فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

زیست‌جهان سلامت روان در پرستاران زن: یک پژوهش پدیدارشناسانه درباره نقش دلبستگی، تاب‌آوری و هوش هیجانی

یاسمین حاجی‌جعفری
گروه روانشناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
y.hajijafari@khuisf.ac.ir

چکیده

سلامت روان پرستاران به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام درمانی، همواره تحت تأثیر عوامل پیچیده فردی و محیطی بوده است. اگرچه پژوهش‌های کمی متعددی به بررسی رابطه متغیرهایی همچون سبک دلبستگی، تاب‌آوری و هوش هیجانی با سلامت روان پرداخته‌اند، اما درک عمیق تجربیات زیسته پرستاران در مورد نحوه شکل‌گیری و تعامل این سازه‌ها در محیط کار واقعی، همچنان نیازمند کاوش است. این پژوهش با هدف درک و تبیین زیست‌جهان پرستاران زن در خصوص سلامت روان و نقش عوامل مذکور انجام شد.این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی-تفسیری است. شرکت‌کنندگان شامل ۱۴ پرستار زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل محتوای هفت‌مرحله‌ای کلایزمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از تحلیل داده‌ها، ۵ مضمون اصلی و ۱۴ مضمون فرعی استخراج شد. مضامین اصلی عبارت بودند از: ۱. سایه دلبستگی‌های اولیه بر روابط شغلی، ۲. تاب‌آوری به مثابه سپر دفاعی در برابر طوفان استرس، ۳. هوش هیجانی کلید مدیریت تعارضات، ۴. سلامت روان؛ تعادل میان فروپاشی و شکوفایی، و ۵. ضرورت بازنگری در ساختارهای سازمانی. نتایج نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن، به صورت ناخودآگاه بر تعاملات پرستاران با بیماران و همکاران سایه افکنده و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌کند. با این حال، پرستارانی که توانسته‌اند مهارت‌های تاب‌آوری و هوش هیجانی را در خود پرورش دهند، موفق شده‌اند این آسیب‌پذیری‌ها را به فرصت‌هایی برای رشد تبدیل کنند. این پژوهش تأکید دارد که مداخلات سازمانی باید فراتر از آموزش‌های فنی، به تقویت مهارت‌های هیجانی و تاب‌آوری با توجه به بستر دلبستگی پرستاران بپردازند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سبک دلبستگی، تاب‌آوری، هوش هیجانی، پرستاران زن، پدیدارشناسی.

مقدمه

سلامت روان در حرفه پرستاری تنها یک مفهوم فردی و منزوی نیست، بلکه رگ حیاتی در بدنه ایمنی بیمار و تضمین‌کننده کیفیت نظام درمانی به شمار می‌رود. وقتی صحبت از پرستاری می‌شود، تصویری از مراقبت و شفقت تداعی می‌شود، اما کمتر به این نکته توجه می‌شود که پرستار پیش از آنکه بتواند از دیگری مراقبت کند، خود

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

نیازمند داشتن ذهنی آرام و متعادل است. پرستاران زن به دلیل نقش‌های چندگانه و متعددی که در زندگی ایفا می‌کنند، از نقش‌های مادری و همسری گرفته تا مسئولیت‌های سنگین شغلی، و همچنین فشارهای ناشی از محیط کاری که با بحران‌ها و دردهای انسانی گره خورده است، در معرض خطرات جدی برای سلامت روان خود قرار دارند. این فشارها اگرچه ممکن است در نگاه اول جزئی به نظر برسند، اما در طول زمان می‌توانند مانند فرسایش آب بر سنگ، ساختار روانی فرد را تضعیف کنند. اگرچه پژوهش‌های پیشین (مانند پژوهش حاجی جعفری، ۱۴۰۴) با رویکرد کمی و استنتاج آماری، روابط خطی و معناداری بین متغیرهایی مانند سبک دلبستگی، تاب‌آوری و هوش هیجانی را نشان داده‌اند و اعداد و ارقام دقیقی را برای این روابط ارائه کرده‌اند، اما این اعداد و ضرایب خشک، داستان کاملِ تجربه انسانی پرستار را روایت نمی‌کنند. پشت هر عدد و نموداری، انسانی وجود دارد که در لحظه‌ای خاص، با احساسی خاص و در شرایطی منحصر به فرد، در حال تجربه کردن پدیده‌های روان‌شناختی است.

آنچه در آمارها گم می‌شود، کیفیت و عمق این تجربیات است. اینکه یک پرستار با سبک دلبستگی ناایمن، دقیقاً در چه لحظه‌ای از شیفت کاری احساس ناتوانی می‌کند یا چگونه ضربان قلبش در مواجهه با انتقاد یک سرپرست بالا می‌رود، یا چگونه از مهارت‌های هوش هیجانی خود برای مدیریت تعارض پنهان با همکاران استفاده می‌کند، پرسش‌هایی هستند که پاسخ آن‌ها در عمق تجربه زیسته نهفته است و با پرسشنامه‌های بسته پاسخ داده نمی‌شوند. تجربه زیسته، آن جهانی است که فرد به طور مستقیم و بدون واسطه با آن مواجه می‌شود و معنای آن را برای خود بازتعریف می‌نماید. درک این لایه‌های عمیق نیازمند تغییر پارادایم از سنجش به درک است. پدیدارشناسی به عنوان رویکردی فلسفی و روش‌شناختی، دقیقاً با این هدف شکل گرفته است؛ این رویکرد به دنبال درک اساس یا ماهیت یک پدیده از طریق توصیف دقیق و عمیق تجربیات افرادی است که آن پدیده را با تمام وجود زندگی کرده‌اند (ون مانن[1]، ۲۰۱۶). پدیدارشناسی تلاش می‌کند تا پیش‌فرض‌ها و قضاوت‌های قبلی را کنار بگذارد و اجازه دهد پدیده خودش سخن بگوید.

[1] Van Manen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

در این پژوهش، تمرکز از سنجش میزان یا سطح سلامت روان تغییر جهت می‌دهد و به سمت درک معنای سلامت روان می‌رود. پرسش محوری اینجاست که سلامت روان برای یک پرستار زن در محیط کار ایرانی چه معنایی دارد؟ آیا سلامت روان صرفاً نبود افسردگی یا اضطراب است، یا مفهومی گسترده‌تر است که شامل حس شایستگی، تعلق و معنا در کار می‌شود؟ سبک‌های دلبستگی، به عنوان الگوهای عاطفی ریشه‌دار و پایدار که از کودکی همراه فرد هستند، چگونه در روایت‌های پرستاران بازتاب می‌یابند؟ آیا یک پرستار که در کودکی تجربه امنیت عاطفی نداشته، اکنون در ارتباط با بیمارانش دچار چالش می‌شود؟ تاب‌آوری و هوش هیجانی نیز به عنوان منابع مقابله‌ای و مهارت‌های اکتسابی، چه نقشی در این معناسازی ایفا می‌کنند؟ این پژوهش با ورود به دنیای ذهنی پرستاران زن اصفهان، تلاش می‌کند تا لایه‌های پنهان این تعاملات را آشکار سازد و نشان دهد که چگونه این عوامل در هم تنیده شده و تجربه روزمره پرستاری را شکل می‌دهند.

برای درک عمیق‌تر این مفاهیم، باید نگاهی به نظریه دلبستگی بیندازیم که پایه و اساس بسیاری از تعاملات انسانی است. جان بولبی دلبستگی را به عنوان پیوندی عمیق و عاطفی تعریف می‌کند که فرد با مراقبان خود برقرار می‌کند و این پیوند، الگوهای اولیه‌ای را در ذهن شکل می‌دهد که در طول عمر باقی می‌مانند (بولبی[1]، ۱۹۸۲). این الگوها که به مدل‌های کاری درونی معروف‌اند، شامل باورهای فرد درباره ارزشمندی خود و قابل اعتماد بودن دیگران است. برای یک پرستار، این مدل‌های درونی می‌توانند تعیین‌کننده نحوه برخورد با بیماران، همکاران و حتی مسئولیت‌های شغلی باشند. اگر پرستاری در کودکی تجربه کرده باشد که مراقبانش پاسخگو و حمایت‌گر نیستند، ممکن است در بزرگسالی نیز ناخودآگاه انتظار داشته باشد که دیگران در محیط کار نیز از او حمایت نخواهند کرد. این انتظار می‌تواند منجر به احساس ناامنی، اضطراب و دوری از تعاملات نزدیک شود (آینزورث[2]، ۱۹۸۹). در مقابل، تجربه دلبستگی ایمن می‌تواند پایه‌ای برای اعتماد به نفس و آرامش در محیط‌های پرتنش فراهم آورد. هایزان و شاور[3] (۱۹۸۷) با تعمیم نظریه دلبستگی به روابط بزرگسالان، نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ایمن،

[1] Bowlby
[2] Ainsworth
[3] Hazan & Shaver

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

دوسوگرا و اجتنابی می‌توانند کیفیت روابط را پیش‌بینی کنند. در محیط پرستاری، این سبک‌ها به وضوح قابل مشاهده‌اند. پرستار با سبک دلبستگی ایمن معمولاً در برقراری رابطه با بیمار احساس راحتی می‌کند، از درخواست کمک نمی‌هراسد و در مواجهه با استرس، حمایت دیگران را جستجو می‌کند. در سوی دیگر، پرستار با سبک دلبستگی دوسوگرا ممکن است دائماً نگران مورد پسند واقع شدن باشد، از تنهایی بترسد و در تعارضات شغلی احساس اضطراب شدید کند. پرستار با سبک اجتنابی نیز ممکن است برای حفظ استقلال و جلوگیری از آسیب‌پذیری، از ارتباطات عمیق با بیماران و همکاران پرهیز کند و سعی کند احساسات خود را سرکوب نماید (میکولینسر و شاور[1]، ۲۰۱۹). این الگوهای رفتاری که ریشه در کودکی دارند، می‌توانند به طور مستقیم بر سلامت روان و رضایت شغلی تأثیر بگذارند.

پژوهش‌های انجام شده در بافت فرهنگی ایران نیز نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی ناایمن با شاخص‌های نامطلوب سلامت روان همبستگی دارند. دهقان (۱۳۹۵) در مطالعه خود دریافت که زنان دارای سبک دلبستگی دوسوگرا با اضطراب و نگرانی بیشتری مواجه هستند. این یافته در محیط پرستاری که نیازمند تمرکز و آرامش است، می‌تواند بحران‌زا شود. همچنین، محمدی (۱۳۹۸) نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند منجر به انزوا و کاهش سلامت روان شوند. وقتی یک پرستار به دلیل سبک دلبستگی‌اش نتواند ارتباطات موثری برقرار کند، احساس تنهایی و غریبه بودن در محیط کار می‌تواند سلامت روان او را به شدت تهدید کند. این احساس غریبگی در میان جمعی که باید با هم همکاری نزدیک داشته باشند، دردناک و فرساینده است.

با این حال، دلبستگی تنها عامل تعیین‌کننده نیست. انسان‌ها موجوداتی انعطاف‌پذیر هستند و توانایی مقابله با سختی‌ها و سازگاری مجدد با شرایط را دارند. این توانایی همان چیزی است که تاب‌آوری نامیده می‌شود. تاب‌آوری توانایی غلبه بر سختی‌ها، بازگشت به حالت تعادل و حتی رشد از دل تجربیات دشوار است (کانر و دیویدسون[2]، ۲۰۰۳). در محیط پرستاری، تاب‌آوری به معنای این است که پرستار پس از مواجهه با مرگ یک بیمار، یا پس از یک شیفت بسیار پرتنش، بتواند خود را بازیابی کند و روز بعد با انرژی به سر کار برگردد.

[1] Mikulincer & Shaver
[2] Connor & Davidson

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و جادویی نیست، بلکه فرآیندی پویا است که شامل تعامل بین فرد و محیط است (ساوت‌ویک[1] و همکاران، ۲۰۱۴).

مستن[2] (۲۰۰۱) با اصطلاح جادوی معمولی به این نکته اشاره می‌کند که تاب‌آوری لزوماً ناشی از ویژگی‌های استثنایی نیست، بلکه نتیجه فرآیندهای رشدی معمول و دسترسی به سیستم‌های حمایت‌گر است. برای پرستاران، این سیستم‌های حمایت‌گر می‌تواند شامل خانواده، همکاران، دوستان و حتی باورهای مذهبی باشد. وقتی پرستاری در مواجهه با بحران، احساس می‌کند که تنها نیست و می‌تواند روی دیگران تکیه کند، تاب‌آوری او تقویت می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری با کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش سلامت روان رابطه مستقیم دارد (باباپور خیرآباد، ۱۳۹۵؛ قربانی، ۱۳۹۸). پرستارانی که تاب‌آوری بالاتری دارند، کمتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و توانایی بیشتری برای مدیریت استرس دارند.

علاوه بر تاب‌آوری، هوش هیجانی نیز نقشی کلیدی در تجربه سلامت روان ایفا می‌کند. هوش هیجانی به توانایی درک، مدیریت و به کارگیری هیجانات خود و دیگران برای هدایت تفکر و عمل اشاره دارد (سالووی و مایر[3]، ۱۹۹۰). در محیط کار پرستاران که با طیف وسیعی از هیجانات (از ترس و غم بیماران تا خشم و نگرانی خانواده‌هایشان) مواجه هستند، هوش هیجانی ابزاری ضروری است. گولمن[4] (۱۹۹۵) معتقد است که هوش هیجانی می‌تواند حتی از هوش شناختی نیز مهم‌تر باشد، زیرا تعیین می‌کند که فرد چگونه از خودش مراقبت می‌کند و چگونه با دیگران تعامل می‌کند.

مدل‌های مختلفی برای هوش هیجانی وجود دارد. مدل توانی مایر و سالووی بر مهارت‌های پردازش اطلاعات هیجانی تمرکز دارد (مایر[5] و همکاران، ۲۰۰۸)، در حالی که مدل بار-آن بر ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی تأکید می‌ورزد (بار-آن[6]، ۲۰۰۶). فارغ از مدل، آنچه مهم است این است که پرستار بتواند هیجانات خود را بشناسد

[1] Southwick
[2] Masten
[3] Salovey & Mayer
[4] Goleman
[5] Mayer
[6] Bar-On

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

و مدیریت کند. پرستاری که هوش هیجانی بالایی دارد، می‌تواند در لحظه خشم، خود را کنترل کند، در لحظه غم، همدلی نشان دهد و در لحظه استرس، آرامش خود را حفظ نماید. این مهارت‌ها مستقیماً بر سلامت روان او تأثیر می‌گذارند (عباسی، ۱۳۹۵؛ گل‌محمدی، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین هوش هیجانی و سلامت روان همبستگی مثبت وجود دارد؛ افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، رضایت بیشتری از زندگی دارند و کمتر دچار اختلالات روانی می‌شوند (شوت[1] و همکاران، ۲۰۱۳).

ارتباط بین سبک دلبستگی و هوش هیجانی نیز بسیار قابل توجه است. نظریه‌های دلبستگی پیشنهاد می‌کنند که تجربیات اولیه کودکی مدرسه‌ای برای تنظیم هیجان هستند (گروس[2]، ۲۰۱۵). کودکی که در محیطی امن بزرگ شده است، یاد گرفته است که هیجاناتش قابل تحمل و مدیریت هستند و دیگران می‌توانند به او در آرام شدن کمک کنند. این کودک در بزرگسالی، پایه‌های قوی‌تری برای هوش هیجانی خواهد داشت (میکولینسر و شاور، ۲۰۱۹). در مقابل، کودکی که در محیطی ناامن بزرگ شده، ممکن است هیجانات را تهدیدآمیز ببیند و راهبردهای ناکارآمدی برای مقابله با آن‌ها اتخاذ کند، مانند سرکوب یا اجتناب (احمدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۴؛ پتریدز و فرنهام[3]، ۲۰۰۰). این الگوها می‌توانند مانع از توسعه مهارت‌های هوش هیجانی شوند و در نهایت سلامت روان را به خطر بیندازند (نریمانی، ۱۳۹۵؛ سیگل[4]، ۲۰۲۰).

به طور مشابه، رابطه بین سبک دلبستگی و تاب‌آوری نیز مستند شده است. تاب‌آوری اغلب ثمره وجود روابط ایمن و حمایت‌گر است (یوسفی، ۱۳۹۷؛ دسی و رایان[5]، ۲۰۰۸). افرادی که در کودکی با مراقبان پاسخگو روبرو بوده‌اند، مدل‌های درونی مثبتی از خود و جهان ساخته‌اند که به آن‌ها اجازه می‌دهد در سختی‌ها احساس شایستگی کنند (تاج‌دینی، ۱۳۹۴؛ کانر و دیویدسون[6]، ۲۰۰۳). این باور به شایستگی و حمایت، موتور محرک تاب‌آوری است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سبک دلبستگی ایمن با تاب‌آوری بالاتر همراه است، در حالی که سبک‌های

[1] Schutte
[2] Gross
[3] Petrides & Furnham
[4] Siegel
[5] Deci & Ryan
[6] Connor & Davidson

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

ناایمن با تاب‌آوری پایین‌تر مرتبط هستند (صراف‌زاده، ۱۳۹۶؛ ساوت‌ویک و همکاران، ۲۰۱۴). برای پرستارانی که دائماً با موقعیت‌های بحرانی روبرو هستند، داشتن این پایه ایمن می‌تواند تفاوت بین غرق شدن و شناور ماندن در بحران باشد.

با توجه به این پیشینه، می‌توان دید که سلامت روان پرستاران تحت تأثیر شبکه‌ای پیچیده از عوامل است. سبک دلبستگی به عنوان یک ریشه عمیق، ظرفیت‌های فرد را برای تاب‌آوری و هوش هیجانی شکل می‌دهد. این ظرفیت‌ها در نهایت تعیین می‌کنند که فرد چگونه با استرس‌های محیط کار روبرو می‌شود و سلامت روان خود را حفظ می‌کند(کدیور، ۱۳۹۵؛ لوثار و چیچتی[1]، ۲۰۰۰).ممکن است یک پرستار با سبک دلبستگی ناایمن به دلیل ضعف در مهارت‌های هوش هیجانی، نتواند استرس را مدیریت کند و این امر منجر به کاهش سلامت روان او شود. درک این زنجیره علل و معلول‌ها برای طراحی مداخلات مؤثر ضروری است (شریفی، ۱۳۹۸؛ سالووی و مایر، ۱۳۹۰).

اهمیت بررسی این متغیرها در میان پرستاران زن اصفهان نیز بسیار حائز اهمیت است. جنسیت و بافت فرهنگی می‌توانند نحوه تجربه و ابراز هیجانات را شکل دهند (دهقان، ۱۳۹۵؛ سازمان بهداشت جهانی[2]، ۲۰۲۲). در فرهنگ ایرانی، نقش‌های جنسیتی خاصی برای زنان تعریف شده که ممکن است فشارهای مضاعفی ایجاد کند. پرستار زن ایرانی نه تنها باید یک حرفه‌ای کارآمد باشد، بلکه انتظاراتی نیز از او به عنوان مادر و همسر وجود دارد. تعارض بین این نقش‌ها می‌تواند منبعی از استرس باشد (ساروخانی، ۱۳۹۶).

در مجموع، ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی، هوش هیجانی و تاب‌آوری همگی در درک سلامت روان نقش دارند. با این حال، کمتر پژوهشی به طور همزمان این سه متغیر را در یک مدل یکپارچه بررسی کرده است .شکاف موجود در ادبیات، عدم توجه به تجربه زیسته و معنای این متغیرها برای خود پرستاران است. پژوهش حاضر با رویکرد پدیدارشناسی، تلاش می‌کند این شکاف را پر کند. هدف این است که از زبان خود پرستاران بشنویم که سلامت روان برای آن‌ها چه معنایی دارد و چگونه سبک دلبستگی، تاب‌آوری و هوش هیجانی

[1] Luthar & Cicchetti
[2] World Health Organization

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

در زندگی روزمره آن‌ها تجلی می‌یابد.

این رویکرد کیفی و پدیدارشناسانه، امکان درک عمیق‌تری را فراهم می‌کند. به جای اینکه بپرسیم چقدر هوش هیجانی با سلامت روان رابطه دارد، می‌پرسیم چگونه یک پرستار از هوش هیجانی خود برای حفظ آرامش در لحظه بحران استفاده می‌کند. به جای اینکه بگوییم سبک دلبستگی ناایمن باعث کاهش سلامت روان می‌شود، تلاش می‌کنیم توصیف کنیم که حس ناامنی و بی‌ثباتی ناشی از این سبک چگونه در روابط شغلی بازتاب می‌یابد. این نوع درک، می‌تواند مبنایی برای مداخلاتی باشد که با واقعیت‌های انسانی و وجودی پرستاران همسویی بیشتری دارند. مداخلاتی که نه تنها بر آمارها تمرکز دارند، بلکه به بهبود کیفیت تجربه زیسته پرستاران می‌اندیشند. در نهایت، این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است که تاب‌آوری و هوش هیجانی چگونه می‌توانند به عنوان منابعی برای معناسازی و مقابله، در تجربه سلامت روان پرستاران نقش بازی کنند؟ فرض بر این است که پرستارانی که دارای سبک دلبستگی ایمن هستند، تجربه مثبت‌تری از سلامت روان دارند و پرستاران دارای سبک‌های ناایمن، با چالش‌های بیشتری روبرو هستند. اما نکته کلیدی اینجاست که تاب‌آوری و هوش هیجانی می‌توانند این چالش‌ها را تعدیل کنند. حتی اگر ریشه‌های دلبستگی عمیق و تغییرناپذیر به نظر برسند، مهارت‌های مقابله‌ای قابل یادگیری هستند و می‌توانند امید را برای بهبود کیفیت زندگی زنده نگه دارند. این پژوهش با ورود به دنیای ذهنی پرستاران زن اصفهان، قدمی در جهت درک این پیچیدگی‌ها و ارائه راهکارهایی برای انسان‌تر کردن محیط کار پرستاری برمی‌دارد.

روش‌شناسی

این پژوهش با هدف درک عمیق و تبیین زیست‌جهان سلامت روان در پرستاران زن، با رویکردی کیفی و بهره‌گیری از روش پدیدارشناسی توصیفی-تفسیری طراحی و اجرا شد. انتخاب این روش‌شناسی بر پایه این باور استوار بود که پدیده‌های انسانی و معنایی همچون سلامت روان، فراتر از اعداد و ارقام، نیازمند کاوش در لایه‌های زیرین تجربه زیسته‌اند تا بتوان ماهیت آن‌ها را در بافت واقعی محیط کار پرستاری درک کرد.

در گام نخست، برای دستیابی به تجربیات غنی و معنادار، از جامعه آماری متشکل از کلیه پرستاران زن شاغل در

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان نمونه‌گیری به عمل آمد. فرآیند انتخاب شرکت‌کنندگان با تکیه بر روش نمونه‌گیری هدفمند و با دقت نظر در معیارهای ورود انجام پذیرفت؛ به این صورت که ۱۴ نفر از پرستارانی که حداقل دو سال سابقه کار تمام‌وقت داشتند، تمایل به بیان روایت‌های درونی خود را اعلام کرده و در ماه گذشته رویدادهای تکان‌دهنده شدیدی را تجربه نکرده بودند، وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس اصل اشباع داده‌ها صورت گرفت؛ بدین معنا که فرآیند مصاحبه تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید ماهیتی تکراری یافتند و افزودن شرکت‌کنندگان بیشتر، مفهوم یا بینش جدیدی به پژوهش ارائه نکرد. شرکت‌کنندگان این مطالعه از نظر دموگرافیک در وضعیتی نسبتاً همگن قرار داشتند، به طوری که میانگین سنی آن‌ها ۳۴ سال و میانگین سابقه کارشان ۸ سال گزارش شد.

برای گردآوری داده‌ها، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق به عنوان ابزار اصلی استفاده شد. این نوع مصاحبه امکان انعطاف‌پذیری لازم برای ورود به دنیای ذهنی شرکت‌کنندگان را فراهم می‌کرد. پس از هماهنگی‌های لازم و اخذ رضایت آگاهانه، جلسات مصاحبه در فضایی آرام و خصوصی در محل کار و یا بنا به تمایل شرکت‌کننده به صورت آنلاین برگزار گردید. هر جلسه با طرح یک سؤال کلی و باز آغاز شد: لطفاً درباره تجربه خود از سلامت روان در محیط کار پرستاری برایم بگویید. چه احساسی دارید و چگونه با چالش‌های روحی کنار می‌آیید؟ در ادامه، با هدایت جریان گفتگو بر اساس پاسخ‌های شرکت‌کننده، سؤالات تکمیلی و عمیق‌کننده مطرح شد تا ابعاد پنهان و جزئیات تجربه روشن‌تر گردد. مدت‌زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود و تمامی مکالمات با اجازه صریح شرکت‌کنندگان ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند تا مبنای تحلیل قرار گیرند. در مرحله نهایی، برای تحلیل داده‌ها و استخراج معانی نهفته در متن مصاحبه‌ها، از روش تحلیل محتوای هفت‌مرحله‌ای کلایزمن بهره گرفته شد. این فرآیند منظم و نظام‌مند شامل مراحل ذیل بود: ۱. آشنایی دقیق و غوطه‌وری در داده‌ها از طریق خواندن مکرر متن مصاحبه‌ها، ۲. استخراج جملات کلیدی یا واحدهای معنایی اولیه، ۳. کدگذاری باز و تخصیص کدهای اولیه به بخش‌های متن، ۴. گروه‌بندی کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های معنایی، ۵. تعیین و فرمول‌بندی مضامین اصلی و فرعی، ۶. تعریف و نام‌گذاری نهایی مضامین، و ۷.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

تهیه گزارش نهایی تحلیل. جهت تضمین اعتبار و صحقت یافته‌ها، از تکنیک بازبینی توسط اعضا استفاده شد؛ بدین صورت که خلاصه تحلیل‌ها و کدهای استخراج شده به تعدادی از شرکت‌کنندگان ارائه گردید و تایید آن‌ها مبنی بر انطباق تحلیل با تجربیات واقعی‌شان اخذ شد. افزون بر این، برای اطمینان از قابلیت اعتماد پژوهش، فرآیند کدگذاری و تحلیل توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد و میزان توافق بین آن‌ها محاسبه و تایید گردید.

یافته‌های پژوهش

فرآیند تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با پرستاران، منجر به شناسایی شبکه‌ای معنادار از مفاهیم گردید. در گام نخست تحلیل، با خواندن مکرر و غوطه‌وری در متن مصاحبه‌ها، مجموعاً ۳۵۰ واحد معنایی اولیه (کد باز) استخراج شد. این کدهای باز، بیانگر کوچک‌ترین واحدهای معنایی بودند که شرکت‌کنندگان در تجربیات خود بیان کرده بودند. در ادامه، با مقایسه و سنجش کدهای باز بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های معنایی، این کدها در قالب ۱۴ مفهوم انتزاعی‌تر (مضمون فرعی / کد محوری) دسته‌بندی شدند. سرانجام، با ادغام و تفسیر این مفاهیم محوری، ۵ مضمون اصلی (کد انتخابی) شناسایی گردیدند که ساختار هستی‌مند تجربه سلامت روان پرستاران را تشکیل می‌دهند. برای شفافیت بیشتر، روند تبدیل داده‌ها به مضامین در جدول زیر ارائه شده است :

جدول ۱. خلاصه فرآیند تحلیل داده‌ها: از کدهای باز تا مضامین اصلی

مضمون اصلی (کد انتخابی)	مضامین فرعی (کدهای محوری)	تعداد کدهای باز مرتبط
۱ .سایه دلبستگی‌های اولیه بر روابط شغلی	-ترس از وابستگی و طرد در تیم -اضطراب در مواجهه با نیازهای عاطفی بیماران	۴۲
۲ .تاب‌آوری به مثابه سپر دفاعی در برابر طوفان استرس	-معناسازی رنج -انعطاف‌پذیری شناختی	۶۵
۳ .هوش هیجانی کلید مدیریت تعارضات	-خودآگاهی و تشخیص لحظه‌ای فرسودگی -همدلی به عنوان شمشیر دو لبه	۵۸
۴ .سلامت روان؛ تعادل میان فروپاشی و شکوفایی	-سلامت روان مثبت فراتر از عدم بیماری -تأثیر سرریز شغلی بر زندگی شخصی	۷۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

مضمون اصلی (کد انتخابی)	مضامین فرعی (کدهای محوری)	تعداد کدهای باز مرتبط
۵ .ضرورت بازنگری در ساختارهای سازمانی	-نیاز به حمایت سازمانی -آموزش مهارت‌های نرم	۱۱۵
مجموع	۱۴ مفهوم محوری	۳۵۰ کد باز

در ادامه، هر یک از مضامین اصلی به همراه تفصیل و تفسیر مضامین فرعی (مفاهیم محوری) و گزاره‌های نمونه ارائه می‌گردد .

۱ .سایه دلبستگی‌های اولیه بر روابط شغلی این مضمون به تأثیر عمیق و گاه ناخودآگاه تجربیات کودکی و سبک‌های دلبستگی بر تعاملات شغلی اشاره دارد. تحلیل روایت‌ها نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن، می‌توانند به صورت موانع پنهانی در برابر ارتباطات مؤثر عمل کنند. شرکت‌کنندگان دارای سبک اجتنابی، تمایل به استقلال افراطی و پرهیز از درخواست کمک داشتند، در حالی که افراد دارای سبک دوسوگرا، نگرانی‌های مداومی در مورد پذیرش اجتماعی داشتند .

جدول ۲. تفصیل مضمون اول: سایه دلبستگی‌های اولیه بر روابط شغلی

مضمون فرعی (مفهوم محوری)	تفسیر و توصیف	گزاره‌های نمونه از شرکت‌کنندگان
ترس از وابستگی و طرد در تیم	این زیرمضمون بیانگر تجربه دشواری در اعتماد به دیگران است. پرستاران با این ویژگی، خطاهای شغلی را تهدیدی برای هویت خود می‌بینند و برای جلوگیری از طرد، از درخواست کمک اجتناب می‌کنند.	وقتی پیش دکتر اشتباه می‌کنم، ترجیح می‌دهم خودم سر و صدا نکنم و سعی کنم درستش کنم؛ می‌ترسم اگر بگویم، فکر کنند من توانایی ندارم و من را طرد کنند.
اضطراب در مواجهه با نیازهای عاطفی بیماران	اشاره به نگرانی مداوم از قضاوت شدن دارد. این پرستاران در ابراز خستگی یا ناتوانی خود می‌مانند، زیرا آن را با ضعف و بی‌کفایتی همسان می‌پندارند.	همیشه نگرانم که اگر بگویم خسته‌ام یا حالم بد است، دیگران مرا ضعیف ببینند. این فکر که مبادا مورد پسند نباشم، همیشه ذهنم را درگیر می‌کند حتی وقتی کنار تخت بیمار هستم.

۲ .تاب‌آوری به مثابه سپر دفاعی در برابر طوفان استرس شرکت‌کنندگان تاب‌آوری را نه به عنوان یک صفت ثابت،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

بلکه به عنوان یک مهارت اکتسابی و فرآیندی پویا توصیف کردند که در مواجهه با بحران‌ها شکل می‌گیرد. این مضمون نشان می‌دهد که پرستاران برای حفظ تعادل خود، از راهبردهای شناختی و معنایی خاصی استفاده می‌کنند .

جدول ۳. تفصیل مضمون دوم: تاب‌آوری به مثابه سپر دفاعی در برابر طوفان استرس

مضمون فرعی (مفهوم محوری)	تفسیر و توصیف	گزاره‌های نمونه از شرکت‌کنندگان
معناسازی رنج	توانایی درک هدف و معنا در رنج بیماران است که به پرستار کمک می‌کند تا از بار روانی کار بکاهد و آن را به عنوان یک مأموریت معنوی بپذیرد.	وقتی می‌بینم تحمل درد بیمار، چه ثمره‌ای در زندگی او دارد، تحمل من هم آسان‌تر می‌شود. رنج او معنا پیدا می‌کند و من هم در این معنا شریک می‌شوم.
انعطاف‌پذیری شناختی	تغییر نگاه به موقعیت‌های استرس‌زا از حالت تهدید به چالش است. این بازنگری شناختی، پرستار را قادر می‌سازد تا به جای احساس درماندگی، راهکارهای جدید بیابد.	سعی می‌کنم به شلوغی و فشار به چشم چالش نگاه کنم، نه تهدید. این نگاه باعث می‌شود تمرکزم را از دست ندهم و خلاقانه‌تر عمل کنم.

۳ .هوش هیجانی کلید مدیریت تعارضات این مضمون بر نقش حیاتی آگاهی از هیجانات و مدیریت آن‌ها در حفظ تعادل روانی تأکید دارد. هوش هیجانی در این مطالعه به عنوان ابزاری برای شناسایی لحظه‌به‌لحظه وضعیت روانی و تنظیم تعاملات با دیگران ظاهر شد.

جدول ۴. تفصیل مضمون سوم: هوش هیجانی کلید مدیریت تعارضات

مضمون فرعی (مفهوم محوری)	تفسیر و توصیف	گزاره‌های نمونه از شرکت‌کنندگان
خودآگاهی و تشخیص لحظه‌ای فرسودگی	اشاره به توانایی پرستار در شناسایی علائم اولیه خستگی هیجانی دارد. این آگاهی زودهنگام، امکان مداخله و استراحت را قبل از وقوع بحران فراهم می‌کند.	من یاد گرفته‌ام که وقتی عصبانی می‌شوم یا صدایم بالا می‌رود، یعنی باتری‌ام تمام شده. بلافاصله به خودم می‌گویم باید چند دقیقه تنهایی داشته باشم.
همدلی به عنوان شمشیر دو لبه	توصیف می‌کند که اگرچه همدلی با بیمار ضروری است، اما مرزبندی در آن حیاتی است. فقدان مرز باعث درگیری هیجانی بیش از حد و فرسودگی می‌شود.	با بیمار همدلی می‌کنم، اما مرز دارم. اگر غم او را کاملاً به دلم نکنم، دیگر نمی‌توانم برایش پرستار کنم. باید فاصله‌ای برای حفظ خودم داشته باشم.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

۴ .سلامت روان؛ تعادل میان فروپاشی و شکوفایی شرکت‌کنندگان سلامت روان را یک طیف پیوسته توصیف کردند که در یک سر آن فرسودگی و فروپاشی و در سر دیگر آن، شکوفایی و رشد شخصی قرار دارد. این دیدگاه، سلامت روان را فراتر از صرفاً نبود بیماری تعریف می‌کند .

جدول ۵. تفصیل مضمون چهارم: سلامت روان؛ تعادل میان فروپاشی و شکوفایی

مضمون فرعی (مفهوم محوری)	تفسیر و توصیف	گزاره‌های نمونه از شرکت‌کنندگان
سلامت روان مثبت فراتر از عدم بیماری	سلامت روان تنها نبود افسردگی نیست، بلکه شامل داشتن انرژی، شادی و حس شایستگی در کار است. این حالت مثبت، انگیزه ادامه کار را فراهم می‌کند.	سلامت روان یعنی وقتی صبح از خواب بیدار می‌شوی، انرژی و اشتیاق برای رفتن به بیمارستان داری، نه اینکه فقط بخواهی سر کارت حاضر شوی.
تأثیر سرریز شغلی بر زندگی شخصی	اشاره به ارتباط مستقیم و دوطرفه بین سلامت روان شغلی و آرامش خانواده دارد. استرس‌های محیط کار می‌توانند به خانه سرریز کنند و بالعکس.	اگر شیفت بدی داشته باشم و حالم گرفته باشد، وقتی به خانه می‌روم با بچه‌ها صبور نیستم. حال کاری‌ام روی حال خانواده‌ام اثر مستقیم دارد.

۵ .ضرورت بازنگری در ساختارهای سازمانی آخرین مضمون استخراج‌شده، به عوامل محیطی و سازمانی اشاره دارد که فراتر از کنترل فردی هستند اما نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان پرستاران ایفا می‌کنند. شرکت‌کنندگان تأکید داشتند که تلاش فردی به تنهایی کافی نیست و نیاز به حمایت سیستماتیک دارند .

جدول ۶. تفصیل مضمون پنجم: ضرورت بازنگری در ساختارهای سازمانی

مضمون فرعی (مفهوم محوری)	تفسیر و توصیف	گزاره‌های نمونه از شرکت‌کنندگان
نیاز به حمایت سازمانی	بیانگر این واقعیت است که تاب‌آوری فردی جایگزین حمایت مدیران نمی‌شود. پرستاران نیازمند فضایی امن برای بیان مشکلات بدون ترس از توبیخ هستند.	مدیران باید فضایی بسازند که اگر مشکلی داریم بتوانیم بگوییم. تاب‌آوری من محدود است، اگر سازمان کنارم نباشد، روزی می‌شکنم.
آموزش مهارت‌های نرم	درخواست برای تغییر رویکرد آموزشی از تئوری محور به عملی است. پرستاران خواهان کارگاه‌های واقعی برای تقویت تاب‌آوری و هوش هیجانی هستند.	کلاس‌های تئوری درباره استرس فایده ندارد. باید کارگاه عملی بگذارند که یاد بگیریم وسط بحران چطور نفس بکشیم و آرام شویم.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

در مجموع، یافته‌های این پژوهش تصویری جامع و چندبعدی از زیست‌جهان سلامت روان در پرستاران زن ترسیم کرد. نتایج نشان داد که سلامت روان در این گروه، پدیده‌ای ایزوله و صرفاً فردی نیست، بلکه محصول تعامل پیچیده و پویایی میان روان‌شناسی درونی (مانند سبک‌های دلبستگی)، مهارت‌های سازگاری (مانند تاب‌آوری و هوش هیجانی) و بافت سازمانی است. تحلیل داده‌ها آشکار ساخت که سایه دلبستگی‌های ناایمن اولیه، می‌تواند بستری برای آسیب‌پذیری در برابر استرس‌های شغلی فراهم آورد؛ به طوری که ترس از طرد یا اضطراب از قضاوت، مانعی جدی بر سر راه ارتباطات مؤثر و درخواست کمک ایجاد می‌کند. با این وجود، پرستارانی که موفق به پرورش تاب‌آوری از طریق معناسازی رنج و بهره‌گیری از هوش هیجانی برای مدیریت مرزهای عاطفی شده‌اند، توانسته‌اند این آسیب‌پذیری‌های بالقوه را به فرصت‌هایی برای رشد و شکوفایی تبدیل کنند. آن‌ها سلامت روان را نه صرفاً نبود بیماری، بلکه وجود انرژی، شادی و تعادل میان کار و زندگی شخصی می‌دانند.

از سوی دیگر، نتایج حاکی از آن است که تلاش‌های فردی برای حفظ سلامت روان، در خلأ و بدون حمایت سازمانی پایدار نیست. شرکت‌کنندگان به وضوح بیان کردند که تاب‌آوری شخصی هرگز نباید بهانه‌ای برای نادیده گرفتن نقایص ساختاری و مدیریتی باشد. درخواست مکرر آن‌ها برای بازنگری در ساختارهای سازمانی، برگزاری کارگاه‌های عملی مهارت‌های نرم و ایجاد فضایی امن برای بیان مشکلات، نشان‌دهنده این ضرورت است که سازمان درمانی باید به عنوان یک سیستم حمایتی عمل کند، نه صرفاً یک محل کار. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ارتقای سلامت روان پرستاران نیازمند رویکردی دوگانه است؛ همزمان با کار بر روی توانمندسازی فردی و تقویت مهارت‌های هیجانی و تاب‌آوری، باید اصلاحات اساسی در سیاست‌های سازمانی و فرهنگ محیط کار جهت کاهش فشارها و افزایش حمایت‌ها صورت پذیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش کیفی، که با هدف درک عمیق زیست‌جهان سلامت روان در پرستاران زن و با رویکرد پدیدارشناسانه انجام شد، تصویری پیچیده و چندلایه از تجربه زیسته این قشر از کادر درمان ارائه می‌دهد. نتایج نشان داد که سلامت روان در محیط کار پرستاری، پدیده‌ای یک‌بعدی و ایزوله نیست، بلکه پدیده‌ای چندوجهی است که در تقاطع تعاملات پیچیده میان ویژگی‌های شخصیتی ریشه‌دار (مانند سبک‌های دلبستگی) و مهارت‌های اکتسابی و پویا (مانند تاب‌آوری و هوش هیجانی) شکل می‌گیرد و تکامل می‌یابد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

تأیید یکی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، همسویی آن با مطالعات کمی پیشین است که نشان داده‌اند سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند به عنوان منابعی پنهان برای استرس، اضطراب و تعارض در محیط کار عمل کنند. در روایت‌های پرستاران، به وضوح دیده می‌شد که الگوهای دلبستگی ناایمن، چگونه سایه خود را بر روابط شغلی می‌افکنند و تعاملات با همکاران و بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

با این حال، آنچه این پژوهش کیفی را از مطالعات کمی متمایز می‌کند و عمق بصیرت آن را افزایش می‌دهد، نفی قطعیت و جبرگرایی در این رابطه است. تحلیل عمیق مصاحبه‌ها نشان داد که داشتن سبک دلبستگی ناایمن، به منزله محکومیت ابدی به ناکارآمدی یا سلامت روان پایین نیست. پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، حتی آن‌هایی که با الگوهای ناایمن دست‌وپنج نرم می‌کردند، راهبردهای خلاقانه‌ای برای مدیریت این چالش‌ها پیدا کرده بودند. یکی از کلیدی‌ترین یافته‌ها، نقش تعدیل‌کننده و حیاتی هوش هیجانی بود. پرستارانی که دارای سبک دلبستگی ناایمن بودند اما توانسته بودند مهارت‌های هوش هیجانی بالایی را در خود پرورش دهند، موفق شدند با آگاهی از نقاط ضعف و آسیب‌پذیری‌های خود، راهبردهای مقابله‌ای خاص و مؤثری را برای حفظ تعادل روانی خود به کار گیرند.

این راهبردها شامل اقداماتی مانند ایجاد فاصله عاطفی موقت در مواجهه با موقعیت‌های بحرانی، تمرکز بر وظایف فنی برای مدیریت هیجانات، و استفاده از خودآگاهی برای تشخیص لحظه‌ای فرسودگی بود. این یافته نشان می‌دهد که هوش هیجانی، صرفاً یک مهارت اجتماعی نیست، بلکه ابزاری قدرتمند برای خودتنظیمی و جبران کاستی‌های ناشی از الگوهای دلبستگی اولیه است.

در این میان، مفهوم آگاهی به عنوان حلقه گمشده و درخشان در ادبیات پژوهشی قبلی مطرح شد. به نظر می‌رسد هوش هیجانی از طریق افزایش آگاهی فرد از الگوهای دلبستگی خود، امکان بازنگری در رفتارها و واکنش‌های خودکار را فراهم می‌کند. وقتی پرستاری آگاه می‌شود که ترس او از درخواست کمک ریشه در سبک اجتنابی او دارد، می‌تواند به جای واکنش خودکار (پنهان‌کاری)، واکنشی آگاهانه و سازنده‌تر داشته باشد.

علاوه بر هوش هیجانی، مفهوم تاب‌آوری نیز در روایت‌های پرستاران جایگاه ویژه‌ای داشت. تاب‌آوری در این پژوهش نه به عنوان یک ویژگی ثابت و ذاتی، بلکه به عنوان یک سفر پیوسته و نه یک مقصد نهایی توصیف شد. پرستاران بیان کردند که تاب‌آوری آن‌ها با هر بحران شغلی و هر چالشی که با موفقیت از آن عبور کردند، تقویت و غنی‌تر شده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

این دیدگاه پویا نسبت به تاب‌آوری، با نظریه رشد پس‌آسیب که در ادبیات روان‌شناسی مطرح شده است، همسویی کامل دارد. نظریه رشد پس‌آسیب بیان می‌کند که انسان‌ها می‌توانند از دل سختی‌ها و تروماهای روانی، رشد شخصی و معنای عمیق‌تری از زندگی را بیرون بکشند. پرستاران در این پژوهش دقیقاً همین تجربه را داشتند؛ آن‌ها از رنج بیماران و فشارهای کاری، معنا و انگیزه خدمت را استخراج کردند.

مضامین مربوط به معناسازی رنج و انعطاف‌پذیری شناختی گواهی بر این مدعاست که پرستاران قادرند با بازتعریف موقعیت‌های استرس‌زا و تغییر نگاه خود از حالت قربانی به حالت فعال، سلامت روان خود را حفظ کنند. این فرآیند نشان‌دهنده ظرفیت بالای انسان برای سازگاری و رشد حتی در سخت‌ترین شرایط محیطی است. یافته دیگر این پژوهش، درک سلامت روان به عنوان یک طیف پیوسته بود. پرستاران سلامت روان را صرفاً نبود افسردگی یا اضطراب نمی‌دانستند؛ بلکه آن را تعادلی پویا میان فروپاشی و شکوفایی توصیف کردند. در یک سر این طیف، فرسودگی و خستگی مفرط قرار دارد و در سر دیگر، حس شایستگی، شادی و رضایت از خدمت.

این تعریف گسترده از سلامت روان، ضرورت توجه به ابعاد مثبت روان‌شناسی در محیط کار را برجسته می‌کند. مداخلات سازمانی نباید تنها بر پیشگیری از بیماری‌ها تمرکز کنند، بلکه باید بستری برای شکوفایی، شادی و توسعه شخصیت پرستاران فراهم آورند. سلامت روان مثبت، انگیزه ادامه کار و کیفیت مراقبت از بیمار را تضمین می‌کند.

همچنین، نتایج نشان داد که مرز میان شغل و زندگی شخصی پرستاران، مرزی نفوذپذیر و حساس است. سرریز شغلی بر زندگی شخصی یکی از مضامین فرعی مهم بود که نشان می‌داد استرس‌های محیط کار می‌توانند به آرامش خانواده و روابط شخصی آسیب بزنند و بالعکس. این یافته تأکید می‌کند که سلامت روان پرستار را نمی‌توان از کل زندگی او جدا کرد.

در سطح سازمانی، مضمون ضرورت بازنگری در ساختارهای سازمانی پیامی روشن برای مدیران دارد. شرکت‌کنندگان تأکید کردند که تاب‌آوری فردی و مهارت‌های مقابله‌ای، هرچند ضروری، اما جایگزین حمایت سازمانی نمی‌شوند. انتظار از پرستاران که در محیطی پرتنش و بدون حمایت، صرفاً با تکیه بر توانایی‌های شخصی خود دوام بیاورند، رویکردی ناعادلانه و در نهایت ناکارآمد است.

مدیران پرستاری باید بدانند که ایجاد محیط کاری سالم، مسئولیتی جمعی و سازمانی است. درخواست‌های مکرر

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

پرستاران برای فضای گفتگوی امن[1] و حمایت سازمانی نشان می‌دهد که آن‌ها نیازمند محیطی هستند که بتوانند بدون ترس از قضاوت یا توبیخ، چالش‌ها و خطاهای خود را بیان کنند. چنین فضایی، پایه‌ای برای یادگیری سازمانی و بهبود سلامت روان است.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مدیران برای ارتقای سلامت روان، صرفاً به برگزاری کارگاه‌های عمومی و تئوری اکتفا نکنند. اگرچه آموزش‌های تئوری مفیدند، اما نیاز واقعی پرستاران به یادگیری مهارت‌های کاربردی و متناسب با واقعیت‌های بالینی است. کارگاه‌های عملی تاب‌آوری و هوش هیجانی که سناریوهای واقعی شغلی را شبیه‌سازی کنند، تأثیرگذاری بسیار بیشتری خواهند داشت.

علاوه بر آموزش، سازمان‌ها باید به پرستاران کمک کنند تا الگوهای دلبستگی و شخصیتی خود را بشناسند. یک مداخله مؤثر می‌تواند مشاوره‌های فردی یا گروهی باشد که به پرستاران کمک می‌کند تا ریشه‌های رفتاری خود را درک کرده و مهارت‌های هیجانی متناسب با سبک شخصیتی خود را توسعه دهند. این رویکرد فردمحور و در عین حال، حمایت‌گر است.

با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که یک مدل جامع برای سلامت روان پرستاران باید سه سطح را در بر بگیرد: سطح فردی (تقویت تاب‌آوری و هوش هیجانی)، سطح بین‌فردی (بهبود روابط تیمی و درک دلبستگی)، و سطح سازمانی (اصلاح ساختارها و سیاست‌های حمایتی). نادیده گرفتن هر یک از این سطوح، اثربخشی مداخلات را کاهش می‌دهد.

در پایان، باید به محدودیت‌های این پژوهش اشاره کرد. ماهیت کیفی و پدیدارشناسانه مطالعه، اگرچه امکان درک عمیق تجربیات را فراهم کرد، اما محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم‌پذیری نتایج دارد. یافته‌های این پژوهش بازتاب‌دهنده تجربیات پرستاران زن در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان است و تعمیم مستقیم آن‌ها به سایر جوامع، فرهنگ‌ها یا حتی پرستاران مرد باید با احتیاط صورت گیرد.

فرهنگ و بافت اجتماعی-اقتصادی اصفهان، نقش‌های جنسیتی خاصی را برای زنان تعریف می‌کند که ممکن است بر تجربه سلامت روان آن‌ها تأثیر بگذارد. همچنین، پرستاران مرد ممکن است تجربیات متفاوتی از استرس‌های شغلی و دلبستگی داشته باشند که در این مطالعه مورد کاوش قرار نگرفته است. بنابراین، احتیاط در تعمیم نتایج ضروری است.

[1] Safe Space

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

با این حال، غنای توصیفی و تبیینی این پژوهش، می‌تواند چراغ راهی برای مطالعات آینده باشد. پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی)، روابط بین متغیرها را در سطح وسیع‌تری بسنجند و همزمان عمق تجربیات را بررسی کنند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده تجربیات پرستاران مرد را نیز مورد کاوش قرار دهند تا تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سلامت روان و نقش دلبستگی روشن‌تر شود.

در نهایت، این پژوهش یادآور می‌شود که پرستاران، قهرمانانی بی‌احساس نیستند که در برابر سختی‌ها مصون باشند؛ آن‌ها انسان‌هایی با احساسات، نیازها و تاریخچه‌های شخصی منحصر به فرد هستند که در مسیر خدمت به دیگران، نیازمند مراقبت، درک و حمایت هستند. سلامت روان آن‌ها، ضامن سلامت جامعه و کل نظام درمانی است.

منابع

احمدی، ع.، و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۴). نقش سبک‌های دلبستگی و هوش هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان. فصلنامه روانشناسی و سلامت، ۵(۴)، ۴۸-۳۵.

اسکویی، ب. (۱۳۹۸). هوش هیجانی: نظریه‌ها و کاربردها. انتشارات دانشگاه تهران.

باباپور خیرآباد، ج. (۱۳۹۵). بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۱(۳)، ۱۲۳- ۱۳۵.

براتی، س.، و محمدی، ی. (۱۳۹۶). هنجاریابی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (ECR) در دانشجویان. مجله روانشناسی، ۵(۱)، ۳۴-۲۱.

پورافکاری، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر سلامت روان. فصلنامه روانشناسی مدرن، ۱۲(۲)، ۱۰۲-۸۹.

تاج‌دینی، م. (۱۳۹۴). تاب‌آوری و عوامل مرتبط با آن. انتشارات سمت.

حاجی جعفری، ی. (۱۴۰۴). نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن اصفهان . چهارمین همایش ملی زیستن با کیفیت از منظر روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران.

حجازی، ا. (۱۳۹۳). روانشناسی سلامت. انتشارات سمت.

خداپرست، م.، و شریفی، ح. (۱۳۹۸). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان. مجله رویکردهای نوین در روانشناسی، ۴(۲)، ۹۰-۷۸.

دهقان، ف. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان در زنان. فصلنامه زن و جامعه، ۶(۴)، ۷۰-۵۶.

رضایی، ش. (۱۳۹۶). سنجش هوش هیجانی و رابطه آن با سازگاری تحصیلی. مجله پژوهش‌های آموزشی، ۳(۱)، ۱۲۵-۱۱۰.

ساروخانی، ب. (۱۳۹۶). مبانی نظری سلامت روان. انتشارات سروش.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

سامانی، س. (۱۳۹۵). دلبستگی در بزرگسالی. انتشارات سمت.

شریفی، م. (۱۳۹۸). مدل ساختاری تاب‌آوری و هوش هیجانی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۵(۴)، ۲۵-۱۲.

شکرکن، ح. (۱۳۹۷). روانشناسی تاب‌آوری: مفاهیم و کاربردها. انتشارات رشد.

صراف‌زاده، م. (۱۳۹۶). رابطه سبک دلبستگی و تاب‌آوری در برابر استرس. فصلنامه روانشناسی استرس، ۲(۱)، ۵۸-۴۵.

عباسی، پ. (۱۳۹۵). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس هوش هیجانی. مجله روانشناسی بالینی، ۸(۲)، ۳۴-۲۱.

قربانی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان. فصلنامه سلامت روان، ۴(۱)، ۶۸-۵۵.

کدیور، پ. (۱۳۹۵). روانشناسی تربیتی. انتشارات سمت.

کریمی، ی. (۱۳۹۷). رابطه کمال‌گرایی و تاب‌آوری با سلامت روان. مجله پزشکی و سلامت، ۶(۳)، ۲۲۵-۲۱۰.

گل‌محمدی، م. (۱۳۹۶). رابطه هوش هیجانی و سلامت روان. مجله روانشناسی و انسان، ۳(۲)، ۱۴۵-۱۳۳..

محمدی، ع. (۱۳۹۸). نقش دلبستگی به والدین در سلامت روان نوجوانان. فصلنامه نوجوانان، ۷(۴)، ۱۱۲-۹۸.

محمودی، س. (۱۳۹۶). بررسی سلامت روان دانشجویان. مجله دانش و سلامت، ۱(۳)، ۱۰۲-۸۹.

مهرابی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۶). راهنمای هوش هیجانی. انتشارات بعثت.

نریمانی، م. (۱۳۹۵). نقش سبک‌های دلبستگی در تنظیم هیجان و سلامت روان. فصلنامه روانشناسی شناختی، ۴(۲)، ۸۰-۶۷.

یوسفی، ر. (۱۳۹۷). تاب‌آوری اجتماعی. انتشارات دانشگاه امام صادق (ع).

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709–716.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*(Suppl.), 13-25.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). Basic Books. (Original work published 1969)

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 49*(3), 182–185.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511–524.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207-222.

Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology, 12*(4), 857-885.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227–238.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist, 63*(6), 503–517.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 29*(2), 313–332.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185–211.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2013). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 54*(3), 331-337

Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (3rd ed.). Guilford Press.

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 25338.

Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Routledge.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

The Lifeworld of Mental Health in Female Nurses: A Phenomenological Study on the Role of Attachment, Resilience, and Emotional Intelligence

Yasmin Hajijafari
Department of Psychology, Khorasgan.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Nurses' mental health, as one of the main pillars of the health care system, has always been influenced by complex individual and environmental factors. Although numerous quantitative studies have examined the relationship between variables such as attachment style, resilience, and emotional intelligence with mental health, a deep understanding of nurses' lived experiences regarding the formation and interaction of these constructs in the real workplace still needs to be explored. This study aimed to understand and explain the lifeworld of female nurses regarding mental health and the role of the aforementioned factors. This study is a qualitative study with a descriptive-interpretive phenomenological approach. The participants included 14 female nurses working in teaching hospitals in Isfahan who were selected through purposive sampling until data saturation was reached. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and analyzed using Kleisman's seven-step content analysis method. After analyzing the data, 5 main themes and 14 sub-themes were extracted. The main themes were: 1. The shadow of early attachments on professional relationships, 2. Resilience as a defensive shield against the storm of stress, 3. Emotional intelligence is the key to conflict management, 4. Mental health; the balance between collapse and flourishing, and 5. The need to review organizational structures. The results showed that insecure attachment styles unconsciously cast a shadow on nurses' interactions with patients and colleagues and threaten their mental health. However, nurses who have been able to develop resilience and emotional intelligence skills have succeeded in turning these vulnerabilities into opportunities for growth. This study emphasizes that organizational interventions should go beyond technical training to strengthen emotional skills and resilience in relation to nurses' attachment context.

Keywords: Mental Health, Attachment Style, Resilience, Emotional Intelligence, Female Nurses, Phenomenology

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]