



The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life and Sexual Performance in Female Nurses

Aysan Gharebaglo¹, Ahad Ahangar^{2*}

1- MSc, Department of Clinical Psychology, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran. ORCID: 0000-0002-9491-5046

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran. ORCID: 0000-0002-1094-1088

*Corresponding Author: Ahad Ahangar, Assistant Professor, Department of Counseling, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.

Email: Ahangareanzabi@yahoo.com

Received: 16 May 2021

Revised: 5 June 2022

Accepted: 5 Oct 2022

Abstract

Introduction: Attention to quality of life and sexual function of nurses is considered as factors affecting marital life and their overall performance. Therefore, the present study was conducted to investigate the effect of ACT on the quality of life and sexual performance in female nurses.

Methods: It was a experimental study with pretest, posttest and control group design. The study population included 160 female nurses in Marand Hospital in the winter of 2019. 30 female nurses were selected though voluntary sampling method and they were randomly assigned into experimental and control groups (each group of 15 nurses). The experimental group received eight ninety-minute sessions of ACT during a month. The applied questionnaires included the quality-of-life questionnaire (Warosherbon, 1992) and married women's sexual performance (Keraskian Mujembenari, Keybolahi, 2014). The data from the study were analyzed through ANCOVA method.

Results: The results showed that ACT has had significant effect on the quality of life and sexual performance of female nurses ($p < 0.001$) and led to the increase of their quality of life (49.60 ± 8.29 to 57.66 ± 8.20) and sexual performance (51.40 ± 8.28 to 60.06 ± 7.93).

Conclusions: ACT can be applied as an efficient method to improve female nurses' quality of life and sexual performance through employing techniques such as mental techniques, self as observer, cognitive fusion techniques, explaining the values and committed activities.

Key words: ACT, Quality of life, Sexual performance, Female, Nurses.





تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار

آیسان قره بگلو^۱، احد آهنگر^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۴۹۱-۵۰۴۶
۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۰۹۴-۱۰۸۸

*نویسنده مسئول: احد آهنگر، استادیار گروه مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.
ایمیل: Ahangareanzabi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۱۳

تاریخ بازمینی: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۶

چکیده

مقدمه: توجه به کیفیت زندگی و عملکرد جنسی پرستاران به عنوان عوامل موثر بر زندگی زناشویی و عملکرد کلی آنان مورد توجه است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش ۱۶۰ نفر از پرستار زن بیمارستان مرند در سه ماهه زمستان ۱۳۹۸ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ پرستار زن، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد گمارده شدند (هر گروه ۱۵ پرستار). گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی یک ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی واروشربون و عملکرد جنسی زنان متاهل کراسکیان موجهباری و کیب‌الهی بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار تأثیر معنادار داشته است ($p < 0/001$) و توانسته منجر به افزایش کیفیت زندگی (از $8/29 \pm 49/60$ به $8/20 \pm 57/66$) و عملکرد جنسی (از $8/28 \pm 51/40$ به $7/93 \pm 60/06$) زنان پرستار شود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از فنونی همانند کاربرد تکنیک‌های ذهنی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار استفاده گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، عملکرد جنسی، زنان پرستار.

مقدمه

محیط کار با تعدادی از عوامل استرس‌زای فیزیکی و روانی از جمله نوبت‌های کاری طولانی، سختی و حجم بالای کار و اضافه‌کاری‌های خواسته و ناخواسته رو به رو هستند و در نتیجه ممکن است، بسیاری از اوقات از داشتن یک زندگی با کیفیت مطلوب محروم باشند. عوامل مختلفی در افزایش کیفیت کار پرستاران و افزایش عملکرد شغلی آنها تأثیر دارند که از بین آنها می‌توان عوامل اقتصادی و خشنودی

پرستاران به عنوان اصلی‌ترین بخش از کارکنان بیمارستان‌ها در زمینه مراقبت از مددجو نقش بسیار قابل توجهی دارند و در نتیجه ارتقای کیفیت عملکردهای مراقبتی آنها مهم‌ترین عامل در تسریع بهبود بیماران است. پرستاری از دسته مشاغل است که در عرصه سلامت جسم و بهداشت روان مجموعه‌ای از وظایف سخت را برعهده داشته و در

است که یک فرد یا یک زن و شوهر در طول هر مرحله از فعاليت جنسی، از جمله مشکلات فیزیکی، میزان لذت، میل جنسی، انگيختگی با اوج لذت جنسی تجربه می‌کند. اختلال فعاليت جنسی در زنان بسیار شایع بوده و در هر شرایط جنسی فرهنگی و وضعیت اجتماعی و اقتصادی بروز کرده و به‌طور وسیع بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق‌وخو و ارتباط با همسر تاثیر می‌گذارد [۹]. مطابق با نظریه مسترز، جانسون و کلودنی، اختلال کم‌میلی جنسی در زنان می‌تواند تحت تاثیر سه دسته از عوامل روان‌شناختی، جسمانی و اطلاعاتی ایجاد شود. عوامل روان‌شناختی عبارتند از افسردگی دوره‌ای، احساس گناه، باورها و نگرش‌های جنسی منفی نسبت به ارتباط جنسی، عقاید پیرامون ترس از دست دادن کنترل و ترس از صمیمیت. علل جسمانی عبارتند از بیماری‌ها و صدمات جسمی، سوء‌مصرف مواد و اختلالات هورمونی و علل اطلاعاتی عبارتند از فقدان آگاهی از آناتومی جنسی و فقدان آگاهی از رفتارهای جنسی مناسب [۱۰].

روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای پرستاران به‌کار گرفته شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های رفتاری موج سوم و جدید است که نتایج پژوهش‌های صورت گرفته نشان از تایید کارایی این درمان دارد. چنانکه جبل عاملی و قاسمی [۱۱]، حسن‌زاده و همکاران [۱۲]، احمدی و همکاران [۱۳]، رزم‌پوش و همکاران [۱۴]، براتیان و سادات کاظمی [۱۵]، دهقانی و رضایی [۱۶] و بک‌چالاک و منصور [۱۷] اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان، بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری، عملکرد جنسی مردان، کیفیت زندگی و تاب‌آوری پرستاران و کیفیت زندگی بیماران آزمون و اثربخشی این درمان را تایید کرده‌اند. همچنین Singh و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر عملکرد جنسی زنان [۱۸] و González-Fernández, Fernández-Rodríguez (۲۰۱۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را مورد بررسی و تایید قرار داده‌اند [۱۹]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای پایبندی و تغییر، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف درمان مبتنی بر

شغلی اشاره کرد [۱]. شغل پرستاری درآمیخته با وضعیت نوبت کاری و اختلال خواب برخاسته از آن بوده و این مساله موجب از هم‌گسیختگی بنیاد جسمی و روانی فرد و بروز مشکلات قلبی، خستگی‌های عصبی، عدم تمرکز حواس، رفتار نامناسب، ناسازگاری عاطفی و پرخاشگری می‌شود [۲]. این فرایند زمانی تشدید می‌شود که پرستاران با پاندمی کووید-۱۹ و افزایش بی‌رویه تعداد بستریان مواجه شده و بار روانی زیادی را تحمل نمایند [۳].

درگیری زیاد با بیماران همچنین کاهش زمان استراحت در پرستاران، سبب می‌شود تا کیفیت زندگی آنان کاهش یابد [۴]. کیفیت زندگی به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی شده است. کیفیت زندگی مجموعه‌ای است که نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و امکانات زندگی را تشکیل می‌دهد. کیفیت زندگی احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی و جسمانی خود دارد. این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه‌ای به خشنودی شخصی نایل شده است. به عبارت دیگر کیفیت زندگی معادل توانایی فرد برای محقق ساختن برنامه‌ها با طرح‌های موردنظرش است. در واقع کیفیت زندگی به این معناست که انسان بتواند زندگی خود را هماهنگ با ارزش‌هایش سامان دهد [۵]. کیفیت زندگی دارای جنبه عینی و ذهنی است. این مفهوم هم به بهره‌مندی عینی و واقعی از دستاوردها و فرصت‌های زندگی مربوط است و هم حاصل ارزیابی از این فرصت‌ها و سرمایه‌های واقعی زندگی است [۶].

افزایش ساعات کاری، وظایف محوله، جابه‌جایی شیفت و بار روانی و هیجانی سبب ایجاد اختلال در زندگی زناشویی پرستاران شده و عملکرد جنسی آنان را نیز با آسیب مواجه می‌سازد [۷]. اختلال عملکرد جنسی در پرستاران تا ۵۰٪ هم گزارش شده است که نسبت به عموم زنان از شیوع بالاتری برخوردار است. این تفاوت در زیرمقیاس‌های عملکرد جنسی نیز قابل مشاهده است، به نحوی که در پرستاران بیشتر زیرمقیاس عدم تمایل به فعاليت جنسی گزارش شده است. در حالی که در مطالعات مبنی بر جامعه، اختلال ارگاسم شایع‌تر بوده است. علی‌رغم شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در پرستاران زن شیفت در گردش، مطالعات بسیار محدودی در زمینه کیفیت زندگی جنسی این گروه از زنان شاغل و بررسی شاخص‌های همراه با آن انجام شده است [۸]. اختلال و عملکرد جنسی یا نقض جنسی مشکلی

پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف برای ایجاد تناسب بیشتر در توانایی انتخاب جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ای که به فرد تحمیل می‌شوند [۲۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد اخیر، بر افزایش کارآمدی رفتاری، در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تاکید می‌کند [۲۱]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارا شش فرایند مرکزی پذیرش در مقابل اجتناب شناختی و هیجانی، گسلش در مقابل درآمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل توجه افراطی به گذشته و آینده، شفاف‌سازی ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن است [۲۲].

درباره ضرورت انجام پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد کووید-۱۹ به دلیل قدرت پاندمی زیاد و آثار مخرب فیزیولوژیکی و روان‌شناختی، رخداد بزرگ و دردناکی در زندگی انسان‌های قرن ۲۱ است که افراد مبتلا و همچنین پزشکان و پرستاران را در معرض آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی، شناختی و خانوادگی مختلفی قرار می‌دهد و باعث بروز علائم آسیب‌های روان‌شناختی مزمن در آنان می‌شود [۲۳]. توجه به این فرایند ضرورت انجام مداخله مناسب را برای پرستاران به عنوان مدافعان خط مقدم سلامت می‌سازد؛ چرا که مداخله بهنگام سبب پیشگیری و درمان آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی شده و به مرور می‌تواند پرستاران را به روند زندگی عادی خانوادگی و زناشویی سوق دهد. حال با نگاهی به وجود آسیب‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی در پرستاران به دلیل شرایط ویژه شغلی و از سویی با نظر به کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فروکاستن آسیب‌های شناختی و روان‌شناختی افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، محققین تصمیم گرفتند تا تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار مورد بررسی و آزمون قرار دهند.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون -

پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش ۱۶۰ نفر از پرستار زن بیمارستان مرند در سه ماهه زمستان ۱۳۹۸ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۰ پرستار زن، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد گمارده شدند. روش نمونه‌گیری نیز بدین صورت بود که با مراجعه به تنها بیمارستان دولتی مرند، فرم‌های اعلام داوطلبانه در پژوهش بین پرستاران زن، توزیع و پس از جمع‌آوری تعداد ۳۰ پرستار زن به عنوان نمونه انتخاب و در گروه‌های آزمایش و شاهد به شکل تصادفی جایدهی شدند (۱۵ زن پرستار در گروه آزمایش و ۱۵ زن پرستار در گروه شاهد). انتخاب این ۳۰ نفر از بین ۱۶۰ نفر پرستاران بدین صورت بود که این افراد مبتنی بر روش نمونه‌گیری دواطلب حضور در پژوهش بودند. حجم نمونه با استفاده از رجوع به منابع علمی مرتبط تعیین شده است. چنانکه دلاور [۲۴] بیان می‌دارد که در پژوهش‌های آزمایشی تعداد ۱۵ نفر در هر گروه جهت تعمیم یافته‌های مکفی است. در هر دو گروه ۳۰ نفر برآورد گردید (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی یک ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در حالی که زنان پرستار حاضر در گروه شاهد از دریافت این مداخله در طول فرایند پژوهش محروم بودند. اما پس از اتمام پژوهش می‌توانستند مداخله حاضر را به شکل رایگان دریافت نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت زن، پرستار بودن، متاهل بودن، نداشتن سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی در شش ماه اخیر، نداشتن اختلالات روانی - شخصیتی مزمن، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است: پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ): پرسشنامه کیفیت زندگی توسط Warosherboun در سال ۱۹۹۲ تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: بعد جسمانی (۱۰)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را

يافته‌هاي مطالعه، پرسشنامه سنجش عملکرد جنسي در ساختار تک‌عاملی، برای بررسی سازه عملکرد جنسي در جامعه زنان متاهل شهر تهران دارای روایی محتوایی بود. برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد و میزان آن با فاصله زمانی یک ماه برابر با ۰/۸۸ بدست آمده که حاکی از پایایی خوب پرسشنامه است [۲۷]. در پژوهش حاضر میزان پایایی زیرمقیاس‌های میل جنسي، برانگیختگي، ارگاسم، فرونشانی، پایداری عملکرد جنسي، رضایت از فعالیت جنسي و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه شد.

پس از انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، پرستاران زن انتخاب شده (۳۰ پرستار زن) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد گمارده شدند (۱۵ پرستار زن در گروه آزمایش و ۱۵ پرستار زن در گروه شاهد). گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی یک ماه در ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این مداخله در گروه‌های ۵ نفره توسط نویسنده اول پژوهش با نظارت استاد راهنما ارائه داده شد تا بدین وسیله بتوان با توجه به شیفت کاری پرستاران هماهنگی‌های لازم را به عمل آورد. در بین پرستاران حاضر در پژوهش ریزی اتفاق نیفتاد. این در حالی است که گروه شاهد مداخلات را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان بودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۸] بود که در پژوهش رزم‌پوش و همکاران [۱۴] برای جامعه پرستاران مورد استفاده قرار گرفته است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت پرستاران زن برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه شاهد اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.074 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. پس از اتمام مداخله از پرستاران حاضر در گروه شاهد جهت دریافت مداخله دعوت به عمل آمد که تعداد ۶ پرستار در جلسات مداخله حضور یافته و دیگر پرستاران از دریافت مداخله انصراف دادند.

مورد ارزیابی قرار می‌دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیرمقیاس قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود) [۲۵]. دامنه نمرات این پرسشنامه با توجه به شیوه نمره‌گذاری هر زیرمقیاس، بین صفر تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. در پژوهش کریم‌پور [۲۶] روایی محتوایی این پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و چند تن از افراد صاحب نظر مورد تأیید قرار گرفته است و از اعتبار لازم برخوردار می‌باشد. روایی محتوایی این پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان مطلوب و به میزان ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین میزان پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های ۸ گانه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ محاسبه شد. همچنین میزان پایایی نمره کل پرسشنامه نیز ۰/۸۵ محاسبه شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد با کیفیت زندگی پایین را از افراد دارای کیفیت زندگی بالا تفکیک نماید [۲۵]. پایایی زیرمقیاس‌های بعد جسمانی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، خستگی یا نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی و نمره کل پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه عملکرد جنسي (SFQ): پرسشنامه عملکرد جنسي زنان متاهل توسط کراسکیان موجمباری و کیب‌الهی [۲۷] تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ سوال است و هدف آن سنجش عملکرد جنسي زنان متاهل در ابعاد مختلف (میل جنسي، برانگیختگي، ارگاسم، فرونشانی، پایداری عملکرد جنسي، رضایت از فعالیت جنسي) است. شیوه نمره‌دهی این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرات پنج‌گزینه‌ای بوده که از (خیلی زیاد ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، کم ۲، خیلی کم ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات شماره ۱۳، ۱۲ و ۱۴ معکوس شده و به این شکل می‌باشد: (خیلی کم ۵، زیاد ۴، متوسط ۳، زیاد ۲، خیلی زیاد ۱). دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۳ تا ۱۱۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده عملکرد جنسي بالاتر است. در پژوهش کراسکیان موجمباری و کیت‌الهی [۲۷] روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. در این پژوهش برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. بر اساس

جدول ۱. خلاصه مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۱۴]

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد عملکرد جنسی زنان متاهل و کیفیت زندگی
جلسه دوم	هدف: ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر و بررسی انتظارات بیماران. فعالیت‌ها: آشنایی با مفاهیم درمانی تعهد و پذیرش، ایجاد بینش در افراد نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل و مطرح کردن مفاهیم کنترل به عنوان مشکل. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (برگه نگرانی ذهن‌آگاهی)
جلسه سوم	هدف: تشخیص راهبرد های نا کارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آنها در پرستاران. فعالیت: آموزش نومیادی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکل‌هایی که مراجع برای رهایی از آنها تلاش نموده است. مرور جلسه پیش و جمع‌بندی بحث‌های پیشین. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (پرورش ذهن‌آگاهی)
جلسه چهارم	هدف: تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده. فعالیت: ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رهاکردن تلاش برای کنترل و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (ادامه تمرین ذهن‌آگاهی)
جلسه پنجم	هدف: جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار. فعالیت: کار روی مفهوم گسلش و تمرین در قدم زدن با افکار و مفهوم پذیرش و استعاره، آموزش زندگی ارزش‌مدار و انتخاب و مرور جلسات پیشین و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (تمرین افزایش ذهن‌آگاهی)
جلسه ششم	هدف: شناسایی زندگی پرستاران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت و انتخاب آنها. فعالیت: کار روی مفهوم ارزش‌ها و ارزیابی اهداف و اعمال تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آنها و فعالیت متعهدانه و مرور جلسات پیشین و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (تعیین هدف رفتاری در هفته).
جلسه هفتم	هدف: بررسی ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول هر یک از پرستاران. فعالیت: بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف، اعمال و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد و پیگیری آنها. تکالیف: ارائه تکلیف خانگی (هدف رفتاری برای انجام در طول هفته).
جلسه هشتم	هدف: درک ماهیت تمایل و تعهد به عمل. فعالیت: شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع‌بندی جلسات و در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر. تکالیف: انجام یک عمل ارزشمند

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا ۴۹ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۴۰ تا ۴۴ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) و در گروه شاهد دامنه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال (تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. همچنین این افراد دارای دامنه تحصیلات لیسانس تا فوق لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۳۳/۳۳ معادل درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان پرستار

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	گروه آزمایش	۴۹/۶۰	۸/۲۹	۵۷/۶۶	۸/۲۰
	گروه شاهد	۴۹	۷/۷۸	۴۷	۶/۷۱
عملکرد جنسی	گروه آزمایش	۵۱/۴۰	۸/۲۸	۶۰/۰۶	۷/۹۳
	گروه شاهد	۵۲/۳۳	۷/۴۶	۵/۲۰	۶/۰۴

پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و عملکرد جنسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0.05$).

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله

آيسان قره بگلو و احد آهنگر

مشخص شد که تعامل پيش آزمون با متغير گروهبندي در مرحله پس آزمون در متغيرهاي كيفيت زندگي و عملکرد جنسي معنادار نبوده است ($p > 0/05$). اين بدان معناست که فرض همگني شيب خط رگرسيون در متغيرهاي كيفيت زندگي و عملکرد جنسي برقرار بوده است.

علاوه بر اين نتايج آزمون شاپيرو ويلک بيانگر آن بود که پيش فرض نرمال بودن توزيع نمونه اي داده ها در متغيرهاي كيفيت زندگي ($F=0/19$; $P=0/19$) و عملکرد جنسي ($F=0/91$; $P=0/45$) در گروه هاي آزمائش و شاهد در مراحل پيش آزمون و پس آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهايت نتايج در بررسي پيش فرض همگني شيب خط رگرسيون

جدول ۳. نتايج تحليل کوواريانس اثر درمان مبتني بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار

متغير	منبع تغيير	مجموع مجذورات	درجه آزادي	ميانگين مجذورات	مقدار F	سطح معناداري	اندازه اثر	توان
كيفيت زندگي	اثر پيش آزمون	۸۳۹/۱۹	۱	۸۳۹/۱۹	۳۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	اثر گروه	۷۸۸/۰۷	۱	۷۸۸/۰۷	۲۸/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
	خطا	۷۳۶/۱۳	۲۷	۲۷/۲۶				
	کل	۸۴۵۹۲	۳۰					
عملکرد جنسي	اثر پيش آزمون	۶۰/۸۹	۱	۶۰/۸۹	۲/۵۸	۰/۱۲	۰/۰۸	۰/۳۴
	اثر گروه	۷۵۲/۳۷	۱	۷۵۲/۳۷	۳۱/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۶۳۶/۴۳	۲۷	۲۳/۵۷				
	کل	۹۲۶۱۸	۳۰					

حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر كيفيت زندگي زنان پرستار با نتايج پژوهش رزم پوשו همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر تاثير آموزش پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي و تاب آوري پرستاران [۱۴]، با يافته براتيان و سادات کاظمی (۲۰۱۷) مبنی بر تاثير درمان مبنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي مادران دارای کودک مبتلا به سرطان [۱۵]، با گزارشات دهقانی و رضایی (۲۰۱۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي بيماران [۱۶]، و با نتايج پژوهش González-Fernández, Fernández-Rodríguez (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي زنان مبتلا به سرطان [۱۹] همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تاثير درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي زنان پرستار می توان گفت که حذف تجارب ناخواسته در درمان پذيرش و تعهد حذف می شود که اين فرايند باعث شد افراد هنگام مواجهه با مشکلات با بيان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خويشتن دلواپسی، تحريك پذيری، هراس، احساس خطر، بی تابي و بی قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند [۲۲] که اين عوامل در گام اول می تواند سلامت روان و انرژي روانی پرستاران را افزایش داده و به تبع آن سبب بهبود كيفيت زندگي

با توجه به نتايج جدول ۳، ارائه متغير مستقل (درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد) توانسته منجر به ايجاد تفاوت معنادار ميانگين نمرات متغيرهاي وابسته (كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار) در مرحله پس آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد توانسته منجر به افزايش كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار شود چون تفاوت آماری معنی داری بين دو گروه بعد از مداخله و با تعديل مقادير اوليه مشاهده می شود. مقدار تاثير درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر ميزان كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار به ترتيب ۰/۵۱ و ۰/۵۴ بوده است. اين بدان معناست که به ترتيب ۵۱ و ۵۴ درصد تغييرات متغيرهاي كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار توسط ارائه متغير مستقل (درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد) تبیین می شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسي اثربخشی درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار انجام گرفت. نتايج نشان داد که درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار تاثير معنادار داشته و توانسته منجر به افزايش كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار شود. یافته اول

آنان شود. در تبیینی دیگر باید اشاره کرد که در درمان پذیرش و تعهد به پرستاران زن آموزش داده شد به جای اجتناب شناختی، عملی و هیجانی که از افکار و موقعیت‌های شغلی و خانوادگی که در درازمدت سبب افزایش تنش روانی در افراد می‌شود، با افزایش پذیرش روانی تلاش نمایند تا تجربه‌های درونی و وضعیت زندگی خود را پذیرفته و در جهت بهبود آن گام بردارند. این روند می‌تواند سبب توجه بیشتر به ارزش‌های شخصی شده و باعث می‌شود تا افراد بتوانند مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه برداشته و از این طریق سلامت روان و بهزیستی خود را ارتقا دهند [۲۱]. افزایش سلامت روان در زنان پرستار سبب می‌شود تا آنان تمرکز شناختی و فراشناختی بالاتری را در جهت بهبود وضعیت زندگی شخصی خود به دست آورده و از این طریق کیفیت زندگی آنها نیز بهبود می‌یابد. آخرین تبیین درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان این‌گونه بیان نمود که از تکنیک‌های به کار گرفته شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای ناشی از تجارب چالش‌برانگیز است [۱۹]. از طرفی پرستاران زن به دلیل حجم کاری تجارب آسیب‌زای فراوانی در حوزه روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، خانوادگی و ارتباطی دارند. بر همین اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکارگیری تکنیک ذهن‌آگاهی آنها را نسبت به نظاره‌گر بودن تصاویر ذهنی توانمند نموده و سبب می‌شود که این افراد به جای درهم آمیختگی با افکار و تصاویر ذهنی خود، آنها را به نظاره نشسته و بتوانند با استفاده از قدرت حل مساله، مشکلات کاری و خانوادگی خود را حل نموده و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نمایند.

یافته دوم حاضر مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان پرستار با نتایج پژوهش جبل عاملی و قاسمی (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان [۱۱]؛ با یافته حسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری [۱۲]، با گزارشات احمدی و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی مردان [۱۳]، با نتایج پژوهش بک‌چالاک و منصور (۲۰۱۷) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی

و عملکرد جنسی زنان [۱۷] و با یافته Singh و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان [۱۸] همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان پرستار می‌توان به تکنیک‌های این روش، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه اشاره نمود. ترغیب پرستاران زن به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام آنها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن رضایت از زندگی افزایش یابد [۲۲] و این افراد از گیر افتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس، ناامیدی و افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات و کاهش قدرت مقابله‌ای و تحمل روانی می‌شوند، رها شوند که این امر باعث افزایش قدرت روانی پرستاران زن شده و از این طریق آنان به شکل بهتری می‌توانند مشکلات حوزه محیط کار را مدیریت نموده و از ایجاد تداخل مشکلات محیط کار، با محیط خانوادگی و روابط زناشویی جلوگیری نموده و این روند منجر به بهبود عملکرد خانوادگی، زناشویی و جنسی پرستاران می‌شود. در تبیینی دیگر باید گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات است که در نهایت منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و روان‌شناختی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی و افزایش قدرت مقابله‌ای و تاب‌آوری افراد می‌شود [۲۱]. درمان مبتنی بر پذیرش تعهد به پرستاران زن این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری پرداخته و سپس افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به آنان آموزش می‌دهد. علاوه بر این پرستاران زن در اثر دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که به اهداف خود در زندگی فردی و خانوادگی پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود را پذیرفته و به جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی و ناهنجار با مشکلات، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. روند در پیش گرفته شده، مبنی بر زندگی هدفمند نیز می‌تواند روابط زناشویی و عملکرد جنسی را به عنوان یک ارزش برای آنان تصریح کند. این روند باعث ایجاد تعهد در پرستاران زن نسبت به

پذيرش و تعهد، كيفيت زندگي و عملکرد جنسي آنان ارتقا يابد. چنانكه درمان مبتني بر پذيرش و تعهد با برخورداری از شش فرايند مركزي پذيرش در مقابل اجتناب، گسلس در مقابل آميختگي شناختي، خود به عنوان زمينه در مقابل خود مفهوم سازي شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آينده مفهوم سازي شده، تصريح ارزش ها در مقابل عدم صراحت ارزش ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن مي تواند تغييرات معناداري در مولفه هاي روان شناختي و جنسي پرستاران ايجاد نمايد.

سياستگري

مقاله حاضر برگرفته از پايان نامه كارشناسي ارشد نويسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامي واحد مرند بود. بدین وسيله از پرستاران حاضر در پژوهش و مسئولين بیمارستان مرند كه همكاري كاملي در جهت اجرائي اين پژوهش داشتند، تشكر و قدرداني به عمل مي آيد.

تعارض منافع

در پژوهش حاضر تعارض منافع گزارش نشده است.

روابط زناشويي و عملکرد جنسي شده و در نتيجه بهبود در عملکرد جنسي را در اين پرستاران مي توان انتظار داشت. محدود بودن دامنه تحقيقات به زنان پرستار شهرستان مرند؛ عدم کنترل متغيرهاي تاثيرگذار بر كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار؛ عدم بهره گيري از روش نمونه گيري تصادفي و عدم برگزاري مرحله پيگيري از محدوديت هاي پژوهش حاضر بود. بنابراين پيشنهاد مي شود براي افزايش قدرت تعميم پذيري نتايج، در سطح پيشنهاد پژوهشي، اين پژوهش در ساير استان ها و مناطق، ديگر گروه هاي شاغل در بیمارستان (همانند پزشكان، حسابداران و ...)، کنترل عوامل ذكر شده، روش نمونه گيري تصادفي و برگزاري مرحله پيگيري اجرا شود.

نتيجه گيري

با توجه به اثربخشي درمان مبتني بر پذيرش و تعهد بر كيفيت زندگي و عملکرد جنسي زنان پرستار، در سطح کاربردي پيشنهاد مي شود كه به فرايندهاي رواني و هيجاني پرستاران زن توجه كافي صورت پذيرفته و تلاش شود كه با بكارگيري روان درمانگران و ارائه درمان مبتني بر

Reference

1. Azizi M, Baroony zadeh Z, Motamedzade M, Goli S. Study of nurses quality of life using who questionnaire in hospitals of Hamadan university of medical sciences . Journal Of Occupational Hygiene Engineering. 2015; 1 (4) :68-75.
2. Xiong W, Huang J, Zhu A. The relationship of sleep quality among internship nurses with clinical learning environment and mental stress: a cross-sectional survey. Sleep Medicine. 2021; 83: 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.04.034>
3. Tadesse DB, Gebrewahd GT, Demoz GT. Knowledge, attitude, practice and psychological response toward COVID-19 among nurses during the COVID-19 outbreak in northern Ethiopia, 2020. New Microbes and New Infections, 2020; 38: 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100787>
4. Farber JE, Payton C, Dorney P. Life balance and professional quality of life among baccalaureate nurse faculty. New Microbes and New Infections, 2020; 36(6): 587-594. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.08.010>
5. Henry OS, Farr BJ, Check NM, Mooney DP. A minimally invasive pilonidal protocol

- improves quality of life in adolescents. Journal of Pediatric Surgery. 2021; 56(10): 1861-1864. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.11.012>
6. Stepansky K, Delbert T, Bucey JC, Active student engagement within a university's therapeutic sensory garden green space: Pilot study of utilization and student perceived quality of life. Urban Forestry & Urban Greening. 2022; 67: 1274-1279. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2021.127452>
7. Karami J, Shalani B, Hoveyzi N. Relationship between sexual self-esteem and sexual dysfunction with marital satisfaction in nurses hospitals Kermanshah city (Iran). Qom Univ Med Sci J. 2017; 11(9): 86-93. (Persian).
8. Gohari S, Zaharakar K, Mohammad Nazari A. Prediction of marital burnout based on differentiation and sexual intimacy in nurses. IJNR. 2015; 10(2): 72-80. (Persian)
9. Kleinplatz PJ, Charest M, Paradis N, Ellis M, Rosen L, Ménard AD, Ramsay TO. Treatment of low sexual desire or frequency using a sexual enhancement group couples therapy approach. The Journal of Sexual Medicine. 2020; 17(7): 1288-1296. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.02.012>
10. Eshghi R, Fatehizadeh M, Bahrami M, Keshavarz

- A. Studying the effectiveness of couples sexual cognitive - behavioral therapy on improvement of women's hypoactive sexual desire disorder in isfahan. *Journal of Counseling Research*. 2015; 14(53): 111-130. (Persian).
11. Jabalameli S, Ghasemi L. Effect of acceptance and commitment therapy on sexual desire in women with breast cancer after mastectomy. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2019; 12(4): 39-51. (Persian). <https://doi.org/10.30699/ijbd.12.4.39>
 12. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and sexual function in women with infertility history. *Avicenna J Nurse Midwifery Care*. 2019; 27(4): 250-259. (Persian) <https://doi.org/10.30699/ajnmcc.27.4.250>
 13. Ahmadi A, Ghaemi F, Farokhi N A. Comparison of the Effectiveness of mindfulness training and commitment and acceptance therapy on sexual function in cancer patients in Isfahan. *Journal of Psychological Sciences*, 2020; 83(18): 2185-2192. (Persian)
 14. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand P H. The effect of acceptance and commitment training on quality of life and resilience of nurses. *Shefaye Khatam*. 2019; 7 (1): 62-51. (Persian) <https://doi.org/10.29252/shefa.7.1.62>
 15. Baratian A, Kazemi A, Khajeh N, Haghani Zemeidani M, Davarniya R. The effect of acceptance and commitment (act) therapy on the quality of life of mothers with a child cancer. *Armaghane Danesh*. 2017; 22(5): 637-650. (Persian)
 16. Dehghani A, Rezaei dehnavi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life among patients under methadone maintenance treatment. *Horizon Med Sci*. 2018; 24(3): 246-252. (Persian).
 17. Backchalaki N, Mansouri A. The effect of acceptance and commitment therapy on the sexual function and life satisfaction in women with substance use disorders. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7: 89-99. (Persian)
 18. Singh RS, Watford TS, Cotterman RE, O'Brien WH. A pilot study of acceptance and commitment therapy for sexual minorities experiencing work stress. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2020; 16: 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.02.001>
 19. González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C. Acceptance and commitment therapy in cancer: review of applications and findings. *Journal Behavioral Medicine*, 2019; 45(3): 21-25. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1452713>
 20. Barrett-Naylor R, Gresswell DM, Dawson DL. The effectiveness and acceptability of a guided self-help acceptance and commitment therapy (act) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 2018; 88: 332-340. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.09.039>
 21. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy compared to cbt+: preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 2018; 32(4): 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003>
 22. Ong CW, Blakey SM, Smith BM, Morrison KL, Bluett EJ, Abramowitz JS, Twohig MP. Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 24: 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499>
 23. Pinho L, Correia T, Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L, Lopes M, Fonseca C. The use of mental health promotion strategies by nurses to reduce anxiety, stress, and depression during the COVID-19 outbreak: A prospective cohort study. *Environmental Research*. 2021; 195: 1108-1112. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110828>
 24. Delavar A. *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Virayesh Publishing. 2012. (Persian).
 25. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M.S. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*. 2006; 5(1): 33-42. (Persian)
 26. Karimpour J. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on quality of life, perceived stress and psychological well-being of cardiovascular patients. Master Thesis, Field: Clinical Psychology, Islamic Azad University, Campus of Science and Research (Hormozgan), 2014. (Persian).
 27. Keraskian Mujembenari A, Keybolahi T. Compile and standardization of Tehran married women sexual function questionnaire (Tehran-SFQ). *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2014; 11(1): 44-54. (Persian).