



Research Article

## The Effect of Reality Therapy Counseling on the Psychological Well-Being of Infertile Women

Maryam Afshari<sup>1</sup> , Fereshteh Farzan Azar<sup>2\*</sup> , Fateme Mehrabi<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Master of Science in Midwifery Counseling, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Department of Psychology, Faculty of Medical School, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

\* **Corresponding author:** Fereshteh Farzan Azar, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. E-mail: farzanazar@yahoo.com

DOI: [10.61186/cmja.13.3.21](https://doi.org/10.61186/cmja.13.3.21)

### How to Cite this Article:

Afshari M, Farzan Azar F, Mehrabi F. The Effect of Reality Therapy Counseling on the Psychological Well-Being of Infertile Women. *Complement Med J.* 2023;**13**(3):21-29. DOI: 10.61186/cmja.13.3.21

Received: 07 May 2023

Accepted: 04 Jul 2023

### Keywords:

Infertility  
Female Infertility  
Counseling  
Reality Therapy  
Psychological Well-Being

© 2023 Arak University of Medical Sciences

### Abstract

**Introduction:** Infertility is a public health problem worldwide. Infertility is associated with many psychological problems. The reality therapy is one of the newest approaches and psychological therapies. The purpose of this study was to investigate the effect of reality therapy on psychological well-being of infertile women.

**Methods:** The present study is an interventional study with a pre and post-test method, in order to investigate the effect of counseling based on reality therapy on the psychological well-being on 38 infertile women who referred to Arak University Jihad Infertility Center. After obtaining informed consent and with available sampling, out of 95 infertile women who met the criteria to enter the study, 40 who scored less than 54 on the RIF psychological well-being questionnaire (pre-test), were randomly placed into two groups of 20. The intervention group received 8 reality therapy counseling sessions and the control group received routine care. After the intervention, the RIF questionnaire was again provided to the two groups (post-test). Data were analyzed by chi-square, independent t and paired t tests in SPSS version 25 software.

**Results:** The mean age of women was  $26.9 \pm 4.9$  years. The results showed that the mean score of psychological well-being (Respectively  $48.7 \pm 17.48$   $63.97 \pm 5.31$   $P=0.0001$ ), as well as all the components of psychological well-being, including independence, mastery of the environment, personal growth, positive relationship with others, purposefulness and self-acceptance, increased significantly in the intervention group compared to the control group ( $P=0.0001$ ).

**Conclusions:** According to the findings of this research, reality therapy counseling can be effective in improving the psychological condition of infertile women.

### INTRODUCTION

About 48 million or 10% of couples worldwide suffer from infertility. Infertility is not a disease, but it can affect all aspects of people's lives and cause psycho-emotional disorders or various consequences such as confusion, despair, depression, anxiety, guilt, and feelings of worthlessness in life. Although according to statistics, women and men are equally involved in infertility. But the well-being and

psychological health of infertile women are more affected by infertility than men. Because in some cultures, "motherhood" is often the only way for a woman to raise her position in the family and society. Although many drug treatment methods are still used to control the symptoms of psychological disorders and to improve well-being, nowadays, due to the effects of using chemical drugs, the use of non-pharmacological complementary methods, and especially

counseling methods psychological sciences have a special place in the world and Iran. One of the most widely used and innovative psychological methods in improving psychological symptoms is the method based on the theory of choice and control based on reality therapy. The main goal of the reality therapy approach is to help people to be aware of their needs, monitor their behavior and make appropriate choices. This study investigated the effect of reality therapy counseling on the psychological well-being of infertile women.

#### **METHODS**

The present study is an interventional study with a pre-and post-test method, to investigate the effect of counseling based on reality therapy on the psychological well-being of infertile women referring to the Infertility Center of the University of Arak. With sampling in the first stage. After obtaining informed written consent, sampling was randomly assigned in the second step. After obtaining permission from the Research Council and the Ethics Committee of Arak University of Medical Sciences, coordinating with the Arak University Jihad Center and informing them, with available sampling, at first the translated and shortened Reef questionnaire was administered to 95 infertile women who volunteered to participate in the research and Entry criteria were given. Then, 40 participants who scored less than 54 on the questionnaire were randomly assigned to two intervention and control groups by lottery method. There was no intervention for the control group, but to comply with the ethics of the research, a 2-hour meeting was held for the control group after the end of the research. 8 weeks later, after the end of the last counseling session, the abbreviated Reef questionnaire was again presented at the Arak University Jihad Center by the first questioner to the two control and intervention groups and was completed by them. After collecting the data, to comply with ethics in the research, a 2-hour meeting was held for the control group. During the study, one of the infertile women in the control group was pregnant and withdrew from the study, and one person from the control group was withdrawn from the intervention due to not completing the homework. In this study, one person provided the questionnaire and conducted counseling, and another person analyzed the data. The data analyst was not aware of the group assignment. Data were analyzed by chi-square, independent t, and paired t-tests in Spss software version 25.

#### **RESULTS**

Based on the results, the average age of women participating in the study was  $26.9 \pm 4.9$  years. Using the chi-square test, it was determined that there is no significant difference in the level of education and the employment status of the couples as well as, the housing status in the two groups ( $P < 0.05$ ). Also, the independent t-test did not show a significant difference in the age of the couples, the age and length of marriage, and the income of the two groups ( $P < 0.05$ ). The results using the paired t-test showed that the average psychological well-being score of the intervention group (from  $48.17 \pm 7.48$  to  $63.97 \pm 5.31$ ) compared to the control group (from  $48.26 \pm 6.96$  to  $47.18 \pm 6$ ), had a significant increase after the intervention ( $P = 0.0001$ ). By using the paired t-test, it was determined that all components of psychological well-being, including independence, mastery of the environment, personal growth, positive relationship with others, purposefulness, and self-acceptance, also significantly increased in the intervention group compared to the control group after the intervention. ( $P = 0.0001$ ). In the control group, there was no significant difference in the change of the total well-being and psychological score and its components before and after the test ( $P < 0.05$ ).

#### **CONCLUSIONS**

Infertility can be accompanied by many psychological problems, especially in infertile women. The use of psychological treatment methods may have a significant effect on the improvement of these symptoms. Based on the results of the studies, reality therapy counseling, based on the theory of choice and control, can be considered one of the common therapeutic interventions in the way of describing human beings and determining behavioral rules and how to achieve satisfaction, happiness, and success. The results of this study also showed that participating in counseling sessions based on the reality therapy method can improve the average well-being and psychological score and its components in infertile women participating in this research. Considering the effect of infertility on the psychological state of infertile women and according to a finding of this research, the use of reality therapy counseling as one of the new methods in the field of psychotherapy and how to achieve satisfaction and happiness can improve the psychological well-being score, infertile women, and the use of this method is recommended to solve the psychological problems of infertile women.



## بررسی تأثیر مشاوره واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی زنان نابارور

مریم افشاری<sup>۱</sup> ID، فرشته فرزنان آذر<sup>۲\*</sup> ID، فاطمه مهربانی<sup>۳</sup> ID

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک  
<sup>۲</sup> استادیار گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک  
<sup>۳</sup> دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک  
\* نویسنده مسئول: فرزنان آذر فرشته، استادیار گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک. ایمیل: farzanazar@yahoo.com

DOI: 10.61186/cmja.13.3.21

<b>چکیده</b>	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷
<b>مقدمه:</b> ناباروری با مشکلات روانشناختی متعددی در زنان همراه است. هدف این پژوهش بررسی اثر مشاوره واقعیت درمانی بر بهزیستی روانی زنان نابارور است.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۳
<b>روش کار:</b> پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی با روش پیش و پس آزمون، به منظور بررسی تأثیر مشاوره مبتنی بر واقعیت درمانی بر بهزیستی روانشناختی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اراک است. پس از کسب رضایت نامه آگاهانه و با نمونه گیری در دسترس، از ۹۵ زن نابارور داوطلب دارای معیارهای ورود به پژوهش، ۴۰ نفر که نمره کمتر از ۵۴ از پاسخ به پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف کسب نمودند (پیش آزمون)، به شیوه تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار داده شدند. گروه مداخله ۸ جلسه مشاوره واقعیت درمانی و گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت نمودند. پس از انجام مداخله مجدداً پرسشنامه ریف در اختیار دو گروه قرار داده شد (پس آزمون). داده‌ها توسط آزمون‌های کای دو، تی مستقل و تی زوجی در نرم افزار Spss نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.	واژگان کلیدی: ناباروری ناباروری زنان مشاوره واقعیت درمانی بهزیستی روانشناختی
<b>یافته‌ها:</b> میانگین سنی زنان مورد مطالعه $4/9 \pm 26/9$ سال بود. نتایج نشان داد میانگین نمره بهزیستی روانشناختی (به ترتیب $48/17 \pm 7/48$ و $63/97 \pm 5/31$ ) ( $P=0/001$ ) و همچنین تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش داشته است ( $P=0/001$ ).	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
<b>نتیجه گیری:</b> با توجه به یافته‌های این پژوهش، مشاوره واقعیت درمانی می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی زنان نابارور مؤثر واقع گردد.	

### مقدمه

ناباروری به عنوان یک مشکل سلامت عمومی شناخته شده و میلیون‌ها نفر از افراد در سنین باروری را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۴۸ میلیون زوج در سراسر جهان با ناباروری زندگی می‌کنند (۱). در تعریف، ناباروری به عنوان ناتوانی در بارداری پس از ۱۲ ماه رابطه جنسی منظم و محافظت نشده است که می‌تواند ناشی از عوامل زنانه، مردانه و یا ناشناخته بوده (۲) و به صورت اولیه و یا ثانویه باشد. یعنی سابقه بارداری برای زوجین اصلاً اتفاق نیافته و یا سابقه بارداری وجود داشته باشد (۳). بر طبق مطالعه آخوندی و همکاران، شیوع ناباروری اولیه در جهان در حدود ۱۰٪ و در ایران این میزان ۲۰٪ با مقادیر شهری و روستایی به ترتیب ۱۹/۹ و ۲۲ درصد است (۴). اگرچه، ناباروری یک بیماری نیست اما می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده و موجب اختلالات روانی-عاطفی یا پیامدهای مختلفی از جمله آشفتگی، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، گناه و احساس بی ارزشی در زندگی به خصوص در زنان گردد (۵، ۶). مطالعات نشان داده‌اند ناباروری و مشکلات روانی

با یکدیگر همبستگی دارند. برخی ناباروری را یک مشکل روان تنی می‌دانند، اما دیدگاه دیگر که طرفداران بیشتری دارد؛ استرس روانی را نتیجه ناباروری می‌داند. بر اساس این فرضیه، تجربه ناباروری، زوج نابارور را با تنش‌های شدید احساسی متأثر می‌سازد، که منبع ثابت دشواری‌های روان شناختی و اجتماعی است (۶). در این میان زنان نابارور با تأثیر روان شناختی عمیق‌تری نسبت به مردان روبرو هستند. زیرا در برخی فرهنگ‌ها "مادری" غالباً تنها راه یک زن برای بالا بردن جایگاهش در خانواده و جامعه است (۷). برچسب اجتماعی نازا بودن، در میان زنان نابارور در تعدادی از کشورها آنقدر شدید است که چنین زنانی از نظر اجتماعی منزوی شده و از فقدان توجه مناسب و شایسته رنج می‌برند و جنبه‌های بسیاری از زندگی آنها مانند بهزیستی روانشناختی، بدنی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸، ۹).

بهزیستی روان شناختی، به عنوان یک سازه چند بعدی، شامل عناصر شناختی و هیجانی و احساس خوب پیش رفتن زندگی است. افراد با احساس بهزیستی بالاتر، به طور عمده هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند.

اگرچه بر طبق آمار، زنان و مردان به یک میزان در نابرواری دخیل می باشند (۶، ۲۱). اما سلامت بهزیستی و روانشناختی زنان نابارور بیشتر از مردان از نابرواری متأثر می‌گردد (۶، ۷). درگاهی و همکاران (۱۸، ۲۰) در مطالعه خود بر زوجین نابارور نشان دادند که بروز علائم روانشناختی و کاهش بهزیستی در زنان نابارور بیشتر با اختلال در مؤلفه‌های روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، پذیرش خود، تسلط بر محیط و رشد فردی در مقایسه با زنان بارور، نمود دارد (۲۲). از آنجایی که مشاوره واقعیت‌درمانی گلاسر یکی از روش‌های روانشناختی مورد استفاده در بهبود بهزیستی روانشناختی است (۱۷)، این مطالعه درصدد است تأثیر مشاوره واقعیت‌درمانی گلاسر را بر افزایش بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در زنان نابارور مورد بررسی قرار دهد.

### روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است که به بررسی مشاوره واقعیت‌درمانی بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز نابرواری جهاد دانشگاهی شهر اراک به عنوان مرکز اصلی نابرواری زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی پرداخته است.

### نمونه‌گیری

حجم نمونه در این مطالعه بر اساس مطالعات قبلی و با توجه به  $d = 1.616$  و  $S1 = 1.7$ ,  $S2 = 1.5$ ,  $\beta = 0/2$ ,  $\alpha = 0/05$  و  $n = 20$  نفر در هر گروه و با احتساب احتمال ریزش ۲۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری در این پژوهش در مرحله اول و پس از کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه، به صورت در دسترس و در مرحله دوم به صورت تصادفی تخصیص یافت. پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک و هماهنگی با مرکز جهاد دانشگاهی شهر اراک، با نمونه‌گیری در دسترس، در ابتدا پرسشنامه ترجمه شده کوتاه شده Reef به ۹۵ زنان نابارور داوطلب مشارکت در پژوهش و دارای معیارهای ورود داده شد. سپس ۴۰ نفر از مشارکت‌کنندگان که نمره کمتر از ۵۴ را از پرسشنامه کسب نمودند به وسیله روش قرعه‌کشی به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند (۲۳).

**معیارهای ورود به مطالعه:** داشتن حداقل ۱ سال سابقه نابرواری بعد از ازدواج (با علت زنانه)، نداشتن سابقه اختلالات حاد روانپزشکی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و اضطراب در حال حاضر، عدم وجود تعارضات شدید زناشویی (به اذعان مشارکت‌کننده)، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری هر گونه داخلی جراحی و کسب نمره کمتر از ۵۴ از پرسشنامه ترجمه شده کوتاه شده Reef

**معیارهای خروج از مطالعه:** عدم تمایل به تداوم مشارکت، غیبت ۲ جلسه یا بیشتر در مطالعه، عدم انجام تکالیف در دو جلسه یا بیشتر و بروز حوادث ناگوار برای مشارکت‌کننده در طی مطالعه بود.

### روش اجرا

در این مطالعه ابتدا پس از اخذ و ارائه مجوزهای لازم به مرکز جهاد دانشگاهی شهر اراک، پس از توضیح در مورد مطالعه، از کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به این مرکز دعوت مشارکت در پژوهش گردید. در طی سه ماه ۱۲۰ داوطلب مشارکت در پژوهش وجود داشت که به ۹۵ زن نابارور دارای معیارهای پژوهش پرسشنامه ترجمه شده کوتاه

نمایند و نیز از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که گروه مقابل بیشتر هیجان‌های منفی نظیر افسردگی، اضطراب و خشم را تجربه می‌کنند (۱۰). شواهد بسیاری از یک رابطه علی بین بهزیستی روانشناختی بیشتر و سلامت کلی بهتر و بهبود پیامدهای خاص در افراد حمایت‌کرده‌اند (۱۱). از این رو ظهور رویکردهای روان‌شناسی مثبت، پژوهشگران حوزه سلامت را بر آن داشت تا رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی را برگزینند و سلامت روان را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی کرده و در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کنند (۱۲). اگرچه روش‌های درمان دارویی بسیاری برای کنترل علائم اختلال روان‌شناختی، در جهت ارتقای بهزیستی هنوز هم مورد کاربرد است اما امروزه، با توجه به اثرات سوی استفاده از داروهای شیمیایی، استفاده از روش‌های مکمل غیر دارویی و به خصوص روش‌های مشاوره‌ای روانشناختی در جهان و ایران از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند (۱۳-۱۵). تیزی اغلو در مطالعه خود بر زنان نابارور نشان داد که خدمات مشاوره‌ای می‌تواند در بهبود اضطراب و افسردگی زنان نابارور مفید واقع شود (۱۶) و فریدریکسن و همکاران (۱۵، ۲۰) در مطالعه متناوب خود نشان دادند روش‌های مشاوره‌ای روان‌شناختی در بهبود علائم روان‌شناختی و بهزیستی زوجین و به خصوص زنان نابارور به طور معناداری مؤثر است (۱۷).

مشاوره واقعیت‌درمانی یکی از روش‌های درمانی مشاوره‌ای روانشناختی مورد استفاده در بهبود علائم روانشناختی است، که از جدیدترین رویکردهای روانشناختی نیز محسوب می‌شود. این روش که مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند؛ در این رویکرد تلاش می‌شود افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند. در حقیقت هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است. درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان‌جویان فقدان روابط رضایتبخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که یکی از مشکلات روانشناختی زنان نابارور هم همین عدم تعامل و یا ارتباط مثبت با دیگران است (۲، ۶). همچنین واقعیت‌درمانی یکی از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان و تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (۱۹). این نظریه روی آنچه که درمان‌جویان می‌توانند در روابط کنترل کنند، تمرکز می‌کند و معتقد است که مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود (۲۰). یک فرد ناامید و افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه و یا گذشته اسفبار می‌اندازد و لذا مسئولیت آن را نمی‌پذیرد. اما به عقیده گلاسر اگرچه انسان‌ها تحت تأثیر محیط و روابط قبلی‌شان قرار می‌گیرند، اما نیازی نیست که ناتوان و قربانی نیروهای خارج از کنترل آنها یا تاریخ گذشته‌شان شوند، بلکه می‌توانند رفتارهای فعلی و به خصوص اعمال خود را انتخاب کرده و مسئولیت آن را بپذیرند و این می‌تواند کاهش بروز مشکلات روانشناختی در او گردد (۱۲) و بهزیستی او را به دلیل کاهش مشکلات روان‌شناختی افزایش دهد (۱۰).

### ابزار پژوهش

ابزار این پژوهش ترجمه پرسشنامه کوتاه شده ریف بود. پرسشنامه ریف در سال ۱۹۸۹ توسط ریف ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت و کوتاه‌تر شد این فرم جدید کوتاه شده مشتمل بر ۱۸ سؤال با مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۶) تا کاملاً مخالفم (۱) و دارای شش عامل (استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) و هر عامل ۳ سؤال، است (۲۴). مجموع نمرات این ۶ عامل، نمره کلی بهزیستی روانشناختی را تشکیل می‌دهد که در بازه‌ی ۱۸ تا ۱۰۸ قرار می‌گیرد و نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر می‌باشد. ریف و سینگر آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند (۲۵). خانجانی و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان-سنجی ترجمه فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان، همسانی درونی عوامل این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند. در این پژوهش ترجمه پرسشنامه کوتاه شده ریف مورد استفاده قرار گرفته است. بیاتیانی و همکاران (۱۳۸۷)، کوثری (۱۳۹۰) و خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز روایی و پایایی مناسبی را برای این ترجمه این پرسشنامه بدست آوردند. آلفای کرونباخ ذکر شده در این مطالعات برای این ابزار بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ ذکر گردیده است (۲۳، ۲۶، ۲۷).

این مطالعه یک سو کور بود. تجزیه تحلیل کننده داده‌ها از نحوه تخصیص گروه‌ها اطلاع نداشت. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری و استنباطی کایسکویر، تی مستقل و زوجی تجزیه و تحلیل گردیدند.

شده Reef را ارائه و توسط آنان تکمیل گردید. ۴۰ نفر از این ۹۵ مشارکت کننده نمره کمتر از ۵۴ از پرسشنامه کسب نمودند. برای تخصیص تصادفی این ۴۰ نفر به دو گروه از روش قرعه کشی استفاده گردید. بدین صورت که اسامی کلیه ۴۰ نفر در یک جعبه ریخته شده و اسامی ۲۰ نفر به صورت تصادفی خارج و در گروه کنترل و اسامی باقی مانده در گروه مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله پس از تقسیم ۲۰ نفر به دو گروه ۱۰ نفره، هر گروه به صورت مجزا پروتکل مشاوره‌ای ۸ جلسه‌ای (هر هفته یک جلسه دو ساعته) را توسط مشاور دارای گواهی دوره مشاوره واقعیت درمانی در مرکز جهاد دانشگاهی اراک دریافت نمودند (جدول ۱). برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت اما برای رعایت اخلاق پژوهش پس از پایان انجام پژوهش یک جلسه ۲ ساعته برای گروه کنترل نیز برگزار گردید. ۸ هفته بعد پس از پایان آخرین جلسه مشاوره، مجدداً پرسشنامه کوتاه شده Reef مجدداً در مرکز جهاد دانشگاهی اراک توسط پرسشگر اول به دو گروه کنترل و مداخله ارائه و توسط آنان تکمیل گردید. پس از گردآوری داده‌ها، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش یک جلسه ۲ ساعته برای گروه کنترل برگزار گردید. در طول مطالعه یک نفر از زنان نابارور گروه کنترل باردار و از ادامه مطالعه انصراف داد و همچنین از گروه مداخله یک نفر بدلیل عدم انجام تکالیف از مداخله خارج گردید. در این مطالعه ارائه دهنده پرسشنامه و انجام مشاوره توسط یک فرد و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط فرد دیگر صورت گرفت. تجزیه و تحلیل کننده داده‌ها از تخصیص گروه‌ها مطلع نبود.

جدول ۱. پروتکل جلسات مشاوره

جلسات	محتوا
جلسه ۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور - ابلاغ قوانین گروه و ارائه توضیح مختصر از خلاصه جلسات- توضیح مختصر درباره نظریه واقعیت درمانی و تئوری انتخاب- انجام پیش آزمون
جلسه ۲	معرفی چگونگی انجام رفتار از سوی ما- توضیح اینکه تمام رفتارها برای ارضای یکی از ۵ نیاز اساسی ما می‌باشد و معرفی این نیازها- کمک به اعضا برای شناخت صحیح این نیازها و چگونگی برطرف کردن آنها- ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۳	پیگیری تکالیف معرفتی ناباروری و ارزیابی ادراک افراد از ناباروری پیامدهای آن در زندگی‌شان- ارزیابی افراد از تاثیرات ناباروری بر احساسات و هیجانات و رفتارهای فرد- بررسی نگرش و تعریف اعضا از مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی
جلسه ۴	معرفی رفتار کلی و آشناسازی اعضا با ۴ مؤلفه‌ی اصلی رفتار و چگونگی کنترل این مؤلفه‌ها- یادگیری چرخه فکر- احساس- رفتار و ارتباط متقابل احساس و رفتار- ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۵	پیگیری تکالیف- آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خود و کمک به پذیرش و بهبود مسئولیت پذیری افراد- بررسی تلاش اعضا برای رسیدن به رشد فکری و پذیرش خود- ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۶	پیگیری تکالیف- معرفی دنیای مطلوب و ارزیابی تصاویر دنیای مطلوب آنها و ارائه توضیحات درباره تغییر تصاویر دنیای مطلوب - آموزش زندگی کردن در زمان حال- ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۷	پیگیری تکالیف- آموزش اعضا برای استفاده از دایره حل تعارض- معرفی رفتارهای تخریب گر و سازنده روابط انسانی- دعوت اعضا به بررسی رفتار کنونی‌شان - ارائه تکالیف خانگی
جلسه ۸	پیگیری تکالیف- آشنایی با کنترل بیرونی و درونی و پیامدهای استفاده از کنترل بیرونی در روابط کنونی افراد- کمک به اعضا جهت انتخاب یک طرح عملی برای جلوگیری از به کار بردن کنترل بیرونی و عدم پذیرش توجیه و بهانه- انجام پس آزمون

داد داده‌ها در کلیه موارد آزمودنی در سطح خطای ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال بودند. همچنین با استفاده از آزمون آماری کای اسکوتر و تی مستقل، با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، مشخص گردید در گروه مداخله و کنترل از نظر میزان سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، سن ازدواج، سن ازدواج

### یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی مشارکت کنندگان در پژوهش ۴/۹ ± ۲۶/۹ سال و بیش از نیمی از آنان دارای تحصیلات دانشگاهی (۵۵/۳٪) و اغلب آنان خانه دار با میانگین طول مدت ازدواج ۴/۳ ± ۵/۲ سال بودند. استفاده از آزمون آماری کولموگروف - اسمیرنوف نشان

مشاوره  $6/96 \pm 48/26$  بود. مقایسه میانگین نمره بهزیستی روانشناختی قبل از مشاوره در گروه مداخله و کنترل معنادار نبود ( $P=0/89$ ). همچنین نتایج نشان داد افزایش میانگین نمره بهزیستی روانشناختی پس از مداخله، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل از مقادیر بیشتری برخوردار بود و این تفاوت افزایش با توجه به استفاده از آزمون تی مستقل معنادار بود ( $P=0/001$ ) (جدول ۴).

همسر، طول مدت ازدواج و میزان درآمد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲ و ۳).

مقایسه میانگین نمره بهزیستی روانشناختی قبل از مشاوره در گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون آماری تی مستقل انجام شد. میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه مداخله قبل از مشاوره  $7/48 \pm 48/17$  و میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه کنترل قبل از

جدول ۲. مقایسه اطلاعات دموگرافیک کیفی زنان نابارور در دو گروه مداخله و کنترل

P Value*	کل	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	عوامل دموگرافیک / سطح
0/85				تحصیلات
	21 (55/3)	10 (52/6)	11 (57/9)	دانشگاهی
	17 (44/7)	9 (47/4)	8 (42/1)	دیپلم
0/89				تحصیلات همسر
	15 (39/5)	7 (36/8)	8 (42/1)	دانشگاهی
	23 (60/5)	12 (63/3)	11 (57/9)	دیپلم
0/71				وضعیت اشتغال
	27 (71/1)	13 (68/4)	14 (73/7)	خانه دار
	5 (13/2)	2 (10/5)	3 (15/8)	دانشجو
	6 (15/7)	4 (21/1)	2 (10/5)	شاغل
0/78				وضعیت اشتغال همسر
	11 (28/9)	5 (26/4)	6 (31/6)	کارمند
	8 (21/1)	4 (21/1)	4 (21/1)	کارگر
	19 (50)	10 (52/6)	9 (47/3)	آزاد
0/69				وضعیت مسکن
	28 (72/7)	15 (78/9)	13 (68/4)	اجاره ایی
	10 (26/3)	4 (21/1)	6 (31/6)	شخصی

\*آزمون آماری کای اسکوتر

جدول ۳. مقایسه اطلاعات دموگرافیک کمی زنان نابارور در دو گروه مداخله و کنترل

P Value*	میانگین (انحراف معیار)	عوامل دموگرافیک / گروه
0/74		سن (سال)
	31/1 ± 26/6	مداخله
	31/4 ± 27/2	کنترل
	31/9 ± 26/9	کل
0/46		سن همسر (سال)
	31/9 ± 31/6	مداخله
	31/7 ± 33/5	کنترل
	31/4 ± 32/5	کل
0/68		سن ازدواج (سال)
	33/6 ± 23/8	مداخله
	33/9 ± 25/2	کنترل
	34/1 ± 24/5	کل
0/34		طول مدت ازدواج (سال)
	23 ± 4/9	مداخله
	23 ± 5/6	کنترل
	24/7 ± 5/2	کل
0/89		میزان درآمد
	3 ± 1/8	مداخله
	4 ± 1/7	کنترل
	5 ± 1/7	کل

\*آزمون آماری تی مستقل

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی قبل و بعد از مشاوره بین گروه مداخله و کنترل

P* Value	بعد از مشاوره		P* Value	قبل از مشاوره		مؤلفه‌های روانشناختی
	کنترل انحراف معیار	مداخله انحراف معیار ± میانگین		کنترل انحراف معیار ± میانگین	مداخله انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۰۱	۸/۰۲±۱/۰۱	۱۰/۱۲±۱/۳۱	۰/۳۲	۸/۱۱±۱/۰۳	۸/۳۲ ± ۱/۱۱	استقلال
۰/۰۰۰۱	۸±۱/۸۸۷	۱۱/۳۱±۱/۷۰	۰/۶۴	۷/۹۸±۱/۱۱	۸/۲۰±۱/۰۶	تسلط بر محیط
۰/۰۰۰۱	۸±۱/۴۳	۱۰/۲۸±۱/۷۹	۰/۴۰	۸/۱±۱/۳۳	۷/۹۸±۱/۷۰۳	رشد شخصی
۰/۰۰۰۱	۸/۸۵±۱/۳۷	۱۰/۱۳±۲	۰/۳۶	۹/۲۶±۱/۹۷	۹/۰۲±۱/۲۱	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۰۰۰۱	۸/۳۱±۱/۱۲	۱۰/۳۲±۱/۸۵	۰/۸۴	۸/۷۹±۱/۸۴	۸/۳۲±۱/۳۲	هدفمندی
۰/۰۰۰۱	۶±۱/۶۴	۱۱/۸۱±۱/۸۵	۰/۵۱	۶/۰۲±۱/۴۷	۶/۳۲±۱/۲۱	پذیرش خود
۰/۰۰۰۱	۴۷/۱۸±۶/۸۵	۶۳/۹۷±۵/۳۱	۰/۸۹	۴۸/۲۶±۶/۹۶	۴۸/۱۷±۷/۴۸	کل

\*آزمون آماری تی مستقل

مداخله با گروه کنترل تفاوت معنادار دارد و گروه مداخله میانگین نمره بالاتری نسبت به گروه کنترل دارد (۳۳)، اگرچه مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی تحت تأثیر در زنان نابارور و زنان سرپرست خانوار متفاوت می‌باشد و در زنان نابارور بیشتر مؤلفه‌های رشد شخصی و ارتباط مثبت با دیگران و هدف زندگی مخدوش می‌باشند (۳۴-۳۶).

همچنین نتایج مطالعه ما نشان داد که در نمره میانگین تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، بعد از مشاوره، در گروه مداخله به طور معناداری بالاتر از در گروه کنترل بود. زنان نابارور به دلیل تغییرات روانشناختی ناشی از ناباروری، با اختلالات رفتاری و ارتباطی مواجه می‌شوند. اگرچه این اختلال رفتاری و ارتباطی در مطالعات باقری و همکاران و امیری و همکاران در ایران در مطالعه بررسی مؤلفه‌های بهزیستی تحت تأثیر در زنان نابارور و تانگ و گروس (۲۰۱۹) در امریکا (۱۱، ۳۴، ۳۵) در بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر بهزیستی زنان نابارور، کاهش بهزیستی زنان نابارور بیشتر در مؤلفه‌های رشد شخصی و ارتباط مثبت با دیگران و هدف زندگی مشهود بودند، اما در مطالعه ما مؤلفه‌های پذیرش خود و رشد شخصی بیشتر از مؤلفه‌های دیگر بهزیستی در هر دو گروه مداخله و کنترل پیش از مداخله مخدوش بودند که پس از مداخله در گروه مداخله از افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل برخوردار شد. گلاسر معتقد است هر فردی یک هویت متصور دارد، که به موجب احساس موفقیت و یا عدم موفقیت نسبی در او می‌شود. هویت تصویری است که فرد از خودش دارد. این تصور ممکن است با تصورات که دیگران از او هماهنگ و یکسان و یا اینکه کاملاً متفاوت باشد. به عقیده گلاسر هویت جزء لازم و اساسی تمام انسان‌ها در همه فرهنگ‌ها است که از لحظه تولد تا مرگ ادامه می‌یابد و این هویت در واقعیت درمانی به دو جزء هویت توفیق و هویت شکست تقسیم می‌شود. افرادی که به هر دلیلی دارای هویتی ناموفق می‌باشند از بی ارزشی و تنهایی رنج می‌برند و بدلیل انکار واقعیت‌ها و همچنین افکار منفی برای خود و دیگران ارزش قائل نخواهند شد (۳۲) و این می‌تواند دلیل اختلال و تفاوت در مؤلفه‌های پذیرش خود، رشد شخصی و ارتباط مثبت با دیگران باشد. در هر حال در واقعیت درمانی هدف مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار، و در نتیجه حرکت به سوی هویت توفیق و مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است و نیازی

تغییر میانگین نمره بهزیستی روانشناختی قبل و بعد از مداخله در کل و در تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، در گروه مداخله از افزایش قابل توجهی برخوردار بود و با توجه به آزمون تی زوجی این افزایش معنادار بود ( $P < 0.05$ ). با توجه به همین آزمون این تفاوت تغییر در کل و تمام مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی گروه کنترل معنادار نبود ( $P > 0.05$ ).

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره بهزیستی روانشناختی بعد از مشاوره در گروه مداخله به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. نصرالهی و موسوی مقدم در بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام نشان دادند روش مشاوره ایی گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند احساس بهزیستی را در زنان نابارور به طور معناداری افزایش دهد. اگرچه آنها در بررسی خود به مؤلفه‌های مؤثر در بهزیستی روانی این زنان نپرداختند (۳۹). اما زاهدی و همکاران در مطالعه دخود بر تأثیر مشاوره واقعیت درمانی بر کاهش استرس زنان نابارور نشان دادند که این مشاوره می‌تواند به طور معناداری بر مقابله با استرس زنان نابارور مؤثر واقع گردد. همچنین توزنده و سلطان زاده در مطالعه خود نشان دادند که رویکرد واقعیت درمانی به ترتیب در کاهش افسردگی نابارور به طور معناداری مؤثر است. مطالعات دیگر نیز نشان دهنده اثر مثبت و معنا دار مشاوره واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب، تاب آوری، عاطفه مثبت، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی بودند (۲۸-۳۰). صفوی زاده و منشی در مطالعه خود نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی به طور معناداری بر کاهش اضطراب، استرس، افسردگی و رضایت مندی زناشویی و کیفیت زندگی مؤثر زنان نابارور مؤثر است (۳۱). قیاسی در مطالعه مروری خود بر بهزیستی روانشناختی و نظریه‌ها مختلف نشان داد که مؤلفه‌های استرس، اضطراب، تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی در میزان بهزیستی روانشناختی افراد مؤثر است (۳۲). بنابراین همسو با این مطالعه در نهایت مطالعات فوق نشان دادند مشاوره واقعیت درمانی می‌تواند در بهبود بهزیستی و کیفیت زندگی زنان نابارور مؤثر واقع شود. سقاییان (۱۳۹۴) در بررسی خود با عنوان تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار و هم راستا با مطالعه حاضر نشان داد که مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در گروه

یافته‌ای این پژوهش، استفاده از روش واقعیت درمانی می‌تواند موجب ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی زنان نابارور گردد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر استخراج شده از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره پایان نامه ۵۰۳۳ و کد اخلاق IR.arakmu.rec.1398.054 دانشگاه علوم پزشکی اراک و با کسب موافقت نامه کتبی از مشارکت کنندگان و رعایت کلیه نکات اخلاق مصوب هلسینکی صورت گرفته است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه دو کلیه مشارکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

1. Ombelet W. WHO fact sheet on infertility gives hope to millions of infertile couples worldwide. *Facts Views Vis Obgyn*. 2020;**12**(4).
2. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA*. 2021;**326**(1):65-76. doi: 10.1001/jama.2021.4788 pmid: 34228062
3. Zhu C, Yan L, He C, Wang Y, Wu J, Chen L, et al. Incidence and risk factors of infertility among couples who desire a first and second child in Shanghai, China: a facility-based prospective cohort study. *Reprod Health*. 2022;**19**(1):155. doi: 10.1186/s12978-022-01459-x pmid: 35804377
4. Akhondi M, Ranjbar F, Shirzad M, Ardakani Z, Kamali K, Mohammad K. Practical difficulties in estimating the prevalence of primary infertility in Iran. *Int J Fertil Sterilit*. 2019;**13**(2):113.
5. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod*. 2007;**22**(1):288-294. doi: 10.1093/humrep/del327 pmid: 16920722
6. Arshad A, Sadiq R. Infertility: A risk factor for psychological well-being in women. *Rawal Med J*. 2018;**42**(4):725-728.
7. Begman N, Hassan S. Psychological problems among women with infertility: Acomprative study. *J Pak Med Assoc*. 2014;**64**:1287-1291.
8. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;**31**(2):101-110. doi: 10.3109/0167482X.2010.481337 pmid: 20443659
9. Dyer S, Lombard C, Van der Spuy Z. Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod*. 2009;**24**(11):2821-2826. doi: 10.1093/humrep/dep278 pmid: 19640892
10. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Appl Psychol Health Well Being*. 2009;**1**(2). doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
11. Tang YY, Tang R, Gross JJ. Promoting Psychological Well-Being Through an Evidence-Based Mindfulness Training Program. *Front Hum Neurosci*. 2019;**13**:237. doi: 10.3389/fnhum.2019.00237 pmid: 31354454
12. Strümpfer DJW. Salutogenesis: A New Paradigm. *South Africa J Psychol*. 1990;**20**(4). doi: 10.1177/008124639002000406
13. Narenji F, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Spiritual health care during pregnancy from Iranian mothers' perspective: a qualitative study with content analysis approach. *Mental Health Relig Cult*. 2018;**21**(1). doi: 10.1080/13674676.2018.1484434
14. Narenji F, Nahidi F, Ebadi A, Nasiri M. Maternal Care for Spiritual Health of Unborn Child During Pregnancy: A Qualitative Study With Content Analysis Approach. *Spirit Clinical Pract*. 2018;**5**(4):251-260. doi: 10.1037/scp0000178
15. Coventry PA, Meader N, Melton H, Temple M, Dale H, Wright K, et al. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review

and component network meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;**17**(8):e1003262. doi: 10.1371/journal.pmed.1003262 pmid: 32813696

نیست که زنان نابارور ناتوان و قربانی نیروهای خارج از کنترل آنها شوند، بلکه می‌توانند رفتارهای فعلی و به خصوص اعمال خود را انتخاب کنند و از این رو موجب رشد استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش خود، هدفمندی و در نهایت بهزیستی بهتر خود شوند.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شرکت در جلسات مشاوره‌ای بر اساس روش واقعیت درمانی باعث بهبود بهزیستی روانشناختی زنان نابارور به طور کل و همچنین در تمامی مؤلفه‌های روانشناختی می‌شود. با توجه به تأثیر ناباروری بر وضعیت روانشناختی زنان نابارور و با توجه به

16. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001;**22**(3):133-141. doi: 10.3109/01674820109049965 pmid: 11594714
17. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgard NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;**5**(1):e006592. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006592 pmid: 25631310
18. Jones L, Parish T, Ritalin V. Choice Theory and Reality Therapy. *Int J Real Therap*. 2005;**25**(1):138-146.
19. Wubbolding R, Brickell J. Role Play and the Art of Teaching Choice Theory, Reality Therapy, and Lead Management. *Int J Real Therap*. 2004;**23**(2):41-43.
20. Heydarpour S, Parvaneh E, Saqqezi A, Ziapour A, Dehghan F, Parvaneh A. Effectiveness of Group Counseling Based on the Reality Therapy on Resilience and Psychological Well-Being of Mothers with an Intellectual Disabled Child. *Int J Pediatr*. 2018;**6**(6).
21. Shapiro C. Therapy with infertile Heterosexual couples: It's not about gender-or is it? *Clinic Soc Work J*. 2009;**37**:140-149. doi: 10.1007/s10615-008-0149-1
22. Dargahi S, FM Z, Zaharakar K, Didebhan M. Effect of positive thinking training on psychological well-being and marital relationship quality of infertile couple. *Middle East J Disabil Stud*. 2018;**7**(97):1-7.
23. Khanjani M, Shahidi S, Fatabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factorial structure and psychometric properties of the short form (18 questions) of RIF's psychological well-being scale in male and female students. *Andishe Raftar Res Quarter*. 2014;**32**(8).
24. Shreffler K, Tiemeyer S, Dorius C, Spierling T, Greil A, McQuillan J. Infertility and fertility intentions, desires, and outcomes among US women. *Demograph Res*. 2016;**35**:1149-1168. doi: 10.4054/DemRes.2016.35.39
25. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res*. 2006;**35**(1):1103-1119. doi: 10.1016/j.ssres.2006.01.002
26. Bayatiani A, Mohammadkouchaki A, Bayani A. Reliability and Validity of Psychological well-being. *Psy Clin Psychol*. 2009;**14**:146-151.
27. Kosarifar F. Investigating the relationship between psychological well-being and mental health of students of Islamic Azad University of Dezfoul Branch Dezfoul, Iran: Islamic Azad University of Dezfoul Branch 2011.
28. Mokhtari Sorkhani T, Alidostiu K, Ahmadi A, Mirzaei M, Habibzadeh V. Effect of infertility counselling on the quality of life of infertile couples: A randomized clinical trial. *J Arak Univ Med Sci*. 2022;**6**(8):820-832. doi: 10.32598/jams.24.6.6462.1



29. Masoumi S, Parsa P, Kalhori F, Mohagheghi H, Mohammadi Y. What Psychiatric Interventions Are Used for Anxiety Disorders in Infertile Couples? A Systematic Review Study. *Iran J Psychiatr.* 2019;**14**(2):160-170. doi: 10.18502/ijps.v14i2.996 pmid: 31440298
30. Safafizadeh GS, Monshaie G. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Positive and Negative Affect and Marital Satisfaction in Infertile Women. *J Assess Res Appl Counsel.* 2020;**2**(1):1-18. doi: 10.52547/jarcp.2.1.1
31. Safafizade G, Monsheie G. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Positive and Negative Affect and Marital Satisfaction in Infertile Women (persian). *J Assess Res Appl Counsel.* 2020;**2**(1):1-18. doi: 10.52547/jarcp.2.1.1
32. Ghiasi E. An overview of psychological well-being and various theories related to it. (Persian). *J Res Stud Islam Sci.* 2021;**3**(21):64-77.
33. Saghaeian A, Bahmani B, Eskandari M, Asghari A. The effectiveness of group reality therapy on the well-being of female heads of the household. *Researches in clinical psychology and counseling, Ferdowsi University of Mashhad.* 2015;**5**(2).
34. Bagheri F, Nematollahi A, Sayadi M, Akbarzadeh M. Comparison of the Quality of Life in Fertile and Infertile Women Admitted to Shiraz's Healthcare Centers During 2017-2018. *Shiraz E-Med J.* 2021;**22**(6). doi: 10.5812/semj.104622
35. Amiri M, Chaman R, Sadeghi Z, Khatibi M, Ranjbar M, Khosravi A. Quality of Life Among Fertile and Infertile Women. *Iran J Psychol Behav Sci.* 2017;**11**(1):1-5. doi: 10.17795/ijpbs-5641
36. Ibrahim N, Mohamed S, Ismail Z, Salleh M. Psychological distress and quality of life of Malaysian infertile couples. *Int J Reproduct Contracept Obstet Gynecol.* 2021;**10**(1):61-67. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20205755