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

نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن اصفهان

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

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن شهر اصفهان انجام شد. روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و به صورت کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آن‌ها ۳۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و طبقه‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (ECR)، سلامت روان (GHQ-28)، تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) و هوش هیجانی شات (SSUEI) استفاده شد. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری) تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و اضطرابی) با سلامت روان همبستگی منفی و معنادار، و بین تاب‌آوری و هوش هیجانی با سلامت روان همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که تاب‌آوری و هوش هیجانی به طور همزمان نقش میانجی معناداری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان ایفا می‌کنند؛ به این معنا که سبک‌های دلبستگی ناایمن با کاهش تاب‌آوری و هوش هیجانی، منجر به کاهش سلامت روان می‌شوند. بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که تقویت مهارت‌های تاب‌آوری و هوش هیجانی می‌تواند اثرات منفی سبک‌های دلبستگی ناایمن بر سلامت روان پرستاران را تعدیل کرده و به عنوان راهکاری مؤثر برای ارتقای بهداشت روان در این قشر شغلی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، سبک‌های دلبستگی، تاب‌آوری، هوش هیجانی، پرستاران زن.

مقدمه

سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد اساسی وجودی انسان، نقشی بنیادین در کیفیت زندگی، کارایی اجتماعی و تعادل عاطفی افراد ایفا می‌کند و سازمان بهداشت جهانی در جدیدین گزارش خود، سلامت روان را حالتی از رفاهی می‌داند که در آن فرد توانایی‌های خود را شناخته، با استرس‌های معمول زندگی کنار می‌آید و به طور مؤثر و سودمند در جامعه کار می‌کند (سازمان بهداشت جهانی[1]، ۲۰۲۲؛ ساروخانی، ۱۳۹۶). این تعریف گسترده، سلامت روان را صرفاً فقدان بیماری تلقی نمی‌کند، بلکه آن را به عنوان یک پویایی مثبت و سازنده در نظر می‌گیرد که شامل احساس رضایت از زندگی، تسلط بر محیط و رشد شخصی است (کیز[2]، ۲۰۰۲؛

[1] World Health Organization
[2] Keyes

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

رضایی، ۱۳۹۶). در میان جوامع مختلف، توجه به سلامت روان اقشار شاغل، به ویژه آنهایی که با فشارهای روانی بالا مواجه هستند، از اهمیت دوچندانی برخوردار است. در این میان، پرستاران به عنوان خط مقدم نظام درمانی، نقشی حیاتی در مراقبت از بیماران ایفا می‌کنند و به طور مداوم با موقعیت‌های استرس‌زا، دردهای جسمی و روانی بیماران و محیط‌های کاری پرفشار روبرو هستند (حجازی، ۱۳۹۳؛ بارلو[1]، ۲۰۲۱). این شرایط چالش‌برانگیز، پرستاران را در معرض خطر فرسودگی شغلی، اضطراب و کاهش سلامت روان قرار می‌دهد که می‌تواند تأثیرات مخربی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران داشته باشد. بنابراین، شناسایی عواملی که می‌توانند به عنوان محافظ یا پیش‌بین در برابر این آسیب‌ها عمل کنند، ضروری انکارناپذیری است (محمودی، ۱۳۹۶؛ انجمن روانشناسی آمریکا[2]، ۲۰۲۲).

یکی از مهم‌ترین سازه‌های روان‌شناختی که در سال‌های اخیر توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده، سبک‌های دلبستگی هستند که ریشه در نظریه‌های جان بولبی دارند. بولبی دلبستگی را به عنوان پیوند عاطفی عمیقی تعریف می‌کند که فرد با مراقبان خاص خود برقرار می‌کند و الگوهای رفتاری و ذهنی اولیه را شکل می‌دهد که در طول عمر تداوم می‌یابند (بولبی[3]، ۱۹۸۲؛ سامانی، ۱۳۹۵). این الگوهای اولیه، که به عنوان «مدل‌های کاری درونی» شناخته می‌شوند، شامل باورهای فرد درباره ارزشمندی خود و قابل اعتماد بودن دیگران است و نحوه تعامل فرد را در روابط بزرگسالی، از جمله روابط عاطفی و حرفه‌ای، هدایت می‌کند (آینزورث[4]، ۱۹۸۹؛ نریمانی، ۱۳۹۵). هایزان و شاور[5] (۱۹۸۷) این مفهوم را به روابط بزرگسالان تعمیم دادند و نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده کیفیت روابط و سازگاری عاطفی باشند. پژوهش‌های متعددی در بافت فرهنگی ایران نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی ناایمن با شاخص‌های نامطلوب سلامت روان همبستگی معناداری دارند؛ به طوری که افراد دارای سبک دلبستگی دوسوگرا اغلب با اضطراب و نگرانی بیشتری مواجه هستند و افراد دارای سبک اجتنابی ممکن است در برقراری ارتباطات نزدیک دچار مشکل شوند که این امر می‌تواند منجر به انزوا و کاهش سلامت روان شود (دهقان، ۱۳۹۵؛ محمدی، ۱۳۹۸؛ میکولینسر و شاور[6]، ۲۰۱۹).

[1] Barlow
[2] American Psychological Association
[3] Bowlby
[4] Ainsworth
[5] Hazan & Shaver
[6] Mikulincer & Shaver

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

در میان متغیرهای مرتبط با سلامت روان، تاب‌آوری به عنوان یکی از قوی‌ترین سازه‌های محافظت‌کننده شناخته می‌شود. تاب‌آوری توانایی انسان برای غلبه بر سختی‌ها، سازگاری مجدد با شرایط دشوار و بازگشت به حالت تعادل روانی پس از تجربه یک رویداد آسیب‌زا است (کانر و دیویدسون[1]، ۲۰۰۳؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۲۲). مستن (مستن[2]، ۲۰۰۱) در توصیف این پدیده از اصطلاح «جادوی معمولی» استفاده می‌کند تا نشان دهد که تاب‌آوری لزوماً ویژگی‌ای استثنایی و نادر نیست، بلکه نتیجه فرآیندهای رشدی معمول و سیستم‌های حمایت‌گر است. در محیط‌های پرستاری که با استرس‌های مداوم همراه است، تاب‌آوری به پرستاران کمک می‌کند تا بدون آسیب‌پذیری شدید، از تجربیات دشوار عبور کنند و حتی از آن‌ها رشد کنند (ساوت‌ویک[3] و همکاران، ۲۰۱۴؛ شکرکن، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری با کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش شاخص‌های سلامت روان مثبت رابطه مستقیم دارد (باباپور خیرآباد، ۱۳۹۵؛ قربانی، ۱۳۹۸؛ لوثار و چیچتی[4]، ۲۰۰۰). با این حال، مکانیسم‌های دقیقی که از طریق آن تاب‌آوری بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد، پیچیده است و به عوامل فردی و محیطی متکی است.

علاوه بر تاب‌آوری، هوش هیجانی به عنوان یکی دیگر از متغیرهای کلیدی در پیش‌بینی سلامت روان و موفقیت شغلی مطرح شده است. هوش هیجانی به توانایی‌های فرد در درک، مدیریت و به کارگیری هیجانات خود و دیگران برای هدایت تفکر و عمل اشاره دارد (سالووی و مایر[5]، ۱۹۹۰؛ اسکویی، ۱۳۹۸). گولمن[6] (۱۹۹۵) با محبوب کردن این مفهوم، نشان داد که هوش هیجانی می‌تواند حتی از هوش شناختی[7] در پیش‌بینی موفقیت‌های زندگی و سلامت روان نقش مهم‌تری ایفا کند. مدل‌های مختلفی برای هوش هیجانی وجود دارد؛ از جمله مدل توانی مایر و سالووی که بر مهارت‌های پردازش اطلاعات هیجانی تمرکز دارد (مایر[8] و همکاران، ۲۰۰۸) و مدل ترکیبی بار-آن که بر ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی مرتبط با عملکرد هیجانی تأکید می‌ورزد (بار-آن[9]، ۲۰۰۶). در محیط کار پرستاران، هوش هیجانی بالا به آن‌ها اجازه می‌دهد تا در مواجهه با بیماران و همکاران، واکنش‌های هیجانی مناسبی داشته باشند، استرس را بهتر مدیریت کنند و تعارضات شغلی را کاهش

[1] Connor & Davidson
[2] Masten
[3] Southwick
[4] Luthar & Cicchetti
[5] Salovey & Mayer
[6] Goleman
[7] IQ
[8] Mayer
[9] Bar-On

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

دهند (پورافکاری، ۱۳۹۷؛ زیدنر[1] و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بین هوش هیجانی و سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، کمتر در معرض اختلالات روانی قرار می‌گیرند و رضایت بیشتری از زندگی دارند (عباسی، ۱۳۹۵؛ گل‌محمدی، ۱۳۹۶؛ شوت[2] و همکاران، ۲۰۱۳).

ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و هوش هیجانی نیز موضوعی است که در ادبیات پژوهشی مورد توجه قرار گرفته است. نظریه‌های دلبستگی پیشنهاد می‌کنند که تجربیات اولیه کودکی در تنظیم هیجان نقش اساسی دارند (گروس[3]، ۲۰۱۵). افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، معمولاً یاد گرفته‌اند که هیجانات خود را به طور مؤثر تنظیم کنند و برای آرامش خود به دیگران تکیه کنند، که این امر پایه‌های هوش هیجانی را شکل می‌دهد (میکولینسر و شاور، ۲۰۱۹؛ مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۶). در مقابل، افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن ممکن است در تشخیص و مدیریت هیجانات دچار مشکل شوند؛ برای مثال، افراد دوسوگرا ممکن است غرق در هیجانات منفی شوند و افراد اجتنابی ممکن است از تجربه هیجانات فرار کنند (احمدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۴؛ پتریدز و فرنهام[4]، ۲۰۰۰). این الگوهای تنظیم هیجان ناکارآمد می‌تواند مانع از توسعه مهارت‌های هوش هیجانی شود و در نهایت سلامت روان را به خطر بیندازد (نریمانی، ۱۳۹۵؛ سیگل[5]، ۲۰۲۰). بنابراین، انتظار می‌رود که سبک دلبستگی ایمن با هوش هیجانی بالاتر و سلامت روان بهتر مرتبط باشد، در حالی که سبک‌های ناایمن پیش‌بینی‌کننده هوش هیجانی پایین‌تر و مشکلات سلامت روان باشند.

از سوی دیگر، رابطه بین سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری نیز به خوبی مستند شده است. تاب‌آوری اغلب به عنوان نتیجه‌ای از وجود روابط ایمن و حمایت‌گر در طول زندگی دیده می‌شود (یوسفی، ۱۳۹۷؛ دسی و رایان[6]، ۲۰۰۸). افرادی که در کودکی با مراقبان پاسخگو و حمایت‌گر روبرو بوده‌اند، مدل‌های درونی مثبتی از خود و جهان ساخته‌اند که به آن‌ها اجازه می‌دهد در مواجهه با سختی‌های بزرگسالی، احساس شایستگی کنند و منابعی را برای مقابله فعالانه بسیج کنند (تاج‌دینی، ۱۳۹۴؛ کانر و دیویدسون[7]، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سبک دلبستگی ایمن با تاب‌آوری بالاتر همبستگی دارد، در حالی که سبک‌های دلبستگی ناایمن،

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

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

به ویژه سبک اجتنابی، می‌تواند با تاب‌آوری پایین‌تر و استفاده از سازوکارهای مقابله‌ای ناکارآمد همراه باشد (صراف‌زاده، ۱۳۹۶؛ ساوت‌ویک[1] و همکاران، ۲۰۱۴). در میان پرستاران، که نیاز به مقابله مداوم با موقعیت‌های بحرانی دارند، داشتن یک پایه دلبستگی ایمن می‌تواند منبعی مهم برای تاب‌آوری و حفظ سلامت روان در برابر فرسودگی شغلی باشد (کریمی، ۱۳۹۷؛ ریف[2]، ۱۹۸۹).

با توجه به آنچه گفته شد، سلامت روان پرستاران تحت تأثیر پیچیده‌ای از عوامل روان‌شناختی قرار دارد. اگرچه تأثیر مستقیم سبک‌های دلبستگی بر سلامت روان قابل انکار نیست، اما به نظر می‌رسد این تأثیر از طریق متغیرهای میانجی مانند تاب‌آوری و هوش هیجانی منتقل می‌شود. به عبارت دیگر، سبک دلبستگی فرد می‌تواند ظرفیت‌های او برای تاب‌آوری و هوش هیجانی را شکل دهد و این ظرفیت‌ها در نهایت تعیین می‌کنند که فرد تا چه حد سلامت روان خود را در محیط‌های پرفشار حفظ کند. مدل‌های میانجی‌گری در پژوهش‌های اخیر روانشناسی سلامت بسیار مورد توجه قرار گرفته‌اند زیرا آن‌ها به درک بهتر فرآیندهای روان‌شناختی پنهان کمک می‌کنند. برای مثال، ممکن است یک پرستار با سبک دلبستگی ناایمن به دلیل ضعف در مهارت‌های هوش هیجانی، نتواند استرس محل کار را به خوبی مدیریت کند و این امر منجر به کاهش سلامت روان او شود، حتی اگر از نظر بالینی در حال حاضر بیمار نباشد.

اهمیت بررسی این متغیرها در میان پرستاران زن اصفهان نیز نکته قابل تأملی است. جنسیت و بافت فرهنگی می‌توانند نحوه تجربه و ابراز هیجانات و همچنین سبک‌های دلبستگی را تحت تأثیر قرار دهند. در فرهنگ ایرانی، نقش‌های جنسیتی خاصی برای زنان تعریف شده که ممکن است فشارهای مضاعفی را بر پرستاران زن تحمیل کند؛ فشارهایی که ناشی از تعارض بین نقش حرفه‌ای و نقش‌های خانوادگی است. علاوه بر این، ساختارهای اجتماعی و اقتصادی شهر اصفهان و شرایط بیمارستان‌های این شهر می‌تواند چالش‌های منحصر به فردی را برای کارکنان ایجاد کند. بنابراین، پژوهشی که به طور خاص بر این جمعیت متمرکز باشد، می‌تواند بینش‌های ارزشمندی برای سیاست‌گذاران سلامت و مدیران بیمارستانی فراهم کند تا برنامه‌های مداخله‌ای مؤثری برای ارتقای سلامت روان این قشر زحمتکش طراحی کنند.

در مجموع، ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که سبک‌های دلبستگی، هوش هیجانی و تاب‌آوری همگی اجزای کلیدی در درک سلامت روان هستند. با این حال، کمتر پژوهشی به طور همزمان این سه متغیر را در

[1] Southwick
[2] Ryff

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

یک مدل ساختاری برای پیش‌بینی سلامت روان پرستاران بررسی کرده است. پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف نظری و تجربی، به بررسی نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن اصفهان می‌پردازد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند کمک شایانی به شناسایی مکانیسم‌های دقیق تأثیرگذاری بر سلامت روان پرستاران کند و مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی جهت تقویت تاب‌آوری و هوش هیجانی، و در نتیجه بهبود سلامت روان و کیفیت خدمات پرستاری فراهم آورد.

علاوه بر جنبه‌های نظری، پژوهش حاضر از نظر کاربردی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. با شناخت نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی، می‌توان کارگاه‌های آموزشی ویژه‌ای برای پرستاران طراحی کرد که بر تقویت این مهارت‌ها تمرکز دارند. چنین مداخلاتی می‌توانند به پرستاران کمک کنند تا صرفاً با تغییر سبک دلبستگی—که اغلب در برابر تغییر مقاوم است —مواجه نشوند، بلکه با تقویت مهارت‌های قابل یادگیری مانند هوش هیجانی و تاب‌آوری، اثرات منفی دلبستگی‌های ناایمن را جبران کنند. این رویکرد مبتنی بر نقاط قوت، با رویکردهای نوین روانشناسی مثبت‌گرا که بر رشد و شکوفایی تأکید دارند، همسویی زیادی دارد. همچنین، توجه به سلامت روان پرستاران یک مسئولیت اخلاقی و سازمانی است؛ زیرا نیروی انسانی سالم و با نشاط، پیش‌شرط اصلی برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت است (عباسی، ۱۳۹۵؛ ساوت‌ویک[1] و همکاران، ۲۰۱۴).

در نهایت، با توجه به پیشینه پژوهشی و ضرورت‌های موجود، مطالعه حاضر در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که آیا تاب‌آوری و هوش هیجانی می‌توانند رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان را در میان پرستاران زن تبیین کنند؟ فرضیه اصلی پژوهش آن است که سبک‌های دلبستگی ایمن از طریق افزایش تاب‌آوری و هوش هیجانی، با سلامت روان بالاتر رابطه مثبت دارد، در حالی که سبک‌های دلبستگی ناایمن با کاهش تاب‌آوری و هوش هیجانی، منجر به کاهش سلامت روان می‌شوند. آزمون این فرضیه می‌تواند گام مهمی در جهت درک پیچیدگی‌های روان‌شناختی حرفه پرستاری و ارائه راهکارهای علمی برای ارتقای بهداشت روان در این حرفه باشد.

[1] Southwick

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

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و از حیث گردآوری داده‌ها و ماهیت روابط بین متغیرها، از نوع توصیفی-همبستگی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان با نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در میان پرستاران زن شهر اصفهان طراحی و اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش و با فرض قدرت آزمون ۰.۹۰ و سطح معناداری ۰.۰۵، و با در نظر گرفتن اثر ساختاری در مدل‌سازی معادلات، از فرمول کوکران برای جوامع نامحدود استفاده شد که حجم نمونه اولیه ۳۸۴ نفر برآورد گردید. با این حال، جهت اطمینان بیشتر و پوشش احتمال ریزش نمونه‌ها یا پرسشنامه‌های ناقص، تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و طبقه‌ای (بر اساس بخش‌های مختلف بیمارستانی) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار تمام‌وقت در پرستاری و تمایل به همکاری در پژوهش بود و معیار خروج، عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها یا داشتن سابقه بیماری روان‌پزشکی تشخیص داده شده و تحت درمان بود .

جهت گردآوری داده‌ها از چهار پرسشنامه استاندارد استفاده شد که همگی دارای روایی و پایایی مطلوب در پژوهش‌های داخلی و خارجی هستند. ابزار اول، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان[1] بود که توسط برنان و همکاران توسعه یافته و در ایران توسط براتی و محمدی (۱۳۹۶) هنجاریابی شده است. این پرسشنامه ۳۶ گویه دارد و دو بعد دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی را می‌سنجد که نشان‌دهنده سبک‌های دلبستگی ناایمن هستند؛ به طوری که نمرات پایین در هر دو بعد نشان‌دهنده سبک دلبستگی ایمن است. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. ابزار دوم، پرسشنامه سلامت روان[2] بود که توسط گلدبرگ و هیلر طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد و چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید را ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سلامت روان پایین‌تر (یا اختلال بیشتر) است که جهت تفسیر راحت‌تر، نمره‌ها در تحلیل‌های پژوهش حاضر معکوس در نظر گرفته شد تا نمره بالاتر بیانگر سلامت روان بهتر باشد.

[1] ECR
[2] GHQ-28

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

ابزار سوم، پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون[1] بود که شامل ۲۵ گویه و پنج بعد (سخاوت در روابط، کنترل خود، پایداری، اعتماد به تلاش و معنویت) است. این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده و در ایران توسط محمدی و همکاران روایی و پایایی مناسبی گزارش شده است. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از صفر تا چهار) نمره‌گذاری می‌شوند که نمره کل بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. ابزار چهارم، پرسشنامه هوش هیجانی شات[2] بود که شامل ۳۳ گویه و پنج بعد (ادراک هیجانات، مدیریت هیجانات خود، مدیریت هیجانات دیگر، بهره‌برداری از هیجانات) است. این پرسشنامه بر اساس مدل توانی هوش هیجانی استوار است و در پژوهش حاضر از نسخه فارسی استاندارد شده توسط اسکویی (۱۳۹۸) استفاده شد که روایی سازه و پایایی آن (آلفای کرونباخ ۰.۸۵) تأیید شده است .

پس از اخذ مجوز های لازم، پژوهشگر با مراجعه حضوری به بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و توضیح اهداف مطالعه برای پرستاران واجد شرایط، رضایت آگاهانه آن‌ها را اخذ نمود. توزیع پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی و در زمان‌های استراحت پرستاران انجام شد تا کیفیت پاسخ‌گویی تحت تأثیر فشار کاری قرار نگیرد. برای رعایت اصول اخلاقی، تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان ناشناس و محرمانه ماند و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش حق انصراف داشتند. در نهایت، از میان ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۸۵ پرسشنامه تکمیل شده بازگردانده شد که برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس[3] نسخه ۱۶و آموس[4] نسخه ۲۴ شدند. برای بررسی داده‌های مفقوده، از روش میانگین ساده استفاده شد و نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی بررسی گردید که همگی در محدوده مجاز (±۲) قرار داشتند. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در سطح استنباطی، ابتدا ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد و سپس برای آزمون مدل میانجی‌گری از مدل‌سازی معادلات ساختاری[5] با روش برآورد

[1] CD-RISC
[2] SSUEI
[3] SPSS
[4] AMOS
[5] SEM

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

حداقل مربعات جزئی استفاده شد. جهت ارزیابی برازش مدل از شاخص‌های کای-دو[1] ، شاخص برازش تطبیقی [2]، شاخص برازش_افزایشی[3] و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[4] استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۱۶و آموس نسخه ۲۴ در این بخش بیان میگردد. در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش برای نمونه‌ای متشکل از ۳۸۵ پرستار زن ارائه شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، مقادیر چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها در محدوده مجاز (±۲) قرار دارند که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها و مناسب بودن آن‌ها برای استفاده از آمار استنباطی پارامتریک است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
دلبستگی اجتنابی	۳.۴۵	۱.۱۲	۰.۴۵	-۰.۲۱
دلبستگی اضطرابی	۳.۸۲	۱.۰۵	۰.۵۲	-۰.۱۵
تاب‌آوری	۶۵.۴۰	۱۲.۳۵	-۰.۶۸	۰.۳۳
هوش هیجانی	۱۰۵.۲۰	۱۴.۸۰	-۰.۴۲	۰.۱۸
سلامت روان	۷۸.۶۵	۱۵.۱۰	-۰.۵۵	۰.۲۹

به منظور بررسی روابط اولیه بین متغیرهای پژوهش، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج ارائه شده در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و اضطرابی) با سلامت روان همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ($P < ۰.۰۱$). به عبارت دیگر، با افزایش نمرات دلبستگی اجتنابی و اضطرابی، سلامت روان پرستاران کاهش می‌یابد. در مقابل، بین تاب‌آوری و هوش هیجانی با سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد ($P < ۰.۰۱$)، که نشان می‌دهد پرستارانی که تاب‌آوری و هوش هیجانی بالاتری دارند، سلامت روان مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند. همچنین بین سبک‌های دلبستگی ناایمن با تاب‌آوری و هوش هیجانی همبستگی منفی معنادار به دست آمد.

[1] CMIN/DF
[2] CFI
[3] IFI
[4] RMSEA

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

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱ .دلبستگی اجتنابی	۱				
۲ .دلبستگی اضطرابی	۰.۵۵	۱			
۳ .تاب‌آوری	-۰.۴۲	-۰.۴۸	۱		
۴ .هوش هیجانی	-۰.۳۸	-۰.۴۵	۰.۶۲	۱	
۵ .سلامت روان	-۰.۴۵	-۰.۵۲	۰.۶۸	۰.۷۱	۱

$P < 0.01$ (همبستگی در سطح ۰.۰۱ معنادار است).

جهت آزمون فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان، از مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل در جدول شماره ۳ گزارش شده است. بر اساس نتایج، مقدار کای-دو تقسیم بر درجات آزادی برابر با ۲.۸۵ به دست آمد که کمتر از ۳ است و نشان‌دهنده برازش خوب مدل است. شاخص‌های CFI و IFI به ترتیب ۰.۹۵ و ۰.۹۴ محاسبه شدند که بالاتر از ۰.۹ هستند و شاخص RMSEA برابر با ۰.۰۶۸ گزارش شد که در محدوده مطلوب (کمتر از ۰.۰۸) قرار دارد. مجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهد که مدل مفهومی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مناسبی دارد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و ساختاری

شاخص برازش	مقدار	تفسیر
CMIN/DF	۲.۸۵	مطلوب
CFI	۰.۹۵	مطلوب
IFI	۰.۹۴	مطلوب
RMSEA	۰.۰۶۸	مطلوب

در ادامه، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک در جدول شماره ۴ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که سبک دلبستگی اجتنابی اثر مستقیم و منفی معناداری بر سلامت روان دارد ($\beta = -0.25, P < 0.01$). همچنین اثر مستقیم سبک دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان نیز منفی و معنادار است ($\beta = -0.30, P < 0.01$). این نتایج تأیید می‌کند که سبک‌های دلبستگی ناایمن به طور مستقیم سلامت روان را تضعیف می‌کنند.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن قادرند از طریق تاب‌آوری و هوش هیجانی نیز بر سلامت روان تأثیر بگذارند. اثر غیرمستقیم سبک دلبستگی اجتنابی بر سلامت روان از طریق میانجی

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

تاب‌آوری و هوش هیجانی برابر با ۰.۲۰- و اثر غیرمستقیم سبک دلبستگی اضطرابی برابر با ۰.۲۲- به دست آمد که هر دو معنادار هستند ($P < ۰.۰۱$). این بدان معناست که بخشی از اثرات مخرب سبک‌های دلبستگی ناایمن بر سلامت روان، به دلیل کاهش تاب‌آوری و هوش هیجانی در افراد دارای این سبک‌ها است.

همچنین بررسی اثرات مستقیم نشان داد که تاب‌آوری ($\beta = 0.35, P < 0.01$) و هوش هیجانی ($\beta = 0.40, P < 0.01$) اثر مستقیم و مثبت معناداری بر سلامت روان دارند. بنابراین، نقش میانجی‌گری این دو متغیر تأیید شد.

جدول ۴. ضرایب مسیر استاندارد شده (اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل)

مسیر	اثر مستقیم(β)	اثر غیرمستقیم(β)	اثر کل (β)	سطح معناداری(P)
دلبستگی اجتنابی ⟶ سلامت روان	-۰.۲۵	-۰.۲۰	-۰.۴۵	۰.۰۰۱
دلبستگی اضطرابی ⟶ سلامت روان	-۰.۳۰	-۰.۲۲	-۰.۵۲	۰.۰۰۱
دلبستگی اجتنابی ⟶ تاب‌آوری	-۰.۳۵	-	-۰.۳۵	۰.۰۰۱
دلبستگی اضطرابی ⟶ تاب‌آوری	-۰.۴۰	-	-۰.۴۰	۰.۰۰۱
دلبستگی اجتنابی ⟶ هوش هیجانی	-۰.۳۰	-	-۰.۳۰	۰.۰۰۱
دلبستگی اضطرابی ⟶ هوش هیجانی	-۰.۳۵	-	-۰.۳۵	۰.۰۰۱
تاب‌آوری ⟶ سلامت روان	۰.۳۵	-	۰.۳۵	۰.۰۰۱
هوش هیجانی ⟶ سلامت روان	۰.۴۰	-	۰.۴۰	۰.۰۰۱

بر اساس نتایج به دست آمده، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان تأیید شد. نتایج نشان داد که پرستارانی که دارای سبک‌های دلبستگی ایمن هستند (نمرات پایین در ابعاد اجتنابی و اضطرابی)، از سطح بالاتری از تاب‌آوری و هوش هیجانی برخوردارند و این امر منجر به ارتقای سلامت روان آن‌ها شده است. در مقابل، پرستاران دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و اضطرابی) در تنظیم هیجان و مقابله با استرس‌های محیط کار دچار مشکل می‌شوند که این امر با کاهش تاب‌آوری و هوش هیجانی همراه است و در نهایت سلامت روان آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

اثرات غیرمستقیم معنادار نشان داد که تاب‌آوری و هوش هیجانی مکانیسم‌های مهمی هستند که از طریق آن‌ها سبک‌های دلبستگی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر، سبک دلبستگی ناایمن با کاهش توانایی‌های فردی در مدیریت هیجان و مقابله با سختی‌ها، بستر را برای کاهش سلامت روان فراهم می‌کند.

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن شهر اصفهان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است و فرضیه اصلی مطرح شده مبنی بر میانجی بودن تاب‌آوری و هوش هیجانی تأیید گردید. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان گفت که سبک‌های دلبستگی به عنوان ساختارهای بنیادین شخصیت، نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه مواجهه فرد با استرس‌ها و چالش‌های شغلی ایفا می‌کنند. همان‌طور که نتایج نشان داد، پرستارانی که دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و اضطرابی) بودند، سطح سلامت روان پایین‌تری را گزارش کردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دهقان (۱۳۹۵) و میکولینسر و شاور (۲۰۱۹) همسو است که نشان داده‌اند مدل‌های کاری درونی منفی ناشی از دلبستگی ناایمن، فرد را مستعد اضطراب، افسردگی و ناکارآمدی در روابط بین فردی می‌کند. در محیط پرستاری که نیازمند تعاملات پربسامد و حساس با بیماران و همکاران است، داشتن باورهای منفی درباره خود و دیگران می‌تواند منجر به فرسودگی سریع‌تر و کاهش سلامت روان شود.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، نقش میانجی تاب‌آوری در این رابطه بود. نتایج نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن با کاهش تاب‌آوری همراه است و این کاهش تاب‌آوری به نوبه خود سلامت روان را تضعیف می‌کند. تفسیر این امر آن است که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، به دلیل تجربیات مثبت اولیه با مراقبان، اعتماد به نفس و باور به حمایت دیگران را درونی کرده‌اند که به آن‌ها اجازه می‌دهد در مواجهه با سختی‌های محیط کار، منابع درونی و بیرونی را برای مقابله فعالانه بسیج کنند. در مقابل، پرستاران دارای سبک دلبستگی ناایمن، به ویژه سبک اجتنابی، ممکن است در مواجهه با استرس‌های شغلی احساس درماندگی کنند و از درخواست کمک یا استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر اجتناب ورزند. این یافته با نظریه «جادوی معمولی» مستن (۲۰۰۱) که تاب‌آوری را حاصل سیستم‌های حمایت‌گر می‌داند، همخوانی دارد و نشان می‌دهد که پرستاران برای حفظ سلامت روان خود در محیط‌های پرفشار، نیازمند تقویت مهارت‌های تاب‌آوری هستند تا بتوانند اثرات منفی الگوهای دلبستگی ناایمن را جبران کنند.

علاوه بر تاب‌آوری، هوش هیجانی نیز به عنوان یک میانجی کلیدی شناسایی شد. نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های دلبستگی ناایمن با هوش هیجانی پایین‌تر رابطه دارد و هوش هیجانی پایین نیز پیش‌بینی‌کننده

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

سلامت روان ضعیف‌تر است. این امر نشان می‌دهد که توانایی درک و مدیریت هیجانات، مهارتی است که ریشه در تجربیات اولیه دلبستگی دارد. پرستارانی که سبک دلبستگی ایمن دارند، بهتر می‌توانند هیجانات خود و بیماران را تنظیم کنند و در موقعیت‌های تنش‌زا، واکنش‌های هیجانی مناسبی نشان دهند. در مقابل، پرستاران دارای سبک دلبستگی اضطرابی ممکن است به راحتی تحت تأثیر هیجانات منفی قرار گیرند و دچار آشفتگی شوند، در حالی که افراد دارای سبک اجتنابی ممکن است از مواجهه با هیجانات طفره بروند که هر دو الگو می‌تواند منجر به تعارضات شغلی و کاهش سلامت روان شود. این نتایج با پژوهش‌های سالووی و مایر (۱۹۹۰) و گولمن (۱۹۹۵) که بر نقش حیاتی هوش هیجانی در موفقیت شغلی و سلامت روان تأکید دارند، مطابقت دارد.

بررسی اثرات غیرمستقیم در مدل معادلات ساختاری نشان داد که بخش قابل توجهی از اثرات سبک‌های دلبستگی بر سلامت روان، از طریق تاب‌آوری و هوش هیجانی منتقل می‌شود. این کشف اهمیت راهبردهای تنظیم هیجان و مقابله با استرس را در تبیین سلامت روان پرستاران برجسته می‌کند. به عبارت دیگر، سبک دلبستگی به تنهایی تعیین‌کننده سرنوشت روانی فرد نیست، بلکه مهارت‌هایی که فرد در طول زندگی کسب می‌کند (مانند تاب‌آوری و هوش هیجانی) می‌توانند به عنوان واسطه عمل کرده و اثرات دلبستگی را تعدیل یا تشدید کنند. این دیدگاه با رویکردهای نوین روانشناسی سلامت که بر نقش عوامل محافظت‌کننده و قابل تغییر تأکید دارند، همسویی دارد و نشان می‌دهد که حتی اگر پرستاری سبک دلبستگی ناایمن داشته باشد، می‌تواند با آموزش و تقویت مهارت‌های هیجانی و تاب‌آوری، سلامت روان خود را ارتقا دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر در بافت فرهنگی و جمعیت شناختی پرستاران زن اصفهان اهمیت ویژه‌ای دارد. نتایج نشان داد که این قشر از جامعه، به دلیل فشارهای ناشی از نقش‌های همزمان (مادری، همسری و پرستاری) و شرایط خاص محیط کار، نیازمند توجه ویژه‌ای به سلامت روان خود هستند. نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی در این جمعیت نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی می‌توان بسیار مؤثر واقع شوند. با توجه به اینکه تغییر سبک دلبستگی (که ساختاری نسبتاً پایدار است) دشوار است، اما تاب‌آوری و هوش هیجانی مهارت‌های قابل یادگیری هستند، مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این زمینه‌ها، به پرستاران کمک کنند تا ابزارهای مؤثری برای مدیریت استرس و حفظ تعادل هیجانی کسب کنند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاران نظام سلامت دارد. توجه به سلامت روان پرستاران نه تنها یک ضرورت اخلاقی، بلکه یک نیاز عملی برای تضمین کیفیت مراقبت از بیماران است.

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

پرستارانی که سلامت روان بالاتری دارند، با انگیزه‌تر، دلسوزتر و با خطای کمتری به وظایف خود می‌پردازند. بنابراین، سرمایه‌گذاری در برنامه‌هایی که هدف آن‌ها تقویت تاب‌آوری و هوش هیجانی کارکنان است، می‌تواند در بلندمدت هزینه‌های ناشی از غیبت کاری، جابجایی کارکنان و خطاهای پزشکی را کاهش دهد و به بهبود شاخص‌های کلی سلامت جامعه منجر شود.

مقایسه اثرات تاب‌آوری و هوش هیجانی در مدل پژوهش نشان داد که اگرچه هر دو متغیر نقش میانجی مهمی دارند، اما هوش هیجانی اثر مستقیم کمی قوی‌تری بر سلامت روان داشته است. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که هوش هیجانی مستقیماً بر تعاملات روزمره و لحظه‌ای با بیماران و همکاران تأثیر می‌گذارد و به پرستار کمک می‌کند تا تنش‌ها را در لحظه مدیریت کند. در مقابل، تاب‌آوری بیشتر به عنوان یک منبع ذخیره‌ای برای مقابله با بحران‌های بزرگ‌تر و طولانی‌مدت عمل می‌کند. با این حال، تعامل این دو مکانیسم برای سلامت روان ضروری است؛ زیرا هوش هیجانی به مدیریت لحظه‌ای استرس کمک می‌کند و تاب‌آوری به بازگشت به تعادل پس از وقوع حوادث آسیب‌زا.

یافته‌های مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه است که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند. نخست، پژوهش حاضر از روش توصیفی-همبستگی استفاده کرده است و بنابراین نمی‌تواند روابط علی و معلولی را با قطعیت اثبات کند. اگرچه مدل ساختاری برازش خوبی داشت، اما پژوهش‌های تجربی و طولی برای تأیید بیشتر روابط پیشنهاد می‌شود. دوم، جمع‌آوری داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی انجام شد که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی (مانند تمایل به ارائه تصویر اجتماعی مطلوب) قرار گرفته باشد. سوم، پژوهش محدود به پرستاران زن شهر اصفهان بود و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های شغلی، پرستاران مرد یا مناطق جغرافیایی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

با وجود این محدودیت‌ها، پژوهش حاضر نخستین مطالعه‌ای است که به طور همزمان نقش میانجی تاب‌آوری و هوش هیجانی را در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سلامت روان در میان پرستاران زن ایرانی بررسی کرده است. نتایج پژوهش حاضر شکاف موجود در ادبیات پژوهشی را پر کرده و مدلی جامع برای درک تعامل پیچیده بین متغیرهای اولیه (دلبستگی) و متغیرهای فرآیندی (تاب‌آوری و هوش هیجانی) در پیش‌بینی پیامد سلامت روان ارائه داده است. این مدل می‌تواند به عنوان چارچوبی برای پژوهش‌های آینده در زمینه روانشناسی سلامت شغلی مورد استفاده قرار گیرد.

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

بر اساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که در فرآیند استخدام و گزینش پرستاران، علاوه بر مهارت‌های فنی، به معیارهای روان‌شناختی مانند هوش هیجانی و تاب‌آوری نیز توجه شود. همچنین، طراحی دوره‌های آموزشی ضمن خدمت با تمرکز بر تقویت خودآگاهی، همدلی و مهارت‌های مقابله با استرس می‌تواند به ارتقای سلامت روان این قشر کمک کند. پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی مداخلات مبتنی بر تقویت تاب‌آوری و هوش هیجانی را بر کاهش فرسودگی شغلی و بهبود سلامت روان پرستاران به صورت آزمایشی بررسی کنند.

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روان پرستاران تابعی پیچیده از تعامل بین ویژگی‌های شخصیتی پایدار (مانند سبک دلبستگی) و مهارت‌های قابل یادگیری (مانند تاب‌آوری و هوش هیجانی) است. اگرچه سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند زمینه‌ساز آسیب‌پذیری باشند، اما تقویت مهارت‌های هیجانی و تاب‌آوری می‌تواند به عنوان سپری دفاعی عمل کرده و پرستاران را در برابر چالش‌های فرساینده شغل پرستاری محافظت کند. توجه به این ابعاد در برنامه‌های سلامت شغلی، گامی اساسی در جهت ایجاد نظام سلامت پویا و پایدار 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)، ۱۳۵-۱۲۳.

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)، ۸۹- ۱۰۲.

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

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.

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

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

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. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709

American Psychological Association. (2022). *APA dictionary of psychology*. https://dictionary.apa.org/resilience

Barlow, D. H. (2021). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6th ed.). Guilford Press.

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. https://doi.org/10.1002/da.10113

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. https://doi.org/10.1037/a0012801

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

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. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.1004081

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511–524. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

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. https://doi.org/10.1017/S0954579400004156

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist, 63*(6), 503-517. https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503

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*(4), 713-725.

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

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*(3), 185-211. https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Thorsteinsson, E. B. (2013). Increasing emotional intelligence through training: A systematic review. *International Journal of Emotional Education, 5*(1), 27-47.

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. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338

Sternberg, R. J. (2020). *Handbook of intelligence* (3rd ed.). Cambridge University Press.

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

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being, 4*(1), 1–30.

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

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

The Mediating Role of Resilience and Emotional Intelligence in The Relationship between Attachment Styles and Mental Health among Female Nurses in Isfahan

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

Abstract
The present study aimed to investigate the mediating role of resilience and emotional intelligence in the relationship between attachment styles and mental health among female nurses in Isfahan. The research method was descriptive-correlational and applied. The statistical population of the study included all female nurses working in educational and therapeutic hospitals in Isfahan in 1404, from which 385 people were selected using a convenient and stratified sampling method. Adult Attachment Styles (ECR), Mental Health (GHQ-28), Connor-Davidson Resilience (CD-RISC), and Schott Emotional Intelligence (SSUEI) questionnaires were used to collect data. The obtained data were analyzed using SPSS-26 and AMOS-24 software and at two levels of descriptive and inferential statistics (Pearson correlation coefficient and structural equation modeling). The results showed that there is a negative and significant correlation between insecure attachment styles (avoidant and anxious) and mental health, and a positive and significant correlation between resilience and emotional intelligence and mental health. The results of structural equation modeling also showed that resilience and emotional intelligence simultaneously play a significant mediating role in the relationship between attachment styles and mental health; meaning that insecure attachment styles lead to a decrease in mental health by reducing resilience and emotional intelligence. Based on the research findings, it can be concluded that strengthening resilience and emotional intelligence skills can moderate the negative effects of insecure attachment styles on the mental health of nurses and can be used as an effective strategy to promote mental health in this occupational group.

Keywords: Mental Health, Attachment Styles, Resilience, Emotional Intelligence, Female Nurses.

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