Comparing Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Therapy on Distress Tolerance in Nurses with Mental Fatigue Problems

Safieh Hadian[1], Akram Dehghani[2*], Razieh Izadi[3], Sheida Jabalameli[4], Mousa Alavi[5]

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. safieh.hadian@iau.ac.ir ORCID : 0009/0005/8109/0152

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Na.c , Islamic Azad University ,Najafabad , Iran. Ddehghani55@iau.ac.ir ORCID :0000/0002/2365/7270

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Non-Profit Higher Education Institute, Isfahan, Iran. r.izady@safahan.ac.ir ORCID: 0000/0002/4573/9074

4. Assistant Professor, Department of Psychology , Na.c , Islamic Azad University ,Najafabad, , Iran. Jabalameli.sh@iau.ac.ir ORCID :0000/0003/4847/2915

5. Professor, Department of Psychiatric Nursing, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. m-alavi@nm.mui.ac.ir ORCID :0000/0001/9948/7231

Abstract

Aim: Distress tolerance in nurses is considered a fundamental psychological protective factor for nursing profession. Therefore, present study was conducted with aim of comparing effectiveness of mentalization-based therapy and dialectical therapy on distress tolerance in nurses with mental fatigue problems.

Method: This study was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design and a control group. 44 nurses working at Imam Khomeini Hospital in Falavarjan were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research instrument was the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). The two experimental groups received treatment for 8 sessions, and control group did not receive any treatment. The data were analyzed through analysis of variance with repeated measures.

Results: The research results showed that the difference between the mean scores in the post-test and follow-up for the control group was statistically significant compared to the mentalization therapy and dialectical therapy groups ($p < 0.05$). However, the difference between the mean scores of the mentalization therapy and dialectical therapy groups was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: Therefore, it can be said that both treatment methods are effective and have increased distress tolerance in nurses with mental fatigue problems. In addition, there is no difference between effectiveness of two methods of mentalization therapy and dialectical therapy on distress tolerance in nurses with mental fatigue problems.

Key words: Nurses, Distress Tolerance, Mental Fatigue, Dialectical Therapy, Mentalization-Based Therapy

Pre-release version

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی

صفیه هادیان [۱]، اکرم دهقانی [۲*]، راضیه ایزدی [۳]، شیدا جبل عاملی [۴]، موسی علوی [۵]

۱. دانشجو دکتری، گروه روانشناسی، واحد نجف اباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. safieh.hadian@iau.ac.ir ارکید:۰۰۰۹/۰۰۰۵/۸۱۰۹/۰۱۵۲
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف اباد ، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. Ddehghani55@iau.ac.ir ارکید: ۰۰۰۰/۰۰۰۲/۲۳۶۵/۷۲۷۰
۳. استادیار، گروه روانشناسی ، موسسه اموزش عالی غیر انتفاعی صفاهان ، اصفهان، ایران. r.izady@safahan.ac.ir ارکید:۰۰۰۰/۰۰۰۲/۴۵۷۳/۹۰۷۴
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف اباد، دانشگاه آزاد اسلامی ، نجف آباد، ایران. Jabalameli.sh@iau.ac.ir ارکید: ۰۰۰۰/۰۰۰۳/۴۸۴۷/۲۹۱۵
۵. استاد تمام، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ، اصفهان، ایران. m-alavi@nm.mui.ac.ir ارکید: ۰۰۰۰/۰۰۰۱/۹۹۴۸/۷۲۳۱

چکیده

هدف: تحمل پریشانی در پرستاران از عوامل محافظتی روان‌شناختی اساسی برای حرفه پرستاری به شمار می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی انجام شد.

روش: این مطالعه یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و یک گروه کنترل بود. از بین پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان ۴۴ نفر به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد تفاوت بین میانگین در پس‌آزمون و پیگیری، نمرات گروه کنترل با دو گروه درمان ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک معنی‌دار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$). تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه درمان ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک معنی‌دار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت هر دو روش درمانی مؤثر بوده و موجب افزایش تحمل پریشانی در پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی شده‌اند. در ضمن بین اثربخشی دو روش درمان ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی تفاوت وجود ندارد.

کلیدواژه: پرستاران، تحمل پریشانی، خستگی روانی، درمان دیالکتیک، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

مقدمه

نیروی انسانی ارزشمندترین منبع برای سازمان‌ها محسوب می‌شود و از ارکان اصلی آن‌ها به شمار می‌آید. به همین دلیل، توجه به نیازهای کارکنان، تأمین سلامت روانی و جسمانی آن‌ها و جلب رضایتشان، برای افزایش بهره‌وری و کارایی سازمان‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد (جاردن و همکاران، ۲۰۲۱). پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های شاغل در حوزه سلامت، همواره در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دارند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳). خستگی روانی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که پرستاران در مسیر حرفه‌ای خود با آن روبرو هستند (بارکر و ناسبام، ۲۰۱۱). فشارهای کاری سنگین، شیفت‌های طولانی‌مدت و مواجهه مداوم با بیماران دشوار در محیط‌های پرتنش بیمارستانی، در ایجاد این وضعیت دخیل هستند (جانگ و همکاران، ۲۰۲۱). خستگی روانی که با ضعف، فرسودگی ذهنی و کاهش انرژی جسمی و روانی همراه است، نه‌تنها عملکرد حرفه‌ای پرستاران، بلکه سلامت جسمی و روانی آن‌ها را نیز به خطر می‌اندازد (ون کاتسم، مارکورا، دی پاو، بیلی، میوزن و رولندز، ۲۰۱۷) و پیامدهایی نظیر، کاهش تحمل پریشانی به همراه دارد. مطالعات جدید نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان و پردازش بین‌فردی، به‌ویژه در جمعیت‌های شاغل در حوزه سلامت، نقش مهمی در افزایش تحمل پریشانی و کاهش پیامدهای خستگی روانی ایفا می‌کنند (بالیده، نجاتی و ترکمان، ۲۰۲۵). تحمل پریشانی، همان‌طور که توسط لاس و همکاران (۲۰۲۳) تعریف شده است، به توانایی فرد در مواجهه با وضعیت‌های آزاردهنده هیجانی و فیزیولوژیکی اشاره دارد و بر ابعاد مختلفی مانند ارزیابی شناختی و رفتارهای انطباقی تأثیر می‌گذارد.

تحمل پریشانی یکی از مهارت‌های کلیدی در حرفه پرستاری است که به پرستاران کمک می‌کند با احساسات ناخوشایند ناشی از شرایط دشوار شغلی و هیجانات منفی برخورد مؤثری داشته باشند (ال‌اشری و همکاران، ۲۰۲۳). پرستارانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، ممکن است به دلیل ارزیابی غیرقابل‌پذیرش پریشانی و تمایل به کاهش فوری هیجانات منفی، در معرض بی‌نظمی شناختی و هیجانی قرار گیرند (نیک بقا، تابش مفرد، ناصری‌منش و کرمی، ۱۴۰۲). این مسئله می‌تواند کیفیت ارائه خدمات آن‌ها و سلامت روانی‌شان را تحت‌تأثیر قرار دهد (غریبی، شریفی، خانکه و امامی پور، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیفی

گسترده از اختلالات ازجمله وسواس فکری عملی، مصرف مواد مخدر، رفتارهای آسیب‌زننده به خود مانند خودزنی، اختلال افسردگی اساسی و رفتارهای تکانشی مانند پرخوری شدید، ارتباطی تنگاتنگ دارد (کانوی و همکاران، ۲۰۲۱).

در این میان، شواهد نوین حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق آموزش ساختاریافته مهارت‌های تحمل آشفتگی و ذهن‌آگاهی، به‌طور معناداری توانایی کارکنان درمانی را در مواجهه با فشارهای هیجانی مزمن افزایش می‌دهد (نورمن-نات و همکاران، ۲۰۲۵). باتوجه‌به اینکه در پرستاران خستگی روانی امری شایع است و پرستارانی که از خستگی روانی شکایت دارند به نسبت بیشتری در معرض تحمل پریشانی پایین هستند؛ شناسایی و مقایسه رویکردهای درمانی مؤثر بر افزایش تحمل پریشانی ضروری و حائز اهمیت خواهد بود. در این راستا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (روسو و فوناگی، ۲۰۱۲) و رفتار درمانی دیالکتیکی (اوپینورو همکاران، ۲۰۲۳) از جمله رویکردهای درمانی نسبتا جدید و پرطرفداری هستند که به ویژه در سال‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ی پژوهشگران و درمانگران قرارگرفته‌اند و بر توانمندسازی افراد در مواجهه با چالش‌های روانی تأکید دارند (راماچاندران و همکاران، ۲۰۲۳؛ بیملند و همکاران، ۲۰۲۱). رفتار درمانی دیالکتیکی بر اصلاح رفتار و کنترل هیجان‌ها تمرکز دارد و با بهره‌گیری از اصول درمان شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی، پذیرش و رویکرد دیالکتیکی عمل می‌کند (صفری و آفتاب، ۱۴۰۰). مهم‌ترین تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی‌رفتاری، تمرکز ویژه آن بر تنظیم هیجانی و مقابله با بدتنظیمی هیجانی است (محسنی، کلانتری، نامداری و عابدی، ۱۴۰۲). هدف اصلی این درمان کاهش رفتارهای ناسازگارانه مرتبط با هیجانات تنظیم‌نشده و افزایش رفتارهای انطباقی است. این درمان با تلفیق مداخلات شناختی-رفتاری و آموزه‌های فلسفه شرقی ذن، به بهبود تنظیم هیجان و افزایش توانایی افراد در مدیریت تعارضات و تحمل ناراحتی کمک می‌کند (هفت، اوگریدی، شالر و لیو، ۲۰۲۲). رفتار درمانی دیالکتیکی با الهام از اصل تغییر درمان شناختی- رفتاری و اصل پذیرش توسط لینهان شکل گرفته و در تنظیم هیجان‌ها، افکار احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین کننده‌ای دارد در این شیوه درمانی ذهن آگاهی و تحمل آشفتگی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه های مؤثر تغییر می‌باشند (ون برکل، ۲۰۲۳) همچنین در این شیوه درمانی سعی

می‌شود که با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هشیار مراجعین افکار و اعمالشان اصلاح شود (ترابنور و همکاران، ۲۰۲۳). همانطور که در پژوهش نریمانی، صالحی و کاظمی (۱۳۹۴)، که برروی پرستاران انجام شد؛ به این نتیجه دست یافتند که درمان دیالکتیکی با تقویت مؤلفه‌های هوشیاری، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی، می‌تواند به کاهش استرس شغلی پرستاران کمک کرده و خودکارآمدی آن‌ها را افزایش دهد. این درمان با آموزش مهارت‌های رفتاری و جایگزینی واکنش‌های ناسازگار، توان مقابله با هیجانات منفی را در پرستاران بهبود می‌بخشد.

در رفتاردرمانی دیالکتیک، بیمار تشویق می‌شود تا بین پذیرش و تغییر به شکلی دیالکتیکی حرکت کند. دیالکتیک‌ها به تقابل‌ها، تعارضات، مشکلات پیچیده و نیروهای متضادی اشاره دارند که زندگی به طور طبیعی ایجاد می‌کند (ریزوی و همکاران، ۲۰۲۴؛ پانس و همکاران، ۲۰۱۴). این رویکرد درمانی بر ایجاد تعادل میان راهبردهای درمانی متمرکز است، به‌طوری‌که برخی راهبردها بر تغییر تأکید دارند و برخی دیگر پذیرش تجربیات را همان‌طور که هستند تقویت می‌کنند (اسرنو و همکاران، ۲۰۲۱؛ لینهان و ویلکز، ۲۰۱۵).

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز باهدف تقویت توانایی درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، بر اساس نظریه دلبستگی و مفهوم ذهنی‌سازی شکل‌گرفته است (فوناجی و کمبل، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت ظرفیت بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران، می‌تواند به‌طور غیرمستقیم از طریق بهبود تنظیم هیجان و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، تحمل پریشانی را در شرایط شغلی پرتنش ارتقا دهد (کومپاسوغلو و همکاران، ۲۰۲۵). این رویکرد در چهار بعد خودکار - کنترل‌شده، خود - دیگران، شناختی - عاطفی و درونی - بیرونی عمل می‌کند (پولنی و همکاران، ۲۰۲۱). تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود مکانیسم‌های دفاعی (هایدن و همکاران، ۲۰۲۱)، ارتقای تنظیم هیجان و مدیریت تکانش‌وری به‌ویژه در بافت تعاملات بین‌فردی (مارکوویتز و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش احساسات منفی، اعتباردهی و تحمل هیجان‌های دشوار (مورکن، بیندر، ارفجورد و کارترد،۲۰۱۹) مورد حمایت تجربی قرار گرفته است. در پژوهش سلمانیان، جبل‌عاملی، مقیمیان و ارجمندی (۱۴۰۱)، به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر اساس مدل فرایندی گراس بر میزان شفقت‌ورزی به خود و تاب‌آوری پرستاران بخش‌های ویژه

پرداختند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باوجود معنادار نبودن آماری، بیشترین تأثیر را بر افزایش تاب‌آوری و شفقت به خود پرستاران داشت. این یافته نشان می‌دهد که می‌توان از این رویکرد برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی پرستاران بهره برد.

با توجه به اینکه هر دو رویکردِ درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود تنظیم هیجان، افزایش خودآگاهی و ارتقای توانایی فرد در مواجهه با پریشانی تأکید دارند، مقایسه آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تمرکز بر اصلاح رفتارهای هیجانی و آموزش مهارت‌های رفتاری، بعد عملکردی و عملی سازگاری هیجانی را تقویت می‌کند؛ درحالی‌که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تأکید بر درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، جنبه‌های شناختی و بین‌فردی تنظیم هیجان را مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین، بررسی تطبیقی این دو رویکرد می‌تواند مشخص سازد که کدام یک در بهبود تحمل پریشانی و کاهش خستگی روانی پرستاران اثربخشی بیشتری دارد. این مقایسه، علاوه بر گسترش دانش نظری در زمینه مداخلات روان‌درمانی پرستاران، از نظر کاربردی نیز می‌تواند مبنایی برای انتخاب و طراحی برنامه‌های درمانی مؤثر در نظام سلامت و ارتقای بهزیستی روانی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی فراهم آورد.

بااین‌حال هرچند مقایسه اثربخشی این دو رویکرد به شناسایی روش‌های مؤثرتر برای مدیریت استرس و بهبود عملکرد حرفه‌ای پرستاران در محیط‌های پرتنش می‌پردازد؛ اما تاکنون پژوهشی با این هدف انجام نگرفته است؛ لذا باتوجه‌به اهمیت پردازش به وضعیت روانی در پرستاران و با توجه به اهمیت مقایسه رویکردهای درمانی در این زمینه هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی ۲۲۰ پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۴۴ پرستار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت

تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک) و گروه کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، داشتن ده سال سابقه‌ی کاری، جنسیت مونث، تمایل آگاهانه پرستاران و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش و قرارنگرفتن تحت درمان‌های روان‌شناختی دیگر بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان و عدم همکاری در اجرای تکالیف منزل و تمرین‌های مربوطه بودند.

ابزار پژوهش

۱.پرسشنامه تحمل پریشانی: یک شاخص خودسنجی است که در سال ۲۰۰۵ توسط سیمونز و گاهر ساخته شده‌است و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. عبارات پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شوند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). سیمونز و همکاران(۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲ ، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. محمدپور و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب پایایی عامل‌های پرسشنامه تحمل پریشانی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ است. همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ است. نتایج پژوهش تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی مقیاس به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ است و روایی همگرای ۰/۵۹ به دست آمد که نشان می‌دهد مقیاس از روایی همگرای مطلوبی برخودار است. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۲. پروتکل‌های درمانی: این پروتکل‌ها به‌صورت فعالیت گروهی اجرا شدند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در ۸ جلسه بر اساس راهنمای الن (۲۰۰۶) و رفتاردرمانی دیالکتیک نیز در ۸ جلسه طبق مدل لینهان (۱۹۸۷) طراحی گردید. برای سنجش اعتبار و انطباق فرهنگی این مداخلات با شرایط پرستاران ایرانی، محتوای جلسات پیش از اجرا توسط چهار متخصص حوزه سلامت روان بررسی و تأیید شد و سپس به شرح زیر ارائه گردید.

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه	شرح جلسه
جلسه ۱	ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و برنامه درمانی/ اهمیت داشتن خودشناسی و انعطاف‌پذیری و نشاط ذهنی و تحمل پریشانی در سلامت روان، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	معرفی مدل ذهنی‌سازی خود و دیگران، مشکلات فرد در ذهن‌خوانی خود و دیگران
جلسه ۳	بررسی ابعاد ذهنی‌سازی (ویژگی‌های شناختی در مقابل ویژگی‌های عاطفی، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی، خود در مقابل دیگری، خودکار در مقابل کنترل شده)
جلسه ۴	معرفی هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات
جلسه ۵	ارتقا و بهبود ظرفیت در رفتارهای هیجانی و مشکل‌ساز/ ارائه آموزش در مورد ارتقا و توانمندی در برقراری روابط بین‌فردی
جلسه ۶	آموزش در مورد راهکارهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی
جلسه ۷	آموزش سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن دستیابی به هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته‌محور: بررسی و شناسایی سبک دلبستگی افراد با مشارکت خودشان، بررسی موضوع کشمکش‌های ارتباطی افراد ازنقطه‌نظر دلبستگی
جلسه ۸	مروری بر مباحث جلسات قبلی/ بررسی تکالیف ارائه آموزش در مورد دوره درمان ذهنی‌سازی و جمع‌بندی و پایان‌دادن به جلسات گروه نتیجه‌گیری، سپس اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. شرح جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	شرح جلسه
جلسه ۱	ابعاد و مزایای رفتاردرمانی دیالکتیک و برنامه درمـــانی/ اهمیت داشتن خودشناسی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشاط ذهنی و تحمل پریشانی، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	آشنایی با مفهوم خود و معرفی انواع خود، اهمیت خودشناسی و نقش آن در سلامت روان

جلسه ۳	آشنایی با مفهوم ذهن و سه حالت ذهنی ذهن منطقی، ذهن هیجانی، ذهن خردگرا آموزش ذهن‌آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، توضیح در مورد مفاهیم انعطاف‌پذیری ذهنی و نشاط ذهنی
جلسه ۴	آشنایی با مفهوم اجتناب و پذیرش واقعیت شامل پذیرش محض، برگرداندن ذهن، رضایتمندی، تعادل بین راهبردهای پذیرش و تغییر
جلسه ۵	تنظیم هیجانی شامل آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب‌زدن به آن‌ها و منجرشدن به افزایش کنترل هیجان‌ها
جلسه ۶	آموزش تحمل پریشانی مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف‌کردن حواس، تسکین‌دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن‌آگاهی و افزایش تاب‌آوری
جلسه ۷	تنظیم هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجانات مثبت، تغییردادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر
جلسه ۸	مروری بر بحث جلسهٔ قبلی/ بررسی تکالیف ارائه آموزش در مورد درمان دیالکتیک در مورد خودشناسی و انعطاف‌پذیری و تحمل پریشانی و نتیجه‌گیری، سپس اجرای پس‌آزمون

شیوهٔ اجرا

پس از کسب مجوز اخلاق به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1402.109 برای انتخاب شرکت‌کنندگان، به بخش‌های مختلف بیمارستان‌های فلاورجان مراجعه شد و با اعلام فراخوان برای شرکت در پژوهش، همچنین با همکاری سرپرستاران بخش‌ها جهت اطلاع‌رسانی بهتر، اقدام گردید. در ادامه، با انجام مصاحبه و اجرای آزمون سنجش خستگی روانی، از میان افرادی که نمراتشان یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود و سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز داشتند، ۴۴ پرستار انتخاب شدند و در سه گروه به صورت تصادفی گمارش شدند. پرستاران در هر کدام از گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه درمان ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک قرار گرفتند و در گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. پیش از شروع جلسات درباره‌ی طرح پژوهش، تعداد جلسه‌ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه‌ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به پرستاران توضیح داده شد. در ضمن پرستاران هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به پرسشنامه تحمل پریشانی پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آماره‌های توصیفی، ابزارهایی مانند نمودارها، جداول، فراوانی،

درصد، میانگین و واریانس به‌کار گرفته شدند. در قسمت آمار توصیفی از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها

در گروه ذهنی‌سازی، میانگین سنی در بازه ۳۲ تا ۴۴ سال، ۳۷/۵۷ سال و انحراف استاندارد ۳/۴۳۵ سال بود، برای گروه دیالکتیک، میانگین سنی در بازه ۳۲ تا ۴۸ سال ۳۸/۱۴ سال و انحراف استاندارد ۵/۱۵۶ سال و برای گروه کنترل در بازه ۳۱ تا ۴۶ سال، میانگین ۳۷/۸۷ سال و انحراف استاندارد ۵/۳۸۹ سال بود. در گروه ذهنی‌سازی، ۱۱ نفر دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بودند؛ در گروه دیالکتیک، ۱۰ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق‌لیسانس و در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس داشتند. میانگین سابقه شغلی افراد درگروه ذهنی‌سازی در بازه ۱۰ تا ۱۷ سال ۱۲/۶۴ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۶۰ سال بود، برای گروه دیالکتیک، سابقه در بازه ۱۰ تا ۱۸ سال با میانگین ۱۲/۵۰ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۳۴سال و برای گروه کنترل در بازه ۱۰ تا ۲۳ سال با میانگین ۱۳/۳۷ سال با انحراف استاندارد ۴/۲۷۲ سال بود. میانگین نمرات خستگی روانی آزمودنی‌ها در گروه ذهنی‌سازی ۶۲.۱۴ با انحراف معیار ۳.۲۵، در گروه دیالکتیک ۶۳.۲۸ با انحراف معیار ۳.۴۰ و در گروه کنترل ۶۱.۸۷ با انحراف معیار ۳.۱۰ بود. در ادامه در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر تحمل پریشانی و مولفه‌های آن به تفکیک زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر تحمل پریشانی بر حسب گروه

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد
ذهنی‌سازی	تحمل پریشانی	۱۴	۳۹/۸۶(۶/۶۵)	۵۵/۱۴ (۳/۳۹)	۵۳/۲۱ (۲/۹۹)
	تحمل	۱۴	۷/۷۸ (۱/۶۷)	۱۱/۰۰ (۱/۱۷)	۱۰/۵۰ (۱/۲۹)

	جذب	۱۴	۸/۵۷ (۱/۷۸)	۱۰/۷۸ (۱/۲۵)	۱۰/۳۶ (۱/۰۱)
	ارزیابی	۱۴	۱۶/۵۷ (۴/۳۸)	۲۳/۰۷ (۲/۷۳)	۲۲/۴۳ (۲/۲۴)
	تنظیم	۱۴	۶/۹۲ (۲/۱۶)	۱۰/۲۸ (۱/۲۶)	۹/۹۳ (۱/۰۷)
دیالکتیک	تحمل پریشانی	۱۴	۴۲/۱۴ (۵/۶۰)	۵۳/۵۷ (۵/۱۳)	۵۲/۰۰ (۳/۲۶)
	تحمل	۱۴	۷/۳۶(۱/۶۹)	۱۰/۵۰(۱/۲۹)	۱۰/۰۷ (۱/۲۱)
	جذب	۱۴	۹/۲۱(۱/۷۶)	۱۱/۱۴(۱/۶۱)	۱۰/۹۲(۱/۰۷)
	ارزیابی	۱۴	۱۸/۵۷(۳/۶۵)	۲۱/۵۷(۲/۴۳)	۲۰/۹۲(۱/۲۱)
	تنظیم	۱۴	۷/۰۰(۲/۶۹)	۱۰/۳۶(۱/۵۰)	۱۰/۰۷(۱/۲۷)
کنترل	تحمل پریشانی	۱۶	۳۹/۱۲ (۴/۹۶)	۳۹/۰۶ (۳/۸۷)	۳۸/۱۲ (۴/۳۹)
	تحمل	۱۶	۷/۵۰ (۱/۵۱)	۷/۱۲ (۱/۲۰)	۷/۰۰ (۱/۵۵)
	جذب	۱۶	۹/۱۸ (۱/۵۱)	۹/۰۰ (۱/۳۷)	۸/۶۲ (۱/۵۸)
	ارزیابی	۱۶	۱۶/۳۷ (۳/۲۴)	۱۶/۶۸ (۲/۷۵)	۱۵/۹۴ (۳/۳۲)
	تنظیم	۱۶	۶/۰۶ (۲/۱۱)	۶/۲۵ (۱/۹۱)	۶/۵۶ (۱/۸۶)

همان‌طور که از جدول ۳ مشهود است، در گروه ذهنی‌سازی میانگین نمرات تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۹/۸۶، ۵۵/۱۴ و ۵۳/۲۱ و انحراف استاندارد به ترتیب ۶/۶۵، ۳/۳۹ و ۲/۹۹ است. در گروه دیالکتیک میانگین نمرات تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۴۲/۱۴، ۵۳/۵۷ و ۵۲ و انحراف استاندارد به ترتیب ۵/۶، ۵/۱۳ و ۳/۲۶ است. در گروه کنترل نیز میانگین نمرات تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۹/۱۲، ۳۹/۰۶ و ۳۸/۱۲ و انحراف استاندارد به ترتیب ۴/۹۶، ۳/۸۷ و ۴/۳۹ است.

قبل از بررسی فرضیه پژوهش به‌منظور ارزیابی پیش‌فرض نرمالیتی داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌های پژوهش بود (P>۰/۰۵).

جدول ۴. آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	F	معناداری	F	معناداری	F	معناداری
تحمل پریشانی	۰/۴۷۲	۰/۶۲۷	۰/۲۶۵	۰/۷۶۸	۰/۴۴۰	۰/۰۷۳

نسخه پیش از انتشار

تحمل	۰/۱۳۴	۰/۸۷۵	۰/۱۲۷	۰/۸۸۱	۰/۱۸۷	۰/۸۳۰
جذب	۰/۳۴۱	۰/۷۱۳	۱/۱۰۲	۰/۳۴۲	۱/۹۰۷	۰/۱۶۱
ارزیابی	۰/۲۱۲	۰/۸۱۰	۱/۱۴۷	۰/۳۲۷	۵/۲۴۱	۰/۰۰۹
تنظیم	۰/۳۲۹	۰/۷۲۲	۰/۶۷۷	۰/۵۱۴	۲/۸۹۵	۰/۰۶۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار P در جدول ۴ در متغیر تحمل پریشانی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین فرض همسانی واریانس‌ها برای تمام موارد تأیید می‌شود (P>۰/۰۵).

جدول ۵. آزمون ام‌باکس برای همگنی ماتریس‌های کوواریانس

آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۱۹/۱۰۸	۱/۴۲۱	۱۲	۷۸۴۵/۶۱۴	۰/۱۴۸

بر اساس نتایج آزمون ام‌باکس، مقدار سطح معناداری برابر با ۰/۱۴۸ به دست آمد که بزرگ‌تر از سطح معناداری ۰/۰۵ است؛ بنابراین، فرض همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس بین گروه‌ها برقرار است و استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است.

جدول ۶. خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل آزمون کرویت موخلی تحمل پریشانی

اثر درونی آزمودنی‌ها	موخلی	کای دو	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	گرین‌هاوس - گیزر
تحمل	۰/۷۴۷	۱۱/۶۴۳	۲	۰/۰۰۳	۰/۷۹۸
جذب	۰/۹۲۴	۳/۱۵۳	۲	۰/۲۰۷	-
ارزیابی	۰/۸۷۰	۵/۵۵۴	۲	۰/۰۶۲	-
تنظیم	۰/۶۶۸	۱۶/۱۲۹	۲	۰/۰۰۰	۰/۷۵۱
تحمل پریشانی	۰/۷۲۱	۱۳/۰۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲

نتایج آزمون موخلی در جدول ۶ نشان می‌دهد پیش‌فرض کرویت برای متغیرهای جذب و ارزیابی برقرار است؛ اما برای متغیرهای تحمل، تنظیم و تحمل پریشانی برقرار نیست و از آزمون گرین‌هاوس - گیزر استفاده شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری آمیخته با عوامل درون گروهی و برون گروهی در متغیر تحمل پریشانی و مولفه‌های آن

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	مجذور اتا
تحمل	عامل درون گروهی	دوره	۵۵/۹۴۰	۲	۲۷/۹۷۰	۲۰/۵۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰
		تعامل دوره	۵۴/۵۸۷	۴	۱۳/۶۴۷	۱۰/۰۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۳۴
	عامل بین گروهی	گروه	۲۹/۶۸۸	۲	۱۴/۸۴۴	۱/۸۹۸	۰/۱۶۳	۰/۰۸۷
جذب	عامل درون گروهی	دوره	۳۸/۰۹۹	۲	۱۹/۰۴۹	۲۲/۱۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۵۷
		تعامل دوره	۳۳/۵۸۵	۴	۸/۳۹۶	۹/۷۶۹	۰/۰۰۰	۰/۳۲۸
	عامل بین گروهی	گروه	۵۱/۳۴۹	۲	۲۵/۶۷۵	۵/۳۴۵	۰/۰۰۰۹	۰/۲۱۱
ارزیابی	عامل درون گروهی	دوره	۴۵/۷۸۸	۲	۱۲۲/۸۹۴	۲۰/۹۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۴۳
		تعامل دوره	۱۸۰/۹۷۲	۴	۴۵/۲۴۳	۷/۶۹۷	۰/۰۰۰	۰/۲۷۸
	عامل بین گروهی	گروه	۴۹۷/۳۵۷	۲	۲۴۸/۶۷۸	۱۶/۹۰۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۸
تنظیم	عامل درون گروهی	دوره	۱۴۷/۴۷۴	۲	۷۳/۷۳۷	۳۵/۶۸۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱
		تعامل دوره	۵۷/۸۷۶	۴	۱۴/۴۶۹	۷/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۵۹
	عامل بین گروهی	گروه	۲۳۵/۶۸۷	۲	۱۱۷/۸۴۴	۱۹/۱۰۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸۹

نسخه پیش از انتشار

تحمل پریشانی	عامل درون گروهی	دوره	۱۸۸۴/۳۶۸	۲	۹۴۲/۱۸۴	۸۲/۳۰۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳
		تعامل دوره	۱۱۵۲/۸۷۲	۴	۲۸۸/۲۱۸	۲۵/۱۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۵۷
	عامل بین گروهی	گروه	۳۲۶۹/۱۴۰	۲	۱۶۳۴/۵۷۰	۳۹/۹۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶

باتوجه‌به نتایج جدول (۷) نشان داد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری آمیخته نشان داد که عامل درون‌گروهی دوره برای تمام مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، و همچنین متغیر کل تحمل پریشانی، اثر معنی‌دار و بزرگی دارد ($p < 0.001$ ،η^2 بین ۰/۳۴۰ تا ۰/۶۷۳). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تحمل پریشانی و مولفه‌های آن در طول زمان به‌طور قابل توجهی تغییر کرده است. همچنین، تعامل دوره × گروه برای تمامی مولفه‌ها و متغیر کل معنی‌دار بود ($p < 0.001$ ،η^2 بین ۰/۲۵۹ تا ۰/۵۵۷)، که بیانگر آن است که الگوی تغییرات تحمل پریشانی در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت است. از سوی دیگر، اثر بین‌گروهی گروه برای مولفه‌های جذب، ارزیابی، تنظیم و تحمل پریشانی کل معنی‌دار و با اثر بزرگ تا بسیار بزرگ بود ($p < 0.01$ ،η^2 بین ۰/۲۱۱ تا ۰/۶۶۶)، اما برای مولفه تحمل به تنهایی تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار نبود ($\eta^2 = 0.087$ ،$p = 0.163$). به طور کلی، نتایج نشان داد که زمان، گروه و تعامل آن‌ها بر تحمل پریشانی و اجزای آن تاثیر معنادار دارند و تغییرات این متغیر در طول دوره‌ها و بین گروه‌ها قابل توجه است.

در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) به‌منظور بررسی تفاوت میانگین‌ها بر اساس گروه‌درمانی و دوره در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۸. تصحیح بونفرونی متغیر تحمل پریشانی و مولفه‌های آن به تفکیک گروه در مرحله پیگیری

متغیر	گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تحمل	ذهنی‌سازی- دیالکتیک	۰/۱۹۸	۰/۶۲۲	۱/۰۰۰
	ذهنی‌سازی- کنترل	۱/۰۸۲	۰/۶۰۳	۰/۲۴۱
	دیالکتیک- کنترل	۰/۸۸۴	۰/۵۹۱	۰/۴۲۸

جذب	ذهنی‌سازی- دیالکتیک	-۰/۵۵۷	۰/۴۸۷	۰/۷۸۰
	ذهنی‌سازی- کنترل	۰/۹۳۴	۰/۴۷۲	۰/۱۶۵
	دیالکتیک- کنترل	۱/۴۹۱	۰/۴۶۳	۰/۰۰۸
ارزیابی	ذهنی‌سازی- دیالکتیک	۰/۰۷۹	۰/۸۵۳	۱/۰۰۰
	ذهنی‌سازی- کنترل	۴/۱۰۳	۰/۸۲۷	۰/۰۰۰
	دیالکتیک- کنترل	۴/۰۲۴	۰/۸۱۰	۰/۰۰۰
تنظیم	ذهنی‌سازی- دیالکتیک	-۰/۱۱۷	۰/۵۵۲	۱/۰۰۰
	ذهنی‌سازی- کنترل	۲/۷۳۴	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰
	دیالکتیک- کنترل	۲/۸۵۱	۰/۵۲۵	۰/۰۰۰
تحمل پریشانی	ذهنی‌سازی- دیالکتیک	۰/۴۸۵	۰/۴۴۸	۰/۸۵۶
	ذهنی‌سازی- کنترل	۲/۵۸۷	۰/۴۳۵	۰/۰۰۰
	دیالکتیک- کنترل	۲/۱۰۱	۰/۴۲۶	۰/۰۰۰

بر اساس یافته‌های جدول ۸، نتایج تصحیح بونفرونی در مرحله پیگیری نشان داد که بین دو گروه درمانی ذهنی‌سازی و دیالکتیک در متغیر تحمل و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود ندارد (تحمل: اختلاف میانگین = ۰/۱۹۸، $p = 0.781$؛ جذب: اختلاف میانگین = -۰/۵۵۷، $p = 0.780$؛ ارزیابی: اختلاف میانگین = ۰/۰۷۹، $p = 1.000$؛ تنظیم: اختلاف میانگین = -۰/۱۱۷، $p = 1.000$؛ تحمل پریشانی کلی: اختلاف میانگین = ۰/۴۸۵، $p = 0.856$). این نتایج نشان می‌دهد که اثربخشی مثبت هر دو درمان در بهبود تحمل پریشانی و مولفه‌های آن در طول زمان پایدار مانده است. به عبارت دیگر، پرستارانی که تحت درمان ذهنی‌سازی یا دیالکتیک قرار گرفته‌اند، در مرحله پیگیری همچنان از توانایی بالاتری در مدیریت هیجانات منفی و مواجهه مؤثر با شرایط استرس‌زا برخوردار بودند. بنابراین، هر دو رویکرد درمانی قادرند به عنوان مداخلات مؤثر برای کاهش اثرات منفی خستگی روانی و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی پرستاران مورد استفاده قرار گیرند و نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که این اثرات حداقل تا زمان پیگیری حفظ شده‌اند.

نمودار۱. تغییرات میانگین نمرات تحمل پریشانی برحسب گروه و زمان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی انجام شد. این مطالعه تلاش دارد نشان دهد که آیا هر یک از این مداخلات روان‌شناختی می‌تواند بهبود قابل‌توجهی در ظرفیت پرستاران برای مدیریت هیجانات منفی، مقابله با شرایط استرس‌زا و کاهش اثرات خستگی روانی ایجاد کند و اینکه آیا اثربخشی آن‌ها در طول زمان پایدار است یا خیر. نتایج نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، تحمل پریشانی و مولفه‌های آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را در پرستاران دارای خستگی روانی به‌طور معنادار افزایش دادند. همچنین، تعامل زمان × گروه برای تمامی مولفه‌ها معنی‌دار بود، که نشان می‌دهد الگوی تغییرات تحمل پریشانی در طول زمان بین گروه‌ها متفاوت است. نتایج آزمون پیگیری بونفرونی نشان داد

که اثربخشی دو درمان در مرحله پیگیری تفاوت معناداری نداشت، بنابراین اثرات مثبت آن‌ها در بهبود تاب‌آوری و مدیریت هیجانات منفی پایدار بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تحمل پریشانی می‌توان گفت که ذهنی‌سازی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین خودتنظیمی هیجانی و سازگاری روان‌شناختی، نقشی کلیدی در نحوه مواجهه افراد با استرس‌های مزمن ایفا می‌کند. پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود به‌طور مستمر در معرض فشارهای هیجانی، بار کاری بالا و تعاملات پیچیده بین‌فردی قرار دارند؛ ازاین‌رو، تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند به افزایش توان آن‌ها در تحمل پریشانی منجر شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با ارتقای توانایی فرد در درک، تفسیر و بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران، زمینه پردازش شناختی هیجانات منفی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی را فراهم می‌سازد (داوبنی و بیتمن، ۲۰۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات جدید همسو است که نشان می‌دهند ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی با بهبود تاب‌آوری، شفقت‌ورزی به خود و سازگاری روان‌شناختی در کارکنان حوزه سلامت همراه است (بتمن و فوناگی، ۲۰۲۲؛ هایدن و همکاران، ۲۰۲۱؛ لونگو و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌های تازه‌تر همچنین حاکی از آن‌اند که ذهنی‌سازی از طریق کاهش تکانش‌وری هیجانی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، نقش محافظتی مؤثری در برابر پریشانی روانی و فرسودگی شغلی ایفا می‌کند (مورکن و همکاران، ۲۰۱۹؛ کومپاسوغلو و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، شیک و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که متغیرهایی نظیر ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و جهت‌گیری ارزش‌محور، پیش‌بینی‌کننده معنادار سطوح پایین‌تر پریشانی روانی در دانشجویان پرستاری هستند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد و تأیید می‌کند که ذهنی‌سازی از طریق ارتقای ظرفیت درک هیجانی و کاهش پاسخ‌های اجتنابی، می‌تواند تحمل پریشانی را در موقعیت‌های شغلی پرتنش افزایش دهد.

از سوی دیگر، درمان دیالکتیکی نیز با تلفیق اصول پذیرش و تغییر، تأثیر معناداری بر افزایش تحمل پریشانی نشان داده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با بهره‌گیری از اصول درمان شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی و رویکرد دیالکتیکی، بر اصلاح الگوهای رفتاری و تنظیم هیجان تمرکز دارد (صفری و آفتاب، ۱۴۰۰). این درمان از طریق آموزش مهارت‌هایی نظیر تحمل

آشفتگی، تنظیم هیجان و کارآمدی بین‌فردی، به تقویت توان مقابله با فشارهای هیجانی مزمن کمک می‌کند (لینهان، ۲۰۲۰). پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های دیالکتیکی می‌تواند به کاهش فرسودگی روانی، بهبود عملکرد شغلی و افزایش تحمل پریشانی در کارکنان نظام سلامت منجر شود (ووجانوویچ و همکاران، ۲۰۲۲؛ نورمن-نات و همکاران، ۲۰۲۵). یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه با نتایج مطالعات داخلی و بین‌المللی همسو است که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی پرستاران گزارش کرده‌اند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ هیرد و لینهان، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش یانگ و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که پریشانی روانی در پرستاران رابطه مستقیمی با نیت ترک شغل دارد و متغیرهایی نظیر حمایت اجتماعی و رضایت شغلی نقش میانجی مهمی در کاهش این پریشانی ایفا می‌کنند. این یافته‌ها به‌طور غیرمستقیم بیانگر آن است که مداخلاتی مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی، که مهارت‌های بین‌فردی و تنظیم هیجانی را تقویت می‌کنند، می‌توانند از طریق بهبود روابط حرفه‌ای و حمایت اجتماعی، به کاهش پریشانی روانی در محیط‌های کاری پرتنش کمک نمایند.

در تبیین سازوکارهای اثر رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌توان گفت که این رویکرد با آموزش حضور آگاهانه در لحظه، پذیرش هیجانات منفی بدون واکنش‌های تکانشی و اتخاذ پاسخ‌های انعطاف‌پذیر، به پرستاران کمک می‌کند تا در شرایط فشار کاری بالا از تعادل هیجانی و شناختی بیشتری برخوردار شوند (برم و همکاران، ۲۰۱۹؛ وارد-سیسیلسکی و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد جدید نیز نشان می‌دهند که افزایش آگاهی هیجانی و کاهش رفتارهای اجتنابی، از مکانیسم‌های اصلی اثر این درمان بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری شغلی است (ریزوی و همکاران، ۲۰۲۴).

در خصوص عدم تفاوت معنادار میان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، می‌توان استدلال کرد که هر دو رویکرد، علی‌رغم تفاوت‌های نظری، از مسیرهای همگرا به بهبود تنظیم هیجان و افزایش ظرفیت تحمل پریشانی منجر می‌شوند. پژوهش‌های مقایسه‌ای اخیر نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر پذیرش، چه از مسیر شناخت حالات ذهنی (ذهنی‌سازی) و چه از طریق آموزش مهارت‌های رفتاری (دیالکتیکی)، در نهایت به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش پریشانی هیجانی منجر می‌شوند (سن‌مارتین و همکاران،

۲۰۲۰؛ لویتن و همکاران، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، همپوشانی مکانیسم‌های اثر می‌تواند دلیل عدم مشاهده تفاوت معنادار میان این دو درمان باشد. افزون بر این، ماهیت مزمن و چندعاملی خستگی روانی، و نقش عوامل سازمانی نظیر فشار کاری و کمبود حمایت شغلی، ممکن است دامنه تأثیر تفاوت‌های درمانی را محدود کرده باشد.

با وجود یافته‌های ارزشمند، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است؛ از جمله حجم نمونه محدود، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و ماهیت کوتاه‌مدت مداخله که امکان بررسی پایداری اثرات درمان را محدود می‌کند. همچنین، عدم کنترل متغیرهای سازمانی و زمینه‌ای مانند حمایت مدیریتی و شرایط شیفت کاری می‌تواند بر نتایج اثرگذار بوده باشد.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از طرح‌های طولی، نمونه‌های متنوع‌تر و روش‌های ترکیبی، به بررسی عمیق‌تر و پایدارتر اثرات این دو رویکرد بپردازند. از منظر کاربردی، نتایج پژوهش حاضر بر ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در مراکز درمانی تأکید دارد؛ برنامه‌هایی که می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای سلامت روانی پرستاران، افزایش تحمل پریشانی و در نهایت بهبود کیفیت خدمات مراقبتی ایفا کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان، تضمین حریم خصوصی و رازداری و برگزاری جلسه‌های آموزش فردی برای افراد گروه گواه بعد از اتمام پژوهش و انتشار صادقانه نتایج به‌دست‌آمده انجام شد. قبل از اجرای پژوهش کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1402.109 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد کسب شد.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول وظیفه گردآوری داده‌ها و نوشتن ساختار اولیه مقاله، نویسنده دوم (مسئول)، سوم، چهارم و پنجم نیز وظیفه نظارت بر پژوهش، ویرایش مقاله. همکاری در صحت اجرای پروتکل درمانی را بر عهده داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه خانم صفیه هادیان در مقطع دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد بود. بدین‌وسیله از مدیریت دانشگاه و دانشکده علوم‌انسانی، اساتید راهنما، مشاور و داور و تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

Refrences

Allen, J. G. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. [link]

Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J.,... & McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *60*(9), 1105-1115. [link]

Balideh, D., Nejati, F., & Torkaman, M. (2025). Emotional regulation training for nursing students: effects on emotional adjustment and psychological distress. *BMC nursing*, *24*(1), 1379. [link]

Barker, L. M., & Nussbaum, M. A. (2011). Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of advanced nursing*, *67*(6), 1370-1382. [link]

Beanlands, H., McCay, E., Wang, A., Aiello, A., Schwind, J., Martin, L. S.,... & Newman, K. (2021). Exploring undergraduate nursing students' experiences of engaging with a dialectical behavior therapy-skills group

intervention: findings of a thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, *53*(1), 39-46. [link]

Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion regulation abilities. *A essment*, *28*(4*ss*), 1050-1064. [link]

El-Ashry, A. M., Hussein Ramadan Atta, M., Alsenany, S. A., Farghaly Abdelaliem, S. M., & Abdelwahab Khedr, M. (2023). The effect of distress tolerance training on problematic internet use and psychological wellbeing among faculty nursing students: A randomized control trial. Psychology Research and Behavior Management, 4015-4032. [link]

Fonagy, P., & Campbell, C. (2016). Attachment theory and mentalization. In *The Routledge handbook of psychoanalysis in the social sciences and humanities* (pp. 115-131). Routledge. [link]

Haft, S. L., O'Grady, S. M., Shaller, E. A., & Liu, N. H. (2022). Cultural adaptations of dialectical behavior therapy: A systematic review. Journal of consulting and clinical psychology, 90(10), 787. [link]

Hayden, M. C., Müllauer, 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 psychiatry*, *12*, 637915. [link]

Jang, H. J., Kim, O., Kim, S., Kim, M. S., Choi, J. A., Kim, B.,... & Jung, H. (2021). Factors affecting physical and mental fatigue among female hospital nurses: The Korea Nurses' Health Study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 2, p. 201). MDPI. [link]

Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N., & Gerdtz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International journal of nursing studies*, *121*, 103997. [link]

Kumpasoğlu, G. B., Saunders, R., Campbell, C., Nolte, T., Montague, R., Pilling, S., ... & Fonagy, P. (2025). Mentalizing, epistemic trust and interpersonal problems in emotion regulation: A sequential path analysis across common mental health disorders and community control samples. *Journal of affective disorders*, *372*, 502-511. [link]

Lass, A. N., Veilleux, J. C., DeShong, H. L., & Winer, E. S. (2023). What is distress tolerance? Presenting a need for conceptual clarification based on

qualitative findings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 23-32. [link]

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *51*(3), 261. [link]

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, *69*(2), 97-110. [link]

Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. (2022). Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. *Quarterly of Educational Measurment*. 12 (46), 49-64. (In Persian) [link]

Markowitz, J. C., Milrod, B., Luyten, P., & Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in interpersonal psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, *72*(4), 95-100. [link]

Mohseni, M., Kalantari, M., Namdari, K., & Abedi, A. (2023). Comparison of the effectiveness of transdiagnostic-integrated, mindfulness, and dialectical behavior therapy with CBT on psychological inflexibility in individuals with chronic pain. *Quarterly Journal of Applied Psychology*, 17(4), 169–193. [link]

Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N. M., & Karterud, S. W. (2019). Mentalization-based treatment from the patients' perspective–what ingredients do they emphasize?. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1327. [link]

Narimani, M., Salehi, M., & Kazemi, N. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy on stress reduction and increasing self-efficacy among nurses. *Journal of Health and Care (JHC)*, *17*(4), 270–280. [link]

Nikbagha S M, Tabesh Mofrad N, Naseri Manesh M, Karami S. (2023).The effect of Mindfulness-based cognitive therapy in Anxiety sensitivity, Deficits in emotional processing and Distress tolerance of Nurses with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*.11 (1), 52-64. (In Persian) [link]

Norman-Nott, N., Briggs, N. E., Hesam-Shariati, N., Wilks, C. R., Schroeder, J., Diwan, A. D., ... & Gustin, S. M. (2025). Online Dialectical Behavioral Therapy for Emotion Dysregulation in People With Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *8*(5), e256908-e256908. [link]

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on social work practice*, *24*(2), 213-223. [link]

Ramachandran, H. J., Bin Mahmud, M. S., Rajendran, P., Jiang, Y., Cheng, L., & Wang, W. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychological well-being, burnout and post-traumatic stress disorder among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(11-12), 2323-2338. [link]

Rizvi, S. L., Bitran, A. M., Oshin, L. A., Yin, Q., & Ruork, A. K. (2024). The State of the Science: Dialectical Behavior Therapy. *Behavior Therapy*. [link]

Safary, A., & Aftab, R. (2021). The effectiveness of online dialectical behavior therapy on emotion regulation difficulties, guilt, and dissociative symptoms in depressed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 15(4), 179–206. [link]

Salmanian S, Jabalameli S, Moghimian M, Arjmandi F. (2022). Comparison of the effectiveness of metallization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on self-compassion and resilience in Critical Care Unit Nurses. NPWJM.10 (36) 7. [link]

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. [link]

Soudabeh Gharibi 1 HasanPasha Sharifi 2 HamidReza khankeh 3 Susan Emamipour. (2022). Comparison of distress tolerance and resilience of nurses working in the accident department with nurses working in the hospital. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*. 65 (2), 569-577. (In Persian) [link]

Tofangchi M, Raeisi Z, Ghamarani A, Rezaei H. (2022). The Psychometric Properties of Distress Tolerance Scale (DTS) inWomen with Tension-Type Headaches. Journal of Anesth Pain.12(4), 34-43. (In Persian) [link]

Traynor, J. M., Ruocco, A. C., McMain, S. F., Hermanto, N., Blumberger, D. M., Cardish, R., & Daskalakis, Z. (2023). A feasibility trial of conjoint magnetic seizure therapy and dialectical behavior therapy for suicidal patients with borderline personality disorder and treatment-resistant depression. *Nature mental health*, *1*(1), 45-54. [link]

Van Berkel, A. S. (2023). Change is the Only Constant: How Dialectical Behavior Therapy (DBT) Can Be Made More Culturally Responsive Across Treatment Settings. [link]

Van Cutsem, J., Marcora, S., De Pauw, K., Bailey, S., Meeusen, R., & Roelands, B. (2017). The effects of mental fatigue on physical performance: a systematic review. Sports medicine, 47, 1569-1588. [link]

Wang, Q., Wang, F., Zhang, S., Liu, C., Feng, Y., & Chen, J. (2023). Effects of a mindfulness-based interventions on stress, burnout in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1218340. [link]

نسخه پیش از انتشار