رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

پیش‌بینی اضطراب سلامت در پرستاران بر اساس سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان

Prediction of health anxiety in nurses based on attachment styles, distress tolerance and difficulties in emotional regulation

الهه چرچی پور ممقانی
کارشناسی ارشد روان-شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران.
فروغ جعفری (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران.
رزیتا ذبیحی
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران.

Elahe Charchipour Mamqani
M.A. of Clinical psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran.
Forough Jafari*
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational science and psychology, Islamic Azad University, Islamshahr branch, Islamshahr, Iran. *fjafari646@gmail.com*
Rozita Zabihi
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational science and psychology, Islamic Azad University, Islamshahr branch, Islamshahr, Iran.

چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اضطراب سلامت بر اساس سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در پرستاران انجام شد. پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های بنیادین و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه پرستاران بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها به صورت در دسترس ۱۳۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل سیاهه اضطراب سلامت (HAI، سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲)، سیاهه سبک‌های دلبستگی (AAI، سیمپسون، ۱۹۹۰)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS، سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS، گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد بین اضطراب سلامت با سبک دلبستگی ناایمن (r=۰/۴۲)، تحمل پریشانی (r=۰/۴۱) و دشواری در تنظیم هیجان (r=۰/۴۲) همبستگی معنادار وجود دارد (p‹۰/۰۱). همچنین سبک دلبستگی ناایمن (B=۰/۲۵۷ و P=۰/۰۰۳)، تحمل پریشانی (B=۰/۲۳۲ و P=۰/۰۰۸) و دشواری در تنظیم هیجان (B=۰/۲۶۳ و P=۰/۰۰۲) توان پیش-بینی ۳۰ درصد از تغییرات اضطراب سلامت را داشتند. از یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان نقش کلیدی در اضطراب سلامت پرستاران دارند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های کاهش اضطراب سلامت پرستاران ضروری است.

واژه‌های کلیدی: *سبک‌های دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، اضطراب سلامت.*

Abstract

This study aimed to predict health anxiety based on attachment styles, distress tolerance, and difficulties in emotional regulation in nurses. This research was basic research and regarding procedure, it was a correlation study. The statistical population of the present study was all the nurses of Milad Hospital in Tehran in 2022, from whom 131 people were selected as a sample. Research tools included: Health Anxiety Inventory (HAI, Salkovskis & Warwick, 2002), Adult Attachment Inventory (AAI, Simpson, 1990), Distress Tolerance Scale (DTS, Simons & Gaher, 2005), and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004). Data were analyzed using Pearson's correlation test and multiple regression. The research results showed that there is a significant correlation (p<0.01) between health anxiety with insecure attachment style (r=0.42), distress tolerance (r=0.41), and difficulties in emotional regulation (r=0.42). Also, insecure attachment style (B=0.257 & p=0.003), distress tolerance (B=0.232 & p=0.008), and difficulties in emotional regulation (B=0.263 & p=0.002) were able to predict 30% of health anxiety changes. It can be concluded that attachment styles, distress tolerance, and difficulties in emotional regulation play a key role in nurses' health anxiety, and it is necessary to pay attention to these factors in interaction with each other in programs to reduce nurses' health anxiety.

Keywords: *attachment styles, difficulties in emotional regulation, distress tolerance, health anxiety.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۲** | **پذیرش: مهر ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مقدمه

در میان حرفه‌های مختلف، پرستاران[۱] نقش کلیدی و مهمی در آموزش به افراد بیمار و خانواده‌های آنان ایفا می‌کنند. پرستارانی که اعمال خود را بر اساس اطلاعات سلامت معتبر پایه‌گذاری می‌کنند می‌توانند تصمیمات بهتری را اتخاذ نمایند و مراقبت‌های با کیفیت‌تری را انجام دهند (اولدلند[۲] و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی پرستاری یک حرفه ضروری است که برای ایجاد امنیت و مراقبت با کیفیت از بیمار در هر شرایطی مورد نیاز است (آن[۳] و همکاران، ۲۰۲۰). پرستاران شغل خود را با ارائه کمک به بیماران آغاز می‌کنند اما اغلب به دلیل کار در کلینیک و تنیدگی‌های ناشی از مراقبت از دیگران، خستگی را تجربه می‌نمایند (روئیز-فرناندز[۴] و همکاران، ۲۰۲۰). این خستگی جسمانی و روانی ناشی از موقعیت‌های تنیدگی‌زا برای کسانی که در بیمارستان مشغول به کار هستند در طول زمان ممکن است افزایش یابد (یشیل و پولات[۵]، ۲۰۲۳). تنیدگی و خستگی ناشی از آن به مرور باعث فرسودگی شغلی شده که بر اثر آن قوای جسمانی و هیجانی فرد تحلیل رفته و بروز پاسخ نامناسب فرد نسبت به خود و دیگران را در پی دارد که تمامی این موارد بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر منفی می‌گذارد (جاروسز[۶] و همکاران، ۲۰۲۲). پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت، لازم است که از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بوده تا بتوانند به بهترین شکل مطلوب به مددجویان خدمات ارائه دهند (محمدزاده تبریزی و همکاران، ۱۴۰۱). عوامل متعددی می‌توانند زندگی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند که یکی از این عوامل اضطراب سلامتی[۷] است. اضطراب سلامتی یک مفهوم پیوستاری است که برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک[۸] در سال ۱۹۸۶ پیشنهاد شده است که در یک طرف پیوستار نگرانی‌های خفیف درباره‌ی سلامتی و ابتلا به بیماری و در طرف دیگر آن اختلال خودبیمارانگاری قرار می‌گیرد که با ترس‌های افراطی و گاه هذیانی درباره سلامتی و علائم جسمانی مشخص می‌شود (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۱)؛ آن‌ها بیان کردند بعضی از افراد هستند که بیشتر از مردم عادی درباره‌ی سلامتی خود نگران هستند اما همه‌ی ویژگی‌های تشخیصی خودبیمارانگاری را ندارند در نتیجه مفهوم پیوستاری اضطراب سلامتی را به کار بردند که هم اضطراب سلامتی خفیف و هم خودبیمارانگاری را در برمی‌گیرد (کورسر[۹] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ بنابراین اضطراب سلامتی در طیفی از بیماران غیر روانی (شامل بیماران جسمی و غیر بیماران) نیز رخ می‌دهد. بابایی نادینلوئی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود دریافتند که از لحاظ اضطراب سلامت بین پرستاران و افراد عادی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. همچنین تفاوت معناداری در اغلب ابعاد ناسازگار شخصیت (عاطفه منفی، خصومت و عدم بازداری) یافت شد. همچنین پرستاران هیجان منفی بیشتری نسبت به افراد عادی تجربه می‌کردند. عوامل مختلفی می‌توانند در اضطراب سلامتی پرستاران نقش داشته باشند که در این پژوهش به بررسی سبک‌های دلبستگی[۱۰]، تحمل پریشانی[۱۱] و دشواری در تنظیم هیجان[۱۲] خواهیم پرداخت.

یکی از متغیرهایی که در اضطراب سلامت نقش دارد، سبک‌های دلبستگی است (ریزر[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۱). ایده‌ی اصلی نظریه دلبستگی[۱۴] این است که افراد بشر به واسطه‌ی میل به بقا، پیوندهای هیجانی را شکل می‌دهند و به این واسطه از دوران نوزادی یک سیستم رفتاری دلبستگی برای تنظیم نزدیکی به مراقب شکل می‌گیرد (فریلی و رویزمن[۱۵]، ۲۰۱۹). نظریه دلبستگی بالبی مبتنی بر این امر است که پیوندهای عاطفی نخستینی که بین کودک و مادر در قالب الگوهای عملی درونی می‌شوند به گستره وسیع روابط بین شخصی کودک در آینده تعمیم می‌یابند و الگوی این روابط یعنی سبک‌های دلبستگی در طول زندگی نسبتاً پایدار می‌مانند (جاپوترا[۱۶] و همکاران، ۲۰۱۸). در فرایند شکل‌گیری این روابط والدین پایگاهی ایمن برای کودک فراهم می‌آورند که بر اساس آن تجربه‌ها سازماندهی می‌شود و

1 nurses
2 Oldland
3 An
4 Ruiz-Fernández
5 Yeşil & Polat
6 Jarosz
7 health anxiety
8 Salkovskis & Warwick
9 Kurcer
10 attachment styles
11 distress tolerance
12 emotion regulation difficulties
13 Reiser
14 attachment
15 Fraley & Roisman
16 Japutra

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

با درماندگی‌ها مقابله می‌شود (کیم و میلر[1]، ۲۰۲۰). بالبی، اینثورث، بلهار، واترز و وال (نقل از کیم و میلر، ۲۰۲۰)، سبک‌های دلبستگی ایمن[2]، اجتنابی[3]، دوسوگرا[4] را در کودکی توصیف کرده‌اند که در بزرگسالی نیز مورد تأیید قرار گرفته است که طبق نظریه بالبی دلبستگی ایمن مهارت‌های مقابله، احساس ارزشمندی و شایستگی شخصی را تقویت می‌کند، اضطراب و افسردگی را کاهش داده و ظرفیت سازش با تنیدگی را افزایش می‌دهند. سبک‌های دلبستگی روش مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متأثر می‌سازند (کاستا و بوتیلهیرو[5]، ۲۰۲۱). افراد ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، اجتناب‌گرها در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند و نشان برجسته دو سوگراها حساسیت بیش از حد نسبت به عواطف منفی و چهره‌های دلبستگی است (موناکو[6] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که بیش از ۸۰ درصد افراد عادی سبک دلبستگی ایمن دارند و فقط ۲۰ درصد دارای سبک دلبستگی ناایمن (اضطرابی و دوسوگرا) هستند (مند[7] و همکاران، ۲۰۱۹). صادقی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دلبستگی اجتنابی به ترتیب با اندازه اثرهای ۰/۰۸-، ۰/۱۰- اثر مستقیم و واسطه‌ای معناداری بر اضطراب حالت دارد. همچنین دلبستگی اضطرابی با اندازه اثر ۰/۳۱ به‌واسطه دشواری در تنظیم هیجان اثر معناداری بر اضطراب حالت دارد.

یکی دیگر از مؤلفه‌هایی که در رابطه با اضطراب سلامتی، حائز اهمیت است، میزان تحمل پریشانی است (ساویر[8] و همکاران، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی است. تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک‌شده افراد برای مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی یا ناخوشایند اشاره دارد و توانایی رفتاری در مداومت در مقابل حالات پریشانی درونی که توسط برخی موقعیت‌های استرس‌زا تحریک می‌شود و پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان یک حالت رنج عاطفی تعریف می‌شود که اغلب با احساس افسردگی و اضطراب همراه است (لاس و وینر[9]، ۲۰۲۰). افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ ناسازگارانه به پریشانی و شرایط برانگیزاننده‌ی پریشانی باشند، در نتیجه این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالات آزاردهنده بکوشند، در مقابل افراد با سطح بالاتر تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر قادر باشند که به پریشانی و شرایط برانگیزاننده‌ی پریشانی پاسخ انطباقی دهند (ویلوکس[10]، ۲۰۲۳). ترس از آلوده شدن به ویروس‌ها در محیط کاری پرستاران و آستانه تحمل پریشانی پایین، باعث می‌شود که در شرایط بحران بدن هورمون استرس‌زا ترشح کند و فرد بیشتر مستعد ابتلا به این بیماری باشد (هیلمن[11] و همکاران، ۲۰۲۲). تصور می‌شود در پرستاران، میزان تحمل پریشانی با توانایی مقاومت در برابر ناراحتی جسمی و عاطفی ناشی از شرایط، در ارتباط باشد (پراسانتی[12] و همکاران، ۲۰۱۸). مقبلی هنزائی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای اضطراب سلامت در مقایسه با افراد بهنجار، تحمل پریشانی کمتر و اجتناب تجربه‌ای بیشتری را گزارش کردند. این افراد نسبت به افراد بهنجار به میزان بیشتری جذب هیجانات منفی مرتبط با سلامتی خود می‌شوند و به سبب ناتوانی در تحمل این پریشانی‌ها، از موقعیت‌های استرس‌زای مرتبط با این پریشانی‌ها اجتناب می‌کنند.

همچنین هیجان‌های پرستاران نیز یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی است که با اضطراب سلامتی در ارتباط است (نوربی[13]، ۲۰۱۸). هیجان عبارت است از یک احساس، فکر و حالت روانی و بیولوژیکی مختص آن و دامنه‌ای از تمایلات برای عمل کردن بر اساس آن دامنه (رستوباگ[14] و همکاران، ۲۰۲۰). هیجان‌ها اثر قدرتمندی بر روی استدلال افراد می‌گذارند و از راه‌هایی که هنوز ناشناخته‌اند به تثبیت آن کمک می‌کنند (مام شریفی و همکاران، ۱۴۰۱) و بنابراین عملکرد و تنظیم درست آن‌ها می‌تواند نقش مهمی در سلامتی افراد داشته باشد (اینوود و فراری[15]، ۲۰۱۸). تنظیم هیجانی، به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه‌ی هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد. تنظیم هیجانی به‌عنوان بخشی از مهارت‌های درون‌زاد شناخته می‌شود که به شکل مداوم توسط خانواده و فرایند اجتماعی شدن شکل می‌گیرد (معینی و

1 Kim & Miller
2 secure
3 avoidant
4 ambivalent
5 Costa & Botelheiro
6 Mónaco
7 Mende
8 Sauer
9 Lass & Winer
10 Veilleux
11 Hillman
12 Prasanty
13 Nørby
14 Restubog, Ocampo & Wang
15 Inwood & Ferrari

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

همکاران، ۱۴۰۱). تنظیم هیجانی موفق به طور معمول شامل بخش‌های چندگانه از پردازش هیجانی است که با خودآگاهی دقیق هیجانی آغاز می‌شود و با استفاده‌ی درست از راهبردهای مقابله‌ای تنظیم هیجانی برای تعدیل و برانگیختگی هیجانی به اوج می‌رسد (گرتز و روئمر[1]، ۲۰۰۴). از نظر عملکردی، تنظیم هیجان همچنین می‌تواند به فرایندهایی از جمله تمایل به تمرکز توجه فرد به یک کار و توانایی سرکوب رفتار نامناسب تحت دستورالعمل اشاره داشته باشد (تامپسون[2]، ۲۰۱۹)؛ بنابراین، تقریباً هر زمان افراد باید با نوعی تنظیم هیجان درگیر شوند. گاهی اتفاق می‌افتد که این هیجان‌ها به صورت مناسب به کار برده نمی‌شوند و به نوعی به بد تنظیمی دچار می‌شوند. افرادی که از نظر عاطفی بی نظم هستند الگوهایی از پاسخ را نشان می‌دهند که در آن بین اهداف، پاسخ‌ها و یا شیوه‌های بیان آن‌ها و خواسته‌های محیط اجتماعی ناسازگاری وجود دارد (بوچین و سیچتی[3]، ۲۰۱۹). درنتیجه، دشواری در تنظیم هیجان تنها فقدان کنترل هیجان نیست بلکه تنظیم ناسازگارانه‌ی هیجان‌ها را نیز شامل می‌شود. دشواری در تنظیم هیجان عبارت است از دشواری در خودتنظیمی حالت‌های عاطفی و کنترل خود در رفتارهای هیجان محور (وولف[4] و همکاران، ۲۰۱۹). به کارگیری روش‌های غیر انطباقی تنظیم هیجان می‌تواند منجر به آسیب‌های روانی و اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی شود (برونو[5] و همکاران، ۲۰۱۹). بشارت و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین گروه‌های بالینی با جمعیت بهنجار تفاوت معناداری در نمره‌ی کل دشواری تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین گروه‌های بالینی در دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به اضطراب فراگیر و وسواس در مقایسه با افراد افسرده تفاوت معنادار وجود دارد. در فرآیند تنظیم هیجان فرد می‌تواند فراوانی، شدت و مدت زمان تجربه هیجان‌های مثبت و منفی را تغییر بدهد در نتیجه افرادی که قادر نیستند به درستی این راهبردها را انتخاب یا اجرا کنند در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر مستعد ابتلا به اختلال‌های روانی می‌شوند (آلدائو و نولن-هوکسما[6]، ۲۰۱۲).

با توجه به مطالب ذکر شده، اهمیت نقش متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در رابطه با اضطراب سلامتی در پرستاران مطرح گردید. از آنجایی که پژوهشی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان صورت نگرفته است، خلأ پژوهشی در این حوزه احساس شد و از سویی دیگر به دلیل اهمیت زیاد شغل پرستاری، بررسی متغیرهای مرتبط به سلامت روانی این افراد ضرورت دارد؛ بررسی این متغیرها می‌تواند دیدگاه جامع‌تری را به سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و سلامت بدهد تا بتوانند به صورت دقیق‌تری نیازهای کادر درمانی از جمله پرستاران را به صورت درست برآورد کنند؛ بنابراین این پژوهش با هدف پیش‌بینی اضطراب سلامت بر اساس سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در پرستاران انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های بنیادین و از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه پرستاران بیمارستان میلاد شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها به صورت در دسترس ۱۳۱ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از هماهنگی با بیمارستان میلاد شهر تهران پرسشنامه‌ها در بین آن‌ها توزیع شد و پس از پاسخگویی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شدند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حداقل دو سال از شروع به کار آن‌ها سپری شده باشد، مراجعه نکردن به روان‌شناس و روان‌پزشک در یک سال گذشته و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود داشتن داده‌های پرت بود. در پرسشنامه‌ها برای رعایت اصول اخلاقی این عنوان قید شده بود که اطلاعات هر پرسشنامه کاملاً به صورت محرمانه بود. همچنین در صورت تمایل از نتایج پژوهش، پس از اتمام پژوهش نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

ابزار سنجش

سیاهه اضطراب سلامت[7] (HAI): این سیاهه توسط سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) طراحی و دارای ۱۸ آیتم است. این سیاهه دارای سه مؤلفه ابتلا به بیماری پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از

1 Gratz & Roemer
2 Thompson
3 Beauchaine & Cicchetti
4 Wolff
5 Bruno
6 Aldao & Nolen-Hoeksema
7 Health Anxiety Inventory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملاتی را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ است (گزینه الف= ۰ تا گزینه د-۳). کسب نمره بالاتر به معنای اضطراب سلامت بالاتر است. سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) پایایی بازآزمایی این سیاهه در مدت زمان دو هفته را ۰/۹۰ گزارش کردند و پایایی این سیاهه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این سیاهه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این محققان برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (IAS) استفاده کردند و روایی سیاهه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند. این سیاهه در ایران توسط نرگسی و همکاران (۱۳۹۵) بررسی شده و در این پژوهش پایایی کل این سیاهه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و برای عامل نگرانی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین روایی همگرا این سیاهه با پرسشنامه خود بیمار پنداری اهواز برابر با ۰/۷۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این سیاهه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

سیاهه سبک‌های دلبستگی[1] (AAI): این سیاهه توسط سیمپسون[2] (۱۹۹۰) ساخته شده است و شامل ۱۳ جمله در مقیاس لیکرتی است که آزمودنی در پاسخ به هر سوال باید یکی از گزینه‌های طیف ۵ درجه‌ای (از کاملاً موافق= ۵ تا کاملاً مخالف= ۱) را انتخاب کند. از این ۱۳ جمله، ۵ جمله برای ارزیابی سبک دلبستگی ایمن (گویه‌های ۱ تا ۵) و ۸ گویه برای دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی (گویه‌های ۶ تا ۱۳) در نظر گرفته شده‌اند. سیمپسون (۱۹۹۰) به منظور بررسی روایی این سیاهه از مقیاس عشق و مقیاس وابستگی استفاده کرد. همبستگی بین مقیاس عشق با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرای اضطرابی به ترتیب ۰/۲۲، ۰/۲۲ و ۰/۱۲ بود (P<۰/۰۵). همبستگی بین مقیاس وابستگی با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرای اضطرابی به ترتیب ۰/۲۶، ۰/۲۸ و ۰/۱۲ به دست آمد (P<۰/۰۵). همچنین پایایی خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۷۱ گزارش شده بود. عطاری و همکاران (۱۳۸۵) برای بررسی روایی این سیاهه از سه سوال محقق ساخته استفاده نمودند که همبستگی برای این سه سوال با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۵۴ و ۰/۲۴ به دست آمد (P<۰/۰۱). همچنین این نویسندگان پایایی این سیاهه به روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی در فاصله‌های زمانی یک هفته تا دو سال حدوداً ۰/۷۰ برآورد کردند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ دلبستگی ایمن ۰/۸۹، دلبستگی ناایمن اضطرابی ۰/۷۱ و دلبستگی ناایمن اجتنابی ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی[3] (DTS): این مقیاس خود سنجی توسط سیمونز و گاهر[4] در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند (سیمونز و گاهر ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۲ ،۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. همچنین روایی تفکیکی این مقیاس با زیر مقیاس‌های وضعیت خلقی منفی و مثبت پرسشنامه وضعیت خلق عمومی (کلارک و واتسون[5]، ۱۹۹۱) به ترتیب برابر ۰/۵۹ و ۰/۲۶ گزارش شد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ است. همبستگی تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ است. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴ ،۰/۲۲ و ۰/۶۵ به دست آمد (توکلی و کاظمی زهرانی، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان[6] (DERS): این مقیاس توسط گرتز و روئمر در سال ۲۰۰۴ تدوین شد. شامل ۳۶ گویه و دارای ۶ مؤلفه‌ی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی دشواری، در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی است. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. حداقل نمره ممکن ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن[7] ۰/۲۶ گزارش شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی آن از طریق بازآزمایی ۰/۸۸ به دست آمد (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). در ایران بشارت (۱۳۹۷) پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آورده است. همچنین ضرایب همبستگی عدم پذیرش هیجان‌های منفی با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۳، درماندگی آموخته شده ۰/۴۴، راهبردهای

1 Adult Attachment Inventory
2 Simpson
3 Distress Tolerance Scale
4 Simons & Gaher
5 Clark & Watson
6 Difficulties in emotion regulation scale
7 Zuckerman Excitement Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

رشد یافته ۰/۴۷، راهبردهای رشد نیافته ۰/۵۱، عاطفه مثبت ۰/۴۵ و عاطفه منفی ۰/۴۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است.

یافته ها

میانگین سنی این شرکت‌کنندگان ۲۶/۲۹ با انحراف معیار ۲/۱۴ سال بود. همچنین میانگین مدت شروع به کار ۳/۷۲ بود. ۲۷ نفر (۲۰/۶۱ درصد) از شرکت‌کنندگان آقا و ۱۰۴ نفر (۷۹/۳۹ درصد) خانم بودند. در جدول ۱ ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی پیرسون و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سبک‌های دلبستگی ایمن	-				
۲. سبک‌های دلبستگی ناایمن	۰/۰۲	-			
۳. تحمل پریشانی	۰/۴۰**	۰/۲۶**	-		
۴. دشواری در تنظیم هیجان	۰/۱۷	۰/۳۸**	۰/۳۶**	-	
۵. اضطراب سلامت	-۰/۰۷	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	-
میانگین	۱۶/۷۴	۲۱/۴۱	۴۱/۶۰	۹۷/۸۴	۱۷/۳۰
انحراف معیار	۲/۵۸	۵/۲۸	۱۰/۰۱	۱۸/۰۶	۴/۲۷
کجی	۰/۳۳	۰/۰۵	-۰/۰۲	۰/۴۴	۰/۷۸
کشیدگی	۰/۶۱	-۰/۶۷	-۰/۵۸	-۰/۴۰	۰/۲۱

* P‹۰/۰۵ **P‹۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین اضطراب سلامت با سبک دلبستگی ناایمن (r=۰/۴۲)، تحمل پریشانی (r=۰/۴۱) و دشواری در تنظیم هیجان (r=۰/۴۲) همبستگی معنادار وجود داشت (p‹۰/۰۱). همچنین میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش همراه با کجی و چولگی بررسی شده است. مقدار آماره چولگی و کشیدگی در بازه (۲، ۲-) قرار دارد و این نشان از قابل قبول بودن این مقادیر برای نرمال بودن داده‌های این متغیر است. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، نرمال بودن متغیر ملاک (اضطراب سلامت)، استقلال خطاها و هم خطی متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف با (آماره ۰/۲۳۷ و p>۰/۰۵) نشان از نرمال بودن متغیر اضطراب سلامت است. طبق آماره دوربین واتسون که محدوده قابل قبول آن ۱/۵ تا ۲/۵ است (تورنر[1]، ۲۰۲۰)، در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی اضطراب سلامت (۱/۷۷۹)، حاکی از استقلال خطاها است. یکی از شروط دیگر، عدم هم خطی متغیرهای پیش‌بین است و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از ۱۰ داشته باشد عدم هم خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچک‌تر از ۱۰ بود و عدم هم خطی تأیید شد (مارکولیدز و ریکو[2]، ۲۰۱۹). به منظور بررسی هدف اصلی پژوهش از روش تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲. نتایج ضرایب چندگانه و بررسی معناداری پیش‌بینی اضطراب سلامت از طریق متغیرهای پیش‌بین بر اساس آزمون آنوا

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig	R	R^2	R تعدیل شده
اضطراب سلامت	رگرسیون	۳۲۹۹/۶۶۲	۴	۸۲۴/۹۱۶	۱۳/۴۵۸	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۳۲	۰/۳۰
	باقیمانده	۷۱۷۱/۸۴۶	۱۱۷	۶۱/۲۹۸					
	کل	۱۰۴۷۱/۵۰۸	۱۲۱						

1 Turner
2 Marcoulides & Raykov

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، مدل رگرسیونی حاضر با (F=۱۳/۴۵۸) معنادار است (p‹۰/۰۱). همچنین مقدار همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک برابر ۰/۵۶ و ضریب تعیین برابر با ۰/۳۱ و ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۳۰ به دست آمد؛ بنابراین متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی ۳۰ درصد از تغییرات متغیر اضطراب سلامت در پرستاران بودند.

جدول ۳. نتایج پیش‌بینی اضطراب سلامت در پرستاران بر اساس متغیرهای پیش‌بین

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig
	بتا	SE	بتا		
مقدار ثابت	۱۳/۴۰۸	۳۸۷۴		۳/۰۵۶	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی ایمن	-۰/۱۶۴	۰/۳۰۴	-۰/۰۴۵	-۰/۵۴۰	۰/۵۹۰
سبک دلبستگی ناایمن	۰/۴۴۲	۰/۱۴۳	۰/۲۵۷	۳/۰۸۵	۰/۰۰۳
تحمل پریشانی	۰/۱۲۰	۰/۰۴۴	۰/۲۳۲	۲/۶۹۷	۰/۰۰۸
دشواری در تنظیم هیجان	۰/۱۴۲	۰/۰۷۶	۰/۲۶۳	۳/۱۹۳	۰/۰۰۲

با توجه به نتایج جدول ۳ متغیرهای سبک دلبستگی ناایمن (B=۰/۲۵۷ و P=۰/۰۰۳)، تحمل پریشانی (B=۰/۲۳۲ و P=۰/۰۰۸) و دشواری در تنظیم هیجان (B=۰/۲۶۳ و P=۰/۰۰۲) در تبیین واریانس اضطراب سلامت نقش دارند. همچنین مقدار ثابت نیز با توجه به معنادار بودند آن در سطح ۰/۰۰۱ در معادله رگرسیونی پیش‌بینی اضطراب سلامت بر اساس متغیرهای پیش‌بین وارد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف پیش‌بینی اضطراب سلامت پرستاران بر اساس سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان انجام شد. یکی از یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که بین اضطراب سلامت با سبک دلبستگی ناایمن رابطه مثبت معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های ییگیتالپ و همکاران (۲۰۲۲)، مند و همکاران (۲۰۱۹)، ثورگارد و همکاران (۲۰۱۸) و صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۷) پیشین همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن زمانی که خود را در روابط اجتماعی در معرض ارزیابی می‌یابند دچار استرس و اضطراب و عدم تعادل روانی در رفتار می‌شوند؛ از طرد شدن به وسیله دیگران می‌هراسند و با اجتناب از برقراری رابطه با دیگران خود را از احساس ناکامی و اضطراب در روابط نجات می‌بخشند. دلبستگی ناایمن یک سبکی از روابط است که پیوند آن آلوده به ترس است. این نوع از دلبستگی عمدتا به عنوان بی میلی در رابطه و دیگر هیجانات ترکیبی، همچون دلبستگی و طرد کردن بیان شده است. افرادی که در این دسته قرار دارند، دارای اعتماد به نفس کمتری نسبت به افراد عادی هستند و نسبت به دیگران واکنش‌های منفی نشان می‌دهند این افراد به راحتی به دیگران اعتماد نکرده و به دلیل مشکلاتی که در کودکی خود داشته و آن را به بزرگسالی منتقل کرده‌اند به دیگران رفتار تکانشی و منفی نشان می‌دهند و در روابطشان دچار اضطراب و تعارض می‌شوند. افراد با دلبستگی ناایمن به طور مستمر از تنها ماندن می‌ترسند زیرا مراقبت کننده آن‌ها قابل اطمینان در ارضای نیازهای آن‌ها نبوده است و این الگوی عدم اطمینان در سراسر زندگی فرد می‌تواند در موقعیت‌های گوناگون تکرار شود و همین می‌تواند در افزایش اضطراب سلامت در پرستاران نقش داشته باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که پریشانی روان‌شناختی با اضطراب سلامت رابطه مثبت معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های رابینسون و همکاران (۲۰۲۱)، پرز و همکاران (۲۰۲۰) ملکی (۱۴۰۰) و مقبلی هنزائی و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اذعان کرد که افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده است. افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند. این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند (لاس و وینر، ۲۰۲۰). مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل پریشانی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده است. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته کننده می‌گردد و عملکردشان به‌طور زیادی کاهش می‌یابد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته کننده می‌گردد و عملکردشان به‌طور زیادی کاهش می‌یابد و در نتیجه بسیار راحت‌تر از دیگر آدم‌ها اضطراب را تجربه می‌کنند.

همچنین یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که دشواری در تنظیم هیجان با اضطراب سلامت در پرستاران رابطه مثبت معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مظلوم زاده و همکاران (۱۴۰۱)، لطفی و همکاران (۱۴۰۰)، یانگ و همکاران (۲۰۱۹) و نوربی (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته از پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که دشواری در نظم‌بخشی هیجانی صرف نظر از این‌که نشانه‌ای از یک اختلال در گستره هیجان است، می‌تواند به عنوان یک مکانیسم مهم در تحول و تداوم اختلال نگریسته شود. شواهدی دیگر از بد تنظیمی هیجانی به عنوان مکانیسمی از اختلال را می‌توان در ادبیات مربوط به آزمون افرادی با اختلالات توأمان اضطراب و افسردگی یافت. این مطالعات از این ایده حمایت می‌کنند که بد تنظیمی هیجانی در اختلالات خلقی و اضطرابی یکسان است. در یک مطالعه، آزمودنی‌هایی با اختلال خلقی یا اضطرابی در شرایطی که از آن‌ها خواسته شد یک فیلم هیجانی را تماشا کنند، در مقایسه با گروه کنترل غیر بالینی شفافیت هیجانی کمتر و ترس بیشتری از تجربه‌ی هیجان‌ها گزارش می‌کردند. علاوه بر این، صرف نظر از تشخیص دریافتی، شرکت‌کنندگان بالینی در مقایسه با گروه کنترل واکنش‌های هیجانی خود را کمتر قابل قبول درجه‌بندی کرده و به صورت قابل‌توجهی بر راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم دهی هیجانی متکی بودند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین اختلالات اضطرابی و تک‌قطبی حاصل تعامل بین آسیب‌پذیری زیستی در برابر هیجان‌ها (به عنوان مثال خصیصه‌ی اضطراب، روان رنجورخویی یا بازداری رفتاری و حسی آموخته شده) از عدم کنترل‌پذیری یک حس دائمی کنترل ناپذیری منجر به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ی نظم دهی هیجانی از قبیل بازداری و اجتناب می‌گردد که صرفاً تجربه هیجانی را تشدید کرده و فقدان ادراک‌شده‌ی کنترل بر هیجان‌ها را بیشتر می‌کند.. پس از مطالب مذکور می‌توان به این نتیجه رسید که دشواری در تنظیم هیجان، خطری جدی برای سلامت روان افراد است و در افزایش اضطراب سلامت نقش بسیاری دارد.

به طور کلی می‌توان از یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفت که عوامل روان‌شناختی متعددی در تعامل با همدیگر می‌توانند در اضطراب سلامت پرستاران نقش داشته باشند. در این پژوهش به بررسی نقش متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در پیش‌بینی اضطراب سلامت پرستاران پرداخته شد که نتایج نشان داد این سه متغیر نقش کلیدی در اضطراب سلامت پرستاران دارند و لزوم توجه به این عوامل در تعامل با یکدیگر در برنامه‌های کاهش اضطراب سلامت پرستاران ضروری است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نوع روش پژوهش اشاره کرد که به‌تبع از نظر تعیین روابط علت و معلولی محدودیت دارند. همچنین به دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌ها باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای بررسی این متغیرها استفاده شود تا تعمیم آن به سایر جوامع آماری آسان‌تر شود و همچنین به متغیرهای دیگری که می‌توانند اضطراب سلامت پرستاران را بیشتر مشخص کنند، توجه شود.

منابع

بابایی نادینلوئی، ک؛ امیری، س؛ فرضعلیزاده، و؛ و ستاری، م. (۱۳۹۷). بررسی ابعاد اضطراب سلامت در پرستاران در مقایسه با افراد عادی: بر اساس نقش ابعاد شخصیتی ناسازگارانه (PID-5). *پرستار و پزشک در رزم*، ۶ (۲۰)، ۲۸-۳۵. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-579-fa.html

بشارت، م. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۳(۴۷)، ۸۹-۹۲. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1427.html

بشارت، م؛ رنجبر شیرازی، ف؛ حافظی، ا؛ و رنجبری، ت. (۱۳۹۷). دشواری تنظیم هیجان و سبک های دلبستگی در نمونه های بیمار و بهنجار. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۳(۴۷)، ۷۷-۸۷. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1426.html

توکلی، ز؛ و کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثر بخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خود تنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳ (۲)، ۴۹-۴۱. http://ijnr.ir/article-1-1966-fa.html

صادقی، ا؛ شیرخانی، م؛ رضوان حسن‌آباد، م؛ عاشوری، ا و مظاهری اسدی، د. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب حالت افراد در دوران همه‌گیری کووید- ۱۹ بر اساس سبک‌های دلبستگی: نقش میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان. *رویش روان شناسی*، ۱۰ (۸)، ۵۷-۶۸. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.8.17.1

صدری دمیرچی، ا؛ نصرتی بیگ آباد، م و عبادی راد، م. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. *رویش روان شناسی*، ۷ (۹)، ۲۹۱-۳۰۸. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1397.7.9.11.6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

عطاری، ی؛ عباسی سرچشمه، ا؛ و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۸۵)، بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوش بینی و سبک دلبستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متاهل دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۳ (۱)، ۱۱۰-۹۳. https://lib.wrc.ir/scholar/view/1/10791

لطفی، م؛ امینی، م و شیاسی، ی. (۱۴۰۰). مقایسه مدل‌های درون‌فردی و بین‌فردی تنظیم هیجان در تبیین نشانگان اضطراب و افسردگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷ (۳)، ۳۰۱-۲۸۸. http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.2359.2

مام شریفی، پ؛ شعبانیان اول خانسری، س؛ نجفی، ک؛ فرخی، س؛ و امین پور، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه ای راهبردهای حل مسئله در رابطهٔ بین باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با تاب آوری در دوران کووید-۱۹. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۴)، ۲۱۶-۲۰۵. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.4.20.3

ملکی، ب. (۱۴۰۰). رابطه تنظیم شناختی هیجان و اضطراب بیماری کرونا در سالمندان: نقش میانجی تحمل پریشانی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۳۱۷-۳۳۰. https://jap.razi.ac.ir/article_1914.html?lang=fa

محمدزاده تبریزی، ز؛ حشمتی فر، ن؛ برزوئی، ف؛ تاج آبادی، ع؛ رستاقی، ص؛ داوری نیا مطلق قوچان، آ. (۱۴۰۱). مقایسه کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مرجع کووید-۱۹ با سایر بیمارستان‌ها. *اطلاع‌رسانی پزشکی نوین*، ۸ (۴)، ۳۸۳-۳۷۴. http://dx.doi.org/10.32598/JMIS.8.4.6

مظلوم زاده، م؛ اصغری ابراهیم آباد، م؛ شیرخانی، م؛ زمانی طاوسی، ع و صلایانی، ف. (۱۴۰۰). رابطه اضطراب کرونا با اضطراب سلامتی: نقش میانجی‌گری دشواری تنظیم هیجان. *روان شناسی بالینی*، ۱۳(۲)، ۱۱۱-۱۲۰. https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21977.2024

معینی، م؛ مام شریفی، پ؛ فرخی، س؛ و شهرابی فراهانی، م. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در رابطهٔ بین سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری با تاب‌آوری امدادگران هلال‌احمر. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۷)، ۱۴۴-۱۳۳. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.7.18.7

مقبلی هنزائی، م؛ امیدی، ع و زنجانی، ز. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای در افراد دارای اضطراب سلامت و افراد عادی. *دوماه نامه علمی ـ پژوهشی فیض*، ۲۳ (۶)، ۶۸۹-۶۹۷. http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3866-fa.html

نرگسی، ف؛ ایزدی، ف؛ کریمی نژاد، ک؛ و رضایی شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۷(۲۷)، ۱۴۷-۱۶۰. https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, *121*(1), 276–281. https://doi.org/10.1037/a0023598

An, Y., Yang, Y., Wang, A., Li, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Ungvari, G. S., Qin, M. Z., An, F. R., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. *Journal of affective disorders*, *276*, 312–315. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.047

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders - Republished Article. *Behavior therapy*, *47*(6), 838–853. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005

Beauchaine, T. P., & Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and psychopathology*, *31*(3), 799–804. https://doi.org/10.1017/S0954579419000671

Bruno, A., Celebre, L., Torre, G., Pandolfo, G., Mento, C., Cedro, C., Zoccali, R. A., & Muscatello, M. R. A. (2019). Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry research*, *279*,323–330. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.043

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–336. https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316

Costa, E. C. V., & Botelheiro, A. A. L. P. (2021). The impact of intimate partner violence on psychological well-being: Predictors of posttraumatic stress disorder and the mediating role of insecure attachment styles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(1), Article 100151. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100151

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: four lessons. *Current opinion in psychology*, *25*, 26–30. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Hillman, S. R., Lomax, C. L., Khaleel, N., Smith, T. R., & Gregory, J. D. (2022). The roles of intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity and distress tolerance in hoarding disorder compared with OCD and healthy controls. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *50*(4), 392–403. https://doi.org/10.1017/S1352465822000108

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied psychology. Health and well-being*, *10*(2), 215–235. https://doi.org/10.1111/aphw.12127

Japutra, A., Ekinci, Y., & Simkin, L. (2018). Positive and negative behaviours resulting from brand attachment: The moderating effects of attachment styles. *European Journal of Marketing*, 52(5/6), 1185-1202.https://doi.org/10.1108/EJM-10-2016-0566

Jarosz, K., Zborowska, A., & Młynarska, A. (2022). Rationing Care, Job Satisfaction, Fatigue and the Level of Professional Burnout of Nurses in Urology Departments. *International journal of environmental research and public health*, *19*(14), 8625. https://doi.org/10.3390/ijerph19148625

Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *39*(1), 46–57. https://doi.org/10.1037/hea0000821

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]

Kurcer, M. A., Erdogan, Z., & Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in psychiatric care*, *58*(1), 132–140. https://doi.org/10.1111/ppc.12850

Lass, A. N. S., & Winer, E. S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *27*(3), Article e12336. https://doi.org/10.1037/h0101778

Marcoulides, K. M., & Raykov, T. (2019). Evaluation of Variance Inflation Factors in Regression Models Using Latent Variable Modeling Methods. *Educational and psychological measurement*, *79*(5), 874–882. https://doi.org/10.1177/0013164418817803

Mende, M., Scott, M. L., Garvey, A. M., & Bolton, L. E. (2019). The marketing of love: How attachment styles affect romantic consumption journeys. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *47*(2), 255–273. https://doi.org/10.1007/s11747-018-0610-9

Mónaco, E., Schoeps, K., & Montoya-Castilla, I. (2019). Attachment Styles and Well-Being in Adolescents: How Does Emotional Development Affect This Relationship?. *International journal of environmental research and public health*, *16*(14), 2554. https://doi.org/10.3390/ijerph16142554

Nørby S. (2018). Forgetting and emotion regulation in mental health, anxiety and depression. Memory (Hove, England), 26(3), 342–363. https://doi.org/10.1080/09658211.2017.1346130

Oldland, E., Hutchinson, A. M., Redley, B., Mohebbi, M., & Botti, M. (2021). Evaluation of the validity and reliability of the Nurses' Responsibility in Healthcare Quality Questionnaire: An instrument design study. Nursing & health sciences, 23(2), 525–537. https://doi.org/10.1111/nhs.12844

Perez, C. M., Nicholson, B. C., Dahlen, E. R., & Leuty, M. E. (2020). Overparenting and emerging adults' mental health: The mediating role of emotional distress tolerance. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(2), 374–381. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01603-5

Prasanty, N., Husada, M. S., Effendy, E., & Simbolon, M. J. (2018). Work-related psychological distress and social dysfunction in Nurses at Haji Hospital Medan-Indonesia. *behaviour*, *5*, 6. http://dx.doi.org/10.15562/bmj.v7i2.922

Reiser, S. J., Power, H. A., & Wright, K. D. (2021). Examining the relationships between childhood abuse history, attachment, and health anxiety. *Journal of health psychology*, *26*(7), 1085–1095. https://doi.org/10.1177/1359105319869804

Restubog, S., Ocampo, A., & Wang, L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of vocational behavior*, *119*, 103440. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103440

Robinson, M., Ross, J., Fletcher, S., Burns, C. R., Lagdon, S., & Armour, C. (2021). The Mediating Role of Distress Tolerance in the Relationship Between Childhood Maltreatment and Mental Health Outcomes Among University Students. *Journal of interpersonal violence*, *36*(15-16), 7249–7273. https://doi.org/10.1177/0886260519835002

Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, *17*(4), 1253. https://doi.org/10.3390/ijerph17041253

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, *24*(5), 597–602. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, *32*(5), 843–853. https://doi.org/10.1017/s0033291702005822

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202–222). Oxford University Press.

Sauer, K. S., Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In) Tolerance. *International journal of environmental research and public health*, *17*(19), 7241. https://doi.org/10.3390/ijerph17197241

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *29*(2), 83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(5), 971–980. https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971

Thompson R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Development and psychopathology*, *31*(3), 805–815. https://doi.org/10.1017/S0954579419000282

Thorgaard, M. V., Frostholm, L., & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*, *47*(2), 198–238. https://doi.org/10.1080/02739615.2017.1318390

Turner, P. (2020). Critical values for the Durbin-Watson test in large samples. *Applied Economics Letters*, *27*(18), 1495-1499. https://doi.org/10.1080/13504851.2019.1691711

Veilleux, J. C. (2023). A Theory of Momentary Distress Tolerance: Toward Understanding Contextually Situated Choices to Engage With or Avoid Distress. *Clinical Psychological Science*, *11*(2), 357-380. https://doi.org/10.1177/21677026221118327

Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, *59*, 25–36. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004

Yeşil, A., & Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC nursing*, *22*(1), 12. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3

Yiğitalp, G., Gümüş, F., & Aydın, L. Z. (2022). Determining the relationship between health anxiety and healthy lifestyle behaviors, and the factors that affect them: A cross-sectional study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 1632–1641. https://doi.org/10.1111/ppc.12971

Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain sciences*, *9*(4), 76. https://doi.org/10.3390/brainsci9040076

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13]