

The role of Attachment Styles, Mentalization and Shame and Guilt in Predicting the Quality of Patient Care Among Nurses

Almasi M¹, Asheri M², Fani Mohammadabady M³, Dinarvand N^{4*}

- 1- Master of General Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
- 2- PhD student in Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
- 3- PhD student in General Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, UAE.
- 4- Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Nahid Dinarvand, Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: nahid.dinarvand@gmail.com

Abstract

Introduction: Recent literature has shown an increasing interest in the training of nurses in the field of applying important psychological structures to improve nurse-patient relationships in the clinical environment; Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of Attachment styles, Mentalization, and Shame and Guilt in predicting the quality of care and especially interpersonal relationships between nurses and patients.

Methods: The method of this study was descriptive-correlation. The statistical population of the research was all the nurses working in the hospitals of Isfahan in 2022, and 210 of them were selected through convenience sampling. In order to collect data, Adult Attachment Inventory, Reflective Functioning questionnaire Test of Self-Conscious Affect and Quality Patient Care Scale were used. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a negative and significant correlation between Insecure Attachment, Shame and Guilt, and the uncertainty component of Mentalization with the quality of patient care ($P < 0.01$). There is a positive and significant correlation between Secure Attachment and the confidence component of Mentalization with the quality of patient care ($P < 0.01$). The results of multiple regression analysis also revealed that 66.4% of the variance in the quality of patient care is explained by Attachment Styles, Mentalization, and Shame and Guilt.

Conclusions: The results of this study highlighted the important contribution of assessing the Attachment Style, Mentalization and Shame and Guilt in nurses - to clarify the role of these components in the quality of patient care, especially in the field of interpersonal relationships. It is suggested that these variables be used in future studies to improve nurse-patient relationships.

Keywords: Attachment Styles, Mentalization, Shame and Guilt, Quality of nursing care.

نقش سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران

مینا الماسی^۱، مریم عاشری^۲، مریم فانی محمدآبادی^۳، ناهید دیناروند^{۴*}

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
 ۲- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 ۳- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد امارات متحده عربی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبئی، امارت متحده عربی.
 ۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ناهید دیناروند، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 ایمیل: nahid.dinarvand@gmail.com

چکیده

مقدمه: ادبیات اخیر به آموزش پرستاران در زمینه کاربرد سازه های روان شناختی مهم، جهت بهبود روابط پرستار- بیمار در محیط بالینی علاقه فزاینده ای نشان داده است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبت و به ویژه روابط بین فردی پرستاران و بیماران انجام شد. **روش کار:** روش این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آنان ۲۱۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه سبک-های دلبستگی بزرگسالان، پرسشنامه کنش‌وری تاملی، آزمون عاطفه خودآگاه و مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار استفاده شد. داده‌های جمع-آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین دلبستگی ناایمن، احساس شرم و گناه و مولفه عدم اطمینان ذهنی سازی با کیفیت مراقبت از بیمار همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین دلبستگی ایمن و مولفه اطمینان ذهنی سازی با کیفیت مراقبت از بیمار همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که $66/4$ درصد واریانس کیفیت مراقبت از بیمار به وسیله سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه تبیین می‌شود. **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه سهم مهم ارزیابی سبک دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پرستاران را - جهت روشن شدن نقش این مولفه ها در کیفیت مراقبت از بیماران به ویژه در زمینه روابط بین فردی- برجسته نمود. پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده از این متغیرها در جهت بهبود روابط پرستار - بیمار استفاده گردد. **کلیدواژه ها:** سبک های دلبستگی، ذهنی سازی، احساس شرم و گناه، کیفیت مراقبت پرستاری.

مقدمه

نمایند. با این حال تضمین کیفیت مراقبت های پرستاری به دلیل محدودیت منابع مالی، تعداد ناکافی پرستاران، کمبود تجهیزات، مهارت و رشد سریع جمعیت یک چالش محسوب می شود، لذا این موضوع ممکن است ارتباط با سایر مراقبین، بیماران و خانواده آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۲). کیفیت روابط بین فردی بین کارکنان مراقبت های بهداشتی و بیماران یک فرآیند مهم از متغیر مراقبت است

مراقبت پرستاری یکی از مهم ترین مؤلفه ها در ارائه مراقبت های بهداشتی باکیفیت است (۱). پرستار به عنوان معمار اصلی مراقبت از بیمار، لحن و کردار خود را متناسب با محیط بالینی تنظیم می نماید. این بدین معناست که پرستاران درصدد هستند تا مراقبت های بهداشتی با کیفیت ارائه دهند و در زمینه بهبود ارائه خدمات نقش موثری ایفا

و ممکن است بر نتایج بیماران تأثیر بگذارد زیرا احتمالاً بر تبعیت بیماران از درمان نیز تأثیر می‌گذارد. مطالعات قبلی نشان داده است که مراقبت پرستاری (به ویژه در روابط بین فردی) مستقیماً با بهبود نتایج بیمار مرتبط است و البته در میان طیف گسترده‌ای از عوامل تأثیرگذار، سبک‌های دل بستگی، مقدمات مهم کیفیت روابط بین فردی هستند (۳).

نظریه دل بستگی اساساً توسط بولبی (۴) مفهوم‌سازی شد، او معتقد بود دل بستگی در نوزادان اساساً یک فرایند نزدیکی جویی به یک مراقب و محافظ است (۵). دل بستگی به عنوان «تمایل انسان به ایجاد پیوندهای عاطفی قوی با دیگران مهم» تعریف می‌شود. نظریه دل بستگی دو جنبه از دل بستگی را توصیف می‌کند که منعکس کننده روابط مبتنی بر نزدیکی و همدلی و روابط مبتنی بر اضطراب است (۶). کیفیت روابط دل بستگی اولیه، مدل کارکرد درونی (طرحواره‌های شناختی) خود و دیگران را تعیین می‌کند (۷). بنابراین، این دو جنبه چهار سبک دل بستگی را توصیف می‌کنند. این سبک‌های دل بستگی به عنوان سبک‌های ایمن، بی‌مناک، آشفتنه و منفصل شناخته شده‌اند که سه سبک اخیر به عنوان سبک‌های نایمن ارزیابی شده‌اند (۸). سبک‌های دل بستگی، روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متأثر می‌سازد. افراد با سبک دل بستگی ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، افراد با سبک دل بستگی نایمن در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک با مشکل مواجهه می‌شوند و به علاوه حساسیت بیش از حدی نسبت به عواطف منفی و نگاره‌های دل بستگی دارند به گونه‌ای که سد راه خودپیروی آنها می‌شود (۹). افراد دارای دل بستگی نایمن، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می‌کنند بنابراین در زمینه برقراری روابط بین فردی با کیفیت مشکل دارند. همچنین بررسی سبک‌های دل بستگی در پرستاران می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی در جهت تأمین برقراری روابط بین فردی با کیفیت و سلامت روان آنان ارائه دهد. سبک دل بستگی به عنوان یک مؤلفه تأثیرگذار در عملکرد فردی شناخته می‌شود و ممکن است با بهبود روابط پرستار و بیمار و نتایج بیمار مرتبط باشد. رابطه پرستار و بیمار ممکن است تحت تأثیر سبک‌های دل بستگی پرستاران و واکنش آنها به سبک‌های دل بستگی بیماران قرار گیرد. سبک‌های دل بستگی پرستاران نیز می‌تواند نقش مهمی در نوع

رابطه‌ای که آنها با دیگران ایجاد می‌کنند ایفا کند (۱۰). برخی از محققان بر این باورند که سبک دل بستگی ایمن ممکن است عاملی حیاتی برای آماده‌سازی بهتر پرستاران برای این حرفه سخت و پراسترس باشد. پژوهش‌های گوناگونی در این زمینه در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است (۱، ۱۰، ۱۱).

یکی از سازه‌های مهم دیگر که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دل بستگی بدست می‌آید، ظرفیت ذهنی سازی است. به اعتقاد فونانگی دو مولفه دل بستگی و ظرفیت ذهنی سازی رابطه تنگاتنگی دارند. براساس صورت بندی جدید وی از دیدگاه دل بستگی، 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 می‌گیرد (۱۲). این مولفه، یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است. ذهنی سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می‌دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت‌های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می‌شود (۱۲). براساس نظریه فونانگی افراد دارای دل بستگی نایمن مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دل بستگی ایمن و به نوعی ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می‌شود (۱۳). این ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی می‌شود. در نتیجه کسب ظرفیت ذهنی سازی، کاهش استرس بین فردی و ترس از صمیمیت ایجاد می‌شود (۱۴). به عبارت دیگر ظرفیت ذهنی سازی با کیفیت روابط بین فردی و تاب‌آوری ارتباط نزدیکی دارد. لذا وجود ظرفیت ذهنی سازی در پرستاران می‌تواند به عنوان یک عامل محافظ در موقیت‌های استرس‌زا و سخت عمل نموده، و به آنها کمک کند تا بتوانند نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد بیماران را درک و تفسیر کنند و با بیماران روابط بین فردی با کیفیت به عنوان یک فرآیند مهم از متغیر مراقبت را شکل داده و آن را حفظ نمایند.

مدل دل بستگی و ذهنی سازی علاوه بر روابط بین فردی،

و یا نقص ظرفیت ذهنی سازی در بزرگسالی به ویژه در موقعیت های استرس زای پرستاران، می تواند هیجانانی 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 (۱۸). بنابراین بررسی سهم این مولفه در تبیین کیفیت مراقبتهای پرستاران و به ویژه روابط بین فردی آنها با بیماران ضروری است لازم به ذکر است که پژوهش های متنوعی نیز در زمینه احساس شرم و گناه در زمینه مراقبت پرستاران صورت گرفته است (۲۱، ۲۰، ۱۹).

به طور کلی کیفیت مراقبت های پرستاری از اهمیت ویژه ای برخوردار است به طوری که هرگونه اشتباه جزئی از جانب پرستاران در حین مراقبت ممکن است اثرات جبران ناپذیری برای بیمار داشته باشد. به همین علت ارائه مراقبتهای و خدمات با کیفیت مناسب به ویژه در زمینه روابط بین فردی به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری شده مطرح شده است. بنابراین در میان طیف گسترده ای از عوامل تأثیرگذار، شناخت مولفه های روان شناختی موثر در کیفیت روابط بین فردی ضروری است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبکهای دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبتهای پرستاری انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و روش گردآوری داده ها روش همبستگی، از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان ها و درمانگاه های شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ نفر از پرستاران بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۲۲، ۲۳، ۲۴). معیارهای ورود نمونه به پژوهش شامل تمایل افراد به شرکت در پژوهش، داشتن مدرک کاردانی به بالا در رشته پرستاری و اشتغال در بیمارستان های مورد مطالعه در شهر اصفهان بود. معیار خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد.

بر تنظیم هیجانان و نحوه سازگاری افراد با عوامل استرس زا تأثیر می گذارند. از جمله مولفه های دیگری که به حفظ دلبستگی، ابتدا به والدین و در نهایت به دیگران در محیط اجتماعی خدمت می کنند، هیجانان خودآگاهی مانند شرم و گناه هستند. در واقع پدیدآیی خودآگاهی و توانایی ذهنی سازی، یعنی توانایی درک حالات ذهنی زیربنایی رفتار در خود و دیگری، هر دو در اوایل کودکی رخ می دهد؛ این زمانی است که کودک بتواند عاملیت خود را بشناسد. به بیان دیگر، خود را به عنوان یک موضوع در ذهن دیگری ببیند. نکته حیاتی در تجربه هیجانان خودآگاه مانند شرم این است که فرد متوجه می شود که دیگران می توانند او را ببینند و او کنترلی بر آنچه دیده می شود، ندارد و بالعکس. بنابراین تجربه بین اذهانی پیش نیاز تجربه این گونه هیجانان است. فرض بر این است که تعاملات والد-فرزندی که به تحول ظرفیت ذهنی سازی و ایجاد دلبستگی ایمن صدمه می زنند - یعنی پاسخگو نبودن مراقب، طر آشکار- زمینه سازی هیجانان خودآگاه را ایجاد می نماید. در واقع افرادی چنین احساسات دردناکی را تجربه می نمایند که والدینشان در کودکی آنها را به ذهن خود نیاورده باشند (۱۲). البته تذکر این نکته ضروری است که شرم و احساس گناه غالباً به عنوان دو مولفه هیجانی متفاوت اما مرتبط به هم ذکر می شوند، اگرچه اغلب به جای هم استفاده می شوند اما تفاوت های مفهومی مهمی با هم دارند (۱۵). شرم شامل احساس منفی و پایدار و کلی در رابطه با خود است، در حالی که گناه احساس منفی ای را درباره ی رفتار خاصی که خود انجام داده شامل می شود (۱۶). وقتی احساس گناه تجربه می شود مردم در صدد هستند که خسارت و آسیب وارده را جبران نمایند اما وقتی افراد شرم را تجربه می نمایند مردم نسبت به خود احساس بسیار بدی دارند و می خواهند که پنهان یا ناپدید شود. اگر چه احساس گناه احساس ناخوشایندی است اما شرم می تواند ناتوان کننده تر باشد. شرم یکی از مولفه های اساسی در طیف مشکلات روانی است به طوری که خودانتقادگری بالا در شرم می تواند تبیین کننده عود بیماری روانی در افراد باشد (۱۷). به طور کلی در زمینه هیجانان خودآگاه 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

پرسشنامه سبکهای دلبستگی بزرگسالان (AAI): پرسشنامه سبکهای دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۲۵) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۲۶). یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه سبک دلبستگی ایمن با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ را اندازه گیری می کند. 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 تقریباً 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. هازا و شیور (۲۵) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱، و کولینز و رید (۲۷) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹، 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 (۲۸) با مطالعه ای 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 ۰/۷۰، و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴، گزارش کرد.

پرسشنامه کنش‌وری تاملی: این پرسشنامه خودگزارش دهی ۲۶ ماده‌ای در قالب یک پژوهش سه مرحله‌ای ساخته شد و نتایج تحلیل عاملی، دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی خود و دیگران را نشان داد (۲۹). این پرسشنامه در طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً ناموافق (۱) و کاملاً موافق (۷)، و برای زیر مقیاس عدم اطمینان به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سازندگان ابزار همسانی درونی زیر مقیاس اطمینان و عدم اطمینان را در نمونه بالینی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۵، و در نمونه غیر بالینی ۰/۶۳ و ۰/۶۷، و اعتبار بازآزمایی آن را با فاصله سه هفته برای زیر مقیاس عدم اطمینان ۰/۸۴، و زیر مقیاس اطمینان ۰/۷۵، به

دست آوردند (۲۹). هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روی همگرای آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس‌های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸، و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶، بود (۳۰).

آزمون عاطفه خودآگاه (۳۱): این آزمون علاوه بر عاطفه خودآگاه، زیرمقیاس‌های مستعد بودن به رگه شرم و مستعد بودن به رگه گناه را نیز می‌سنجد. در این پژوهش از ماده‌های زیرمقیاس‌های رگه شرم و گناه برای بررسی احساس شرم و گناه زوج‌ها استفاده شد. این پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۶ وضعیت زندگی روزمره را به آزمودنی عرضه می‌کند که ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن ارزش منفی دارد و همه ماده‌های آن به صورت مستقیم نمره گذاری می‌شود. آزمودنی پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه می‌دهد که دامنه آنها از ۱ به معنی احتمال ندارد یا هرگز تا ۵ به معنی به احتمال زیاد است. در پژوهش فرگوسن، ابری و اشباکر (۳۲) که روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس شرم ۰/۸۱، و برای احساس گناه ۰/۷۸ گزارش شده است. تانگنی و دیگران (۳۳) روایی سازه دو مقیاس شرم و گناه را در حد مناسب گزارش کرده‌اند. همچنین محاسبه اعتبار این آزمون روی سه دانشجوی مختلف، حاکی از آن است که آلفای کرونباخ زیرمقیاس مستعد بودن به رگه شرم ۰/۷۶ تا ۰/۸۸، و زیرمقیاس مستعد بودن به رگه گناه ۰/۷ تا ۰/۸۳ است (۳۴). اعتبار و روایی این آزمون را در ایران انوشه‌ای پورشهریاری و ثنایی (۳۵) بررسی کردند. نتایج حاصل از بازآزمایی این آزمون پس از چهار هفته روی دانشجویان برای مقیاس‌های احساس شرم و احساس گناه به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۰، به دست آمد. در پژوهش زارعی، فرح‌بخش و اسماعیلی (۳۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۵ محاسبه شد.

مقیاس کیفیت مراقبت از بیمار: این ابزار جهت بررسی فرایند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری از سال ۱۹۷۵ در کشورهای آمریکا، انگلستان، و نیجریه مورد استفاده قرار

مینا الماسی و همکاران

بعد ارتباطی این پرسشنامه از دیدگاه پرستاران مدنظر است.

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۲۱۰ نفر بودند. ۸۷ نفر (۴۱/۴ درصد) زن و ۱۲۳ نفر (۵۸/۶ درصد) مرد بودند. ۱۰۰ نفر (۴۷/۶ درصد) مجرد و ۱۱۰ نفر (۵۲/۴ درصد) متاهل بودند. میانگین سن افراد ۲۹/۵۲ و انحراف معیار سن ۳/۹۴۸ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. همچنین، مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول ۱) تعداد، میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

گرفته است (۳۷). پرسشنامه اصلی حاوی ۵۵ سوال با سه بعد روانی- اجتماعی (۲۱ سوال)، بعد ارتباطی (۱۲ سوال) و بعد جسمی (۲۲ سوال) است. چندین نسخه ایرانی این پرسشنامه هنجار شده است. پرسشنامه فوق در سال ۱۳۸۲ در تبریز مورد بررسی قرار گرفته و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است. اما تعداد گویه ها افزایش یافت. پرسشنامه شامل ۷۲ سوال بود که وضعیت کیفیت مراقبتهای پرستاری را در سه بعد روانی- اجتماعی (۳۳ سوال)، بعد فیزیکی (۲۶ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) بررسی می نمود (۳۸). در مطالعه نیشابوری و همکاران (۳۹) مجدداً روایی این پرسشنامه توسط اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و ایران مورد بررسی و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تایید گشت. در مطالعه ای نیشابوری و همکاران (۳۹) که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، پرسشنامه ها به ۴۱ سوال تغییر یافته بود و شامل دو بعد روانی- اجتماعی (۲۸ سوال) و بعد ارتباطی (۱۳ سوال) با پاسخ های رتبه ای به ندرت گاهی، بیشتر اوقات می-باشد که از نمره ۱ تا ۳ به آن اختصاص یافت. با محاسبه میانگین نمرات سوالات پرسشنامه برای هر فرد، نظرات به سه گروه نامطلوب (کمتر از ۱/۵)، تا حدودی مطلوب (۲/۴۹-۱/۵) و مطلوب (۳-۲/۵) تقسیم بندی شد. در این پژوهش از پرسشنامه نیشابوری و همکاران (۳۹) و

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
کیفیت مراقبت از بیمار	۱۶/۶۹	۳/۷۵۰	۰/۱۸۱	-۱/۸۸۴
دلبستگی ایمن	۸/۱۰	۳/۸۸۸	۰/۵۷۷	-۱/۴۳۲
دلبستگی نایمن	۲۰/۴۷	۶/۰۰۹	-۰/۴۴۷	-۱/۳۷۱
اطمینان(مولفه ذهنی سازی)	۱۸/۱۰	۷/۱۲۰	۰/۳۱۲	-۱/۷۵۱
عدم اطمینان(مولفه ذهنی سازی)	۱۴/۵۳	۷/۰۴۵	-۰/۰۵۸	-۱/۷۳۱
احساس شرم	۳۱/۵۰	۷/۷۵۴	-۰/۰۱۱	-۱/۶۲۶
احساس گناه	۵۶/۵۳	۹/۵۲۱	-۰/۰۱۹	-۱/۳۹۰

احساس شرم و احساس گناه با کیفیت مراقبت از بیمار از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- کیفیت مراقبت از بیمار	۱						
۲- دل بستگی ایمن	۰/۵۲۰**	۱					
۳- دل بستگی نایمن	-۰/۵۴۹**	-۰/۶۷۷**	۱				
۴- اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۰/۵۴۱**	۰/۷۴۱**	-۰/۷۹۷**	۱			
۵- عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-۰/۶۵۴**	-۰/۶۹۶**	۰/۷۴۸**	-۰/۷۱۱**	۱		
۶- احساس شرم	-۰/۶۲۶**	-۰/۵۹۸**	۰/۷۶۳**	-۰/۶۷۳**	۰/۶۱۷**	۱	
۷- احساس گناه	-۰/۷۸۱**	-۰/۵۴۴**	-۰/۵۸۷**	-۰/۵۱۵**	۰/۶۲۳**	۰/۷۵۵**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

دل بستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

بر اساس (جدول ۲) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکانپذیر می سازد، لذا برای پیش بینی کیفیت مراقبت از بیمار بر اساس سبکهای

جدول ۳: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه کیفیت مراقبت از بیمار بر اساس سبک های دل بستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۱۸/۵۰۷**	۰/۰۰۱	-	-	
دل بستگی ایمن	۰/۲۱۰	۲/۰۵۶**	۰/۰۴۸	۰/۲۶۱	۳/۸۲۶	
دل بستگی نایمن	-۰/۲۱۶	-۲/۴۹۸**	۰/۰۴۱	۰/۲۳۲	۴/۳۱۲	
اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	۰/۲۰۷	۲/۰۴۱**	۰/۰۲۸	۰/۱۸۹	۵/۳۰۳	۱/۶۹۵
عدم اطمینان (مولفه ذهنی سازی)	-۰/۲۸۱	-۴/۵۶۷**	۰/۰۰۱	۰/۳۳۷	۲/۹۷۱	
احساس شرم	-۰/۲۱۳	-۲/۰۵۸**	۰/۰۳۸	۰/۲۶۲	۳/۸۱۶	
احساس گناه	-۰/۶۳۷	-۹/۰۱۸**	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴	۲/۷۴۶	

R=۰/۸۱۵؛ =۰/۶۶۴؛ =۰/۶۵۵؛ F=۶۷/۰۰۶**
** معنادار در سطح ۰/۰۱

و احساس شرم و گناه می توانند کیفیت مراقبت از بیمار را پیش بینی کنند. قوی ترین متغیر پیش بین با ضریب بتا ۰/۶۳۷- متغیر احساس گناه می باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبکهای دل بستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران بود. نتایج پژوهش نشان داد که سبکهای دل بستگی ایمن با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معنی دار داشت اما سبکهای دل بستگی نایمن با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معنی دار داشت. این یافته ها با پژوهش های خدابخش (۱۰) و میمورا و نورمن مطابقت

با توجه (جدول ۳) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین سبکهای دل بستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه با کیفیت مراقبت از بیمار برابر ۰/۸۱۵ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۶۶/۴ درصد از واریانس کیفیت مراقبت از بیمار بر اساس متغیرهای موردنظر تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۶۷/۰۰۶ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد سبکهای دل بستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه می توانند تغییرات مربوط به کیفیت مراقبت از بیمار را به خوبی تبیین کنند و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج سبک های دل بستگی، ذهنی سازی

تمایل طبیعی به وابستگی به یک شخصیت مراقب (پزشک یا پرستار) دارند تا سلامت خود را در زمان درد و رنج حفظ کنند. بنابراین، پیوند پرستار و بیمار و میزان مطلوب یا نامطلوب بودن آن، هرچند ناهشیار، با رابطه دلبستگی اولیه مرتبط است. ادبیات اخیر نیز در آموزش پرستاری و روان شناسی علاقه فزاینده ای به کاربرد دلبستگی برای بهبود روابط پرستار در محیط بالینی نشان داده است.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین ذهنی سازی (اطمینان) با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معنی دار وجود داشت اما بین ذهنی سازی (عدم اطمینان) و کیفیت مراقبت رابطه منفی و معنی دار وجود داشت. این یافته ها به طور مستقیم و غیر مستقیم با پژوهش های لویتن و همکاران (۱۳) و هماهنگ طهماسبی- آشتیانی و همکاران (۱۴) هماهنگ است. پژوهش لویتن و همکاران نشان داد که حالات ذهنی و علاقه و کنجکاوی نوزاد به شدت با کیفیت مراقبت دیگران به ویژه والدین، در دسترس بودن عاطفی آنها مرتبط است لذا می تواند طبق تئوری دلبستگی و ذهنی سازی، این گونه استنباط نمود که این نتایج به روابط بین فردی بزرگسالی نیز تعمیم می یابد. پژوهش طهماسبی- آشتیانی و همکاران (۱۴) نیز نشان داد که آموزش ذهنی سازی می تواند بر بهبود سبکهای دلبستگی و به تبع افزایش کیفیت روابط بین فردی افراد تاثیر بگذارد. در تبیین دیگر این یافته ها نیز می توان گفت که ذهنی سازی سبب درک نیازهای دیگران می شود، دلبستگی ایمن را ارتقا می دهد، تعاملات بین فردی مؤثر و توسعه روابط مثبت و مبتنی بر اعتماد را تسهیل می کند (۴۳). همچنین با توجه به اینکه ظرفیت ذهنی سازی به معنای توانایی بازنمایی دنیای درونی افراد و تفسیر انگیزهای نهفته در رفتار به شیوه مثبت و همدلانه است، لذا وجود این توانایی به نوعی به کیفیت مراقبت های پرستاری کمک می نماید و سبب می شود که پرستاران تعاملات همدلانه، مناسب و در عین حال قاطع در ارتباط با بیماران داشته باشند. به عبارت دیگر رویکرد مراقبت شخص محور نشان می دهد که رفتار مراقبین ممکن است بر اساس ادراکات آنها از افراد تحت مراقبت، و به ویژه توانایی تشخیص ویژگیهای شخصیتی و دیدگاه منحصر به فرد هر یک از آنها شکل بگیرد؛ بنابراین تصور می شود که ذهنی سازی پاسخهای انعطاف پذیر نسبت به به شرایط متغیر بین فردی را ارتقا می دهد و مراقبت های حساس را تسهیل می کند. درواقع

دارد. پژوهش خدابخش نشان داد که روابط همدلانه پرستار با بیمار مبتنی بر سبک دلبستگی ایمن است و این امر می تواند منجر به تغییرات مثبت در حوزه روابط پرستار و بیمار شود و با تئوری دلبستگی نیز سازگار است. پژوهش میمورا و نورمن نیز مطابق با تئوری دلبستگی به سبکهای دلبستگی ایمن و نایمن پرستاران و تاثیر بلندمدت و کوتاه مدت آنها بر کیفیت مراقبت و سلامت بیماران تاکید داشتند. در تبیین دیگر نیز می توان گفت، برطبق گفته بارتولومی و هورویتز (۴۰)، افرادی که الگوی مثبتی از سایر افراد به عنوان بالقوه در دسترس، حمایت کننده و شایسته پذیرش و حمایت ایجاد می کنند، می توانند به عنوان افراد دارای سبک دلبستگی ایمن طبقه بندی شوند (۱۰). افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، فرض بر این است که تجارب مراقبت اولیه ای را داشته باشند که به صورت ثابت، باملاحظه و پاسخگو بوده است، و لذا سبب می شود که آنها نیز در ایجاد روابط حمایتی با دیگران موفق تر عمل نمایند. افرادی که سبک دلبستگی 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 دیگران را در روابط بعدی ایجاد می کنند. تحقیقات نشان داده است که فقدان دلبستگی ایمن با مادر می تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه و خصمانه در سال های بعد شود همچنین این سبک دلبستگی تعامل همدلانه و روابط بین فردی مناسب و با کیفیت به همراه ندارد (۴۱). افرادی که دارای سبک های دلبستگی نایمن هستند، تمایل بیشتری به آزار و اذیت و اجتناب از روابط جهت محافظت از خود نشان می دهند. افراد که سبک دلبستگی بیمناک دارند و نسبت به دیگران بی اعتمادی شدید نشان می دهند و خود را دوست داشتنی و شایسته مراقبت نمی دانند (۴۰). نتایج مطالعات قبلی نشان داد که سابقه دلبستگی می تواند اولویت های تخصصی دانشجویان پزشکی و پرستاران را پیش بینی کند. به عنوان مثال، افرادی که سابقه دلبستگی ایمن دارند، تمایل بیشتری به انتخاب تخصص هایی دارند که نیاز به تعامل بیشتری با بیماران دارند (۴۲). شباهتهایی بین دلبستگی مادر و کودک و رابطه پرستار و بیمار وجود دارد (۱۰). کودک برای زنده ماندن در موقعیت های خطرناک به کمک و حمایت مادر نیاز دارد و بنابراین رفتار دلبستگی (نزدیک جویی) زمانی فعال می شود که کودک در شرایط استرس زا یا دردناک قرار می گیرد. به طور مشابه، بیماران

افسردگی می شود. اما، پرستارانی که می توانند بدون ترس از شرم موقت به عنوان متخصص عمل کنند، می توانند بیماران را ایمن نگه دارند، عزت نفس و خودکارآمدی بیشتری را تجربه کنند و مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا را ارائه دهند (۴۷). به طور کلی تجربه شرم ناشی از تعارض ارزشی است؛ زمانی که پرستاران قادر به ارائه مراقبت خوب به بیماران آن طور که می خواهند نبودند. همچنین در صورتی که پرستاران در گذشته دارای مراقبانی بوده باشند که شرم را به آنان انتقال داده اند، خودانتقادگری و خشم ناشی از تجربه شرم، مانع از ایجاد همدلی و روابط بین فردی مناسب با دیگران می شود. به عبارت دیگر فردی که در اثر آسیب های روانی ناشی از تجربیات آسیب زای کودکی مملو از تجربه شرم و خشم است لاجرم مملو از گناه هم هست. هر چه خشم بیشتر تولید شود گناه نیز به تبع آن بیشتر می شود. گرایش فطری به عشق و صمیمیت و تعارض آن با خشونت، احساس گناهی را شکل می دهد و به سبب دردناک بودن این احساس، در نتیجه این تعارض سرکوب می شود. چنین حجمی از گناه با ظرفیت روانی برای آن ناهمخوان می شود، در نتیجه سرکوب می گردد و انرژی به وجود آمده از این سرکوب سوختی برای شرم و خودتنبیهی می گردد و این چرخه معیوب ادامه خواهد یافت (۱۸). در نتیجه منطقی است که احساس شرم و گناه افراطی در پرستاران می تواند مانعی بر سر راه ارائه مراقبت‌های بین فردی با کیفیت به بیماران باشد. در واقع به واسطه تجربه این هیجان‌ات خودآگاه، هر چه خودانتقادگری، خودتنبیهی و ارزیابی منفی افراطی تر باشد، مشکلات روان شناختی و خودکارآمدی پرستاران در روابط بین فردی و به ویژه در ارتباط با بیماران کاهش یافته و از میزان مراقبت با کیفیت می کاهد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبت از بیماران از دیدگاه پرستاران نقش معنی داری دارد. به عبارت دیگر، نتایج ما سهم مهم ارزیابی سبک دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پرستاران - جهت روشن شدن نقش این مولفه ها در کیفیت مراقبت از بیماران به ویژه در زمینه روابط بین فردی - را برجسته نمود. هم راستا با این پژوهش، ادبیات اخیر نیز به آموزش پرستاری

هنگامی که کارکنان پرستاری ذهنیت بالاتری را در مورد بیماران خود نشان دهند، آنها روابط بین فردی و اقدامات مراقبتی بهتری را نشان می دهند. به طور کلی پرستارانی که ظرفیت ذهنی سازی بالاتری دارند، یعنی دارای توانایی بیشتری از بازنمایی افکار، احساسات و انگیزه های زیربنایی رفتار خود و دیگران هستند؛ انتقاد کمتر و نظر مثبت تری نسبت به بیماران تحت مراقبت خود دارند و درطول تعامل بین فردی حساسیت بیشتری نسبت به نیازهای آنها نشان می دهند (۴۴). در هنگام شرایط استرس زا نیز تاب آوری بیشتری دارند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که احساس شرم و گناه با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معنی دار دارد. این یافته مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های بار و همکاران (۱۹)، کایا و همکاران (۲۰)، دولتشاد و همکاران (۲۱) همسو است. پژوهش بار و همکاران، اهمیت احساس شرم و گناه در زمینه تضعیف روحیه، فرسودگی و مراقبت ضعیف در پرستاران را خاطر نشان نمودند؛ لذا درک پدیدارشناسی شرم و گناه و ضعف در مراقبت در پرستاران را ضروری دانستند. کایا و همکاران به اندازه گیری شرم و گناه در پرستاران و ماماها پرداختند که بر اهداف مراقبت پرستاری و مامایی آنها تاثیر گذارد و به علاوه درک چگونگی این رابطه و رفع مشکلات موجود را پیشنهاد نمودند. نتایج پژوهش دولتشاد و همکاران نیز به اهمیت احساس گناه بر کیفیت مراقبت از بیمار اشاره نمودند. به طور کلی در تبیین دیگر این یافته ها می توان گفت که شرم و احساس گناه بخش مهمی از روابط بین فردی، مراقبت و درمان هستند (۴۷). شرم به عنوان یک احساس خودآگاه طبقه بندی می شود که بر کل خود متمرکز است و مستلزم قضاوت های منفی است. درحالی که گناه احساس منفی ای را درباره ی رفتار خاصی که خود انجام داده شامل می شود. به طور کلی احساس گناه و شرم مفرط به پریشانی زیاد و روابط تحریف شده و آسیب شناختی منجر می شود. البته احساس گناه می تواند منجر به حفظ رابطه شود در عین حال می تواند هسته مشکلات روانی هم باشد. این هیجان‌ات خودآگاه، تجربه طاقت فرسا و دردناک هستند و ارزش و خودکارآمدی فرد را تهدید می کنند. اگرچه این احساسات به ویژه شرم معمولاً به عنوان یک احساس مطلوب تلقی نمی شود، اما می تواند بر رشد حرفه‌ای تأثیر بگذارد. مطالعات (۴۵، ۴۶) نشان داده که احساس شرم باعث کاهش عزت نفس و منجر به

مینا الماسی و همکاران

این متغیرها جهت بهبود روابط پرستار-بیمار استفاده گردد و در نهایت نتایج این مطالعه می تواند در خدمات پرستاری گنجانده شود تا توجه مسئولان مربوطه را برای آگاهی در مورد عوامل مخرب سلامت روان در پرستاران جلب کند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی پرستاران شهر اصفهان که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Weldetsadik AY, Gishu T, Tekleab AM, Asfaw YM, Legesse TG, Demas T. Quality of nursing care and nurses' working environment in Ethiopia: Nurses' and physicians' perception. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2019 Jan 1; 10:131-5.
2. Ojewale LY, Akingbohunge O, Akinokun RT, Akingbade O. Caregivers' perception of the quality of nursing care in child health care services of the University College Hospital, Nigeria. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022 Sep 1;66:120-4.
3. Shaver PR, Mikulincer M. An attachment-theory framework for conceptualizing interpersonal behavior. In: Horowitz LM, Strack S (eds). *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc, 2012: 17-35.
4. Bowlby J. *Attachment and Loss*. London: Hogarth Press; 1980, vol 3.
5. Bruce E, Ahnlund AE, Svennberg E. Swedish neonatal nurses' experiences of enhancing attachment to children born prematurely. *Journal of Neonatal Nursing*. 2022 Oct 1; 28(5):344-8.
6. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Aug;61(2):226.
7. Bowlby J. *Attachment and Loss: Separation*, Vol. 2 New York. NY: Basic Books [Google Scholar]. 1973.

و روان شناسی در زمینه کاربرد دلبستگی و ذهنی سازی برای بهبود روابط پرستار در محیط بالینی علاقه فزاینده ای نشان داده است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی پرستاران شهر اصفهان انجام شد و تعمیم نتایج به سایر شهرها ممکن نیست. از مقیاس‌های خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. همچنین بر اساس طرح مقطعی، همبستگی متغیرها را می توان توصیف کرد، اما علت متغیرها را نمی توان استنباط نمود. لذا بهره گیری از طرح های طولی در این زمینه می توان محدودت های موجود را کاهش دهد. به علاوه استفاده از روش های مصاحبه فردی و مشاهده بین پرستاران و بیماران جهت کسب اطلاعات دقیق تر اهمیت دارد. همچنین پیشنهاد می گردد که در مطالعات آینده از

8. Gasiorowska A, Folwarczny M, Otterbring T. Anxious and status signaling: Examining the link between attachment style and status consumption and the mediating role of materialistic values. *Personality and Individual Differences*. 2022 May 1; 190:111503.
9. Ciocca G, Pelligrini F, Mollaioli D, Limoncin E, Sansone A, Colonnello E, Jannini EA, Fontanesi L. Hypersexual behavior and attachment styles in a non-clinical sample: The mediation role of depression and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Oct 1; 293:399-405.
10. Khodabakhsh M. Attachment styles as predictors of empathy in nursing students. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2012; 5.
11. Mimura C, Norman IJ. The relationship between healthcare workers' attachment styles and patient outcomes: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018 Jun 1; 30(5):332-43.
12. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
13. 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.
14. 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.
15. Tracy JL, Robins RW, Tangney JP, editors. The self-conscious emotions: Theory and research. Guilford Press; 2007 Aug 1.
 16. Gambin M, Sharp C. The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Dec 1; 241:381-7.
 17. Wille R. The shame of existing: An extreme form of shame. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2014 Aug 1; 95(4):695-717.
 18. Mousavi A, Ghorbani N, Ghazitabataee 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.
 19. Barr P. Dimensions of the Burnout Measure: Relationships with shame-and guilt-proneness in neonatal intensive care unit nurses. *Australian Critical Care*. 2022 Mar 1; 35(2):174-80.
 20. Kaya N, Aşti T, Turan N, Karabay B, Emir E. The feelings of guilt and shame experienced by Nursing and Midwifery students. *Nurse education today*. 2012 Aug 1; 32(6):630-5.
 21. Dolatshad F, Maher A, Hosseini SM, Aghili A. The correlation of occupational stress with guilt in the nurses of mofid children's hospital in Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2020 Jun; 33(124):82-91.
 22. Shams S, Ghelichkhan N, Elaheh Tahmasebiashtiani E. The Role of Mentalization, Insecure Attachment, and Emotional Dysregulation in Predicting Somatization Symptoms and coronavirus anxiety In Nurses during the Corona Epidemic. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2022 Mar 10; 10(4):0-.
 23. Rafiei S, Kiaei MZ, Sadeghi P, Rahmati Z. Role of spiritual health on job stress among nurses: a cross-sectional study in an educational hospitals of Qazvin city. *Hospital*. 2019; 18(1):33-41.
 24. Vaezfar SS, Azadi MM, Akbari Balootbangan A, Rahimi M. The role of coping styles and self-efficacy in nurses job stress in hospital. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014 Jul 10; 2(2):22-32.
 25. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511.
 26. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
 27. 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.
 28. 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.
 29. 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.
 30. 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.
 31. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. The test of self-conscious affect (TOSCA) Fairfax. VA: George Mason University. 1989.
 32. Ferguson TJ, Eyre HL, Ashbaker M. Unwanted identities: A key variable in shame–anger links and gender differences in shame. *Sex Roles*. 2000 Feb; 42(3):133-57.
 33. Tangney J. P., Wagner P. E., Gramzow R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
 34. Tangney JP, Dearing RL. Shame, guilt, and psychopathology. *Shame and guilt*. 2002:112-29.
 35. Anoushe, M, Pourshahriari, M Sima and Sanai Zaker, B. Investigating the relationship between girls' perception of their parents' educational patterns and feelings of shame and guilt in them. *Counseling Research*. 2007; 7(25), 7-26.
 36. zarei, S., farahbakhsh, K., esmaeili, M. (2017). «The Determination of the Share of Self-differentiation, Trust, Shame,and Guilt in the Prediction of Marital Adjustment», *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 12(45), pp. 51-63.
 37. Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. *International journal of nursing practice*. 1999 Jun; 5(2):86-94.
 38. Haghghi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in

- the Teaching hospitals of Tabriz university of Medical Sciences. Tabriz: Tabriz university of Medical Sciences. 2004; 2(4):10-4.
39. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences, 2009. Koomesh. 2010; 12(2).
 40. 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.
 41. Hojat M. Developmental pathways to violence: A psychodynamic paradigm. *Peace Psychology Review*. 1995; 1(2):176-95.
 42. Ciechanowski PS, Russo JE, Katon WJ, Walker EA. Attachment theory in health care: the influence of relationship style on medical students' specialty choice. *Medical education*. 2004 Mar; 38(3):262-70.
 43. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*. 2011 Sep 21; 5:55.
 44. Cohen L, Sher-Censor E, Oppenheim D, Dassa A, Ayalon L, Palgi Y. Nursing aides' mentalization, expressed emotion, and observed interaction with residents with dementia: A quasi-experimental study. *Geriatric Nursing*. 2022 May 1; 45:100-7.
 45. Tangney JP, Stuewig J. Two faces of shame: the roles of shame and guilt in predicting recidivism. *Psychol Sci*. 2014; 25(3): 799- 805.
 46. Lewis M, Haviland-Jones JM, Barrett LF, editors. *Handbook of emotions*. Guilford Press; 2010 Nov 3.
 47. Nihei Y, Asakura K, Sugiyama S, Takada N. A concept analysis of shame in the field of nursing. *InNursing Forum* 2022 Oct 21.