تاثیر آموزش تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان نابارور

سمانه بهزادپور[1*]، زهرا سادات مطهری[2]، مریم وکیلی[3]، فرامرز سهرابی[4]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

۳) گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۴**

چکیده

مقدمه: ناباروری می تواند پیامدهای روان شناختی بی شماری را به افراد نابارور تحمیل کند. یکی از این پیامدها کاهش بهزیستی روان شناختی است. بنا بر این، پرورش توانمندی هایی هم چون تاب آوری برای مقابله با این پیامدها و یا پیشگیری از بروز آن ها می تواند کمک کننده باشد. لذا هدف این پژوهش بررسی تاثیر تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان نابارور است.

مواد و روش ها: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری و مطب های خصوصی زنان شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بود. تعداد ۲۲ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه(هر گروه ۱۱ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه(هفته ای یک جلسه) آموزش تاب آوری قرار گرفت. داده ها با استفاده از پرسش نامه بهزیستی روان شناختی ریف جمع آوری شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده های آزمون از نرم افزار SPSS vol.16 و از روش آماری تحلیل کواریانس یک متغیری و چند متغیری استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که آموزش تاب آوری به طور معناداری بر بهزیستی روان شناختی($P<0.001$) و مولفه های آن شامل پذیرش خود($P<0.001$)، روابط مثبت با دیگران($P<0.001$)، خودمختاری($P<0.010$)، تسلط بر محیط($P<0.031$)، زندگی هدفمند($P<0.001$) و رشد فردی($P<0.021$) در زنان نابارور موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری: به دلیل اثربخشی آموزش تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان ناباور، می توان از این روش به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست و بنا بر این از آن در راستای افزایش سلامت روان شناختی در این بیماران استفاده کرد.

واژه های کلیدی: تاب آوری، بهزیستی روان شناختی، ناباروری

*نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

Email: Samaneh_behzadpoor@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

مقدمه

تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند(۱) و سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می شود(۲). در ایران نیز شیوع کلی ناباروری ۱۳/۲ درصد گزارش شده است(۳). ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است، شاید به همین دلیل است که برخی از پژوهشگران پیامدهای روان شناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند(۴). ناباروری یکی از مشکلات عمده زنان است و به صورت ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از هر گونه روش پیشگیری از بارداری تعریف می شود(۵). پژوهش ها نشان داده اند که ناباوری می تواند آثار و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به جای بگذارد. کاهش اعتماد به نفس، کاهش ارتباطات، احساس تنهایی و طرد شدن، وسواس در مورد بارور شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا درآمدن، احساس شرم و خجالت و احساس اضطراب و تنش در هنگام برخورد با مشکلات و موانع درمانی از جمله آن ها است(۶). تمام این موارد می تواند بهزیستی روان شناختی فرد را به مخاطره بیندازد. تحقیقات نیز نشان داده اند که ناباروری و استرس ناشی از آن می تواند موجب کاهش سلامت و بهزیستی افراد نابارور شود(۷،۸).

بهزیستی روان شناختی به عنوان یک سازه چند بعدی شامل عناصر شناختی و هیجانی می باشد. افراد با احساس بهزیستی بالاتر، به طور عمده هیجان های مثبت را تجربه می نمایند و نیز از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که گروه مقابل بیشتر هیجان های منفی نظیر افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می کنند(۹). در دهه گذشته ریف و همکاران(۱۹۲۶) ۶ الگوی بهزیستی روان شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل پذیرش خود(داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران(برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند(داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی(احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط(توانایی فرد در مدیریت محیط) تشکیل می شود(۱۰). الگوی ریف به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است. ریف این الگو را بر اساس مطالعه متون بهداشت روانی ارائه و اظهار داشت مولفه های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه گیری کرد(۱۰). بهزیستی روانی، جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است. اولین بخش آن قضاوت شناختی درباره این است که چه طور افراد در زندگی خود در حال پیشرفت هستند و دومین بخش آن، سطح تجربه های خوشایند است(۱۱).

یکی از سازه های روان شناسی مثبت که احساس بهزیستی را در افراد تحت تاثیر قرار می دهد، تاب آوری است(۱۲). کانر و دیویدسون(۲۰۰۳) تاب آوری را توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک بیان می کنند. آن ها تاب آوری را تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده قلمداد نمی کنند، بلکه شرکت فعال فرد در محیط را مهم می دانند(۱۳). امروزه تاب آوری در حوزه های بهداشت روانی و روان شناسی تحولی، جایگاه ویژه ای برای خود کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری ها و پژوهش های بهزیستی مطرح است(۱۴). تاب آوری که در حقیقت، ظرفیت و توانایی افراد برای استقامت در برابر شرایط دشوار است، با حفظ سلامت روانی و بهزیستی افراد و ارتقای آن رابطه دارد(۱۵).

با یک جمع بندی کلی می توان تاب آوری را شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری ها و خلاص شدن از موانع درونی دانست. افراد تاب آور درجه هایی از سلامتی و استقلال را نشان می دهند. آن ها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیط

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

خود انتقاد دارند، قادر هستند که نظرات را به دیگران انتقال دهند. آن ها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی هایشان را برای تغییر دادن محیط باور دارند(۱۶) و این ها مواردی است که بهزیستی روان شناختی فرد را افزایش می دهند. ریو(۲۰۰۵) در پژوهشی نشان داد که تاب آوری، با هیجانات مثبت، همبستگی مثبت و با هیجانات منفی همانند خشم و غمگینی، همبستگی منفی دارد(۱۷). پژوهش های مومنی و همکاران(۱۳۹۲) و بشارت و همکاران(۱۳۸۶) نشان دادند که تاب آوری با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت و معنادار دارد، بدین ترتیب که با افزایش تاب آوری، بهزیستی روان شناختی نیز افزایش می یابد(۱۸،۱۹).

تاب آوری نقطه مقابل آسیب پذیری به شمار می آید و تا حدی ویژگی شخصیتی و متاثر از عوامل محیطی است(۲۰). از این رو، می توان از طریق آموزش، آن را ارتقاء داد و به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت های ناخوشایند زندگی به گونه ای مثبت و کارآمد رویارو شوند(۲۱). بدین منظور برنامه آموزش تاب آوری برای ارتقای توانمندی فراد در مواجه با رویدادهای استرس آمیز زندگی به کار می رود و با توجه به رابطه ای که با بهزیستی روان شناختی دارد می تواند باعث ارتقای آن شود. در پژوهشی، استینهارد و دالیبر(۲۰۰۸) دریافتند که برنامه افزایش تاب آوری، باعث افزایش راهبردهای مقابله‌ای موثرتر، افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خودرهبری و کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی می شود(۲۲). نتایج تحقیقات دیگر نشان دادند که آموزش برنامه تاب آوری باعث افزایش سلامت‌روان و بهبود روابط بین فردی(که از مولفه های بهزیستی روان شناختی است) می شود(۲۳). کاوه و همکاران(۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف تاثیر برنامه آموزش تاب آوری بر مولفه های کیفیت زندگی والدین دارای کودکان کم توان ذهنی خفیف، به این نتیجه رسیدند که این برنامه بر مولفه های کیفیت زندگی این والدین اثرگذار است(۲۴). علیزاده و همکاران(۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان تدوین برنامه پرورش تاب آوری و بررسی تاثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال های رفتاری برون نمود و درون نمود، به این نتیجه رسیدند که برنامه تاب آوری تدوین شده توانسته است ضمن بهبود نسبی بهزیستی روانی دانش آموزان دارای اختلال های رفتاری، موجب ارتقای میزان تاب آوری و کاهش شدت اختلال های رفتاری آن ها شود(۱۲). در این پژوهش بر نمره کلی بهزیستی روان شناختی تمرکز شده و مولفه های بهزیستی روان شناختی مورد بررسی قرار نگرفته است. پورمحمدرضای تجریشی و همکاران(۱۳۹۳) نیز اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهزیستی روان شناختی دختران خیابانی دارای اختلال های برونی سازی شده مورد پژوهش قرار دادند. این نتایج نشان داد که برنامه آموزش تاب آوری موجب افزایش بهزیستی روان شناختی و مولفه های آن در دختران خیابانی دارای اختلال های برونی سازی شده می شود(۲۵).

در حالی که پژوهش های متعدد در مورد بهزیستی روان شناختی در سال های اخیر صورت گرفته اند، پژوهش های معدودی در مورد بهزیستی روان شناختی و تمامی مولفه های آن در گروه های در معرض استرس و رویدادهای ناگوار زندگی، از جمله زنان نابارور، صورت گرفته است. مطالعات پیشین و ذکر شده در بالا، به طور آشکار به بررسی تاثیر تاب آوری بر زنان نابارور نپرداخته اند و پژوهش های زیادی برای ارتقای وضعیت روان شناختی این زنان از جمله ارتقای بهزیستی روان شناختی آنان انجام نگرفته است.

از آن جا که تاب آوری با بهداشت روانی،کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی مرتبط است و ناباروری و استرس ناشی از آن می تواند سلامت روان و بهزیستی روان شناختی افراد نابارور را به مخاطره بیندازد. با توجه به این که ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می شود و زنان نسبت به مردان، معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری روبرو می شوند(۲۶)، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ نوع پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و با بهره گیری از طرح تحقیق پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

آزمایش و کنترل با جایگزینی تصادفی اجرا شد. جامعه آماری در این پژوهش، شامل زنان مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری و مطب های خصوصی زنان در شهر تهران در ماه های مهر تا اسفند سال ۱۳۹۲ بودند. از بین این افراد ۲۲ زن نابارور که ناباروری آن ها توسط پزشک متخصص زنان و نازایی تایید شده بود و ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به روش در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای انجام این پژوهش به مراکز ناباوری و مطب های خصوصی زنان در محدوده شهر تهران مراجعه شد و از بین زنان نابارور مراجعه کننده به این مراکز، ۳۰ زن نابارور که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام گردند و در ضمن ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به شرکت در کلاس های آموزش تاب آوری دعوت شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل ناباروری حداقل به مدت یک سال، داشتن ناباروری اولیه، نداشتن فرزند خوانده و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. برای این پژوهش، ۳۰ زن نابارور به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت آموزش تاب آوری که شامل ۱۲ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای بود قرار گرفتند و برای رعایت مسائل اخلاقی، به گروه کنترل نیز وعده برگزاری این کلاس ها بعد از انجام پژوهش داده شد. کلاس ها در خانه های سلامت شهرداری با هماهنگی افراد شرکت کننده، برگزار شد. ۴ نفر از آزمودنی های گروه آزمایش نیز به طور مرتب در کلاس ها شرکت نمی کردند و از نمونه حذف شدند و داده ها برای مجموعاً ۲۲ نفر و در دو گروه ۱۱ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شرح جلسات آموزش تاب آوری در جدول شماره ۱ آمده است.

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای گرد آوری داده ها استفاده شد:

ابزار سنجش بهزیستی روان شناختی، پرسش نامه مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف(Ryff's Scales of Psychological Well-being) بود. این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ساخته شده است. نسخه اصلی آن ۱۲۰ گویه دارد، اما در بررسی های بعدی نسخه های کوتاه تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ گویه ای نیز پیشنهاد شده اند. در این پژوهش نسخه ۸۴ گویه ای آن به کار رفته است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه ای از کاملاً موافق(نمره ۶) تا کاملاً مخالف(نمره ۱) نمره گذاری می شود. بالاترین نمره در این پرسش نامه ۵۰۴ و کمترین نمره ۸۴ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده میزان بهزیستی روان شناختی بیشتر است.

مقیاس های بهزیستی روان شناختی، شامل شش مقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند است.

ریف و کیس(۱۹۹۵) به منظور محاسبه پایایی، پرسش نامه بهزیستی روان شناختی را بر روی یک گروه ۱۱۰۸ نفری از افراد ۲۵ ساله و بالاتر اجرا کرد. ضریب همسانی درونی پرسش نامه در این پژوهش به تفکیک خرده مقیاس ها نیز محاسبه شد که به شرح زیر است: استقلال(۰/۷۵)، تسلط بر محیط(۰/۷۵)، رشد شخصی(۰/۶۱)، ارتباط مثبت با دیگران(۰/۷۱)، هدفمندی در زندگی(۰/۷۲) و پذیرش خود(۰/۷۸). ضریب قابلیت اعتماد پرسش نامه بهزیستی روان شناختی نیز از روش آلفای کرنباخ ۰/۹۱ محاسبه شد(۲۷).

در ایران واحدی و غنی زاده(۱۳۸۹) مقدار پایایی آزمون را به روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب، ۰/۷۰ و ۰/۷۱ گزارش کرده اند(۲۸). در پژوهش بیانی و همکاران(۱۳۸۷) تحت عنوان بررسی روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف، ضریب پایایی برای این مقیاس ۰/۸۲ و برای مولفه های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد و روایی مقیاس نیز به روش روایی سازه و با اجرای پرسش نامه های رضایت از زندگی، شادکامی آکسفورد و عزت نفس روزنبرگ محاسبه شد. همبستگی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش نامه شادکامی آکسفورد و پرسش نامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

آمد(۲۹). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۷۰ به دست آمد.

شرح جلسات آموزش تاب آوری به شرح زیر است:

جلسه اول با موضوع آشنایی اعضاء با هم و با موضوع جلسات: انجام پیش آزمون، معارفه با اعضای گروه، آشنایی با برنامه و هدف، آشنایی اعضای گروه با مفهوم تاب آوری؛ جلسه دوم با موضوع آگاهی نسبت به توانمندی های خود: ارائه تعریف ساده از خود آگاهی و مولفه های اصلی آن، شناخت نقاط قوت و ضعف با بارش فکری، خود آگاهی نسبت به اهداف؛ جلسه سوم با موضوع تقویت عزت نفس: ارائه درک روشنی از عزت نفس، شناسایی علل و عوامل موثر در تقویت عزت نفس، شناسایی ضعف های خود و تلاش برای برطرف کردن آن ها؛ جلسه چهارم با موضوع ارتقاء توانایی افراد در برقراری ارتباط: بیان تعریف ساده از ارتباط، بیان روش های برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان، بیان پی بردن به اهمیت ارتباط در زندگی؛ جلسه پنجم با موضوع برقراری روابط اجتماعی و دوست یابی: تعریف ساده از مفهوم دوستی، نقش حمایت اجتماعی در شرایط دشوار، تشخیص ویژگی های روابط اجتماعی صحیح؛ جلسه ششم با موضوع تعیین هدف و چگونگی دست یابی به آن: بیان مفهوم هدف، تمییز دادن اهداف کوتاه و بلند مدت، تعیین چند هدف کوتاه و بلند و برنامه ریزی برای رسیدن به آن ها؛ جلسه هفتم با موضوع خودکارآمدی از طریق تصمیم گیری: آشنایی با مفهوم خودکارآمدی و تاثیر آن در زندگی، بیان مفهوم تصمیم گیری و معیارهای یک تصمیم خوب، پذیرش مسئولیت تصمیمات خود؛ جلسه هشتم با موضوع خودکارآمدی از طریق حل مسئله: آشنایی با حل مسئله و مراحل آن، تفکر در مورد مشکلات خود و ارائه راه حل در مورد آن ها؛ جلسه نهم با موضوع خودکارآمدی از طریق مسئولیت پذیری: آشنایی با مفهوم مسئولیت پذیری، بیان مسئولیت های خود در زندگی و میزان موفقیت در آن ها، تفکر در مورد علت عدم موفقیت در مورد برخی مسئولیت ها و ارائه راهکار؛ جلسه دهم با موضوع مدیریت خشم، اضطراب و استرس: بیان مفهوم خشم، اضطراب و استرس و نشانه های آن ها، ارائه چند راهبرد رفتاری برای کنترل خشم، آموزش ریلکسیشن و تمرکز بر تنفس؛ جلسه یازدهم با موضوع پرورش حس معنویت و ایمان: بحث در مورد نقش معنویت در زندگی، ارائه مفهوم خوش بینی و امیدواری در زندگی، بحث در مورد تاثیر خوش بینی و امیدواری بر سلامت روان؛ جلسه دوازدهم با موضوع جمع بندی: ارائه خلاصه ای از کل جلسات و بحث در مورد مطالب ارائه شده، انجام پس آزمون. به منظور تجزیه و تحلیل داده های آزمون از نرم افزار SPSS vol.16 و از روش آماری تحلیل کواریانس یک متغیری و چند متغیری استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد نمونه در گروه آزمایش ۳۱ و در گروه کنترل ۳۳ سال بود در افراد گروه آزمایش سطح تحصیلات سیکل و لیسانس، هر کدام با فراوانی ۲ (۱۳/۳ درصد) دارای کمترین فراوانی و سطح تحصیلات دیپلم با فراوانی ۱۰ (۶۲ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. در آزمودنی های گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی(۹) و درصد(۵۴/۱۳) مربوط به سطح تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی(۲) و درصد(۱۳/۳) مربوط به سطح تحصیلات سیکل بود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان تاهل آزمودنی ها در گروه آزمایش به ترتیب، ۹ و ۳/۱ و در گروه کنترل میانگین، ۸ و انحراف معیار، ۴/۵ سال است. شاخص های توصیفی مربوط به متغیر پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

جدول شماره ۱. آماره توصیفی بهزیستی روان شناختی و مولفه های آن، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه

شاخص آماری		آزمایش		کنترل	
	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	پذیرش خود	۶۵/۷۵	۸/۷۱	۶۸	۶/۴۸
	روابط مثبت با دیگران	۶۴/۳۳	۹/۰۵	۶۰/۵۸	۱/۳۶
	خود مختاری	۵۸/۹۲	۱۰/۹۹	۶۴/۴۱	۹/۵۴
	تسلط بر محیط	۵۸/۶۷	۱۳/۲۸	۵۹/۰۸	۱/۲۵
	زندگی هدفمند	۵۳/۵۰	۱۵/۸۷	۶۳	۸/۳۴
	رشد فردی	۵۵	۱۴/۵۷	۶۱	۱/۳۴
	کل بهزیستی روان شناختی	۳۵۶/۱۷	۴۸/۳۹	۳۷۶/۰۸	۳۸/۲۷
پس آزمون	پذیرش خود	۵۹/۵۰	۱۰/۰۱	۶۷/۷۵	۶/۸۶
	روابط مثبت با دیگران	۵۳/۵۸	۱۳/۴۲	۶۰/۹۱	۱/۲۸
	خود مختاری	۵۲/۳۳	۱۳/۰۴	۶۵/۵۰	۹/۳۸
	تسلط بر محیط	۵۴/۲۵	۱۲/۱۵	۶۰	۱/۴۲
	زندگی هدفمند	۴۶/۷۵	۱۵/۵۶	۶۳/۳۳	۸/۳۰
	رشد فردی	۴۹/۰۸	۱۳/۱۶	۶۱/۴۱	۱/۲۰
	کل بهزیستی روان شناختی	۳۱۵/۵۰	۴۶/۸۳	۳۷۸/۹۱	۳۵/۹۹

بررسی وضعیت توصیفی داده ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار پیش آزمون بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش به ترتیب ۳۵۶/۱۷ و ۴۸/۳۹ است و در گروه کنترل ۳۷۶/۰۸ و ۳۸/۲۷ می باشد. هم چنین میانگین و انحراف معیار نمرات پس آزمون بهزیستی روان شناختی برای گروه آزمایش برابر با ۳۱۵/۵۰ و ۴۶/۸۳ و برای گروه کنترل برابر با ۳۷۸/۹۱ و ۳۵/۹۹ می باشد(جدول شماره ۱).

برای بررسی همگنی واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روان شناختی از آزمون لوین استفاده شد میزان F به دست آمده ۲/۲۸ بود که با سطح معناداری P=0.14 از نظر آماری در سطح P<0.05 معنی دار نبود. بنا بر این فرض مساوی بودن واریانس ها در مقیاس مذکور برقرار می باشد(P>0.05). برای بررسی فرض طبیعی بودن توزیع متغیرها نیز از آزمون تک متغیره کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که فرض طبیعی بودن توزیع نیز برقرار است(P=0.73, z=0.50). در نتیجه استفاده از تحلیل کوواریانس بدون مانع شناخته شد. برای بررسی آموزش مولفه های تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمرات پس آزمون بهزیستی روان شناختی گروه های آزمایش و کنترل، با کنترل اثرپیش آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۳۴۲۹۹/۰۲	۱	۳۴۲۹۹/۰۲	۱۷۶/۲۴	۰/۰۰۱
گروه	۱۱۶۹۷/۱۵	۱	۱۱۶۹۷/۱۵	۶۰/۱۰۴	۰/۰۰۱
خطا	۴۰۸۶/۸۸	۲۱	۱۹۴/۶۱		
کل	۲۹۵۵۸۰۳	۲۴			

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که پیش آزمون بهزیستی روان شناختی بر نمره های پس آزمون تاثیر معنادار گذاشته است($P<0.05$) و مداخله پس از حذف اثر پیش آزمون، تاثیر معناداری($P<0.05$) بر نمرات پس آزمون داشته است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره آزمودنی ها در هر یک از مولفه های بهزیستی روان شناختی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات مولفه های بهزیستی روان شناختی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۶	۳/۶۵	۶	۱۷	۰/۰۱۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۳	۳/۶۵	۶	۱۷	۰/۰۱۶
آزمون اثر هاتلینگ	۰/۲۸	۳/۶۵	۶	۱۷	۰/۰۱۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸	۳/۶۵	۶	۱۷	۰/۰۱۶

در جدول شماره ۳ مشاهده می شود که ترکیب خطی مولفه های بهزیستی روان شناختی با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل های کوواریانس تک متغیری انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول شماره ۴ درج شده است.

جدول شماره ۴. تحلیل کوواریانس تک متغیری نمرات مولفه های بهزیستی روان شناختی

شاخص آماری متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پذیرش خود	پیش آزمون	۱۳۴۵/۱۶	۱	۱۳۴۵/۱۶	۱۰۲/۳۱	۰/۰۰۱
	گروه	۲۰۸/۲۳	۱	۲۰۸/۲۳	۱۵/۸۳	۰/۰۰۱
	خطا	۲۷۶/۰۸	۲۱	۱۳/۱۴		
	کل	۹۹۱۸۵	۲۴			
روابط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۲۹۰۵/۱۶	۱	۲۹۰۵/۱۶	۶۹/۲۷	۰/۰۰۱
	گروه	۷۱۲/۱۴	۱	۷۱۲/۱۴	۱۶/۹۸	۰/۰۰۱
	خطا	۸۸۰/۶۶	۲۱	۴۱/۹۳		
	کل	۸۲۷۷۰	۲۴			
خود مختاری	پیش آزمون	۱۸۳۹/۰۴	۱	۱۸۳۹/۰۴	۳۸/۵۹	۰/۰۰۱
	گروه	۳۸۱/۸۵	۱	۳۸۱/۸۵	۸/۰۱	۰/۰۱۰
	خطا	۱۰۰۰/۶۲	۲۱	۴۷/۶۴		
	کل	۸۷۱۸۸	۲۴			
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۳۱۸۱/۴۲	۱	۳۱۸۱/۴۲	۹۸/۱۳	۰/۰۰۱
	گروه	۱۷۲/۴۳	۱	۱۷۲/۴۳	۵/۳۱	۰/۰۳۱
	خطا	۶۸۰/۸۳	۲۱	۳۲/۴۲		
	کل	۸۲۳۷۹	۲۴			
زندگی هدفمند	پیش آزمون	۳۰۵۰/۱۵	۱	۳۰۵۰/۱۵	۱۷۱/۸۳	۰/۰۰۱
	گروه	۳۱۳/۶۶	۱	۳۱۳/۶۶	۱۷/۶۷	۰/۰۰۱
	خطا	۳۷۲/۷۵	۲۱	۱۷/۷۵		
	کل	۷۷۷۸۳	۲۴			
رشد فردی	پیش آزمون	۲۲۶۸/۱۰	۱	۲۲۶۸/۱۰	۳۸/۷۳	۰/۰۰۱
	گروه	۳۶۵/۲۱	۱	۳۶۵/۲۱	۶/۲۳	۰/۰۲۱
	خطا	۱۲۲۹/۷۳	۲۱	۵۸/۵۵		
	کل	۷۷۶۷۲	۲۴			

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

با توجه به جدول شماره ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی مولفه های بهزیستی روان شناختی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر پذیرش خود(F=15.83 & P<0.001)، روابط مثبت با دیگران(F=16.98 & P<0.001)، خودمختاری(F=8.01 & P<0.010)، تسلط بر محیط(F=5.31 & P<0.031)، زندگی هدفمند(F=17.67 & P<0.001) و رشد فردی(F=6.23 & P<0.021) تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش مولفه های تاب آوری موجب افزایش مولفه های بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر آموزش تاب آوری بر افزایش بهزیستی روان شناختی زنان نابارور بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که گروه آزمایش در پس آزمون افزایش معناداری را در نمره کلی بهزیستی روان شناختی و خرده مقیاس های آن شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی نشان دادند. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش تاب آوری در افزایش بهزیستی روان شناختی و مولفه های آن موثر است.

یافته های این پژوهش، به نوعی با پژوهش هایی که رابطه بین تاب آوری و بهزیستی روان شناختی را تایید کرده اند، همسو است. از جمله این پژوهش ها می توان به پژوهش های ریو(۲۰۰۵)، مومنی و همکاران(۱۳۹۲) و بشارت و همکاران(۱۳۸۶) اشاره کرد که یافته های پژوهش حاضر را تایید می کنند(۱۹-۱۷).

برخی پژوهش ها حاکی از تاثیر تاب آوری بر متغیرهایی است که جزء مولفه های بهزیستی روان شناختی هستند. به طور مثال پژوهش استینهارد و دالیبر(۲۰۰۸) اثربخشی آموزش تاب آوری بر اعتماد به نفس، عواطف مثبت و خودرهبری را تایید کردند(۲۲). کارل و فارلند(۲۰۰۰) نیز نشان دادند که تاب آوری بر بهبود روابط با دیگران موثر است(۲۳). یافته های این پژوهش نیز حاکی از تاثیر آموزش تاب آوری بر بهبود روابط مثبت با دیگران و خودمختاری است که با نتایج تحقیقات استینهارد و دالیبر(۲۰۰۸) و کارل و فارلند(۲۰۰۰) همسو است.

از سوی دیگر بهزیستی روان شناختی را جزء روان شناختی کیفیت زندگی دانسته اند(۱۱). در نتیجه یافته های پژوهش حاضر را می توان تاییدی بر یافته های نتایج پژوهش کاوه و همکاران(۱۳۹۰) نیز دانست. آن ها در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری بر کیفیت زندگی مادران والدین دارای کودکان کم توان ذهنی خفیف موثر است(۲۴). به علاوه نتایج پژوهش، یافته های علیزاده و همکاران(۱۳۹۱) و پورمحمدرضای تجریشی و همکاران (۱۳۹۳)، را نیز تایید کرد(۱۲،۲۵). آن ها در پژوهش خود اثربخشی تاب آوری را بر بهزیستی روان شناختی تایید کردند.

در تبیین این یافته با توجه به نظریه کانر و دیویدسون(۲۰۰۳)، باید به ماهیت تاب آوری اشاره کرد. در واقع تاب آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، خودارزشمندی را افزایش می دهد(۳۰) و مقابله با شرایط دشوار زندگی را راحت تر می سازد و در نتیجه بهزیستی روان شناختی را حفظ می کند. مطابق با مدل تاب آوری کامپفر(۱۹۹۹)، تاب آوری باعث افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میان فردی و مهارت های اجتماعی، هدفمندی می شود(۳۱). افراد تاب آور با خوش بینی، پشتکار، احترام به خود(۳۲)، هدفمندی و ارتباط خوب با دیگران(که تماماً مولفه های بهزیستی را در بر می گیرند)، این توانایی را پیدا می کنند که بر موانع و مشکلات زندگی چیره شده و هم چنان سلامت روان و بهزیستی روان شناختی خود را حفظ کنند.

آموزش تاب آوری به افراد کمک می کند تا عزت نفس و احترام به خود را یاد بگیرند(۳۲). وقتی عزت نفس افزایش می یابد، فرد احترام و ارزش بیشتری نیز برای خود قائل می شود و در نتیجه خود را همان گونه که هست به عنوان فردی قابل احترام می پذیرد. به این ترتیب کسب توانایی تاب آوری، پذیرش خود را که یکی از مولفه های بهزیستی است، در افراد افزایش می دهد. در برنامه تاب آوری افراد روش های برقراری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

ارتباط صحیح را می آموزند. آن ها در جریان آموزش تاب آوری از اهمیت و نقش حمایت اجتماعی آگاه می شوند و در نتیجه در تعامل با دیگران بهتر عمل می کنند. بنا بر این آموزش تاب آوری باعث می شود مولفه روابط مثبت با دیگران در افراد ارتقاء یابد. از جمله مولفه های برنامه تاب آوری خودآگاهی و آشنایی با حل مسئله و مراحل آن و تفکر در مورد مشکلات خود و ارائه راه حل برای آن ها است. در نتیجه این برنامه می تواند به افراد کمک کند تا خودمختاری خود را در برخورد با مشکلات ارتقاء دهد. زیرا توانایی خودآگاهی و دانستن نقاط قوت و ضعف شخصیت خود و دانستن چگونگی حل مسئله زندگی می تواند خودمختاری را که احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی تعریف شده است(۱۱)، در افراد ارتقاء دهد. از سوی دیگر افزایش توان حل مسئله و آموختن راهبردهای کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی می تواند حس تسلط فرد بر محیط را نیز ارتقاء دهد. از جمله مهارت هایی که در برنامه تاب آوری بر آن تاکید می شود، آشنایی با مفهوم هدف و توانایی ایجاد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و برنامه ریزی برای رسیدن به آن ها است. در نتیجه این برنامه می تواند به افراد کمک کند تا زندگی هدفمندی را در پیش بگیرند و به اهداف خود در زندگی معنا دهند. در نهایت، برنامه آموزش تاب آوری با توانایی رشد قابلت های عاطفی و فراطبیعی(۳۲)، رشد معنویت در افراد و ایجاد حس امیدواری و خوش بینی در زندگی، می تواند به افراد کمک کند تا به رشد فردی خود ادامه دهند.

از محدودیت های این پژوهش محدود بودن نمونه تحقیق به زنان نابارور شهر تهران و نوع نمونه گیری در دسترس است که روایی بیرونی تحقیق را تهدید می‌کند. هم چنین از دیگر محدودیت های پژوهش عدم پیگیری برای تعیین ثبات سطح بهزیستی روان شناختی بود. بر اساس این محدودیت ها، پیشنهاد می شود که مداخله در بین جمعیت های مختلف با حجم نمونه های بالاتر و در مناطق جغرافیایی وسیع تر آزموده شود تا تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. هم چنین پیشنهاد می شود که انجام مطالعات طولانی تر با پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت صورت گیرد تا میزان اثربخشی این روش در طول زمان تعیین شود. تعیین تاثیر آموزش تاب آوری با حضور هر دو زوج و مقایسه اثربخشی بر اساس نوع جنسیت برای پژوهش های بعدی نیز پیشنهاد می شود. بر اساس یافته های پژوهش حاضر و با استناد به سوابق پژوهشی موضوع، می توان پیشنهاد کرد تا آموزش تاب آوری برای ارتقاء و حفظ بهزیستی روان شناختی زنان نابارور در کلینیک ها و مطب ها انجام گیرد و از این طریق به بُعد روان شناختی ناباروری نیز توجه گردد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

References

1.Zuraida AS. Psychological distress among infertile woman exploring biopsychosocial response to infertility. Malas J Psychiatry 2011;19:1-11.

2.Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. adenomyosis; a clinical review of a challenging gynecologic condition. J Minim Invasive Gynecol 2015;15: 1559-9

3. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The Prevalence of Infertility in Iran, A Systematic Review. Iranina J Obstet Gynecol Infertil2014;16:1-21.

4.Hamid N. The Effectiveness of stress management based on cognitive-behavior method on depression,anxiety and fertilization of infertile women. J BehaviorSci 2011; 5: 55-60.

5. Shahsavariisfahani S, Morshedbehbahani B, Beigizadeh SH, Sobhanian S. Epidemiological factors associated with infertility in infertile couples referred to clinic of Peymaniyeh Hospital in Jahrom in years 1999-2009. J Sci Health 2010; 5:51-60.

6.Mohammadi MR, Khalajabadifarahani F. [Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them]. J Rep Infertil 2001; 2:33-9.(Persian)

7.Hatamloyesaedabadi M, Hasheminosratabadi T. [The comparis on of psychology well-being and marital satisfaction in fertile and infertile women. J Health Psychol2012; 1:20-31].(Persian)

8. Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psychological health in women with infertility. Psychosom Obst Gynecol2002;22: 41-9.

9.Safarinia M, Aghayousefi AR, Baradaran, M. [The relationship between personality aspects, problem solving and psychological well-being the role of narcissism]. Counsel Psychother Culture2014;5:89-102.(Persian)

10.Ryff CD, Keyes C, Shomtkin D. Optimal well-being empirical encounter of two traditional. Personal Soc Psychol2002; 62: 1007-22.

11.Roothman B, Kirsten DK, Wissing MP. Gender differences in aspects of psychological well-being. South African J Psychol2003;33:212-18.

12.Alizadeh H, Kavehghahfarokhi M, Yoosefilooyeh M, Roohi A. Development of a resilience fostering program, and its effectiveness on psychological well-being in adolescents with externalizing and internalizing behavioral disorders. Iranian J Excep Child2012;12:43-60. (Persian)

13.Behzadpoor S, Motahhary Z, Godarzy P. [The relationship of the problem solving and resilience withhigh risk behavior in the students with high and low educational achievement. School psychol2013;2:25-42].(Persian)

14. Abraham P, Greeffkarla L. Spirituality as a resiliency quality in xhosa speaking families in South Africa. Relig Health 2008; 47:288-301.

15.Weiss GL. Toward the mastery of resiliency. Canadian J School Psycholo2008;23:127- 37.

16.Alvord CB, Bcgardiana H. Resiliency determinants and resiliency processes among female adult. Surn Child Sex Abuse 2006; 10:125-130.

17.Niemiec T, Lachowicz K. The moderating role of specific self-efficacy in the impact of positive mood on cognitive performance. Motiv Emot 2015;39:498-505.

18.Momeni Kh, Karami j, Shahbazirad A. [Relationship between spirituality coping strategies resilience with psychological well-being of students]. J Bebood2013;16:626-34. (Persian)

19.Besharat MA, Salehi M, Shahmohammadi K, Nadali H, Zebardast A. Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athletes. Contem Psycholo2007;3:38-49

20.Carlton BS, Goebert DA, Miyamoto RH, Andrade NN, Hishinuma ES, Makini GK, et al. Adolescents resilience family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. Int J Soc Psychiatry 2006; 52:291-300.

21.Oconnor M, Batcheller J. The resilient nurse leader reinvention after experiencing job loss. Nurs Adm Q2015;39:123-31.

22.Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. J American Coll Health 2008; 56: 445-53.

23.Farlane MK, Carol L. Resilience therapya group intervention program to promote the psychological wellness of

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

adolescents at risk. Uni South Afric J2000;22:82-8.
24.Kaveh M, Alizadeh H, Delavar A, Borjali A. [Development of a resilience fostering program against stress and its impact on quality of life components in parents of children with mild intellectual disability. Iranian J Excep Child2011;11:119-40. (Persian)
25.Pourmohamadreza M, Dusti M, Ghobaribonab B. The effectiveness of resiience training on psychological well-being of female street children with externalizing disorders. Dev Pscychol2014;11:4-12
26.Abbasushavazi MJ, Asgari Khanghah A, Razeghinasrabad HB. [Women and infertility experience a case study in Tehran]. Woman Dev Politic2005;3:91-114.(Persian)
27.Yaryari F, Moradi AR, Yahyazade S. [The Relationship between emotional intelligence and Locus of control with psychological well-being among students at Mazandaran University]. Quart J Psychol Stu2007; 3: 21-39.(Persian)
28.Vahedi Sh, ghanizadeh S. [Path analysis model between intrinsic religious motivation, praying spiritualwell being and quality of life with psychological well-being of college students. Res Psychol Health2010;3:27-42.(Persian)
29. Bayani AS, Koochek AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryffs psychological well-being scales. Iranian J Psychiatr Clin Psychol2008;14:146-51.
30.Burns RA, Anstey JK. The connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Testing the invariance of unidimensional resilience measure that is independent of positive and negative effect. Pers Indiv Diff 2010; 48:527-31
31.Dyess SM, Prestia AS, Smith MC. Support for caring and resiliency among successful nurse leaders. Nurs Adm Q2015;39:104-16.
32.Seidmahmoodi J, Rahimi C, Mohamadi N. Resiliency and religious orientation factors contributing to posttraumatic growth in Iranian subjects. Iran J Psychiatry 2011;6:145-50.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]

The Effect of Resilience Training on Increasing Psychological Well-Being of Infertile Women

Behzadpoor S[1], Motahhari Z[2], Vakili M[3], Sohrabi F[4]

(Received: March 7, 2015 Accepted: July 5, 2015)

Abstract

Introduction: Infertility can impose numerous psychological consequences on infertile patients. One of these consequences is reduction of psychological well-being. Therefore, the development of capabilities such as resilience to deal with the consequences or prevent them can be helpful. So, the aim of present study was to investigate the effect of resilience training on increasing well-being of infertile women.

Material & methods: The method of this study was a semi experimental study with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the present research comprised infertile women referred to Infertility Centers and gynecologists' private offices in Tehran.in 2013 22 infertile women selected by using of available sampling method and randomly assigned in two experimental and control groups (each group: 11 persons). The experimental group received resilience education for 12 weekly sessions. Data were gathered by using Reef wellbeing questionnaires. Data were analyzed by the SPSS 16 and presented with covariance (ANCOVA) test .Alpha level less than .05 was considered significance ($p<0.05$).

Findings: The results showed that resilience training was effective in increasing psychological of well-being ($p<0.001$) and its components including Self-acceptance ($p<0.001$), Positive relations with other ($p<0.001$), Autonomy ($p<0.01$), Mastery on environment ($p<0.031$), Purpose and direction in life ($p<0.001$) and Personal growth ($p<0.021$)

Discussion & Conclusion: Due to the Effect of resilience training on Psychological well being in infertile women, we can benefit this method as a complementary therapy beside medical treatments and therefore use it to increase psychological health in these patients.

Keywords: Resilience, Psychological, Well-being, Infertility

1.Dept of Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, *Tehran, Iran*
2. Dept of Psychology, Faculty of Psychology, Science and Culture University, Tehran, Iran
3. Dept of Psychology, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaii University, Tehran, Iran
4.Dept of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tabatabaii University, Tehran, Iran
** Correspondin author Email: Samaneh_behzadpoor@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-06]