

تأثیر برنامه آموزشی تنظیم هیجان در بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان نابارور

حسین قمری کیوی^۳

مصطفی زراعتی^۲

شهریار درگاهی^۱

مجتبی حقانی^۵

*نادر اعیادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری به عنوان پدیده‌ای با ماهیت زیستی، تأثیرات روانی فردی و بین فردی دارد. از این رو بروز پیامدهای روانی به دنبال تشخیص ناباروری، پدیده‌ای قابل انتظار خواهد بود. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش تنظیم هیجانی در بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان نابارور است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های متخصصان زنان، زایمان و ناباروری شهر پارس آباد در سال ۱۳۹۳ بود. که از بین آنها تعداد ۴۰ زن نابارور به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. سپس برای گروه مداخله برنامه آموزشی تنظیم هیجانی صورت گرفت و نمونه مورد نظر بعد از اتمام مداخله سه ماهه به پرسشنامه های بهزیستی هیجانی و رضایتمندی زناشویی پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شد. یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی می تواند به طور معناداری بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی در زنان نابارور را افزایش دهد ($P \leq 0/01$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به یافته ها آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان نابارور تأثیر مثبت دارد، بر همین اساس آموزش های ویژه به این زنان توصیه می شود.

کلیدواژه ها: هیجان، سلامت، رضایت زناشویی، ناباروری

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۵

^۱ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
^۳ استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۳۵۵۵۶۳۵۴۰ Email: Ayadinader23@gmail.com
^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را عدم باروری زوجین پس از یک سال مقاربت منظم تعریف می‌کند^(۱). در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۳ میزان ناباروری در ایران ۲۴/۹ درصد یعنی در حدود یک چهارم زوجین ایرانی، برآورد شده است^(۲). همانگونه که پدیده‌ی ناباروری تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک به وجود می‌آید و در قلمرو پزشکی قرار دارد، دارای جنبه‌های روانی-اجتماعی نیز می‌باشد^(۳). ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی ذهنی بینجامد^(۴).

Reyff بهزیستی ذهنی (psychological wellbeing) را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند^(۵). Boehm با تأکید بر این که سلامت مثبت چیزی فراتر از فقدان بیماری است^(۶)، پیشنهاد کرد بهزیستی ذهنی به آن چه فرد برای بهزیستی به آن نیاز دارد، اشاره می‌کند. در واقع بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی) اطلاق می‌شود^(۷). بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی) قابل شناسایی است^(۸). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند^(۹). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خلق‌های شاد، توانایی تفکر برای حل مسایل به شیوه‌های جدید را تسهیل می‌کنند. احساسات منفی، از توانایی تفکر انعطاف‌پذیر جلوگیری می‌کند^(۱۰).

حوادث نامطلوب زندگی قادرند بهزیستی روانی-هیجانی را تحت تاثیر قرار داده و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی منجر شوند. ناباروری یکی از این حوادث ناخوشایند است که زوجین نابارور به دلیل شکست‌های مکرری که در بچه دار شدن با آن روبرو می‌شوند، از نظر بهزیستی روانی-هیجانی در سطح پایین تری از افراد عادی قرار دارند^(۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روانشناختی شامل خدشه دار شدن حرمت خود، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، احساس حقارت و ناکارآمدی، کاهش کارایی جنسی و مشکلات زناشویی در ارتباط است^(۱۱،۱۲). در پژوهشی افزایش نمرات زنان نابارور در مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی و مشکلات خلقی گزارش شده است^(۱۳). Gameiro و همکاران در پژوهشی نشان دادند که منابع استرس و آسیب برای زنان نابارور، باعث می‌شود که شاخص‌های بهزیستی ذهنی آن‌ها در مقایسه با زنان بارور در موقعیت ضعیف تری قرار گیرد و این زنان مشکلات هیجانی بالاتری را نشان داده^(۱۲).

رضایت زناشویی موضوع دیگری است که زوجین نابارور در آن مشکل دارند رضایت زناشویی به عنوان میزان ادراک زوج از این که شریک‌شان نیازها و تمایلات آن‌ها را برآورده می‌کند، تعریف می‌شود^(۱۴). رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذت بخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند^(۱۵). پژوهشی نشان داد که بین ناباروری و رضایت‌مندی از زندگی زناشویی رابطه معناداری وجود دارد^(۱۶). در همین راستا پژوهشی همبستگی منفی معناداری را بین رضایت زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زوجین مراجعه کننده به کلینیک‌های نازایی نشان داد^(۱۷). در تحقیقی که هدف آن بررسی تأثیر ناباروری بر روابط جنسی زوجها بود مشخص شد که زنان از رضایت جنسی پایین‌تری برخوردار بوده، احساس تمایل جنسی و برانگیختگی کمتری داشتند و بیشتر اوقات آمیزش جنسی این افراد

همراه مشکلاتی در زمینه برانگیختگی و کاهش اورگاسم بوده است. همچنین پاسخ‌های هیجانی منفی نسبت به موضوع نزدیکی جنسی نشان می‌دادند، رضایت کلی کمتری نسبت به روابط زناشویی خود داشتند و ازدواج خود را قانع کننده نمی‌دیدند^(۱۸). رشیدی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که استرس حاصل از ناباروری به نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترکشان تأثیر منفی دارد^(۱۹). بخشایش و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که زنان نابارور، نارضایتی بیشتری از زندگی خود نشان داده و بیشتر این افراد از سلامت روانی پایینی برخوردار بودند^(۲۰).

رویکردهای مختلفی در زمینه زوج درمانی وجود دارد که محققان خانواده درمانی در طول سال‌ها به دنبال سنجش اعتبار و کارایی آن‌ها بوده‌اند^(۲۱). از آن جایی که پژوهش حاضر به بررسی زنان نابارور می‌پردازد و چون هیجانات در روابط زوجین نابارور نقش کلیدی را ایفا می‌کند و باید به آن توجه خاصی شود، بنابراین می‌توان از تنظیم هیجان استفاده کرد چرا که هم شاخه‌ای از زوج درمانی است و هم هیجانات را محور کار درمانی خود قرار داده است. این درمان اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و افراد را تشویق می‌کند تا از هیجاناتشان صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند^(۲۲). راهبردهای تنظیم هیجان منعکس کننده‌ی تفسیر دوباره محرک بوجود آورنده‌ی هیجان است که باعث تعدیل در تأثیر هیجانی می‌شود. همچنین تنظیم هیجان شکل خاصی از خود نظم بخشی است و به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است^(۲۳). آموزش تنظیم هیجانی (emotion regulation) از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند بر بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان ناباور مؤثر باشد. آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. نتایج حاکی است که آموزش گروهی تنظیم هیجان تأثیر

مثبتی بر بهزیستی هیجانی، رضایت زناشویی، کاهش آسیب رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس دارد^(۲۴). تحقیقات زیادی مؤثر بودن تنظیم هیجانی را نشان داده‌اند از جمله می‌توان به تحقیق اشاره کرد که نشان دادند زوج درمانی متمرکز بر هیجان به شکل معناداری باعث پیوند رابطه بین زوجینی که دارای درماندگی در روابط خود بوده‌اند، می‌شود^(۲۵). در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که تنظیم هیجان منجر به حل مشکلات، در ارتباطات زناشویی و بهزیستی روانی-هیجانی می‌شود^(۲۶). بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی روابط بین فردی و سلامت جسمانی و به طبع آن‌ها رضایتمندی زناشویی زنان نیز می‌شود^(۲۷،۲۸). در ایران نیز پژوهش‌های زیادی اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان را نشان داده‌اند از جمله تحقیق عرفان منش که نشان داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان موجب افزایش احساسات مثبت زوجین نسبت به هم و افزایش سازگاری زناشویی زوجین نابارور می‌شود^(۲۹). به علاوه نشان تحقیقی دیگر نشان که داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان به طور معناداری اضطراب و اجتناب زوجین را کاهش داده و روابط زوجین را بهبود بخشیده است^(۳۰).

با توجه به این که ناباروری موجب اضطراب و افسردگی زنان نابارور می‌شود و زندگی زوجین نابارور را با تنش‌های زیادی مواجه می‌سازد لذا باید تلاش‌هایی برای بالا بردن کیفیت زندگی و بهبود رضایت زناشویی این گروه از افراد صورت بگیرد. بنابراین در این تحقیق از آموزش تنظیم هیجان به عنوان رویکردی برای بهبود بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی این افراد استفاده شده است تا این افراد بتوانند بطور مثبتی به زندگی مشترک خود ادامه داده و عملکردی بهتری در حیطه‌های اجتماعی، جسمی و روانشناختی داشته باشند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر تنظیم هیجانی بر

(برای هر زیر گروه ۲۰ نفر) به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند.

محقق پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به مرکز ناباروری فوق مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولین مرکز اقدام به نمونه گیری کرد. ملاحظات اخلاقی شامل ارائه توضیحات کامل درباره اهداف و روش کار برای زنان نابارور، محترم شمردن حقوق شرکت کنندگان در رابطه با قطع یا ادامه همکاری در هر مرحله از تحقیق، عدم ذکر نام آنها در فرم اطلاعاتی به جهت محرمانه بودن و دادن اطمینان، اخذ رضایت آگاهانه کتبی در ابتدای فرآیند (هم از زنان نابارور و هم از شوهران آنها) رعایت شد.

برنامه آموزش تنظیم هیجانی مطابق پروتکل اجرایی Leahy (جدول شماره یک) اجرا شد^(۳۲)، این برنامه در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک روز در هفته با هماهنگی و اعلام قبلی بر روی گروه مداخله اجرا شد. پرسشنامه‌های بهزیستی هیجانی و رضایتمندی زناشویی، طی دو مرحله قبل از شروع جلسات آموزشی (در مرحله پیش آزمون) و پس از برگزاری دوره (در مرحله پس آزمون- بعد از حدود یکماه پس از آخرین جلسه آموزش رسمی) بر روی گروه مداخله و کنترل اجرا شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش‌های تجربی، برای گروه کنترل نیز جلسات تنظیم هیجان پس از اتمام مطالعه اجرا شد.

افزایش بهزیستی هیجانی و بهبود رضایت زناشویی زنان نابارور انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مطب‌های متخصصان زنان و زایمان شهر پارس آباد (استان اردبیل) در سال ۱۳۹۳ بود. ملاک‌های انتخاب نمونه و ورود به پژوهش عبارت بود از تشخیص قطعی ناباروری توسط پزشک، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و نداشتن هر نوع بیماری به جز ناباروری. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم شرکت در دو جلسه از جلسات گروهی، و عدم تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه این پژوهش ۴۰ نفر زن نابارور بود که از طریق نمونه گیری در دسترس از بین زنان نابارور مراجعه کننده به این مراکز درمانی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. آنها بدون توجه به سن و مدت ازدواج، فقط با توجه به اسامی موجود، در دو گروه قرار داده شدند. با توجه به اینکه در تحقیقات نیمه تجربی حداقل نمونه بایستی ۱۵ نفر باشد^(۳۱)، اما در این تحقیق به خاطر افزایش اعتبار بیرونی ۴۰ زن نابارور

جدول شماره ۱: برنامه آموزش تنظیم هیجانی

جلسه	موضوع
اول	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان.
دوم	آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت: آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت و انواع آن‌ها و آموزش توجه به هیجان‌ات مثبت و لزوم استفاده از آن‌ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی
سوم	آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی: آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی و انواع آن‌ها و آموزش توجه به هیجان‌ات منفی و لزوم استفاده از آن‌ها همراه با مثال به صورت تجسم ذهنی.
چهارم	آموزش پذیرش هیجان‌ات مثبت: آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان (بالا یا پایین) هیجان‌ات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجان‌ات.
پنجم	آموزش جلسه چهارم اما برای هیجان‌ات منفی
ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجان‌ات مثبت: آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات مثبت به صورت تجسم ذهنی، بازداری ذهنی و آموزش ابراز مناسب این هیجان‌ات.
هفتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجان‌ات منفی: آموزش تجربه ذهنی هیجان‌ات منفی ابراز نامناسب و بازداری ابراز نامناسب این هیجان‌ات.
هشتم	جمع‌بندی جلسات آموزشی

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل ۳ بخش بود. بخش اول مرتبط با اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان (سن، سطح تحصیلات، مدت ازدواج و شغل) دارای ۴ سوال بود. در بخش دوم سوالات مربوط به بعد بهزیستی هیجانی **مقیاس بهزیستی ذهنی (Keyes & Magyar-Moe)** بود. منظور از بهزیستی ذهنی نمره‌ای است که از پرسشنامه بهزیستی ذهنی **Keyes** و **Magyar-Moe** به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه بخش است و ابعاد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بهزیستی را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش فقط بعد بهزیستی هیجانی (۱۲ سوال اول) این پرسشنامه در نظر گرفته شده است. بعد بهزیستی هیجانی بر اساس مقیاس لیکرت پنج بخشی به صورت تمام مدت (۵)، بیشتر اوقات (۴)، بعضی اوقات (۳)، کمی (۲) و اصلاً (۱) تنظیم شده است. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است. به این معنی که نمره پایین (۱۲) بیانگر بهزیستی هیجانی پایین و نمره بالا (۶۰) در این مقیاس نشانگر بهزیستی هیجانی بالا می‌باشد (۹). نتایج تحلیل عامل تاییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تایید کرده است. اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیر مقیاسهای بهزیستی روانشناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس ها ۰/۸ و بالاتر بود^(۳۳). این ابزار در گذشته توسط تعدادی پژوهشگر ایرانی نیز استفاده شده و بر اساس گزارشات موجود روایی و پایایی علمی آن تایید شده است: گلستانی بخت در تحقیقی که در سال ۱۳۸۶ در رابطه با ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران انجام داده بود از ابزار فوق استفاده و

پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی و زیر مقیاسهای بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است^(۹). در بخش سوم از فرم کوتاه ۳۵ سوالی مقیاس رضایتمندی زناشویی (ENRICH) استفاده شده است. اولین بار **Olson** فرم ۱۱۵ سوال آن را معرفی کرد و سپس فرم ۳۵ سوالی آن ساخته شد. زیر مقیاسهای این آزمون شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان و جهت‌گیری مذهبی است. روش نمره‌گذاری آزمون به صورت پنج‌گزینه‌ای و از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. نقطه‌ی برش در این آزمون بین نمره‌ی ۶۰-۴۱ است. به این معنی که نمرات بین ۴۰ و ۶۰ نشانگر رضایت زناشویی نسبی و متوسط است اما افرادی که نمرات کمتر از ۴۱ می‌گیرند از رضایت زناشویی کمتر و افرادی که نمرات ۶۱ یا بیشتر از ۶۱ می‌گیرند از رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند. اعتبار فرم کوتاه را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند^(۳۴). در کشور ما اولین بار همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده‌اند و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه برای هر خرده‌آزمون به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ به دست آمد^(۳۵).

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار **SPSS** نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی از جمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف و همچنین برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول شماره ۲: یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش

متغیر	طبقه بندی	تعداد (درصد فراوانی)	فراوانی گروه (کنترل)	فراوانی گروه (مداخله)	مقادیر P	آزمون کای اسکوتر
سن	۲۰-۲۵	۳۵٪ (۱۴ نفر)	۸	۶	P=۰/۰۹	
	۲۶-۳۱	۴۲/۵٪ (۱۷ نفر)	۸	۹	Df=۲	
	۳۱ بالا	۲۲/۵٪ (۹ نفر)	۴	۵	Chi-square=۹/۴۰	
سطح تحصیلات	دبیرستانی	۲۵٪ (۱۰ نفر)	۵	۵	P=۰/۱۱	
	دیپلم	۴۰٪ (۱۶ نفر)	۹	۷	Df=۱	
	لیسانس	۳۵٪ (۱۴ نفر)	۷	۷	Chi-square=۱۳/۸۲۵	
وضعیت شغلی	شاغل	۳۲/۵٪ (۱۳ نفر)	۷	۶	P=۰/۰۷	
	خانه دار	۶۷/۵۰٪ (۲۷ نفر)	۱۳	۱۴	Df=۱	
					Chi-square=۸/۵۴۷	
طول مدت زمان ازدواج	۱-۳ سال	۱۵٪ (۶ نفر)	۳	۳	P=۰/۰۸	
	۳-۶ سال	۴۷/۵٪ (۱۹ نفر)	۸	۱۱	Df=۲	
	۶ سال بیشتر	۳۸/۸٪ (۱۵ نفر)	۸	۷	Chi-square=۱۱/۵۰	

بررسی همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

جهت رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لون استفاده شد. واریانس خطای این متغیرها در بین اعضای شرکت کننده (گروه مداخله و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی در بین دو گروه مداخله و کنترل (زنان ناپارور) (n=۲۰)

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون بهزیستی هیجانی	مداخله کنترل	۲۷/۸۸	۳/۹۸
	مداخله کنترل	۲۶/۴۵	۳/۸۹
پس آزمون بهزیستی هیجانی	مداخله کنترل	۴۸/۳۳	۹/۹۵
	مداخله کنترل	۲۶/۳۲	۴/۷۸
پیش آزمون رضایت زناشویی	مداخله کنترل	۴۸/۸۰	۵/۴۵
	مداخله کنترل	۴۵/۴۶	۶/۰۵
پس آزمون رضایت زناشویی	مداخله کنترل	۱۲۳/۱۲	۴/۸۹
	مداخله کنترل	۴۵/۸۵	۶/۰۸

جدول شماره ۴: آنالیز کوواریانس برای بررسی معنی داری آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی هیجانی در دو گروه مداخله و کنترل (n=۲۰)

منبع تغییرات	SS	DF	MS	آماره F	P	اثر
پیش آزمون	۳۷۶/۲۳	۱	۳۷۶/۲۳	۲/۰۵	۰/۰۹	۰/۱۰
اثر گروه	۱۱۰۷/۱۱۶	۱	۱۱۰۷/۱۱۶	۵۸۶/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می کنید با فرض کنترل پیش آزمون فرضیه شماره دو «آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی هیجانی زنان نابارور تأثیر دارد» در سطح $(P \leq 0/01)$.

جدول شماره ۵: آنالیز کوواریانس برای بررسی معنی داری آموزش تنظیم هیجانی بر رضایت زناشویی در دو گروه مداخله و کنترل ($n=20$)

منبع تغییرات	SS	DF	MS	F آماره	P	اثر
پیش آزمون	۳۴۴/۶۷	۱	۳۴۴/۶۷	۲/۸۷	۰/۱۱	۰/۱۰
اثر گروه	۱۱۴۶۰/۳۴۳	۱	۱۱۴۶۰/۳۴۳	۲۰۶/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۱

منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه زوجین نابارور می شود. همچنین این یافته می تواند تاییدی بر یافته های van den kommer و همکاران مبنی بر ارتباط مثبت تجربه هیجان های مثبت و ارتباط منفی تجربه هیجان های منفی با رضایت از زندگی باشد^(۴۰). در توجیه این یافته می توان گفت که چون تنظیم هیجان تعدیل و مدیریت هیجان ها را به دنبال دارد و برخوردار بودن از مهارت های مثبت تنظیم هیجان باعث سازگاری مثبت می شود بنابراین تنظیم هیجان می تواند نقش مهمی در زندگی ایفا کند و موجبات افزایش بهزیستی هیجانی در زندگی را فراهم آورد. همچنین در تبیین این یافته شاید بتوان به این نکته اشاره کرد که زنان نابارور در موقعیت های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی توانند از هیجان های مثبت به صورت مفید استفاده کنند و در مقابل به میزان زیادی از هیجان های منفی برخوردارند و این امر موجب مشکلات دیگری از جمله درک منفی از خویش، نگرانی نسبت به روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آنها می شود که خود دلیلی بر مختل شدن بهزیستی هیجانی در آنان است^(۴۱). بنابراین آموزش تنظیم هیجان در زنان نابارور باعث می شود که آنان با استفاده از هیجان های مثبت، آگاهی از هیجان های مثبت و پذیرش آنها و ابراز هیجان های مخصوصا هیجان های مثبت در موقعیت های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان سازگاری آنها

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می کنید با فرض کنترل پیش آزمون فرضیه شماره دو «آموزش تنظیم هیجانی بر رضایت زناشویی زنان نابارور تأثیر دارد» در سطح $(P \leq 0/01)$.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان نابارور بود. یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی هیجانی و رضایت زناشویی زنان نابارور تأثیر مثبت دارد. همانگونه که تحقیقات نشان می دهد توانایی افراد در تنظیم هیجان و مدیریت و نظم دهی بر هیجان های بر بهزیستی ذهنی آنها که در واقع همه ابعاد بهزیستی خصوصا بهزیستی هیجانی را در بر می گیرد تأثیر می گذارد و این امر نیز موجب کاهش مشکلات روانی و افزایش سازگاری افراد با مسائل زندگی و در نتیجه بهبود روابط فرد با دیگران می شود^(۳۸-۳۶). یافته های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی هیجانی زنان نابارور همسو با تحقیقات McDermott, Tull,^(۲۵) Makinen, Johnson Quoidbach, و Gratz, Daughters, Ij uez^(۲۶) و Berry, Hansenne, Mikolajczak^(۳۹) است مبنی بر این که تنظیم هیجان و مخصوصا راهبرد مثبت بازاریابی شناختی هیجان های باعث کاهش احساسات

در ابعاد سازگاری اجتماعی، هیجانی بهبود پیدا خواهد کرد. به عبارت دیگر، زنان نابارور به دلیل شرایط بیماری خود و استرسهای وارد شده به آنان، در معرض مشکلات متعددی همچون دشواری در تنظیم هیجان قرار دارند که ممکن است از وجود هیجانات مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به خوبی از هیجانات خود در زندگی زناشویی استفاده کنند^(۴۲)، این در حالی است که آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که از وجود هیجانات منفی و تاثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با بازارزبایی هیجانات در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن هیجانی تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات زناشویی کاهش می‌یابد.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش رضایت زناشویی در زنان نابارور شده است. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر با تحقیقات Makinen, Johnson^(۳۵)، Gross Richards, John^(۳۷)، Nyklíček^(۳۸)، عرفان منش^(۳۹) و اسلامی مهر^(۳۰) منطبق است و حاکی از آن است که آموزش تنظیم هیجانی بر رضایت زناشویی زنان نابارور تاثیر دارد. در توجیه این مطلب می‌توان گفت که زنان نابارور در یک سری الگوهای خشک و چرخه‌های تعاملی که توسط خود آنها تقویت می‌گردد و بارها تکرار می‌شود، گیر می‌افتند و عدم توانایی آنها برای تحمل هیجاناتی که در آن‌ها گیر افتاده‌اند، منجر به باقی ماندن آن‌ها در آشفتگی و ناسازگاری بیشتر مسایل غیرقابل حل می‌شود. در رویکردهای نوین، علت اختلالات هیجانی به نقص در کنترل‌های شناختی نسبت داده می‌شود، به طوری که ناتوانی در کنترل هیجان منفی، ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است. سبک‌های مقابله مشتمل بر کوشش‌های از نوع عملی و درون روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارض‌های میان آنهاست. پس تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های

مختلف تنظیم هیجان موجب پیامدهای شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، چنانچه با کمک به استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد موجب هیجان‌های مثبت، عملکرد میان فردی و زوجی بهتر و در کل رضایت زناشویی بالاتر می‌شود. همچنین تنظیم هیجانی و استفاده از هیجانات مثبت باعث می‌شود که زوجین ارتباط جنسی صحیح داشته باشند و فقط صرف بچه دار شدن با هم رابطه نداشته باشند. لذا تنظیم هیجان منجر به اثرات مثبت روانی، از جمله افزایش آرامش ذهن، کاهش علائم روانی و واکنش عاطفی و بهبود ارتباطات رفتاری می‌شود^(۴۳).

در تایید یافته‌های فوق می‌توان گفت که هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی، و انگیزشی موجب می‌شود وضعیت زنان نابارور در ارتباط با زندگی تثبیت شود و فرد را با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. از طرفی هیجان‌ها در ایجاد، حفظ و قطع روابط میان فردی نقش مهمی ایفا می‌کنند و این کار را با تنظیم فاصله بین افراد انجام می‌دهند، زیرا هیجان‌ها ما را به طرف هم می‌کشاند و یا از هم دور می‌کنند. برای مثال خشم و شادمانی بر روابط اجتماعی تاثیر می‌گذارند. خوشحالی باعث برقراری روابط می‌شود. غم در مواقع جدایی روابط را حفظ می‌کند. خشم اقدام لازم برای قطع کردن روابط زیانبار را بر می‌انگیزد^(۴۳). آموزش تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه استرس زا فعال می‌شوند باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند. تنظیم هیجان می‌تواند پیامدهایی را نیز در کارکرد اجتماعی افراد داشته باشد. برای نمونه زنان نابارور که از تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی بهره می‌گیرند، به دلیل این که پیش از آغاز روابط میان فردی توجه‌شان را به جای معطوف کردن بر خود به منابع بیرونی مانند کیفیت رابطه و یا فرد دیگر متمرکز می‌سازند، توانایی آنها برای کنترل کیفیت رابطه بیشتر و در نتیجه رضایت آن‌ها از روابط زناشویی بالا می‌رود. آموزش هیجانات

محدودیت مواجه نشود؛ این پژوهش صرفاً بر روی ناباروری که زن و یا مرد عامل ناباروری است انجام گرفته، لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی خانواده‌هایی که عامل ناباروری مردان یا زنان هستند (به تفکیک) نیز انجام شود؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، میزان درآمد خانواده و میزان حمایت همسر و اطرافیان، هم در نظر گرفته شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، در صورت امکان تمامی زنان ناباروری که مورد بررسی قرار می‌گیرند، حداقل یک چرخه‌ی کامل IVF را گذرانده باشند.

تقدیر و تشکر

از متخصصین محترم و مراکز زنان و زایمان که در نمونه گیری کمک شایانی کردند قدردانی نموده و از همه زنان محترمی که در پژوهش حاضر شرکت داشتند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و مرکز بهداشت و درمان شهرستان اردبیل که در اجرای پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدرانی می‌شود.

مثبت به زنان نابارور باعث می‌شود که تعارضاتی که در زندگی داشتند کنار بگذارند و بیشتر روی تفاهم در زندگی تمرکز کنند. با توجه به این که این پژوهش تاثیر تنظیم هیجانی را در افزایش بهزیستی هیجانی و رضایتمندی زناشویی زنان نابارور نشان داد. لذا می‌توان از این برنامه آموزشی جهت سازگار کردن این نوع از زنان با شرایط استرس‌زای ناباروری و بهبود روابط زناشویی آن‌ها در مراکز مختلف استفاده نمود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر مختص بودن نمونه به شهر پارس آباد است که تعمیم یافته‌ها را با سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌سازد؛ در نظر نگرفتن مدت زمان ناباروری و استفاده از دارو توسط زنان از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است؛ تمامی زنان ناباروری که مورد بررسی قرار گرفتند یک چرخه‌ی IVF را پشت سر نگذاشته بودند.

پیشنهاد می‌شود در این راستا پژوهش‌های مشابه در شهرهای مختلف و با حجم نمونه بیشتر و متنوع تر انجام گیرد و نتایج پژوهش‌های مورد بررسی دقیق صورت گیرد که امکان تعمیم یافته‌ها را به سایر شهرها را با

فهرست منابع

1. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, et al. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *Eur Urol.* 2012;62(2):324-32.
2. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5]. *J Reprod Infertil.* 2006;7(3):243-51. Persian.
3. Keylor R, Apfel R. Male infertility: integrating an old psychoanalytic story with the research literature. *Stud Gen Sex.* 2010;11(2):60-77.
4. Bränström R, Kvillemo P, Brandberg Y, Moskowitz JT. Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients—A randomized study. *Ann Behav Med.* 2010;39(2):151-61.
5. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom.* 2014;83(1):10-28.
6. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull.* 2012;138(4):655.
7. Powell J, Hamborg T, Stallard N, Burls A, McSorley J, Bennett K, et al. Effectiveness of a web-based cognitive-behavioral tool to improve mental well-being in the general population: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2013;15(1):e2.
8. Bridges LJ, Margie NG, Zaff JF. Background for community level work on emotional well-being in Adolescence: Reviewing the literature on contributing factors. 2008; New York: Child Trends. Available from: <http://www.chilrends.org/files/Kemotional.pdf>
9. Bakht TG. [Model of subjective well-being and happiness in Tehran: Ph. D. dissertation] University of Zahra; 2007. Persian.

10. Roskes M, De Dreu CK, Nijstad BA. Necessity is the mother of invention: avoidance motivation stimulates creativity through cognitive effort. *J Pers Soc Psychol*. 2012;103(2):242.
11. Luk BH-K, Loke AY. The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther*. 2014(ahead-of-print):1-16.
12. Gameiro S, van den Belt-Dusebout AW, Bleiker E, Braat D, van Leeuwen FE, Verhaak CM. Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11–17 years after fertility treatment. *Human Reproduction*. 2014;deu178.
13. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. *Curr Womens Health Rep*. 2002;2(3):194-9.
14. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev*. 2005;12(1):43-51.
15. Taniguchi ST, Freeman PA, Taylor S, Malcarne B. A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation. *The Journal of Experiential Education*. 2006;28(3):253-6.
16. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal Sex Med*. 2008;5(8):1907-14.
17. Hashiloni-Dolev Y, Kaplan A, Shkedi-Rafid S. The fertility myth: Israeli students' knowledge regarding age-related fertility decline and late pregnancies in an era of assisted reproduction technology. *Human Reproduction*. 2011;der304.
18. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(3):271-81.
19. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):186.
20. Bakhshayesh AR, Kazeraninejad M, Mongabadi MD, Raghebian M. [A comparison of general health and coping strategies in fertile and infertile women in Yazd]. *Iran J Reprod Med*. 2012;10(6):601. Persian.
21. Wood ND, Crane DR, Schaalje GB, Law DD. What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *Am J Fam Ther*. 2005;33(4):273-87.
22. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(1):46-57.
23. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;9:1516-23.
24. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*. 2006;37(1):25-35.
25. Makinen JA, Johnson SM. Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: steps toward forgiveness and reconciliation. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(6):1055.
26. McDermott MJ, Tull MT, Gratz KL, Daughters SB, Lejuez C. The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *J Anxiety Disord*. 2009;23(5):591-9.
27. Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN. Emotion regulation in couples and families. Washington, DC: *American Psychological Association doi*. 2006;10:11468.
28. Nyklíček I, Vingerhoets A. 'Adaptive' Psychosocial Factors in Relation to Home Blood Pressure: A Study in the General Population of Southern Netherlands. *Int J Behav Med*. 2009;16(3):212-8.
29. Erfanmanesh N. [The effects of emotional focused therapy on the marriage suitability. Presented for MA, Teharan Islamic Azad University]. 2005. Persian
30. Eslamimehr S. [The effects of emotional focused therapy on attachment styles of Esfahan city couples. Presented for MA, Isfahan University of Isfahan.] 2007. Persian
31. Delaware, A. [The theoretical and practical research in the humanities and social sciences.] Tehran, roshd publication 2007. Persian
32. Leahy RL, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2011.

33. Shokri O, Dastjerdi R, DaneshvarPour Z, Ghanaie Z, ZeinAbadi H, Geravand F. [Gender differences in scales of psychological well-being in Birjand state universities during the school year 2005-2006]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2008;15(3):54-61. Persian.
34. Erfanmanesh N. [The effects of emotional focused therapy on the marriage suitability. Presented for MA, Tehran Islamic Azad University]. 2005. Persian.
35. Asoodeh MH, Khalili S, Daneshpour M, Lavasani MG. [Factors of successful marriage: Accounts from self described happy couples]. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;5:2042-6. Persian.
36. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(8):1211-7.
37. Miller AL, Rathus JH, DuBose AP, Dexter-Mazza ET, Goldklang AR. Dialectical behavior therapy for adolescents. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. 2007:245-63.
38. Dagley JC, Campbell LF, Kulic KR, Dagley PL. Identification of subscales and analysis of reliability of an encouragement scale for children. *J Individ Psychol*. 1999. 55 (3): 355-64.
39. Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Pers Individ Dif*. 2010;49(5):368-73
40. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive coping and goal adjustment are associated with symptoms of depression and anxiety in people with acquired hearing loss. *Int J Audiol*. 2012;51(7):545-50.
41. Abbasi M, Dargahi S, Mehrabi A, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi A. [Role of Meta Emotion and Resiliency in Psychological the Well-being of Infertile Women of Gonabad City in 2012-2013]. *Community Health Journal*. 2014;8(1):9-17. Persian
42. Verhaak C, Lintsen A, Evers A, Braat D. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod*. 2010;25(5):1234-40
43. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. [Relationship between Cognitive emotion regulation styles and general health among university students]. *JAUMS*, 2011; 8(4): 258-64. Persian

The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Emotional Well - Being and Marital Satisfaction of Infertile Women

Dargahi SH.¹, MS.

Zeraati M.², MS.

Ghamari Givi H.³, PhD.

*Ayadi N.⁴, MS.

Haghanni M.⁵, MS.

Abstract

Background & Aim: Infertility as a biological phenomenon has personal and interpersonal psychological effects. Accordingly, expression of psychological consequences would be expectable after its diagnosis. The aim of current study is to determine the effectiveness of emotional regulation training on emotional well-being and marital satisfaction of infertile women.

Material & Methods: It was a quasi-experimental, pre-test and post-test study with control group. The statistical population was all infertile women attending to the obstetricians and gynecologists' clinics in Parsabad city during 2014. A total of 40 infertile women were recruited by convenience sampling and then were assigned randomly to experimental and control groups. The three months period emotion regulation training was applied to the experimental group. Data was collected by marital satisfaction and emotional well-being questionnaires before and after intervention and analyzed by Univariate covariance analysis (ANCOVA) using SPSS-PC (v.16).

Results: The results showed that emotional regulation training could significantly increase the emotional well-being and marital satisfaction among infertile women ($P \leq 0.01$).

Conclusion: According to the results emotion regulation training have positive effects on emotional well-being and marital satisfaction of infertile women. Accordingly especial training programs for these women are recommended

Keywords: Emotion, Mental Health, Marital, Satisfaction, Infertility

Received: 17 March 2015

Accepted: 15 Jun 2015

¹ M.A of family counseling, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

² M.A student of family counseling, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

³ Professor Department of counseling, Faculty of Psychology and Education, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

⁴ M.A student of family counseling, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +989355563540 Email: ayadinader23@gmail.com

⁵ M.A student of career counseling, Faculty of Psychology and Education, Allame University, Tehran, Iran.