Effect of Stress Management Training with Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Adjustment in the Wives of War Veterans Suffering from Post-Traumatic Stress Disorder

Seyed Abolghasem Mehrinejad[1*], Marziye Mokarrami[2], Zohre Ostovar[2]

[1]Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Alzahra University, Tehran, Iran

[2]Department of Psychology, Islamic Azad University of Alborz, Karaj, Iran

Article Info:

Received: **29 Dec 2014** ***Accepted*****: 8 Jun 2015**

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to investigate the efficacy of cognitive behavioral stress management training on marital adjustment in the wives of the war veterans suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD). PTSD is known as a stressful issue in veterans' wives; thus, it can decrease their dyadic adjustment. ***Materials and Methods:*** Experimental group included 12 wives who were selected among 30 after training and 12 wives were selected randomly as a control group. Training program included ten 90-minute sessions. The dyadic adjustment questionnaire was Spanier. ***Results:*** The results showed that there were significant differences between experimental pretest, posttest, and follow up data in experimental group. Furthermore, significant differences were observed between posttest follow up results in experimental and control groups but there were no significant difference in pretest scores. ***Conclusion:*** Marital adjustment can be enhanced by cognitive behavioral stress management training in the wives of the war veterans suffering from PTSD.

Key words:

1. Education
2. Veterans
3. Stress Disorders, Post-Traumatic

*** *Corresponding Author:*** Seyed Abolghasem Mehrinejad

E-mail: *ab_mehrinejad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

اثر آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ درمان شناختی -رفتاری بر سازگاری زناشویی در همسران جانبازان جنگ تحمیلی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

سید ابوالقاسم مهری نژاد[1*]، مرضیه مکرمی[2]، زهره استوار[2]

[1] گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

[2] گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی البرز، کرج، ایران

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۸ دی ۱۳۹۳
تاریخ پذیرش: ۱۸خرداد ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه، بررسی اثر آموزش مدیریت استرس شناختی -رفتاری بر سازگاری زناشویی همسران جانبازان جنگ مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. از آنجایی‌که اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان یک موضوع پر استرس در همسران جانبازان شناخته شده است؛ بنابراین می‌تواند سازگاری دو طرفهٔ آن‌ها را کاهش دهد. **مواد و روش‌ها:** گروه آزمایش شامل ۱۲ همسر انتخاب شده در میان ۳۰ نفر پس از آموزش بود و ۱۲ همسر به صورت تصادفی به‌عنوان یک گروه کنترل انتخاب شدند. برنامهٔ آموزش عبارت از ۱۰ قسمت ۹۰ دقیقه‌ای است. پرسشنامهٔ سازگاری دو طرفهٔ مورد استفاده، اسپانیر بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که تفاوت‌های معنی‌داری بین نتایج پیش از آزمون، پس از آزمون و پیگیری آزمایش در گروه آزمایش وجود دارد. علاوه‌بر این تفاوت‌های معنی‌دار بین نتایج پیگیری پس از آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده شدند اما تفاوت معنی‌داری در نمرات پیش‌آزمون مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** سازگاری زناشویی می‌تواند توسط آموزش مدیریت استرس شناختی -رفتاری در همسران جانبازان جنگ مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه افزایش یابد.

کلید واژه‌ها:
۱. آموزش
۲. جانبازان
۳. اختلالات استرس پس از سانحه

* **نویسنده مسئول:** سید ابوالقاسم مهری نژاد
آدرس الکترونیکی: *ab_mehrinejad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

مقدمه

زندگی با همسری که به اختلال استرس پس از سانحه[1] مبتلا است، می‌تواند موجب افزایش میزان استرس، تعارضات زناشویی[2] و کاهش رضایت زناشویی زوجین شود. اختلال استرس پس از سانحه از جمله شرایط زمینه‌ساز استرس طولانی‌مدت و شدید برای فرد است. هر چند که افراد حاضر در جنگ می‌دانند که با خطر روبرو هستند، اما آسیب‌دیدگی جسمی برای افراد خانوادهٔ آنان می‌تواند یک رویداد غیرقابل کنترل و حتی پیش‌بینی‌ناپذیر باشد و به همین دلیل استرس بیشتری را بر آنان تحمیل نماید. وقوع تروما نه‌تنها زندگی فردی و اجتماعی فرد آسیب‌دیده را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بلکه می‌تواند با توجه به شدت و نوع آسیب، زندگی اعضای خانوادهٔ وی را نیز تحت‌الشعاع قرار دهد (۳-۱).

اختلال استرس پس از سانحه، یکی از انواع اختلالات روانی است که در آن علایم پایدار مبنی بر افزایش برانگیختگی (که قبل از سانحه وجود نداشته‌اند) مشاهده می‌شود. علایم این اختلال می‌تواند برای سایر اعضای خانواده نیز استرس‌زا باشد. این علایم شامل مواردی همچون تحریک‌پذیری یا حملات خشم، اشکال در تمرکز، گوش به زنگ بودن مفرط و افزایش پاسخ یکه‌خوردن می‌شود. محدودیت دامنهٔ عواطف، احساس بیزاری از دیگران، ناراحتی روانی و واکنش فیزیولوژیک در هنگام رویارویی با نمادهای رویداد آسیب‌زا به اختلال عمده در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم منجر می‌شود (۴). مجموعهٔ این علایم باعث سازگاری رفتاری پایین و در نتیجه موجب استرس فرد و اطرافیان او می‌شود. بیشترین فشار بر روی کسانی است که از بیماران مراقبت می‌کنند؛ بنابراین همسران این بیماران به طور ویژه‌ای در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر هستند. به طور معمول در این حالت، روابط زن و شوهر به شکل ریشه‌ای دگرگون می‌گردد (۳-۱).

زوج‌های دچار تعارض زیاد معمولاً از تعامل‌های خوشایند و شوق‌انگیزی برخوردار نیستند و در عین حال، دارای تعامل‌های مملو از هیجان‌های خشم، سرزنش و یا تنبیه می‌باشند. تعامل چنین زوج‌هایی، اغلب با رفتار منفی متقابل همراه است. اگر یکی از طرفین رفتاری منفی از خود نشان دهد، طرف دیگر نیز پاسخی شبیه آن می‌دهد و بدین ترتیب زنجیرهٔ تعامل منفی پیشرونده‌ای آغاز می‌شود. زوج‌های دچار تعارض، واکنش‌پذیر هستند و رویدادهای مثبت یا منفی، اثری قوی دربارهٔ چگونگی احساس آن‌ها از ارتباط و ارزیابی آن ارتباط در هر زمان معینی دارد (۵).

از آنجایی‌که همهٔ زوج‌ها در برهه‌ای از زمان به‌گونه‌ای درگیر استرس و تعارض‌های متفاوت هستند، آنچه در حفظ هماهنگی خانواده نقش اساسی پیدا می‌کند، مهارت[3] حل تعارض است. حتی خانواده‌های سالم و بهنجار نیز عاری از مشکلات نیستند؛ اما بهتر از خانواده‌هایی با روابط آشفته، با این موارد مقابله می‌کنند. دوران بیماری یکی از اعضاء، اغلب یک زمان استرس‌زای ویژه برای خانواده است. بر اثر بیماری پیوندهای میان بیمار و سایر اعضای خانواده ضعیف و در نتیجه خانواده دچار نوعی بحران می‌شود (۶).

فقدان مهارت در حل تعارض و در نتیجه ناسازگاری زناشویی، باعث می‌شود نزاع‌ها و تعارض‌های حل‌نشده، روی هم انباشته شوند. سابقهٔ چنین تعارض‌های حل‌نشده‌ای ممکن است به انتظارات منفی دربارهٔ تعارض‌های آینده منجر شود و امکان حل مسئله در رابطه با زوج‌ها را کمتر کند. ارزیابی‌های شناختی اشتباه زوج‌ها، در تعارض‌ها ممکن است به علت کمبود اطلاعات یا اعتقادات نادرست رخ دهد و زمینه‌ساز استرس شود. از این‌رو بعضی از رویکردهای کنار آمدن با استرس، بر تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد به‌منظور کاهش ارزیابی‌های شناختی نادرست تأکید کرده‌اند. روش‌های شناختی -رفتاری[4] مربوط به حل تعارض‌های خانوادگی و زناشویی، غالباً جنبهٔ آموزشی دارند؛ بنابراین یکی از وظایف مهم درمانگر، آموزش و گاه مدل‌سازی مهارت‌های جدید است (۷).

مدیریت استرس[5] با استفاده از روش‌های شناختی -رفتاری، از جمله مهارت‌هایی است که می‌تواند از طریق آموزش کسب شود. اگر این مهارت از طریق یک برنامهٔ آموزشی مناسب به همسر فرد جانباز آموزش داده شود می‌تواند به او در راستای ارزیابی موقعیت‌های پراسترس و احساسات مرتبط با آن‌ها و کنترل استرس کمک نماید. کنترل محرک‌های استرس‌زای درون فردی، درون خانوادگی، درون جامعه و مشکلات روزمره‌ای همچون سلامت یکی از اعضای خانواده و پیامدهای آن، هم می‌تواند باعث کاهش استرس همسر جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه شده و هم از استرس سایر اعضای خانواده بکاهد. پژوهش‌ها بر سودمندی درمان شناختی -رفتاری در کاهش استرس و ارتقای کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (۸). به کارگیری درمان شناختی -رفتاری گروهی برای افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده است (۹).

برخی از پژوهش‌ها به استرس همسر فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه توجه کرده‌اند. تأثیر آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس، بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی در همسران مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ، تا حدی مورد بررسی قرارگرفته است. نتایج یک پژوهش در سال ۲۰۱۳ نشان داد پس از ۱۲ جلسه آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس بر روی همسران مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ، سطح تعارضات زناشویی کاهش و سطح رضایت زناشویی آن‌ها افزایش یافت (۱۰).

یافته‌های یک پژوهش نشان داد آموزش شیوه‌های مقابله با استرس به همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ در کاهش تعارضات زناشویی آنان مؤثر بود (۲). در پژوهشی دیگر نیز هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علایم اختلال استرس

[1] Posttraumatic stress disorder
[2] Marital conflicts
[3] Skill
[4] Cognitive- behavior techniques
[5] Stress management

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

و مشکلات روان‌شناختی همسران افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه بود. هرچند که در این پژوهش از آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش علایم کلی اختلال استرس همسران بیماران دچار اختلال پس از سانحه استفاده شد اما نتایج نشان داد که آموزش در کاهش علایم افسردگی[6]، اضطراب، استرس، نگرش‌های[7] ناکارآمد و اعتقاد به افکار خودآیند منفی[8] همسران افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه، مؤثر بوده است (۳).

بنابراین طبق پژوهش‌های پیشین می‌توان با استفاده از درمان شناختی -رفتاری مناسب برای اعضای خانواده به‌ویژه همسر بیمار دچار اختلال استرس پس از سانحه، مهارت و توانایی لازم برای ادارهٔ رفتار و موقعیت را در آنان ایجاد نمود. آموزش شیوه‌های مقابله با استرس نیز در کاهش تعارضات زناشویی مؤثر بوده‌اند (۱۱، ۱۰، ۲)؛ بنابراین در این پژوهش از آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری برای افزایش سازگاری زناشویی استفاده می‌شود. اهمیت این موضوع در آن است که مدیریت استرس ممکن است بتواند رفتار همسر جانباز با سایر افراد خانواده را تغییر دهد. اگر سازگاری زناشویی نیز با مدیریت استرس افزایش یابد شرایط روانی خانواده، شامل عواطف و رفتارها نیز می‌تواند بهبود یابد. از آنجایی‌که معمولاً اختلال استرس پس از سانحه یک عامل استرس‌زای مزمن است، آموزش مدیریت استرس به اعضای خانوادهٔ افراد مبتلا به‌ویژه به همسران آنان اهمیت می‌یابد.

مواد و روش‌ها

اجرای مطالعه

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با گروه‌های آزمایش و کنترل و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. در این کار آزمودنی‌ها پس از انتخاب، به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدای مطالعه برای اجرای پیش‌آزمون بر روی آزمودنی‌های دو گروه، از پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی استفاده شد. سپس برنامهٔ آموزش مدیریت استرس بر روی گروه آزمایش اجرا شد. این برنامه شامل ۱۰ جلسهٔ ۱/۵ ساعته بود. پس از پایان دورهٔ آموزشی در گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی به‌عنوان پس‌آزمون به کار رفت. یک ماه پس از پایان دورهٔ آموزشی گروه آزمایش، مرحلهٔ پیگیری با اجرای پرسشنامهٔ مذکور بر روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. سپس داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمودنی، مورد بررسی قرار گرفت.

جامعهٔ آماری

جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحهٔ ساکن در شهر تهران بود. نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد. بدین صورت که به‌منظور نمونه‌گیری، با همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحهٔ شهر تهران (مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شاهد و ایثارگر شهر تهران) تماس گرفته‌شده و از آنان خواسته شد تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمایند. حجم نمونه شامل ۶۰ نفر از همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه بود که ۳۰ نفر از آنان به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و ۳۰ نفر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند.

به علت ریزش حجم نمونهٔ گروه آزمایش در طی جلسات آموزش، تعداد آن از ۳۰ نفر به ۱۲ نفر رسید. دلایل ریزش حجم نمونه عبارت بودند از: تغییر آدرس فرد و عدم امکان شرکت در دورهٔ آموزشی، بیماری جانباز و عدم همکاری سایر اعضای خانواده در زمان عدم حضور همسر جانباز در منزل (منظور ساعت‌های برگزاری دورهٔ آموزش مدیریت استرس است)؛ بنابراین از گروه کنترل نیز ۱۲ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند تا در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری شرکت نمایند. دلیل پژوهشگر برای این کار این بود که تفاوت زیاد حجم نمونهٔ گروه آزمایش و کنترل ممکن است نوعی سوگیری در انجام پژوهش باشد؛ بنابراین با برابر کردن حجم نمونه‌های دو گروه از راه نمونه‌گیری تصادفی، این سوگیری حذف شد. ابزار این پژوهش، پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی اسپانیر[9] بود که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی اسپانیر

این مقیاس یک پرسشنامهٔ خودسنجی است که از ۳۲ سؤال تشکیل شده است و برداشت‌های ذهنی افراد را در مورد سازگاری زناشویی ارزیابی می‌کند. نمرات پرسشنامه از صفر تا ۱۵۱ متغیر است و نمرهٔ ۱۰۰ یا بالاتر سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است. مطالعات مربوط به پایایی و اعتبار مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر همواره مثبت بوده است. اسپانیر در سال ۱۹۷۶ ضریب همسانی درونی ۰/۹۶ و ملاک اعتبار بالایی را برای این پرسشنامه گزارش نموده است. برنشتاین[10] در سال ۱۹۸۹ استفاده از این مقیاس را توصیه کرده است؛ زیرا پایه‌های روان‌سنجی آن را در مقایسه با سایر مقیاس‌ها پیشرفته‌تر می‌دانست (۱۲). خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل موارد رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت می‌باشد. دسترسی به این آزمون از طریق مراکز ساخت و تهیهٔ آزمون‌های روان‌سنجی معتبر (http://www.azmonyar.com/Contact_List.aspx) ممکن است.

نحوهٔ اجرای مداخله

برنامهٔ آموزش مدیریت استرس به کمک رویکرد شناختی -رفتاری و در ده جلسهٔ ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. شرح کامل برنامهٔ آموزش مدیریت استرس به تفکیک جلسات در زیر آمده است.

[6] Depression
[7] Attitude
[8] Negative automatic thoughts
[9] Dyadic adjustment scale, Spanier
[10] Bernstein

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

جلسهٔ اول: ابتدا ۱۰ جلسهٔ درمانی برای مراجعه‌کنندگان از جنبهٔ مدت‌زمان هر جلسه، نقش اعضاء گروه و مطالب هر یک از جلسات تشریح شد. سپس تعارضات خانوادگی از نظر گسترهٔ شدت و نقش هر یک از اعضای خانواده، عوارض روانی، جسمانی و اجتماعی تعارضات خانوادگی و ضرورت حل تعارضات؛ تعریف و تشریح و به ضرورت حل تعارضات خانوادگی تأکید گردید (۱۱). در بخش سوم به تعریف استرس از جنبهٔ محرک پرداخته شد. سپس بر حداقل ۱۵-۱۰ محرک استرس‌زا در زندگی مراجعه‌کنندگان با توجه به سن و سطح اقتصادی -اجتماعی و وضعیت خانوادگی آن‌ها اشاره و در پایان جلسهٔ اول به ابهامات اعضاء (محرک‌های استرس‌زای شغلی، محیطی، درون‌جامعه، خانوادگی، مالی و ...) پاسخ داده شد.

جلسهٔ دوم: ۵ دقیقهٔ اول به یادآوری فهرست‌وار مطالب جلسهٔ قبل اختصاص یافت. سپس به بررسی جنبهٔ رفتاری و فیزیولوژیک استرس اشاره گردید (۱۳).

جلسهٔ سوم: ۱۰ دقیقهٔ اول به یادآوری دو جلسهٔ قبل اختصاص یافت و به سؤالات اعضاء پاسخ داده شد. استرس به طور جامع و به‌عنوان عدم موازنهٔ بین اقتضائات مطالبه و ادراک شده و درک فرد از توانایی انجام امور تعریف گردید که باعث به‌هم خوردن تعادل روانی -اجتماعی و زیستی فرد می‌گردد و پیامدهای منفی جسمی -روانی -اجتماعی به بار می‌آورد. به ارتباط استرس با بیماری‌های قلبی -عروقی، فشار خون بالا، سکتهٔ مغزی، بیماری‌های کلیوی، حملات میگرن و سرطان در پژوهش‌های انجام شده، اشاره شد (۱۳). در فرایند جلسه، بیشتر به درک فرد از اقتضائات محیطی و توانایی خود توجه گردید.

جلسهٔ چهارم: ابتدا جلسات قبل جمع‌بندی و سپس با مثال‌های عینی به نقش فعال پردازش شناختی انسان در ایجاد استرس تأکید گردید. در پایان این جلسه به این نکته اشاره شد که یک عامل می‌تواند برای فردی استرس‌زا باشد و برای فردی دیگر استرس‌زا نباشد و این به معنای نسبی بودن محرک‌های استرس‌زا است که با توجه به پردازش شناختی متفاوت در افراد رخ می‌دهد. در پایان جلسه، تکلیف خانگی به اعضاء ارائه شد.

جلسهٔ پنجم: در ابتدا بر جمع‌بندی جلسات قبل به‌خصوص سوم و چهارم تمرکز شد و سپس به محرک‌ها، پاسخ‌ها و ارزیابی‌های استرس‌زای خانواده و ارزیابی‌های نادرست و غیر واقع‌بینانهٔ ایجادکنندهٔ استرس توجه گردید (۵،۱۴،۱۵). در پایان پیشنهادهای عملی ارائه گردید.

جلسهٔ ششم: آموزش‌های لازم جهت به چالش کشیدن باورهای استرس‌زا به افراد آموزش داده شد (۲،۱۱،۱۶). در پایان توصیه‌هایی برای به‌کارگیری مفاهیم آموزش داده شده، پیشنهاد شد.

جلسهٔ هفتم: به اعضای گروه آموزش داده شد تا از منابع حمایت اجتماعی، خانوادگی و سایر منابع برای کاهش عوامل استرس‌زای محیطی استفاده نمایند (۱۱،۱۴). در پایان تکالیف خانگی و پیشنهادهای عملی به اعضاء داده شد.

جلسهٔ هشتم: ضمن جمع‌بندی آموزش‌های جلسات قبل و پاسخ‌گویی به پرسش‌های اعضای گروه، به فنون رفتاری، مانند آرامش‌آموزی، ورزش، اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، ایجاد تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی برای افزایش ابرازات خوشایند، صمیمی و تنش‌زدا اشاره شد (۱۴). در پایان جلسه توصیه‌ها و تکالیف عملی ارائه گردید.

جلسهٔ نهم: آموزش‌های قبلی تکمیل و تکالیف خانگی مربوط به جلسه‌های ۷ و ۸ دربارهٔ جنبه‌های شناختی -رفتاری بررسی شد. راهبردهای فراشناختی نیز برای مدیریت استرس به اعضاء آموزش داده شد (۱۴، ۱۱).

جلسهٔ دهم: آموزش‌های ۹ جلسهٔ قبل مرور و به مشکلات اجرایی تکالیف خانگی توجه شد. در پایان به‌عنوان الگوی عمل، بر فهرست آموزش‌ها و فنون پیشنهادشده، جهت کاهش تنش‌های زناشویی و افزایش تفاهم و صمیمیت تأکید شد.

روایی (صوری) محتوایی این برنامهٔ آموزشی توسط متخصص مورد تأیید سازمان نظام روانشناسی تأیید گردید.

تجزیه و تحلیل آماری

در بررسی یافته‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS[11] استفاده شد. از آنجا که در برخی موارد نمرات دو گروه دارای توزیع بهنجار و نزدیک به بهنجار نبودند و نیز روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس بود، بنابراین برای مقایسهٔ نمرات دو گروه در چهار مقیاس کیفیت رابطهٔ زناشویی از آزمون من -ویتنی[12] استفاده شد. همچنین به علت آنکه نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب نشده بودند، امکان استفاده از آزمون تی مستقل[13] گروه وابسته وجود نداشت؛ بنابراین در موارد مورد نیاز از آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون[14] استفاده شد. سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اعضای نمونه دارای تحصیلات دیپلم، در سطح اقتصادی متوسط، خانه‌دار، دارای ۱ تا ۳ فرزند و در بازهٔ سنی ۴۰ تا ۴۹ سال بودند. میزان جانبازی همسرانشان ۲۵ تا ۴۰ درصد تعیین شده بود. جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی آزمودنی‌ها را در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

پس از آنکه بررسی‌ها نشان داد مقایسهٔ نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوتی ندارد (جدول ۲)، از آزمون من -ویتنی برای مقایسهٔ دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون و سپس پیگیری استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، در مرحلهٔ پس‌آزمون بین نمرات کلیهٔ خرده مقیاس‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

[11] Statistical package for the social sciences
[12] Mann-Whitney U Test
[13] Independent samples t- test
[14] Wilcoxon signed-rank test

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

جدول ۱- اطلاعات توصیفی مربوط به مقیاس‌های ارزیابی کیفیت رابطهٔ زناشویی آزمودنی‌ها.

متغیر	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۲۴	۳۰/۳۸	۹/۳۲
	پس‌آزمون	۲۴	۳۲/۲۵	۸/۹۵
	پیگیری	۲۴	۲۹/۳۸	۸/۱۳
همبستگی دو نفری	پیش‌آزمون	۲۴	۱۱/۰۸	۷/۴۲
	پس‌آزمون	۲۴	۱۵/۴۸	۸/۴۵
	پیگیری	۲۴	۱۲/۸۳	۶/۸۵
توافق دو نفری	پیش‌آزمون	۲۴	۲۸/۳۳	۱۲/۱۴
	پس‌آزمون	۲۴	۳۲/۱۷	۹/۳۱
	پیگیری	۲۴	۲۹/۰۵	۵/۵۸
ابراز محبت	پیش‌آزمون	۲۴	۴/۱۷	۲/۵۷
	پس‌آزمون	۲۴	۶/۶۳	۳/۰۷
	پیگیری	۲۴	۶/۶۷	۱/۹۹

جدول ۲- نتایج مقایسهٔ خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون من -ویتنی در مرحلهٔ پیش‌آزمون.

خرده مقیاس	گروه مورد بررسی	تعداد	میانگین نمرات	جمع نمرات	من -ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۲	۱۱/۹۲	۱۴۳	۶۵	-۰/۴۱	۰/۶۹
	کنترل	۱۲	۱۳/۰۸	۱۵۷			
همبستگی دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۱/۷۹	۱۴۱/۵	۶۳/۵	-۰/۴۹	۰/۶۲
	کنترل	۱۲	۱۳/۲۱	۱۵۸/۵			
توافق دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۲/۳۸	۱۴۸/۵	۶۱/۶	-۰/۲۸	۰/۷۸
	کنترل	۱۲	۱۱/۵۹	۱۲۷/۵			
ابراز محبت	آزمایش	۱۲	۱۳/۲۱	۱۵۸/۵	۵۱/۵	۰/۹۰	۰/۳۷
	کنترل	۱۲	۱۰/۶۸	۱۱۷/۵			

جدول ۳- نتایج مقایسهٔ خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون من -ویتنی در مرحلهٔ پس‌آزمون.

خرده مقیاس	گروه مورد بررسی	تعداد	میانگین نمرات	جمع نمرات	من -ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۲	۱۶/۴۲	۱۹۷	۲۵	-۲/۷۲	۰/۰۱
	کنترل	۱۲	۸/۵۸	۱۰۳			
همبستگی دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۵/۵	۱۸۶	۳۶	-۲/۰۹	۰/۰۴
	کنترل	۱۲	۹/۵	۱۱۴			
توافق دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۶/۵	۱۹۸	۲۴	-۲/۷۸	۰/۰۱
	کنترل	۱۲	۸/۵	۱۰۲			
ابراز محبت	آزمایش	۱۲	۱۷/۰۴	۲۰۴/۵	۱۷/۵	-۳/۱۷	۰/۰۰۲
	کنترل	۱۲	۷/۹۶	۹۵/۵			

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

در مرحلهٔ پیگیری نیز بین کلیهٔ خرده مقیاس‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P<۰/۰۵$)-(جدول ۴). سپس برای مشاهدهٔ تغییرات احتمالی در نتایج گروه آزمایش، نمرات هر یک از مقیاس‌ها، در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون ویلکاکسون مورد سنجش قرار گرفت.

نمرات خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی گروه آزمایش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت داشت ($P<۰/۰۵$)-(جدول ۵). خرده مقیاس همبستگی دو نفری گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون بیش از دو مرحلهٔ دیگر بود. همچنین میزان خرده مقیاس همبستگی دو نفری این گروه در مرحلهٔ پیگیری بیشتر از مرحلهٔ پیش‌آزمون بود.

بررسی نتایج حاصل از مقایسهٔ نمرات خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی گروه کنترل نشان داد که تفاوتی بین هر یک از مقیاس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P<۰/۰۵$)-(جدول ۶).

جدول ۴- نتایج مقایسهٔ خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون من -ویتنی در مرحلهٔ پیگیری.

خرده مقیاس	گروه مورد بررسی	تعداد	میانگین نمرات	جمع نمرات	من -ویتنی	Z	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۲	۱۵/۵	۱۸۶	۲۴	-۲/۵۹	۰/۰۱
	کنترل	۱۲	۸/۱۸	۹۰			
همبستگی دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۵/۴۶	۱۸۵/۵	۳۶/۵	-۲/۰۶	۰/۰۴
	کنترل	۱۲	۹/۵۴	۱۱۴/۵			
توافق دو نفری	آزمایش	۱۲	۱۵/۶۷	۱۸۸	۲۲	-۲/۷۲	۰/۰۱
	کنترل	۱۲	۸	۸۸			
ابراز محبت	آزمایش	۱۲	۱۵/۴۶	۱۸۵/۵	۳۶/۵	-۲/۱	۰/۰۴
	کنترل	۱۲	۹/۵۴	۱۱۴/۵			

جدول ۵- نتایج مقایسهٔ نمرهٔ خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون ویلکاکسون.

خرده مقیاس	مرحله	تعداد پاسخ‌دهندگان	Z	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۳/۰۶	۰/۰۲
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۸۵	۰/۰۴
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۵۳	۰/۰۱
همبستگی دو نفری	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۲/۸۵	۰/۰۱
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۳۷۶	۰/۰۱۷
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۳۷۵	۰/۰۱۸
توافق دو نفری	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۲/۹۸	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۱۸	۰/۰۲۹
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۳/۰۷	۰/۰۰۲
ابراز محبت	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۳/۰۷	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۳/۰۸	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۲/۵۳	۰/۰۱۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

جدول ۶- نتایج مقایسهٔ نمرهٔ خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی گروه کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون ویلکاکسون.

خرده مقیاس	مرحله	تعداد پاسخ‌دهندگان	Z	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۰/۸۳	۰/۴۱
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۱/۲۹	۰/۱۹
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۱/۰۲	۰/۳۱
همبستگی دو نفری	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۰/۵۹	۰/۷۱
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۱/۳۰	۰/۱۸
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۰/۸۵	۰/۴
توافق دو نفری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲	-۱/۱۴	۰/۲۸
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۰/۵۱	۰/۵۷
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۰/۹۸	۰/۳۷
ابراز محبت	پیش‌آزمون -پس‌آزمون	۱۲	-۱/۲۵	۰/۲
	پیش‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۰/۰۱	۰/۳۴
	پس‌آزمون -پیگیری	۱۲	-۱/۱۷	۰/۲۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که نمرهٔ خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت در گروه آزمایش در هر دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری بیش از گروه کنترل بود. همچنین نمرهٔ متغیرهای مذکور در گروه کنترل در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت؛ به‌عبارت دیگر می‌توان گفت نتایج نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری موجب افزایش رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت در همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه شد.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعهٔ اکبری و خدادادی (۱۰) هماهنگ است. آموزش‌های مربوط به مدیریت استرس شامل تکالیف و اصولی است که یا به کمک روش‌های شناختی قصد تغییر نگرش فرد و ارزیابی مجدد موقعیت استرس‌زا را دارد؛ یا به کمک تکالیف مبتنی بر درمان رفتاری، قصد تقویت رفتار مطلوب، کنترل رفتار در موقعیت استرس‌زا و کاهش و خاموشی رفتار نامطلوب را دارد و یا از مجموعه‌ای از راهکارهای شناختی و رفتاری به طور همزمان استفاده می‌کند؛ بنابراین فرد پس از ارزیابی مجدد موقعیت استرس‌زا به کمک شیوهٔ شناختی و به کارگیری روش مطلوب رفتاری، رفتار نامطلوبش کاهش می‌یابد و نتیجهٔ آن در ارتباط با سایر اعضای خانواده به صورت کاهش تعارضات زناشویی (رفتار نامطلوب) نمود می‌یابد. بدیهی است که با کاهش تعارضات زناشویی، افزایش رضایت زناشویی دور از ذهن نخواهد بود. با کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی، هم‌زمان سازگاری زناشویی نیز می‌تواند تغییر نموده و افزایش یابد (۱۱).

یافته‌های حاصل از پژوهش حجت و همکاران (۲) حاکی از این بود که بین میانگین گروه آزمایشی و گروه کنترل که روش آموزشی را دریافت نکرده بودند تفاوت معنی‌داری وجود داشت و آموزش شیوه‌های مقابله با استرس، به همسران افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ در کاهش تعارضات زناشویی آنان مؤثر بود. نتایج این پژوهش نیز هماهنگ با پژوهش حاضر است. تغییرات شناختی -رفتاری حاصل از آموزش شیوه‌های مقابله با استرس توانسته است موجب تفاوت نتیجهٔ گروه آزمایش از گروه کنترل شود. در هر دو پژوهش آموزش‌های مربوط به مدیریت و مقابله با استرس به‌منظور تغییر رفتار فرد در برابر شرایط استرس‌زایی صورت گرفته است که می‌تواند بر روابط اعضای خانواده با یکدیگر اثر بگذارد. همچنین در هر دو پژوهش ارتباط بین همسران موردتوجه قرار گرفت. حجت و همکاران (۲) به کاهش تعارضات زناشویی پس از آموزش گروه آزمایش دست یافتند. نتایج پژوهش حاضر نیز افزایش سازگاری زناشویی را در گروه آزمایش (پس از آموزش) نشان داد.

نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با نتایج پژوهش کاظمی (۳) بود و نشان داد تغییر در برداشت‌ها و نگرش افراد از راه ارزیابی مجدد یک رویداد و نگرش مثبت به آن، بر رفتار فرد اثر می‌گذارد و موجب تغییر رفتار اطرافیان او نیز می‌شود. البته این دو پژوهش تفاوت‌هایی نیز از نظر روش اجرا داشتند. در پژوهش کاظمی (۳) از راهبردهای شناختی استفاده شد و نتیجهٔ آن

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

کاهش استرس افراد بود. در پژوهش حاضر نه‌تنها از راهبردهای شناختی استفاده شد، بلکه از شیوه‌های رفتاری نیز در کنار شیوهٔ شناختی استفاده گردید. موضوع مدیریت استرس برای جلسات آموزش در نظر گرفته شد تا با توانمند نمودن فرد در زمینهٔ رویارویی با رخدادهای استرس‌زای روزمره، امکان افزایش رضایت زناشویی وی فراهم شده و ابراز محبت، توافق دو نفره و همبستگی زوجین افزایش یابد.

بررسی احمدی زاده و همکاران (۱) نشان داد که روش‌های درمانی شناختی -رفتاری شامل: حل مسئله، مواجه‌سازی و ترکیبی بر افزایش سازگاری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بود. این نتیجه، هماهنگ با پژوهش حاضر بوده که در آن به کارگیری هم‌زمان شیوه‌های شناختی و رفتاری بر روی افراد اثر مطلوب داشته و با تغییر نحوهٔ رویارویی افراد با مشکلات و مسائل روزمره بر روابط آنان تأثیر مناسبی در راستای افزایش سازگاری داشته است.

به این ترتیب همان‌طور که پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری بر گروه‌های مختلف تأثیر مثبت داشته است. این روش نه‌تنها بر روی گروه‌هایی مانند افراد دچار اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده است بلکه بر همسران آنان نیز تأثیر مثبت داشته و باعث کاهش تعارض و افزایش رضایت زناشویی شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نیز با پژوهش‌های پیشین هماهنگ و همسو است و به تفاوت نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش اشاره می‌کند. ضمن اینکه در این پژوهش نتایج مرحلهٔ پیگیری نیز به باقی ماندن اثر آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری (برای افزایش رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری و ابراز محبت) در مرحلهٔ پیگیری یعنی یک ماه پس از اتمام آموزش گروه آزمایش نیز اشاره می‌کند.

فقدان مهارت در حل تعارض، باعث می‌شود که نزاع‌ها و تعارض‌های حل‌نشده که در طی جریان ارتباط شکل گرفته‌اند، روی هم انباشته شوند. سابقهٔ چنین تعارض‌های حل‌نشده‌ای، ممکن است به انتظارات منفی دربارهٔ تعارض‌های آینده منجر شود و امکان حل مسئله در رابطهٔ زوج‌ها را حتی کمتر گرداند. درحالی‌که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری، سازگاری زناشویی همسران جانبازان دچار اختلال پس از سانحه می‌تواند افزایش یابد. زمانی‌که آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی -رفتاری انجام می‌شود، رفتار زوجین می‌تواند از حالت واکنش‌پذیر خارج شود. در زوج‌های نابسامان و واکنش‌پذیر رویدادهای مثبت یا منفی، اثری قوی دربارهٔ چگونگی احساس آن‌ها از ارتباط و ارزیابی آن ارتباط در هر زمان معین دارد (۵). درحالی‌که پس از آموزش مدیریت استرس و تغییر شناختی و رفتاری، زوج‌های بسامان (غیرگرفتار) شکل می‌گیرند که کمتر تحت تأثیر تغییرپذیری لحظه به لحظه هستند.

واکنش‌پذیری بالا در زوج‌های مشکل‌دار ممکن است سوءتفاهم و ارتباط نامطبوع را بالا ببرد. از آنجا که این زوج‌ها عادت به پیدا کردن احساس مورد حمله قرار گرفتن، پیدا کرده‌اند ممکن است نتوانند به طور دقیق به حرف‌های هم گوش فرا دهند و به جای آن، زمینه را برای ضدحمله در مورد انتقاد اولیه (انتقاد موردتوجه یا مورد انتظار) مساعد می‌سازند. درحالی‌که با تغییرات شناختی و رفتاری لازم، افراد می‌توانند واکنش‌پذیری خود را کاهش داده و امکان افزایش سازگاری و رضایت زناشویی را فراهم نمایند.

با توجه به تجربهٔ به دست‌آمده از این پژوهش، پژوهشگران پیشنهادهایی نیز برای پژوهش‌های آتی دارند:

امکان آموزش جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه و همسران آنان به طور هم‌زمان فراهم شود و مقایسهٔ بین نتایج آموزش هم‌زمان و آموزش یک گروه (جانباز دچار اختلال استرس پس از سانحه یا همسر وی) صورت گیرد.

مقایسهٔ بین سازگاری زناشویی همسران جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه بر اساس شیوه‌های مدیریت استرس (اجتناب، تغییر، سازش، پذیرش) صورت گیرد.

منابع

1. Ahmadi Zadeh M, Ahmadi Kh, Anisi J. Problem-solving therapy and a combination of face on consistency war veterans with post-traumatic stress disorder. Medical Logistics. 2012; 3: 178-88.

2. Hojat SK, Talebi M, Shakeri M, Zamiri Nejad S. Effectiveness of education on marital conflict couples coping with stress, post-traumatic stress disorder caused by war. J North Khorasan Univ Med Sci. 2012; 4: 185-90.

3. Kazemi A. Knowledge-based cognitive training effectiveness in reducing Brzhn secondary traumatic stress disorder and psychological problems of spouses of individuals with posttraumatic stress disorder. Journal of Thought and Behavior. 2012; 23: 31-42.

4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 5th ed. Philadelphia: LWW. 2010; p. 205.

5. Jacobson NS, Follette WC, Mc Donald DW. Reactivity to positive and negative behavior in distressed and non-distressed married couples. J Consult Clin Psychol. 1982; 50: 706-14.

6. Noar SM, Zimmerman RS. Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? Health Educ Res, 2005; 20(3): 275-90.

7. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]

Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.1st ed. Oxford University Press. 1989; p. 347.

8. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas M, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res. 2011; 70: 328-34.

9. Barrera TL, Mott JM, Hofstein RF, Teng EJ. A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev. 2013; 33(1): 24-32.

10. Akbari B, Khodadadi N. The effect of stress inoculation training on marital satisfaction and marital conflicts in spouses' with post-traumatic stress disorder. SJKU. 2013, 18(1): 94-103.

11. Smith CJ. Stress competence. Stress management: A comprehensive handbook of techniques and strategies. 1st ed. New York: Springer Publishing Company. 2002; p. 15.

12. Sanai B. Measurement scales, marriage and family.1st ed. Tehran: Beasat Publication. 2001:73.

13. Mechanic D. Stress, illness and illness behavior. J Human Stress. 1976; 2(2): 2-6.

14. Critchley K. The nature of stress. Critchley K. Stress management, skills training course. 1st ed. UK: Universe of learning Ltd. 2010; p. 31.

15. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. Lazarus RS. Folkman S. Dynamics of stress.1st ed. New York: Springer; 1986; p. 63.

16. Fournier G, Jeanrie C. Locuse of control: back to basics. Lopez SJ, Snyder CR. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures.1st ed. Washington: APA. 2003; p141.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.71]