ناگویی هیجانی، نقش بازدارنده‌ای در پریشانی روان‌شناختی داشته باشد (۵۶). همچنین در زمینه نقص در ذهنی سازی (عدم اطمینان) براساس نظریه دلبستگی می‌توان گفت که نوزاد نادیده گرفته شده ای که نیازهایش برآورده نمی‌شود، ممکن است دیگران را غیرقابل اعتماد بداند و ممکن است مدلی منفی از خود، بازنمایی از خود، دنیای اطراف (ضعف در ذهنی سازی) و تنظیم عاطفه بسازد. این دیدگاه ناسازگارانه نسبت به بازنمایی خود و دیگران، آنها را در معرض خطر پرخاشگری و سایر مشکلات مانند ضعف در تنظیم و بیان هیجانات (ناگویی هیجانی)، ضعف در کنترل تکانه و سایر مشکلات مرتبط از جمله مصرف مواد، اختلالات شخصیت و پریشانی روان‌شناختی قرار دهد (۳۱). از سویی دیگر، بهبود ظرفیت ذهنی سازی، کاهش استرس بین فردی 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 ذهنی سازی، بعدها تاب‌آوری افراد را بالا برده و آنها را در برابر پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی محافظت می‌نماید (۵۷).

نتیجه گیری

با توجه به شواهد پژوهشی موجود می‌توان نتیجه گیری

References

1. Seyed Rohani P, Akbarsharifi T, Ruzbeh F, Shekarabi R, Haghani H. A study of senior nursing student's opinions about clinical skill level acquired during nursing training]. Iran Journal of Nursing. 2005; 18(44): 68-76. (Persian).
2. Hsieh hf, liu y, hsu ht, ma sc, wang hh, ko ch: relations between stress and depressive symptoms in psychiatric nurses: the mediating effects of sleep quality and occupational burnout. International journal of environmental research and public health 2021, 18(14). [Https://doi.org/10.3390/ijerph18147327](https://doi.org/10.3390/ijerph18147327).
3. Maharaj s, lees t, lal s: prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of australian nurses. International journal of environmental research and public health 2018, 16(1).
4. Chambers m, kantaris x, guise v, välimäki m. Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of english mental health nurses. J psychiatr ment health nurs. 2015; 22(5):289–97.
5. 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.
6. Mirmohammadi S, Mehrparvar A, Mehrjerdi A. Effect of working shift in depression in nurses, Quarterly Occupational Medicine. ,2009;1(1):27-24.
7. Zandi A, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Frequency of depression, anxiety and stress in military Nurses. Iranian Journal of Military Medicine. 2011;13(2):103-8.
8. Sánchez Núñez RA, Ramírez C, Gómez Meza MV. Smoking, depression, and suicide risk in the nursing staff of a Third-Level Hospital. Medicina universitaria. 2014;16(63):60-5.
9. Bowlby j. Attachment theory and its therapeutic implications. Adolescent psychiatry. 1978.
10. Collins NL, Ford MB, Guichard AC, Allard LM. Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. Personality and Social Psychology Bulletin. 2006 Feb;32(2):201-19.
11. Reynolds s, searight hr, ratwik s. Adult attachment styles and rumination in the context of intimate relationships. North american journal of psychology. 2014; 16(3):495-506.
12. London m, volmer j, zyberaj j, kluger an. Attachment style and quality listening: keys to meaningful feedback and stronger leader-member connections. Organizational dynamics. 2023:100977.
13. Hazan c, shaver p. Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology. 1987; 52(3):511.
14. Cummings EM, Cicchetti D. Toward a Transactional Model of Relations between Attachment and Depression. Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention. 1990;339-72.
15. 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.
16. Ciocca G, Rossi R, Collazzoni A, Gorea F, Vallaj B, Stratta P, Longo L, Limoncin E, Mollaioli D, Gibertoni D, Santarnecchi E. The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis. Journal of Affective Disorders. 2020 Aug 1;273:384-90.
17. Toulabi S, Ita T. Comparison of the Quality of Life, Mental Health, Alexithymia and Distress Tolerance of Nurses Working in Intensive Care Units of Covid-19 (Corona) Patients with Nurses in Other Wards. Journal of Research in Educational Systems. 2022 Jan 5;15(55):153-64.
18. Ghanadzadegan HA, Salehi M, Kochakentezar R, Sepahmansor M. The Modeling of Internet Addiction Based on Identity Styles: The Mediating Role of Alexithymia. Developmental Psychology. 2018;15(58):165-173. (Persian)
19. Medina-Porqueres I, Romero-Galisteo RP, Galvez-Ruiz P, Moreno-Morales N, Sanchez-Guerrero E, Cuesta-Vargas JS, et al. Alexithymia and depression in older people who practice directed physical activity. Ibero-American Journal of Physical Activity and Sports Sciences. 2016;5(3):36-48.
20. Foran HM, O'Leary KD. The role of relationships in understanding the alexithymia-depression link. European Journal of Personality. 2013 Sep;27(5):470-80.
21. 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;26:41-54.
22. Velasco C, Fernández I, Páez D. Alexitimia, afrontamiento, compartir social y salud. *Boletín de Psicología (Spain).* 2001 Mar.
 23. Saikkonen S, Karukivi M, Vahlberg T, Saarijärvi S. Associations of social support and alexithymia with psychological distress in Finnish young adults. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2018 Dec;59(6):602-9.
 24. Palma-Alvarez RF, Ros-Cucurull E, Daigre C, Perea-Ortueta M, Martinez-Luna N, Serrano-Perez P, et al. Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addictive Behaviors.* 2021;113:106681.
 25. Van Der Cruijsen R, Murphy J, Bird G. Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females. *PloS one.* 2019 Jan 16;14(1):e0210519.
 26. Tesio V, Di Tella M, Ghiggia A, Romeo A, Colonna F, Geminiani GC, Castelli L. Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: A study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in psychology.* 2018 Apr 4;9:346505.
 27. Mahmoudi M, Saberi H, Bashardoust S. Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of alexithymia. *Advances in Cognitive Science.* 2022 Oct 10;24(3):41-56.
 28. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016.
 29. Fonagy P. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York (Other Press) 2002.
 30. Pompili M, Innamorati M, Erbuto D, Amore M, Girardi P. Deficits in mentalization predict suicide risk among psychiatric inpatients. *European Psychiatry.* 2017 Apr;41(S1):S264-5.
 31. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal.* 1991 Sep; 12(3):201-18.
 32. Löf J, Clinton D, Kaldo V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry.* 2018 Dec; 18:1-9.
 33. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry.* 2012 Dec 1; 51(12):1304-13.
 34. Bateman AW, Fonagy PE. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012
 35. 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.
 36. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York:Guilford publications;2015.
 37. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology.* 1987 Mar; 52(3):511.
 38. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
 39. 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.
 40. 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.
 41. 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.
 42. 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.
 43. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research.* 1994 Jan 1;38(1):23-32.

44. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, instruction and scoring (Persian version). *Journal of Developmental Psychology*. 2013;10(37):90-92. (Persian).
45. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*. 2003 Feb 1; 60(2):184-9.
46. Van Bronswijk SC, Bruijniks SJ, Lorenzo-Luaces L, Derubeis RJ, Lemmens LH, Peeters FP, Huibers MJ. Cross-trial prediction in psychotherapy: External validation of the Personalized Advantage Index using machine learning in two Dutch randomized trials comparing CBT versus IPT for depression. *Psychotherapy Research*. 2021 Jan 2; 31(1):78-91.
47. Behbahani Mandizadeh, A., Homaei, R. The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*, 2020; 16(1): 55-76.
48. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016; 6(4):45-57.
49. Romero M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, Barbancho MÁ. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2021 Feb 1; 94(2):99-106.
50. 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.
51. 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.
52. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(2): 226-44.
53. Hojat M. Developmental pathways to violence: A psychodynamic paradigm. *Peace Psychology Review*. 1995; 1(2):176-95.
54. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
55. Calaresi D, Barberis N. The relationship between reflective functioning and alexithymia. *Journal of Clinical & Developmental Psychology*. 2019 May 31; 1(2).
56. Durmaz O, Baykan H. Mentalizing self and others: A controlled study investigating the relationship between alexithymia and theory of mind in major depressive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 2020 Sep 1;62(5):559-65.
57. 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.