مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری روانشناختی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۹

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

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران ۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران ۳. استادیار، گروه روانشناسی، موسسه اموزش عالی غیر انتفاعی صفاهان، اصفهان، ایران ۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران ۵. استاد، گروه روان-پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: انعطاف‌پذیری روانشناختی از جمله مولفه‌های مهم و ضروری در حرفه پرستاری به شمار می‌رود. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری روانشناختی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و یک گروه کنترل بود. از بین پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان در سال ۱۴۰۲، ۴۴ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند. ابزار پژوهش مقیاس انعطاف‌پذیری روانشناختی بود. دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. از نرم افزار spss-23 برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد تفاوت بین میانگین 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 رفتار درمانی دیالکتیک معنی‌دار نمی‌باشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت هر دو روش درمانی بر انعطاف‌پذیری روانشناختی موثر بوده و موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی شده‌اند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، رفتار درمانی دیالکتیک، انعطاف‌پذیری روانشناختی، پرستاران، خستگی روانی

* **نویسنده مسئول:** استادیار،گروه روانشناسی، واحد نجف آباد،دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد ،ایران

ایمیل: Ddehghani55@iau.ac.ir **تلفن:** ۰۹۱۳۱۲۶۳۶۰۴ **نمابر:** –

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]

[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]

[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

مقدمه

از آنجا که بیشتر عمر انسان در محیط کار سپری می‌شود و بسیاری از روابط و مناسبات او در طول ساعات کار شکل می‌گیرد، می‌توان از کار به‌عنوان بخش بسیار مهمی از زندگی یاد کرد (۱). بررسی‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که تقریبا در تمامی مشاغل استرس وجود دارد اما میزان و تاثیر آن به لحاظ نوع و ماهیت استرس و خصوصیات شخصی افراد در مشاغل گوناگون متفاوت است (۲). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در راس ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماری‌های مربوط به استرس معرفی کرده و عقیده بر این است که احتمالا حرفه‌ی پرستاری در راس مشاغل پراسترس در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد (۳). در همین خصوص خستگی روانی در پرستاران، وضعیت شایعی است که باعث کاهش عملکرد فیزیکی در آنها می‌شود (۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهد خستگی روانی می‌تواند بر استفاده از راهبردهای مقابله ناکارآمد و کاهش سلامت روانی افراد تأثیر بگذارد (۵). در ادامه این تأثیرات، یکی از مفاهیم کلیدی که نقش مهمی در مقابله مؤثر با خستگی روانی ایفا می‌کند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به توانایی فرد در تطبیق با موقعیت‌های دشوار و مدیریت مؤثر هیجانات منفی اشاره دارد.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یکی از مولفه‌ها مهم در پرستاران است که تأثیر بسزایی بر سلامت و بهزیستی آنها دارد (۶). این توانایی به معنای سازگاری مؤثر با افراد، شرایط و موقعیت‌های گوناگون است و به پرستاران کمک می‌کند تا با تمرکز بر زمان حال، رفتار خود را با تغییرات و نیازهای محیط کاری هماهنگ سازند (۷). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی طیف گسترده‌ای از توانایی‌های انسان را در برمی‌گیرد؛ از جمله تشخیص و سازگاری با خواسته‌های مختلف محیطی و همچنین توانایی تغییر یا حفظ راهبردهای رفتاری، بسته به اینکه این راهبردها تا چه اندازه به بهبود یا تضعیف کارکرد فردی و اجتماعی منجر می‌شوند (۸). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب حفظ تعادل میان حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود و شخص را آگاه از محیط و متعهد به رفتارهایی می‌کند که با ارزش‌های فردی‌اش همسو است. همانطور که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سلامت روان ارتباط دارد نبود آن نیز با آسیب روانی در ارتباط است (۹). چنین ویژگی، در حرفه‌ای که با چالش‌های پیچیده و متغیر همراه است، نقشی کلیدی در ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش استرس شغلی ایفا می‌کند (۱۰).

افرادی که انعطاف‌پذیری روانشناختی بالایی دارند، ممکن است به استرس ناشی از عوامل شغلی یا احساس عدم داشتن مهارت‌ها واکنش نشان ندهند و فقط بر درستی انجام کار و وظایفی تمرکز کنند که باید انجام شود. در مقابل، افراد با انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین ممکن است به عوامل استرس‌زا با درگیر شدن در اجتناب تجربه‌ای و راهبردهایی مانند نگرانی، سرگیجه، سرکوب فکر، حواس پرتی و غیره واکنش نشان دهند، به این ترتیب، آشفتگی معمولاً حفظ و تقویت می‌شود، به طوری‌که توجه افراد بر روی کار متمرکز نیست و کار درست انجام نمی‌شود (۱۱). هنگامی که این افراد فرسودگی و خستگی هیجانی را تجربه می‌کنند، ممکن است احساس بدبینی و کناره‌گیری کار را به عنوان استراتژی اجتنابی به کار گیرند که در درازمدت وضع را بدتر می‌کند (۱۲).

اجرای مداخلات روان درمانی در جمعیت پرستاران از ضروریات نظام بهداشت سلامت در هر جامعه‌ای است (۱۳). با توجه به نقش مهم پرستاران در مراقبت از بیماران و تأثیر فشارهای شغلی بر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها، به‌کارگیری مداخلات مؤثر می‌تواند به بهبود عملکرد شغلی، فردی و خانوادگی این گروه کمک کند (۱۴).

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یکی از درمان‌های موثر در این حیطه است. ذهنی‌سازی به عنوان توانایی شخص برای فهم یا توضیح رفتار خود و یا دیگران بوده و روش درمانی جدیدی را به نام درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس مکتب روابط شی و نظریه دلبستگی ایجاد کرده است (۱۵). ذهنی‌سازی شامل طیف گسترده‌ای از عملیات شناختی، از جمله حضور، درک، شناخت، توصیف، تفسیر، استنباط، تصور، شبیه‌سازی، به یاد آوردن، تامل و پیش‌بینی می‌باشد (۱۶).

تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ارتقای تنظیم هیجان و مدیریت تکانشوری به ویژه دربافت تعاملات بین فردی و کاهش احساسات منفی، اعتباردهی و تحمل هیجان‌های دشوار مورد حمایت تجربی قرارگرفته است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده است درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند باعث ارتقا بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بخش مراقبت ویژه شود (۱۸) و ذهنی‌سازی یک پیش‌بینی کننده قوی برای بهزیستی و تنظیم هیجان در افراد است (۱۹).

رویکرد مداخله روانشناختی دیگر رفتار درمانی دیالکتیک است که توسط مارشا لینهان ابداع شده است (۲۰). در این

رویکرد مداخلات مربوط درمان‌های شناختی رفتاری که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش است درآمیخته و بر این اساس از چهار مولفه هوشیاری، تنظیم هیجان و کارآمدی بین فردی تشکیل شده است (۲۱-۲۲).

علاوه بر این، شواهد نشان داده‌اند که این درمان به طور معناداری افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۳)، پرخاشگری را کم می‌کند (۲۴) و اختلالات پراشتهایی روانی را بهبود می‌بخشد (۲۵). همچنین، در پژوهشی که در جامعه پرستاران انجام شد، نشان داده شد که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش استرس شغلی و افزایش خودکارآمدی این گروه مؤثر است (۲۶). در پژوهشی دیگر نیز نشان داده شد که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند تاثیر مثبتی بر انعطاف‌پذیری شناختی و روان‌شناختی، کاهش استرس و بهبود خودشفقتی داشته باشد (۲۷). این پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی این روش درمانی بر متغیرهای مختلف روان‌شناختی و بهبود تعاملات اجتماعی و فردی هستند.

در نهایت با وجود پژوهش‌های متعدد در زمینه خستگی روانی پرستاران و تأثیر آن بر عملکرد حرفه‌ای، هنوز مقایسه‌ای جامع میان اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف، به‌ویژه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک، بر مؤلفه‌ای مهم مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی صورت نگرفته است. این خلا پژوهشی، ضرورت بررسی و مقایسه این دو رویکرد را در ارتقای توانمندی‌های روانی پرستاران برجسته می‌سازد.

بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف اصلی بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرستاران دچار خستگی روانی انجام می‌شود و در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر انعطاف پذیری روان شناختی پرستاران دچار خستگی روانی تفاوت وجود دارد یا خیر.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی باطرح پیش‌آزمون- پس آزمون- پیگیری پیگیری (یکبار و در فاصله زمانی سه ماه پس از انجام پس‌آزمون) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان تشکیل دادند. از میان داوطلبان، ابتدا مصاحبه و آزمون سنجش خستگی روانی اجرا شد، ۶۰ نفر که نمره‌ای یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب کردند، شناسایی شدند؛ سپس در بین این ۶۰ نفر، افرادی که نمرات بالاتری داشتند و سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز دارا بودند، انتخاب شدند که در نهایت ۴۴ نفر واجد شرایط ورود به مرحله مداخله شناخته شدند. به‌منظور گروه‌بندی شرکت‌کنندگان، از روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) استفاده شد و شرکت‌کنندگان در سه گروه شامل گروه اول (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، ۱۴ نفر)، گروه دوم (درمان دیالکتیک، ۱۴ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، داشتن حداقل ده سال سابقه‌ی کاری(به‌منظور اطمینان از بروز خستگی روانی در اثر مواجهه طولانی‌مدت با فشارهای شغلی)، جنسیت مونث (به دلیل پایین بودن تعداد پرستاران مرد و عدم امکان همتاسازی گروه‌ها از نظر جنسیت)، 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 در ادامه آورده شده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل

پرسشنامه پذیرش و عمل توسط Bond و همکاران (۲۸) ساخته شده است برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌شود. آخرین نسخه این ابزار دارای ۱۰ گویه با مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است. نمرات بالاتر در پرسشنامه نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. Bond و همکاران (۲۸) ضریب آلفای کرونبخ را ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کرد. پژوهش دیگر (۲۹) آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به‌دست آمد.

مقیاس خستگی روانی

آزمون خستگی روانی یک ابزار ۱۰ آیتمی و چهارمؤلفه‌ای است که توسط یودر (۲۰۱۰) طراحی شده و در تدوین آن از چندین مقیاس مرتبط با ارزیابی خستگی بهره گرفته شده است (۳۰). این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود؛ به‌طوری‌که گزینه‌ها از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) امتیازدهی می‌شوند. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۰ متغیر است و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده خستگی روانی کمتر هستند. ضریب آلفای

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

کرونباخ این ابزار در مطالعه اولیه ۰/۹۰ و ضرایب همبستگی آن با سایر ابزارهای سنجش خستگی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۸۷ تأیید شده است (۳۲). در مطالعه حاضر، پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

پروتکل‌های درمانی

این پروتکل‌ها به‌صورت فعالیت گروهی اجرا شدند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در ۸ جلسه بر اساس راهنمای الن (۲۰۰۶) (۳۳) و رفتاردرمانی دیالکتیک نیز در ۸ جلسه طبق مدل لینهان (۱۹۸۷) (۳۴) 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 ذهنی سازی (۳۳)

جلسه	شرح جلسه
جلسه ۱	ابعاد و مزایای ذهنی سازی و برنامه درمانی/ اهمیت داشتن انعطاف پذیری روانشناختی در سلامت روان، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه ۲	معرفی مدل ذهنی سازی خود و دیگران، مشکلات فرد در ذهن خوانی خود و دیگران
جلسه ۳	بررسی ابعاد ذهنی سازی (ویژگی‌های شناختی در مقابل ویژگی‌های عاطفی، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی، خود در مقابل دیگری، خود کار در مقابل کنترل شده)
جلسه ۴	معرفی هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه وثانویه توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات
جلسه ۵	ارتقا و بهبود ظرفیت دررفتارهای هیجانی ومشکل ساز/ ارائه آموزش در مورد ارتقا وتوانمندی دربرقراری روابط بین فردی
جلسه ۶	آموزش در مورد راهکارهای تنظیم هیجان و انعطاف پذیری روانشناختی
جلسه ۷	آموزش سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن دستیابی به هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته محور: بررسی و شناسایی سبک دلبستگی افراد با مشارکت خودشان، بررسی موضوع کشمکش‌های ارتباطی افراد از نقطه نظر دلبستگی
جلسه ۸	مروری بر مباحث جلسات قبلی/ بررسی تکالیف ارائه آموزش در مورد دوره درمان ذهنی سازی و جمع بندی و پایان دادن به جلسات گروه نتیجه گیری، سپس اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. شرح جلسات رفتار درمانی دیالکتیک (۳۴)

جلسه	شرح جلسه
جلسه ۱	ابعاد و مزایای رفتار درمانی دیالکتیک و برنامه درمانی/ اهمیت داشتن انعطاف پذیری روان شناختی، 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 ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، توضیح در مورد مفاهیم انعطاف پذیری ذهنی و نشاط ذهنی
جلسه ۴	آشنایی با مفهوم اجتناب وپذیرش واقعیت شامل پذیرش محض، برگرداندن ذهن، رضایتمندی، تعادل بین راهبردهای پذیرش و تغییر
جلسه ۵	تنظیم هیجانی شامل آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ها و برچسب زدن به آن‌ها و منجرشدن به افزایش کنترل هیجان‌ها
جلسه۶	آموزش مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی و افزایش تاب آوری
جلسه ۷	تنظیم هیجان، کاهش‌آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجانات مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر
جلسه ۸	مروری بر بحث جلسه‌ی قبلی/ بررسی تکالیف ارائه آموزش در مورد درمان دیالکتیک در مورد انعاطف پذیری و نتیجه گیری، سپس اجرای پس آزمون

روش جمع‌آوری داده‌ها

برای انتخاب شرکت‌کنندگان، به بخش‌های مختلف بیمارستان امام خمینی 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 توسط متخصص و اجرای آزمون سنجش خستگی

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

روانی یودر (۲۰۱۰)، از میان افرادی که نمراتشان یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود و سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را نیز داشتند، انتخاب این تعداد شرکت‌کننده با توجه به ماهیت پژوهش‌های بالینی و با در نظر گرفتن محدودیت‌های اجرایی، سابقه مطالعات مشابه، و رعایت حداقل‌های آماری انجام شد تا بتوان نتایج معناداری از مداخلات به‌دست آورد. ۴۴ پرستار انتخاب شدند و در سه گروه به صورت تصادفی انتساب شدند. پرستاران در هر کدام از گروه‌های آزمایش طی ۸ جلسه درمان ذهنی‌سازی و رفتار درمانی 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 (یکبار و در فاصله زمانی سه ماه پس از انجام پس‌آزمون) به پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی 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 تحلیلی از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

نتایج

در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، میانگین سنی در بازه ۳۲ تا ۴۴ سال، ۳۷/۵۷ سال و انحراف استاندارد ۳/۴۳۵ سال بود، برای گروه رفتار درمانی 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. میانگین سابقه شغلی افراد درگروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بازه ۱۰ تا ۱۷ سال ۱۲/۶۴ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۶۰ سال بود، برای گروه رفتار درمانی دیالکتیک، سابقه در بازه ۱۰ تا ۱۸ سال با میانگین ۱۲/۵۰ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۳۴سال و برای گروه کنترل در بازه ۹ تا ۲۳ سال با میانگین ۱۳/۳۷ سال با انحراف استاندارد ۴/۲۷۲ سال بود.

در ادامه در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر انعطاف پذیری روانشناختی به تفکیک زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر انعطاف پذیری روانشناختی در مراحل سنجش به تفکیک گروه

گروه	تعداد	پیش آزمون (میانگین± انحراف معیار)	پس آزمون (میانگین± انحراف معیار)	پیگیری (میانگین± انحراف معیار)
ذهنی سازی	۱۴	۳/۴۵ ± ۳۱/۹۳	۲/۶۱ ± ۳۶/۲۱	۲/۴۵ ± ۳۳/۰۰
دیالکتیک	۱۴	۳/۷۳ ± ۳۲/۶۴	۳/۰۰ ± ۳۵/۴۳	۲/۵۴ ± ۳۴/۸۵
کنترل	۱۶	۳/۱۹ ± ۳۷/۳۱	۲/۵۳ ± ۳۶/۸۱	۲/۸۰ ± ۳۶/۵۶

همان طور که از جدول ۳ مشهود است، در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۱/۹۳، ۳۶/۲۱ و ۳۳ و انحراف استاندارد به ترتیب ۳/۴۵، ۲/۶۱ و ۲/۴۵ است. در گروه رفتار درمانی دیالکتیک میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۲/۶۴، ۳۵/۴۳ و ۳۴/۸۵ و انحراف استاندارد به ترتیب ۳/۷۳، ۳ و ۲/۵۴ است. در گروه کنترل نیز میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روانشناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۳۷/۳۱، ۳۶/۸۱ و ۳۶/۵۶ و انحراف استاندارد به ترتیب ۳/۱۹، ۲/۵۳ و ۲/۸۰ است.

قبل از بررسی فرضیه پژوهش به منظور ارزیابی پیش فرض نرمالیتی داده‌های پژوهش از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان‌دهنده نرمال بودن داده‌های پژوهش بود($p>۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون لوین به منظور ارزیابی فرض همسانی واریانس‌ها تأیید می‌شود ($p>۰/۰۵$). در ادامه برای بررسی فرضیه پژوهش به دلیل بررسی سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تواما با هم از تحلیل اندازه های مکرر استفاده شده. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

جدول۴. نتایج آزمون اندازه مکرر انعطاف پذیری روانشناختی

		شاخص	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
انعطاف پذیری روانشناختی	ریشه پیلایی	زمان	۰/۳۵۷	۱۱/۱۱۱	۲/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۵۷	۰/۹۸۷
		زمان * گروه	۰/۲۳۲	۲/۶۹۳	۴/۰۰۰	۸۲/۰۰۰	۰/۰۳۷	۰/۱۱۶	۰/۷۲۴

نتایج جدول ۴ نشان داد در متغیر انعطاف پذیری اثر زمان معنادار است (F=۱۱/۱۱۱، p<۰/۰۰۱، مجذور اتا=۰/۳۶) یعنی تفاوت معناداری بین اندازه‌های *انعطاف‌پذیری* در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد و همچنین اثر تعاملی گروه و زمان نیز معنادار است (F=۲/۶۹۳، p<۰/۰۵، مجذور اتا= ۰/۱۱)، بدین معنی که میانگین نمرات انعطاف پذیری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است.

در ادامه با توجه به اینکه پیش فرض کرویت برای انعطاف پذیری روانشناختی برقرار نیست (p<۰/۰۵)، از آزمون گرین هاوس-گیزر استفاده شده است. نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بین گروهی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اِتا	توان آماری
انعطاف‌پذیری روان شناختی	گروه	۳۲۳/۶۱۰	۲	۱۶۱/۸۰۵	۶/۵۲۵	۰/۰۰۳	۰/۲۴۱	۰/۸۸۶
	خطا	۱۰۱۶/۶۹۳	۴۱	۲۴/۷۹۷				

نتایج جدول ۵ نشان داد تاثیر گروه بر نمرات انعطاف‌پذیری معنی دارست (p<۰/۰۰۵)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات انعطاف پذیری گروه‌های مداخله (ذهنی‌سازی و دیالکتیک) و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میزان تاثیر حدودا ۲۴ ٪ است. برای بررسی بیشتر زمان اندازه‌گیری و گروه های آزمایش از تصحیح بن فرونی استفاده می‌شود.

جدول ۶. تصحیح بن فرونی متغیر انعطاف پذیری روان شناختی به تفکیک گروه

	گروه (۱)	گروه (۲)	اختلاف میانگین	سطح معناداری
انعطاف پذیری روان شناختی	ذهنی‌سازی	دیالکتیک	۰/۵۹۵	۱/۰۰۰
	ذهنی‌سازی	کنترل	۳/۵۱۵	۰/۰۰۵
	دیالکتیک	کنترل	۲/۹۲۰	۰/۰۲۵

نتایج جدول ۶ نشان داد در متغیر انعطاف پذیری بین گروه ذهنی سازی و دیالکتیک تفاوت معناداری وجود ندارد و بین ذهنی سازی و دیالکتیک با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات انعطاف پذیری در گروه کنترل بیشتر از میانگین نمرات گروه ذهنی سازی و دیالکتیک است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی، در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معناداری موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شدند، اما تفاوت معناداری میان اثربخشی این دو رویکرد مشاهده نشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک هر دو به‌طور مؤثر در بهبود این مؤلفه روان‌شناختی نقش دارند.

نتایج نشان داد که تأثیر گروه بر نمرات انعطاف‌پذیری معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری گروه‌های مداخله (ذهنی‌سازی و دیالکتیک) و کنترل تفاوت معنادار وجود

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

دارد و میزان تأثیر این تفاوت حدوداً ۲۴٪ برآورد شده است. برای بررسی دقیق‌تر تأثیر زمان اندازه‌گیری و تعامل آن با گروه‌های آزمایش، از تصحیح بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن نیز پایداری اثر درمان‌ها را در طول زمان نشان داد.

در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، یافته‌های این پژوهش با نتایج پیشین هم‌راستا هستند؛ چنان‌که نشان داده شده است این رویکرد می‌تواند به ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران، به‌ویژه در بخش‌های پرتنش نظیر مراقبت‌های ویژه، کمک کند (۱۸). ذهنی‌سازی همچنین به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای تنظیم هیجان و بهزیستی در افراد مطرح شده است (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که این رویکرد با بهبود خودآگاهی، ارتقاء مهارت‌های تنظیم هیجان و تقویت روابط بین‌فردی، زمینه‌ساز افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۱۷).

یکی از ارکان اساسی ذهنی‌سازی، توانایی درک رفتار خود و دیگران از دیدگاه حالات ذهنی و درونی است (۱۵). پرستاران با کسب این توانایی می‌توانند در موقعیت‌های بحرانی و استرس‌زا، تصمیمات مؤثرتری اتخاذ کرده و از شدت آسیب‌های روانی بکاهند. ذهنی‌سازی با ایجاد فاصله‌گذاری روان‌شناختی از احساسات ناخوشایند، توانایی مدیریت اضطراب را افزایش داده و در نهایت به بهبود عملکرد و کاهش فرسودگی منجر می‌شود (۱۸). این رویکرد همچنین از طریق تمرکز بر لحظه حال، پرستاران را در بهره‌گیری بهینه از انرژی روانی خود یاری می‌کند و ارتباطات حرفه‌ای آنان با بیماران و همکاران را تقویت می‌کند (۱۵).

در خصوص رفتاردرمانی دیالکتیک نیز یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین سازگار است. مطالعات متعدد حاکی از آنند که این درمان در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش استرس، افزایش خودشفقتی و ارتقاء کارکردهای بین‌فردی مؤثر است (۲۳–۲۷). رویکرد دیالکتیکی با تأکید بر پذیرش و تغییر، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثری به افراد آموزش می‌دهد. پذیرش تجارب ناخوشایند به‌جای اجتناب از آنها، پرستاران را در مدیریت مؤثر موقعیت‌های پرتنش یاری می‌کند (۲۰). تأکید بر زمان حال نیز به کاهش نگرانی‌های آینده‌محور و افزایش کیفیت عملکرد حرفه‌ای منجر می‌شود (۲۴).

از سوی دیگر، مؤلفه‌هایی مانند "خود" و "اقدام متعهدانه بر اساس ارزش‌ها" در این درمان به پرستاران می‌آموزد که خود را مستقل از افکار منفی درک کرده و در راستای ارزش‌های درونی خود عمل کنند؛ این امر با کاهش آسیب‌پذیری در برابر فشارهای محیطی، زمینه‌ساز افزایش رضایت شغلی و کاهش خستگی روانی می‌شود (۲۶). در مجموع، رفتاردرمانی دیالکتیک نه تنها اثربخشی قابل‌توجهی در ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، بلکه با ارائه ابزارهای کارآمد در مدیریت استرس، به حفظ پایداری این تغییرات نیز کمک می‌کند.

عدم تفاوت معنادار میان اثربخشی دو درمان، می‌تواند ناشی از وجود مؤلفه‌های مشترک میان آنها باشد. آموزش تنظیم هیجان از عناصر محوری هر دو رویکرد محسوب می‌شود. در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، شناخت هیجانات اصلی، اجتماعی و فردی و نحوه پاسخ‌دهی مناسب به آنها آموزش داده می‌شود. در رفتاردرمانی دیالکتیک نیز مهارت‌هایی نظیر شناسایی هیجانات، برچسب‌زنی، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی، افزایش هیجانات مثبت و تغییر عواطف از طریق اقدامات متضاد آموخته می‌شوند. همچنین، هر دو درمان بر توانمندسازی افراد در برقراری ارتباطات مؤثر بین‌فردی که نقش مهمی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، تأکید دارند. بنابراین، وجود این شباهت‌ها در ساختار و اهداف درمانی می‌تواند علت هم‌تأثیری آن‌ها باشد.

در پایان، باید به محدودیت‌هایی نظیر عدم کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن و وضعیت تأهل، تمرکز صرف بر جامعه پرستاران زن و محدود بودن تعمیم نتایج به سایر مشاغل خدماتی مانند پزشکان، معلمان یا مددکاران اجتماعی اشاره کرد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن تنوع بیشتر جمعیت هدف و بررسی طولانی‌مدت اثربخشی این درمان‌ها در محیط‌های متفاوت انجام شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد هر دو روش درمانی موثر بوده و موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در پرستاران دارای مشکلات خستگی روانی شده‌اند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه خانم مقطع دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد بود. بدین وسیله از مدیریت دانشگاه و دانشکده علوم انسانی، اساتید راهنما، مشاور و

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

داور و تمام شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

حمایت مالی

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی ندارد.

ملاحظات 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. همکاری در صحت اجرای پروتکل درمانی را بر عهده داشتند.

References

1. Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. Journal of Nursing Management. 2020;28(5):1104-13.
2. Beehr T. Psychological stress in the workplace (psychology revivals). Routledge; 2014;17.
3. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):1552.
4. Van Cutsem J, Marcora S, De Pauw K, Bailey S, Meeusen R, Roelands B. The effects of mental fatigue on physical performance: a systematic review. Sports Medicine. 2017;47:1569-88.
5. Seymour M, Wood C, Giallo R, Jellett R. Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2013;43:1547-54.
6. Li X, Han J, Lin H. The effects of psychological flexibility and night shifts on mental health and well-being in nurses. Plos one. 2024 14;19(11):e0313634.
7. Kent W, Hochard KD, Hulbert-Williams NJ. Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility?. Journal of Contextual Behavioral Science. 2019 ; 1;14:11-9.
8. Veismoradi M, Borjali A, Rafezi Z. Predicting nurses' quality of life based on coronavirus-induced anxiety and cognitive flexibility. Journal of Clinical Psychology and Personality 2023; 21 (1): 171-80
9. Arslan G, Allen KA. Exploring the association between coronavirus stress, meaning in life, psychological flexibility, and subjective well-being. Psychology, Health & Medicine. 2022 21;27(4):803-14.
10. Doorley JD, Goodman FR, Kelso KC, Kashdan TB. Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. Social and Personality Psychology Compass. 2020;14(12):1-1.
11. Lucas JJ, Moore KA. Psychological flexibility: positive implications for mental health and life satisfaction. Health Promotion International. 2020;35(2):312-20.
12. Malo R, Acier D, Bulteau S. Psychological flexibility: Toward a better understanding of a key concept. Trends in Psychology. 2024;32(3):734-59.
13. Sulosaari V, Unal E, Cinar FI. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. Applied Nursing Research. 2022;1;64:151565.
14. Cohen C, Pignata S, Bezak E, Tie M, Childs J. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. BMJ open. 2023; 1;13(6):e071203.
15. Bateman AW. Mentalization-based .2022
16. Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): an overview. Australasian Psychiatry. 2015;23(2):132-5.
17. Morken KT, Binder PE, Arefjord NM, Karterud SW. Mentalization-based treatment from the patients' perspective–what ingredients do they emphasize?. Frontiers in Psychology. 2019 12;10:1327.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

18. Salmanian S, Jabalameli S, Moghimian M, Arjmandi F. Comparison of the effect of mentalization-based therapy and emotion-regulated therapy based on the Gross process model on psychological well-being and quality of work-life of nurses in intensive care units. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2021; 10;10(1):178-87.
19. Schwarzer NH, Heim N, Gingelmaier S, Fonagy P, Nolte T. Mentalizing as a predictor of well-being and emotion regulation: Longitudinal evidence from a community sample of young adults. Psychological Reports. 2024; 14:00332941241261902.
20. Linehan MM. Dialectical behavior therapy in clinical practice. Guilford Publications; 2020 ;4.
21. Rizvi SL, Bitran AM, Oshin LA, Yin Q, Ruork AK. The state of the science: Dialectical behavior therapy. Behavior Therapy. 2024; 1.
22. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). Research on Social Work Practice. 2014;24(2):213-23.
23. Liang L, Feng L, Zheng X, Wu Y, Zhang C, Li J. Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: a randomized study. Annals of Palliative Medicine. 2021;10(10):105910599-.
24. Ciesinski NK, Sorgi-Wilson KM, Cheung JC, Chen EY, McCloskey MS. The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. Behaviour Research and Therapy. 2022; 1;154:104122.
25. Rozakou-Soumalia N, Dârvariu Ş, Sjögren JM. Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. Journal of Personalized Medicine. 2021 18;11(9):931.
26. Wu SI, Liu SI, Wu YJ, Huang LL, Liu TJ, Kao KL, et al. The efficacy of applying the Interpersonal Effectiveness skills of dialectical behavior therapy into communication skills workshop for clinical nurses. Heliyon 9, 3 (2023), e14066.
27. Hasani M, Ghafari A, Abolghasemi A, Taklavi S. Effectiveness of dialectical behavior therapy on cognitive flexibility, Sense of continuity and marital interactions in the couples requesting for divorce. Journal of Modern Psychological Researches 2019;14 (53): 89-106
28. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011; 1;42(4):676-88.
29. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(4):1552.
30. Yoder, Elizabeth A. "Compassion fatigue in nurses." Applied Nursing Research 23.4 (2010): 191-7.
31. Bardwell, Wayne A., and Sonia Ancoli-Israel. "Breast cancer and fatigue." Sleep Medicine Clinics 3.1 (2008): 61-71.
32. Zeinali S. The Study of Trait Anxiety in Prediction of Depression and Fatigue in Breast Cancer . International Journal of Behavioral Development 2013; 6 (2) :50-56. (in Persian)
33. Allen JG, Fonagy P, editors. The handbook of mentalization-based treatment. John Wiley & Sons; 2006; 4.
34. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. Bulletin of the Menninger Clinic. 1987 1;51(3):261.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]

Comparative Effectiveness of Mentalization-based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Psychological Flexibility in Nurses experiencing Mental Fatigue Problems

Received: 12 Mar 2025 Accepted: 9 Jun 2025

Safieh Hadian[1], Akram Dehghani [2*], Razieh Izadi [3], Sheida Jabalameli [4], Mousa Alavi [5]
1. PhD Student, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Safahan Non-Profit Higher Education Institute, Isfahan, Iran 4. Assistant Professor, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University, Najafabad, Iran 5. Professor, Department of Psychiatric Nursing, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Psychological flexibility is an essential component in the nursing profession. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of mentalization-based therapy and dialectical behavior therapy on psychological flexibility of nurses experiencing mental fatigue.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, a control group, and a follow-up design. a total of 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 Psychological Flexibility Scale. The two experimental groups received treatment for eight sessions, and the control group did not receive any treatment. Data were analyzed through analysis of variance with repeated measures.

Results: The results of this study indicated that the difference between mean scores of control group and the mentalization and dialectical behavior therapy groups was significant ($p<0.05$). however, it was indicated that the difference between mean scores of the two groups of mentalization therapy and dialectical behavior therapy was not significant ($p>0.05$).

Conclusion: It can be concluded that both treatment methods are effective inincreasing psychological flexibility in nurses experiencing mental fatigue problems. In addition, there is no difference between the effectiveness of mentalization therapy and dialectical behavior therapy on psychological flexibility of these nurses.

Keywords: Mentalization-based therapy, dialectical behavior therapy, psychological flexibility, nurses, mental fatigue

***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Na.c, Islamic Azad University ،Najafabad , Iran.
Email: Ddehghani55@iau.ac.ir **Tel:** +9809131263604 **Fax:** +98-

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1404.12.2.5.4]
[DOI: 10.66224/jjums.12.2.1912]