Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 11, Issue 4 , Winter 2023

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

Almasi M[1], Asheri M[2], Fani Mohammadabady M[3], 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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

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 دینارواند[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، دبی، امارت متحده عربی.
۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ناهید دینارواند، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحدعلوم 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 بودندکه از میان آنان ۲۱۰ نفربه شیوه نمونه گیری دردسترس 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 ($P<۰/۰۱$). بین دلبستگی ایمن و مولفه اطمینان ذهنی سازی با کیفیت مراقبت از بیمار همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۶۶/۴ 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

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 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

و ممکن است بر نتایج بیماران تأثیر بگذارد زیرا احتمالا بر تبعیت بیماران از درمان نیز تأثیر می گذارد. 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 دلبستگی، مقدمات مهم کیفیت روابط بین فردی هستند (۳).

نظریه دلبستگی اساساً توسط بولبی (۴) مفهوم‌سازی شد، او معتقد بود دلبستگی در نوزادان اساساً یک فرایند نزدیکی‌جویی به یک مراقب و محافظ است (۵). دلبستگی به عنوان «تمایل انسان به ایجاد پیوندهای عاطفی قوی با دیگران مهم» تعریف می شود. نظریه دلبستگی دو جنبه از دلبستگی را توصیف می کند که منعکس کننده روابط مبتنی بر نزدیکی و همدلی و روابط مبتنی بر اضطراب است (۶). کیفیت روابط دلبستگی اولیه، مدل کارکرد درونی (طرحواره های شناختی) خود و دیگران را تعیین می کند (۷). بنابراین، این دو جنبه چهار سبک دلبستگی را توصیف می کنند. این سبک‌های دلبستگی به عنوان سبک‌های ایمن، بیمناک، آشفته و منفصل شناخته شده‌اند که سه سبک اخیر به عنوان سبک‌های ناایمن ارزیابی شده‌اند (۸). سبک های دلبستگی، روش های مواجهه فرد با موقعیت های استرس زا را متاثر می سازد. افراد با سبک دلبستگی ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می گیرند، افراد با سبک دلبستگی ناایمن در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک با مشکل مواجهه می شوند و به علاوه حساسیت بیش از حدی نسبت به عواطف منفی و نگاره های دلبستگی دارند به گونه ای که سد راه خودپیروی آنها می شود (۹). افراد دارای دلبستگی ناایمن، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می‌کنند بنابراین در زمینه برقراری روابط بین فردی با کیفیت مشکل دارند. همچنین بررسی سبک های دلبستگی در پرستاران می تواند رهنمودهای ارزشمندی در جهت تامین برقراری روابط بین فردی با کیفیت و سلامت روان آنان ارائه دهد. سبک دلبستگی به عنوان یک مؤلفه تأثیرگذار در عملکرد فردی شناخته می شود و ممکن است با بهبود روابط پرستار و بیمار و نتایج بیمار مرتبط باشد. رابطه پرستار و بیمار ممکن است تحت تأثیر سبکهای دلبستگی پرستاران و واکنش آنها به سبک های دلبستگی بیماران قرار گیرد. سبکهای دلبستگی پرستاران نیز می تواند نقش مهمی در نوع رابطه ای که آنها با دیگران ایجاد می کنند ایفا کند (۱۰). برخی از محققان بر این باورند که سبک دلبستگی ایمن ممکن است عاملی حیاتی برای آماده‌سازی بهتر پرستاران برای این حرفه سخت و پراسترس باشد. پژوهش های گوناگونی در این زمینه در کارکنان مراقبت های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است (۱، ۱۰، ۱۱).

یکی از سازه های مهم دیگر که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می آید، ظرفیت ذهنی سازی است. 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 (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 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 (۱۲). 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 (۱۳). 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 (۱۴). به عبارت دیگر ظرفیت ذهنی سازی با کیفیت روابط بین فردی و تاب آوری ارتباط نزدیکی دارد. لذا وجود ظرفیت ذهنی سازی در پرستاران می تواند به عنوان یک عامل محافظ در موقیت های استرس زا 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 دلبستگی و ذهنی سازی علاوه بر روابط بین فردی،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

بـر تنظیـم هیجانـات و نحـوه سـازگاری افـراد بـا عوامـل اسـترس زا تأثیـر مـی گذارنـد. ازجملـه مولفـه هـای دیگـری کـه بـه حفظ دلبسـتگی، ابتـدا بـه والدیـن و درنهایـت بـه دیگـران در محیـط اجتماعـی خدمـت مـی کننـد، هیجانـات خودآگاهـی ماننـد شـرم و گنـاه هسـتند. درواقـع پدیدآیـی خودآگاهـی و توانایـی ذهنـی سـازی، یعنـی توانایـی درک حـالات ذهنـی زیربنایـی رفتـار در خـود و دیگـری، هـر دو در اوایـل کودکـی رخ مـی دهـد؛ ایـن زمانـی اسـت کـه کـودک بتواننـد عاملیـت خـود را بشناسـد. بـه بیـان دیگـر، خـود را بـه عنـوان یـک موضـوع در ذهـن دیگـری ببینـد. نکتـه حیاتـی در تجربـه هیجانـات خـودآگاه ماننـد شـرم ایـن اسـت کـه فـرد متوجـه مـی شـود کـه دیگـران مـی تواننـد او را ببیننـد و او کنترلـی بـر آنچـه دیـده مـی شـود، نـدارد و بالعکـس. بنابرایـن تجربـه بیـن اذهانـی پیـش نیـاز تجربـه ایـن گونـه هیجانـات اسـت. فـرض بـر ایـن اسـت کـه تعامـلات والد- فرزنـدی کـه بـه تحـول ظرفیت ذهنـی سـازی و ایجاد دلبسـتگی ایمـن صدمـه مـی زننـد – یعنـی پاسـخگو نبـودن مراقـب، طـر آشـکار- زمینـه سـازی هیجانـات خـودآگاه را ایجـاد مـی نمایـد. درواقـع افـرادی چنیـن احساسـات دردناکـی را تجربـه مـی نماینـد کـه والدینشـان در کودکـی آنهـا را بـه ذهـن خـود نیـاورده باشـند (۱۲). البتـه تذکـر ایـن نکتـه ضـروری اسـت که شـرم و احسـاس گنـاه غالبـا بـه عنـوان دو مولفـه هیجانـی متفـاوت امـا مرتبـط به هـم ذکـر مـی شـوند، اگرچـه اغلـب بـه جـای هـم اسـتفاده مـی شـوند امـا تفاوتهـای مفهومـی مهمـی بـا هـم دارنـد (۱۵). شـرم شـامل احسـاس منفـی و پایـدار و کلـی در رابطـه بـا خـود اسـت، درحالـی کـه گنـاه احسـاس منفـی ای را دربـاره ی رفتـار خاصـی کـه خـود انجـام داده شـامل مـی شـود (۱۶). وقتـی احسـاس گناه تجربـه مـی شـود مـردم درصـدد هسـتند کـه خسـارت و آسـیب وارده را جبـران نماینـد امـا وقتـی افـراد شـرم را تجربه مـی نمایند مـردم نسـبت بـه خـود احسـاس بسـیار بـدی دارنـد و مـی خواهند کـه پنهـان یـا ناپدیـد شـود. اگـر چـه احسـاس گنـاه احسـاس ناخوشـایندی اسـت امـا شـرم مـی توانـد ناتـوان کننـده تـر باشـد. شـرم یکـی از مولفـه هـای اساسـی در طیـف مشـکلات روانـی اسـت بـه طـوری کـه خودانتقادگـری بـالا در شـرم مـی توانـد تبییـن کننـده عـود بیمـاری روانـی در افـراد باشـد (۱۷). بـه طـور کلـی در زمینـه هیجانـات خـودآگاه مـی تـوان بیـان نمـود کـه در صـورت عـدم ایجـاد ظرفیـت ذهنـی سـازی و دلبسـتگی ایمـن توسـط والدیـن در دوران کودکـی، افـراد احسـاس مـی کننـد کـه فهمیـده نشـده انـد و مسـتعد تجربـه احساسـات خودآگاهـی چـون شـرم و احسـاس گنـاه کاذب هسـتند؛ بنابرایـن تخریـب و یـا نقـص ظرفیـت ذهنـی سـازی در بزرگسـالی بـه ویـژه در موقعیـت هـای اسـترس زای پرسـتاران، مـی توانـد هیجاناتـی دردنـاک و تنظیـم نشـده بـا ماهیتـی ویرانگـر را بـه دنبـال داشـته باشـد و بـر روابـط بیـن فـردی آنهـا بـا بیمـاران و دیگـر پرسـنل تاثیـر بگـذارد (۱۸). بنابرایـن بررسـی سـهم ایـن مولفـه در تبییـن کیفیـت مراقبتهـای پرسـتاران و بـه ویـژه روابـط بیـن فـردی آنها بـا بیمـاران ضـروری اسـت لازم بـه ذکـر اسـت کـه پژوهـش هـای متنوعـی نیـز در زمینـه احسـاس شـرم و گنـاه در زمینـه مراقبـت پرسـتاران صـورت گرفتـه اسـت (۱۹،۲۰،۲۱).

بـه طـور کلـی کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری از اهمیـت ویـژه ای برخـودار اسـت بـه طـوری کـه هرگونـه اشـتباه جزئـی از جانـب پرسـتاران در حیـن مراقبـت ممکـن اسـت اثـرات جبـران ناپذیـری بـرای بیمـار داشـته باشـد. بـه همیـن علـت ارائـه مراقبتهـا و خدمـات بـا کیفیـت مناسـب بـه ویـژه در زمینـه روابـط بیـن فـردی بـه عنـوان یـک اولویـت در نظـام خدمـات بهداشـتی درمانـی بـه ویـژه در زمینـه خدمـات پرسـتاری شـده مطـرح شـده اسـت. بنابرایـن در میـان طیـف گسـترده‌ای از عوامـل تأثیرگـذار، شـناخت مولفـه هـای روان شـناختی موثـر در کیفیـت روابـط بیـن فـردی ضـروری اسـت؛ از ایـن رو پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش سـبکهای دلبسـتگی، ذهنـی سـازی و احسـاس شـرم و گنـاه در پیـش بینـی کیفیـت مراقبتهـای پرسـتاری انجـام شـد.

روش کار

ایـن مطالعـه از نظـر هـدف کاربـردی و روش گـردآوری داده‌هـا روش همبسـتگی، از نـوع توصیفـی بـود. جامعـه آمـاری پژوهـش را کلیـه پرسـتاران شـاغل در بیمارسـتان‌ها و درمانگاه‌هـای شـهر اصفهـان در سـال ۱۴۰۱ تشـکیل دادنـد. نمونـه پژوهـش شـامل ۲۱۰ نفـر از پرسـتاران بودنـد کـه بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. میانگیـن سـه پژوهـش پیشـین حجـم نمونـه پژوهـش را تعییـن نمـوده اسـت (۲۲، ۲۳، ۲۴). معیارهـای ورود نمونـه بـه پژوهـش شـامل تمایـل افـراد بـه شـرکت در پژوهـش، داشـتن مـدرک کاردانـی بـه بـالا در رشـته پرسـتاری و اشـتغال در بیمارسـتان‌های مـورد مطالعـه در شـهر اصفهـان بـود. معیـار خـروج از پژوهـش نیـز شـامل تکمیـل ناقـص پرسشـنامه‌ها بـود. تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمـون همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون چندگانـه از طریـق نـرم افـزار SPSS انجـام شـد. بـرای جمـع آوری داده هـا از پرسشـنامه هـای زیـر اسـتفاده شـد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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 تقریبا همیشه نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شودحداقل 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 ۸۱/. و کولینز و رید (۲۷) 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 (۲۸) 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 کنش‌وری تاملی : این پرسشنامه خودگزارش‌دهی 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 کاملا ناموافق (۱) و کاملا 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 ۷۷/. و ۶۵/. و در نمونه غیر بالینی ۶۳/. و ۶۷/. و اعتبار بازآزمایی آن را با فاصله سه هفته برای زیر مقیاس عدم اطمینان ۸۴/. و زیر مقیاس اطمینان 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، روای 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 ۸۸/. و برای عامل عدم اطمینان ۶۶/. بود (۳۰).

آزمون عاطفه خودآگاه (۳۱): این آزمون علاوه بر عاطفه خودآگاه، زیرمقیاس های مستعد بودن به رگه شرم و مستعد بودن به رگه گناه را نیز می سنجد. در این پژوهش از ماده های زیرمقیاس های رگه شرم و گناه برای بررسی احساس شرم و گناه زوج ها استفاده شد. این پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۶ وضعیت زندگی روزمره را به ازمودنی عرضه می کند که ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن ارزش منفی دارد و همه ماده های آن به صورت مستقیم نمره گذاری می شود. آزمودنی پاسخ های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه ای رتبه می دهد که دامنه آنها از ۱ به معنی احتمال ندارد یا هرگز تا ۵ به معنی به احتمال زیاد است. در پژوهش فرگوسن، ایری 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 کرده اند. 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 انوشه ای پورشهریاری و ثنایی (۳۵) بررسی کردند. نتایج حاصل از بازآزمایی این آزمون پس از چهار هفته روی دانشجویان برای مقیاس های احساس شرم و احساس گناه به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش زارعی، فرح بخش و اسماعیلی (۳۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

گرفتـه اسـت (۳۷). پرسشـنامه اصلـی حـاوی ۵۵ سـوال بـا سـه بعـد روانـی- اجتماعـی (۲۱ سـوال)، بعـد ارتباطـی (۱۲ سـوال) و بعـد جسـمی (۲۲ سـوال) اسـت. چندیـن نسـخه ایرانـی ایـن پرسشـنامه هنجـار شـده اسـت. پرسشـنامه فـوق در سـال ۱۳۸۲ در تبریـز مـورد بررسـی قـرار گرفتـه و بـا فرهنـگ ایـران تطبیـق داده شـده اسـت. امـا تعـداد گویـه هـا افزایـش یافـت. پرسشـنامه شـامل ۷۲ سـوال بـود کـه وضعیـت کیفیـت مراقبتهای پرسـتاری را در سـه بعـد روانـی- اجتماعـی (۳۳ سـوال)، بعـد فیزیکـی (۲۶ سـوال) و بعـد ارتباطـی (۱۳ سـوال) بررسـی مـی نمـود (۳۸). در مطالعـه نیشـابوری و همـکاران (۳۹) مجـددا روایـی ایـن پرسشـنامه توسـط اعضـای هیـات علمـی دانشـگاه علوم پزشـکی سـمنان و ایـران مـورد بررسـی و پایایـی آن بـا آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۰ تاییـد گشـت. در مطالعـه ای نیشـابوری و همـکاران (۳۹) که در سـال ۱۳۸۹ انجـام شـد، پرسشـنامه هـا بـه ۴۱ سـوال تغییـر یافتـه بـود و شـامل دو بعـد روانـی- اجتماعـی (۲۸ سـوال) و بعـد ارتباطـی (۱۳ سـوال) بـا پاسـخ هـای رتبـه ای بـه نـدرت گاهـی، بیشـتر اوقـات می-باشـد کـه از نمـره ۱ تـا ۳ بـه آن اختصـاص یافـت. بـا محاسـبه میانگیـن نمـرات سـوالات پرسشـنامه بـرای هـر فـرد، نظـرات بـه سـه گـروه نامطلـوب (کمتـر از ۱/۵)، تـا حـدودی مطلـوب (۲/۴۹- ۱/۵) و مطلـوب (۳- ۲/۵) تقسـیم بندی شـد. در ایـن پژوهش از پرسشـنامه نیشـابوری و همـکاران (۳۹) و بعـد ارتباطـی ایـن پرسشـنامه از دیـدگاه پرسـتاران مدنظـر اسـت.

یافته ها

تعـداد آزمودنـی هـا در ایـن پژوهـش ۲۱۰ نفـر بودنـد. ۸۷ نفـر (۴۱/۴ درصـد) زن و ۱۲۳ نفـر (۵۸/۶ درصـد) مـرد بودنـد. ۱۰۰ نفر (۴۷/۶ درصـد) مجـرد و ۱۱۰ نفـر (۵۲/۴ درصـد) متاهـل بودنـد میانگیـن سـن افـراد ۲۹/۵۲ و انحـراف معیـار سـن ۳/۹۴۸ بـود. در ایـن پژوهـش قبـل از اجـرای ضریـب همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون چندمتغیـره پیـش فـرض هـای آن بررسـی شـدند. توزیـع نمـرات متغیرهـای پژوهـش بـا ۹۵ درصـد اطمینـان طبیعـی اسـت. همچنیـن، مقـدار آمـاره ی دوربیـن واتسـون بیـن ۱/۵ الـی ۲/۵ قـرار داشـت کـه نشـان دهنـده ی اسـتقلال خطاهـا اسـت. بررسـی مفروضـه عـدم همخطـی چندگانـه بـا ضریـب تحمـل و تـورم واریانـس نشـان داد کـه هیـچ کـدام از مقادیـر آمـاره تحمـل کوچکتـر از حـد مجـاز ۰/۱ و هیـچ کـدام از مقادیـر عامـل تـورم واریانـس بزرگتـر از حـد مجـاز ۱۰ نمـی باشـند. بنابرایـن بـر اسـاس دو شـاخص ذکـر شـده وجـود همخطـی چندگانـه در متغیرهـای پیـش بیـن مشـاهده نشـد. (جـدول۱) تعـداد، میانگیـن و انحـراف معیـار و آمـاره هـای نرمال بـودن شـامل چولگـی و کشـیدگی را نشـان مـی دهـد.

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 ناایمن	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

بعـد از بررسـی یافتـه هـای توصیفـی در جـدول ۱ و پیـش فـرض هـای همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون چندگانـه در ابتـدا بـرای بررسـی رابطـه بیـن سـبک‌های دلبسـتگی، ذهنـی سـازی و احسـاس شـرم و احسـاس گنـاه بـا کیفیـت مراقبـت از بیمـار از ضریـب همبسـتگی پیرسـون اسـتفاده شـده اسـت کـه نتایـج آن در جـدول ۲ آمـده اسـت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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-دلبستگی ایمن	۰/۵۲۰**	۱					
۳-دلبستگی ناایمن	-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**	-۰/۶۷۲**	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

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 می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی کیفیت مراقبت از بیمار بر اساس سبکهای دلبستگی، ذهنی‌سازی و احساس شرم و گناه از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

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

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	۱۸/۵۰۷**	۰/۰۰۱	-	-	
دلبستگی ایمن	۰/۲۱۰	۲/۰۵۶ **	۰/۰۴۸	۰/۲۶۱	۳/۸۲۶	
دلبستگی ناایمن	-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	

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

با توجه (جدول ۳) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین سبکهای دلبستگی، 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 دلبستگی، 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 دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه می‌توانند 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 دلبستگی، ذهنی سازی و احساس شرم و گناه در پیش بینی کیفیت مراقبت بیماران در میان پرستاران بود. نتایج پژوهش نشان داد که سبکهای دلبستگی ایمن با کیفیت مراقبت رابطه مثبت و معنی دار داشت اما سبکهای دلبستگی ناایمن با کیفیت مراقبت رابطه منفی و معنی دار داشت. این یافته ها با پژوهش های خدابخش (۱۰) و میمورا و نورمن مطابقت

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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 ناایمن 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 هورورویتز (۴۰)، افرادی که الگوی مثبتی از سایر افراد به عنوان بالقوه در دسترس، حمایت‌کننده و شایسته پذیرش و حمایت ایجاد می‌کنند، می‌توانند به عنوان افراد دارای سبک دلبستگی ایمن طبقه‌بندی 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 می‌تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه و خصمانه در سال‌های 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 ناایمن 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 می‌تواند اولویت‌های تخصصی دانشجویان پزشکی و پرستاران را پیش‌بینی کند. به عنوان مثال، افرادی که سابقه دلبستگی ایمن دارند، تمایل بیشتری به انتخاب تخصص‌هایی 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 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 ذهنی‌سازی سبب درک نیازهای دیگران می شود، دلبستگی ایمن را ارتقا می‌دهد، تعاملات بین-فردی مؤثر و توسعه روابط مثبت و مبتنی بر اعتماد را تسهیل می‌کند (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 می‌شود که ذهنی‌سازی پاسخ‌های انعطاف‌پذیر نسبت به به شرایط متغیر بین فردی را ارتقا می‌دهد و مراقبت‌های حساس را تسهیل می‌کند. درواقع

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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 نمی‌شود، اما می‌تواند بر رشد حرفه‌ای تأثیر بگذارد. مطالعات (۴۵، ۴۶) نشان داده که احساس شرم باعث کاهش عزت نفس و منجر به 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. درواقع 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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 روش‌های مصاحبه فردی و مشاهده بین پرستاران و بیماران جهت کسب اطلاعات دقیق تر اهمیت دارد. همچنین پیشنهاد می گردد که در مطالعات آینده از 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 می‌نماییم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافعی 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, Akingbohungbe 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.
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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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. Haghighi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in 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, 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.
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, Aştı 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, Kiaeie 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

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]

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.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-16]