Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 5, Issue 1, PP 1-19

The Relationship Between Attachment Styles and Mental Health among Nurses: The Mediating Role of Defense Mechanisms

1. Pantea Pejman: MSc, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran
2. Davoud Hosseini Talari*: Assistant Professor of Psychosomatic Medicine, Department of Psychiatry, Ayatollah Rouhani Hospital, Babol Faculty of Medical Sciences, Babylon, Iran
3. Maryam Golpir: MSc, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

*Corresponding Author's Email: d.hosseini@mubabol.ac.ir

Received: 2026-04-01 Revised: 2026-06-23 Accepted: 2026-06-30 Initial Publish: 2026-11-10 Final Publish: 2027-04-21



How to Cite: Pejman, P., Hosseini Talari, D., & Golpir, M. (2027). The Relationship Between Attachment Styles and Mental Health among Nurses: The Mediating Role of Defense Mechanisms. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-19.

Abstract

Introduction and Aim: Nurses are continuously exposed to occupational stressors, emotional strain, heavy workloads, and direct contact with patients' suffering and death, which makes their mental health a major concern in healthcare systems. This study aimed to examine the relationship between attachment styles and mental health among nurses, with defense mechanisms as mediating variables.

Methodology: This applied study used a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population included all nurses working at Rouhani Hospital in Babol during 2022–2023, totaling 560 individuals. Using convenience sampling, 225 nurses were initially selected, and after excluding incomplete questionnaires, data from 209 participants were analyzed. Data were collected using Goldberg's General Health Questionnaire, Collins and Read's Attachment Styles Questionnaire, and Andrews' Defense Style Questionnaire. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Pearson correlation, regression analysis, and path analysis through SPSS software at the 0.05 significance level.

Findings: The results showed that secure attachment had a significant direct negative effect on nurses' mental health problems, whereas avoidant attachment had a significant direct positive effect. However, the direct effect of anxious attachment on mental health was not significant. Avoidant and anxious attachment styles had significant positive effects on immature and neurotic defense styles and significant negative effects on mature defense style. Moreover, immature and neurotic defense styles had significant positive effects on mental health problems, while mature defense style had a significant negative effect. Path analysis indicated that avoidant and anxious attachment styles had significant positive indirect effects on nurses' mental health through defense mechanisms, whereas the indirect effect of secure attachment through defense mechanisms was not significant.

Conclusion: The findings indicate that insecure attachment styles, particularly avoidant and anxious attachment, can impair nurses' mental health through the activation of maladaptive defense mechanisms. Accordingly, psychological and educational interventions aimed at strengthening mature defense mechanisms and reducing immature and neurotic defenses may contribute to improving nurses' mental health.

Keywords: Attachment styles, mental health, defense mechanisms, nurses, path analysis

Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Nurses constitute one of the most important professional groups in healthcare systems because the quality, continuity, and safety of patient care are closely related to their psychological functioning. Nursing is widely recognized as a demanding occupation in which employees are repeatedly exposed to heavy workloads, emotional pressure, patient suffering, death, role conflict, shift work, and organizational stressors (Spector, 2021; Stelnicki & Carleton, 2020). In addition, nurses are expected not only to provide physical care but also to respond to patients' emotional and psychological needs, while evidence shows that mental health knowledge gaps and learning needs remain important issues in nursing practice (McInnes et al., 2022). Therefore, identifying psychological factors that may protect nurses' mental health or increase their vulnerability is essential for both clinical practice and workforce sustainability. Among these factors, attachment style has attracted considerable attention as a deep interpersonal and emotional pattern that shapes how individuals experience stress, regulate emotions, seek support, and interpret relationships. Adult attachment has been consistently associated with mental health outcomes, and meta-analytic evidence indicates that insecure attachment is linked with greater psychological distress, depression, anxiety, and poorer adjustment (Zhang et al., 2022). Recent studies have also shown that insecure attachment predicts poorer mental health during crises and is associated with burnout, disrupted schemas, help-seeking difficulties, loneliness, and maladaptive interpersonal functioning (Nottage et al., 2022; Tiller et al., 2025; Vowels et al., 2022; Vowels et al., 2023; Wong & Denson, 2025). Attachment insecurity has also been examined in couples, women's relational and sexual functioning, patients with chronic illness, and technology-related interpersonal behaviors, confirming its broad relevance for psychological well-being (Doostdari et al., 2024; Karaköse & Ledermann, 2026; Kokka et al., 2025; Sun & Miller, 2023). From a developmental viewpoint, early caregiving experiences, temperament, and attachment narratives influence later emotion regulation and interpersonal adaptation (Bahtiyar-Saygan et al., 2025; Farrer et al., 2025). In parallel, defense mechanisms are central psychological processes through which individuals manage internal conflict, anxiety, and threatening emotions. Mature defenses are generally adaptive, whereas neurotic and immature defenses may contribute to distress, interpersonal dysfunction, and psychopathology (Di Giuseppe et al., 2019; Vaillant, 2020). Empirical studies have shown that attachment, mentalization, and defense mechanisms are closely connected, and that insecure attachment is often associated with less adaptive defenses (Bekes et al., 2021; Prunas et al., 2019; Tanzilli et al., 2021). Path-analytic evidence further suggests that attachment styles and defense mechanisms jointly influence psychological distress (Ciocca et al., 2020). Studies among healthcare-related populations have also demonstrated links between defenses, coping, resilience, compassion satisfaction, and compassion fatigue (Panfil et al., 2020; Shehata & Elsheikh, 2023). Iranian evidence has similarly highlighted the relationships among attachment, mental health, emotional dysregulation, aggression, alexithymia, and defensive mechanisms (Esmaeili, 2023; Khodaparast & Khodaparast, 2022; Nasiri et al., 2020). Considering the demanding nature of nursing and the theoretical connection between attachment insecurity, defensive functioning, and psychological symptoms, the present study aimed to examine the relationship between attachment styles and nurses' mental health, with defense mechanisms as mediating variables.

Methodology

This applied study used a descriptive-correlational design based on structural equation modeling and path analysis. The statistical population consisted of all nurses working at Rouhani Hospital in Babol during 2022–2023. According to hospital records, the population included 560 nurses. Based on the Morgan table and sample-size considerations for structural equation modeling, 225 participants were initially selected through convenience sampling. After incomplete or distorted questionnaires were removed, the final sample included 209 nurses. Inclusion criteria included employment at Rouhani Hospital, having at least an associate degree, and willingness to participate in the research. Data were collected through both field and online procedures after coordination with the university and hospital authorities. Participants were informed about the purpose of the study and the method of responding to the questionnaires. The research instruments included Goldberg's 28-item General Health Questionnaire for assessing mental health symptoms, Collins and Read's Attachment Styles Questionnaire for measuring secure, avoidant, and anxious/ambivalent attachment styles, and Andrews' Defense Style Questionnaire for assessing mature, neurotic, and immature defense styles. Reliability was examined using Cronbach's alpha in a pilot sample, and the

values indicated acceptable internal consistency for the instruments and subscales. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation, regression analysis, and path analysis through SPSS. The significance level for statistical testing was set at 0.05.

Findings

Descriptive findings showed that the largest age group consisted of nurses aged 31 to 35 years, and the smallest groups were those aged 20 to 25 years and older than 40 years. Of the 209 participants, 125 were women and 84 were men. In terms of marital status, 144 participants were married and 65 were single. The mean total mental health score was 38.278 with a standard deviation of 16.380. Among the mental health dimensions, social functioning had the highest mean score, while depressive symptoms had the lowest mean score. Among defense styles, the mature defense style had the highest mean, followed by the neurotic and immature defense styles. The mean scores of secure attachment, avoidant attachment, and anxious/ambivalent attachment were also reported in the descriptive analysis. Before path analysis, assumptions including normality, linearity, and absence of problematic multicollinearity were examined and confirmed. The direct-effect results showed that secure attachment had a significant negative effect on mental health problems among nurses, with B = -0.342, β = -0.163, t = -2.078, and p = 0.038. Avoidant attachment had a significant positive effect on mental health problems, with B = 1.276, β = 0.258, t = 5.090, and p = 0.001. However, anxious attachment did not have a significant direct effect on mental health problems, with B = -0.031, β = -0.011, t = -0.290, and p = 0.772. Avoidant attachment had significant positive effects on immature and neurotic defense styles and a significant negative effect on mature defense style. Anxious attachment also had significant positive effects on immature and neurotic defense styles and a significant negative effect on mature defense style. The direct effects of secure attachment on the three defense styles were not significant. Furthermore, immature defense style had a significant positive effect on mental health problems, with B = 1.762, β = 0.226, t = 7.283, and p = 0.001. Neurotic defense style also had a significant positive effect on mental health problems, with B = 2.163, β = 0.381, t = 12.071, and p = 0.001. Mature defense style had a significant negative effect on mental health problems, with B = -1.659, β = -0.267, t = -5.312, and p = 0.001. The mediation results showed that avoidant attachment had significant positive indirect effects on nurses' mental health problems through immature, mature, and neurotic defense styles. Anxious attachment also had significant positive indirect effects on nurses' mental health problems through these defense styles. However, the indirect effects of secure attachment on mental health through defense styles were not significant.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that attachment styles and defense mechanisms are important psychological determinants of nurses' mental health. Secure attachment showed a protective role by reducing mental health problems, whereas avoidant attachment emerged as a risk factor with a stronger direct effect than secure attachment. This suggests that nurses who tend to avoid emotional closeness, suppress attachment needs, or rely on interpersonal distancing may be more vulnerable to psychological symptoms in stressful clinical environments. The nonsignificant direct effect of anxious attachment does not necessarily mean that anxious attachment is irrelevant; rather, the mediation findings suggest that its impact may operate primarily through defensive functioning. In other words, anxious attachment may influence mental health indirectly by increasing reliance on immature and neurotic defenses and reducing mature defenses. The results also demonstrate that defense styles are central mechanisms in nurses' psychological adjustment. Immature and neurotic defenses increased mental health problems, whereas mature defenses reduced them. This pattern suggests that how nurses manage internal conflict, emotional pressure, and interpersonal stress can either protect or undermine their psychological well-being. The mediating role of defense mechanisms provides a more integrated explanation of the relationship between attachment and mental health: insecure attachment may create emotional vulnerability, while maladaptive defenses transform this vulnerability into psychological symptoms. Overall, the study supports the view that mental health among nurses is not only affected by occupational demands but also by deeper emotional and personality-based mechanisms. The findings highlight the need for preventive and therapeutic interventions that strengthen mature defenses, improve emotional awareness, enhance interpersonal trust, and reduce maladaptive defensive responses. Such interventions may help nurses cope more effectively with workplace stress, preserve

psychological functioning, and maintain the quality of patient care.

رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی

۱. پانته آ پژمان: کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد آیت ا... آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران
۲. داوود حسینی تالاری*: استادیار طب روان تنی، گروه روانپزشکی، بیمارستان آیت الله روحانی، دانشکده علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. مریم گلپیر: کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد آیت ا... آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: d.hosseini@mubabol.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۱۲ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۲ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۸/۱۹ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱



نحوه استناددهی: پژمان، پانته آ.، حسینی تالاری، داوود.، و گلپیر، مریم. (۱۴۰۶). رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۵(۱)، ۱۹-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: سلامت روان پرستاران به دلیل مواجهه مستمر با فشارهای شغلی، تنش‌های هیجانی، بار کاری سنگین و تماس مستقیم با رنج و مرگ بیماران، از مهم‌ترین مسائل نظام سلامت محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی بود.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران بیمارستان روحانی شهر بابل در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به تعداد ۵۶۰ نفر بود که از میان آنان، ۲۲۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش، داده‌های ۲۰۹ نفر تحلیل شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید، و پرسشنامه سبک دفاعی آندروز بود. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، همبستگی پیرسون، رگرسیون و تحلیل مسیر در نرم‌افزار SPSS و در سطح معناداری ۰.۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد دلبستگی ایمن اثر مستقیم و منفی معناداری بر سلامت روان پرستاران داشت، در حالی که دلبستگی اجتنابی اثر مستقیم و مثبت معناداری بر سلامت روان نشان داد؛ اما اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان معنادار نبود. دلبستگی اجتنابی و اضطرابی اثر مثبت معناداری بر سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده و اثر منفی معناداری بر سبک دفاعی رشدیافته داشتند. همچنین سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده اثر مثبت معنادار و سبک دفاعی رشدیافته اثر منفی معناداری بر سلامت روان داشتند. تحلیل مسیر نشان داد دلبستگی اجتنابی و اضطرابی از طریق سبک‌های دفاعی بر سلامت روان اثر غیرمستقیم مثبت معنادار دارند؛ اما اثر غیرمستقیم دلبستگی ایمن از طریق سبک‌های دفاعی معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه دلبستگی اجتنابی و اضطرابی، از طریق فعال‌سازی مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمد می‌توانند سلامت روان پرستاران را تضعیف کنند. بنابراین، مداخلات آموزشی و روان‌شناختی متمرکز بر ارتقای سبک‌های دفاعی رشدیافته و کاهش دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده می‌تواند در بهبود سلامت روان پرستاران مؤثر باشد.

کلیدواژگان: سبک‌های دلبستگی، سلامت روان، مکانیزم‌های دفاعی، پرستاران، تحلیل مسیر

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

سلامت روان پرستاران یکی از محورهای بنیادین کیفیت مراقبت سلامت، ایمنی بیمار و پایداری نیروی انسانی در نظام درمانی است. پرستاران در خط مقدم مراقبت قرار دارند و به دلیل تماس مداوم با بیماران، خانواده‌ها، درد، مرگ، فوریت‌های بالینی، کمبود منابع و فشارهای سازمانی، در معرض سطوح بالایی از تنش‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرند. ماهیت حرفه پرستاری به گونه‌ای است که علاوه بر نیاز به مهارت‌های تخصصی، مستلزم ظرفیت بالای تنظیم هیجان، تحمل ابهام، تصمیم‌گیری سریع، ارتباط مؤثر و مدیریت همزمان نیازهای جسمانی و روانی بیماران است. ازاین‌رو، سلامت روان پرستاران نه‌تنها به عنوان یک متغیر فردی، بلکه به عنوان یک شاخص مهم سازمانی و حرفه‌ای باید مورد توجه قرار گیرد. در ادبیات اخیر، پرستاری به عنوان یکی از مشاغل سخت و پرتنش معرفی شده است که فرسودگی، اضطراب، افسردگی، اختلال خواب و نشانه‌های روان‌تنی در آن شیوع قابل توجهی دارد (Spector, 2021; Stelnicki & Carleton, 2020). همچنین، پرستاران مراقبت‌های اولیه در بسیاری از نظام‌های سلامت، با شکاف‌های دانشی و آموزشی در حوزه سلامت روان مواجه‌اند و همین امر می‌تواند توان آنان را برای شناسایی، مدیریت و حتی مراقبت از سلامت روان خود کاهش دهد (McInnes et al., 2022).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان در گروه‌های حرفه‌ای افزایش یافته است. بخشی از این توجه ناشی از آن است که فشارهای شغلی به تنهایی نمی‌توانند تفاوت‌های فردی در میزان آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری روان‌شناختی را توضیح دهند. در یک محیط کاری مشابه، برخی پرستاران در برابر تنش‌های شغلی سازگارانه‌تر عمل می‌کنند، در حالی که برخی دیگر دچار فرسودگی، اضطراب، کناره‌گیری عاطفی یا اختلال در عملکرد بین‌فردی می‌شوند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که متغیرهای درون‌فردی، الگوهای رابطه‌ای، تاریخچه دلبستگی، سبک‌های دفاعی و راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند در تبیین سلامت روان پرستاران نقش اساسی داشته باشند. بر اساس مدل تقاضاها و منابع شغلی، بهزیستی و تاب‌آوری کارکنان محصول تعامل میان فشارهای شغلی و منابع فردی و اجتماعی است؛ بنابراین، شناخت منابع روان‌شناختی و سازوکارهای آسیب‌پذیری در حرفه‌های پرفشار، ضرورتی پژوهشی و کاربردی محسوب می‌شود (Huang et al., 2019).

یکی از چارچوب‌های نظری مهم برای تبیین تفاوت‌های فردی در سلامت روان، نظریه دلبستگی است. دلبستگی، الگویی نسبتاً پایدار از ادراک فرد نسبت به خود، دیگران و روابط نزدیک است که در بستر تعاملات اولیه با مراقبان شکل می‌گیرد و در سراسر زندگی بر تنظیم هیجان، جست‌وجوی حمایت، اعتماد بین‌فردی و واکنش به تهدید اثر می‌گذارد. دلبستگی ایمن معمولاً با احساس ارزشمندی، اعتماد به دیگران، توانایی درخواست کمک، تحمل صمیمیت و تنظیم هیجان سازگارانه همراه است؛ در مقابل، دلبستگی ناایمن، اعم از اجتنابی و اضطرابی، با الگوهایی از بی‌اعتمادی، ترس از طرد، اجتناب از نزدیکی، حساسیت به تهدیدهای رابطه‌ای و دشواری در تنظیم هیجان شناخته می‌شود. در مدل‌های جدید آسیب‌شناسی روانی، چرخه ناایمن دلبستگی به صورت فرایندی پویا در نظر گرفته می‌شود که در آن، انتظار منفی از رابطه، واکنش‌های دفاعی، شکست در دریافت حمایت و تشدید نشانه‌های روان‌شناختی یکدیگر را تقویت می‌کنند (Kobak & Bosmans, 2019).

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که دلبستگی بزرگسالان ارتباط معناداری با سلامت روان دارد. فراتحلیل‌ها بیانگر آن هستند که دلبستگی ناایمن با سطوح بالاتر اضطراب، افسردگی، پریشانی روان‌شناختی و آسیب‌پذیری هیجانی مرتبط است و دلبستگی ایمن به عنوان عامل محافظتی عمل می‌کند (Zhang et al., 2022). در شرایط بحرانی نیز این رابطه برجسته‌تر می‌شود؛ برای مثال، در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، اضطراب دلبستگی با پیامدهای نامطلوب‌تر سلامت روان همراه بوده و پژوهش‌های طولی و تحلیلی به سمت تبیین رابطه علّی میان سبک‌های دلبستگی و سلامت روان حرکت کرده‌اند (Vowels et al., 2022; Vowels et al., 2023). در جمعیت‌های زوجی نیز دلبستگی ناایمن با کیفیت پایین‌تر سلامت روان و افزایش تعارض‌های هیجانی همراه بوده است (Karaköse & Ledermann, 2026). این یافته‌ها نشان می‌دهد که دلبستگی فقط یک ویژگی رابطه‌ای نیست، بلکه سازوکاری بنیادی برای فهم آسیب‌پذیری روان‌شناختی در موقعیت‌های فشارزا محسوب می‌شود.

اهمیت دلبستگی در سلامت روان فقط به جمعیت‌های عمومی محدود نیست، بلکه در گروه‌های بالینی و حرفه‌ای نیز گزارش شده است. در میان متخصصان سلامت روان، دلبستگی ناایمن با فرسودگی شغلی ارتباط داشته و این رابطه از طریق بازنمایی‌های مراقبتی و طرحواره‌های شناختی مختل قابل تبیین است (Wong & Denson, 2025). در افراد دارای روان‌پریشی، سبک دلبستگی می‌تواند تنظیم هیجان، کمک‌جویی و روند بهبودی را پیش‌بینی کند (Tiller et al., 2025). در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیز دلبستگی و ناگویی هیجانی از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تنهایی با سلامت روان ارتباط یافته‌اند (Doostdari et al., 2024). همچنین، در دانشجویان، تنهایی نقش میانجی میان دلبستگی ناایمن و سلامت روان داشته است (Nottage et al., 2022). این مجموعه شواهد نشان می‌دهد که دلبستگی ناایمن ممکن است از مسیرهای مختلفی مانند تنهایی، بدتنظیمی هیجان، جست‌وجوی ناکارآمد حمایت، بازنمایی‌های منفی از خود و دیگران و الگوهای دفاعی ناسازگارانه به تضعیف سلامت روان منجر شود.

پژوهش‌های جدید درباره دلبستگی، دامنه اثر آن را از کودکی تا بزرگسالی گسترش داده‌اند. در سال‌های اولیه زندگی، کیفیت مراقبت و ویژگی‌های خلقی کودک در شکل‌گیری دلبستگی نقش دارند و این الگوها می‌توانند بنیان مسیرهای بعدی تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی را فراهم کنند (Bahtiyar-Saygan et al., 2025). در حوزه سلامت روان پری‌ناتال نیز درمان‌های سیستمی مبتنی بر روایت دلبستگی بر اهمیت بازسازی الگوهای رابطه‌ای و روایت‌های هیجانی تأکید دارند (Farrer et al., 2025). در حوزه روابط بزرگسالی و عملکرد جنسی نیز نوع دلبستگی با ویژگی‌های رابطه و کارکردهای روانی–جنسی زنان مرتبط دانسته شده است (Kokka et al., 2025). حتی در رفتارهای روزمره فناورانه، دلبستگی ناایمن از طریق استفاده مسئله‌ساز از تلفن همراه با رفتارهایی مانند فابینگ ارتباط دارد (Sun & Miller, 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهند که دلبستگی یک چارچوب فراگیر برای فهم رفتار، هیجان، رابطه و سلامت روان در موقعیت‌های مختلف است.

در کنار دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی از مفاهیم کلیدی در تبیین سلامت روان محسوب می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی واکنش‌های روان‌شناختی عمدتاً ناهشیار هستند که فرد برای کاهش اضطراب، مدیریت تعارض‌های درونی و محافظت از خود در برابر تجربه‌های هیجانی تهدیدکننده به کار می‌گیرد. دفاع‌ها به خودی خود پدیده‌هایی بیمارگونه نیستند؛ بلکه کیفیت و سطح پختگی آن‌ها تعیین می‌کند که آیا در جهت سازگاری روانی عمل می‌کنند یا به تشدید آسیب روان‌شناختی منجر می‌شوند. در طبقه‌بندی رایج، دفاع‌های رشدیافته مانند والایش، پیش‌بینی، شوخ‌طبعی و نوع‌دوستی سازگارانه‌ترند؛ دفاع‌های روان‌آزرده سطح میانی دارند؛ و دفاع‌های رشدنیافته مانند انکار، فرافکنی، دوپاره‌سازی و ناارزنده‌سازی با تحریف واقعیت و روابط ناسازگارانه بیشتری همراه‌اند (Vaillant, 2020). بنابراین، سبک دفاعی می‌تواند نشان دهد فرد در برابر فشارهای شغلی و هیجانی، از مسیرهای سازنده یا ناسازنده برای حفظ تعادل روانی استفاده می‌کند.

در حرفه پرستاری، مکانیسم‌های دفاعی اهمیت ویژه‌ای دارند؛ زیرا پرستاران به طور مستمر با هیجان‌های شدید، رنج انسانی، خطاهای بالقوه، مسئولیت اخلاقی و تعارض‌های بین‌فردی مواجه‌اند. در چنین شرایطی، استفاده از دفاع‌های رشدیافته می‌تواند به حفظ کارکرد حرفه‌ای، افزایش تاب‌آوری و کاهش خستگی شفقت کمک کند؛ اما تکیه بر دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده ممکن است به فرسودگی، کاهش رضایت، کاهش همدلی و افزایش پریشانی روان‌شناختی منجر شود. پژوهش انجام‌شده در میان پرستاران بیمارستان سلامت روان نشان داده است که مکانیسم‌های دفاعی با تاب‌آوری، رضایت از شفقت و خستگی شفقت رابطه دارند (Shehata & Elsheikh, 2023). همچنین، در میان کارورزان روان‌پزشکی، مکانیسم‌های دفاعی با راهبردهای مقابله‌ای درهم‌تنیده‌اند و نوع دفاع‌های مورد استفاده می‌تواند کیفیت سازگاری با فشارهای حرفه‌ای را تعیین کند (Panfil et al., 2020). ازاین‌رو، بررسی سبک‌های دفاعی در پرستاران می‌تواند به شناخت دقیق‌تر سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان آنان کمک کند.

ادبیات پژوهشی نشان داده است که دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی به طور نظری و تجربی با یکدیگر مرتبط‌اند. افراد دارای دلبستگی ایمن معمولاً از راهبردهای تنظیم هیجان مستقیم‌تر، انعطاف‌پذیرتر و

آگاهانه‌تر استفاده می‌کنند، در حالی که افراد دارای دلبستگی ناایمن، به دلیل ترس از طرد، بی‌اعتمادی یا اجتناب از صمیمیت، بیشتر به دفاع‌های ناسازگارانه متوسل می‌شوند. پژوهش‌های بالینی و مشاهده‌محور نشان داده‌اند که کیفیت دلبستگی با سطح پختگی دفاع‌ها مرتبط است و بیماران افسرده دارای الگوهای دلبستگی ناایمن بیشتر از دفاع‌های ناسازگارانه استفاده می‌کنند (Bekes et al., 2021). همچنین، پژوهش‌های مبتنی بر رویکرد روان‌پویشی نشان داده‌اند که دلبستگی، ذهنی‌سازی و مکانیسم‌های دفاعی سه مؤلفه مرتبط در سازمان روانی فرد هستند (Tanzilli et al., 2021). مطالعه دیگری نیز نشان داد که مراقبت والدینی به‌یادآورده‌شده، سبک دلبستگی بزرگسال و مکانیسم‌های دفاعی با یکدیگر ارتباط دارند (Prunas et al., 2019).

از منظر آسیب‌شناسی روانی، دفاع‌های ناسازگارانه می‌توانند مسیر اثرگذاری دلبستگی ناایمن بر نشانه‌های روانی را توضیح دهند. در واقع، دلبستگی ناایمن ممکن است فرد را نسبت به تهدیدهای هیجانی حساس‌تر کند و هنگامی که فرد ظرفیت کافی برای تنظیم مستقیم هیجان ندارد، مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده فعال می‌شوند. این دفاع‌ها ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهند، اما در بلندمدت با تحریف واقعیت، تضعیف روابط، کاهش بینش و تداوم تعارض‌های درونی، سلامت روان را تهدید می‌کنند. پژوهش‌های مسیرتحلیلی نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی بر پریشانی روان‌شناختی اثرگذارند و دفاع‌ها می‌توانند بخشی از مسیر ارتباط دلبستگی با نشانه‌های روانی را تبیین کنند (Ciocca et al., 2020). در جمعیت‌های بالینی نوجوانان نیز دفاع‌های ناسازگارانه در اختلالات شخصیت نوظهور نقش مهمی دارند (Di Giuseppe et al., 2019). افزون بر این، افزایش ذهنی‌سازی می‌تواند به کاهش دفاع‌های ناسازگارانه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی کمک کند و این امر نشان می‌دهد که دفاع‌ها نه‌تنها شاخص آسیب‌شناسی، بلکه هدف بالقوه مداخله نیز هستند (Hayden et al., 2021).

در پژوهش‌های داخلی و منطقه‌ای نیز شواهدی درباره رابطه دلبستگی، سلامت روان و مکانیسم‌های دفاعی گزارش شده است. در میان معلمان شهر یاسوج، سبک‌های دلبستگی با سلامت روان ارتباط داشته‌اند و این یافته نشان می‌دهد که الگوهای دلبستگی در گروه‌های شغلی آموزشی و مراقبتی می‌توانند کیفیت سازگاری روانی را تحت تأثیر قرار دهند (Khodaparast & Khodaparast, 2022). در مطالعه‌ای درباره دختران نوجوان شهرستان آمل، سبک‌های دلبستگی همراه با بدتنظیمی هیجانی و وابستگی به شبکه‌های اجتماعی با پرخاشگری مرتبط دانسته شده‌اند که اهمیت دلبستگی را در رفتار و هیجان نشان می‌دهد (Esmaeili, 2023). همچنین، پژوهشی درباره دانشجویان نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی در رابطه میان هراس اجتماعی و ناگویی هیجانی نقش میانجی دارند و این امر بیانگر ظرفیت تبیینی دفاع‌ها در ارتباط میان نشانه‌های روان‌شناختی و دشواری‌های هیجانی است (Nasiri et al., 2020). این مطالعات نشان می‌دهند که در بافت فرهنگی ایران نیز بررسی همزمان دلبستگی، سلامت روان و مکانیسم‌های دفاعی از پشتوانه نظری و تجربی برخوردار است.

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره سلامت روان پرستاران، هنوز خلأ قابل توجهی در بررسی همزمان سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی در تبیین سلامت روان این گروه وجود دارد. بسیاری از مطالعات، دلبستگی را به صورت مستقیم با سلامت روان بررسی کرده‌اند یا مکانیسم‌های دفاعی را مستقل از الگوهای رابطه‌ای سنجیده‌اند؛ اما کمتر پژوهشی به این پرسش پرداخته است که آیا سبک‌های دفاعی می‌توانند مسیر اثرگذاری دلبستگی بر سلامت روان پرستاران را توضیح دهند. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که پرستاران، به دلیل ماهیت مراقبتی حرفه خود، همواره درگیر روابط بین‌فردی فشرده، مسئولیت‌های هیجانی و تصمیم‌های حساس هستند. بنابراین، دلبستگی می‌تواند بر شیوه تجربه روابط حرفه‌ای و درخواست حمایت اثر بگذارد، و مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند تعیین کنند که فرد چگونه با فشارهای ناشی از این روابط و مسئولیت‌ها کنار می‌آید. به بیان دیگر، سلامت روان پرستاران احتمالاً نه فقط محصول فشار شغلی، بلکه نتیجه تعامل میان الگوهای دلبستگی و سبک‌های دفاعی آنان است.

بر این اساس، مطالعه حاضر با تمرکز بر پرستاران، تلاش می‌کند پیوند میان نظریه دلبستگی، نظریه مکانیسم‌های دفاعی و سلامت روان را در یک مدل منسجم بررسی کند. چنین رویکردی می‌تواند علاوه بر

غنای نظری، پیامدهای کاربردی مهمی نیز داشته باشد؛ زیرا اگر مشخص شود سبک‌های دفاعی در رابطه میان دلبستگی و سلامت روان نقش میانجی دارند، مداخلات آموزشی و روان‌شناختی می‌توانند به جای تمرکز صرف بر کاهش نشانه‌ها، بر ارتقای دفاع‌های رشدیافته، بهبود تنظیم هیجان، افزایش خودآگاهی و اصلاح الگوهای ناسازگارانه رابطه‌ای متمرکز شوند. در نتیجه، شناخت این سازوکارها می‌تواند به طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و حمایتی برای پرستاران کمک کند و در نهایت، کیفیت مراقبت و پایداری روانی نیروی انسانی درمان را ارتقا دهد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی مکانیسم‌های دفاعی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ ماهیت اجرا همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی پرستاران بیمارستان روحانی شهر بابل در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ می‌باشد که تعداد آنان مطابق با آمار به دست آمده از بیمارستان برابر با ۵۶۰ نفر بوده است. بر اساس جدول مورگان و مطابق با تعداد جامعه آماری نمونه آماری برابر با ۲۲۵ نفر می‌باشد. علاوه بر این درمورد تعیین حجم نمونه در مدل یابی معادلات ساختاری، لوهین (۱۹۹۲) پیشنهاد می‌کند حجم نمونه باید دست کم ۱۰۰ و ترجیحا ۲۰۰ باشد؛ بنابراین، حداقل حجم نمونه تحقیق با احتساب پرسشنامه‌های مخدوش و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، نمونه پژوهش حاضر ۲۲۵ نفر در نظر گرفته شد که با روش نمونه گیری غیراحتمالی(در دسترس) از بین پرستاران بیمارستان روحانی شهر بابل انتخاب و پرسشنامه‌های مورد بررسی را تکمیل نمودند. معیار انتخاب آزمودنی‌ها دارا بودن مدرک کاردانی و اشتغال در بیمارستان روحانی شهر بابل و رضایتمندی جهت شرکت در پژوهش بود. در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش تعداد ۲۰۹ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از روش‌های کتابخانه‌ای و شیوه‌های میدانی استفاده شده است. اطلاعات مورد نیاز فصل دوم که ادبیات موضوع را تشکیل می‌دهد، با مراجعه به کتاب‌ها و مجلات تخصصی بدست آمده است. همچنین، با توجه به اهداف تحقیق، به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز جهت آزمون فرضیات تحقیق از ابزار اندازه‌گیری مناسب و متناسب با موضوع مورد پژوهش که شامل پرسشنامه استاندارد می‌باشد، استفاده شده است. در همین راستا ابتدا با هماهنگی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت آملی و بیمارستان روحانی، پرسشنامه‌های تحقیق با نظارت وحضور پرسشگر در بین پرستاران بیمارستان روحانی توزیع شد. محقق قبلا از انجام پژوهش، توضیحات لازم در خصوص نحوه پاسخدهی به سوالات پرسشنامه را برای پرستاران شرح داده و پس از دو هفته تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق توسط پرستاران به اتمام رسید. علاوه بر این محقق پرسشنامه را به صورت آنلاین برای برخی از پرستاران ارسال نمود تا پاسخگویان به صورت مجازی نیز پرسشنامه‌ها را پر نمایند. هرچند جمع آوری داده‌ها به صورت آنلاین چالش‌هایی را برای محقق به وجود آورده است(به طور مثال نحوه پاسخ دادن طولانی مدت پرسشنامه ها، نحوه جمع آوری و ...). در نهایت داده‌ها وارد فایل **spss** گردید تا مورد تحلیل قرار گیرد. به منظور اندازه‌گیری قابلیت پایایی، از روش آلفای کرونباخ و با استفاده از نرم افزار **spss 24** استفاده گردیده است. بدین منظور بخش کوچکی از جامعه آماری (۱۵ نفر) انتخاب و پرسشنامه‌ها به شکل مطالعه مقدماتی[1] در جامعه توزیع گردید؛ این مقدار بر اساس داده‌های حاصل از طریق آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سلامت روان ۰/۷۱ ؛ سبک‌های دلبستگی (ایمن ۰/۷۴، اجتنابی ۰/۷۳ و مضطرب- دوسوگرایی ۰/۷۶) می‌باشد که نشان دهنده آن است که پرسشنامه مورد استفاده، از قابلیت پایایی لازم برخوردار می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل آماری یافته‌های پژوهش از آمار توصیفی برای طبقه‌بندی وتوصیف یافته‌ها (میانگین، انحراف استاندارد، جداول توزیع فراوانی) و آماراستنباطی (کجی و کشیدگی، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون) با بهره‌گیری از نرم‌افزار **SPSS** در سطح معنی داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ = α استفاده گردید. از ابزارهای زیر برای جمع آوری داده‌ها استفاده گردید:

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ- 28: پرسشنامه سلامت عمومی **GHQ- 28** توسط گلدبرگ[2] (۱۹۷۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته است. دارای ۴ بعد ۱. مقیاس علائم جسمانی (سئوالات ۱ تا

1 Pilot Study
2. Goldberg

۲)۷. مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب (سئوالات ۸ الی ۱۴) ۳. مقیاس کارکرد اجتماعی (سئوالات ۱۵ الی ۲۱) ۴. مقیاس علائم افسردگی (سئوالات ۲۲ الی ۲۸) می‌باشد. پاسخ آزمودنی به هر یک از پرسشها در یک طیف چهار درجه‌ای خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه و بیشتر از همیشه، مشخص می‌شود. برای جمع بندی نمرات به اصلاً (صفر)، درحد معمول (۱)، بیش از حد معمول (۲)، خیلی بیشتر از حد معمول (۳) تعلق می‌گیرد. همچنین سؤالات ۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۲۲ می‌باشد. در همه گزینه‌ها درجات پائیین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی در فرد است. گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۶) همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای دو پرسشنامه سلامت عمومی و چک لیست علائم روانی **SCL- 90** را بر روی ۲۴۴ نفر آزمودنی به میزان ۷۸/. گزارش داده است. لذا بر اساس نتیجه این مطالعه، اندازه ی شاخصهای حساسیت و ویژگی، میزان کلی اشتباه طبقه بندی و ضریب همبستگی نمرات آن با ارزیابی بالینی به تربیت برابر با ۸۶٪، ۷۷٪، ۲۰٪، ۷۰٪ بوده است.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰): این مقیاس اولین بار توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) تهیه شد و در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت که دارای ۱۸ سوال و ازسه خرده مقیاس سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و مضطرب- دوسوگرایی تشکیل شده است این پرسشنامه سوالات را در طیف لیکرت مقیاس پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نه مخالف نه موافق، موافقم، کاملاً موافقم) مورد بررسی قرار می‌دهد. بر اساس دستورالعمل پرسشنامه، ۶ ماده مربوط به هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. با توجه به این که در مورد هر جمله در پاسخنامه، آزمودنی علامت خود را روی کدام دایره زده است نمره وی برای هر زیر مقیاس مشخص می‌شود. برای گزینه‌های ۱ تا ۵ به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ در نظر گرفته می‌شود. برای عبارات ۲، ۳، ۴، ۱۰، ۱۶، ۱۷، ۱۸ نمره گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. نمرات ۳ ماده هر مقیاس با هم جمع شده و نمره زیر مقیاس به دست می‌آید. ضریب پایایی بازآزمایی برای این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس ایمنی، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۶۸ ، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است.

پرسشنامه سبک دفاعی (DSQ-40) آندرز (۱۹۹۳): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط آندرز و همکارانش با توجه به پرسشنامه باند در همین موضوع که در سال ۱۹۸۳ ساخته شده بود، تدوین گردید. شامل ۴۰ سؤال است که سه سبک دفاعی رشد یافته، روان پریشی (روان آزرده) و رشد نیافته را در مقیاس ۹ درجه‌ای از نوع لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پوشش می‌دهد. فرد در هر یک از مکانیزم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می‌آورد، در هرکدام از مکانیزم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنی استفاده فرد از آن مکانیزم است ودر سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبک دفاعی است که بشترین میانگین را داشته باشد.رنجبری و همکاران اعتبار ساختار و محتوای پرسشنامه سبک دفاعی را تأیید کردند. با استفاده از آلفای کرونباخ در تحقیق نصیری، دنیایی و دوستی (۲۰۲۰)، ضرایب پایایی ۰.۸۰، ۰.۷۸ و ۰.۷۹ برای سبک‌های دفاعی توسعه یافته، روان پریشی و توسعه نیافته پرسشنامه سبک دفاعی به دست آمد.

یافته‌ها

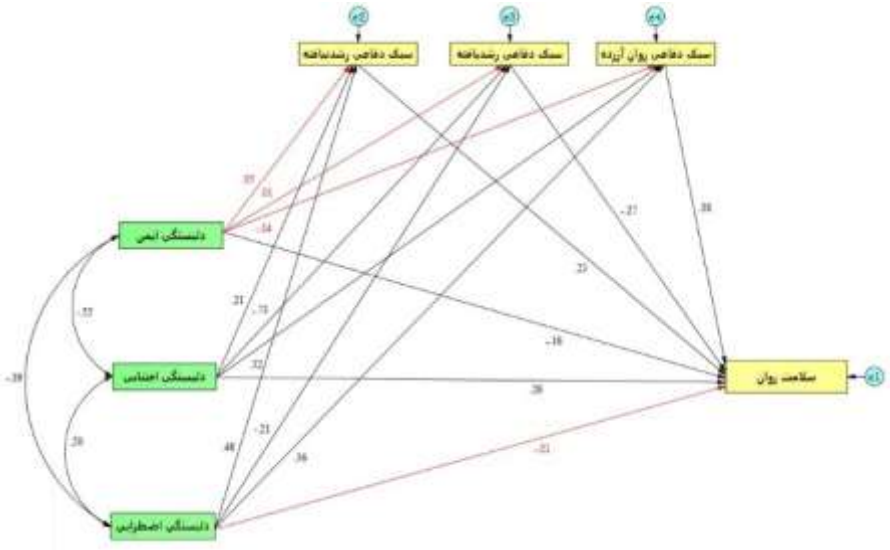
بر اساس یافته‌های تحقیق بیشترین تعداد نمونه پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق بین ۳۱ تا ۳۵ سال بودند (۸۲ نفر، ۳۹/۲ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به نمونه پرستاران ۲۰ تا ۲۵ سال (۲۱ نفر، ۱۰ درصد) و بیشتر از ۴۰ سال (۲۲ نفر، ۱۰/۵ درصد) بود. همچنین می‌توان گفت که درمجموع ۷۰ نفر (۳۳/۵ درصد) از نمونه‌های تحقیق بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۱۷ نفر (۵۶ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۲۲ نفر (۱۰/۵) بیشتر از ۴۰ سال بودند. ۱۲۵ نفر (۵۹/۸ درصد) از مجموع ۲۰۹ نفر نمونه پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق زن و ۸۴ نفر (۴۰/۲ درصد) مرد بودند. ۱۴۴ نفر (۶۸/۹ درصد) از نمونه‌های تحقیق متأهل و ۶۵ نفر (۳۱/۱) مجرد بودند. در ادامه آمار توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش گردید.

جدول ۱-آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

	متغیرها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	علائم جسمانی	۲۰۹	۲/۰۰	۲۱/۰۰	۹/۶۷۵	۴/۷۲۷
	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۲۰۹	۱/۰۰	۲۱/۰۰	۹/۳۲۵	۴/۳۷۴
	کارکرد اجتماعی	۲۰۹	۳/۰۰	۱۹/۰۰	۱۱/۷۹۴	۳/۲۴۳
	علائم افسردگی	۲۰۹	صفر	۲۱/۰۰	۷/۴۸۳	۶/۲۱۵
	سلامت روان	۲۰۹	۶/۰۰	۷۷/۰۰	۳۸/۲۷۸	۱۶/۳۸۰
مکانیزم‌های دفاعی	سبک دفاعی رشدنیافته	۲۰۹	۶/۹۲	۱۵/۷۵	۹/۹۹۰	۲/۰۰۱
	سبک دفاعی رشد یافته	۲۰۹	۶/۵۰	۱۷/۲۵	۱۱/۱۳۴	۲/۵۱۰
	سبک دفاعی روان آزرده	۲۰۹	۵/۷۵	۱۵/۲۵	۱۰/۵۶۷	۲/۷۴۶
سبک‌های دلبستگی	دلبستگی ایمن	۲۰۹	۸/۰۰	۲۳/۰۰	۱۸/۳۲۱	۲/۸۹۲
	دلبستگی اجتنابی	۲۰۹	۱۳/۰۰	۲۵/۰۰	۱۸/۱۲۴	۳/۱۴۸
	دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی	۲۰۹	۹/۰۰	۳۰/۰۰	۲۰/۱۷۲	۵/۳۴۳

براساس یافته ها، میانگین سلامت روان پرستاران شرکت‌کننده در این تحقیق ۳۸/۲۷۸ با انحراف استاندارد ۱۶/۳۸۰ به دست آمد. بیشترین میانگین مربوط به بُعد «کارکرد اجتماعی» (۱۱/۷۹۴±۳/۲۴۳) و کمترین میانگین مربوط به بُعد «علائم افسردگی» (۷/۴۸۳±۶/۲۱۵) بود. علاوه براین بالاترین میانگین مربوط به سبک دفاعی رشد یافته (۱۱/۱۳۴±۲/۵۱۰) بوده و بعدازآن به ترتیب سبک دفاعی روان آزرده (۱۰/۵۶۷±۲/۷۴۶) و سبک دفاعی رشدنیافته (۹/۹۹۰±۲/۰۰۱) قرار دارند. بر اساس یافته‌های تحقیق میانگین دلبستگی ایمن (۱۸/۳۲۱±۲/۸۹۲)، دلبستگی اجتنابی (۱۸/۱۲۴±۳/۱۴۸) و دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی (۲۰/۱۷۲±۵/۳۴۳). بوده است.

یکی از پیش‌فرض‌های انجام آزمون‌های معادلات ساختاری و تحلیل مسیر ، نرمال بودن داده ها، وجود ارتباط خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته، نبود همخطی چندگانه می‌باشد که نتایج مورد تایید قرارگرفت. پس از تایید ارتباط بین متغیرهای تحقیق به‌منظور بررسی فرضیات تحقیق از مدل معادلات ساختاری روش انعکاسی استفاده شد. در این مدل سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی، اضطرابی) متغیرهای مستقل و سلامت روان متغیرهای وابسته در مدل تحقیق در نظر گرفته شدند. در این مدل سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته، روان آزرده) متغیر میانجی در نظر گرفته شده است.



شکل ۱- مدل ارتباطی تحقیق (حالت ضرایب رگرسیونی استاندارد شده)

در ادامه اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲-تأثیر مستقیم متغیرها

مسیرها			ضرایب غیراستاندارد (B)	ضرایب استاندارد (β)	مقدار t	سطح معناداری
دلبستگی ایمن	<---	سلامت روان	-۰/۳۴۲	-۰/۱۶۳	-۲/۰۷۸	۰/۰۳۸
دلبستگی اجتنابی	<---	سلامت روان	۱/۲۷۶	۰/۲۵۸	۵/۰۹۰	۰/۰۰۱
دلبستگی اضطرابی	<---	سلامت روان	-۰/۰۳۱	-۰/۰۱۱	-۰/۲۹۰	۰/۷۷۲
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	۰/۰۳۴	۰/۰۴۹	۰/۷۱۹	۰/۴۷۲
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشد یافته	۰/۰۱۳	۰/۰۱۵	۰/۳۴۹	۰/۷۲۷
دلبستگی ایمن	<---	سبک روان آزرده	-۰/۰۳۷	-۰/۰۳۹	-۰/۵۸۷	۰/۵۵۸
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک رشدنیافته	۰/۱۳۶	۰/۲۱۳	۲/۹۴۴	۰/۰۰۳
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک رشد یافته	-۰/۵۸۶	-۰/۷۳۴	-۱۶/۴۲۸	۰/۰۰۱
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک روان آزرده	۰/۲۷۹	۰/۳۲۰	۴/۴۸۸	۰/۰۰۱
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک رشدنیافته	۰/۱۷۹	۰/۴۷۹	۷/۳۱۲	۰/۰۰۱
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک رشد یافته	-۰/۰۹۸	-۰/۲۰۹	-۵/۱۶۶	۰/۰۰۱
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک روان آزرده	۰/۱۸۴	۰/۳۵۷	۵/۵۴۱	۰/۰۰۱
سبک رشدنیافته	<---	سلامت روان	۱/۷۶۲	۰/۲۲۶	۷/۲۸۳	۰/۰۰۱
سبک رشد یافته	<---	سلامت روان	-۱/۶۵۹	-۰/۲۶۷	-۵/۳۱۲	۰/۰۰۱
سبک روان آزرده	<---	سلامت روان	۲/۱۶۳	۰/۳۸۱	۱۲/۰۷۱	۰/۰۰۱

بر اساس یافته‌های تحقیق مشاهده می‌شود که دلبستگی ایمن بر سلامت روان پرستاران (B=-۰/۳۴۲، Sig=۰/۰۳۸، t=-۲/۰۷۸) اثر مستقیم و منفی معناداری با ضریب مسیر (β=-۰/۱۶۳) و دلبستگی اجتنابی بر سلامت روان پرستاران (B=۱/۲۷۶، Sig=۰/۰۰۱، t=۵/۰۹۰) اثر مستقیم و مثبت معناداری با ضریب مسیر (β=۰/۲۵۸) دارند. با توجه به مقدار ضریب بتا (β) می‌توان گفت که میزان اثرگذاری دلبستگی اجتنابی بر سلامت روان پرستاران از میزان اثرگذاری دلبستگی ایمن بر سلامت روان پرستاران بیشتر است. بر اساس نتایج همچنین اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان پرستاران (Sig=۰/۷۷۲، t=-۰/۲۹۰) معنادار نبود.

بر اساس یافته‌های تحقیق اثر مستقیم دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی رشدنیافته (Sig=۰/۴۷۲، t=۰/۷۱۹)، دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی رشد یافته (Sig=۰/۷۲۷، t=۰/۳۴۹) و دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی روان آزرده (Sig=۰/۵۵۸، t=-۰/۵۸۷) معنادار نبود. یافته‌های تحقیق نشان داد که دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی رشدنیافته (B=۰/۱۳۶، Sig=۰/۰۰۱، t=۲/۹۴۴) با ضریب مسیر (β=۰/۲۱۳) و دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی روان آزرده (B=۰/۲۷۹، Sig=۰/۰۰۱، t=۴/۴۸۸) با ضریب مسیر (β=۰/۳۲۰) اثر مستقیم مثبت معناداری و دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی رشد یافته (B=-۰/۵۸۶، Sig=۰/۰۰۱، t=-۱۶/۴۲۸) با ضریب مسیر (β=-۰/۷۳۴) اثر مستقیم منفی معناداری دارد. با توجه به نتایج مشاهده شد که دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی رشدنیافته (B=۰/۱۷۹، Sig=۰/۰۰۱، t=۷/۳۱۲) با ضریب مسیر (β=۰/۴۷۹) و دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی روان آزرده (B=۰/۱۸۴، Sig=۰/۰۰۱، t=۵/۵۴۱) با ضریب مسیر (β=۰/۳۵۷) اثر مستقیم و مثبت معناداری و دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی رشد یافته (B=-۰/۰۹۸، Sig=۰/۰۰۱، t=-۵/۱۶۶) با ضریب مسیر (β=-۰/۲۰۹) اثر مستقیم منفی معناداری دارد.

بر اساس یافته‌های تحقیق جدول مشاهده می‌شود که سبک دفاعی رشدنیافته بر سلامت روان (B=۱/۷۶۲، Sig=۰/۰۰۱، t=۷/۲۸۳) با ضریب (β=۰/۲۲۶)، سبک دفاعی روان آزرده بر سلامت روان

(B=۲/۱۶۳، Sig=۰/۰۰۱، t=۱۲/۰۷۱) با ضریب (β=۰/۳۸۱) اثر مستقیم و مثبت معناداری و سبک دفاعی رشد یافته بر سلامت روان (B=-۱/۶۵۹، Sig=۰/۰۰۱، t=-۵/۳۱۲) با ضریب (β=-۰/۲۶۷) اثر مستقیم و منفی معناداری داشتند.

در ادامه نتایج اثر غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی، اضطرابی) از طریق متغیر میانجی سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته،روان آزرده) بر سلامت روان پرستاران در جدول زیر گزارش گردید. برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته ضرورت دارد تا شروط زیر ابتدا برقرار باشد. شرط اول این است که معناداری رابطه بین متغیر مستقل و واسط تأیید شود و شرط دوم نیز تأیید معناداری رابطه بین متغیر واسط و وابسته می‌باشد. سپس در صورت برقرار بودن شروط بالا ضریب مسیر رابطه غیرمستقیم، از ضرب بین ضریب مسیر رابطه بین متغیر مستقل با واسط و ضریب مسیر رابطه بین متغیر واسط با وابسته به دست می‌آید.

جدول ۳- اثر میانجی سبک‌های دفاعی در ارتباط سبک‌های دلبستگی و سلامت روان

متغیر مستقل		متغیر میانجی		متغیر وابسته	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	-	عدم معناداری	-
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	-	عدم معناداری	-
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	-	عدم معناداری	-
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	-	۰/۲۱	-
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	-	-۰/۷۳	-
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	-	۰/۳۲	-
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	-	۰/۴۸	-
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	-	-۰/۲۱	-
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	-	۰/۳۶	-
-	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	سلامت روان	۰/۲۳	-
-	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	سلامت روان	-۰/۲۷	-
-	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	سلامت روان	۰/۳۸	-
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	سلامت روان	-۰/۱۶	عدم معناداری
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	سلامت روان	-۰/۱۶	عدم معناداری
دلبستگی ایمن	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	سلامت روان	-۰/۱۶	عدم معناداری
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی رشدنیافته	<---	سلامت روان	۰/۲۶	(۰/۰۵۵)=(۰/۲۱*۰/۲۳)
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی رشد یافته	<---	سلامت روان	۰/۲۶	(۰/۲۰)=(-۰/۲۷)*(-۰/۷۳)
دلبستگی اجتنابی	<---	سبک دفاعی روان آزرده	<---	سلامت روان	۰/۲۶	(۰/۱۲)=(۰/۳۲*۰/۳۸)
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی رشدنیافته		سلامت روان	عدم معناداری	(۰/۲۶)=(۰/۴۸*۰/۲۳)
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی رشد یافته		سلامت روان	عدم معناداری	(۰/۰۶)=(-۰/۲۷)*(-۰/۲۱)
دلبستگی اضطرابی	<---	سبک دفاعی روان آزرده		سلامت روان	عدم معناداری	(۰/۱۴)=(۰/۳۶*۰/۳۸)

با توجه به نتایج مشاهده شد که اثر مستقیم «دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی رشدنیافته»، «دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی رشد یافته» و «دلبستگی ایمن بر سبک دفاعی روان آزرده» معنادار نبود. بنابراین با توجه به عدم معناداری اثر مستقیم دلبستگی (متغیر واسط) بر سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته، روان آزرده)، شرط اول در نظر گرفته شده یعنی رابطه بین متغیر مستقل و واسط تأیید نشده است و به دلیل عدم برقراری این شرط اول یعنی عدم معناداری رابطه بین متغیر مستقل و واسط می‌توان گفت، اثر غیرمستقیم دلبستگی ایمن از طریق متغیرهای میانجی سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته، روان آزرده) بر سلامت روان پرستاران معنادار نبود.

«دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی رشدنیافته» با ضریب مسیر (β=۰/۵۳)، «دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی روان آزرده» با ضریب مسیر (β=۰/۳۲) تأثیر مثبت معناداری و «دلبستگی اجتنابی بر سبک دفاعی رشد یافته» با ضریب مسیر (β=-۰/۷۳)، تأثیر منفی و معناداری، «سبک دفاعی رشدنیافته بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=۰/۲۳) و «سبک دفاعی روان آزرده بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=۰/۳۸) تأثیر مثبت معناداری و «سبک دفاعی رشد یافته بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=-۰/۲۳) دارند؛ بنابراین شرط اول و دوم برقرار است و با توجه به حاصل‌ضرب (۰/۲۳*۰/۲۱) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اجتنابی بر سلامت روان پرستاران از طریق سبک دفاعی رشدنیافته برابر با (β=۰/۰۵۵)، حاصل‌ضرب (۰/۳۸*۰/۳۲) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اجتنابی بر سلامت روان پرستاران از طریق سبک دفاعی روان آزرده برابر با (β=۰/۱۲) و با توجه به حاصل‌ضرب (-۰/۲۷)*(-۰/۷۳) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اجتنابی بر سلامت از طریق سبک دفاعی رشد یافته برابر با (β=۰/۲۰) بود؛ بنابراین می‌توان گفت که دلبستگی اجتنابی از طریق سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته، روان آزرده) بر سلامت روان پرستاران اثر غیرمستقیم و مثبت معناداری دارند.

بر اساس نتایج «دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی رشدنیافته» با ضریب مسیر (β=۰/۴۸) و «دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی روان آزرده) با ضریب مسیر (β=۰/۳۸) تأثیر مثبت معناداری، «دلبستگی اضطرابی بر سبک دفاعی رشد یافته» با ضریب مسیر (β=-۰/۲۷)، تأثیر منفی و معناداری، «سبک دفاعی رشدنیافته بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=۰/۲۳) و «سبک دفاعی روان آزرده بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=۰/۳۸) تأثیر مثبت معناداری و «سبک دفاعی رشد یافته بر سلامت روان» با ضریب مسیر (β=-۰/۲۳) دارند؛ بنابراین شرط اول و دوم برقرار است و با توجه به حاصل‌ضرب (۰/۲۳)*(۰/۴۸) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان پرستاران از طریق سبک دفاعی رشدنیافته برابر با (β=۰/۲۶)، حاصل‌ضرب (۰/۳۸)*(۰/۳۶) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان پرستاران از طریق سبک دفاعی روان آزرده برابر با (β=۰/۰۶) و با توجه به حاصل‌ضرب (-۰/۲۷)*(-۰/۲۱) ضریب مسیر اثر غیرمستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان پرستاران از طریق سبک دفاعی رشد یافته برابر با (β=۰/۰۶) بود؛ بنابراین می‌توان گفت که دلبستگی اضطرابی از طریق سبک‌های دفاعی (رشدنیافته، رشد یافته، روان آزرده) بر سلامت روان پرستاران اثر غیرمستقیم و مثبت معناداری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دلبستگی ایمن اثر مستقیم، منفی و معناداری بر مشکلات سلامت روان پرستاران دارد؛ به این معنا که با افزایش دلبستگی ایمن، نشانه‌های ضعف سلامت روان کاهش می‌یابد. در مقابل، دلبستگی اجتنابی اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر مشکلات سلامت روان داشت؛ یعنی پرستارانی که گرایش بیشتری به اجتناب دلبستگی دارند، بیشتر در معرض نشانه‌های روان‌شناختی نامطلوب قرار می‌گیرند. با این حال، اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان معنادار نبود. این یافته‌ها با شواهد گسترده‌ای همسو است که نشان می‌دهند دلبستگی بزرگسالان یکی از پیش‌بین‌های مهم سلامت روان است و دلبستگی ناایمن معمولاً با اضطراب، افسردگی، پریشانی روان‌شناختی، تنهایی و ضعف در تنظیم هیجان همراه می‌شود (Nottage et al., 2022; Vowels et al., 2022; Vowels et al., 2023; Zhang et al., 2022). همچنین، مطالعات جدید در زمینه زوج‌ها، متخصصان سلامت روان و گروه‌های بالینی نیز تأیید کرده‌اند که دلبستگی ناایمن می‌تواند سلامت روان را تضعیف کند و زمینه‌ساز فرسودگی، آشفتگی هیجانی و کاهش توان سازگاری شود (Karaköse & Ledermann, 2026; Tiller et al., 2025; Wong & Denson, 2025).

در تبیین این یافته می‌توان گفت دلبستگی ایمن از طریق شکل‌دهی به الگوهای درونی مثبت درباره خود و دیگران، امکان استفاده از حمایت اجتماعی، تنظیم هیجان، اعتماد بین‌فردی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. پرستاری حرفه‌ای است که در آن فرد به طور مداوم با هیجان‌های شدید، مسئولیت اخلاقی، فشار زمانی، درد و مرگ بیمار، و تعارض‌های بین‌فردی مواجه می‌شود؛ بنابراین، پرستار دارای دلبستگی ایمن احتمالاً بهتر می‌تواند از همکاران کمک بگیرد، هیجان‌های خود را شناسایی و مدیریت کند و در برابر

فشارهای محیطی، واکنش سازگارانه‌تری نشان دهد. در مقابل، دلبستگی اجتنابی با فاصله‌گیری هیجانی، بی‌اعتمادی نسبت به دیگران، سرکوب نیاز به حمایت و کاهش صمیمیت بین‌فردی همراه است. چنین الگویی در محیط بیمارستان می‌تواند موجب شود فرد در شرایط فشارزا کمتر کمک بخواهد، هیجان‌های خود را انکار یا مهار افراطی کند و در نتیجه، فشار روانی بیشتری را تجربه نماید. این تبیین با مدل چرخه ناایمن دلبستگی همخوان است؛ زیرا در این مدل، ناامنی دلبستگی با فعال‌سازی الگوهای دفاعی و ارتباطی ناسازگار، چرخه‌ای از تنش، شکست در دریافت حمایت و تشدید نشانه‌های روان‌شناختی ایجاد می‌کند (Kobak & Bosmans, 2019; Sun & Miller, 2023).

معنادار نبودن اثر مستقیم دلبستگی اضطرابی بر سلامت روان پرستاران نیز قابل تأمل است. در بسیاری از مطالعات، دلبستگی اضطرابی با پیامدهای نامطلوب سلامت روان ارتباط داشته است (Doostdari et al., 2024; Liu et al., 2021; Zhang et al., 2022). با این حال، در پژوهش حاضر این اثر به صورت مستقیم معنادار نشد. یکی از تبیین‌های احتمالی آن است که تأثیر دلبستگی اضطرابی در این نمونه بیشتر از مسیرهای غیرمستقیم و به واسطه مکانیزم‌های دفاعی عمل کرده است، نه به صورت مستقیم. به عبارت دیگر، پرستاران دارای دلبستگی اضطرابی ممکن است در ظاهر بتوانند عملکرد حرفه‌ای خود را حفظ کنند، اما در سطح روان‌پویشی، برای مدیریت اضطراب رابطه‌ای و ترس از طرد، از دفاع‌های خاصی استفاده کنند که به تدریج سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، ساختار نسبتاً منظم محیط بیمارستان، نقش‌های حرفه‌ای تعریف‌شده و حمایت‌های تیمی می‌تواند بخشی از اثر مستقیم اضطراب دلبستگی را تعدیل کند. این نتیجه با مطالعاتی که نشان داده‌اند رابطه دلبستگی و سلامت روان می‌تواند از طریق متغیرهایی مانند تنهایی، حمایت اجتماعی، تنظیم هیجان، مراقبت‌گری و طرحواره‌های شناختی مختل میانجی‌گری شود، همسو است (Doostdari et al., 2024; Nottage et al., 2022; Wong & Denson, 2025).

یافته دوم پژوهش نشان داد که دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی اثر مثبت و معناداری بر سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آزرده و اثر منفی و معناداری بر سبک دفاعی رشدیافته دارند. به بیان دیگر، هرچه ناایمنی دلبستگی در قالب اجتناب یا اضطراب بیشتر باشد، احتمال استفاده از دفاع‌های ناسازگارانه افزایش و احتمال استفاده از دفاع‌های پخته و سازگارانه کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که رابطه نزدیک میان دلبستگی و دفاع‌های روان‌شناختی را نشان داده‌اند (Bekes et al., 2021; Prunas et al., 2019; Tanzilli et al., 2021). از منظر نظری، افراد دارای دلبستگی ناایمن در مواجهه با تهدیدهای هیجانی، فاقد تجربه درونی‌شده‌ای از حمایت ایمن و تنظیم مشترک هیجان هستند؛ بنابراین، به جای پردازش مستقیم احساسات، بیشتر به مکانیسم‌هایی مانند انکار، فرافکنی، عقلانی‌سازی افراطی، اجتناب، واپس‌رانی یا واکنش‌سازی متوسل می‌شوند. این دفاع‌ها اگرچه ممکن است به طور کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهند، اما در بلندمدت مانع شناخت واقع‌بینانه مسئله، بیان سالم هیجان و حل تعارض می‌شوند (Di Giuseppe et al., 2019; Vaillant, 2020).

در همین زمینه، عدم معناداری اثر دلبستگی ایمن بر سبک‌های دفاعی نیز قابل تفسیر است. دلبستگی ایمن ممکن است الزاماً به معنای استفاده بیشتر از یک دفاع خاص نباشد، بلکه می‌تواند نشانه توانایی فرد برای مواجهه مستقیم‌تر با واقعیت، تنظیم آگاهانه هیجان و کاهش نیاز به دفاع‌های پررنگ روان‌شناختی باشد. در واقع، پرستاران دارای دلبستگی ایمن ممکن است به جای اتکا به سازوکارهای دفاعی، از راهبردهای مقابله‌ای، حل مسئله، حمایت‌جویی و گفت‌وگوی حرفه‌ای استفاده کنند. از سوی دیگر، آموزش‌های حرفه‌ای پرستاری، تجربه کار بالینی و الزامات شغلی ممکن است موجب شود حتی افراد با سطوح مختلف دلبستگی ایمن، الگوهای دفاعی مشابه‌تری در محیط کار نشان دهند. پژوهش‌های مرتبط با دلبستگی در دوره‌های مختلف رشد نیز نشان داده‌اند که کیفیت مراقبت، خلق‌وخو، روابط اولیه و تجربه‌های بعدی می‌توانند به شیوه‌ای پیچیده در شکل‌گیری الگوهای دلبستگی و تنظیم هیجان نقش داشته باشند (Bahtiyar-Saygan et al., 2025; Farrer et al., 2025; Kokka et al., 2025).

یافته سوم پژوهش نشان داد که سبک دفاعی رشدنیافته و سبک دفاعی روان‌آزرده اثر مستقیم، مثبت و معناداری بر مشکلات سلامت روان پرستاران دارند، در حالی که سبک دفاعی رشدیافته اثر مستقیم، منفی و معناداری بر مشکلات سلامت روان دارد. این یافته نشان

می‌دهد نوع دفاعی که پرستار در برابر فشارهای درونی و بیرونی به کار می‌گیرد، یکی از عوامل مهم در وضعیت سلامت روان اوست. دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده معمولاً با تحریف واقعیت، کاهش بینش، انتقال تعارض به روابط بین‌فردی و ناتوانی در پردازش سالم هیجان همراه هستند؛ بنابراین، استفاده مکرر از آن‌ها می‌تواند فشار روانی را تداوم بخشد. در مقابل، دفاع‌های رشدیافته مانند والایش، پیش‌بینی، شوخ‌طبعی و نوع‌دوستی امکان می‌دهند فرد بدون گسست از واقعیت و بدون تخریب روابط، هیجان‌های دشوار را مدیریت کند. این یافته با نظریه سلسله‌مراتبی دفاع‌های وایالنت و مطالعات جدید درباره نقش دفاع‌ها در اختلالات روانی، تاب‌آوری و سازگاری روان‌شناختی همسو است (Ciocca et al., 2020; Hayden et al., 2021; Vaillant, 2020).

در زمینه حرفه پرستاری، این نتیجه اهمیت ویژه‌ای دارد. پرستاران به دلیل تماس مداوم با رنج بیمار، مرگ، خطاهای احتمالی، فشار اخلاقی و مسئولیت مراقبت، نیازمند راهبردهای روانی پایدار برای حفظ سلامت روان هستند. اگر فرد از دفاع‌های رشدنیافته استفاده کند، ممکن است به جای پذیرش هیجان، آن را انکار کند؛ به جای گفت‌وگوی حرفه‌ای، تعارض را فرافکنی کند؛ یا به جای پردازش سوگ و فرسودگی، از کناره‌گیری و بی‌حسی هیجانی استفاده نماید. چنین الگوهایی در بلندمدت می‌توانند به خستگی شفقت، کاهش تاب‌آوری، اختلال در ارتباط با بیمار و افزایش نشانه‌های اضطراب و افسردگی منجر شوند. مطالعات انجام‌شده در میان پرستاران و کارکنان حوزه سلامت نیز نشان داده‌اند که مکانیسم‌های دفاعی با تاب‌آوری، رضایت از شفقت، خستگی شفقت و شیوه‌های مقابله‌ای ارتباط دارند (Panfil et al., 2020; Shehata & Elsheikh, 2023). همچنین، فشارهای شغلی و نشانه‌های اختلال روان در پرستاران در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است و این امر ضرورت توجه به سازوکارهای محافظتی و آسیب‌زا را برجسته می‌سازد (McInnes et al., 2022; Spector, 2021; Stelnicki & Carleton, 2020).

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر مربوط به نقش میانجی مکانیزم‌های دفاعی بود. نتایج نشان داد که دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی از طریق سبک‌های دفاعی رشدنیافته، روان‌آزرده و رشدیافته بر سلامت روان پرستاران اثر غیرمستقیم و معنادار دارند؛ اما اثر غیرمستقیم دلبستگی ایمن از طریق سبک‌های دفاعی معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که ناایمنی دلبستگی زمانی برای سلامت روان پرستاران آسیب‌زاتر می‌شود که با دفاع‌های ناسازگارانه همراه گردد. به بیان دقیق‌تر، دلبستگی اجتنابی و اضطرابی، زمینه استفاده از دفاع‌های رشدنیافته و روان‌آزرده را افزایش و استفاده از دفاع‌های رشدیافته را کاهش می‌دهد؛ سپس این الگوی دفاعی ناسازگارانه، مشکلات سلامت روان را تشدید می‌کند. این نتیجه با پژوهش‌هایی همخوان است که دفاع‌ها را یکی از مسیرهای مهم انتقال اثر دلبستگی ناایمن به پریشانی روان‌شناختی دانسته‌اند (Bekes et al., 2021; Ciocca et al., 2020; Prunas et al., 2019; Tanzilli et al., 2021).

از نظر نظری، این یافته نشان می‌دهد که رابطه دلبستگی و سلامت روان، رابطه‌ای ساده و خطی نیست، بلکه از طریق سازوکارهای روان‌پویشی و تنظیمی پیچیده عمل می‌کند. دلبستگی ناایمن، الگوی اولیه ادراک تهدید، نیاز به حمایت و انتظار از رابطه را شکل می‌دهد؛ اما مکانیسم‌های دفاعی تعیین می‌کنند که فرد در مواجهه با این تهدید چگونه واکنش نشان دهد. اگر فرد دارای دلبستگی اجتنابی باشد، ممکن است از طریق فاصله‌گیری هیجانی، انکار نیاز به کمک و سرکوب عاطفه با فشارهای بیمارستانی مواجه شود. اگر دلبستگی اضطرابی غالب باشد، ممکن است فرد با حساسیت افراطی نسبت به ارزیابی دیگران، ترس از طرد و استفاده از دفاع‌های روان‌آزرده، فشار روانی بیشتری تجربه کند. در هر دو حالت، دفاع‌های ناسازگارانه مسیر تبدیل ناامنی دلبستگی به نشانه‌های سلامت روان را فعال می‌کنند. این تبیین با پژوهش‌هایی همسو است که در آن‌ها نقش میانجی یا پیونددهنده متغیرهایی مانند تنهایی، ناگویی هیجانی، ذهنی‌سازی، دفاع‌ها و تنظیم هیجان در رابطه میان دلبستگی و سلامت روان گزارش شده است (Doostdari et al., 2024; Hayden et al., 2021; Liu et al., 2021; Nasiri et al., 2020).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برای فهم سلامت روان پرستاران، باید هم به الگوهای عمیق رابطه‌ای و هم به شیوه‌های دفاعی آنان توجه کرد. دلبستگی ایمن می‌تواند نقش محافظتی مستقیم داشته باشد، در حالی که دلبستگی اجتنابی و اضطرابی از طریق فعال‌سازی دفاع‌های ناکارآمد، مسیر آسیب‌پذیری روانی را تقویت می‌کنند. این یافته‌ها از یکپارچه‌سازی نظریه دلبستگی و نظریه

مکانیسم‌های دفاعی در تبیین سلامت روان حمایت می‌کند و نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی در محیط‌های درمانی باید فراتر از کاهش نشانه‌ها رفته و به اصلاح الگوهای تنظیم هیجان، افزایش ذهنی‌سازی، ارتقای دفاع‌های رشدیافته و بهبود توانایی دریافت حمایت اجتماعی بپردازند. چنین رویکردی می‌تواند به حفظ سلامت روان پرستاران، کاهش فرسودگی، افزایش کیفیت مراقبت و ارتقای پایداری نیروی انسانی در بیمارستان‌ها کمک کند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه طرح پژوهش از نوع مقطعی و همبستگی بود؛ بنابراین، امکان استنباط قطعی درباره روابط علّی میان سبک‌های دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و سلامت روان وجود ندارد. دوم آنکه نمونه پژوهش فقط از میان پرستاران یک بیمارستان در شهر بابل انتخاب شد و روش نمونه‌گیری نیز در دسترس بود؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به همه پرستاران یا سایر گروه‌های درمانی باید با احتیاط انجام شود. سوم آنکه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شد و ممکن است پاسخ‌ها تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی، خستگی شغلی یا نگرانی از افشای وضعیت روانی قرار گرفته باشند. همچنین، متغیرهایی مانند سابقه کار، نوع بخش، شیفت کاری، حمایت سازمانی، وضعیت اقتصادی، سابقه اختلال روان‌شناختی و شدت فشار شغلی می‌توانستند بر نتایج اثرگذار باشند، اما در مدل پژوهش به طور کامل کنترل نشدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی، چندمرکزی و مدل‌های علّی استفاده شود تا مسیرهای زمانی و جهت اثرگذاری میان دلبستگی، مکانیسم‌های دفاعی و سلامت روان با دقت بیشتری بررسی گردد. همچنین، انجام مطالعات مقایسه‌ای میان پرستاران بخش‌های مختلف، مانند اورژانس، مراقبت‌های ویژه، روان‌پزشکی، داخلی و جراحی، می‌تواند نشان دهد که فشارهای شغلی متفاوت چگونه این روابط را تغییر می‌دهند. استفاده از روش‌های ترکیبی، شامل مصاحبه‌های عمیق، مشاهده بالینی و ابزارهای خودگزارشی، نیز می‌تواند درک غنی‌تری از تجربه روانی پرستاران فراهم کند. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود متغیرهایی مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، فرسودگی شغلی، خستگی شفقت و راهبردهای مقابله‌ای در مدل‌های آینده وارد شوند تا الگوی جامع‌تری از عوامل محافظتی و آسیب‌زا در سلامت روان پرستاران به دست آید.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان‌ها و مسئولان سلامت روان کارکنان، برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای ویژه‌ای برای ارتقای سلامت روان پرستاران طراحی کنند. این برنامه‌ها می‌توانند شامل آموزش تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی، شناخت مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد، افزایش خودآگاهی، مدیریت تعارض، پیشگیری از فرسودگی و تقویت راهبردهای دفاعی رشدیافته باشند. همچنین، ایجاد فضای حمایتی در محیط کار، دسترسی آسان به مشاوره روان‌شناختی، تشکیل گروه‌های حمایتی برای پرستاران و کاهش انگ مرتبط با دریافت خدمات سلامت روان می‌تواند در کاهش فشار روانی مؤثر باشد. از نظر کاربردی، بهتر است مداخلات سازمانی فقط بر کاهش حجم کار متمرکز نباشند، بلکه به تقویت ظرفیت‌های درون‌فردی و بین‌فردی پرستاران نیز توجه کنند تا آنان بتوانند در برابر فشارهای حرفه‌ای، واکنش‌های سازگارانه‌تر و پایدارتر نشان دهند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Bahtiyar-Saygan, B., Okur-Ataş, Ş., & Berument, S. K. (2025). Attachment of Toddlers in Care With the Moderating Role of Temperament: Turkish Care Types Study. *Infant Mental Health Journal Infancy and Early Childhood*, *46*(6), 712-727. https://doi.org/10.1002/imhj.70023

Bekes, V., Aafjes-van Doorn, K., Spina, D., Talia, A., Starrs, C. J., & Perry, J. C. (2021). The relationship between defense mechanisms and attachment as measured by observer-rated methods in a sample of depressed patients: A pilot study. *Frontiers in psychology*, *12*, 648503. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648503

Ciocca, G., Rossi, R., Collazzoni, A., Gorea, F., Vallaj, B., & Stratta, P. (2020). The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young adult sample: A path analysis. *Journal of affective disorders*, *273*, 384-390. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.014

Di Giuseppe, M., Gennaro, A., Lingiardi, V., & Perry, J. C. (2019). The role of defense mechanisms in emerging personality disorders in clinical adolescents. *Psychiatry*, *82*, 128-142. https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1579595

Doostdari, F., Kianimoghadam, A. S., Arzpeyma, M., Fatollahzadeh, S., Mohammadi, N. Z., Masjedi-Arani, A., & Hajmanouchehri, R. (2024). Alexithymia and Attachment on Mental Health of People With Multiple Sclerosis: The Mediating Role of Perceived Social Support and Loneliness. *Journal of education and health promotion*, *13*(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1427_23

Esmaeili, S. (2023). *The relationship of attachment styles, emotional dysregulation, and dependence on social networks with aggression among adolescent girls in Amol County* Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University]. Amol.

Farrer, E., Seal, K., O'Shaughnessy, R., & Dallos, R. (2025). Developing systemic therapies in a specialist perinatal mental health service using an attachment narrative therapy approach. *Human Systems*, *5*(1), 3-19. https://doi.org/10.1177/26344041241270212

Hayden, M. C., Mullauer, P. K., Beyer, K. J., Gaugeler, R., Senft, B., Dehoust, M. C., & Andreas, S. (2021). Increasing mentalization to reduce maladaptive defense in patients with mental disorders. *Frontiers in psychology*, *12*, 637915. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.637915

Huang, Q., Xing, Y., & Gamble, J. (2019). Job demands-resources: A gender perspective on employee well-being and resilience in retail stores in China. *The International Journal of Human Resource Management*, *30*(8), 1323-1341. https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1226191

Karaköse, S., & Ledermann, T. (2026). Insecure Attachment and Mental Health in Married Couples. *Couple and Family Psychology Research and Practice*, *15*(1), 16-31. https://doi.org/10.1037/cfp0000276

Khodaparast, M., & Khodaparast, H. (2022). Examining the relationship between attachment styles and the mediating role of mental health among teachers in Yasuj. *Biological Sciences and Geography Knowledge*, *3*(3), 1-17.

Kobak, R., & Bosmans, G. (2019). Attachment and psychopathology: A dynamic model of the insecure cycle. *Current opinion in psychology*, *25*, 76-80. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.018

Kokka, I., Sotiropoulou, P., & Mourikis, I. (2025). The Attachment Type, Relationship Characteristics, and Sexual Function of Women: Insights from a Cross-Sectional Analysis. *International journal of environmental research and public health*, *22*(5), 794.

Liu, Q. Q., Yang, X. J., Zhu, X. W., & Zhang, D. J. (2021). Attachment anxiety, loneliness, rumination and mobile phone dependence: A cross-sectional analysis of a moderated mediation model. *Current Psychology*, *40*(10), 5134-5144. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00464-x

McInnes, S., Halcomb, E., Ashley, C., Kean, A., Moxham, L., & Patterson, C. (2022). An integrative review of primary health care nurses' mental health knowledge gaps and learning needs. *Collegian*, *29*(4), 540-548. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.12.005

Nasiri, M., Donyavi, R., & Dousti, Y. (2020). The mediating role of defensive mechanisms in the relationship between social phobia and alexithymia in university students. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, *30*(4), 247-254. https://doi.org/10.32598/jhnm.30.4.2041

Nottage, M. K., Oei, N. Y., Wolters, N., Klein, A., Van der Heijde, C. M., Vonk, P., Wiers, R. W., & Koelen, J. (2022). Loneliness mediates the association between insecure attachment and mental health among university students. *Personality and individual differences*, *185*, 111233. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111233

Panfil, A. L., Frandes, M., Nirestean, A., Hurmuz, M., Lungeanu, D., Cristanovici, M., & Bredicean, C. (2020). Interrelation between defensive mechanisms and coping strategies in psychiatry trainees in Romania: A multicenter study. *Annals of General Psychiatry*, *19*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s12991-020-00307-1

Prunas, A., Di Pierro, R., Huemer, J., & Tagini, A. (2019). Defense mechanisms, remembered parental caregiving, and adult attachment style. *Psychoanalytic Psychology*, *36*, 64-72. https://doi.org/10.1037/pap0000158

Shehata, H., & Elsheikh, M. (2023). Defense mechanisms and its relationship to resilience, compassion satisfaction and fatigue among nurses working at El Azazi Mental Health Hospital. *Egyptian Journal of Health Care*, *14*(2). https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.300785

Spector, P. E. (2021). Nursing is one of the hardest occupations. https://paulspector.com/nursing-is-one-of-the-hardest-occupations/

Stelnicki, A. M., & Carleton, R. N. (2020). Mental disorder symptoms among nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, *53*, 264-276. https://doi.org/10.1177/0844562120961894

Sun, J., & Miller, C. (2023). Insecure attachment styles and phubbing: The mediating role of problematic smartphone use. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 4331787. https://doi.org/10.1155/2023/4331787

Tanzilli, A., Di Giuseppe, M., Giovanardi, G., Boldrini, T., Caviglia, G., Conversano, C., & Lingiardi, V. (2021). Mentalization, attachment, and defense mechanisms: A Psychodynamic Diagnostic Manual-2-oriented empirical investigation. *Research in Psychotherapy*, *24*(1), 531. https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.531

Tiller, J., Maguire, T., & Newman-Taylor, K. (2025). Attachment Style Predicts Emotion Regulation, Help-Seeking, and Recovery in Psychosis. *Mental Health Science*, *3*(1), e70002. https://doi.org/10.1002/mhs2.70002

Vaillant, G. E. (2020). Defense mechanisms. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1024-1033). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1372

Vowels, L., Carnelley, K., & Stanton, S. (2022). Attachment anxiety predicts worse mental health outcomes during COVID-19: Evidence from two studies. *Personality and*

individual differences, *185*(2), 111256. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111256

Vowels, L. M., Vowels, M. J., Carnelley, K. B., Millings, A., & Miller, J. G. (2023). Toward a Causal Link Between Attachment Styles and Mental Health During the <scp>COVID</Scp>-19 Pandemic. *British Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 605-620. https://doi.org/10.1111/bjc.12428

Wong, I., & Denson, T. F. (2025). Insecure Attachment and Burnout Among Mental Health Professionals: The Mediating Role of Caregiving Representations and Disrupted Cognitive Schema. *Traumatology an International Journal*. https://doi.org/10.1037/trm0000637

Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*, *123*(5), 1089-1137. https://doi.org/10.1037/pspp0000437