

Research Article

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

Safieh Hadian¹, Akram Dehghani^{2*}, Razieh Izadi³, Sheida Jabalameli² & Mousa Alavi⁴

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: Ddehghani55@iau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Non-Profit Higher Education Institute, Isfahan, Iran.

4. Professor, Department of Psychiatric Nursing, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim: This study compared the effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on distress tolerance among nurses experiencing mental fatigue.

Method: This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group. Forty-four nurses working at Imam Khomeini Hospital in Falavarjan were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. Distress tolerance was measured using the Distress Tolerance Scale. The MBT and DBT groups each received eight treatment sessions, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA.

Results: Significant differences were observed between the experimental groups and the control group at posttest and follow-up ($p < 0.05$), indicating improvements in distress tolerance following both interventions. However, no significant differences were found between the MBT and DBT groups ($p > 0.05$), suggesting comparable effectiveness.

Conclusion: Both Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy effectively increased distress tolerance in nurses with mental fatigue. These interventions may help improve psychological resilience and coping abilities among healthcare professionals exposed to occupational stress.

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

Citation: Hadian, S., Dehghani, A., Izadi, R., Jabalameli, Sh., & Alavi, M. (2026). Comparing Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Therapy on Distress Tolerance in Nurses with Mental Fatigue Problems. *Appl. Psychol* 20 (1):101-121.

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 جبل‌عاملی^۴ و موسی علوی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد نجف اباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف اباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. ایمیل: Ddehghani55@iaiu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

۴. استاد تمام، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

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 است ($P < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه درمان ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک معنی‌دار نیستند ($P > 0/05$).

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.

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

استناد به این مقاله: هادیان، صفیه، دهقانی، اکرم، ایزدی، راضیه، جبل‌عاملی، شیدا، و علوی، موسی. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان دیالکتیک بر تحمل پریشانی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۱): ۱۲۱-۱۰۱.

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 طولانی مدت و مواجهه مداوم با بیماران دشوار در محیط‌های پر تنش 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، نه تنها 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 تحت تأثیر قرار دهد (غریبی، شریفی، خانکه و امامی پور، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیفی گسترده از اختلالات از جمله 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). با توجه به اینکه در پرستاران خستگی روانی 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 نسبتاً جدید و پرطرفداری هستند که به ویژه در سال‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ی پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته‌اند و بر توانمندسازی افراد در مواجهه با چالش‌های روانی تأکید دارند (راماچاندرا و همکاران، ۲۰۲۳؛ بیلند و همکاران، ۲۰۲۱). رفتار درمانی دیالکتیکی بر اصلاح رفتار و کنترل هیجان‌ها تمرکز دارد و با بهره‌گیری از اصول درمان شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی، پذیرش و رویکرد دیالکتیکی عمل می‌کند (صفری و آفتاب، ۱۴۰۰). مهم‌ترین تفاوت رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان‌های شناختی-رفتاری، 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 تعیین‌کننده‌ای دارد در این شیوه درمانی ذهن‌آگاهی و تحمل آشفتگی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مؤلفه‌های 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 (تراینور و همکاران، ۲۰۲۳). همانطور که در پژوهش نریمانی، صالحی و کاظمی (۱۳۹۴)، که بر روی 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، به طوری که 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 شکل گرفته 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، تحمل‌پریشانی را در شرایط شغلی پرتنش ارتقا دهد (کومپاسوگلو 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 کارتر، ۲۰۱۹) مورد حمایت تجربی قرار گرفته است. در پژوهش سلیمانیان، 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 رویکرد 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 تحمل‌پریشانی 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.

با این حال 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 با توجه به 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 همگرایی 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 تحمل‌پیشانی 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 همگرایی ۰/۵۹ به دست آمد که نشان می‌دهد مقیاس از روایی همگرایی مطلوبی برخوردار است. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

۲. پروتکل‌های درمانی: این پروتکل‌ها به صورت فعالیت گروهی اجرا شدند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در ۸ جلسه بر اساس راهنمای الن (۲۰۰۶) و رفتاردرمانی دیپالکتیک 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 تحمل‌پیشانی 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 تحمل‌پیشانی
جلسه ۷	آموزش سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن دستیابی به هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته‌محور: بررسی و شناسایی سبک دلبستگی افراد با مشارکت خودشان، بررسی موضوع کشمکش‌های ارتباطی افراد از نقطه‌نظر 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 رفتار درمانی دیالکتیک و برنامه درمانی/ اهمیت داشتن خودشناسی و انعطاف پذیری روان شناختی و نشاط ذهنی و تحمل پریشانی، اجرای پیش آزمون.
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 ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، توضیح در مورد مفاهیم انعطاف پذیری 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 برجسبزدن به آنها و منجر شدن به افزایش کنترل هیجانها
جلسه ۶	آموزش تحمل پریشانی مهارت های پایندگی در بحرانها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی و افزایش تاب آوری
جلسه ۷	تنظیم هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجانان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر
جلسه ۸	مروری بر بحث جلسه قبلی/ بررسی تکالیف ارائه آموزش در مورد درمان دیالکتیک در مورد خودشناسی و انعطاف پذیری و تحمل پریشانی و نتیجه گیری، سپس اجرای پس آزمون

شیوه اجرا

پس از کسب مجوز اخلاق به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1402.109 برای انتخاب شرکت کنندگان، به بخش های مختلف بیمارستان های فلاورجان مراجعه شد و با اعلام فراخوان برای شرکت در پژوهش، همچنین با همکاری سرپرستاران بخش ها جهت اطلاع رسانی 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 ملاک های ورود به پژوهش را نیز داشتند، ۴۴ پرستار انتخاب شدند و در سه گروه به صورت تصادفی گمارش شدند. پرستاران در هر کدام از گروه های آزمایش طی ۸ جلسه درمان ذهنی سازی و درمان دیالکتیک قرار گرفتند و در گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. پیش از شروع جلسات درباره ی طرح پژوهش، تعداد جلسه ها، طول مدت هر جلسه و مسائل مطروحه در جلسه ها، رعایت اصول اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات به پرستاران توضیح داده شد. در ضمن پرستاران هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، 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 به کار 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 اسپاس پی‌اس 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 فوق لیسانس بودند؛ در گروه دیالکتیک، ۱۰ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس و در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس داشتند. میانگین سابقه شغلی افراد در گروه 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 ۲/۵۳۴ سال و برای گروه کنترل در بازه ۱۰ تا ۲۳ سال با میانگین ۱۳/۳۷ سال و 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			تعداد	متغیر	گروه
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری			
میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد			
۳۹/۸۶ (۶/۶۵)	۵۵/۱۴ (۳/۳۹)	۵۴/۲۱ (۲/۹۹)	۱۴	تحمل پریشانی	ذهنی‌سازی
۷/۷۸ (۱/۶۷)	۱۱/۰۰ (۱/۱۷)	۱۰/۵۰ (۱/۲۹)	۱۴	تحمل	
۸/۵۷ (۱/۷۸)	۱۰/۷۸ (۱/۲۵)	۱۰/۳۶ (۱/۰۱)	۱۴	جذب	
۱۶/۵۷ (۴/۳۸)	۲۳/۰۷ (۲/۷۳)	۲۲/۴۳ (۲/۲۴)	۱۴	ارزیابی	

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون میانگین و انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین و انحراف استاندارد	پیگیری میانگین و انحراف استاندارد
دیالکتیک	تنظیم	۱۴	۶/۹۲ (۲/۱۶)	۱۰/۲۸ (۱/۲۶)	۹/۹۳ (۱/۰۷)
	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)
کنترل	تنظیم	۱۴	۷/۰۰ (۲/۶۹)	۱۰/۳۶ (۱/۵۰)	۱۰/۰۷ (۱/۲۷)
	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، پس‌آزمون 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، پس‌آزمون 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، پس‌آزمون 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 به منظور ارزیابی پیش‌فرض نرمالیتی داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌های پژوهش بود ($P > 0/05$).

جدول ۴. آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیرهای پژوهش
معناداری	F	معناداری	F	معناداری	F	
۰/۰۷۳	۰/۴۴۰	۰/۷۶۸	۰/۲۶۵	۰/۶۲۷	۰/۴۷۲	تحمل پریشانی
۰/۸۳۰	۰/۱۸۷	۰/۸۸۱	۰/۱۲۷	۰/۸۷۵	۰/۱۳۴	تحمل
۰/۱۶۱	۱/۹۰۷	۰/۳۴۲	۱/۱۰۲	۰/۷۱۳	۰/۳۴۱	جذب

متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ارزیابی	۰/۲۱۲	۱/۱۴۷	۵/۲۴۱
تنظیم	۰/۳۲۹	۰/۶۷۷	۲/۸۹۵

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 اندازه گیری آمیخته با عوامل درون گروهی و برون گروهی در

متغیر تحمل پریشانی و مولفه های آن

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P	مجذور اتا
تحمل	عامل	دوره	۵۵/۹۴۰	۲	۲۷/۹۷۰	۲۰/۵۸۸	۰/۰۰۰	۰/۳۴۰
	درون گروهی	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	دوره	۳۸/۰۹۹	۲	۱۹/۰۴۹	۲۲/۱۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۵۷
	درون گروهی	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	دوره	۴۵/۷۸۸	۲	۱۲۲/۸۹۴	۲۰/۹۰۶	۰/۰۰۰	۰/۳۴۳
	درون گروهی	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	دوره	۱۴۷/۴۷۴	۲	۷۳/۷۳۷	۳۵/۶۸۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱
	درون گروهی	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
تحمل پریشانی	عامل	دوره	۱۸۸۴/۳۶۸	۲	۹۴۲/۱۸۴	۸۲/۳۰۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۳
	درون گروهی	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

باتوجه به نتایج جدول (۷) نشان داد تحلیل واریانس با اندازه گیری آمیخته نشان داد که عامل درون گروهی دوره برای تمام مولفه های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، و همچنین متغیر کل تحمل پریشانی، اثر معنی دار و بزرگی دارد ($p < 0.001$)، η^2 بین ۰/۳۴۰ تا ۰/۶۷۳). این یافته ها نشان می دهد که تحمل پریشانی و مولفه های آن در طول زمان به طور قابل

توجهی تغییر کرده است. همچنین، تعامل دوره \times گروه برای تمامی مولفه‌ها و متغیر کل معنی‌دار بود ($\eta^2, p < 0.001$ 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 ($\eta^2, p < 0.01$ 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 تأثیر معنادار دارند و تغییرات این متغیر در طول دوره‌ها و بین گروه‌ها قابل توجه است.

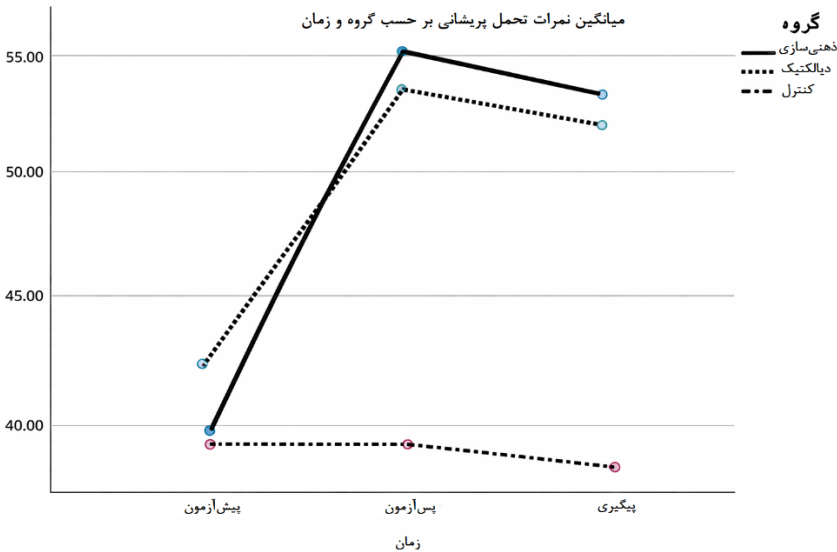
در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) به منظور بررسی تفاوت میانگین‌ها بر اساس گروه‌درمانی و دوره در جدول ۸ آورده شده است.

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

براساس 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 = 0.198 , $p = 0.781$ ؛ جذب: اختلاف میانگین = 0.557 , $p = 0.780$ ؛ ارزیابی: اختلاف میانگین = 0.079 , $p = 1.000$ ؛ تنظیم: اختلاف میانگین = 0.117 - $p = 1.000$ ، تحمل پریشانی کلی: اختلاف میانگین = 0.485 , $p = 0.856$). 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.



نمودار ۱. تغییرات میانگین نمرات تحمل پریشانی بر حسب 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، تحمل‌پریشانی و مولفه‌های آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را در پرستاران دارای خستگی روانی به‌طور معنادار افزایش دادند. همچنین، تعامل زمان \times گروه برای تمامی مولفه‌ها معنی‌دار بود، که نشان می‌دهد الگوی تغییرات تحمل‌پریشانی 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 تحمل‌پریشانی 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؛ از این‌رو، تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی می‌تواند به افزایش توان آن‌ها در تحمل‌پریشانی 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 (داووبنی 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 فونانگی، 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؛ کومپاسوگلو 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 تحمل‌پریشانی 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). از این رو، 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 به‌دست آمده 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 و 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 علوم انسانی، اساتید راهنما، مشاور و داور و تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 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. *Assessment*, 28(4ss), 1050-1064. [[link](#)]
- El-Ashry, A. M., Hussein Ramadan Atta, M., Alsenany, S. A., Farghaly Abdelaliam, 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. [\[link\]](#)
- Kumpasoglu, 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) in Women 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](#)]
