

## تأثیر آموزش بهوشیاری بر ارتقاء امید و شادکامی زنان نابارور Effect of Mindfulness Training to Promote Hope and Happiness in Infertile Women

Mahdi Abavisani (Corresponding author)

M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University,  
Garmsar Branch, Garmsar, Iran  
mehdi.sani30@yahoo.com

Davood Manavipour

Associate Prof. Islamic Azad University, Garmsar Branch,  
Garmsar, Iran

مهدی ابویسانی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی،

گرمسار، ایران mehdi.sani30@yahoo.com

داوود معنوی پور

دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

### Abstract

**Aim:** This study aimed to investigate the effect of mindfulness training in promoting hope and happiness in infertile women. **Method:** The study population included all women 25 to 40 years that have a diagnosis of infertility and have been run into an infertility clinic in Tehran in 1394. 30 participants have chosen by voluntary sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. This research method was a quasi-experimental pre-test post-test with a control group. Experimental group received mindfulness training in 8 sessions for 150 minutes and control group did not receive this intervention. Tools in this research were Snyder hope scale (1991) and Oxford happiness inventory (1989). **Results:** The results of multivariate analysis of covariance showed a significant difference between groups in society dependent variables ( $P < 0/05$ ). The results of univariate analysis of covariance of the variables hope and happiness also showed that mindfulness training for increasing the hope and happiness in infertile women in the post-test was effective ( $P < 0/05$ ). **Concluded:** The results showed that mindfulness training has a significant effect on increasing the hope and happiness of infertile women.

**Keywords:** mindfulness, hope, happiness, infertile women.

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر آموزش بهوشیاری بر ارتقاء امید و شادکامی زنان نابارور انجام گرفته است. **روش:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۵ تا ۴۰ سال بود که با تشخیص ناباروری، در سال ۱۳۹۴ به کلینیک نازایی در شهر تهران مراجعه کرده بودند و ۳۰ نفر به روش نمونه-گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. آموزش بهوشیاری در ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه گردید. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه امید اسنایدر (۱۹۹۱) و شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بودند. یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت دو گروه در جامعه متغیرهای وابسته معنادار است ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نیز نشان داد که آموزش بهوشیاری بر افزایش امید و شادکامی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل موثر بوده است ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که آموزش بهوشیاری تأثیر معناداری در افزایش امید و شادکامی زنان نابارور دارد.

**کلمات کلیدی:** بهوشیاری، امید، شادکامی، زنان نابارور.

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> از نظر پزشکی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (لیونفلد<sup>۲</sup> و ون استیرت‌گم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). ناباروری را می‌توان یکی از فشارهای روانی محسوب کرد که ساختار روانی فرد را به شدت تحت تاثیر قرار داده و برای زوجین مشکلات و مسائل فردی و خانوادگی زیادی پدید می‌آورد. مونگو<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۴) ناباروری را یک عامل تنش‌زای مهم در زندگی محسوب کرده و معتقدند درماندگی، غم و افسردگی، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت نفس و طردشدگی از دوستان و اجتماع پیامدهای نامطلوبی هستند که اغلب زوجین نابارور آن را تجربه می‌کنند (جمشیدی‌منش و همکاران، ۱۳۹۴). میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور حدوداً دو برابر بیش از زنان بارور می‌باشد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷). ناباروری تجربه عاطفی-احساسی دردناکی است که واکنش زوج در برابر این احساس به شکل علایم جسمانی، کاهش عملکرد، اضطراب و افسردگی بروز می‌کند. احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی-کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان‌های طولانی‌مدت و گاهی ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود و بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله مواردی هستند که بر ناباروری تاثیر دارند (بهجتی و همکاران، ۱۳۸۹). ناباروری همچنین می‌تواند باعث نقص در عملکردهای شناختی فرد از جمله نقص در توانایی حل مساله گردد (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۰).

در سال ۱۹۸۰ مدل بحران<sup>۵</sup> توسط منینگ<sup>۶</sup> بازسازی و در مورد ناباروری بکار رفت. در این مدل به ناباروری به عنوان اختلالی در تعادل حیاتی و متشکل از بحران‌های متعدد توجه می‌شود که منابع انرژی موجود شخص را تحلیل می‌برد، اهداف زندگی فرد را تهدید می‌کند و می‌تواند مشکلات روانی حل نشده را فعال کند (باقرزاده، ۱۳۹۱).

شواهد موجود درباره تنش‌های حاصل از ناباروری، محققین را بر آن داشته تا پیشنهاد نمایند برنامه درمان ناباروری باید توأم با یک درمان روان‌شناختی نیز باشد. افرادی که با مشکل ناباروری مواجهند، اندوه نداشتن فرزند آنها را دچار مشکلات روانی گوناگون می‌کند که بالقوه استرس‌زا هستند. در مواجهه با این شرایط افرادی که بیشتر از راهکارهای شناختی فعال و کمتر از اجتناب استفاده می‌کنند، پیامدهای سازگاری بهتری را نشان می‌دهند (دومار<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷، مک-نوتن<sup>۸</sup> و بستویک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰، استراوس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۸ و دافعی، ۱۳۷۶). نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) طی مطالعه خود

- 
- 1 . Infertility
  - 2 . Lunenfeld
  - 3 . Van Steirteghem
  - 4 . Mongo
  - 5 . Crisis Model
  - 6 . Maning
  - 7 . Domar
  - 8 . McNaughton
  - 9 . Bostwick
  - 10 . Strauss

دریافتند که مداخلات روانی منجر به سلامت روان در زنان نابارور خواهد شد. از جمله تبعات ناباروری کاهش میزان شادکامی و امیدواری است.

امید<sup>۱</sup> یکی از ویژگی‌های زندگی است که ما را به جستجوی فردایی بهتر و امیدوارتر می‌دارد. امید یک حالت انگیزشی مثبت، مبتنی بر حس پایوری و راهیابی و ناشی از تعامل فرد با محیط است. به سخن دیگر امید، ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرهاست (اسنایدر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). بنابراین نظریه یکپارچگی ناامیدی<sup>۳</sup> و افسردگی با نظریه کناره‌گیری دیویدسون<sup>۴</sup>، که آبرمسون<sup>۵</sup> درباره ناامیدی مطرح کرد، وقتی آسیب‌پذیری شناختی افراد با موقعیت زندگی پر استرس تداخل می‌کند، آنها تمایل دارند تفسیرهای منفی درباره آینده و خودارزش‌دهی به وجود بیاورند. این تعبیرها منجر به ناامیدی در به دست آوردن اهداف زندگی در زمان جاری و آینده می‌شود و به سادگی تعامل آسیب‌پذیری شناختی و استرس باید ناامیدی را پیش‌بینی کند که این مسئله به نوبه خود منجر به کاهش رفتار هدایت شده به سمت هدف می‌شود (هیفل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). ناامیدی فرد را در وضعیت غیرفعالی قرار می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و در مورد آنها تصمیم بگیرد. ناامیدی شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند بطوریکه شخص با گذشت زمان تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند.

اضطراب افراد، از دو راه بر امید آنها اثر می‌گذارد. نخست، هنگام دلهره، شخص به گونه‌ای نافرآخور به محرکها توجه می‌کند. مانند توجه به سرنخهای تهدید، نگرانی از بابت خودارزیابی منفی و دغدغه ارزیابی دیگران درباره خود. سوق یافتن توجه شخص به این نگرانی‌ها توجه وی را از موضوع مهم رسیدن به هدف دور می‌کند. دوم، افزایش اضطراب در شخص با تصور وی از خودش به عنوان کسی که کنترل کمتری روی خود دارد و کمتر قابل پیش‌بینی است، همراه است (بهاری، ۱۳۹۰).

همچنین شادکامی<sup>۷</sup> به عنوان یک هیجان، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش دارد (داینر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲) به نقل از فرمانی، (۱۳۹۱). خلق شاداب و سرزنده، سیستم ایمنی بدن را فعال می‌سازد و علاوه بر این تأثیر شادی بر سلامت ذهن به فرآیندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و متفاوت نگریستن به خویشتن مربوط است در سال‌های اخیر برخی از شیوه‌های درمان شناختی بر شادکامی مستقیماً مورد توجه قرار گرفته‌اند (آرگایل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵) ترجمه انارکی

1 . Hope

2 . Snyder

3 . Integration of the Hopelessness Theory

4 . Davidson's Withdrawal Theory

5 . Abramson

6 . Haefel

7 . Happiness

8 . Diener

9 . Argyle

و همکاران، ۱۳۸۶). دنی<sup>۱</sup> و استینر<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که فاکتورهای درونی مانند منبع کنترل<sup>۳</sup>، خود کنترلی و اعتماد به نفس به مراتب بیشتر از عوامل بیرونی با میزان شادکامی رابطه دارند. با توجه به آنچه گفته شد پایین آمدن سطح امیدواری و کاهش شادکامی افراد نابارور، یکی از چالش‌های امروز روان‌درمانی می‌باشد و یافتن راهی برای ارتقاء میزان امید و شادکامی مخصوصاً در زنان نابارور نیازمند توجه ویژه می‌باشد. امروزه با تکیه بر مدل زیستی روانی اجتماعی توجیه نسبتاً کاملی برای علت بروز بیماریها و درمان آنها فراهم شده است. همچنین مکانیسم‌های مختلفی برای تاثیر بر فشارهای روانی مختلف، من جمله ناشی از ناباروری پیشنهاد شده است. در مواجهه با موقعیت‌هایی که دلسرد کننده تلقی می‌شوند، تکنیک‌های بهوشیاری<sup>۴</sup> از جمله تکنیک پویش بدن<sup>۵</sup> و تکنیک بهوشیاری افکار<sup>۶</sup> باعث بروز احساسات مثبت نسبت به آنها می‌شود (مک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). بهوشیاری روشی است که باعث بالا رفتن آگاهی و تغییر در نگرش افراد می‌شود (مقدور ممکن، ۱۳۹۳). در مداخله‌های مبتنی بر راهبردهای پذیرش<sup>۸</sup> و بهوشیاری، برخلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر، به جای تغییر محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار، به عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه<sup>۹</sup> و افزایش تحمل حالت‌های هیجانی منفی افکار و تصورات تاکید می‌شود (لاو<sup>۱۰</sup> و مک ماین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵).

شناخت درمانی مبتنی بر بهوشیاری (MBCT)<sup>۱۲</sup> برای کمک به افرادی که تجربه افسردگی داشتند و نسبت به حوادث آینده آسیب‌پذیر بودند، به وجود آمد. در این روش به افراد جهت بهبود مسائل روان‌شناختی آموزش داده می‌شود و آنها را قادر خواهد کرد که یاد بگیرند چگونه به صورت ذهنی نسبت به احساسات بدنی، افکار و هیجان‌ات آگاهی داشته باشند. در این روش، مراقبه<sup>۱۳</sup> بهوشیاری هسته مرکزی آموزش است (کران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). از آنجایی که در بهوشیاری بر توجه به تجربیاتی که فرد در حال حاضر دارد، تاکید می‌شود و به افراد آموزش داده می‌شود تا رویدادها را به همان صورت که هست، بپذیرند و از فکر کردن و قضاوت کردن در مورد آنها و داشتن انتظارات خاص اجتناب کنند (مادوکس<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۷)، بنابراین ممکن است رویکرد بهوشیاری برای کاهش تنش‌های روانی حاصل از ناباروری کاربرد داشته باشد.

- 1 . Denny
- 2 . Steiner
- 3 . Locus of Control
- 4 . Mindfulness
- 5 . Body Monitoring
- 6 . Mindful of Thoughts
- 7 . Mace
- 8 . Acceptance Strategies
- 9 . Exposure
- 10 . Lau
- 11 . McMMain
- 12 . Mindfulness-Based Cognitive Therapy
- 13 . Meditation
- 14 . Crane
- 15 . Maddux

در خصوص اثربخشی این رویکرد پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته است برای مثال؛ بهوشیاری بر بهزیستی روانی (فلوگل کول<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰) بهبود خلق (باثر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) بهبود نشانه‌های اضطراب و استرس (چمبرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) کاهش پریشانی روان‌شناختی (اسموسکی<sup>۴</sup> و روبینز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱) لذت بردن از زندگی (فریون<sup>۶</sup> و ایوانز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸) تاثیر دارد. شواهد نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر بهوشیاری برای درمان تعداد زیادی از اختلالات جسمی و روانی سودمند است (چیسا<sup>۸</sup> و سرتی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که درمان‌های مبتنی بر بهوشیاری، در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود، افسردگی، اختلال اضطراب‌تعمیم‌یافته، اختلال پس از استرس ضربه‌ای موثرتر می‌باشند (ویتکوویتز<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در مداخلات گروهی بهوشیاری ویژگی‌هایی وجود دارند که اثربخشی درمان گروهی را بیشتر نشان می‌دهند. در میان این ویژگی‌ها می‌توان به تاثیر مثبت گروه روی افراد، شکستن مرزهای شخصی افراد و ارتباط اعضای گروه با یکدیگر اشاره کرد (مک، ۲۰۰۸).

حال با توجه به نرخ بالا و قابل توجه ناباروری در کشور و جنبه‌های مختلف روان‌شناختی مربوط به ناباروری مانند اندوه، استرس، تضعیف روابط زناشویی، مشکلات جنسی و... برای زوجین و بویژه زنان و همچنین با توجه به اینکه نتایج پژوهش‌ها حاکی از تاثیر بهوشیاری بر تنش‌ها و اختلال‌های روانی می‌باشد و همینطور با عنایت به فقدان پژوهش در خصوص اثربخشی بهوشیاری در افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور، این پژوهش درصدد است تاثیر مداخله آموزش بهوشیاری را بر افزایش امید و شادکامی زنان نابارور مورد پژوهش قرار دهد.

### روش

طرح این پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی در گروه‌ها می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و دارای تحصیلات حداقل دیپلم بود که با تشخیص ناباروری توسط متخصص، در سال ۱۳۹۴ به کلینیک نازایی در شهر تهران مراجعه کرده و مشغول درمان بودند. به منظور انتخاب گروه نمونه ۳۰ نفر از جامعه آماری تعریف شده با فراخوان تحقیق به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی، ۱۵ نفر از آنها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر نیز در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به نمونه پژوهشی عبارت بودند از: ۱- داشتن تشخیص قطعی ناباروری و گذشتن ۲ تا ۱۰ سال از زمان ناباروری آنها. ۲- نداشتن فرزندخوانده. ۳- نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و عصبی. ۴- عدم استفاده از مداخلات آموزشی و روان‌درمانی دیگر و دارویی. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه امید

- 1 . Flugel colle
- 2 . Baer
- 3 . Chambers
- 4 . Smoski
- 5 . Robins
- 6 . Frewen
- 7 . Evans
- 8 . Chiesa
- 9 . Serretti
- 10 . Witkiewitz

اسنایدر (۱۹۹۱) و شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) بودند. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بدست آمد.

### ابزار

#### مقیاس امید اسنایدر<sup>۱</sup>

این مقیاس، ابزار ۱۲ سوالی امید است که توسط اسنایدر در سال ۱۹۹۱ تدوین شده و برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده است. همچنین شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد. برای پاسخ دادن به هر پرسش، پیوستاری از یک (کاملاً غلط) تا چهار (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس‌پرتی هستند. سوالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه و سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس انگیزش می‌باشند. نمره امید حاصل جمع این دو خرده‌مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد.

اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار این مقیاس را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (خلجی، ۱۳۸۶ به نقل از کرمانی و همکاران، ۱۳۸۹). لوپز<sup>۲</sup> و اسنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش نموده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷ به نقل از کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰). این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دست‌یابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (اسنایدر، ۲۰۰۰).

در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرآیندهای روانشناختی مشابهی را می‌سنجند، همبستگی بالایی دارد. نمرات این مقیاس به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش‌بینی شپیر و کارور<sup>۳</sup> همبستگی دارد. به علاوه طبق نظر متخصصان بالینی، روایی این مقیاس به روش روایی محتوا نیز مورد تایید قرار گرفته است (بیجاری و همکاران، ۱۳۸۸).

در پژوهش خلجی (۱۳۸۶) اعتبار مقیاس امید اسنایدر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به دست آمده است.

در پژوهش قربانی (۱۳۸۸) همبستگی این مقیاس با پرسشنامه ناامیدی بک برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۴۲- به دست آمد که نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است.

کرمانی و همکاران (۱۳۸۹) طی پژوهشی به تعیین ویژگی‌های روانسنجی مقیاس امید اسنایدر در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید بهشتی پرداختند. در این پژوهش ۳۷۱ نفر متشکل از ۲۷۶ زن و ۹۵ مرد به روش نمونه‌گیری

1 . Snyder Hope Scale  
2 . Lopez  
3 . Scheier & Carver

خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/86$  و از طریق بازآزمایی پس از  $10$  روز  $0/81$  به دست آمد.

### پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI)<sup>۱</sup>

پرسشنامه شادکامی آکسفورد شامل ۲۹ سوال توسط آرگایل<sup>۲</sup> و لو<sup>۳</sup> در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است. این پرسشنامه ابتدا با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک ساخته شد. از ۲۹ ماده این پرسشنامه، ۲۱ ماده آن از پرسشنامه افسردگی بک اقتباس شده است و سایر عبارات‌ها جنبه‌های بیشتری از شادکامی را در بر می‌گیرند. پاسخها در یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند و جمع نمرات مواد ۲۹ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که نمره کل از ۰ تا ۸۷ در نوسان است که نمره بالاتر نشانه شادکامی بیشتر است.

آرگایل و همکاران در پژوهش‌های مختلف همسانی درونی آزمون را با ضریب آلفای کرونباخ بین  $0/84$  تا  $0/90$  گزارش کرده‌اند. آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی بازآزمایی  $0/78$  را پس از ۶ هفته و  $0/67$  را پس از ۵ ماه برای این آزمون گزارش کرده‌اند. پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد را والیان<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) پس از سه هفته با روش بازآزمایی  $0/83$  گزارش کرده و نتیجه گرفت که پایایی پرسشنامه آکسفورد از پرسشنامه سلامت عمومی و افسردگی بک بیشتر است. والیان همبستگی  $0/64$  و  $0/49$  را بر اساس درجه‌بندی دوستان از شادکامی و نمره فهرست شادکامی آکسفورد گزارش کرد (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۷۸).

در ایران آزمون شادکامی آکسفورد توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) ترجمه شده و درستی برگردان آن توسط ۸ متخصص تایید. روایی صوری پرسشنامه نیز به تایید ۱۰ متخصص رسیده است. برای بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه در این پژوهش ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی دانشگاه‌های علامه طباطبایی و شاهد تهران مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد تمام مواد ۲۹ گانه پرسشنامه با نمره کل همبستگی بالایی دارند. آلفای کرونباخ  $0/93$  و پایایی به روش دو نیمه کردن  $0/92$  و همچنین پایایی بازآزمایی پس از سه هفته  $0/79$  گزارش شده است.

علی‌پور و آگاه‌هریس (۱۳۸۶) در پژوهش دیگری به بررسی اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیها و نمونه‌ای مشکل از ۱۴۲ مرد و ۲۲۷ زن ایرانی ۱۸ تا ۵۳ ساله پرداختند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با  $0/91$  و همبستگی پیرسون بین فهرست شادکامی آکسفورد با فهرست افسردگی بک و زیرمقیاسهای برونگردی و نوروگرایی به ترتیب برابر با  $-0/48$ ،  $0/45$  و  $-0/39$  بود که روایی همگرا و واگرای فهرست شادکامی آکسفورد را تایید کرد. همچنین میانگین نمره‌های آزمودنیهای ایرانی در فهرست شادکامی آکسفورد برابر  $42/07$  به دست آمد. یافته‌های این پژوهش نشان دادند که OHI برای اندازه‌گیری شادکامی در جامعه ایرانی از اعتبار و روایی مناسب برخوردار است.

1 . Oxford Happiness Inventory  
2 . Argyle  
3 . Lu  
4 . Valliant

ثابت و لطفی کاشانی (۱۳۸۹) طی پژوهشی به هنجاریابی آزمون شادکامی آکسفورد بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رودهن پرداختند. در این پژوهش ۵۰۰ نفر از دانشجویان جامعه آماری با روش تصادفی مرحله‌ای انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده مقدار ضریب آلفا برای ۲۹ سوال برابر ۰/۹۰۱ و ضریب پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ برای گروه پسران، ۰/۸۸۲ و برای گروه دختران، ۰/۹۱۶ محاسبه شد. اعتبار این پرسشنامه از طریق اعتبار سازه، بیانگر اعتبار قابل قبول آن است.

پس از هماهنگی‌های لازم و طی مراحل اداری کسب مجوز در کلینیک نازایی، با بررسی پرونده‌های پزشکی، افرادی که در جامعه پژوهشی تعریف شده بودند، شناسایی شده و سپس با آنها تماس تلفنی برای دعوت به مشارکت انجام شد و نهایتاً ۳۰ نفر از کسانی که رضایت و امکان شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب و طی یک جلسه توجیهی، ضمن اطمینان‌بخشی بابت محرمانه ماندن اطلاعات، اهداف پژوهش برای آنان تشریح و فرم رضایت‌نامه محقق ساخته جهت تکمیل در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. در این جلسه پرسش‌نامه‌های سنجش امید اسنایدر و شادکامی آکسفورد به عنوان پیش‌آزمون همزمان به تمام ۳۰ نفر ارائه و از آنها خواسته شد که به سوالات پاسخ دهند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در پیش‌آزمون، شرکت کنندگان به صورت کاملاً تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. یکی از این گروه‌ها که اصولاً هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نمی‌گرفت گروه کنترل نامیده شد و گروه دیگر به نام گروه آزمایشی بود که تحت آموزش قرار گرفتند. ساعات جلسات آموزشی با توجه به شرایط آزمودنی‌ها برنامه‌ریزی شد. برنامه مداخله‌ای بهوشیاری در این پژوهش طی ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد که در هر هفته ۱ جلسه برگزار می‌گردید. در جدول ۱ عناوین و اهداف جلسات آموزشی به تفکیک آورده شده است. پس از اتمام جلسات آموزشی، مجدداً از هر دو گروه در یک زمان پس‌آزمون به وسیله ابزارهای اندازه‌گیری به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 19 و روش‌های آماری تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی

جلسات	عنوان	دستور جلسه
جلسه اول	هدایت خودکار در برابر حضور ذهن	معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط‌مشی کلی جلسات- تمرین ابتدایی خوردن کشمش به شیوه حضور ذهن- دادن پس‌خوراند و بحث در مورد تمرین خوردن- تمرین سه دقیقه زمان تنفس.
جلسه دوم	بودن در بدن	آماده سازی برای تمرین واریسی بدنی- تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکز زدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برجسب فرضیه بر روی آنها- ثبت تجارب خوشایند.
جلسه سوم	تقویت حوزه حالت ذهنی بودن: مراقبه نشسته	معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطبق اجرای آن- بررسی تکالیف جلسه گذشته- ثبت وقایع ناخوشایند.
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، اصوات و افکار)- تکنیک سه دقیقه زمان تنفس و معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای.
جلسه پنجم	پذیرش / مجوز حضور	پذیرش در برابر اجتناب تجربه‌ای- مراقبه نشسته (به ذهن آوری عمدی مشکلات و دشواریها)- بحث درباره تمرین.
جلسه ششم	افکار واقعیت‌ها نیستند	مراقبه نشسته- بازنگری تکالیف- خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات جایگزین- چگونه با دردهای هیجانی کار کنیم- سه دقیقه زمان تنفس.
جلسه هفتم	چگونه می‌توان از خود به خوبی مراقبت کرد؟	مراقبه نشسته- بازنگری تکالیف خانه- بررسی ارتباط فعالیت، خلق، برنامه‌ریزی فعالیت، تعیین و تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت‌بخش- تمرین سه دقیقه زمان تنفس.
جلسه هشتم	جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده: شروعی نو برای باقیمانده زندگی	تمرین واریسی بدنی- بازنگری تکالیف منزل (نظام هشداردهنده اولیه و برنامه‌های عملی)- بازنگری بر آنچه انجام گرفت و بحث در مورد تکنیک‌ها و تمرین‌هایی که بیمار در نظر دارد آنها را دنبال کند- ترغیب بیمار برای یافتن دلایل مثبت برای این کار- پایان دادن به جلسه روان‌درمانی با آخرین مراقبه (تبله، سنگ و مهره).



## یافته‌ها

پژوهش حاضر متشکل از ۳۰ نفر شرکت کننده در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال ( $M=30/5$ ) بود. شرکت کنندگان در پژوهش دارای سطح تحصیلات دیپلم و کارشناسی بودند به طوری که در گروه آزمایش ۱۰ نفر دیپلمه و ۵ نفر دارای سطح تحصیلات کارشناسی بودند و در گروه کنترل نیز ۹ نفر با سطح تحصیلات دیپلم و ۶ نفر دارای مدرک کارشناسی بودند. جهت بررسی تفاوت مختصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها در متغیرهای سن و تحصیلات، بر حسب نوع مقیاس متغیرها از آزمون‌های  $t$  و  $T$  نمونه‌های مستقل استفاده شد. که بنابر نتایج، تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ سن و تحصیلات دیده نشد. در نتیجه این متغیرها، کنترل پژوهشی شده و وارد محاسبات آماری نشدند. همچنین متغیر جنسیت نیز از ابتدا با انتخاب نمونه مونث، کنترل گردید. از آنجا که هر گروه دو بار در مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفته است، ابتدا در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس-آزمون نمرات امید و شادکامی در هر دو گروه ارائه می‌شود.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	تعداد
		$M \pm SD$	$M \pm SD$	
امید	کنترل	$21/73 \pm 6/10$	$21/60 \pm 5/38$	۱۵
	آزمایش	$19/13 \pm 5/38$	$23/87 \pm 3/90$	۱۵
شادکامی	کل	$20/43 \pm 5/80$	$22/73 \pm 4/76$	۳۰
	کنترل	$27/40 \pm 6/24$	$28/97 \pm 7/45$	۱۵
	آزمایش	$23/10 \pm 7/73$	$37/17 \pm 9/20$	۱۵
	کل	$25/25 \pm 7/24$	$33/07 \pm 9/22$	۳۰

برای بررسی پیش‌فرض تحلیل کوواریانس از آزمون ام. باکس استفاده شد. آماره ام. باکس برابر با  $5/37$  و مقدار آماره  $F$  این آزمون برابر با  $1/65$  بود. سطح معناداری نیز برابر  $0/17$  و بزرگتر از  $0/05$  بود بنابراین مفروضه همگنی ماتریس-های واریانس-کوواریانس رعایت شده است. همچنین به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که مقدار آماره  $F$  این آزمون در خصوص متغیر امید برابر  $2/6$  و سطح معناداری برابر با  $0/11$  و بزرگتر از  $0/05$  بود، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون در خصوص متغیر امید رعایت شده است. در خصوص شادکامی نیز مقدار  $F$  برابر  $1/28$  و سطح معناداری  $0/26$  و بزرگتر از  $0/05$  بود که در نتیجه این مفروضه در خصوص متغیر شادکامی نیز رعایت شده است. به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون امید و شادکامی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه میانگین جامعه نمرات متغیرهای وابسته

منابع	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	$20/28$	۲	۲۵	$0/001$	$0/61$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت دو گروه در جامعه متغیرهای وابسته معنادار است. از آنجایی که آزمون فوق تنها حاکی از تفاوت معنی‌دار گروه‌ها در جامعه متغیرهای وابسته می‌باشد، به منظور بررسی اثر مداخله بر

هر یک از متغیرهای پژوهش از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری نیز استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل نمرات پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
توان	پیش‌آزمون	۴۷۸/۱۷	۱	۴۷۸/۱۷	۹۱/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
	عضویت گروهی	۱۲۱/۵۴	۱	۱۲۱/۵۴	۲۳/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
	خطا	۱۴۱/۱۵	۲۷	۵/۲۲				
	کل	۱۶۱/۶۲	۳۰					
شادکامی	پیش‌آزمون	۱۲۵۵/۲۷	۱	۱۲۵۵/۲۷	۴۷/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
	عضویت گروهی	۱۰۳۰/۷۵	۱	۱۰۳۰/۷۵	۳۹/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
	خطا	۷۰۷/۷۸	۲۷	۲۶/۲۱				
	کل	۳۵۲۶۹/۵	۳۰					

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در متغیر امید، سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ است، در نتیجه ( $P < 0/05$ ) است، پس تفاوت دو گروه در میزان امید در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. همچنین در متغیر امید میزان تاثیر ۴۶٪ بوده است یعنی ۴۶ درصد واریانس پس‌آزمون متغیر امید مربوط به مداخله آموزش بهوشیاری بوده است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که مداخله آموزش بهوشیاری بر افزایش امید زنان نابارور موثر بوده است. در خصوص متغیر شادکامی نیز بنابر جدول ۴ سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ است، در نتیجه ( $P < 0/05$ ) است، پس تفاوت دو گروه در میزان شادکامی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. در متغیر شادکامی، میزان تاثیر ۵۹٪ بوده است یعنی ۵۹ درصد واریانس پس‌آزمون متغیر شادکامی مربوط به مداخله آموزش بهوشیاری بوده است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که مداخله آموزش بهوشیاری بر افزایش شادکامی زنان نابارور نیز موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش بهوشیاری بر ارتقاء امید و شادکامی در زنان نابارور بود. در این راستا مشخص شد که آموزش بهوشیاری اثربخشی قابل توجهی در افزایش امید و شادکامی زنان نابارور دارد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر که اثربخشی بهوشیاری را نشان داده بودند، همسو و هماهنگ است. این پژوهش با تحقیقات فلوگل کول (۲۰۱۰)، بائر (۲۰۰۳)، چمبرز (۲۰۰۹)، اسموسکی و رویینز (۲۰۱۱) مبنی بر این‌که بهوشیاری بر بهزیستی روانی، بهبود خلق، بهبود نشانه‌های اضطراب و استرس و کاهش پریشانی روان‌شناختی تاثیر دارد، همسو می‌باشد. همچنین پژوهش کیمبرلی و موری (۲۰۱۰) نشان داد که آموزش بهوشیاری بر بهزیستی روان‌شناختی و توانش کنترل هیجان در نوجوانان موثر بوده است. بهوشیاری از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (براون<sup>۱</sup> و رایان<sup>۲</sup>،

1 . Brown

2 . Ryan

۲۰۰۳). همچنین رایان و دسی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نیز از نتایج پژوهش خود این گونه نتیجه‌گیری کردند که بهوشیاری به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می‌کند. پژوهش عینی (۱۳۹۲) نیز نشان داد که آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در بیماران HIV مثبت، موثر بوده است. فرزانه‌پور (۱۳۹۲) بنا بر یافته‌های پژوهشی خود نتیجه‌گیری کرد که آموزش ذهن‌آگاهی بر راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان: خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری و تلقی فاجعه آمیز موثر بوده است. نتایج پژوهش آقاباقری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت معنی‌داری بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس موثر واقع شده است. کاویانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده، دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش کیفیت همه ابعاد می‌شود و بر همه ابعاد زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) تأثیر دارد. همچنین نتایج تحقیق کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب موثر می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها باید توجه داشت که؛ روش بهوشیاری مبتنی بر شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌کند افکار منفی در خصوص زمان گذشته و آینده را در آگاهی و در مرکز توجه نگه داشته و با پاسخ‌های عملی که برای این افکار در طی جلسات آموزشی این روش می‌آموزند، بر این افکار غلبه نمایند. از طرف دیگر تمرینات بهوشیاری شامل تنفس عمیق و منظم، تمرینات مدیتیشن و حرکات یوگا به زنان نابارور کمک می‌کند تا ضمن کنترل توجه، حس در لحظه بودن را تجربه کرده و بواسطه آگاهی نسبت به ذهن و جسم خود، از آرامش جسمی و ذهنی برخوردار گردند. این موارد به طور شایان توجهی، غرق شدن در افکار مختلف مانند فکر درباره دیگران و خود و زمان را از آنها می‌گیرد و یا به آنها مهارت کنترل این افکار و جایگزینی افکار مثبت را می‌آموزد و همچنین احساس سبکی و کم‌وزنی و پروازی که به آنها دست می‌دهد، آنها را موفق می‌سازد تا از زمان حال و موقعیت خود لذت ببرند. مطالعات نشان می‌دهند که MBCT، کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه سرگذشتی را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد آموزش بهوشیاری در زنان نابارور با ایجاد آگاهی نسبت به خویش و مواجهه بدون قضاوت با ناباروری و پذیرش و کاهش افکار غیرمنطقی باعث شده تا فرد شروع به برداشتن تفسیرهای منفی درباره آینده و روند درمان نماید که منجر به افزایش امید در به دست آوردن هدف‌های زندگی در زمان جاری و آینده و افزایش شادکامی در این افراد می‌گردد.

نهایتاً می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که بهوشیاری یک رویکرد روانی-آموزشی است که به افراد در جهت تمرین مراقبه بهوشیارانه در زمینه درمان ذهنی-بدنی کمک می‌کند و کاربرد این مداخله و آگاهی برای پذیرش، می‌تواند به یادگیری عمیق، معالجه و تغییر منجر شود. آموزش بهوشیاری تمرینی است برای دریافت این توانمندی که فرد اسیر بی‌چون و چرای رویدادهای محیط نیست و توانایی انتخاب و اثرگذاری دارد. علاوه بر نقش آموزش بهوشیاری، تعامل‌های پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگوگیری از رفتارهای موفق را فراهم می‌کند و به افراد این امکان را می-

دهد تا با کمک به دیگران به ارزشمندی، مفید بودن و بی‌نظیر بودن خود پی برده، احساس بهتری را تجربه نمایند و معنای جدید زندگی خویش را بیابند.

از محدودیت‌های عمده این پژوهش، بررسی متغیرهای پژوهش با استفاده از ابزارهای خودسنجی بوده است. ممکن است شرکت کنندگان به صورت آگاهانه و یا ناآگاهانه پاسخ‌های خود را تحریف کرده باشند. البته قابل ذکر است که برای پیشگیری از این محدودیت از افراد خواسته شد که نام و نام خانوادگی خود را درج نکنند و به علاوه به آنان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه باقی می‌ماند. همچنین در این پژوهش امکان کنترل متغیرهایی همچون ویژگی‌های شخصیتی و عوامل محیطی برای پژوهشگر وجود نداشت.

### منابع

- آرگایل، م. (۲۰۰۵). روان‌شناسی شادی. ترجمه مسعود گوهری انارکی، حمیدطاهر نشاط دوست، حسن پالانگ و فاطمه بهرامی (۱۳۸۶). اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- آقاباقری، ح؛ محمدخانی، پ؛ عمرانی، س و فرمند، و. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۴، شماره ۱، ۱۳۹۱: ۳۱-۲۳.
- باقرزاده هنده خاله، ن. (۱۳۹۱). مقایسه تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان نابارور و بارور. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه محقق اردبیلی.
- بهاری، ف. (۱۳۹۰). مبانی امید و امید درمانی. تهران: دانژه.
- بهجتی اردکانی، ز؛ آخوندی، م.م؛ کمالی، ک؛ فضلی خلف، ز؛ اسکندری، ش و قربانی، ب. (۱۳۸۹). ارزیابی سلامت روانی افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری ابن‌سینا. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹: ۳۲۴-۳۱۹.
- بیجاری، ه؛ قنبری هاشم‌آبادی، ب.ع؛ آقامحمدیان شعریاف، ح.ر و همایی شاندیز، ف. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی، دوره ۱۰، شماره ۱، ۱۳۸۸: ۱۸۴-۱۷۲.
- ثابت، م و لطفی کاشانی، ف. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون شادکامی آکسفورد. فصلنامه اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، دوره ۴، شماره ۱۵، بهار ۱۳۸۹: ۱۸-۷.
- جمشیدی‌منش، م؛ علی‌منش، ن؛ بهبودی‌مقدم، ز و حقانی، ح. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر آموزش بر خودکارآمدی زنان نابارور. پایش، سال ۱۴، شماره ۲، فروردین- اردیبهشت ۱۳۹۴: ۲۳۷-۲۲۷.
- دافعی، م. (۱۳۷۶). بررسی رابطه روشهای مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی و سلامت روانی در زوج‌های نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.
- علی‌پور، ا و آگاه‌هریس، م. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیها. فصلنامه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، سال سوم، شماره ۱۲، تابستان ۱۳۸۶: ۲۹۸-۲۸۷.
- علی‌پور، ا و نوربالا، ا.ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. مجله اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱ و ۲، تابستان و پاییز ۱۳۷۸: ۶۶-۵۵.
- عینی میرزاوند، م. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش هوش معنوی و ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در بیماران HIV مثبت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی.

- فرزانه‌پور، س. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان زنان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- فرمانی، ح. (۱۳۹۱). مقایسه شادکامی و امید به زندگی سالمندان عادی و پیشکسوتان ورزشی شهر شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- کاوایانی، ح؛ جواهری، ف و بحیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱، بهار ۱۳۸۴: ۵۹-۴۹.
- کاوایانی، ح؛ حاتمی، ن و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیر بالینی). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷: ۴۸-۳۹.
- کرمانی، ز؛ خدایپناهی، م.ک و حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس امید آشنایدر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۳ (۱۹): ۱۳۹۰: ۲۳-۷.
- مظاهری، م.ع؛ کیقبادی، ف؛ قشنگ، ن؛ پاتو، م و فقیه ایمانی، ز. (۱۳۸۰). شیوه‌های حل مساله و سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور و بارور. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۲، شماره ۴ (۸)، پاییز ۱۳۸۰: ۳۲-۲۲.
- مقدور ممکن، گ. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تغییر نگرش‌های ناکارآمد انتخاب همسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نوربالا، ا.ع؛ رمضانزاده، ف؛ عابدی‌نیا، ن و باقری یزدی، س.ع. (۱۳۸۷). بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بارور و نابارور. دوماهنامه دانشور پزشکی، سال ۱۶، شماره ۷۷، آبان ۱۳۸۷: ۷۰-۶۳.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 84, No 4: 822-848.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2011 May 30;187(3): 441-453.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Routledge: P 3-15.
- Denny, K.G. & Steiner, H. (2009). External and internal factors influencing happiness in elite collegiate athletes. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009 Mar;40(1):55-72.
- Domar, A. (2007). Coping with the stress of infertility. *The National Infertility Association 2007*, 15: 7-9.
- Haefel, G.J., Abramson, L.y., Brazy, P.c. & Shah, J.Y. (2008). Hopelessness theory and the approach system: cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior. *Cogn Ther Res* 2008, 32: 281-290.
- Lau, M.A. & McMain, S.F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13): 863-869.
- Lunenfeld, B. & Van Steirteghem, A. (2004). Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. 2004 Jul-Aug;10(4): 317-326.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health*. New York. Routledge press.
- Maddux, J.E. (1997). Habit, health and happiness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19: 331-346.
- Mc Naughton, C. & Bostwick, M. (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2000, 74 (81): 87-93.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *JAM Psychol*, 55(1): 68-78.
- Smoski, M.J., & Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on Psychological health: Areview of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6): 1041-1056.

- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*. Hardcover. Google Books.
- Strauss, B., Hepp, U. & Staeding, G. (1998). Psychological characteristics of infertile couples: can they predict pregnancy and treatment persistence. *J comm Apple Soc Psychol*. 1998, (8): 289-301.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19: 211-228.