

## رابطه سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران

زینب قدوسی<sup>۳</sup>

\*حمید رحیمی<sup>۲</sup>

فریبرز صدیق ارفعی<sup>۱</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: سبک‌های دلبستگی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثر منفی تنش را کم رنگ تر جلوه دهند. سبک‌های دلبستگی اهمیت پیش‌بینی‌کنندگی زیادی در بهداشت روانی دارند. از این رو هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران است.

روش بررسی: نوع تحقیق توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری، کلیه پرستاران بیمارستان امیرالمومنین شهرستان شهرضا است که با استفاده از فرمول کوکران ۱۴ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان است. تحلیل داده‌های پژوهش در سطح آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس، آزمون t و رگرسیون) با استفاده از SPSS نسخه ۱۹ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین سبک‌های دلبستگی ایمن به میزان  $(0.70 \pm 0.37/2)$  بالاتر از حد متوسط فرضی و سبک ناایمن اجتنابی به میزان  $(0.76 \pm 0.2/0.54)$  و ناایمن دوسوگرا به میزان  $(0.77 \pm 0.2/0.62)$  پایین‌تر از حد متوسط فرضی است. همچنین میانگین و علائم جسمانی به میزان  $(4.46 \pm 9.4/4.3)$ ، علائم اضطرابی  $(5.69 \pm 9.0)$  و علائم اجتماعی  $(3.56 \pm 13.1/1.4)$  با نقطه برش (۶) بالاتر از حد متوسط است اما علائم افسردگی به میزان  $(3.33 \pm 4.0/5.8)$  پایین‌تر از نقطه برش است. همچنین میانگین سلامت روان پرستاران به میزان  $(11.3 \pm 36.2/2.0)$  بالاتر از نقطه برش فرضی (۲۳) است.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج این مطالعه نشان داد که سبک‌های دلبستگی نقش مهمی در سلامت روان پرستاران ایفاء می‌کند. نتایج نشان داد از میان سبک‌های دلبستگی، فقط سبک ناایمن دوسوگرا قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند.

### کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سبک‌های دلبستگی، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۷

<sup>۱</sup> دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

<sup>۲</sup> دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۳۰۶۴۴۳۰

Email: [dr.hamid.rahimi@kashanu.ac.ir](mailto:dr.hamid.rahimi@kashanu.ac.ir)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

## مقدمه

سلامت روان نیاز ضروری و اساسی برای افراد در هر زمان است. از نشانه های سلامت روان، برخورداری از خصیصه های توانمند ساز درونی یا منابع درونی قدرت است. برخورداری از این منابع درون فردی، فرد را قادر می سازد تا علی رغم شرایط منفی و پیشامدهای منفی، رشد سازگارانه خود را ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را عبارت از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب عنوان می کند. سلامت روانی به خودی خود حاصل نمی شود و با بسیاری از متغیرها در ارتباط است<sup>(۱)</sup>.

ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران به نوع سبک دلبستگی فرد مربوط می شود. سبک دلبستگی از جمله متغیرهایی است که می تواند تیندگی ها و آثار نامطلوب آن ها را تعدیل کند<sup>(۲)</sup>. نظریه دلبستگی بالبی بر این امر مهم تاکید دارد که رابطه اولیه بین کودک و مادر و سایر کسانی که از او مراقبت می کنند، یکی از عوامل عمده رشد اولیه اجتماعی و عاطفی کودک محسوب می شود و این ارتباط به نتایج عمیق و طولانی منجر شده که تا دوران بزرگسالی با او همراه خواهد بود و منجر به غلبه یک سبک دلبستگی در فرد می شود<sup>(۳)</sup>. روابط دلبستگی همیشه وجود دارند و در سراسر چرخه زندگی فعال هستند به طوری که بر فعالیت های مهم بزرگسالی موثر هستند<sup>(۴)</sup>. بر اساس نظریات بالبی دلبستگی به معنای پیوند عاطفی است که در کودکی، بین کودک و مراقب اصلی وی شکل می گیرد و بر رشد اجتماعی و احساس کودک در کل زندگی موثر است<sup>(۵)</sup>. روابط دلبستگی نقش بسیار مهمی در احساس امنیت افراد دارد<sup>(۶)</sup>.

یکی از اصول پایه ای دلبستگی این است که روابط دلبستگی اولیه بر طول زندگی فرد موثر است<sup>(۷)</sup>. پیوند والد-کودک، بافت غیر قابل جایگزینی را برای رشد هیجانی فراهم می کند. به نظر بالبی اکثر مشکلات دوران

کودکی و بزرگسالی منتج از تجربیات واقعی دوران کودکی است<sup>(۸)</sup>. Weiss عقیده دارد دانستن این که فردی وجود دارد که نگران شما است و شما را در ذهن دارد در هر سن و در هر شرایطی منبع و پایگاهی امن برای فرد است<sup>(۹)</sup>. Hazan & Shaver سه سبک دلبستگی ایمن، نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا را معرفی کرده اند. دلبستگی ایمن، اغلب ناشی از وجود تعاملات گرم و مثبت است. افرادی که دلبستگی ایمن دارند نسبت به خودشان و شخص مورد علاقه شان مثبت فکر می کنند، آن ها نسبت به روابط بین فردی شان نیز نگاه مثبتی دارند، این افراد اغلب از روابط خود احساس رضایت و خوشنودی می کنند و اکثر اوقات می خواهند تعادلی بین صمیمیت و استقلال در روابط خود برقرار کنند<sup>(۱۰)</sup>. ویژگی نایمن اجتنابی، نگرش منفی نسبت به خود و نگرش بی اعتمادی نسبت به دیگران است. بر این اساس، سبک دلبستگی اجتنابی در حوزه ویژگی های شخصی و روابط بین شخصی، با اختلالات شخصیت پارانوئید مرتبط می شود، افرادی که شیوه اجتناب همراه با ترس و نگرانی را تجربه می کنند، با دوری گزیدن، ترس ها و نگرانی ها خود را کنترل نموده و برای نزدیک شدن احساسی و فیزیکی به شکلی جلوی احساسات خود را گرفته و نسبت به افشای خود تمایلی ندارند<sup>(۱۱)</sup>. در سبک نایمن دو سوگرا، افراد معمولاً در روابط نزدیک خود، نامطمئن و حسود هستند؛ آنان در روابط، با نگرش خواستن برای نزدیک شدن تماس برقرار می کنند، اما در مورد ترس از طرد شدن نیز دائماً دل مشغولی دارند. توجه طلبی، ارزشیابی منفی از خود، اشتغال ذهنی مداوم نسبت به روابط با دیگران از ویژگی های افراد دو سوگرا است. نگرش منفی نسبت به خود و نگرش مثبت به دیگران به عنوان ویژگی اصلی افراد دارای سبک دلبستگی دو سوگرا است<sup>(۱۲)</sup>.

سبک های دلبستگی از منابع درون فردی هستند که می توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثر منفی تنش را کم رنگ تر جلوه دهند.

سبک های دلبستگی اهمیت پیش بینی کنندگی زیادی در بهداشت روانی دارند. پیامد فرآیند دلبستگی ایمن ایجاد احساس ایمنی در فرد است و پیامد دلبستگی های نایمن، ایجاد ترس و وحشت در فرد می باشد<sup>(۱۳)</sup>. پیامد روان شناختی سبک های دلبستگی نایمن در شرایط تنش زا، اضطراب و افسردگی است و پیامد روان شناختی سبک دلبستگی ایمن در چنین شرایطی آرامش روانی است. نبود اعتماد به خود و دیگران از ویژگی های افراد نایمن است. نداشتن اعتماد به خود با تحلیل بنیادهای درون روانی، درماندگی روان شناختی را به فرد تحمیل می کند. این درماندگی و پریشانی بر حسب تجربیات نامطلوب به احساس اضطراب فرد دامن می زند<sup>(۱۴)</sup>. دلبستگی ایمن یک منبع درونی است که سلامت روان شناختی فرد را حفظ می کند، در حالی که نبود منبع ایمن، مشکلات روان شناختی را در پی دارد<sup>(۱۵)</sup>. سبک دلبستگی با ایجاد سوگیری در رمزگذاری، یادآوری و اثرگذاری بر فرآیند توضیح دادن شرایط ناگوار، سلامت روان را تحت تاثیر قرار می دهد به گونه ای که سبک دلبستگی ایمن سوگیری مثبت دارد و سلامت روان را بالا می برد و سبک های نایمن سوگیری منفی دارند و سلامت روان را کاهش می دهند<sup>(۱۶)</sup>. سبک های دلبستگی تعیین کننده قواعد عاطفی و شناختی و راهبردهایی هستند که واکنش های هیجانی را در افراد و روابط بین شخصی هدایت می کنند. افراد دارای سبک دلبستگی ایمن برای نظم دهی به هیجان ها از راهبردهایی سود می جویند که تنیدگی را به حداقل می رسانند و هیجان های مثبت را فعال می سازند. افراد دارای سبک های دلبستگی نایمن از راهبردهای نظم دهی هیجانی مبتنی بر هیجان های منفی استفاده می کنند و موقعیت ها را تنیدگی زا تر تجربه می کنند که این خود تبیین کننده سلامت روانی یا عدم آن است<sup>(۱۷)</sup>. عدم سازش و وجود اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار مشهود و فراوان است در هر طبقه و صنفی و در هر گروه و جمعی اشخاص نا متعادلی زندگی می کنند<sup>(۱۸)</sup>. بنابراین در مورد همه افراد اعم از

کارگر، دانش پژوه، پزشک و مهندس، پرستار و غیره خطر ابتلا به ناراحتی های روانی وجود دارد. به عبارت دیگر هیچ فرد انسانی در برابر امراض مصونیت ندارد. یکی از مشاغلی که دارای استرس های زیادی می باشد شغل پرستاری است. با توجه به آن که پرستاران از جمله افرادی هستند که ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با سایر مردم دارند، مسئولیت سلامتی و زندگی آن ها را بر دوش می کشند و با بیماران و بیماری های درمان ناپذیر روبرو هستند از این رو پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می کنند<sup>(۱۹)</sup>. به عبارت دیگر پرستاران با توجه به نوع شغل خود مسائلی را تجربه می کنند که سبب استرس آن ها شده و چه بسا بر سلامت روان آن ها تاثیر می گذارد. پرستاران به دلایلی از جمله کار مداوم و بدون استراحت، و ارزیابی ممتد عملکردشان توسط همکاران، پزشکان و حتی بیماران، برخورد مکرر و مستقیم با مرگ و جراحی ها، ساعات طولانی کار، تعطیلات اندک، زمان های کوتاه برای ارتباط اجتماعی با دوستان، کمبود یا فقدان شبکه حمایت اجتماعی و افزایش انتظارات مردم، با فشارهای روانی و جسمانی بیش تری روبرو هستند. تداوم مستمر این فشارها در طولانی مدت کاهش سلامت روان آن ها را به دنبال خواهد داشت و در چگونگی سلامت روان آن ها موثر است<sup>(۲۰)</sup>. از آن جا که وضعیت سلامت روان پرستاران بر کیفیت مراقبت از بیماران تاثیر می گذارد شناسایی بهترین شرایط برای بهبود وضعیت سلامت پرستاران سودمند خواهد بود. لذا لزوم توجه بیشتر به سلامت روان پرستاران با توجه به نقش ارزنده آن ها در ارتقاء و حفظ سلامت مددجویان بیش از پیش مشخص می شود<sup>(۲۱)</sup>.

از این رو این مقاله درصدد پاسخگویی به این سوالات است که میزان سبک های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران تا چه اندازه است، تا چه اندازه بین سبک های دلبستگی و سلامت روان پرستاران رابطه وجود دارد، تا چه اندازه بین سبک های دلبستگی و سلامت روان بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی

(سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه کار و تحصیلات) تفاوت وجود دارد.

### روش بررسی

با توجه به موضوع تحقیق که بررسی رابطه سبک های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران است نوع تحقیق توصیفی همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان امیرالمومنین شهرستان شهرضا به تعداد ۲۲۰ نفر بودند. از آن جا که واریانس جامعه آماری مشخص نبود ابتدا یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از پرستاران انجام شد و بعد از استخراج داده های مربوط به پاسخ های گروه مزبور و پیش برآورد واریانس، حجم نمونه آماری پژوهش با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۱۱۴ نفر بدست آمد.

$$n = \frac{220(1.96)^2 \times (.155)}{220(.05)^2 + (1.96)^2 \times (.155)} = 114$$

پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه کاشان و ارائه آن به مدیران و مسئولان بیمارستان امیرالمومنین شهرستان شهرضا، اجازه نامه کتبی جهت اجرای پژوهش را دریافت نمود. همچنین در این پژوهش پس از کسب مجوز کمیته اخلاق از بیمارستان مربوطه و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران، پرسشنامه های پژوهش در اختیار آنها قرار داده شد. بعد از انتخاب پرستاران و قبل از ارائه پرسشنامه ها توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه و چگونگی پاسخ دهی به سوالات داده شد. محقق متذکر شد که نیازی به ذکر نام و مشخصات نیست، هر پرستار به طور مستقل به سوالات پاسخ میدهد و هیچ محدودیت زمانی خاصی برای پاسخگویی به سوالات وجود ندارد. ترتیب توزیع پرسشنامه به صورت تصادفی ساده بود و مدت زمانی که صرف پاسخ دهی پرسشنامه ها می شد به طور تقریبی بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است که پرسشنامه ها خارج از وقت اداری تکمیل شدند. از دو پرسشنامه برای

جمع آوری داده ها استفاده شد: الف) پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالی (Adult Attachment Inventory) (AAI) که توسط Hazan & Shaver در سال (۱۹۸۷)<sup>(۱۰)</sup> ارائه شده است و دارای ۱۵ سوال در قالب سه خرده مقیاس سبک دلبستگی نایمن اجتنابی، ایمن و نایمن دو سوگرا می باشد. این آزمون در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرتی، درجه بندی میشود که به هرگز «یک»، به طور اتفاقی «دو»، بعضی اوقات «سه»، اغلب اوقات «چهار» و به تقریباً همیشه «پنج» تعلق می گیرد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در خرده مقیاس های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. نمره خرده مقیاس های دلبستگی از طریق محاسبه میانگین نمرات سوالات هر خرده مقیاس به دست می آیند. بدین صورت که برای تعیین سبک دلبستگی هر فرد، ارزش های عددی گویه های مرتبط با هر سطح، با یکدیگر جمع و بر ۵ تقسیم می گردد. میانگین هر خرده مقیاس به تفکیک، مشخص و با میانگین فرضی<sup>(۳)</sup> مقایسه می گردد<sup>(۲۲)</sup>. Hazan & Shaver بازآزمایی کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و پایایی با آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ به دست آوردند. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

ب) فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (Genral Health Questionnaire) توسط Goldberg ساخته شده است<sup>(۲۳)</sup>. پرسشنامه مذکور دارای چهار مقیاس فرعی می باشد که هر یک هفت سوال دارد و چهار مقیاس مذکور عبارتند از:

زیرمقیاس اول (A): نشانگان جسمانی را در بر می گیرد، نشانگان جسمانی مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی در آن ها است و نشانه های بدنی را پوشش می دهد. زیر مقیاس دوم (B): نشانگان اضطرابی و اختلال خواب را در بر می گیرد و شامل مواردی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبط هستند. زیرمقیاس سوم (C): نشانگان نارساکنش وری اجتماعی را در بر می گیرد، گستره توانایی افراد را در

ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است<sup>(۲۵)</sup>. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آمد. اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی، تحلیل واریانس و رگرسیون) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

بر اساس یافته ها، ۶۷٪ گروه نمونه پرستاران، زن و ۳۳٪ مرد بودند، حدود ۵۰٪ پرستاران ۲۰ تا ۳۰ ساله بودند و ۳۷٪ بین ۳۰ تا ۴۰ ساله بودند. ۷۵٪ متأهل و ۲۵٪ مجرد بودند، ۴۰٪ دارای سابقه کمتر از ۵ سال، ۳۳٪ بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه و ۲۰٪ بین ۱۱ تا ۲۰ سال سابقه داشتند، ۱۲٪ دیپلم، ۱۵٪ فوق دیپلم، ۶۳٪ لیسانس و ۱۰٪ فوق لیسانس و بالاتر بودند.

مقابله با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می‌سند و احساس های آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی آشکار می‌کند. زیر مقیاس چهارم (D): نشانگان افسردگی و گرایش به خود کشی و در برگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخصی به خود کشی مرتبط هستند. در این پرسشنامه از روش درجه بندی لیکرت استفاده شده که آزمودنی باید پاسخ های خود را بین چهار درجه اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول، خیلی بیش تر از حد معمول مشخص کند. برای جمع بندی نمرات به اصلاً «صفر»، در حد معمول «یک»، بیش از حد معمول «دو» و خیلی بیش تر از حد معمول «سه» تعلق می‌گیرد. به هر پاسخ نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۳ به بالا بیانگر علائم مرضی است. بالاترین نمره ۸۴ و نمره برش ۲۳ افراد مشکل دار را تشخیص می‌دهد<sup>(۲۴)</sup>. روایی پرسشنامه به صورت سازه (تحلیل عاملی تاییدی) و محتوایی (توسط کارشناسان) تایید شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ به

جدول شماره ۱: آزمون t جهت مقایسه هر یک از مولفه های سبک دلبستگی با میانگین فرضی (۳) (n=۱۱۴)

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	سطح معناداری
ناایمن اجتنابی	۱۱۴	۲/۵۴	۰/۷۶	-۶/۳۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
ایمن	۱۱۴	۳/۲۰	۰/۷۰	۳/۰۵	۱۱۳	۰/۰۰۳
ناایمن دوسوگرا	۱۱۴	۲/۶۲	۰/۷۷	-۵/۲۱	۱۱۳	۰/۰۰۰
سبک دلبستگی	۱۱۴	۲/۷۸	۰/۵۱	-۴/۳۸	۱۱۳	۰/۰۰۰

پایین تر از حد متوسط فرضی<sup>(۳)</sup> است. آزمون t نشان داد میانگین هر یک از سبک های دلبستگی در سطح خطای  $P < ۰/۰۵$  معنادار است و فرض پژوهشگر مورد تایید قرار گرفت.

جدول شماره ۱ نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سبک های دلبستگی ایمن به میزان  $(۰/۷۰ \pm ۳/۲)$  بالاتر از حد متوسط فرضی<sup>(۳)</sup> و سبک ناایمن اجتنابی به میزان  $(۰/۷۷ \pm ۲/۶۲)$  و ناایمن دو سوگرا به میزان  $(۰/۷۶ \pm ۲/۵۴)$

جدول شماره ۲: آزمون t جهت مقایسه هر یک از مولفه های سلامت روان (n=۱۱۴)

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱۱۴	۹/۴۳	۴/۴۶	۸/۲۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اضطرابی	۱۱۴	۹/۰۰	۵/۶۹	۵/۶۴	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اجتماعی	۱۱۴	۱۳/۱۴	۳/۵۶	۲۱/۴۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم افسردگی	۱۱۴	۴/۵۸	۳/۳۳	-۲/۸۲	۱۱۳	۰/۰۰۶
سلامت روان	۱۱۴	۳۶/۲۰	۱۱/۳	۱۰/۷۶	۱۱۳	۰/۰۰۰

همچنین میانگین سلامت روان پرستاران به میزان  $(11/3 \pm 36/20)$  بالاتر از نقطه برش فرضی<sup>(۳۳)</sup> می باشد. آزمون t نشان داد میانگین هر یک از مولفه های سلامت روان در سطح خطای  $P < 0/05$  معنادار است و فرض پژوهشگر مورد تایید قرار گرفت.

جدول شماره ۲ نشان داد میانگین و علائم جسمانی به میزان  $(4/46 \pm 9/43)$ ، علائم اضطرابی  $(5/69 \pm 9/00)$  و علائم اجتماعی  $(3/56 \pm 13/14)$  با نقطه برش<sup>(۶)</sup> بالاتر از حد متوسط است اما علائم افسردگی به میزان  $(3/33 \pm 4/58)$  پایین تر از نقطه برش<sup>(۶)</sup> می باشد.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی و رگرسیون هر یک از مولفه های سبک دلبستگی (n=114)

متغیر	r	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
مقدار ثابت	-	25/43	7/00		3/62	0/000
ناایمن اجتنابی (X1)	-0/12	1/75	1/63	-0/10	1/07	0/28
ایمن (X1)	0/02	1/23	1/84	0/06	0/66	0/50
ناایمن دوسوگرا (X1)	-0/23	3/90	1/72	-0/23	0/23	0/02

به عبارتی با افزایش سبک ناایمن دو سوگرا، میزان سلامت روان پرستاران کاهش می یابد. ضریب رگرسیون نشان داد از میان سبک های دلبستگی، فقط سبک ناایمن دو سوگرا قابلیت پیش بینی سلامت روان را دارد و می تواند در مدل رگرسیونی قرار گیرد.

جدول شماره ۳ نشان داد بین سبک های دلبستگی ناایمن اجتنابی با سلامت روان (0/12) رابطه منفی و غیرمعنادار، سبک ایمن و سلامت روان (0/02) رابطه مثبت و غیر معنادار و بین سبک ناایمن دو سوگرا با سلامت روان (0/23) رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بیشترین رابطه بین ناایمن دو سوگرا و سلامت روان به میزان -0/23 بود.

جدول شماره ۴: تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سبک های دلبستگی بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی (n=114)

متغیر	مجذور مربعات	df	t	F	Sig
مدل	13/04	44	0/297	1/22	0/22
مقدار ثابت	263/54	1	263/54	1087/82	0/000
سن	0/10	2	0/05	0/21	0/80
جنس	0/22	1	0/22	0/93	0/33
تاهل	0/009	1	0/009	0/03	0/84
سابقه	0/08	3	0/02	0/11	0/95
تحصیلات	0/15	3	0/05	0/21	0/88

وجود ندارد. به عبارتی سبک های دلبستگی پرستاران مرد و زن مجرد و متاهل با سنین مختلف، سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است.

تحلیل واریانس چندگانه نشان داد بین استفاده پرستاران از سبک های دلبستگی در سطح خطای  $P < 0/05$  بر حسب جنسیت، سن، تاهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار

جدول شماره ۵: تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سلامت روان پرستاران بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی (n=۱۱۴)

متغیر	مجذور مربعات	df	t	F	Sig
مدل	۵۴۵۳/۳۹	۴۴	۱۲۳/۹۴	۰/۶۱	۰/۹۵
مقدار ثابت	۴۱۹۰۴/۵۸	۱	۴۱۹۰۴/۵۸	۲۰۷/۵۸	۰/۰۰۰
سن	۱۴۲/۴۸	۲	۷۱/۲۴۱	۰/۳۵	۰/۷۰
جنس	۴۲/۸۰	۱	۴۲/۸۰	۰/۲۱	۰/۶۴
تاهل	۱۱۷/۴۰	۱	۱۱۷/۴۰	۰/۵۸	۰/۴۴
سابقه	۱۱۶/۰۸	۳	۳۸/۶۹	۰/۱۹	۰/۹۰
تحصیلات	۱۷۹/۹۲	۳	۵۹/۹۷	۰/۲۹	۰/۸۲

تحلیل واریانس چندگانه نشان داد بین سلامت روان پرستاران بر حسب جنسیت، سن، تاهل، سابقه و تحصیلات در سطح خطای  $P < ۰/۰۵$  تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متاهل با سنین مختلف، سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه رابطه بین سبک های دلبستگی با سلامت روان پرستاران انجام شد. در بررسی سوال اول مبنی بر چگونگی سبک های دلبستگی پرستاران، طبق جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد سبک های دلبستگی ایمن به میزان  $(۰/۷۰ \pm ۳/۲)$  بالاتر از حد متوسط فرضی<sup>(۳)</sup> و سبک ناایمن اجتنابی به میزان  $(۰/۷۶ \pm ۲/۵۴)$  و ناایمن دو سوگرا به میزان  $(۰/۷۷ \pm ۲/۶۲)$  پایین تر از حد متوسط فرضی<sup>(۳)</sup> است. آزمون t نشان داد میانگین هر یک از سبک های دلبستگی در سطح خطای  $P < ۰/۰۵$  معنادار است و فرض پژوهشگر مورد تایید قرار گرفت. این یافته با پژوهش Hazan & Shaver<sup>(۱۰)</sup>، مبنی بر اینکه سبک دلبستگی ایمن بیش ترین میانگین را به خود اختصاص داد و سبک های دو سوگرا و اجتنابی به ترتیب در اولویت های بعدی قرار دارند همسو است. هم چنین این یافته با پژوهش امانی<sup>(۲۶)</sup> مبنی بر این که سبک دلبستگی ایمن در بین دانشجویان بیش ترین میانگین را به خود اختصاص داد و سبک های دو سوگرا و اجتنابی به ترتیب در اولویت های بعدی قرار

دارند همسو است. این یافته را می توان این گونه تبیین کرد، در حالی که متغیرهای زیست شناختی، ارزش های حیاتی و تعامل های سازنده رابطه مادر- کودک در خدمت شکل گیری و تقویت دلبستگی ایمن فعالیت می کنند، فراهم آمدن شرایطی که بر اساس آن آمادگی های زیستی در دو سوی رابطه مختل شود و مهم تر از آن ارزش های حیاتی و رفتارهای دلبستگی ایمن کاهش یابد دشوار و نادر خواهد بود این وضعیت کاهش فراوانی سبک های ناایمن (اجتنابی و دو سوگرا) را توجیه می کند.<sup>(۸)</sup>

جدول شماره ۲ نشان داد میانگین و علائم جسمانی به میزان  $(۴/۴۳ \pm ۹/۴۳)$ ، علائم اضطرابی  $(۵/۶۹ \pm ۹/۰۰)$  و علائم اجتماعی  $(۳/۵۶ \pm ۱۳/۱۴)$  با نقطه برش<sup>(۶)</sup> بالاتر از حد متوسط است اما علائم افسردگی به میزان  $(۳/۳۳ \pm ۴/۵۸)$  پایین تر از نقطه برش<sup>(۶)</sup> می باشد. همچنین میانگین سلامت روان پرستاران به میزان  $(۱۱/۳ \pm ۳۶/۲۰)$  بالاتر از نقطه برش فرضی<sup>(۲۳)</sup> می باشد. آزمون t نشان داد میانگین هر یک از مولفه های سلامت روان در سطح خطای  $P < ۰/۰۵$  معنادار است و فرض پژوهشگر مورد تایید قرار گرفت. این یافته با پژوهش خانی زاده<sup>(۲۷)</sup>، نوربالا<sup>(۲۸)</sup> و یعقوبی<sup>(۲۹)</sup> همسو می باشد. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش فرح بخش<sup>(۳۰)</sup>، دستگردی<sup>(۳۱)</sup> و سعادت شامیر<sup>(۳۲)</sup> ناهمسو است.

جدول شماره ۳ نشان داد بین سبک های دلبستگی ناایمن اجتنابی با سلامت روان  $(۰/۱۲)$  رابطه منفی و غیر معنادار، سبک ایمن و سلامت روان  $(۰/۰۲)$  رابطه مثبت

معنادار وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش های شهابی زاده<sup>(۴۰)</sup> ناهمسو است. جدول شماره ۵ نشان داد که بین سلامت روان پرستاران بر حسب جنسیت، سن، تاهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متأهل با سنین مختلف، سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است. این یافته با نتایج پژوهش های محمدخانی<sup>(۴۱)</sup>، شگری<sup>(۴۲)</sup> و حبیبی<sup>(۴۳)</sup> ناهمسو است.

بر این اساس بررسی نقش دلبستگی و سلامت روان در حوزه اخلاق پزشکی می تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک های روانشناسی و مشاوره به همراه داشته باشد. در سطح نظری یافته های پژوهش حاضر می تواند به غنای نظریه های فعلی مربوط به سبک های دلبستگی و سلامت روان در پرستاران کمک کند و همچنین پرسشها و فرضیه های جدیدی در مورد نسبت و رابطه سبک های دلبستگی و سلامت روان در چارچوب پژوهش های مرتبط مطرح سازند. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه های بزرگتر و روی گروه های مختلف، اجرا شود و مداخله های تجربی و کاربردی در این زمینه صورت گیرد تا نتایج پر بارتری به دست آیند.

پژوهش حاضر به دلیل تازگی آن در نمونه های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه های مختلف و تاییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین طور، نمونه پژوهش (گروهی از پرستاران) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می کنند که باید در نظر گرفته شوند. بعلاوه، مشکلات و محدودیت های مربوط به ابزارهای خودگزارش دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

و غیر معنادار و بین سبک نایمن دو سوگرا با سلامت روان (۰/۲۳) رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بیشترین رابطه بین نایمن دو سوگرا و سلامت روان به میزان ۰/۲۳- بود. به عبارتی با افزایش سبک نایمن دو سوگرا، میزان سلامت روان پرستاران کاهش می یابد. ضریب رگرسیون نشان داد از میان سبک های دلبستگی، فقط سبک نایمن دو سوگرا قابلیت پیش بینی سلامت روان را دارد و می تواند در مدل رگرسیونی قرار گیرد. این یافته با نتایج پژوهش های حسینی<sup>(۳۳)</sup>، Gillath<sup>(۳۴)</sup>، Ditommaso<sup>(۳۵)</sup>، Mikulincer<sup>(۳۶)</sup> و ناییب نیا<sup>(۳۷)</sup> مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار سبک دلبستگی ایمن با سلامت روان هم چنین ارتباط منفی و معنادار سبک های دلبستگی نایمن با سلامت روان همسو است و با پژوهش Safford<sup>(۳۸)</sup> مبنی بر این که ارتباط بین الگوی دلبستگی نایمن در بزرگسالان و مشکلات روانی بیشتر به درستی روشن نیست ناهمسو می باشد. Gillath نشان داد با افزایش نمره سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و دو سوگرا سطح سلامت روان کاهش می یابد و با افزایش نمره سبک دلبستگی ایمن سطح سلامت روان افزایش می یابد<sup>(۳۴)</sup>. Ditommaso نشان داد با افزایش نمره سبک دلبستگی ایمن سطح سلامت روان افزایش می یابد<sup>(۳۵)</sup>. Mikulincer نشان داد که با افزایش نمره سبک دلبستگی ایمن، سطح سلامت روان افزایش می یابد و با افزایش نمره سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و دو سوگرا سطح سلامت روان کاهش می یابد<sup>(۳۶)</sup>. در تبیین این یافته می توان گفت که بر اساس نظر بالبی، سبک دلبستگی موجب شکل گیری خود پنداره فرد می شود. افراد دلبسته ایمن دارای نوعی ادراک مثبت از خود می باشند و این خودپنداره به فرد اجازه می دهد تا در زمان برخورد با شرایط تنش زا، کنترل هیجانی شناختی خود را از دست ندهد و بتواند شرایط تنش زا را در کنترل خود درآورد<sup>(۳۹)</sup>.

جدول شماره ۴ نشان داد بین سبک دلبستگی پرستاران بر حسب جنسیت، سن، تاهل، سابقه و تحصیلات تفاوت



### تقدیر و تشکر

کلیه مدیران و پرستاران بیمارستان امیرالمومنین که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

مقاله حاضر از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی تربیتی دانشگاه کاشان استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از مسئولین دانشگاه و

### فهرست منابع

1. Dave D, Rashad I, Spasojevic J. The effects of retirement on physical and mental health outcomes: National Bureau of Economic Research 2006.
2. Nofhle EE, Shaver PR. Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *J Res Pers.* 2006;40(2):179-208
3. Besharat MA. [Personality and coping styles with stress]. *J Psychology New Researches*, 2007; 2 (7) 25-49. Persian.
4. Goodwin I. The relevance of attachment theory to the philosophy, organization, and practice of adult mental health care. *Clin Psychol Rev.* 2003;23(1):35-56.
5. Gordon KW. The multidimensionality of peer victimization and patterns of relating in attachment. Ph.D. Dissertation. USA: University of Mississippi, College of philosophy, 2008: 15-28.
6. Bowlby J. [Elite psychology and education-attachment theory]. Khoshabi K, Aboohamzeh E. (translators). Tehran: Danjeh; 2007: 32-135.
7. Dempster D. Multidimensionality of patterns of attachment, sexual attitudes and unwanted sex. Ph.D. Dissertation. USA: University of Mississippi, 2007: 18-38.
8. Láng A. Attachment and emotion regulation—clinical implications of a non-clinical sample study. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010;5:674-8.
9. Birnbaum GE. Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *J Soc Pers Relat*, 2007; 24(1): 21-35.
10. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3): 511-24.
11. Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Pers Relatsh*, 2008; 15: 141-54.
12. Byng-Hall J. Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Fam Process*, 2002; 41: 375-88.
13. Cassidy J, Shaver P. Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications. London: Guilford; 2008: 101-200.
14. Arefi M, Navabinezhad SH, Sanai B. [Investigation of the relationship between attachment styles and friendship quality]. *Counsel Res Develop*, 2006; 5(18):9-31. Persian
15. Rahimian E, Asgharnezhad Farid AA, Rahiminezhad A. [Relationship between attachment style and mental health in adult survivors of the Bam earthquake]. *Psychological Research*, 2008; 11(1-2): 27-40. Persian
16. Collins N, Cooper L, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *J Pers* 2002; 70(6): 965-1007.
17. Momeni F, Malekpour M, Molavi H, Amiri SH. [Comparison of secure, avoidance/anxiety insecure and anxiety insecure attachment styles between young adults with visual or auditory defects and normal people in isfahan city]. *J Res Behav Sci*, 2010; 8(2):103-13. Persian
18. Conn VS. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Ann Behav Med.* 2010;39(2):128-38.
19. Schaufeli WB, Maslach C, Marek t. Professional burnout: recent development in theory and research Washington: Taylor & Francis, 1994, 207-11.
20. Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci.* 2007;9(2):120-6.

21. Yao SQ, Tian L, Pang BD, Bai YP, Fan XY, Shen FH. Investigation on job stress of pediatricians and nurses working in pediatric department. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2008 Sep; 26(9):529-32.
22. Snow, MS., Sullivan K., Martin E., Helm H. The adult scale of parental attachment: Psychometric properties, factor analysis, and multidimensional scaling. Manuscript submitted for publication. 2004, 4-22.
23. Goldberg, DP., & Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor UK: NFER-Nelson, 1988.
24. Etemadi S. [Comparing and relationship between job stress and job satisfaction of nurses in CCU and Normal Sections in Heart Hospital Tehran University of Medical Sciences]. *Organizational & Job Consultation*, 2007, 1(1) 13-24. Persian
25. Taghavi MR. [Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire]. *J Psychology*. 2001; 5(3): 381-98. Persian.
26. Amani R. [The relationship between attachment style and social adjustment]. *J Clinical Psychology and Personality (J Behavior Knowledge)*. 2012, 19, 6: 15-26. Persian.
27. Khaghani zade M. [Assessing of mental level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran Medical Sciences University]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2006, 31-32, 141-8. Persian.
28. Noorbala AA, Bagheri SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M R. [Mental health status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011, 16.(4): 479-83. Persian.
29. Yaghobi A, Alizadeh H, Moradi F A. [Comparative Study On Mental Health, Academic Achievement And Educational Functioning In Students With And Without Attention Deficit Hyperactivity]. *Educational Psychology*. 2010, 6(16), 147-63. Persian
30. Farahbakhsh S. [The Comparison Of Secondary School Principal's Mental Health Of Isfahan And Chandigarh Cities (India)]. *Fundamentals of Mental Health*. 2005, 7(27): 99-105. Persian
31. Sahebi L. [Mental health status of hospitals staffs in Shiraz]. *Horizon Med Sci*. 2007; 12 (4): 26-33. Persian.
32. Raiisi F. [Mental health and child-rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults]. *J Behav Sci*. 2008; 2 (1):33-41. Persian.
33. Hoseini MD. [The relationship between attachment styles and religious coping styles with mental health among HIV+patients]. *J Fundamentals of Mental Health*, 2012, 53: 6-15. Persian.
34. Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage*. 2005;28(4):835-47.
35. DiTommaso E, Brannen-McNulty C, Ross L, Burgess M. Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*. 2003;35(2):303-12.
36. Mikulincer M., Shaver PR. Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *J Personality Social Psychology*, 2004, 87, 940-56.
37. Naebi-Nyia, A. [Studying the relationship between adult attachment style to parents with stress, anxiety and depression]. *J Fundamentals of Mental Health*, 2011, 13, 2(50),194-202. Persian.
38. Safford S. The relationship of attachment style and cognitive style to depression, anxiety and negative affectivity. Ph.D. Dissertation. Temple University, 2002: 12-46.
39. Rahimian Boogar E. [Relationship between adult attachment styles with job satisfaction and job stress in nurses]. *Iranian Journal Psychiatry Clinical Psychology*, 2007, 13(2), 148-57. Persian
40. Shahabizadeh F. [The role of intermediary religious confrontation in the styles of attachment towards God and mental health of parents with children having special disabilities]. *Exceptional Education*. 2012; 2(110):7-20. Persian
41. Mohammad khani Sh. [The relationship emotional intelligence and coping styles and general health]. *J Research in Psychological Health*, 2008, 2.(1). 37-47. Persian.
42. Shokri O. [The role of gender differences in coping styles with stress and mental health]. *Contemporary Psychology*, 2008, 3 (1):51-63. Persian
43. Habibi M. [The comparison of mental health status in physical education teachers and non-physical education teachers based on demographic characteristics]. *J Development Motor Learning*, 2009, 1(1): 93-114. Persian.

## Relationship between Attachment Styles and Mental Health among Nurses

<sup>1</sup>Sedigh Arfaei F. PhD.

\*<sup>2</sup>Rahimi H. PhD.

<sup>3</sup>Ghodusi Z. MA

### Abstract

**Background & Aim:** Attachment styles are among interpersonal resources that can help to reduce stress levels in adverse conditions and decrease the negative impact of stress. Attachment styles are important in predicting mental health. Therefore, the main purpose of this study was to study the relationship between attachment styles and mental health among nurses.

**Material & Methods:** It was a descriptive- correlational study. The research population included all nurses in Shahreza Amir Almomentin Hospital. Using Cochran formula, 114 nurses were selected by simple random sampling method. To gather data, two questionnaires were used including general health questionnaire (GHQ) and adult attachment inventory (AAI). Data was analyzed by inferential statistics (ANOVA, t-test and Regression analysis) using SPSS-PC (v. 19).

**Results:** The finding showed that the mean score of secure attachment style ( $3.2\pm 0.70$ ) was higher than hypothesized average (3) and avoidant ( $2.54\pm 0.76$ ) and insecure ambivalent attachment ( $2.62\pm 0.77$ ) were lower than hypothesized average (3). Also mean scores of physical symptoms ( $9.43\pm 4.46$ ), anxiety ( $9.00\pm 5.69$ ) and social symptoms ( $13.14\pm 3.56$ ) were higher than cut-off point (6) but depressive symptoms ( $4.58\pm 3.33$ ) were lower than cut-off point (6). The findings also revealed that the mean score of nurses' mental health ( $36.3\pm 11.30$ ) was higher than cut-off point (23).

**Conclusion:** The results of the study showed that attachment styles play a key role in nurses' mental health. The findings also revealed that only ambivalent attachment style had the ability to predict mental health.

**Keyword:** Mental Health, Attachment Styles, Nurses

Received: 5 March 2014

Accepted: 28 May 2014

---

<sup>1</sup> PhD of Psychology, Faculty of Hum antic Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran.

<sup>2</sup> PhD of Educational management, Faculty of Hum antic Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran  
(\*Corresponding author). Tel: +98 09133064430 Email: [dr.hamid.rahimi@gmail.com](mailto:dr.hamid.rahimi@gmail.com)

<sup>3</sup> Master student of Educational Psychology, Faculty of Hum antic Sciences, University of Kashan, Kashan, Iran.