رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۲، شماره پیاپی ۱۰۵، اسفند ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(12), 2025

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور

The effectiveness of an educational program based on psychological well-being on improving positive thinking and marital satisfaction in infertile women

مرجانه دیهیمی
دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، پردیس بین‌المللی کیش، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
رضاپور حسین (نویسنده مسئول)
دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
مسعود غلامعلی لواسانی
دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
غلامعلی افروز
استاد ممتاز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Marjaneh Dayhimi
Ph.D. student in health psychology, Kish International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran.
Reza Por Hosein *
Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
prhosein@ut.ac.ir
Masoud Gholamali Lavasani
Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
Gholamali Afrouz
Distinguished Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور گیرنده تخمک اهدایی مراجعه‌کننده و تحت درمان در مرکز درمان ناباروری مام شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. همه آنها قبل از اجرای مداخله پرسشنامه شناخت مثبت خودکار اینگرام و همکاران (APAC ،۱۹۸۸) و رضامندی همسران افروز (AMSS ،۱۳۹۰) را تکمیل کردند. پس از آن گروه آزمایش مداخله برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روانشناختی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند. داده‌های پژوهش به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین پیش آزمون و پس آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین نتایج نشان داد در متغیرهای مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت بین دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). بر این اساس می‌توان گفت استفاده از برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روانشناختی می‌تواند در افزایش مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *رضامندی زوجیت، مثبت اندیشی، آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی.*

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of the educational program based on psychological well-being in improving positive thinking and marital satisfaction in infertile women. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population of the study included all infertile women who received donated eggs and were treated at the Mam Infertility Treatment Center in Tehran in 2023, who were randomly assigned to two experimental and control groups. All of them completed the automatic positive recognition questionnaire of Ingram et al. (1988, APAC) and the consent of Afrooz wives (2019, AMSS) before the intervention. After that, the experimental group received the educational program based on psychological well-being in 8 sessions of 90 minutes and once a week. The research data was analyzed by variance analysis with repeated measurements. The results showed a significant difference between the pre-test and post-test among the groups (p<0.05). Also, the results showed that there is a substantial difference in the variables of positive thinking and marital satisfaction between the two groups in the post-test and follow-up stages (p<0.05). Based on this, it can be said that using an educational program based on psychological well-being can be effective in increasing positivity and marital satisfaction in infertile women.

Keywords: *Marital Satisfaction, Positive Thinking, Education based on Psychological Well-Being.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : مهر ۱۴۰۳** **پذیرش: آبان ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

مقدمه

فرزندآوری از برترین انگیزه‌های ازدواج معرفی شده و برای تمام زوج‌هایی که پیمان زناشویی می‌بندند، یکی از بزرگ‌ترین آرزوها، تحقق رویای شیرین بچه‌دار شدن است. با این وجود، مطالعات حاکی از آن‌اند که میلیون‌ها نفر از جمعیت دنیا از ناباروری رنج می‌برند (نژات[1] و همکاران، ۲۰۲۴). از نظر پزشکی انتظار می‌رود که ۵۰٪ از زوج‌ها بعد از ۳ الی ۴ ماه و غالباً ۱۲ ماه بعد از ازدواج بتوانند بارداری را تجربه کنند ولی علی‌رغم این انتظار، بسیاری از زوجین به شکل اولیه یا ثانویه با مشکل ناباروری مواجه هستند (ارایا[2] و همکاران، ۲۰۲۴). در پزشکی به عدم بارداری بدنبال یک سال مقاربت محافظت نشده و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی، ناباروری[3] اطلاق می‌شود (استاینمان[4] و همکاران، ۲۰۲۴). براساس مطالعات، درمان ناباروری، زنان را به لحاظ جسمی با عوارضی نظیر احتمال زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، عوارض جانبی داروها مثل حالت تهوع، گرگرفتگی، سردرد، عوارض ناشی از سندروم تحریک تخمدان مثل تنگی نفس … (فون استورف[5] و همکاران، ۲۰۲۴) و از سوی دیگر با جنبه‌های روان‌شناختی این مسیر مواجه می‌سازد که از آن جمله می‌توان به احساس خشم، خستگی روانی، حس نا امیدی و بی‌کفایتی، ترس از شکست در درمان و کاهش عزت نفس اشاره کرد (چامورو[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

ناباروری با ماهیت زیستی خود، تمرکز و نگرش ذهنی عاطفی فرد را زیر تاثیر قرار داده می‌تواند باعث بروز ناتوانی در برابر هجوم افکار منفی شود (بریورمن[7] و همکاران، ۲۰۲۴). افت روابط اجتماعی، قضاوت منفی درباره بدن خود، ناامیدی نسبت به نتیجه اقدامات و صرف‌نظر از ادامه مسیر درمان و غیره گویای اثرات نامطلوب پدیده ناباروری بر مثبت‌اندیشی زنان نابارور است (کالسی[8] و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجا که زنان نابارور از نگرانی و دیدگاه منفی درباره خود رنج می‌برند، در شاخص مثبت‌اندیشی نمره کمتری کسب می‌کنند (شی[9] و همکاران، ۲۰۲۴). مثبت‌اندیشی شیوه یا نتیجه تمرکز مثبت ذهن فرد بر روی چیزی سازنده و خوب است. روان‌شناسی مثبت‌نگر عمدتاً بر تقویت کردن توانایی‌ها و شایستگی‌های فرد، توجه وخوش‌بینی، انگیزش درونی و قابلیت روانی فرد در رویارویی با مشکلات تمرکز دارد (یانیک و کاواک بوداک[10]، ۲۰۲۴). درواقع، تاکید مثبت‌اندیشی بر این است که حتی در شرایط نامطلوب بر جنبه‌های خوب رویدادها تکیه شود (لیو[11] و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعه لیو و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که داشتن تفکرات مثبت از جمله عوامل اثرگذار بر استرس، تعارض و رضایت زناشویی در زوجین نابارور است. مثبت‌اندیشی یک ویژگی تربیتی و اکتسابی و مهم‌ترین گام در اضطراب زدایی و نیل به آرامش است (افروز، ۱۳۹۰).

علاوه بر مشکلات روان‌شناختی، از پیامدهای خانوادگی که زنان نابارور با آن درگیر هستند، می‌توان به رضایت‌مندی زوجیت[12] پایین اشاره کرد (نامنی و همکاران، ۱۴۰۲؛ کیخسروی بیگ زاده و همکاران، ۱۴۰۱). رضایت زناشویی مهم‌ترین و اساسی‌ترین عامل در دوام زندگی مشترک و پیشگیری از آسیب‌های خانوادگی است (درخشان و همکاران، ۱۴۰۲). ناباروری می‌تواند مشکلات جدی در روابط زوجین ایجاد کند که اشکال در رابطه جنسی و اختلال عاطفی و هیجانی از آن جمله است. این مشکل تنش جدی در زندگی ایجاد کرده و ضربه روانی شدیدی را بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین وارد می‌کند (موسی زاده و همکاران، ۲۰۲۴).

شواهد بسیاری از یک رابطه علی بین بین بهزیستی روانشناختی بیشتر و سلامت کلی بهتر و بهبود پیامدهای خاص در افراد حمایت کرده‌اند (آلی[13]، ۲۰۲۴؛ بیگز[14] و همکاران، ۲۰۲۴). 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 مفهوم سازی کنند . اگر چه روش‌های درمان دارویی بسیاری برای کنترل علائم اختلال روانشناختی، در جهت ارتقای بهزیستی

1- Nezhat
2- Araya
3- infertility
4- Steinmann
5- von Estorff
6- Chamorro
7- Braverman
8- Khalesi
9- Shi
10- Yanık & Kavak Budak
11- Liu
12- marital satisfaction
13- Ali
14- Biggs

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

هنوز هم مورد کاربرد است اما امروزه، با توجه به اثرات سوء استفاده از داورهای شیمیایی، استفاده از روش‌های مکمل غیر دارویی و به خصوص روش های مشاوره‌ای روانشناختی در جهان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار هستند (کیانفر و همکاران، ۲۰۲۴). در مطالعه خود بر زنان نابارور نشان داد که خدمات مشاوره‌ای می‌تواند در بهبود مثبت اندیشی در زنان نابارور مفید باشد و یانیک و کاواک همکاران (۲۰۲۴) در مطالعه خود نشان دادند که روش‌های مشاوره‌ای در افزایش رضامندی زوجین به طور معناداری موثر است.

بهزیستی فراسازه‌ای است که جنبه‌های زندگی سالم شامل جنبه‌های روانشناختی، جسمی و دیگر حیطه‌ها را در بر می‌گیرد (وانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴). بهزیستی روانشناختی به رشد همه جانبه در زندگی افراد اشاره دارد که شامل پذیرش خود، حس خودمختاری، داشتن هدف و تسلط، رشد فردی و روابط مثبت با دیگران است (دوب[2] و همکاران، ۲۰۲۳). بهزیستی روانشناختی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم شده یا پیامدهای عملکردی است که در فرآیند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتا پایدار در توالی زندگی منجر می‌شود (کامیسلی و ترزاوغلو[3]، ۲۰۲۳). زوجین نابارور به دلیل شکست‌های مکرری که در فرزنددار شدن با آن روبرو می‌شوند از نظر بهزیستی روانشناختی سطح پایین تری از افراد عادی قرار دارند و شیوع مشکلات بهزیستی روانشناختی در زوجین نابارور در مقایسه با گروه‌های دیگر بیشتر گزارش شده است (بورگت[4] و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجایی که بهزیستی روانشناختی پیامدهای روانشناسی مثبت زیادی به همراه دارد آموزش آن نیز حائز اهمیت می‌نمود. نتایج مطالعات انجام‌شده نشان داده است که تنش حاصل از ناباروری بر روابط مثبت فردی، اجتماعی و زناشویی که از حیطه‌های بهزیستی روان‌شناختی است تأثیر گذاشته، موجب عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و گاها طلاق می‌شود (رومنی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). درواقع، برای زنان از نظر روان‌شناختی، حاملگی غالباً وسیله‌ای برای خود شکوفایی است (مرتنز و مرتس[6]، ۲۰۲۴)، بنابراین، زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، به‌ویژه آنان که به لحاظ پزشکی باید داوطلب دریافت تخمک اهدایی باشند، احساس بی‌ارزشی و عدم‌کفایت دارند بنابراین از سطح پذیرش خود که از جمله ابعاد بهزیستی روان‌شناختی است به‌طور معنی‌داری کم می‌شود (ستوده و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین سردرگمی در مورد صفات مادر در موارد استفاده از تخمک شخص ثالث بر روی بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر منفی برجای می‌گذارد (جیانگ[7] و همکاران، ۲۰۲۴).

ناباروری از مشکلاتی است که به تدریج و در صورت عدم درمان و رفع آن، منجر به مشکلات روانی بیشتر برای زنان می‌شود و آشفتگی‌های روانشناختی بیشتر را در افراد مبتلا به وجود می‌آورد. امروزه پیشرفت‌های نوین علم پزشکی توانسته است در بسیاری از موارد، در درمان این بیماری موفق شود و امیدواری زنان مبتلا به آن را بیشتر کند؛ اما مشکلات روانشناختی ممکن است حتی پس از درمان ناباروری نیز کم یا زیاد پابرجا بماند که این فرایند با توجه به امیت سلامت زنان نابارور در ابعاد مختلف روانی، هیجانی و اجتماعی، نیازمند توجه بیشتر همزمان با بحث درمان ناباروری است. از آنجا که پژوهشی که به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور بپردازد یافت نشد؛ این خلاء پژوهشی احساس می‌شد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور نامزد دریافت تخمک اهدایی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از زنان زنان نابارور گیرنده تخمک اهدایی مراجعه کننده و زیر درمان ناباروری مام شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که از این جامعه تعداد ۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G3 Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر= ۰/۳۶؛ ضریب آلفا= ۰/۰۵؛ توان آزمون= ۰/۹۵) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد که به‌طورکلی حجم نمونه ۸۰ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۲ گروه ۴۰ نفری برای پژوهش

1. Wang
2. Dube
3 . Kamışlı, Terzioğlu
4 . Bourget
5- Roomaney
6- Mertens & Mertes
7- Jiang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

انتخاب شـد که تخصیص آنها در دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های ورود پژوهش شامل ناباروری اولیه با عامل زنانه (عدم سابقه بارداری)، داوطلب دریافت تخمک اهدایی بنا به تشخیص پزشک معالج، ملیت ایرانی، رده سنی ۲۵ تا ۵۲ سال و داشتن تحصیلات دیپلم به بالا و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صـورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های مورد بررسی انجام شـد. در ادامه آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی توسـط پژوهشـگران در یکی از مراکز مشـاوره شهر تهران آموزش داده شـد (مرکز دارای فضـا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسـب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضـر به همکاری شـدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشـد. نحوه اجرا نیز به این صـورت بود که آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی طی ۸ جلسـه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسـه) و به صورت گروهی برگزار شـد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضـایت آگاهانه شرکت کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آنها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش ازجمله ملاحظاتی بود کـه پژوهشگر مدنظر قرارداد. درنهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

سنجش شناخت مثبت خودکار[1] (APAC): این ابزار توسط اینگرام و ویسنیکی[2] (۱۹۸۸) ساخته شده و شامل ۳۰ سؤال و ۵ خرده مقیاس کارکرد مثبت روزانه، خودارزیابی مثبت، ارزیابی دیگران از خویش، انتظارات مثبت آینده و خوداعتمادی است. ماده‌های این مقیاس براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. اینگرام و همکاران (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی ۰/۳۳- بین این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک و ضریب همبستگی ۰/۳۷ بین این پرسشنامه و پرسشنامه اضطراب حالت–صفت به‌عنوان شاخصی از روایی افتراقی و روایی سازه قابل‌قبولی گزارش شدند (اینگرام و همکاران، ۱۹۸۸). بهپور و همکاران (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۶۷ و روایی صوری آن را با نظر متخصصین، مطلوب گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۰ بود.

فرم کوتاه مقیاس رضامندی همسران[3] (AMSS): این مقیاس توسط افروز (۱۳۹۰) ساخته شده و شامل ۵۱ ماده و ۱۰ عامل (۱) رضایت عاطفی، (۲) رضایت تعاملی، (۳) رضایت نگرشی، (۴) رضایت رفتاری، (۵) رضایت حمایتی-اجتماعی، (۶) رضایت همدلی، (۷) رضایت مشکل‌گشایی، (۸) رضایت شخصیتی، (۹) رضایت فرزندپروری و (۱۰) رضایت مطلوب‌اندیشی است. ماده‌های این مقیاس براساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. افروز (۱۳۹۰) مقدار پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ و ضریب بازآزمایی آن را در بازه زمانی ۴ هفته‌ای ۰/۷۹ و روایی همگرای آن را با همبستگی با رضایتمندی زناشویی اینریچ ۰/۴۳۱ = r گزارش کردند. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۴ بود.

آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی: جلسات آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی اقتباس از دیهیمی و همکاران (۱۴۰۳) بود. این رویکرد شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه که شامل جلسات زیر بود:

جدول ۱. محتوای برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی براساس راهنمای دیهیمی و همکاران (۱۴۰۳)

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
اول	انجام پیش آزمون	در این جلسه اهداف پژوهش به زنان مشارکت کننده معرفی و در خصوص بهزیستی روان شناختی توضیحاتی ارائه شده، در پایان با ارائه پرسشنامه ها، پیش آزمون انجام شد.
دوم	پذیرش خود	به مشارکت کنندگان، آموزش داده شد تا ویژگی‌های مثبت و منفی خـویش را شناخته، جنبه‌های متعدد خود را بپـذیرند. همچنین احساسات خود را بروز دهند تا بتوانند خود را دوست داشته باشند، با گذشته خود به صلح برسند و نسبت به خود احساس بهتری داشته باشند.

1- Assessment of Positive Automatic Cognition
2- Ingram & Wisnicki
3- Afrooz's Marital Satisfaction Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

سوم	رابطه مثبت با دیگران	پیرامون درک هیجانات دیگران، ظرفیت همدلی، ارتباط صمیمی همسر، دست یابی به احساس رضامندی زناشویی و جاذبه‌های زندگی مشترک حتی بدون فرزند، با مشارکت کنندگان صحبت شد.
چهارم	خود مختاری	درخصوص افزایش عزت نفس، شادکامی، احساس شایستگی و دستیابی به احساس تعلق و امنیت، تنظیم رفتار و توانایی مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی واستقلال به جای انتظار از دیگران گفتگو شد.
پنجم	زندگی هدفمند	بهبود کیفیت زندگی، معنا بخشیدن به آن، شناسایی اهداف و ارزش‌های زندگی، رویارویی با چالش‌های زندگی و حل تعارضات آن، در این جلسه مورد بحث و گفتگو قرار گرفت.
ششم	رشد فردی	تاب آوری، سازگاری، مسئولیت پذیری، شکوفایی در مواجهه با ناملایمات، گشودگی به تجربیات جدید و درک و ارتقاء پتانسیل‌های خود، از جمله مباحث این جلسه بودند.
هفتم	تسلط بر محیط	درباره برنامه ریزی و مدیریت زندگی، درک فرصت‌ها، توانایی کنترل فعالیت‌های محیطی، احساس تسلط بر انتخاب و ارضاء نیازهای خود در زندگی با مشارکت کنندگان گفتگو شد.
هشتم	پس آزمون	مروری بر جلسات پیشین، اجرای پس آزمون و پاسخ مجدد به پرسشنامه های پژوهش و تشکر از همکاری مشارکت کنندگان و همسرانشان در این پژوهش.

یافته ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مداخله ۵/۸۴± ۳۴/۴ و در گروه گواه ۵/۰۴± ۳۴/۹ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ و حداکثر سن ۴۳ گزارش شد. همچنین میانگین گزارش شده برای مدت زمان ازدواج برای گروه آزمایش ۱/۸۹ ± ۶/۲۰ و برای گروه گواه ۲/۲۶ ± ۵/۴۶ گزارش شد. حداقل زمان ۴ و حداکثر ۱۰ سال گزارش گردید. همچنین سطح تحصیلات در گروه آزمایش به ترتیب ۳۷/۵ درصد (دیپلم)، ۷/۵ درصد (کاردانی)، ۲۷/۵ درصد (کارشناسی)، ۲۰ درصد (ارشد) و ۷/۵ درصد (دکتری) و در گروه گواه ۳۵ درصد (دیپلم)، ۲/۵ درصد (کاردانی)، ۳۰ درصد (کارشناسی)، ۱۷/۵ درصد (ارشد) و ۱۵ درصد (دکتری) بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت زمان ازدواج از یکدیگر وجود نداشت. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرها

گروه		قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	مثبت اندیشی	۹۴/۹	۲۳/۱	۱۱۲/۹	۱۹/۳	۱۱۵/۲	۱۸/۰۲
	رضامندی زوجیت	۱۲۸/۴	۲۷/۷	۱۴۲/۴	۲۸/۷	۱۴۴/۲	۲۸/۲
گواه	مثبت اندیشی	۹۳/۳	۲۱/۵	۹۵/۴	۱۵/۳	۹۶/۶	۱۴/۸
	رضامندی زوجیت	۱۲۹/۸	۲۸/۶	۱۳۱/۹	۳۰/۸	۱۳۲/۶	۳۲/۲

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی دهند؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش (۸۸/۸=آماره ام‌باکس، F=۱۳/۰۶، P<۰/۰۱) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش (۰/۰۵۵= آماره موشلی، ۷۸/۱= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر مثبت اندیشی (F=۱/۹ و P>۰/۰۵) و رضامندی زوجیت (F=۲/۰۷ و P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳*۲ برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت	کرویت فرض شده	۱۰۴۹/۲	۵	۲۰۹/۸	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	گرین هاوس- گیسر	۱۰۴۹/۲	۱/۷۹	۵۸۴/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	هوین- فلت	۱۰۴۹/۲	۱/۹۸	۵۲۹/۹	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	باند بالا	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۸/۱ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲ به منظور بررسی آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور

		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجرورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
مثبت اندیشی	بین گروهی	گروه	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا	۱۸۸۰/۵	۲۸	۶۷/۱			
	درون گروهی	عامل	۱۹۸۳۰/۴	۲/۴۵	۸۰۸۷/۴	۲۴۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
		عامل و گروه	۲۵۰۴/۸	۲/۴۵	۱۰۲۱/۵	۱۹۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
		خطا (عامل)	۴۷۹۰	۶۸/۶	۶۹/۷			
رضامندی زوجیت	بین گروهی	گروه	۸۱۱/۲	۱	۸۱۱/۲	۹/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۰
		خطا	۲۳۱۲/۶	۲۸	۸۲/۵			
	درون گروهی	عامل	۲۰۰۲۰/۷	۲/۷۱	۷۳۹۱/۹	۱۲/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
		عامل و گروه	۱۷۱۲/۳	۲/۷۱	۶۳۱/۹	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا (عامل)	۵۴۳۲/۹	۷۵/۸	۷۱/۶			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای مثبت اندیشی (F=۲۴۷/۳ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۶۲) و برای رضامندی زوجیت (F=۲۳۲/۰۶ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۸۹) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر مثبت اندیشی اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۹۸/۴ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۸۶) معنادار است. همچنین در متغیر رضامندی زوجیت نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۲/۲ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۳۱) معنادار است. به عبارتی بین نمرات مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
مثبت اندیشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۸۶*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۹/۳۴*	۰/۰۰۱
رضامندی زوجیت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۷۵*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۰/۱*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت زنان نابارور از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است که این نشان دهنده تاثیر آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در این نوجوانان است. در متغیر مثبت اندیشی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۵$، $d=۸/۸۶$) و پیش‌آزمون پیگیری ($p<۰/۰۵$، $d=۶/۳۴$) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات مثبت اندیشی زنان نابارور از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر کاهش مثبت اندیشی است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر رضامندی زوجیت زنان نابارور تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۵$، $d=۷/۷۵$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۵$، $d=۵/۰۶$) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر کاهش رضامندی زوجیت در زنان نابارور است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر بهبود مثبت‌اندیشی و رضامندی زوجیت در زنان نابارور انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر بهبود مثبت اندیشی در زنان نابارور مؤثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون کالسی و همکاران (۲۰۲۴)، لیو و همکاران (۲۰۲۴) و یانیک و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی شامل روش‌های درمانی یا فعالیت‌های عمدی به‌منظور ترویج احساسات مثبت، رفتارهای مثبت، شناخت و ادراک مثبت و بالا بردن بهزیستی در افراد است. این زمینه خاص از روانشناسی بر موفقیت انسان تمرکز دارد. این برنامه آموزشی ازجمله آموزش‌های شناختی است که به کاهش اضطراب ناشی از تفکرات منفی، خودتنظیمی شناختی – رفتاری، کنترل و مدیریت هیجانات منفی و درنتیجه بهبود مثبت‌اندیشی و افزایش باورهای مثبت و بالا رفتن قدرت تفکر و توانایی سازگاری با موقعیت‌ها کمک می‌کند (یانیک و همکاران، ۲۰۲۴). برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی به‌جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را بررسی می‌کند و به‌جای انگشت گذاشتن بر نقاط ضعف انسان به توانمندی وی توجه می‌کند؛ و برای دستیابی به آن برنامه‌ریزی و تلاش می‌کند (کالسی و همکاران، ۲۰۲۴). مثبت‌اندیشی به وجود آمده در برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی به این‌گونه نیست که به مشکلات توجه نشود و یا بی‌دلیل و به‌صورت کاذب خوش‌بین بود بلکه ایدئال آن است که مشکلات را یادداشت کرده و سپس به‌جای آنکه در حلقه‌های فلج‌کننده احساسات ناخوشایند، به دام افتاد، دست‌به‌کار حل مشکلات شد؛ بنابراین در این برنامه آموزشی به‌جای توجه مفرط به ناتوانایی‌ها و ضعف‌های افراد بر توانایی‌های آن‌ها مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله، خود کارآمدی، امید به زندگی و خوش‌بینی متمرکز می‌شود، لذا باعث افزایش مثبت‌اندیشی خواهد شد (لیو و همکاران، ۲۰۲۴). برقراری جلسات منظم آموزشی و تشویق افراد به ابراز مشکلات و نارسایی‌های موجود در محیط زندگی، که مخل سلامت جسمی و روانی آن‌ها است و اقدام به حل این معضلات به کمک خودشان، افزایش سطح آگاهی و میزان سازگاری آن‌ها با عوامل استرس‌زا، توانسته در افزایش مثبت‌اندیشی زنان نابارور مفید واقع گردد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند رضامندی زوجیت زنان نابارور را بهبود بخشد. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون موسی زاده و همکاران (۲۰۲۴)، الی و همکاران (۲۰۲۴) و بیگز و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی کمک می‌کند که فرد نگرش، افکار و رفتار خوش بینانه در زندگی داشته باشد و به جنبه‌های مثبت زندگی توجه کند. تفکرات مثبت باوری است که افراد درباره خودشان دارند، آن‌ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

تصور خوبی از خودشان دارند داشته و به جوانب منفی زندگی نمی‌نگرند. با افزایش سطح مثبت اجتناب از افکار منفی، توجه و تمرکز فرد بر جوانب خوب و مثبت زندگی است و بروز مشکلات زناشویی منجر به ناامیدی وی نمی‌شود؛ بلکه با خوش‌بینی هر دو جنبه منفی و مثبت مسائل، رویدادها و موقعیت‌ها را در نظر می‌گیرد و سپس به سمت تمرکز و تفسیر مثبت را ترجیح می‌دهد و با نگرشی مثبت و آرامش حاصل از آن مشکلات و روابط را بهبود می‌بخشد و نهایتاً از رضایتمندی زناشویی بیشتری برخوردار است (بیگز و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، بهزیستی روان‌شناختی به افراد در تعدیل الگوهای منفی و افکار خود و تنظیم رفتار مثبت کمک می‌کند و موجب ایجاد رضایت زناشویی و رضایت از رابطه می‌شود. افرادی که در روابط زناشویی خود دچار رکود و یکنواختی می‌شوند و توانایی پذیرش و حل مشکلات جدید را ندارند، ممکن است دچار کشمکش‌ها و نارضایتی بی‌شماری شوند. اگر آن‌ها آگاهی مناسبی از طرف مقابل داشته باشند، عقاید و دیدگاه‌های طرف مقابل را می‌پذیرند و نسبت به روابط مشترک انعطاف‌پذیرتر خواهند بود. تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی، رضایتمندی از زندگی، نگرش مثبت به جهان و زندگی، احساس آرامش و... از ویژگی افرادی است که از بهزیستی روانی برخوردارند که به آن‌ها کمک می‌کند درک بهتری از رابطه زن‌وشوهری داشته باشند و یک محیط مطلوب و رابطه سازنده‌ای با همسرشان بسازند. زمانی که زوجین دچار تعارض می‌شوند، خیلی از آن‌ها شیوه‌های واکنش منفی را در پیش می‌گیرند که این منجر به بدتر شدن رابطه می‌شود. در چنین مواردی زوج‌ها اغلب به‌جای اینکه به دنبال یک‌راه حل دوطرفه باشند، به دنبال یافتن مقصر هستند (موسی زاده و همکاران، ۲۰۲۴). به‌عبارت‌دیگر، زوج‌هایی که از همدیگر آگاهی کافی داشته باشند و احساس مثبتی نسبت به یکدیگر داشته باشند، دیدگاه‌ها و نظرات همسرشان را مدنظر قرار می‌دهند؛ قضاوت را به تعویق می‌اندازند، دنبال مقصر نیستند و به الان و همین مسئله می‌پردازند؛ بنابراین برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی بر رضایتمندی زوجین زنان نابارور قابل توجیه است.

درمجموع نتایج این مطالعه نشان داد مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت در گروه درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب مناسب‌تر از گروه گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت را افزایش دهد و از این رو می‌تواند در بهبود مثبت اندیشی و رضامندی زوجیت به کار گرفته شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر ارزیابی متغیر پژوهش به روش خودگزارش دهی با استفاده از پرسشنامه بود که ممکن است به علت شرایط نامساعد این زنان از دقت لازم برخوردار نباشد. استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی و همچنین عدم دوره پیگیری طولانی مدت از محدودیت های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد جهت سنجش متغیر پژوهش، از مصاحبه‌های بالینی و تشخیصی جدید برای کسب نتایج دقیقتر استفاده گردد؛ همچنین در صورت امکان، استفاده از روش نمونه گیری تصادفی و مرحله پیگیری طولانی مدت در پژوهش های آینده توصیه میگردد.

منابع

افروز، غ.ع (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضایتمندی همسران افروز (فرم کوتاه). *مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، *۱*، ۳-۱۶. https://www.sid.ir/paper/469760/en

بهپور، ا؛ شیرازی، ا؛ محمدی شهرودی، ح. (۱۳۹۶). تاثیر هوش معنوی بر مثبت‌اندیشی دانشجویان (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد). *پژوهشنامه مدیریت تحول*، ۹(۱۷)، ۷۵-۹۵. https://doi.org/10.22067/pmt.v9i1.54566

درخشان، ن؛ شفیع آبادی، ع.ا؛ نعیمی، ا. (۱۴۰۲). بررسی عوامل موثر در تداوم خانواده در زوجین نابارور دارای رضایت زناشویی. *زن و مطالعات خانواده*، *۱۶*(۶۰)، ۲۴۴-۲۲۷. https://doi.org/10.30495/jwsf.2022.1952021.1654

دهیمی، م؛ پورحسین، ر؛ غلامعلی لواسانی، م؛ افروز، غ.ع (۱۴۰۳). طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی بر کاهش استرس ناباروری در زنان نابارور (روش آمیخته). *فصلنامه علوم روان‌شناختی*. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1497-fa.html

کیخسروی بیگ زاده، ز؛ سوداگر، ش؛ جمهری، ف؛ بهرامی هیدجی، م. (۱۴۰۱). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر سازگاری با بیماری با نقش میانجی تاب آوری و رضایت زناشویی در زنان نابارور. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی*، *۱۳*(۵۱)، ۵۰-۶۶. https://journals.iau.ir/article_701135.html

نامنی، ا؛ میرزایی، م؛ کشاورز افشار، ح؛ فرازی، ز. (۱۴۰۲). اثربخشی تلفیق دو روش روایت‌درمانی و زوج درمانی هیجان- مدار بر سازگاری زناشویی و افسردگی زوجین نابارور. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، https://doi.org/10.30486/jsrp.2021.1936804.3121

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

Ali, A. F. (2024). Assessment of knowledge, sexual dysfunction, anxiety and marital satisfaction among infertile women. *Helwan International Journal for Nursing Research and Practice*, *3*(6), 291-306. https://doi.org/10.21608/hijnrp.2024.269716.1133

Araya, B. M., Aldersey, H. M., Camara, S., Alemu, K., Dyer, S., & Velez, M. P. (2024). The varying estimation of infertility in Ethiopia: the need for a comprehensive definition. *BMC Women's Health*, *24*(1), 280. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03118-8

Biggs, S. N., Halliday, J., & Hammarberg, K. (2024). Psychological consequences of a diagnosis of infertility in men: a systematic analysis. *Asian Journal of Andrology*, *26*(1), 10-19. https://doi.org/10.4103/aja202334

Bourget, F., El Amiri, S., Brassard, A., & Péloquin, K. (2023). Perceived Injustice and Psychological Well-Being in Couples Seeking Fertility Treatment. *Journal of Family Issues*, *44*(9), 2333-2354. https://doi.org/10.1177/0192513X221087724

Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: A global lens on the last decade of research. *Fertility and Sterility*, *121*(3), 379-383. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.01.013

Chamorro, P. P., Herruzo, J., Pino, M. J., & Casas-Rosal, J. C. (2024). Coping, social support and medical factors on psychosocial impact in couples experiencing infertility. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *50*(2), 197-215. https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2269983

Dube, L., Bright, K., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2023). Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, *29*(1), 71-94. https://doi.org/10.1093/humupd/dmac034

Ingram, R. E., & Wisnicki, K. S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 898-902. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.898

Jiang, L., Zeng, T., Wu, M., Yang, L., Zhao, M., Yuan, M., & Lang, X. (2024). Infertility psychological distress in women undergoing assisted reproductive treatment: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(9), 3642-3658. https://doi.org/10.1111/jocn.17195

Kamışlı, S., & Terzioğlu, C. (2023). Perspectives of women suffering from infertility about the effects of psychodrama-based intervention on their psychosocial well-being. *The American Journal of Family Therapy*, *51*(4), 319-333. https://doi.org/10.1080/01926187.2021.1972493

Khalesi, Z. B., & Kenarsari, F. J. (2024). Anxiety, depression, and stress: a comparative study between couples with male and female infertility. *BMC Women's Health*, *24*(1), 228. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03072-5

Kianfar, F., Mohammadi, K., Zahrakar, K., & Gica, N. (2024). Experience of women with infertility: A qualitative study. *Current Psychology*, *43*(13), 11924-11934. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05247-z

Liu, K., Dou, S., Qin, W., Zhao, D., Zheng, W., Wang, D., Zhang, C., Guan, Y., & Tian, P. (2024). Association between quality of life and resilience in infertile patients: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1345899. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1345899

Mertens, M., & Mertes, H. (2024). Deconstructing self-fulfilling outcome measures in infertility treatment. *Bioethics*, *38*(7), 616-623. https://doi.org/10.1111/bioe.13226

Mousazadeh, Y., Najafi, E., Salmani, R., MoradAbadi, A., Salimi Kivi, M., & Salmani, R. (2024). Association of Marital Satisfaction and Sexual Health Literacy with Fertility among Iranian Couples. *Health Education and Health Promotion*, *12*(1), 145-152. https://doi.org/10.58209/hehp.12.1.145/

Nezhat, C., Khoyloo, F., Tsuei, A., Armani, E., Page, B., Rduch, T., & Nezhat, C. (2024). The prevalence of endometriosis in patients with unexplained infertility. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(2), 444. https://doi.org/10.3390/jcm13020444

Roomaney, R., Salie, M., Jenkins, D., Eder, C., Mutumba-Nakalembe, M. J., Volks, C., Holland, N., & Silingile, K. (2024). A scoping review of the psychosocial aspects of infertility in African countries. *Reproductive Health*, *21*(1), 123. https://doi.org/10.1186/s12978-024-01858-2

Shi, L. P., Geng, Y. G., Mao, Z. W., Zhang, Y., Sun, S. J., & Gu, J. J. (2024). Infertility-related stress is associated with quality of life through negative emotions among infertile outpatients. *Scientific Reports*, *14*(1), 19690. https://doi.org/10.1038/s41598-024-70798-5

Sotoudeh, M., Rezapour-Mirsaleh, Y., & Choobforoushzadeh, A. (2024). The relationship between acceptance, self-compassion and hope in infertile women: A structural equation analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42*(2), 365-376. https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2078485

Steinmann, M., Rietschin, A., Pagano, F., Karrer, T., Kollár, A., Weidlinger, S., & von Wolff, M. (2024). Systematic Review of the Gonadotoxicity and Risk of Infertility of Soft Tissue Sarcoma Chemotherapies in Pre-and Postpubertal Females and Males. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. https://doi.org/10.1089/jayao.2024.0057

von Estorff, F., Mochtar, M. H., Lehmann, V., & van Wely, M. (2024). Driving factors in treatment decision-making of patients seeking medical assistance for infertility: a systematic review. *Human Reproduction Update*, *30*(3), 341-354. https://doi.org/10.1093/humupd/dmae001

Wang, X., Yu, H., Zeng, W., Hong, Y., Huang, F., Yang, X., & Wang, Y. (2024). Psychological well-being of patients in reproductive medicine center: Clinicians' perspectives. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42*(5), 855-868. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2188893

Yanık, D., & Kavak Budak, F. (2024). The effect of positive psychotherapy-based training on psychological well-being and hope level in women receiving infertility: experimental study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42*(3), 381-394. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2206853

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]