Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2026, Volume 23, Issue 4

Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on The Cohesive Self-Knowledge and Mental Vitality of Nurses with Mental Fatigue Problems

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. (Corresponding author) * Assistant Professor, Department of Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan 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

Aim and Background: Nursing is a high-stress profession within the healthcare system, and its psychological and emotional pressures can compromise the mental health and performance of nurses. The present study aimed to compare the effectiveness of Mentalization-Based Treatment (MBT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on coherent self-knowledge and mental vitality in nurses suffering from mental fatigue.

Methods and Materials: The present study employed an experimental design with a control group and a pre-test, post-test, and three-month follow-up plan. The statistical population included all nurses employed at Imam Khomeini Hospital in Falavarjan. From among the nurses working in this hospital, 44 individuals were selected via purposive sampling and randomly assigned (using a lottery method) to two intervention groups and one control group. Data were collected using the Coherent Self-Knowledge Scale by Ghorbani et al. (2008), the Mental Vitality Scale by Ryan and Frederick (1997), and the Multidimensional Fatigue Inventory by Smets et al. (1995). The first group received eight 90-minute sessions of Mentalization-Based Treatment, and the second group received eight 90-minute sessions of Dialectical Behavior Therapy. Data were analyzed using SPSS software, version 23.

Findings: The findings indicated that both interventions were effective in improving coherent self-knowledge and mental vitality. Regarding coherent self-knowledge, the mean scores of both experimental groups were significantly higher than those of the control group at the post-test and follow-up stages ($p<0.001$), and no significant difference in effectiveness was observed between the two treatment methods. Regarding mental vitality, although the difference between the Mentalization-Based Treatment group and the control group was not significant at the post-test, it showed a significant effect at the follow-up stage ($p<0.004$).

Conclusions: The results demonstrate that both Mentalization-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy, by enhancing coherent self-knowledge and mental vitality, can be utilized as effective and sustainable interventions to improve mental health.

Keywords: Mentalization-Based Treatment, Dialectical Behavior Therapy, Coherent Self-Knowledge, Mental Vitality, Fatigue, Nurses.

Citation: Hadian S, Dehghani A, Izadi R, Jabalameli S, Alavi M. **Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on The Cohesive Self-Knowledge and Mental Vitality of Nurses with Mental Fatigue Problems.** Res Behav Sci 2026; 23(4): 783-796.

* **Akram Dehghani,**
Email: Ddehghani55@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی پرستاران دارای مشکلات خستگی روان

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

۱- دانشجوی دکترای، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، موسسه عالی غیرانتفاعی صفاهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۵- استاد، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پرستاری از حرفه‌های پر تنش در نظام سلامت است که فشارهای روانی و عاطفی آن می‌تواند سلامت روان و عملکرد پرستاران را مختل کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خود شناسی انسجامی و نشاط ذهنی پرستاران مبتلا به خستگی روان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر آزمایشی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان بود. از میان پرستاران شاغل در این بیمارستان، ۴۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مقیاس خودشناسی انسجامی قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، مقیاس نشاط ذهنی ریان و فردریک (۱۹۹۷) و سیاهه چند بعدی خستگی اسمیت و همکاران (۱۹۹۵) استفاده شد. گروه اول، ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و برای گروه دوم، ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) رفتار درمانی دیالکتیک برگزار شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد هر دو مداخله به تنهایی در بهبود خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی مؤثر بودند. در متغیر خودشناسی انسجامی، میانگین نمرات هر دو گروه آزمایشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ($p<۰/۰۰۱$) و تفاوت اثربخشی بین دو روش درمانی مشاهده نشد. در خصوص نشاط ذهنی نیز، اگرچه تفاوت گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با کنترل در پس‌آزمون معنادار نبود، اما در مرحله پیگیری اثر معنادار خود را نشان داد ($p<۰/۰۰۴$). به‌طور کلی، یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو درمان در افزایش نشاط ذهنی و خود شناسی انسجامی اثربخشی مشابهی دارند و تفاوت معناداری بین دو روش درمانی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که هر دو درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی، می‌توانند به عنوان مداخلاتی مؤثر و پایدار برای بهبود سلامت روان مورد استفاده قرار گیرند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در برنامه‌های توانمندسازی پرستاران، به ویژه در محیط‌های پرتنش کاری بهره گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، رفتار درمانی دیالکتیک، خودشناسی انسجامی، نشاط ذهنی، خستگی، پرستاران.

ارجاع: هادیان صفیه، دهقانی اکرم، ایزدی راضیه، جبل عاملی شیدا، علوی موسی. **مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی پرستاران دارای مشکلات خستگی روان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۴؛ ۲۳(۴): ۷۸۳-۷۹۶.

* **اکرم دهقانی،**

رایانامه: Ddehghani55@iau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

مقدمه

پرستاری جزو مشاغل سخت و کلیدی می‌باشد. حرفه پرستاری، ترکیبی از فعالیت‌های و مهارت‌های حرفه‌ای، روابط انسانی و احساس هم‌دردی است و پرستاران در محل کار خود با تنش‌های زیادی روبه‌رو هستند (۱). در همین خصوص خستگی[1]، احساس ناخوشایند ذهنی است که طیفی از احساس ضعف تا فرسودگی را تشکیل می‌دهد و با قابلیت ایفای نقش و فعالیت شخصی تداخل دارد (۲). خستگی از چالش‌هایی است که در پرستاران به وجود می‌آید و باعث کاهش عملکرد در پرستاران می‌شود (۳). افت کیفیت مراقبت از بیماران، از بدترین پیامدهای بروز مشکلات روان‌شناختی در پرستاران است. هم‌چنین مشکلاتی روان‌شناختی می‌توانند باعث افزایش غیبت، کاهش انگیزه، تغییر شغل و حتی ترک کار شوند، حقوق انسانی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و کیفیت خدمات ارائه‌شده را کاهش دهند (۴–۵).

یکی از متغیرهای مرتبط با عملکرد مطلوب در پرستاران، خودشناسی انسجامی[2] است (۶). خودشناسی انسجامی، فرآیندی پویا و سازگار است که به فرد کمک می‌کند تا تجارب گذشته را پردازش کرده و دیدگاه گسترده‌تری نسبت به خود و موقعیت‌های مختلف حرفه‌ای پیدا کند (۷). خودشناسی انسجامی منجر می‌شود افراد رفتارهای خود را بهتر هدایت کرده و طرحواره‌های شخصی پیچیده‌تر و سازگارتر بسازند (۸). این ویژگی باعث می‌شود افراد در مواجهه با تنش‌های شغلی و چالش‌های روزمره کمتر آسیب‌پذیر باشند و قادر به مدیریت بهتر فشارهای حرفه‌ای و حفظ بهزیستی روانی خود شوند (۹). پژوهش روحی و همکاران (۸) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[3] و رفتار درمانی دیالکتیک[4] خودشناسی منسجم، تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را به‌طور معناداری بهبود می‌بخشد.

متغیر مرتبط دیگر نشاط ذهنی[5] است که به عنوان یکی از هیجانات مثبت، نقش مهمی در زندگی پرستاران ایفا می‌کند و می‌تواند به بهبود کیفیت کاری و سلامت روانی آن‌ها کمک کند (۱۰). این مفهوم از منظر نظریه‌پردازان شناختی به معنای تجربه‌ای مثبت است که فرد در مسیر دستیابی به اهداف خود احساس می‌کند (۱۱). در حرفه پرستاری، این احساس می‌تواند از حس شایستگی، تلاش، تمرکز و داشتن اهداف معنادار ناشی شود (۱۲). پرستارانی که از نشاط ذهنی بالاتری برخوردارند، نه تنها با چالش‌های شغلی بهتر مواجه می‌شوند، بلکه عملکرد حرفه‌ای و ارتباطات انسانی بهتری نیز ارائه می‌دهند (۱۲– ۱۳). بنابراین، توجه به عوامل تقویت‌کننده نشاط ذهنی در پرستاران، مانند ایجاد محیط کاری حمایت‌کننده و ارتقاء حس هدفمندی، برای بهبود سلامت روانی و کیفیت خدمات ارائه شده اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۴).

شناسایی و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی پرستاران نقش مهمی در بهبود بهداشت روانی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی ایفا می‌کند (۱۵). لذا کاوش مداخلاتی که منجر به بهبود این عوامل شود، احتمالا می‌تواند نقش مهمی در ارتقا کیفیت خدمات و سلامت در پرستاران ایفا کند (۱۶). یکی از این مداخلات که اخیرا مورد توجه قرار گرفته است، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است (۱۳). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوعی از روان‌درمانی‌های پویشی می‌باشد (۱۷) که ریشه در نظریه‌های دلبستگی و روان تحلیلی دارد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به معنای توانایی درک رفتار خود و دیگران و یادگیری از لحاظ حالت های ذهنی زیرین آن مانند افکار، احساسات و اعتقادات، آرزوها و برنامه‌ها است (۱۸) هدف درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اختلالات شخصیت (۲۰) کاهش علائم افسردگی، کیفیت زندگی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان (۲۲–۲۱) و روش‌های دفاعی (۲۳) نشان داده شده است.

از دیگر مداخلات روان‌شناسی اخیر، رفتاردرمانی دیالکتیک است که با استفاده از اصول تغییر درمان شناختی- رفتاری و پذیرش شکل گرفته است (۲۴) و در تنظیم هیجان‌ها، افکار احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۲۵). 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 (۲۶). در رفتاردرمانی دیالکتیک سعی می‌شود که با تأثیر گذاری بر الگوی فکری هشیار مراجعین افکار و اعمالشان اصلاح شود (۲۷). رفتاردرمانی

1. fatigue
2. self-coherence
3. Therapy Acceptance and Commitment
4. Dialectical Behavior Therapy
5. subjective vitality

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

دیالکتیک بر افزایش توانمندی‌های مراجع از طریق آموزش مهارت‌های جدید با مهارت‌هایی که به‌طور مؤثر استفاده نمی‌شود، افزایش انگیزش از طریق کمک به کاهش عواملی که در پیشرفت درمان تداخل کرده، اطمینان یافتن از تعمیم درمان به محیط از طریق گسترش شبکه‌های حرفه‌ای و اجتماعی که رشد و استفاده از مهارت‌های جدید را تأیید و تقویت می‌کند، به افراد کمک می‌کند (۲۸). در واقع، رفتاردرمانی دیالکتیک رویکردی است که پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله‌ی رفتاری- شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (۲۹). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجان، اختلالات شخصیت، سلامت عمومی، اضطراب و پرخاشگری در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است (۳۱- ۳۰).

در نهایت با توجه به نقش حیاتی خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی در تاب‌آوری و عملکرد مطلوب پرستاران در برابر تنش‌های شغلی (۶- ۹)، شناسایی مؤثرترین مداخله درمانی یک ضرورت انکار ناپذیر است (۱۶). اگر چه هر دو درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر درک عمیق روان‌شناسی و پردازش تجارب (۱۷-۱۸) و رفتاردرمانی دیالکتیک با رویکرد ترکیبی پذیرش و تغییر مهارت‌های هیجانی (۲۴-۶) اثربخشی خود را در بهبود سلامت روان اثبات کرده‌اند (۲۱-۳۰)، اما تفاوت‌های بنیادین در مکانیزم‌های عملکرد این دو رویکرد، این پرسش اساسی را مطرح می‌کند که کدام روش برای ارتقای متغیرهای شناختی و هیجانی در پرستاران کارآمدتر است؟ در واقع، با وجود شواهد پراکنده، فقدان پژوهش‌های تطبیقی که به طور همزمان اثربخشی این دو مداخله را بر خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی بسنجند، به شدت احساس می‌شود از سوی دیگر، با توجه به پیامدهای گسترده سلامت پرستاران بر کیفیت شغل و محیط خانواده، هدف اصلی و محوری پژوهش حاضر، پر کردن این خلأ علمی و تعیین میزان برتری یا هم‌ترازی این دو درمان در کاهش خستگی و بهبود سلامت روان پرستاران است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر آزمایشی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با کد اخلاق مصوبه دانشگاه آزاد خمینی‌شهر به شماره IR.IAU.KHSH.REC.1402.109 بود. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان بود. از میان داوطلبان، ابتدا مصاحبه و سیاهه چند بعدی خستگی اجرا شد، ۶۰ تن که نمره ۶۰ از ۱۰۰ را کسب کردند؛ سپس در بین این ۶۰ تن، پرستارانی که نمره بالاتری داشتند و سایر معیار های ورود به پژوهش را نیز دارا بودند، انتخاب شدند که در نهایت ۴۴ نفر واجد شرایط ورود به مرحله مداخله شناخته شدند. به‌منظور گروه‌بندی پرستاران، از روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) استفاده شد و پرستاران در ۳ گروه شامل گروه اول درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۱۴ نفر)، گروه دوم رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۴نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل، داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه کاری در بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان (به‌منظور اطمینان از بروز خستگی 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 قرار نگرفتن تحت درمان‌های روان‌شناختی دیگر بود. معیار های خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات درمان و عدم همکاری در اجرای تکالیف منزل و تمرین‌های مربوطه بودند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن و سابقه شغل پرستاری و هم‌چنین مقیاس خودشناسی انسجامی، نشاط ذهنی و سیاهه چند بعدی خستگی استفاده شد که در ادامه به توضیح جزئیات پرداخته خواهد شد.

مقیاس خودشناسی انسجامی[1]: این مقیاس توسط قربانی و همکاران در سال ۲۰۰۸ در تهران طراحی شد (۳۲) و شامل ۱۲ عبارت و ۳ زیر مقیاس است. زیر مقیاس‌ها شامل خودشناسی تأملی[2] شامل عبارت‌های ۳، ۶، ۹، خودشناسی تجربی[3] شامل عبارت‌های ۱، ۵، ۷، ۸ و خودشناسی انسجامی[4] شامل عبارت- های ۴، ۲، ۱۰، ۱۱، ۱۲ هستند. این مقیاس دارای حداقل نمره ۱۲ و حداکثر ۶۰ است که نمره بالاتر بیان‌گر انسجام بیشتر در خودشناسی فرد می‌باشد. پاسخ بر اساس طیف ۵درجه‌ای لیکرت از ۱ (عمدتاً نادرست) تا ۵ (عمدتاً درست) می‌باشد. سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی مقیاس خودشناسی

1. Integrative Self-Knowledge Scale
2. reflective self-knowledge
3. experiential self-knowledge
4. coherent self-knowledge

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]
[DOI: 10.48305/23.4.11]

انسجامی روی ۲۲۰ دانشجو بررسی و نتایج وجود ۳ عامل خودآگاهی تأملی، تجربی و انسجامی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ گزارش شد(۳۲). آفتاب و شمس (۳۳) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس را روی ۳۶۰ نفر از ساکنان شهر کرج بررسی کردند و نتایج ساختار ۳عاملی این مقیاس شامل مؤلفه‌های تأملی، تجربی و انسجامی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای‌کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس نشاط ذهنی[1]: این مقیاس توسط ریان و فدریک در سال ۱۹۹۷ طراحی شده است و یک ابزار تک‌عاملی با ۷ عبارت می‌باشد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (اصلاً در مورد من درست نیست) تا ۷ (کاملاً در مورد من درست است) انجام می‌شود. عبارت شماره ۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به‌ترتیب ۷ و ۴۹ است. تفسیر نمره به این صورت است که نمره بین ۷ تا ۱۴ نشان‌دهنده سرزندگی ذهنی پایین، نمره بین ۱۴ تا ۲۱ بیان‌گر سرزندگی ذهنی متوسط و نمره ۲۱ و بالاتر نشان‌دهنده سرزندگی ذهنی بالا می‌باشد(۳۴). بوستیک و همکاران (۳۵) روایی سازه به روش عاملی اکتشافی مقیاس نشاط ذهنی را بررسی و نتایج نشان‌دهنده وجود یک عامل و ۶ عبارت (با حذف عبارت ۲ که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شد) بود. علاوه بر این، تحلیل عاملی تأییدی نیز برازش تک‌عاملی با ۶ عبارت را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد وثبات به روش بازآزمون با فاصله ۱ ماه، ۰/۸۹ گزارش شد (۳۶). تنهای رشوانلو و همکاران (۳۷) در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مقیاس نشاط ذهنی بر روی دانشجویان بررسی و نتایج ساختار تحلیل عاملی تأییدی را تأیید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ مقدار ۰/۸۸ به دست آمد و ثبات به روش ۲ نیمه کردن بررسی و ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای‌کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

سیاهه چند بعدی خستگی[2]: این سیاهه توسط اسمیت و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی شد (۳۸). ابزار شامل ۲۰ عبارت و ۵ مولفه خستگی عمومی[3] شامل عبارت‌های ۱، ۵، ۱۲، ۱۵ خستگی جسمی[4] شامل عبارت‌های ۲، ۸، ۱۴، ۲۰، کاهش فعالیت[5] شامل عبارت‌های ۳، ۶، ۱۰، ۱۷، کاهش انگیزه[6] شامل عبارت‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۸ و خستگی ذهنی[7] شامل عبارت‌های ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۹ می‌باشد. پاسخ‌دهی به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً درست است) تا ۵ (کاملاً غلط است) انجام می‌شود. عبارت‌های ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشانگر میزان بیشتر خستگی است؛ دامنه نمره هر مولفه از ۴ تا ۲۰ و دامنه کل نمره از ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است. اسمیت و همکاران (۳۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی سیاهه چند بعدی خستگی را بررسی و نتایج ۵ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش شد. روایی همگرا با مقیاس بصری آنالوگ روی نمونه‌های فوق بررسی و در بازه‌ای بین ۰/۲۲ تا ۰/۷۸ مورد تأیید قرار گرفت. شمسی و همکاران (۳۹) شاخص روایی محتوا سیاهه چند بعدی خستگی را روی ۱۴۰ تن از مدرسین دانشکده‌های پرستاری و مامایی تهران اجرا و نتایج مطلوب گزارش شد. هم‌چنین روایی هم‌زمان ابزار با مقیاس شدت خستگی روی نمونه‌های فوق بررسی و نتایج ۰/۷۷ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ ۰/۹۱ کسب شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای‌کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

در پژوهش حاضر از درمان ۸ جلسه‌ای برگرفته از روش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۴۰) استفاده شده است. برای بررسی روایی محتوای جلسات، دستور کار جلسات با پژوهش‌های موجود (۴۰) مطابقت داده شد. هم‌چنین در مطالعه حاضر، روایی محتوای برنامه درمانی توسط ۴ نفر از اعضای هیئت علمی حوزه‌های روان‌شناسی و روان‌پرستاری شامل دو استادیار گروه روان‌شناسی از واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی

1. Subjective Vitality Scale

2. Multidimensional Fatigue Inventory
3. general fatigue
4. physical fatigue
5. reduced activity
6. reduced motivation
7. mental fatigue

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

اصفهان، یک استادیار گروه روان‌شناسی از مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفاهان اصفهان و یک استاد گروه روان‌پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. بر اساس نظر این خبرگان، شاخص ضریب نسبت روایی محتوا برابر با ۰/۸۰ و شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده کفایت و مطلوب بودن روایی محتوایی برنامه است. اولین جلسه درمانی برای هر درمان بین ۱/۵ تا ۳ ساعت طول کشید. جلسات بعدی هفتگی برگزار شد و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود.

شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه۱: پژوهشگران به پرستاران خوشامد گفتند، رابطه درمانی ایجاد کردند و اعضای گروه را معرفی نمودند. اهداف و ساختار جلسات را توضیح دادند، مفهوم ذهنی‌سازی و نقش آن در ارتقای خودشناسی انسجامی و افزایش نشاط ذهنی را تشریح کردند. پیش‌آزمون برای ارزیابی وضعیت اولیه پرستاران اجرا شد و بر اهمیت حضور منظم در جلسات و انجام تکالیف تأکید گردید.

جلسه۲: پژوهشگران سازه‌های اساسی ذهنی‌سازی شامل گشودگی، تعادل، همدلی، کنجکاوی و صبر را معرفی کردند و مدل ذهن باز را آموزش دادند. توضیح دادند که داشتن ذهن باز بستری برای درمان است و تکالیف مرتبط با این اصول ارائه شد.

جلسه۳: پژوهشگران تکالیف جلسه قبل را بررسی کردند و ابعاد ذهنی‌سازی شامل چهار بعد اصلی را معرفی نمودند: ذهنی‌سازی خود در برابر دیگری، ذهنی‌سازی متمرکز بر درون در مقابل بیرون، ذهنی‌سازی شناختی در برابر عاطفی، و ذهنی‌سازی خودکار در مقابل کنترل‌شده. سپس تکالیف مرتبط با این چهار بعد ارائه شد.

جلسه٤: پژوهشگران تکالیف جلسه قبل را مرور کردند و مدل شکست ذهنی‌سازی را آموزش دادند. آن‌ها حالت‌های اولیه ذهنی‌سازی شامل حالت غایت‌شناسی، حالت هم‌ارزی روان-شناختی و حالت وانمودی را بررسی کردند و تاثیر شکست ذهنی‌سازی بر خودشناسی، نشاط ذهنی و روابط فردی را توضیح دادند. تکالیف مرتبط با شکست‌های ذهنی‌سازی ارائه شد.

جلسه۵: پژوهشگران تکالیف جلسه قبل را بررسی کردند، موضوع دلبستگی را شرح دادند و ارتباط آن با درمان ذهنی‌سازی را توضیح دادند. آن‌ها انواع سبک‌های دلبستگی را معرفی کردند و تأثیر آن‌ها بر ذهنی‌سازی افراد را تشریح نمودند. تکالیف شناخت سبک دلبستگی خود و تأثیر آن بر خودشناسی و ذهنی‌سازی ارائه شد.

جلسه٦: پژوهشگران تکالیف جلسه قبل را مرور کردند و اهمیت ذهنی‌سازی در روابط بین‌فردی را تشریح نمودند. آن‌ها به اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و نقش خودشناسی در بهبود روابط بین‌فردی پرداختند.

جلسه۷: پژوهشگران تکالیف جلسه قبل را بررسی کردند و ظرفیت ذهنی‌سازی در شرایط هیجانی را تقویت کردند. راهبردهایی برای افزایش آگاهی از حالت‌های ذهنی در موقعیت‌های تنش زا آموزش داده شد و تمرین‌هایی برای اصلاح پاسخ‌های هیجانی ناکارآمد به منظور بهبود خودشناسی و افزایش نشاط ذهنی انجام شد.

جلسه۸: پژوهشگران مفاهیم کلیدی جلسات را مرور و جمع‌بندی کردند، تغییرات تجربه‌شده در خودشناسی و نشاط ذهنی را مورد بحث قرار دادند. آن‌ها آموزش دادند که چگونه تمرین‌ها را در زندگی روزمره ادامه دهند و پس‌آزمون برای ارزیابی اثرات مداخله اجرا شد.

در این پژوهش، مداخلات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیک شامل یک برنامه ۸ جلسه‌ای بود (۲۴). مدت زمان جلسه نخست بین یک ساعت و نیم تا ۳ ساعت بود و جلسات بعدی به‌صورت هفتگی و هر کدام ۹۰ دقیقه برگزار شدند. برای اطمینان از هم‌خوانی محتوای جلسات با منابع علمی معتبر (۲۴)، دستور کار جلسات با مطالعات پیشین مرتبط با رفتاردرمانی دیالکتیک مقایسه شد. در مطالعه حاضر، روایی محتوای برنامه درمانی توسط ۴ نفر از اعضای هیئت علمی حوزه‌های روان‌شناسی و روان‌پرستاری شامل دو استادیار گروه روان‌شناسی از واحد نجف‌آباد دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، یک استادیار گروه روان‌شناسی از مؤسسه آموزش عالی غیرانتفاعی صفاهان اصفهان و یک استاد گروه روان‌پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. بر اساس نظر این خبرگان، شاخص ضریب نسبت روایی محتوا برابر با ۰/۸۷ و شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۷۵ به دست آمد که نشان‌دهنده کفایت و مطلوب بودن روایی محتوایی برنامه است که نشان دهنده پذیرش محتوای جلسات از نظر تخصصی و علمی است.

شرح جلسات جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسه ۱: پژوهشگران اعضای گروه را معرفی کردند، اهداف و ساختار جلسات را توضیح دادند و فلسفه رفتاردرمانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

دیالکتیک را تشریح نمودند. آن‌ها بر رویکرد تلفیقی پذیرش و تغییر تأکید کردند و اهمیت خودشناسی و نقش آن در ارتقای نشاط ذهنی را توضیح دادند. سپس پیش‌آزمون برای ارزیابی وضعیت اولیه پرستاران اجرا شد.

جلسه ۲: خودشناسی و ساختار خود: پژوهشگران مفهوم خود و انواع آن شامل خود واقعی، خودآرمانی و خود اجتماعی را آموزش دادند. آن‌ها تمرین‌هایی برای شناسایی ابعاد مختلف خود و بررسی ارتباط آن با انسجام روانی و تجربه هیجانات مثبت ارائه کردند.

جلسه ۳: پژوهشگران حالت‌های ذهنی را معرفی کردند و مهارت‌های ذهن‌آگاهی را آموزش دادند تا پرستاران بتوانند در لحظه تمرکز کنند و بدون قضاوت توجه نمایند. تمرین‌های عملی برای افزایش آگاهی از افکار و احساسات و ارتقای نشاط ذهنی انجام شد.

جلسه ٤: پژوهشگران مهارت پذیرش رادیکال را به پرستاران آموزش دادند تا واقعیت‌های زندگی را بدون قضاوت بپذیرند و مقاومت در برابر تجربه هیجانی کاهش یابد. در این آموزش، آن‌ها تعادل بین پذیرش و تغییر را تمرین کردند تا خودشناسی انسجامی و تجربه مثبت روانی افزایش یابد. تمرین‌های عملی شامل شناسایی موقعیت‌های تعارضی و یافتن راه‌کارهای دیالکتیکی برای ارتقای نشاط ذهنی بود.

جلسه ٥: تنظیم هیجان: پژوهشگران مهارت شناسایی و برچسب‌گذاری هیجانات را آموزش دادند و تمرین‌هایی برای کنترل هیجانات منفی ارائه کردند. تمرین‌های افزایش آگاهی هیجانی برای تقویت خودشناسی و تجربه نشاط ذهنی انجام شد.

جلسه٦: تحمل پریشانی: پژوهشگران مهارت‌های تحمل پریشانی در شرایط بحرانی را آموزش دادند. آن‌ها تمرین‌هایی برای حواس‌پرتی سازگار، خودتسکینی با استفاده از حواس پنج‌گانه و ذهن‌آگاهی در بحران ارائه کردند و تاب‌آوری روانی را از طریق پذیرش هیجانات دشوار تقویت کردند.

جلسه ۷: پژوهشگران منابع هیجانات مثبت را شناسایی کردند و راهبردهایی برای ارتقای خلق مثبت آموزش دادند. تمرین عمل متضاد برای تغییر هیجانات منفی انجام شد و رفتارهای معنادار و هدف‌محور تقویت گردید.

جلسه ۸: پژوهشگران مباحث کلیدی جلسات را مرور و جمع‌بندی کردند، تغییرات تجربه‌شده در خودشناسی و نشاط ذهنی را مورد بحث قرار دادند. آن‌ها آموزش دادند که مهارت‌ها را در زندگی روزمره ادامه دهند و پس‌آزمون برای ارزیابی اثرات مداخله اجرا شد.

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پروپوزال در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، کد اخلاق و معرفی‌نامه رسمی از همان دانشگاه دریافت شد. سپس نویسنده اول مقاله حاضر، پس از کسب مجوز اخلاق برای جذب پرستاران به بیمارستان‌های شهرستان فلاورجان مراجعه نمود. با انتشار فراخوان و همکاری سرپرستاران بخش‌ها، پرستاران داوطلب شناسایی شدند و پس از انجام مصاحبه و اجرای سیاهه چندبعدی خستگی، پرستارانی که نمره آن ها بالاتر از ۶۰ از ۱۰۰ نمره در سیاهه چندبعدی خستگی، بود یا به عبارت دیگر، پرستارانی که در سطح بالایی از خستگی قرار داشتند و سایر معیار های ورود به پژوهش را داشتند، به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انتخاب شدند.

در مجموع، ۴۴ پرستار واجد شرایط به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در ۳ گروه شامل ۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل جایگزین شدند. هر یک از گروه‌های مداخله طی ۸ جلسه هفتگی (به‌مدت ۲ ماه) تحت یکی از ۲ روش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. جلسات درمانی در محل برگزاری سالن آموزش بیمارستان برگزار شد. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله یا درمانی دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها در ۳ مرحله شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون (بلافاصله پس از پایان جلسات ۲ماهه) و پیگیری ۳ ماهه بعد انجام شد. پیش از آغاز مداخلات، هدف پژوهش، تعداد و محتوای جلسات، مدت‌زمان هر جلسه و اصول اخلاقی شامل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات برای پرستاران تشریح شد و برای گروه کنترل، پس از پایان مطالعه، مداخله انجام شد. تمامی پرستاران در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس خودشناسی انسجامی و مقیاس نشاط ذهنی پاسخ دادند.

یافته‌ها

برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، به‌منظور تحلیل فرضیه‌های پژوهش، از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به همراه آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت. 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 رفتاردرمانی 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 شغل پرستاری درگروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بازه ۱۰ تا ۱۷ سال ۱۲/۶۴ سال و انحراف استاندارد ۲/۵۶۰ سال بود، برای گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، سابقه شغل پرستاری 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. میانگین نمره خستگی روانی آزمودنی‌ها در گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ۶۲/۱۴ با انحراف معیار ۳/۲۵، در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک ۶۳/۲۸ با انحراف معیار ۳/۴۰ و در گروه کنترل ۶۱/۸۷ با انحراف معیار ۳/۱۰ بود.

در ادامه در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره متغیر خودشناسی و نشاط ذهنی به تفکیک زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره متغیر خودشناسی و نشاط ذهنی به تفکیک زمان و گروه

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
			MD	SD	MD	SD	MD	SD
درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	خود شناسی	۱۴	۲۴/۰۷	۹/۰۲	۳۳/۷۸	۴/۴۷	۳۲/۵۷	۳/۶۷
	نشاط ذهنی	۱۴	۱۹/۴۳	۲/۷۹	۲۳/۴۳	۱/۳۴	۲۳/۴۳	۱/۶۰
رفتاردرمانی دیالکتیک	خود شناسی	۱۴	۲۳/۰۰	۴/۴۳	۳۳/۸۵	۳/۵۹	۳۲/۶۴	۲/۴۹
	نشاط ذهنی	۱۴	۱۹/۱۴	۳/۶۵	۲۳/۷۸	۲/۳۶	۲۴/۰۷	۲/۲۳

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که هر۲ روش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک موجب افزایش معنادار خودشناسی و نشاط ذهنی در پرستاران شده‌اند، در حالی‌که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشته است. در گروه ذهنی‌سازی، میانگین نمره خودشناسی از ۲۴/۰۷ در پیش‌آزمون به ۳۳/۷۸ در پس‌آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری به ۳۲/۵۷ رسیده است. در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک نیز این میانگین از ۲۳/۰۰ به ۳۳/۸۵ در پس‌آزمون و ۳۲/۶۴ در پیگیری افزایش یافته است. در متغیر نشاط ذهنی نیز گروه ذهنی‌سازی از ۱۹/۴۳در پیش‌آزمون به ۲۳/۴۳ در پس‌آزمون رسیده و در پیگیری همین مقدار را حفظ کرده است، در حالی‌که گروه رفتاردرمانی دیالکتیک از ۱۹/۱۴ به ۲۳/۷۸ در پس‌آزمون و ۲۴/۰۷ در پیگیری افزایش یافته است. گروه کنترل در هر ۲ متغیر تغییر معناداری نشان نداده است. در مجموع، نتایج بیان‌گر آن است که هر دو درمان در ارتقای خودشناسی و نشاط ذهنی مؤثر بوده‌اند و پایداری اثر رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشاط ذهنی اندکی بیشتر از ذهنی‌سازی بوده است.

در ادامه جهت بررسی مفروضات تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد که نشان داد توزیع نرمال داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها بهنجار است (p> ۰/۰۵). هم‌چنین نتایج آزمون لوین برای ارزیابی فرض همسانی واریانس‌ها تأیید شد (P>۰/۰۵). جهت بررسی مفروضه کرویت، در خصوص متغیر خودشناسی انسجامی نتایج آزمون موچلی (X^2=۲۳/۲۰۷ ،P<۰/۰۰۱) برابر ۰/۵۶۰، در مورد نشاط ذهنی (X^2=۱۰/۸۸۸ ،P=۰/۰۰۴) برابر ۰/۷۶۲ بود که که حاکی از رد فرض کرویت است، لذا جهت بررسی اثر درون آزمودنی‌ها از شاخص گرین هاویس به ترتیب برای خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی ۰/۶۹۴ و ۰/۸۰۸ استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی در جدول ۲ آورده شده است.

جدول۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی

		شاخص	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	P	η2	توان اماری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

جدول۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی

خودشناسی انسجامی	ریشه پیلایی	زمان	۰/۷۵۵	۶۱/۷۴۲	۲/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵۵	۱/۰۰۰
		زمان * گروه	۰/۶۱۶	۹/۱۲۹	۴/۰۰۰	۸۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۰۸	۰/۹۹۹
نشاط ذهنی	ریشه پیلایی	زمان	۰/۶۵۶	۳۸/۱۰۰	۲/۰۰۰	۴۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵۶	۱/۰۰۰
		زمان * گروه	۰/۵۸۰	۸/۳۷۴	۴/۰۰۰	۸۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۹۰	۰/۹۹۸

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر زمان و هم‌چنین اثر تعامل زمان و گروه در هر ۲ متغیر خودشناسی و نشاط ذهنی معنادار است (P<۰/۰۰۱). این نتایج بیان‌گر آن است که میانگین نمره در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته و این تغییرات در گروه‌های مختلف نیز به‌طور متفاوتی رخ داده است. برای متغیر خودشناسی انسجامی، اثر زمان با مقدار ریشه پیلایی ۰/۷۵۵ و آماره F برابر ۶۱/۷۴۲ معنادار بود (P<۰/۰۰۱) و اثر تعامل زمان و گروه نیز با مقدار ریشه پیلایی ۰/۶۱۶ و F= ۹/۱۲۹ در سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) تأیید شد. در متغیر نشاط ذهنی نیز اثر زمان (ریشه پیلایی ۰/۶۵۶، F= ۳۸/۱۰۰، P=۰/۰۰۰) و تعامل زمان و گروه (ریشه پیلایی ۰/۵۸۰ ، F=۸/۳۷۴، P=۰/۰۰۰) معنادار به‌دست آمد. به طور کلی، این نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک هر ۲ باعث بهبود معنادار خودشناسی و نشاط ذهنی در گذر زمان شده‌اند و الگوی تغییر در این ۲ گروه نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری متفاوت بوده است.

جهت سنجش تفاوت‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی در خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی آزمون تحلیل واریانس بین گروهی درون گروهی به کار گرفته شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول۳. بررسی تفاوت‌های بین‌گروهی و درون‌گروهی در خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی

متغیرها		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η2
خودشناسی انسجامی	درون گروهی	زمان	۱۳۰۴/۱۵	۱/۳۸۹	۹۳۹/۱۲۱	۸۶/۵۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۷۸
		زمان×عضویت گروهی	۵۷۹/۷۰۱	۲/۷۷۷	۲۰۸/۷۲۱	۱۹/۲۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۸۴
		خطا	۶۱۸/۰۴۲	۵۶/۹۳۷	۱۰/۸۵۵	–	–	–
	بین گروهی	عضویت گروهی	۱۹۰۰/۶۰۵	۲	۹۵۰/۳۰۳	۲۱/۹۷۸	۰/۰۰۰	۰/۵۱۷
		خطا	۱۷۷۲/۷۸۹	۴۱	۴۳/۲۳۹	–	–	–
نشاط ذهنی	درون گروهی	زمان	۲۱۰/۱۵۲	۱/۶۱۵	۱۳۰/۱۱۶	۴۱/۰۶۲	۰/۰۰۰	۰/۵۰۰
		زمان ×عضویت گروهی	۱۸۶/۷۵۸	۳/۲۳۰	۵۷/۸۱۵	۱۸/۲۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱
		خطا	۲۰۹/۸۳۳	۶۶/۲۲۰	۳/۱۶۹	–	–	–
	بین گروهی	عضویت گروهی	۳۷/۴۳۴	۲	۱۸/۷۱۷	۰/۸۵۸	۰/۴۳۱	۰/۰۴۰
		خطا	۸۹۴/۲۰۲	۴۱	۲۱/۸۱۰	–	–	–

نتایج جدول۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل در مؤلفه خودشناسی انسجامی بر حسب مراحل آزمون، عضویت‌گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). در مقابل، در متغیر نشاط ذهنی بر حسب مراحل آزمون و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). اما تأثیر بین‌گروهی آن‌ها بر نشاط ذهنی تفاوت معناداری نشان نداده است. این یافته می‌تواند بیان‌گر آن باشد که نشاط ذهنی بیشتر تحت تأثیر عوامل درون‌فردی و پایداری هیجانی قرار دارد و ممکن است برای بروز تفاوت معنادار بین گروه‌ها به مداخلات طولانی‌تر یا شرایط محیطی متفاوت نیاز باشد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب مراحل آزمون در جدول ۵ آورده شده است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

جدول ٤. آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه بر حسب مراحل آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون–پس‌آزمون		پیش‌آزمون–پیگیری		پس‌آزمون–پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	سطح معناداری
خودشناسی انسجامی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	-۹/۷۱۴	۰/۰۰۰	-۸/۵۰۰	۰/۰۰۰	۱/۲۱۴	۰/۱۸۴
	رفتاردرمانی دیالکتیک	-۱۰/۸۵۷	۰/۰۰۰	-۹/۶۴۳	۰/۰۰۰	۱/۲۱۸	۰/۱۹۰
	کنترل	-۰/۳۱۳	۱/۰۰۰	-۰/۹۳۸	۱/۰۰۰	-۰/۶۲۵	۰/۸۸۷
نشاط ذهنی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	-۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۰/۵۵۳	۱/۰۰۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک	-۴/۶۴۳	۰/۰۰۰	-۴/۹۲۹	۰/۰۰۰	-۰/۲۸۶	۱/۰۰۰
	کنترل	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰	۱/۱۲۵	۰/۳۲۹	۰/۷۵۰	۰/۳۵۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری در متغیرهای خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی میانگین‌ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد (P< ۰/۰۵)؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییرات معناداری مشاهده نمی‌شود (p> ۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های بین‌گروهی در پس‌آزمون و پیگیری جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه تفاوت‌ها بر حسب عضویت گروهی

متغیرها	گروه‌ها	پس‌آزمون		پیگیری	
		اختلاف میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین	P
خودشناسی انسجامی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی – رفتاردرمانی دیالکتیک	-۰/۰۷۱	۱/۰۰۰	-۰/۰۷۱	۱/۰۰۰
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی –کنترل	۱۱/۷۸۶	۰/۰۰۰	۹/۹۴۶	۰/۰۰۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک –کنترل	۱۱/۸۵۷	۰/۰۰۰	۱۰/۰۱۸	۰/۰۰۰
نشاط ذهنی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی – رفتاردرمانی دیالکتیک	-۰/۳۵۷	۱/۰۰۰	-۰/۶۴۳	۱/۰۰۰
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی –کنترل	۲/۱۷۹	۰/۱۴۵	۲/۹۲۹	۰/۰۰۴
	رفتاردرمانی دیالکتیک –کنترل	۲/۵۳۶	۰/۰۶۸	۳/۵۷۱	۰/۰۰۰

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت‌های معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. در متغیر خودشناسی انسجامی، نتایج نشان داد که در هر دو مرحله زمانی، میانگین نمرات هر دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک) به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است (P<۰/۰۰۱). به طوری که اختلاف میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با کنترل در پس‌آزمون ۱۱/۷۸۶ و در پیگیری ۹/۹۴۶ بود. همچنین، بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری مشاهده نشد (P<۰/۰۰۱)، که نشان دهنده اثربخشی مشابه هر دو مداخله بر افزایش خودشناسی انسجامی است. در خصوص متغیر نشاط ذهنی، اگرچه در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه کنترل در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار نبود (P<۰/۱۴۵). اما در مرحله پیگیری این تفاوت معنادار گردید (P<۰/۰۰۴). علاوه بر این، گروه رفتاردرمانی دیالکتیک در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین معنادار بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت (P<۰/۰۰۱). بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری در هیچ یک از مراحل مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی و نشاط ذهنی پرستاران دارای خستگی روانی انجام شد. نتایج نشان داد که در متغیر خودشناسی انسجامی تفاوت معناداری بین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

گروه کنترل و دو گروه درمان ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک وجود دارد، در حالی‌که بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته نشان می‌دهد که هر دو روش درمانی مؤثر بوده و توانسته‌اند خودشناسی انسجامی پرستاران دارای خستگی روانی را بهبود بخشند، و اثر بخشی این دو روش در این زمینه تفاوت معناداری ندارد. این نتایج با پژوهش‌های پیشین همسو است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی پیش از این در کاهش اختلالات شخصیت گزارش شده است، همان‌طور که مالدا- کاستیلو و همکاران (۲۰) نشان دادند. هم‌چنین اثربخشی آن در کاهش علائم افسردگی، ارتقای کیفیت زندگی، تقویت تاب‌آوری و بهبود تنظیم هیجان نیز مورد تأیید قرار گرفته است، همان‌طور که ولکرت و همکاران (۲۱) و سلمانیان و همکاران (۲۲) گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر، پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیک بر مولفه‌های شخصیتی، تنظیم هیجانات و افکار و بهبود رفتارهای میان‌فردی اثرگذار است، همان‌طور که پنوس و همکاران (۳۰) و جاکبویچ و همکاران (۳۱) بیان کرده‌اند. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با شواهد موجود در ادبیات علمی است و نقش مثبت دو رویکرد درمانی در بهبود خودشناسی انسجامی را تأیید می‌کند.

در تبیین اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر خودشناسی انسجامی می‌توان گفت که این رویکرد با تمرکز بر توانایی درک رفتار خود و دیگران از منظر افکار و احساسات، افراد را قادر می‌سازد تا در مواجهه با هیجانات و حالات ذهنی خود و دیگران انعطاف‌پذیرتر عمل کنند (۴۱). این درمان به پرستاران کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های تکانشی، موقعیت‌های چالش برانگیز را با پردازش و تفسیر دقیق‌تر تجربه کنند (۱۸). در محیط‌های شغلی پر استرس مانند بیمارستان‌ها، ذهنی‌سازی به پرستاران این امکان را می‌دهد که تجارب کاری و هیجانی خود را به شیوه‌ای یکپارچه و معنادار پردازش کنند و بدین ترتیب انسجام روان‌شناختی و تاب‌آوری آن‌ها افزایش یابد. علاوه بر اثرات درونی، ذهنی‌سازی توانایی پرستاران در تعامل با دیگران، از جمله بیماران، همکاران و مدیران، را نیز تقویت می‌کند، زیرا درک بهتر حالات ذهنی دیگران موجب بهبود کیفیت ارتباطات و روابط بین‌فردی می‌شود.

رفتاردرمانی دیالکتیک نیز با تأکید بر پذیرش و مدیریت هیجانات به پرستاران کمک می‌کند تا با درک عمیق‌تر از خود و محیط، رفتارهای سالم‌تر و سازنده‌تری اتخاذ کنند (۲۷). این روش با بهره‌گیری از تمرین‌های ذهن‌آگاهی و مهارت‌های پذیرش هیجانی (۲۵) امکان پردازش یکپارچه تجارب روانی و هیجانی را فراهم می‌آورد. در این رویکرد، خودشناسی از طریق تمرین‌های توجه به لحظه حال و بازاندیشی در افکار و تجارب گذشته بهبود می‌یابد (۲۸)، که این امر منجر به افزایش خودآگاهی و مدیریت بهتر تجارب منفی و دشوار می‌شود. خودشناسی انسجامی از طریق این فرآیند با توانایی مدیریت هیجانات و حفظ انسجام روانی رابطه مستقیم دارد و در نتیجه پرستاران می‌توانند در مواجهه با فشارهای شغلی، پاسخ‌های سازنده‌تری ارائه دهند و از واکنش‌های افراطی و آسیب‌زا پرهیز کنند.

با این حال، یافته‌های پژوهش نشان داد که در متغیر نشاط ذهنی تفاوت معناداری بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل مشاهده نشد. این امر نشان می‌دهد که در کوتاه‌مدت، هر دو روش درمانی توانایی ایجاد تغییرات شناختی و هیجانی را دارند، اما دستیابی به نشاط ذهنی نیازمند تجربه طولانی‌مدت، استمرار در فعالیت‌ها و همسویی با ارزش‌ها و اهداف شخصی است. به عبارت دیگر، رشد شخصی و نشاط ذهنی از طریق گشودگی نسبت به تجربیات جدید و تلاش مستمر برای بهبود زندگی شخصی شکل می‌گیرد و بنابراین انتظار می‌رود که اثرات مثبت درمان بر نشاط ذهنی در بازه زمانی طولانی‌تر قابل مشاهده باشد.

در جمع‌بندی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو درمان ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک در ارتقای خودشناسی انسجامی پرستاران دارای خستگی روانی مؤثر هستند و یافته‌ها با مطالعات پیشین در این حوزه همسو است. در عین حال، دستیابی به تغییرات قابل توجه در نشاط ذهنی ممکن است نیازمند برنامه‌های درمانی طولانی‌تر و مستمر باشد تا تجربه‌ای مثبت و همسو با ارزش‌ها و اهداف فرد شکل گیرد. این نتایج می‌تواند به متخصصان روان‌درمانی و مدیران مراکز درمانی کمک کند تا برنامه‌های مداخله‌ای مؤثرتری برای بهبود سلامت روان و افزایش تاب‌آوری پرستاران طراحی و اجرا کنند، زیرا سلامت روان پرستاران نقش کلیدی در حفظ سلامت جسمی و روانی جامعه دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودشناسی و نشاط ذهنی پرستاران تاثیر داشت. لذا پیشنهاد می‌شود برای اموزش خودشناسی و نشاط ذهنی به برگزاری دوره‌هایی مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتار درمانی دیالکتیک پرداخته شود. مطالعه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

حاضر با محدودیت‌های از قبیل اتکای صرف به پرسشنامه و گزارش‌های شخصی، احتمال پاسخ‌گویی غیر دقیق پرستاران با مشکلات خستگی همراه بود. محدود بودن جامعه آماری به پرستاران بیمارستان امام خمینی شهرستان فلاورجان بود که بر این اساس رعایت جوانب احتیاط در تعمیم نتایج به جوامع دیگر رعایت شود. پیشنهاد می‌شود که این تحقیق روی دیگر نمونه‌ها در سایر شهرها نیز صورت گرفته و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. لذا درتعمیم نتایج دقت شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و اهداف پژوهش، پس از توضیح جزئیات مطالعه، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان اخذ گردید. به افراد اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه بوده و صرفاً جهت امور پژوهشی استفاده خواهند شد. هم‌چنین، به منظور حفظ حریم خصوصی، نام افراد و خانواده آن‌ها در ثبت اطلاعات ذکر نشد.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است و نویسندگان دوم، سوم به ترتیب نقش استاد راهنمای اول و دوم و نویسندگان چهارم و پنجم به ترتیب استاد مشاور اول و دوم رساله را ایفا می‌کنند.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدن وسیله از همه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، هم‌چنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. JAMA network open. 2021; 1; 4(2): e2036469-
2. Kunasegaran K, Ismail AM, Ramasamy S, Gnanou JV, Caszo BA, Chen PL. Understanding mental fatigue and its detection: a comparative analysis of assessments and tools. PeerJ. 2023; 23; 11: e15744.
3. Jang HJ, Kim O, Kim S, Kim MS, Choi JA, Kim B, Dan H, Jung H. Factors affecting physical and mental fatigue among female hospital nurses: The Korea nurses' health study. In Healthcare 2021; 9(2), 351-364.
4. Kanten P, Ulker F. The effects of mental health problems of nurses and doctors on their professional commitment and work engagement levels. Mediterranean Journal of Social Sciences. 2014; 5(19): 476-93.
5. Yang J, Chen Y, Tian Y, Li X, Yu Q, Huang C, Chen Z, Ning M, Li S, He J, Du J. Risk factors and consequences of mental health problems in nurses: A scoping review of cohort studies. International journal of mental health nursing. 2024; 33(5): 1197-211.
6. Miller JP. Finding truth within: Exploring the importance of reflective practice in deepening self-knowledge. Integral Review. 2020; 16(1): 357-90.
7. Khanjani MS, Mosavat S, Bbahmani B, Bakhshi E. Comparison of the Childhood Trauma, Mindfulness Attention Awareness and Integrative Self Knowledge in Cancer Patients and General Population. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1): 32-47. [In Persian]
8. Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. The Effectiveness of cognitive behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotion regulation, and quality of life of hemodialysis patients: A quasi-experimental study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2023; 10; 21(10): 1055-70. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

9. Salehmirhassani V, Ghorbani N, Ahmad Alipour VF. The mediating role self-knowledge process and self-control in regulating of relationship between perceived and objective stress and anxiety, depression, and physical symptoms. Research in Psychological Health. 2016; 10(3): 1-15. [In Persian]
10. Masciocchi E, Maltais M, El Haddad K, Giudici KV, Rolland Y, Vellas B, de Souto Barreto P. Defining vitality using physical and mental well-being measures in nursing homes: a prospective study. The Journal of Nutrition, Health and Aging. 2020; 1; 24(1): 37-42.
11. Rahaie A, Taghvaei A. The effectiveness of the training based on executive functions on student's mental vitality. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal. 2024; 10; 6(2): 351-364. [In Persian]
12. GhadampourH E, Amirian L, Khodaei S. The effectiveness of critical thinking teaching on attitude to creativity and intellectual vitality Lorestan University of Medical Sciences students. Innvation & Creativtty In Human Science [Internet]. 2018; 7(4): 219-240. [In Persian]
13. Hemsworth D, Plough JF, Baregheh A, Khorakian A, Overall J, Reed T, Peachey L, Muterera J. Vitality and well-being in nurses. International Journal of Healthcare Technology and Management. 2020; 18(1-2): 73-94.
14. Zebardast J, Iesazadeh N, Varaei S. Survey of Nurses' Happiness and Vitality from the Perspective of Nurses Working in Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of IslamicS Studies in Health [Internet]. 2021; 4(4): 13-20.
15. Luo YH, Li H, Plummer V, Cross WM, Lam L, Guo YF, Yin YZ, Zhang JP. An evaluation of a positive psychological intervention to reduce burnout among nurses. Archives of Psychiatric Nursing. 2019; 1; 33(6): 186-191.
16. Han SJ, Yeun YR. Psychological intervention to promote resilience in nurses: A systematic review and meta-analysis. InHealthcare 2023; 28 (Vol. 12, No. 1, p. 73). MDPI.
17. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010 ; 9(1): 11.
18. Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): an overview. Australasian Psychiatry. 2015; 23(2): 132-135.
19. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010; 9(1), 11-20.
20. Malda-Castillo J, Browne C, Perez-Algorta G. Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2019; 92(4): 465-498.
21. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-based treatment for personality disorders: Efficacy, effectiveness, and new developments. Current Psychiatry Reports. 2019; 21: 1-2.
22. Salmanian S, Jabalameli S, Moghimian M, Arjmandi F. 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 2022; 10 (36): 7. [In Persian]
23. Einy S, Narimani M. Effectiveness of Mentalization based Therapy on Ego-Strength and Defense Mechanisms in People with Borderline Personality Disorder. Neurosci J Shefaye Khatam [Internet]. 2019; 7(3): 1-12.
24. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. Bulletin of the Menninger Clinic. 1987 ; 1; 51(3): 261.
25. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. American Journal of Psychotherapy. 2015; 69(2): 97-110.
26. Van Berkel AS. Change is the only constant: How Dialectical Behavior Therapy (DBT) can be made more culturally responsive across treatment settings. Current Psychiatry Reports. 2023.
27. Traynor JM, Ruocco AC, McMain SF, Hermanto N, Blumberger DM, Cardish R, Daskalakis Z. A feasibility trial of conjoint magnetic seizure therapy and dialectical behavior therapy for suicidal

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]

patients with borderline personality disorder and treatment-resistant depression. Nature Mental Health. 2023; 1(1): 45-54.
28. Chapman AL. Dialectical behavior therapy: Current indications and unique elements. Psychiatry (Edgmont). 2006; 3(9): 62.
29. Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy in clinical practice. Guilford Publications; 2020.
30. 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): 213-223.
31. Jakubovic RJ, Drabick DA. Dialectical Behavior Therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice. 2023; 30(3): 251.
32. Ghorbani N, Watson PJ. [Self-knowledge processes and rational and experiential information processing systems in Iran and the United States]. The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied 2005; 2(5): 3-14. [In Persian]
33. Aftab R, Shams A. [Relationship between integrated self-knowledge and resilience with anxiety of being infected by COVID-19: The mediating role of intolerance of ambiguity, worry, and physical activity]. Sport Psychology Studies. 2020; 9(32): 201-226.
34. Ryan RM, Frederick C. On energy, personality, and health: Subjective Vitality as a dynamic reflection of well-being. Journal of Educational Psychology. 1997; 65 (3): 529-565.
35. Castillo I, Tomás I, Balaguer I. The Spanish version of the subjective vitality scale: Psychometric properties and evidence of validity Spanish Journal of Psychology. 2017; 20 (26): 1- 8.
36. Bostic T J, Rubio D.MG, Hood M. A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. Social Indicators Research. 2000; 52 (3): 313-324.
37. Tanhaye Reshvanloo F, Keramati R, Kareshki H, Torkamani M. [Factor structure and gender invariance of Subjective Vitality Scale in students]. Applied Psychological Research Quarterly. 2018; 9 (3); 1-14.
38. Smets EM, Garssen B, Bonke BD, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. Journal of Psychosomatic Research. 1995; 39(3): 315-325. doi: 10.1016/0022- 3999(94)00125-o
39. Shamsi A, Yaghmaei F, Zayeri F. Validity and reliability of "Multidimensional Symptoms Fatigue Inventory-Short Form"(MSFI-SF). Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2014; 22 (5): 63-69.
40. Allen JG, Fonagy P, editors. The Handbook of Mentalization-Based Treatment. John Wiley & Sons; 2006.
41. Hefazi Torghabeh L, & Najafi M. The mediating role of mentalization and self-compassion in the relationship between attachment styles and suicidal thoughts in adolescents. Journal of Psychology. 2025; *113*(1), 67-77.

© 2026 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.48305/23.4.11]