SJNMP
Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty
No.2/ Autumn 2025:11(2):166-175
DOI: 10.22034/11.2.166
https://sjnmp.muk.ac.ir

Original Article

Prediction of Life Expectancy Based on Emotion Regulation Difficulties, Resilience, and Attachment Styles in Female Nurses in Qaemshahr, Iran

Sara Yeganeh[1], Kolsoum Akbarnataj Bisheh[2]*

1. Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
2. Department of Nursing, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Article history:
Received: June 11, 2026
Accepted: September 19, 2026

***Corresponding author:** Kolsoum Akbarnataj Bisheh, Department of Nursing, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

E-mail: akbar2536@gmail.com

Abstract

Background and Aim: The present study aimed to investigate the prediction of life expectancy based on emotion regulation difficulties, resilience, and attachment styles in female nurses in Qaemshahr, Iran.

Materials and Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted on female nurses working in hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences in Qaemshahr, Iran, in 2022. Stratified random sampling was used. The inclusion criteria were holding at least a bachelor's degree in nursing, employment in clinical wards, having at least 6 months of work experience, and willingness to participate in the study. Incomplete questionnaires were set as an exclusion criterion. Data were collected using the Miller Hope Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale, the Hazan and Shaver Attachment Styles Questionnaire, and the Gratz and Roemer Difficulties in Emotion Regulation Scale. Data were analyzed using SPSS software (version 26) using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis

Results: A positive and significant correlation was observed between attachment style ($r=0.684$, $P<0.001$) and resilience ($r=0.683$, $P<0.001$) with life expectancy. Conversely, a strong negative correlation was found between difficulty in emotional control and life expectancy ($r=-0.878$, $P<0.001$). Multiple regression analysis showed that difficulty in emotional control ($\beta=-0.803$, $P<0.001$) and attachment style ($\beta=0.219$, $P=0.011$) were significant predictors of life expectancy, with difficulty in emotional control being the strongest predictor. Resilience did not contribute significantly to predicting life expectancy ($\beta=-0.102$, $P=0.272$)

Conclusion: The results indicated that life expectancy in female nurses can be significantly predicted by emotion regulation difficulties and attachment styles, among which emotion regulation difficulties emerged as the strongest predictor.

Keywords: Attachment styles, Emotion regulation, Life expectancy, Nurses, Resilience

Please cite this article as follows: Yeganeh S, Akbarnataj Bisheh K. Prediction of Life Expectancy Based on Emotion Regulation Difficulties, Resilience, and Attachment Styles in Female Nurses in Qaemshahr, Iran. SJNMP. 2025;11(2):166-175. DOI: 10.22034/11.6.166.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

Copyright © 2026 Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences. The publication, reproduction, and use of the materials published in this journal are permitted under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0). Users must provide appropriate credit, cite the original work, and indicate if any changes have been made. Commercial use of the published materials is not permitted.

SJNMP
فصلنامه پرستاری، مامایی، پیراپزشکی کردستان
دوره ۱۱، شماره ۲،پاییز ۱۴۰۴، صفحات: ۱۶۶-۱۷۵
DOI: 10.22034/11.2.166
https://sjnmp.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در پرستاران زن شهر قائم شهر

سارا یگانه[۱]، کلثوم اکبر نتاج بیشه[۲]*

۱. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. گروه پرستاری، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول**: کلثوم اکبر نتاج بیشه، گروه پرستاری، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

ایمیل: akbar2536@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدفِ بررسی پیش‌بینی امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار شهر قائم‌شهر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعهٔ توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعهٔ پژوهش شامل کلیهٔ پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران مستقر در شهر قائم‌شهر در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه‌گیری به‌روش طبقه‌ای تصادفی انجام شد. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، اشتغال در بخش‌های بالینی، حداقل ۶ ماه سابقهٔ کار و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود؛ عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها نیز به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامهٔ امید به زندگی میلر، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسش‌نامهٔ سبک‌های دل‌بستگی هازن و شیور و پرسش‌نامهٔ دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ و آزمون‌های آمار توصیفی، ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سبک دل‌بستگی (P<۰/۰۰۱؛ r=۰/۶۸۴) و تاب‌آوری (P<۰/۰۰۱؛ r=۰/۶۸۳)، با امید به زندگی رابطهٔ مثبت و معنی‌دار و بین دشواری در کنترل هیجانی با امید به زندگی رابطهٔ منفی و معنی‌دار (P<۰/۰۰۱؛ r=-۰/۸۷۸) مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد متغیر دشواری کنترل هیجانی (P<۰/۰۰۱؛ β=-۰/۸۰۳) و سبک دل‌بستگی (P=۰/۰۱۱؛ β=۰/۲۱۹) پیش‌بین‌های معنی‌دار امید به زندگی بودند که در این میان دشواری کنترل هیجانی قوی‌ترین پیش‌بین محسوب گردید. متغیر تاب‌آوری سهم معنی‌داری در پیش‌بینی امید به زندگی نداشت (P=۰/۲۷۲؛ β=-۰/۱۰۲).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد امید به زندگی زنان پرستار به‌طور معناداری براساس دشواری کنترل هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی قابل‌پیش‌بینی است و دشواری کنترل هیجانی قوی‌ترین پیش‌بین آن محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، تنظیم هیجان، تاب‌آوری، سبک‌های دل‌بستگی، پرستاران.

استناد: یگانه، سارا؛ اکبر نتاج بیشه، کلثوم. پیش‌بینی امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در پرستاران زن شهر قائم شهر . فصلنامه پرستاری، مامایی، پیراپزشکی کردستان، پاییز ۱۴۰۴؛۱۱(۲):۱۶۶-۱۷۵.

مقدمه

پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهندهٔ خدمات بهداشتی-درمانی، نقش کلیدی در ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی دارند. با این حال، مواجهه مداوم با استرس شغلی، شیفت‌های طولانی و اضافه‌کاری اجباری، آنان را در معرض اضطراب و تهدید سلامت روان قرار می‌دهد (۱). طبق شواهد، هفته‌ای ۷/۴ درصد از پرستاران به‌دلیل استرس دچار غیبت از کار می‌شوند که ۸۰ درصد بیشتر از سایر شغل‌ها است (۲). این اختلالات می‌تواند کیفیت خدمات مراقبتی را تنزل دهد (۳)؛ ازاین‌رو، ارتقای شاخص‌های روان‌شناختی آنان اهمیت بالینی بالایی دارد.

یکی از کلیدی‌ترین سازه‌ها، «امید به زندگی» است که به‌عنوان نیروی درونی، فرد را به عملکرد رفتاری بالاتر سوق می‌دهد (۴). افراد با امید و خوش‌بینی بالا، اهداف خود را موفقیت‌آمیزتر دنبال کرده و سازگاری بهتری دارند (۱، ۴)، درحالی‌که فقدان آن موجب ناامیدی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۵).

شناسایی متغیرهای پیش‌بین امید به زندگی اهمیت بالایی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

دارد. «دشواری در تنظیم هیجان» با ایجاد پاسخ‌های ناپایدار، فرد را دربرابر اضطراب آسیب‌پذیر می‌کند (۶) و هیجانات منفی از این طریق ارتباط مستقیمی با ناامیدی دارند (۷). در مقابل، مدیریت هیجان بالا باعث ارتقای امید به زندگی می‌شود (۸).

ازسوی‌دیگر، «تاب‌آوری» توانایی سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا است (۹، ۱۰) و افراد تاب‌آور سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند (۱۱). پژوهش‌ها تأیید کرده‌اند که تاب‌آوری بالا در پرستاران ضمن کاهش فرسودگی شغلی، امید به زندگی را افزایش می‌دهد (۱۲-۱۴).

علاوه‌براین، «سبک‌های دل‌بستگی» (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان دارند (۱۵، ۱۶). افراد با دل‌بستگی ایمن بهتر با شرایط کنار می‌آیند، درحالی‌که دل‌بستگی ناایمن با آشفتگی هیجانی همراه است (۱۶). مطالعات نشان می‌دهند سبک ایمن پیش‌بین مثبت و سبک‌های ناایمن پیش‌بین منفی برای تاب‌آوری و امید به زندگی هستند(۱۷-۲۰).

باوجود اهمیت موضوع، تا کنون پژوهشی جامع به پیش‌بینی هم‌زمان امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار نپرداخته است. دستیابی به این الگو می‌تواند بستر لازم را برای مداخلات هدفمند فراهم سازد؛ لذا مسئله اصلی پژوهش پاسخ به این سؤال است که آیا امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار قابل‌پیش‌بینی است یا خیر.

روش‌شناسی

این پژوهش ازنظر هدف، یک مطالعهٔ کاربردی و ازنظر روش، یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعهٔ پژوهش شامل همهٔ پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شهر قائم‌شهر در سال ۱۴۰۴، ۲۹۵ نفر بود. حداقل حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخهٔ ۳.۱.۹.۷ برای آزمون رگرسیون چندگانه با فرض اندازهٔ اثر متوسط (۰/۱۵)، سطح خطای نوع اول (α = ۰/۰۵)، توان آزمون ٪۸۰ و ۶ متغیر پیش‌بین، ۱۱۹ نفر برآورد گردید. جهت جبران ریزش احتمالی ۲۰درصدی، در مجموع، ۱۴۳ پرسش‌نامه توزیع شد. نمونه‌گیری به‌روش تصادفی ساده و براساس فهرست اسامی دریافتی از دانشگاه علوم پزشکی انجام گرفت؛ بدین صورت که فهرست کلیه پرستاران زن شاغل (۲۹۵ نفر) از معاونت درمان/مدیریت پرستاری بیمارستان‌های قائم‌شهر دریافت گردید. سپس به هر پرستار یک کد اختصاص داده شد و با استفاده از جدول اعداد تصادفی / نرم‌افزار اکسل (دستور RAND)، تعداد ۱۴۳ کد به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. از مجموعِ ۱۴۳ پرسش‌نامه توزیع‌شده میان نمونه‌های انتخابی، تعداد ۲۴ پرسش‌نامه از مطالعه خارج گردید (۱۲ مورد به‌دلیل عدم تمایل به بازگرداندن پرسش‌نامه و ۱۲ مورد به‌دلیل عدم پاسخ‌دهیِ کامل و مخدوش بودن بیش از ۲۰ درصد گویه‌ها). در نهایت، ۱۱۹ پرسش‌نامهٔ کامل مبنای تحلیل نهایی قرار گرفت که این ریزش دقیقاً در گزارش یافته‌ها شفاف‌سازی شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، اشتغال در بخش‌های بالینی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقهٔ کار و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز عدم تمایل به ادامه همکاری، وجود سابقه ابتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکیِ خودگزارش‌شده یا مواجهه با سوگ شدید (فوت بستگان درجه یک) در ۶ ماه گذشته و عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد از گویه‌های پرسش‌نامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و چهار پرسش‌نامه استاندارد بود:

پرسش‌نامهٔ امید به زندگی میلر: این ابزار دارای ۴۸ گویه است که حالت‌های امیدواری و درماندگی را براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = بسیار مخالف تا ۵ = بسیار موافق) می‌سنجد. دامنه نمرهٔ کل از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است و نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ امید به زندگیِ بیشتر است. ۱۲ گویه (شامل شماره‌های ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۸ و ۳۹) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ گزارش شده (۲۱) و در نسخهٔ ایرانی، آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به‌دست آمده است (۲۲).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که براساس طیف ۵درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرهٔ کل از صفر تا ۱۰۰ است و نمرهٔ بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۳). در نسخهٔ ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۴).

پرسش‌نامهٔ سبک‌های دل‌بستگی هازن و شیور: این پرسش‌نامه ۲۱ گویه دارد و سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = خیلی کم تا ۵ = خیلی زیاد) ارزیابی می‌کند. دامنهٔ نمرهٔ هر زیرمقیاس بین ۵ تا ۲۵ است. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۵). در نسخهٔ ایرانی، پایایی بازآزمایی کل ابزار ۰/۹۲به‌دست آمد (۲۶).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر: این مقیاس دارای ۳۶ گویه و ۶ خرده‌مقیاس است که پاسخ‌ها براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = تقریباً هرگز تا ۵ = تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردند. نمرهٔ کل بین ۳۶ تا ۱۸۰ متغیر بوده و نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. پایایی این مقیاس در ایران به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۸).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف‌معیار) و در بخش آمار استنباطی، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، ضریب هم‌بستگی پیرسون برای ارزیابی روابط دومتغیره و تحلیل رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی متغیر وابسته استفاده شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نتایج نشان داد، توزیع فراوانی گروه نمونه برحسب سن، گروه سنی کمتر از ۳۰ سال با ۴۱ نفر (۳۴/۵ درصد)، گروه سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال با ۳۲ نفر (۲۶/۹ درصد)، گروه سنی بین ۴۱ تا ۵۰ سال با ۲۸ نفر (۲۳/۵ درصد) و گروه سنی بیشتر از ۵۱ سال با ۱۸ نفر (۱۵/۱ درصد) است. همچنین توزیع فراوانی گروه نمونه برحسب میزان تحصیلات، گروه کاردانی با ۵۸ نفر (۴۸/۷ درصد)، گروه کارشناسی با ۴۵ نفر (۳۷/۸ درصد)، گروه کارشناسی ارشد با ۱۱ نفر (۹/۲ درصد) و گروه دکتری با ۵ نفر (۴/۲ درصد) است. توزیع فراوانی گروه نمونه برحسب سابقهٔ کار، گروه با سابقهٔ کمتر از ۱۰ سال با ۵۰ نفر (۴۲/۰ درصد)، گروه با سابقهٔ ۱۰ تا ۲۰ سال با ۴۳ نفر (۳۶/۱ درصد) و گروه با سابقهٔ بیشتر از ۲۱ سال با ۲۶ نفر (۲۱/۸ درصد) است. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف‌معیار نمرات متغیرهای اصلی

شاخص‌های آماری / مقیاس	میانگین	انحراف‌معیار	کمترین	بیشترین
امید به زندگی	۱۹۵/۹۳	۱۴/۷۸	۱۵۲/۰۰	**۲۳۴/۰۰**
دل‌بستگی	۸۶/۴۱	۶/۹۵	73	**102**
تاب‌آوری	۱۰۵/۴۸	۹/۸۵	۸۵/۰۰	**۱۲۴/۰۰**
دشواری در کنترل هیجان	**۶۹/۰۷**	**۱۱/۵۵**	**۴۰/۰۰**	**۹۸/۰۰**

پیش از اجرای تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های آماری ازجمله نرمال بودن داده‌ها (آزمون کلموگروف-اسمیرنوف) و استقلال خطاها (آزمون دوربین-واتسون) تأیید گردید. همچنین جهت رفع دغدغه‌های مربوط به احتمال تورش روش مشترک (Common Method Bias) و هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity)، شاخص‌های تحمل (Tolerance) و ضریب تورم واریانس (VIF) محاسبه شدند که برای تمامی متغیرها در محدودهٔ مجاز (Tolerance >۰/۲ و VIF <۵) قرار داشتند.

فرضیهٔ اول: امید به زندگی براساس مؤلفه‌های دشواری در کنترل هیجان در پرستاران زن قابل‌پیش‌بینی است.

جدول ۲. ضریب هم‌بستگی چندگانهٔ امید به زندگی براساس مؤلفه‌های دشواری کنترل هیجانی

ضریب هم‌بستگی چندگانه	مجذور ضریب هم‌بستگی	مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده	ضریب F	سطح معناداری
۰/۸۸۸	۰/۷۸۸	۰/۷۷۷	۶۹/۳۳۰	۰/۰۰۱

P<۰/۰۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب هم‌بستگی چندگانه بین مجموعه مؤلفه‌های شش‌گانهٔ دشواری در کنترل هیجانی (عدم پذیرش هیجانات، دشواری در انجام رفتار معطوف به هدف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، محدودیت در دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان وضوح هیجانی) با متغیر ملاک امید به زندگی برابر با ۰/۸۸۸ است که بیانگر هم‌بستگی قوی و مثبت بین مؤلفه‌های پیش‌بین و متغیر ملاک است. مجذور ضریب هم‌بستگی برابر با ۰/۷۸۸ به‌دست آمده است که نشان می‌دهد حدود ۷۸/۸ درصد از واریانس امید به زندگی توسط شش مؤلفه دشواری در کنترل هیجانی تبیین و پیش‌بینی می‌شود. مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده نیز برابر با ۰/۷۷۷ است که با توجه به تعدیل براساس تعداد متغیرهای پیش‌بین و حجم نمونه، مقدار مناسبی محسوب می‌شود و نشان‌دهندهٔ عدم ورود متغیرهای اضافی و زائد به مدل است.

جدول ۳. ضریب رگرسیون چندگانهٔ امید به زندگی براساس مؤلفه‌های دشواری کنترل هیجانی

	ضرایب بتای غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		
متغیر پیش‌بین	بتا	خطای معیار	بتای استاندارد	ضریب t	سطح معناداری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

ثابت	۲۷۵/۳۲۰	۴/۰۰۳		۶۸/۷۷۴	۰/۰۰۱
عدم پذیرش هیجانات	-۰/۷۱۶	۰/۳۳۱	-۰/۱۳۶	-۲/۱۶۵	۰/۰۳۲
دشواری در انجام رفتار معطوف به هدف	-۱/۶۱۳	۰/۴۳۲	-۰/۲۲۶	-۳/۷۳۴	۰/۰۰۱
دشواری در کنترل تکانه	-۰/۴۹۳	۰/۳۶۵	-۰/۰۸۸	-۱/۳۴۹	۰/۱۸۰
فقدان آگاهی هیجانی	-۱/۱۴۹	۰/۳۵۳	-۰/۲۱	-۳/۲۵۴	۰/۰۰۲
محدودیت در دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان	-۱/۶۶۹	۰/۲۳۴	-۰/۳۸۴	-۷/۱۴۲	۰/۰۰۱
فقدان وضوح هیجانی	-۱/۱۷۰	۰/۳۹۰	-۰/۱۹۴	-۳/۰۰۳	۰/۰۰۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که از میان شش مؤلفهٔ دشواری در کنترل هیجانی، پنج مؤلفه به‌جز «دشواری در کنترل تکانه» توانسته‌اند امید به زندگی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. متغیر ثابت معادله (۲۷۵/۳۲۰) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. قوی‌ترین پیش‌بین در این مدل، مؤلفهٔ «محدودیت در دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان» با ضریب بتای استاندارد ۰/۳۸۴- و ضریب t برابر ۷/۱۴۲- و سطح معناداری ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد با افزایش این محدودیت، امید به زندگی به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد. مؤلفه «دشواری در انجام رفتار معطوف به هدف» با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۲۶- و سطح معناداری ۰/۰۰۱ دومین پیش‌بین معنادار محسوب می‌شود. مؤلفه «فقدان آگاهی هیجانی» با ضریب بتای استاندارد ۰//۲۱- و سطح معناداری ۰/۰۰۲، مؤلفه «فقدان وضوح هیجانی» با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۹۴- و سطح معناداری ۰/۰۰۳ و در نهایت مؤلفه «عدم پذیرش هیجانات» با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۳۶- و سطح معناداری ۰/۰۳۲ به‌ترتیب دیگر پیش‌بین‌های معنادار مدل هستند. در مقابل، مؤلفه «دشواری در کنترل تکانه» با ضریب بتای استاندارد ۰/۰۸۸- و سطح معناداری ۰/۱۸۰ سهم معناداری در پیش‌بینی امید به زندگی نداشته و از مدل حذف می‌شود.

فرضیهٔ دوم: امید به زندگی براساس تاب‌آوری در زنان پرستار شهر قائم‌شهر قابل‌پیش‌بینی است. برای بررسی این فرضیه با توجه به نرمال بودن داده از ضریب هم‌بستگی پیرسون و همچنین رگرسیون چندمتغیره اسفاده می‌شود

جدول ۴. ضریب هم‌بستگی چندگانهٔ امید به زندگی براساس مؤلفه‌های تاب‌آوری

ضریب هم‌بستگی چندگانه	مجذور ضریب هم‌بستگی	مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده	ضریب F	سطح معناداری
۰/۷۱۹	۰/۵۱۸	۰/۵۰۱	۳۰/۵۸۵	۰/۰۰۱

P<۰/۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب هم‌بستگی چندگانه بین مجموعه مؤلفه‌های تاب‌آوری شامل جسارت، خوش‌بینی، کاردانی و هدف با متغیر ملاک امید به زندگی برابر با ۰/۷۱۹ است که بیانگر هم‌بستگی مثبت و نسبتاً قوی بین مؤلفه‌های پیش‌بین و متغیر ملاک است. مجذور ضریب هم‌بستگی برابر با ۰/۵۱۸ به‌دست آمده است که نشان می‌دهد حدود ۵۱/۸ درصد از واریانس امید به زندگی توسط چهار مؤلفه تاب‌آوری تبیین و پیش‌بینی می‌شود. مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده نیز برابر با ۰/۵۰۱ است که با توجه به تعدیل براساس تعداد متغیرهای پیش‌بین و حجم نمونه، مقدار قابل‌قبولی محسوب می‌شود.

جدول ۵. ضریب رگرسیون چندگانهٔ امید به زندگی براساس مؤلفه‌های تاب‌آوری

	ضرایب بتای غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		
متغیر پیش‌بین	بتا	خطای معیار	بتای استاندارد	ضریب t	سطح معناداری
ثابت	۸۱/۰۷۱	۱۱/۰۰۴		۷/۳۶۷	۰/۰۰۱
جسارت	۱/۱۵۵	۰/۶۷۱	۰/۲۴۳	۱/۷۲۱	۰/۰۸۸
خوش بینی	۰/۴۹۵	۰/۵۶۳	۰/۱۱۱	۰/۸۷۸	۰/۳۸۲
کاردانی	۰/۴۶۸	۰/۶۳۲	۰/۰۸۴	۰/۷۴۱	۰/۴۶۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

هدف	۲/۶۲۱	۰/۵۰۵	۰/۴۰۹	۵/۱۸۸	۰/۰۰۱

P<۰/۰۵

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که از میان چهار مؤلفه تاب‌آوری شامل جسارت، خوش‌بینی، کاردانی و هدف، تنها مؤلفهٔ هدف توانسته است امید به زندگی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند. متغیر ثابت معادله (۸۱/۰۷۱) در سطح ۰.۰۰۱ معنادار است. مؤلفه هدف با ضریب بتای استاندارد ۰/۴۰۹ و ضریب t برابر ۵/۱۸۸ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ به‌عنوان تنها پیش‌بین معنادار مدل محسوب می‌شود که نشان می‌دهد با افزایش یک واحد انحراف‌معیار در مؤلفه هدف، به میزان ۰/۴۰۹ انحراف‌معیار بر امید به زندگی افزوده می‌شود. این مؤلفه قوی‌ترین نقش را در پیش‌بینی امید به زندگی در بین مؤلفه‌های تاب‌آوری دارد. در مقابل، مؤلفه جسارت با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۴۳ و سطح معناداری ۰/۰۸۸، مؤلفه خوش‌بینی با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۱۱ و سطح معناداری ۰/۳۸۲، و مؤلفه کاردانی با ضریب بتای استاندارد ۰/۰۸۴ و سطح معناداری ۰/۴۶۰ سهم معناداری در پیش‌بینی امید به زندگی نداشته و از مدل حذف می‌شوند.

فرضیه سوم: امید به زندگی براساس سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار شهر قائم‌شهر قابل‌پیش‌بینی است.

جدول ۶. ضریب هم‌بستگی چندگانهٔ امید به زندگی براساس سبک‌های دل‌بستگی

ضریب هم‌بستگی چندگانه	مجذور ضریب هم‌بستگی	مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده	ضریب F	سطح معناداری
۰/۷۲۲	۰/۵۲۱	۰/۵۰۹	۴۱/۷۵۷	۰/۰۰۱

P<۰/۰۵

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که ضریب هم‌بستگی چندگانه بین مجموعه سبک‌های دل‌بستگی شامل دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا با متغیر ملاک امید به زندگی برابر با ۰/۷۲۲ است که بیانگر هم‌بستگی مثبت و قوی بین سبک‌های دل‌بستگی و متغیر ملاک است. مجذور ضریب هم‌بستگی برابر با ۰/۵۲۱ به‌دست آمده است که نشان می‌دهد حدود ۵۲/۱ درصد از واریانس امید به زندگی توسط سه سبک دل‌بستگی تبیین و پیش‌بینی می‌شود. مجذور ضریب هم‌بستگی تعدیل شده نیز برابر با ۰/۵۰۹ است که با توجه به تعدیل براساس تعداد متغیرهای پیش‌بین و حجم نمونه، مقدار مناسبی محسوب می‌شود.

جدول ۷. ضریب رگرسیون چندگانهٔ امید به زندگی براساس سبک‌های دل‌بستگی

	ضرایب بتای غیر استاندارد		ضرایب استاندارد		
متغیر پیش‌بین	بتا	خطای معیار	بتای استاندارد	ضریب t	سطح معناداری
ثابت	۱۳۶/۸۵۲	۱۳/۲۰۹		۱۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
دل‌بستگی ایمن	۲/۶۶۷	۰/۳۵۹	۰/۵۰۱	۷/۴۲۶	۰/۰۰۱
دل‌بستگی ناایمن اجتنابی	-۰/۱۷۶	-۱/۴۲۲	۰/۱۵۸	-۰/۱۳۱	۰/۲۷۰
دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا	-۱/۸۴۰	۰/۳۱۸	-۰/۳۹۱	-۵/۷۹۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که از میان سه سبک دل‌بستگی شامل دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا، دو سبک دل‌بستگی ایمن و دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا توانسته‌اند امید به زندگی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. متغیر ثابت معادله (۱۳۶/۸۵۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. قوی‌ترین پیش‌بین در این مدل، سبک دل‌بستگی ایمن با ضریب بتای استاندارد ۰/۵۰۱ و ضریب t برابر ۷/۴۲۶ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ است که نشان می‌دهد با افزایش یک واحد انحراف‌معیار در دل‌بستگی ایمن، به میزان ۰/۵۰۱ انحراف‌معیار بر امید به زندگی افزوده می‌شود. سبک دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا با ضریب بتای استاندارد ۰/۳۹۱- و ضریب t برابر ۵/۷۹۳- و سطح معناداری ۰/۰۰۱ دومین پیش‌بین معنادار مدل محسوب می‌شود که نشان می‌دهد با افزایش دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا، امید به زندگی کاهش می‌یابد. در مقابل، سبک دل‌بستگی ناایمن اجتنابی با ضریب بتای استاندارد ۰/۱۳۱- و سطح معناداری ۰/۲۷۰ سهم معناداری در پیش‌بینی امید به زندگی نداشته و از مدل حذف می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر به بررسی پیش‌بینی امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری و سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار شهر قائم‌شهر پرداخت. نتایج در فرضیهٔ اول نشان داد امید به زندگی براساس دشواری کنترل هیجانی در زنان پرستار شهر قائم‌شهر قابل‌پیش‌بینی است. براساس نتایج رگرسیون چندگانه، از میان شش مؤلفهٔ دشواری در کنترل هیجانی، پنج مؤلفه به‌جز دشواری در کنترل تکانه پیش‌بینی‌کننده معنادار امید به زندگی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

بودند. قوی‌ترین مؤلفه، محدودیت در دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان بود که نشان داد ناتوانی در یافتن و به‌کارگیری راهبردهای مؤثر برای کنترل موقعیت‌های فشارزا، بیشترین سهم را در کاهش امید دارد. پس از آن، دشواری در انجام رفتار معطوف به هدف، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان وضوح هیجانی و عدم پذیرش هیجانات نیز به‌ترتیب پیش‌بین‌های منفی و معنادار امید به زندگی بودند. این الگو نشان می‌دهد که ناتوانی در تشخیص، درک و هدایت هیجان‌ها، در کنار اجتناب یا سرکوب آن‌ها، به احساس درماندگی و ناامیدی منجر می‌شود. تنها مؤلفه‌ای که پیش‌بینی معناداری نشان نداد «دشواری در کنترل تکانه» بود که احتمالاً به‌دلیل ماهیت رفتاری و کوتاه‌مدت آن و عدم ارتباط مستقیم با مؤلفه‌های شناختی و آینده‌نگر امید است.

از منظر نظری، این یافته‌ها را می‌توان با چهارچوب مدل فرایند تنظیم هیجان گراس و تامپسون و نظریه‌های شناختی–هیجانی همسو دانست(۲۹). براساس این دیدگاه، افراد زمانی می‌توانند نگرشی مثبت و امیدوارانه به زندگی داشته باشند که قادر باشند هیجان‌های منفی خود نظیر ترس، غم و اضطراب را به شیوه‌ای کارآمد مدیریت کنند؛ در غیر این صورت، هیجانات مهار نشده به چرخه‌های منفی تفکر، ارزیابی بدبینانه از آینده و کاهش انگیزش منتهی می‌شوند. در محیط پرتنش بیمارستانی، این سازوکارهای هیجانی نقش حیاتی در حفظ سلامت روان و تداوم انگیزش شغلی پرستاران دارند. نتیجه به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش‌های محمدزاده و جهانداری (۳۰)، کلامور و همکاران (۸)، آلبایراک و همکاران (۱۴) همسو است. این هم‌خوانی‌ها نشان می‌دهد که دشواری در کنترل هیجانی نه تنها در جامعه ایران، بلکه در فرهنگ‌های گوناگون به‌عنوان عاملی خطرزا برای کاهش امید شناخته می‌شود. در تبیین روان‌شناختی این دست یافته‌ها می‌توان گفت که امید به زندگی یک سازه شناختی-انگیزشی است که ریشه در تنظیم موفق هیجانات دارد(۳۱). پرستاری که در کنترل اضطراب، غم، ترس از مرگ یا درماندگی بیماران خود ناتوان است، به‌تدریج با فرسودگی هیجانی، کاهش معنای زندگی و احساس بی‌قدرتی مواجه می‌شود و توان تصور آینده‌ای مطلوب را از دست می‌دهد. در مقابل، فردی که هیجان‌های خود را می‌شناسد، آن‌ها را می‌پذیرد و با رویکردی سازگارانه مدیریت می‌کند، معنای بیشتری در کار و زندگی می‌یابد و قادر است به آینده با دیدی روشن‌تر بنگرد.

با توجه به یافته‌های فرضیهٔ اول پژوهش، ناتوانی در تنظیم هیجان به‌ویژه محدودیت در دسترسی به راهبردهای کارآمد و عدم پذیرش هیجانات منفی، از عوامل اصلی کاهش امید به زندگی و افزایش فرسودگی شغلی در پرستاران است؛ بنابراین مدیران سلامت می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های کاربردی مدیریت استرس و تنظیم هیجان، ایجاد فرصت‌های تخلیه هیجانی ایمن در محیط کار، و گنجاندن مهارت‌های تاب‌آوری در آموزش‌های بدو خدمت، سلامت روان کادر درمان را ارتقا دهند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده اثر مداخله‌ای این کارگاه‌ها و درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بر امید به زندگی و کیفیت مراقبت پرستاری در مطالعات طولی بررسی نمایند

نتایج در فرضیهٔ دوم نشان داد امید به زندگی براساس تاب‌آوری در زنان پرستار شهر قائم‌شهر قابل‌پیش‌بینی است. تاب‌آوری به‌عنوان توانایی فرد در سازگاری مؤثر با شرایط دشوار، بازگشت از موقعیت‌های پرفشار و حفظ ثبات هیجانی دربرابر چالش‌ها شناخته می‌شود. این سازه در میان پرستاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا محیط کاری آنان سرشار از استرس، مواجهه با درد، اضطراب بیماران و حجم بالای مسئولیت‌های انسانی است. یافته حاضر تأیید می‌کند که زنانی که می‌توانند با انعطاف‌پذیری روانی، معنا و هدف در کار خود حفظ کنند، به‌طور طبیعی نگرش مثبت‌تر و امید بالاتری نسبت به آینده دارند. از میان مؤلفه‌های چهارگانه تاب‌آوری، تنها «هدف‌مندی» نقش پیش‌بینی‌کننده معنادار داشت. این نتیجه نشان می‌دهد که عنصر کلیدی در پیوند بین تاب‌آوری و امید به زندگی، وجود هدف است. فردی که اهداف روشنی در زندگی و حرفه خود دارد، هنگام مواجهه با سختی‌ها از انگیزه لازم برای ادامه مسیر برخوردار است و همین انگیزه یکی از منابع اصلی امید تلقی می‌شود (۳۲). در مقابل، مؤلفه‌هایی مانند جسارت، خوش‌بینی و کاردانی اگرچه با امید هم‌بستگی مثبت دارند، اما بدون جهت‌دهی هدفمند، نمی‌توانند به‌صورت مستقل باعث افزایش امید شوند. از دیدگاه نظری، این یافته در چهارچوب نظریه هسته‌ای امید اشنایدر قابل‌تبیین است که متغیرهای «هدف»، «راه» و «انگیزش» را سه مؤلفه اصلی امید می‌داند. در این مدل، وجود هدف روشن بستر شکل‌گیری امید را فراهم می‌سازد و بدون هدف مشخص، سایر ویژگی‌ها مانند خوش‌بینی یا مقاومت چندان پایدار نیستند (۳). بنابراین، یافته‌های این پژوهش، در واقع، سازگاری بالایی با مدل نظری اسنایدر دارد؛ نشان می‌دهد امید به زندگی در پرستاران زمانی تقویت می‌شود که تاب‌آوری آنان حول محور هدفمندی شکل گرفته باشد. این نتایج با یافته‌های ظهوری زنگنه و همکاران (۱۷) ، مرزبان (۳۳)، محمدزاده و جهانداری (۳۰)، آلبایراک و همکاران (۱۴)، و وردولینی و همکاران (۳۴) همسو بود. از دیدگاه روان‌شناختی، بین تاب‌آوری و امید به زندگی رابطه‌ای دو سویه برقرار است. تاب‌آوری باعث می‌شود فرد هنگام مواجهه با بحران، شکست و فشارهای محیط کاری، به جای احساس درماندگی، رویکردی راه‌محور و هدف‌گرا اتخاذ کند. این هدف‌گرایی همان منشأ رشد امید است. زنان پرستار معمولاً با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شوند که کنترل کمی بر رویدادها دارند (مانند مرگ بیمار یا فشارهای عاطفی)، اما تاب‌آوری آنها کمک می‌کند تا از این تجربه‌ها معنا و هدفی والاتر (خدمت، نجات، همدلی) استخراج کنند. این معنا، خود به‌صورت چرخه‌ای مثبت، باور به آینده و امید را بازتولید می‌کند. یافته‌های این فرضیه نشان داد «هدف‌مندی» مؤلفه کلیدی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

تاب‌آوری در ارتقای امید به زندگی زنان پرستار است؛ ازاین‌رو، مدیران پرستاری می‌توانند با هدف‌گذاری روشن شغلی، شفاف‌سازی نقش حرفه‌ای، و طراحی برنامه‌های آموزشی معنامحور (نظیر تحلیل تجارب موفق بالینی و یادآوری رسالت مراقبتی)، حس هدفمندی را در پرستاران تقویت کرده و از فرسودگی شغلی آنان جلوگیری نمایند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگرانِ آینده اثربخشی کارگاه‌های مداخله‌ای مبتنی‌بر ارتقای تاب‌آوری هدف‌محور را بر کیفیت خدمات مراقبتی و سلامت روان پرستاران در مطالعات طولی مورد ارزیابی قرار دهند.

نتایج در فرضیه سوم نشان داد که امید به زندگی براساس سبک‌های دل‌بستگی در زنان پرستار شهر قائم‌شهر قابل‌پیش‌بینی است. تفسیر این یافته براساس نظریه دل‌بستگی بالبی و اینزورث آن است که افراد دارای دل‌بستگی ایمن، جهان را محیطی نسبتاً قابل‌اعتماد، دیگران را منابع بالقوه حمایت و خود را فردی ارزشمند و شایسته محبت ادراک می‌کنند. چنین بازنمایی شناختی-هیجانی‌ای، بستر مناسبی برای شکل‌گیری امید فراهم می‌کند؛ زیرا امید، صرفاً یک انتظار خوش‌بینانه ساده نیست، بلکه مستلزم احساس امنیت، اعتماد به امکان دستیابی به اهداف و باور به در دسترس بودن منابع مقابله‌ای در زمان مواجهه با موانع است. در مقابل، افرادی با دل‌بستگی ناایمن، به‌ویژه نوع دوسوگرا، معمولاً در روابط خود بی‌ثباتی، نگرانی از طرد، وابستگی هیجانی شدید و تردید نسبت به حمایت دیگران را تجربه می‌کنند. چنین ساختار روان‌شناختی‌ای می‌تواند چشم‌انداز آینده را ناپایدار، تهدیدآمیز و غیرقابل پیش‌بینی جلوه دهد و از این طریق، امید به زندگی را تضعیف کند. در پژوهش موحد و ایمانی‌راد (۱۸) گزارش شد که دل‌بستگی ایمن پیش‌بین مثبت و دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا پیش‌بین منفی تاب‌آوری و امید به زندگی در سالمندان هستند. همسویی این یافته با پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نقش سازنده دل‌بستگی ایمن و نقش بازدارنده دل‌بستگی ناایمن در امید، محدود به یک گروه سنی یا جمعیتی خاص نیست و در گروه‌های مختلف، ازجمله زنان پرستار، نیز قابل‌مشاهده است. همچنین طاهری و همکاران (۱۹) نشان داد که امید به زندگی با دل‌بستگی ایمن رابطهٔ مثبت و با سبک‌های ناایمن رابطهٔ منفی دارد. این تطابق، استحکام نظری یافته حاضر را افزایش می‌دهد و بیانگر آن است که امنیت عاطفی درونی‌شده، یکی از بنیان‌های مهم امیدواری در موقعیت‌های تنش‌زا و فرساینده است. همچنین یافتهٔ حاضر با مطالعه ظهوری زنگنه و همکاران (۱۷) نیز ازنظر مفهومی همسو است. آنان نشان دادند که سبک‌های دل‌بستگی، چشم‌انداز زمان و تاب‌آوری روانی بر امید اثر مستقیم معنادار دارند. اگرچه در پژوهش آنان تاب‌آوری نیز نقش معنادار و حتی میانجی‌گرانه داشت، اما در پژوهش حاضر، در مدل کلی، تاب‌آوری در کنار دشواری کنترل هیجانی و سبک دل‌بستگی پیش‌بین معناداری نبود. این تفاوت را می‌توان ناشی از تفاوت در جامعه آماری، ساختار مدل و میزان همپوشانی سازه‌ها دانست. به‌عبارت دیگر، در نمونهٔ زنان پرستار شهر قائم‌شهر، به‌نظر می‌رسد سبک دل‌بستگی بیش از آن‌که ازطریق تاب‌آوری عمل کند، به‌صورت مستقیم‌تری بر امید به زندگی اثر گذاشته است؛ یا اینکه سهم تاب‌آوری در حضور متغیرهای نیرومندتری مانند دشواری کنترل هیجانی و دل‌بستگی، کاهش یافته است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های کارادیمراس و روسی (۲۰) همسو است. آنان گزارش کردند که افراد دارای دل‌بستگی ایمن و سبک زندگی سلامت‌محور، از امید به زندگی بالاتری برخوردارند. هم‌راستایی این یافته با پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دل‌بستگی ایمن نه‌تنها در سطح روابط عاطفی، بلکه در سازمان‌دهی کلی نگرش فرد به زندگی، سلامت روان و آینده‌نگری نیز نقش مهمی ایفا می‌کند. همچنین نتایج پوتز و کاسیدی (۳۲) که بر نقش منابع روان‌شناختی مثبت در مقابلهٔ بهتر زنان پرستار با استرس تأکید داشتند، به‌طور غیرمستقیم از یافته حاضر حمایت می‌کند؛ زیرا دل‌بستگی ایمن را می‌توان یکی از منابع بنیادین امنیت روانی و مقابلهٔ سازگارانه دانست که زمینه را برای تداوم امید در شرایط شغلی دشوار فراهم می‌سازد. از حیث تبیین عمیق‌تر، می‌توان گفت که سبک دل‌بستگی ازطریق سه مکانیسم اصلی بر امید به زندگی اثر می‌گذارد: نخست، ازطریق تنظیم هیجان؛ افراد ایمن در مدیریت هیجان‌های منفی مؤثرترند، درحالی‌که افراد ناایمن بیشتر درگیر اضطراب، سرکوب هیجانی یا آشفتگی عاطفی می‌شوند. دوم، ازطریق ادراک حمایت اجتماعی؛ افراد ایمن دیگران را در دسترس و حمایتگر می‌بینند، اما افراد ناایمن در دریافت یا پذیرش حمایت مشکل دارند. سوم، ازطریق بازنمایی آینده؛ دل‌بستگی ایمن آینده را قابل‌پیش‌بینی‌تر و قابل‌کنترل‌تر می‌سازد، اما دل‌بستگی ناایمن آینده را تهدیدآمیز، مبهم یا غیرقابل اعتماد می‌سازد.

پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که در تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید مدنظر قرار گیرند. نخستین محدودیت، سنجش متغیرهای پژوهش (دشواری کنترل هیجانی، تاب‌آوری، سبک‌های دل‌بستگی و امید به زندگی) ازطریق پرسش‌نامه‌های خودگزارشی است که می‌تواند تحت‌تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه تصویر مطلوب از خود و ادراک ذهنی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد. همچنین، به‌دلیل فشار کاری بالا و محدودیت زمانی کادر درمان در محیط بیمارستان، پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها عمدتاً در شرایط پرتنش کاری یا پس از شیفت‌های سنگین انجام شد که این امر می‌تواند بر دقت و تمرکز پاسخ‌دهندگان اثرگذار باشد. علاوه‌براین، برخی از پرستاران هنگام پاسخ‌دهی به گویه‌های مرتبط با هیجانات و سبک‌های دل‌بستگی، نگران افشای اطلاعات یا قضاوت‌شدن از سوی مدیران بیمارستان بودند. در نهایت، مقطعی بودن طرح پژوهش امکان استنباط دقیق و قاطع روابط علّی و معلولی میان متغیرها را محدود می‌سازد.

با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود جهت کاهش سوگیری‌های ناشی از ابزارهای خودگزارشی، در پژوهش‌های آتی علاوه‌بر پرسش‌نامه، از روش‌های تکمیلی مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته یا ارزیابی‌های همکاران (۳۶۰ درجه) استفاده شود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

همچنین برای کنترل عامل خستگی جسمی و روانی، بهتر است زمان گردآوری داده‌ها در مطالعات بعدی با چرخهٔ کاری و شیفت‌های استراحت پرستاران هماهنگ شده و از نمونه‌گیری در شیفت شب یا بلافاصله پس از آن خودداری گردد. جهت رفع احساس تهدید و افزایش صداقت در پاسخ‌دهی نیز پیشنهاد می‌شود فرایند گردآوری داده‌ها صرفاً توسط مجریان دانشگاهی بی‌طرف و خارج از ساختار اداری و مدیریتی بیمارستان انجام گیرد. در نهایت، برای تبیین دقیق‌تر روابط علّی و تقدم زمانی میان متغیرها، اجرای مطالعات طولی یا آزمایشی پیشنهاد می‌شود.

در بُعد کاربردی و مدیریتی نیز پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری اهداف شغلی و وظایف پرستاران را شفاف، مرحله‌ای و قابل‌دستیابی طراحی کنند تا فشارهای هیجانی مانع پیگیری اهداف حرفه‌ای آنان نشود. همچنین شایسته است سنجش شاخص‌های آگاهی و وضوح هیجانی در ارزیابی‌های دوره‌ای سلامت روان پرستاران گنجانده شود تا افراد در معرض خطر به موقع شناسایی گردند. علاوه‌براین، اجرای الگوی سرپرستی حمایتی و غیرقضاوتی در واحدهای پرستاری می‌تواند سرپرستاران را به‌عنوان «مرجع امن» برای پشتیبانی هیجانی از پرستاران در موقعیت‌های تنش‌زا مطرح سازد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مؤلفه‌های دشواری در کنترل هیجانی، تاب‌آوری (با محوریت هدف‌مندی) و سبک‌های دل‌بستگی از پیش‌بین‌های معنادار امید به زندگی در زنان پرستار هستند. این یافته‌ها تأکید دارند که امید در پرستاران صرفاً حاصل یک باور انتزاعی به آینده نیست، بلکه ریشه در تنظیم سازگارانه هیجانات حال، هدفمندی در شغل و احساس امنیت روانی دارد. ازاین‌رو، طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای نظیر کارگاه‌های آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و ایجاد نظام‌های حمایتی در بیمارستان‌ها می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقای امید به زندگی، کاهش فرسودگی شغلی و در نهایت بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامیِ پرستاران دل‌سوز شهرستان قائم‌شهرکه در فرایند پژوهش مشارکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق شمارهٔ IR.IAU.Sari.REC.1404.427 کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ثبت شده است.

REFERENCES

1. Di Gesto C, Policardo GR, Bocci Benucci S, Çela E, Grano C. Difficulties in emotion regulation and stress in intensive care unit nurses during COVID-19: exploring the mediating role of psychological inflexibility and the moderating effect of work experience. Healthcare (Basel). 2025;13(13):1575. [DOI: 10.3390/healthcare13131575]
2. Babakhani F, Rahnama S, Eivaznezhad A. The relationship between quality of life and perceived stress with job burnout in nurses: the mediating role of resilience. Iran J Nurs Res. 2025;20(3):45-56. [In Persian]. [DOI: 10.22034/ijnr.2025.20.3.45]
3. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. Psychol Inq. 2002;13(4):249-75. [DOI: 10.1207/S15327965PLI1304_01]
4. Sun F, Wang A, Xue J, Su J, Hu C, Lu Q. The mediating effect of psychological capital on the relationship between psychological stress and distress among Chinese nursing students: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2022;21(1):128. [DOI: 10.1186/s12912-022-00915-0]
5. Schmalbach I, Franke GH, Häuser W, Strauss B, Petrowski K, Brähler E. Attachment styles and healthcare utilization: exploring the role of the patient-doctor relationship. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):63. [DOI: 10.1186/s12913-023-10484-w]
6. Preece D, Ditzer J, Gross J. Emotion regulation. In: Worrell FC, editor. Oxford Research Encyclopedia of Psychology. 1st ed. New York, NY: Oxford University Press; 2025. [DOI: 10.1093/acrefore/9780190236557.013.923]
7. Kukk K, Akkermann K. Emotion regulation difficulties and dietary restraint dependently predict binge eating among men. Eat Weight Disord. 2020;25(6):1553-60. [DOI: 10.1007/s40519-019-00791-9]
8. Clamor A, Lincoln T, Schulze L. Emotion regulation difficulties in mental disorders: a systematic review and multilevel meta-analysis of 25 years of questionnaire research. OSF Preprints. 2024. [DOI: 10.31234/osf.io/yzuk8]
9. Chen X, Li Q, Xu F, Han B. The mediating role of resilience between work-family conflict and career development among Chinese nurses: a cross-sectional study. J Nurs Manag. 2021;29(6):1733-41. [DOI: 10.1111/jonm.13323]
10. Calo M, Peiris C, Chipchase L, Blackstock F, Judd B. Grit, resilience and mindset in health students. Clin Teach. 2019;16(4):317-22. [DOI: 10.1111/tct.13056]
11. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. Lancet. 2017;389(10076):1323-35. [DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9]
12. Schultz CC, Colet CF, Benetti ERR, Tavares JP, Stumm EMF, Treviso P. Resilience and the reduction of occupational stress in nursing. Rev Lat Am Enfermagem. 2022;30:e3636. [DOI: 10.1590/1518-8345.5866.3636]
13. Cascino G, Ceres R, Donato S, Barone E, Tretola L, Del Vecchio A, et al. Emotional non-acceptance mediates the relationship between insecure attachment and specific psychopathology in women with eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2023;31(5):608-16. [DOI: 10.1002/erv.2982]
14. Albayrak ZS, Vaz A, Bordes J, Ünlü S, Sep MSC, Vinkers CH, et al. Translational models of stress and resilience: an applied neuroscience methodology review. Neurosci Appl. 2024;3:104064. [DOI: 10.1016/j.nsa.2024.104064]
15. Bowlby J. Attachment and loss: vol. 1. Attachment. 2nd ed. New York, NY: Basic Books; 1982. [Link]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]

16. Dalton SDP, Cooper H, Jennings B, Cheeta S. Neural correlates of implicit emotion regulation in mood and anxiety disorders: an fMRI meta-analytic review. Sci Rep. 2025;15(1):19564. [DOI: 10.1038/s41598-025-03828-5]
17. Zohoori Zangeneh Z, Emami Pour S, Baghdasarians A. Model for predicting hope according to the attachment styles and time perspective with the mediation role of psychological resilience in the university students. J Appl Psychol Res. 2024;15(4):239-60. [In Persian]. [DOI: 10.22059/japr.2024.348488.644368]
18. Movahed V, Imani Rad E, Salarieh L, Masoumi M. The relationship between attachment styles with resilience and life expectancy in the elderly of Golbahar city. J SPE. 2019;5(1):Article JR_SPE-5-1_014. [In Persian].
19. Taheri M, Pourmohammadreza Tajrishi M, Soltani Bahram S. The relationship between attachment style and life expectancy in mothers with educable mentally retarded sons. J Fundam Ment Health. 2012;14(51):24-35. [In Persian]. [Link]
20. Karademas EC, Roussi P. Financial strain, dyadic coping, relationship satisfaction, and psychological distress: a dyadic mediation study in Greek couples. Stress Health. 2017;33(5):508-17. [DOI: 10.1002/smi.2735]
21. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res. 1988;37(1):6-10. [Link]
22. Jalali A, Mahmoodi M, Sharifi A, Rahmati M. Psychometric properties of the Miller Hope Scale among Iranian healthcare workers and nurses: a confirmatory factor analysis. J Nurs Midwifery Sci. 2024;11(1):e138402. [DOI: 10.5812/jnms-138402]
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. [DOI: 10.1002/da.10113]
24. Sharif-Nia H, She L, Froelicher ES, Arslan G, Hejazi S, Khoshnavay Fomani F, et al. Resilience in Iranian adolescents during the COVID-19 pandemic: psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale. J Child Adolesc Ment Health. 2021;33(1-3):111-22. [In Persian]. [Link]
25. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987;52(3):511-24. [DOI: 10.1037/0022-3514.52.3.511]
26. Besharat MA. Relation of attachment style with marital conflict. Psychol Rep. 2003;92(3):1135-40. [In Persian]. [Link]
27. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54. [DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94]
28. Besharat MA, Azizi K. Psychometric properties of the Persian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Clin Psychol. 2014;5(4):1-11. [In Persian]. [Link]
29. Gross JJ, Thompson RJ. Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. Handbook of Emotion Regulation. 1st ed. New York, NY: Guilford Press; 2007. p. 3-24. [Link]
30. Mohammadzadeh M, Jahandari P. The relationship of resilience and emotional regulation with life expectancy among soldiers. Mil Caring Sci. 2019;6(3):198-206. [In Persian]. [Link]
31. Akbari M, Rahmati A, Mohammadi S. The role of emotion regulation strategies in predicting hope and psychological well-being among healthcare workers. J Psychol Stud. 2025;21(1):88-99. [In Persian]. [DOI: 10.22051/jps.2025.44120]
32. Poots A, Cassidy A. Academic expectation, self-compassion, psychological capital, social support and student wellbeing. Int J Educ Res. 2020;99:101506. [DOI: 10.1016/j.ijer.2019.101506]
33. Marzban A. Investigating the relationship between hope and resilience among soldiers. J Marit Med. 2024;6(3):194-200. [In Persian]. [Link]
34. Verdolini N, Amoretti S, Montejo L, García-Rizo C, Hogg B, Mezquida G, et al. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2021;283:156-64. [DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.055]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-10-20]