

بررسی اثر بخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس

امیر محمد علوی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بود. روش: طرح پژوهشی حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون سه گروهی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی این شهر مراجعه نموده‌اند که تعداد ۶۰ نفر از این زنان (هر گروه ۲۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی واروشربون پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده از طریق آزمون مانووا و آزمون تعقیبی LSD و از طریق نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که F مشاهده شده برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. بعبارت دیگر نتایج حاکی از آن بود که اثر بخشی دوره معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس معنی دار بود.

واژگان کلیدی

معنا درمانی گروهی، بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی زنان

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده مامایی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران. alaviamir7306@gmail.com

۱- مقدمه

مشکل فروپاشی روابط زوج‌ها از جمله شایع‌ترین جلوه‌های تعارض و آسیب شدید خانوادگی است. شواهد نشان می‌دهد که امروزه معمولاً حدود نیمی از ازدواج‌ها به طلاق می‌انجامند. بعد از طلاق حدود ۶۵ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان احتمالاً دوباره ازدواج می‌کنند و حدود ۵۰ درصد افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده‌اند، دوباره طلاق می‌گیرند. طی بررسی آخرین آمار رسمی طلاق در ایران از ۱۱ تا ۱۶ درصد در نوسان است که، براساس آخرین مقایسه معتبر، کشور ما از نظر فراوانی آماری طلاق چهارمین رتبه را در جهان داراست. (نظری و احمدیان، ۱۳۹۸؛ به نقل از رفیعی، ۱۳۹۹). از جمله عوامل فروپاشی یک خانواده، می‌توان به بیوه شدن زن و طلاق گرفتن اشاره کرد. بیوه شدن، حادثه‌ای پر استرس برای زنان است که اغلب همراه با ازدست دادن سلامتی، روابط انسانی و حمایت مالی است. بنابراین بیوه بودن، اکثراً بعنوان پدیده‌ای زنانه شناخته می‌شود. از جمله عوامل پس از بیوه یا مطلقه شدن، از جمله مشکلات این قشر از زنان کاهش سلامت روان و بهزیستی روانشناختی می‌تواند باشد. احساس بهزیستی به معنای ارزیابی کلی از زندگی است که بر اساس اهداف شخصی و میزان دسترسی به آنها شکل می‌گیرد. این عامل یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر در زندگی تلقی می‌شود و به همین دلیل اثرات عمده‌ای بر شکل‌گیری شخصیت آدمی و در یک کلام مجموعه زندگی انسان دارد و در پی آن همیشه بر عملکرد انسان در سطوح مختلف تأثیر می‌گذارد (گیلمن^۱، ۲۰۰۵). همچنین کیفیت زندگی آنها نیز می‌تواند تغییر کند. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنای چگونگی زندگی کردن است. با وجود این، مفهوم آن برای هر کس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است. بنابراین با توجه به مشکلاتی که این زنان از نظر روانشناختی می‌توانند کسب کنند، لزوم انجام روان‌درمانی و پیشگیری از آسیب‌های بعدی اهمیت پیدا می‌کند.

تحولات اجتماعی دهه‌های گذشته در سطح جهانی، نظام خانواده را با تغییرات، چالش‌ها، مسائل و نیازهای جدید و متنوعی مواجه کرده و طی همین مدت خانواده به شکلی فزاینده به علل و عوامل متعدد و پیچیده‌ای در معرض تهدید قرار گرفته است. وقتی کارکردهای زوجین، از قبیل کارکرد های زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی آسیب می‌بیند، آنها به تدریج احساس رضایت مندی خود را از دست می‌دهند. کاهش تدریجی رضایت مندی، ابتدا موجب گسستگی روانی و سپس گسستگی اجتماعی و در نهایت واقعه حقوقی می‌شود که این گسستگی طلاق نامیده می‌شود. افراد مطلقه میزان بهزیستی روان‌شناختی پایین و نشانه‌های درماندگی و روان‌شناختی بیشتر و خودپنداره ضعیف‌تری دارند. زنان مطلقه هیجان‌های منفی بیشتری نسبت به مردان تجربه می‌کنند و میزان آشفتگی روانی و اضطراب در زنان دو برابر مردان است. از بین مشکلات پس از طلاق، مشکلات اقتصادی و احساس اضطراب و افسردگی (هریک با ۴۱ درصد موارد) بیشترین مشکلات زنان، تحت مطالعه پس از طلاق بوده‌اند (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱). جامعه از یک سو و نگاه خانواده اصلی به این موضوع از سوی دیگر این آسیب‌ها را تشدید می‌کنند و باعث می‌شوند این افراد تحت فشارهای روحی و روانی بسیاری قرار بگیرند. این تغییر در وضعیت تأهل با پیامدهایی در وضعیت سلامت جسمی، روانی و موقعیت اجتماعی فرد همراه است. سختی‌های نشأت گرفته از طلاق، منجر به ناامیدی و یأس زنان می‌شود. طلاق باعث می‌شود که زنان مطلقه دید روشنی به آینده نداشته باشند و منجر به کاهش قدرت تحمل در برابر مشکلات در آنان شود و تلاش آنها را برای دستیابی به اهداف، کاهش یابد (محمودوندی باهر و همکاران، ۱۳۹۶).

¹ Gilman

معنادرمانی^۱ یک فرایند درمانی است که به دنبال کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی حال و آینده ی فرد معنا می دهد. گروه درمانی، فرصتی فراهم می کند تا شخص نگرش ها و رفتار خود را ضمن تعامل با مردمان دیگری که دارای مشکلات و اختلالاتی همانند خود وی هستند، واریسی کند. ویکتور فرانکل^۲ (۱۹۶۹) اعلام کرد که معناخواهی، جوهر اساسی هستی است. از نظر او مراجع می تواند با امید بستن به روزی بهتر، به آینده معنا دهد هر چند فرانکل از مداخله های نظام دار، حمایت نکرده است. با این حال بررسی ها بیانگر تاثیر این روش در مراجعان است.

کیفیت زندگی^۳ به ارزیابی ذهنی اشاره دارد که در یک قالب فرهنگی، اجتماعی و محیطی جای گرفته است، بنابراین کیفیت زندگی نمی تواند به سادگی برابر با اصطلاح های وضعیت سلامت، سبک زندگی، رضایت از زندگی، حالت روانی یا بهزیستی باشد بلکه این یک مفهوم چند بعدی است که ادراک فرد از این جنبه ها و جنبه های دیگر زندگی را در برمی گیرد (ایوبی، تیموری و نیری، ۱۳۸۹). بنابراین بر اساس این تعریف جامع، کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خود کفایی و ارتباطات اجتماعی دارد. به علاوه سلا و سینسیا کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموعه جنبه های زندگی از جمله جنبه های روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده اند (سلطانی و همکاران، ۱۳۸۹).

با توجه به آثار طلاق بر روی تمام افراد از قبیل ایجاد افکار نا کارآمد منفی، افسردگی، بلاتکلیفی، اضطراب، رفتارهای پرخاشگرانه، ناتوانی در تحمل مشکلات کار و زندگی، افزایش انحرافات اجتماعی بین زنان و مردان مطلقه، احساس شکست در زندگی به شکل دلتنگی، خستگی، از پا افتادگی، پوچی و بی معنایی در زندگی، ایجاد تفکرات نامطلوب و پارانوئید راجع به هم به خصوص جنس مخالف، احساس گناه و ندامت، خودکشی، تشنج، عزت نفس پایین، خشم، بی لیاقتی و با توجه به اهمیت موضوع طلاق در زمره غم انگیزترین پدیده های اجتماعی است که متاسفانه مطالعات متعدد در کشور ما نشان داده، آمار طلاق در حال افزایش است. مشکلات اقتصادی و معیشتی، تن دادن به ازدواج های موقت و یا خارج از عرف اجتماعی، سرخوردگی و کاهش رضایت از زندگی، پذیرش نقش های چندگانه و تعدد نقش ها، روی آوردن به آسیب هایی همچون قتل، خودکشی اعتیاد، فحشا، سرقت، انزوا و اختلال در مناسبات و تعاملات اجتماعی، مشکلات جنسی و روی آوردن به انحرافات جنسی و فساد اخلاقی، مشکلات جنسی و روی آوردن به انحرافات جنسی و فساد اخلاقی، مشکلات ناشی از عدم حضانت فرزندان، دلتنگی و از دست دادن سلامت روانی و جسمی و ... از جمله آثار و پیامدهای است که زنان مطلقه با آن درگیر هستند (واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱). همچنین طلاق فرایندی است که با تجربه بحران عاطفی هر دو زوج شروع می شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش ها و سبک زندگی جدید خاتمه می یابد (نبی زاده، ۱۳۹۴).

۲- مبانی نظری، پیشینه پژوهش و توسعه فرضیه ها

مطابق با مطالعات صورت گرفته زنان و مردان طلاق گرفته در مقایسه با همتایان متأهل شان، به طور مضاعفی از بیماری های جسمی، ناراحتی های روانشناختی، رخداد های منفی زندگی، مشکلات اقتصادی، دشواری های والدگری و مشکلات ارتباطی رنج می برند. مهم ترین اثری که طلاق بر فرد مطلقه دارد احساس جدا شدن، تنهایی و منزوی شدن فرد

¹ Lottography

² Victor Frankl

³ Quality of Life

است که این اتفاق احتمال سوء تعبیر و حتی خودکشی را افزایش می‌دهد (هزارجریب، انتظاری و نیتی، ۲۰۱۷). فقدان همسر و تنهایی پس از طلاق موجب می‌شود که اکثر زنان پس از جدایی به ناراحتی‌های روحی و جسمی دچار شوند و همچنان نیازهای عاطفی خود را در شوهر قبلی خود جست‌وجو نمایند (فیگلی^۱، ۲۰۱۴). زنان مطلقه به علت عدم استقلال اجتماعی، فاقد پایگاه اجتماعی معینی بوده و به خانواده پدر یا برادر وابسته هستند. تفاوت زن و مرد در ازدواج مجدد پس از طلاق نیز به موقعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت آن‌ها باز می‌گردد. در واقع طلاق یک تهدید اجتماعی اقتصادی برای زن محسوب می‌شود (اورعی، ۱۳۸۶). وضعیت زن و شوهر پس از طلاق روندی از محرومیت‌های گوناگون، طرد اجتماعی، اختلال در مناسبت‌های اجتماعی، عدم ارتباط با محیط بیرونی، فقدان همدل و همراه و نبودن محل زندگی مستقل برای طرفین است. طلاق شرایطی را ایجاد می‌کند که منجر به ازدست دادن حمایت اجتماعی خانواده از فرد مطلقه، کاهش نفوذ اجتماعی وی و حتی گاهی تضعیف موقعیت‌ها و فرصت‌های اجتماعی فرد می‌شود. در برخی مواقع رفتار جامعه با زنان مطلقه به گونه‌ای است که احساس می‌کنند دیگر جایی در جامعه ندارند (آمبرسون و ویلیامز^۲، ۱۹۹۳). همسو با موارد فوق، دیگر پژوهش‌های صورت گرفته عوامل متعددی را در بروز چنین پیامدهای منفی‌ای بر زندگی افراد مطلقه دخیل می‌دانند. این عوامل شامل، کشمکش با همسر سابق، وابستگی به همسر سابق، کاهش حمایت‌های اجتماعی، کاهش سرمایه‌های اقتصادی، کاهش تماس با فرزندان و دشواری‌های ایفای نقش تک‌والدی می‌باشند (ایثاری و همکاران، ۱۳۹۱). بسیاری از تحقیقات دیگر نیز بر شیوع بیشتر آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر چون خودکشی (بروکینگتن^۳، ۲۰۰۱)^۴ و روابط جنسی پرخطر (لاگارد^۵، ۱۹۹۶) در این میان شماری از تحقیقات نیز به شناسایی برخی از عوامل تسهیل‌کننده سازگاری با طلاق پرداخته‌اند که شامل، سطح تحصیلات بالاتر، سطح درآمد بالاتر در دوره پیش از طلاق، اشتغال، مهارت‌های فردی مقابله با بحران، حمایت‌های اجتماعی بالاتر، ازدواج مجدد یا ورود به روابط جدید، ارزیابی مثبت نسبت به طلاق و درخواست‌کننده طلاق بودن است (استون^۶، ۲۰۰۱).

ریشه لغوی واژه بهزیستی از کلمه مقدس^۷ گرفته شده است. بنابراین شامل ویژگی‌های معنوی و فیزیکی است (آرچ و کراسک^۸، ۲۰۰۶). که هدف آن ایجاد بهزیستی روان‌شناختی به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های روان‌شناختی، تشخیص زودرس بیماری‌های روان‌شناختی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روان‌شناختی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. پس بهزیستی روان‌شناختی علمی برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیش آمدهای زندگی است (کارمودی و بییر^۹، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب (چلان، زیبرکی و ووگل^{۱۰}، ۲۰۱۰).

¹ Figley

² Umberson & Williams

³ Brockington

⁴ Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist

⁵ Lagarde

⁶ Stone

⁷ halig

⁸ Arch & Craske

⁹ Carmody & Bear

¹⁰ Chlan, Zebracki & Vogel

ریف^۱ (۱۹۸۹)، معتقد است که برخی از جنبه‌های منشوری بهینه، مانند تحقق هدف‌های فرد، متضمن قانونمندی و تلاش بسیار است و این امر حتی ممکن است در تعارض کامل با شادکامی کوتاه مدت باشد. او معتقد است که بهزیستی را نباید ساده انگارانه، معادل با تجربه بیشتر لذت در مقابل درد دانست، در عوض، بهزیستی روان‌شناختی دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق نیروهای بالقوه فرد است. بهزیستی روان‌شناختی شامل احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است؛ بنابراین افراد با احساس بهزیستی بالا به‌طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. از سویی، افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگیشان را نامطلوب ارزیابی و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (به نقل از هاشمی نصرت آبادی، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی؛ ۱۳۹۱).

بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان براساس تعریف کلی و وسیع‌تر تندرستی تعریف کرد. طی قرن گذشته ادراک ما از تندرستی به‌طور گسترده‌ای تغییر یافته است. عمر طولانی‌تر از متوسط، نجات زندگی انسان از ابتلاء به بیماری‌های مهلک با کشف آنتی بیوتیک‌ها و پیشرفت‌های علمی و تکنیکی در تشخیص و درمان، مفهوم کنونی تندرستی را به دست داده که نه تنها بیانگر نبود بیماری است. بلکه توان دستیابی به سطح بالای تندرستی را نیز معنی می‌دهد. چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی، شغلی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به‌طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین بهزیستی روان‌شناختی نه تنها نبود بیماری روان‌شناختی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی اش آسوده و بدون مشکل باشد. در واقع، تصور بر این است که فرد باید بر زندگی اش کنترل داشته باشد و فقط در چنین حالتی است که می‌توان آن قسمت‌هایی را که درباره خود یا زندگی اش مساله‌ساز است تغییر دهد (داینر، سوف لوکاس و اسمیت^۲، ۲۰۱۰).

بهزیستی روان‌شناختی سازش با فشارهای مکرر زندگی می‌باشد و سازگاری عبارت است از ایجاد تعادل و هماهنگی رفتار فرد با محیط به گونه‌ای که ضمن حفظ تعادل روان‌شناختی یا در ارتباط با تغییرات و دگرگونی‌های محیط خودش نیز به تطابق مؤثر و سازنده دست یابد لذا هر فرد به‌طور موفقیت آمیز باید خود را به محیط سازگار نماید و عموماً ناگزیر است که با زندگی نسبتاً سازش مؤثر داشته باشد ولی باید توجه داشت که هر کس دارای ظرفیت مشخص جهت تحمل فشارهای زندگی روزانه است وجود فشارهای روان‌شناختی گوناگون خطر از هم پاشیدگی روان‌شناختی را افزایش خواهد و به بهزیستی روان‌شناختی لطمه وارد خواهد نمود و فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و بهزیستی روان‌شناختی خود را حفظ نماید (هوول، دیگ دان و بورو^۳، ۲۰۱۰).

از سوی دیگر، کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در بر دارد (بهروز فر، زنوزی، نظافتی و اسماعیلی، ۲۰۰۹؛ به نقل از طاهری، کمانگر، چراغیان، موسوی و سلیمان زاده، ۱۳۹۲). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر

¹ Ryff

² Diener, Suh, Lucas & Smith

³ Howell, Digdon & Buro

میرد، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایشان است (فروهری، صفری راد، مطهری، محیط و قائم ۲۰۰۹؛ به نقل از طاهری و همکاران، ۱۳۹۲).

معنا درمانی گروهی به عنوان بخش کوچکی از دنیای واقعی است که در آن اعضای گروه با داشتن علایق وجودی مشترک، با هدف کشف خود در آن شرکت می کنند. این روش به مثابه یک سفر خود اکتشافی است که به منظور توانایی بودن با خود حقیقی، گسترش دید نسبت به خود و دنیای پیرامون خود و روشن سازی آنچه که به زندگی فعلی و آینده معنی می دهد، صورت می پذیرد. در این گروه، افراد عمیقاً احساس می کنند می توانند در راههای معنادار زندگی در کنار هم باشند (لیوید^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

معنا درمانی انسان ها را به عنوان موجوداتی که خود معنای زندگی خویش را می سازند نگاه می کند. این روش درمان می تواند برای افرادی که بیماریشان دشوار است و اوضاع بحرانی پیش روی دارند و یا در آستانه مرگ قرار گرفته اند، یک دیدگاه فلسفی از رهگذر غلبه بر گذشته خویش و متعالی نمودن جنبه های گذرای زندگی نمایان سازد. این روش به افراد کمک می کند تا در شرایطی که احساس می کنند که سرنوشتشان غیر قابل تغییر است، پتانسیل انسانی خود را شکوفا نموده و این تراژدی را به یک موفقیت مبدل سازند و در چنین تنگنایی که فرد در آن گرفتار شده است، باعث موفقیت و پیروزی وی گردد (زکا و همکاران، ۲۰۱۵). در هر صورت زندگی تنها از روی آگاهی نیست بلکه در راستای رشد و تعالی نیز در جریان دارد. جوهر زندگی رشد و تعالی خود است. انسان بودن در جهتی جز خود انسان هدایت می شود. به اعتقاد رودلف الرز، دیگر بودگی " به عنوان مرجع هدفمندی که رفتار انسان بدان اشاره می کند، تحت پوشش همین "دیگر بودگی" قرار می گیرد. در نتیجه بار دیگر با مدد گرفتن از آلرز "حیطهٔ ماوراء ذهنی" شکل می گیرد، هر چند که امروزه مد شده است آن را مبهم نشان دهند. تأکید بر این است که انسان تحت تأثیر وجود دگرایی، موجودی ذهن گرا است. و این اتفاق تفسیری نادرست از وجود گرایی است. نویسندگانی که تظاهر می کنند بر دوگانگی میان ذهنیت و عینیت غالب آمده اند، نمی دانند که یک تحلیل پدیدارشناختی واقعی بیانگر آن است که خارج از حوزه تنش بین شخص و شیء چیزی به نام شناخت وجود ندارد. این نویسندگان عادت کرده اند از "در دنیا بودن" حرف بزنند. به هر حال جهت فهم درست مطلب باید بدانیم که انسان بودن یعنی با شرایط زندگی درگیر شدن و نبرد با دنیایی است که عینیت و واقعیت آن هیچ وقت با ذهنیت موجودی که در "دنیا زندگی می کند، اعتبار خود را از دست نخواهد داد.

نگهداشت "دیگر بودگی"، و عینیت شیء به مفهوم حفظ تنش موجود بین ذهنیت و عینیت است. این تنش همان تنش بین "من هستم" و "من باید باشم"؛ بین واقعیت و کمال مطلوب و بین موجود و معنا است. و اچنانچه بخواهیم این تنش باقی بماند، باید از هماهنگی معنا با موجود جلوگیری کنیم. باید بگوییم این معنای معنی است که حد موجود را تعیین می کند. (میلانی، ۱۳۹۷). به قول فرانکل «خلاء وجودی پدیدهٔ گسترش یافته قرن بیستم است. آنچه که انسان معاصر را تهدید می کند بی معنایی آشکاروی از زندگی است و یا بر اساس آنچه من نام گذاری کرده ام معنای وجودی است که در درون می باشد (شعبی، ۱۳۹۲).

۳- فرضیه پژوهش

فرضیه تحقیق عبارت است از اینکه معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس اثربخش است.

¹ Livid

۴- روش شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون سه گروهی بود. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل از گروه آزمایش و گروه کنترل معادل تشکیل شده است

۵- ابزار گرد آوری اطلاعات

جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی این شهر مراجعه نموده‌اند که تعداد ۶۰ نفر از این زنان (هر گروه ۲۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک های ورود

بیمارانی در این مطالعه در گروه های نمونه مورد پذیرش قرار گرفته اند که ملاک های زیر در باره آنها مصداق پیدا کرده‌اند.

۱. مشارکتکنندگان در طول دوره آموزشی همزمان تحت برنامه درمانی و آموزشی دیگری قرار نداشته باشند.
۲. اعلام موافقت و همکاری مشارکتکنندگان برای حضور در جلسات آموزشی از طریق فرم رضایت آگاهانه از شرکت در مطالعه.
۳. داشتن نشانه های ضعف کیفیت زندگی

ملاک های خروج

۱. اعلام انصراف از شرکت در گروه نمونه
۲. غیبت پس از دو جلسه درمانی

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (فرم بلند)

این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر می‌گیرد. شرکتکنندگان در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سئوالات پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنججهایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سنججهایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن (۱۹۶۵) و حرمت خود روزنبرگ (۱۹۶۵) استفاده کرد.

این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۳ سؤال است، خرده مقیاس شادی و خوش بینی که ۱۹ سؤال از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است. خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود، پیروی از ۱۰ سؤال را شامل می‌شود. بهزیستی روانشناختی، مقیاس پنج گزینه ای است که هر گزینه نشان دهنده نوع نظر آزمودنی درباره خودش است. برای نمره گذاری، به هر گزینه یک کد از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به منظور برآورد همسانی دورنی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده است، ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس ۰/۹۴ است. این ضریب در آزمونهای فرعی بین ۰/۹۰ و ۰/۶۲ بدست آمده است.

مقیاس تدوین شده بهزیستی روانشناختی در دو نوبت به فاصله زمانی دو هفته بر روی گروه واحدی از آزمودنیها اجرا گردیده است.

ضریب همبستگی بدست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۶، برای خرده آزمونهایی بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ بوده که همگی در سطح $(\alpha < 0/01)$ معنی دار است. آزمون بهزیستی روانشناختی با شش خرده آزمون خود همبستگی بالایی دارد و تنها خرده آزمونهایی رشد و بالندگی فردی همبستگی دارند، که نشان از روایی نسبتاً مطلوب این مقیاس است. در ایران طی پژوهشی که با نمونههای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸، و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (بیانی، محمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-۳۶) واروشربون (۱۹۹۲)

این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد: از لحاظ تعداد گزینه در زیر مقیاسهای معتلف فرمت متفاوتی دارد. بعد جسمانی (۱۰)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شود). از ادغام زیر مقیاس ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می آید که عبارتند از: زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH)، زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF). پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر وبالاترین ۱۰۰ است.

امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان ها در آن بعد مشخص می شود. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش کریم پور (۱۳۹۳) اعتبار محتوای این پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و چند تن از افراد صاحب نظر مورد تأیید قرار گرفته است و از اعتبار لازم برخوردار می باشد.

پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری، ۱۳۸۴) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری، ۱۳۸۲ به نقل از کریم پور، ۱۳۹۳).

جدول ۱: خلاصه معنادرمانی گروهی

جلسه‌ها	محتوا
اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، فراهم کردن فرایند ورود اعضا به گروه، عادی ساختن احساس پرچی و بی‌معنایی و تسهیل کردن انتظار و چشم‌داشت مثبت نسبت به درمان با توجه به تلاش‌های مراجع.
دوم	معرفی رویکرد معنا درمانی فرانکل به اعضا، پرسش و پاسخ درباره مفاهیم بنیادی نظریه معنادرمانی.
سوم	آسیب‌زدایی کردن احساسات مراجعان از پرچی و بی‌معنایی، معرفی منابع معنا در زندگی.
چهارم	درد و رنج و معنای آن، توضیح مثلث غم‌انگیز و ابعاد آن (مرگ، گناه و رنج) و تکنیک اصلاح نگرش‌ها برای اعضا.
پنجم	بحث کردن اعضا درباره معنای خود، گسترده‌تر شدن دیدگاه مراجعان از خودشان.
ششم	ماهیت مرگ، بحث درباره رابطه متقابل بین عقاید مراجعان درباره مرگ و مشکل کنونی‌شان. معنی افسردگی و بیماری روانی، بازنگری اثرات متقابل بین مشکلات و پیامدهای روانی آن و مسائل گوناگون وجودی، مطرح کردن مشکلات با استفاده از تکنیک‌های اصلاح نگرش‌ها، بازتاب‌زدایی و قصد متناقض توسط اعضا.
هفتم	بحث پیرامون وجود و بودن، بررسی احساسات اعضای گروه، اهمیت توجه زندگی همانگونه که هست و لحظه حال و اکنون.
نهم	بحث پیرامون آزادی و مسئولیت، تمرکز بر زندگی گذشته فرد تا حال حاضر، تمرکز بر زمان حال تا آینده.
دهم	بحث پیرامون معنی تغییر و درمان، بیان نقطه نظرات اعضا درباره گروه و فرایند آن، ختم جلسه و اجرای پسر، آزمون.

روش اجرای پژوهش

پس از به انجام رساندن مراتب اداری و شناسایی واحدهای نمونه‌گیری و جایگزینی واحدها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و توجیه مسئله، اهداف و روش انجام تحقیق برای مشارکت کنندگان نسبت به اجرای پیش‌آزمون اقدام خواهد شد و پس از اجرای مداخله آزمایشی (اجرای پروتکل معنا درمانی گروهی هر کدام به مدت ۸ جلسه دو ساعته) نسبت به اجرای پس‌آزمون اقدام شد و پرسشنامه‌ها به صورت گروهی به اجرا در آمد. به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله‌ای از تحقیق در صورتی که تمایلی با ادامه همکاری نداشته باشند، می‌توانند از جریان مطالعه خارج شوند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در مواردی که داده‌های حاصل از اجرای تحقیق بصورت کمی (عدد و رقم) جمع‌آوری شود، تحلیل کمی روی داده‌ها صورت می‌گیرد. بدین منظور از نرم افزار SPSS-23 در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده، استفاده شد و داده‌های تحقیق، در دو سطح گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند:

الف) در سطح توصیفی، از جدول های توزیع فراوانی، درصد های مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی، و آماره های توصیفی جهت بررسی متغیرهای پژوهش در نمونه استفاده شد.

ب) در سطح استنباطی، متناسب با سطح سنجش داده ها و مفروضات آماری، از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تحلیل واریانس جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد.

۶- یافته های پژوهش

یافته های جمعیت شناختی و توصیفی

ابتدا داده های جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل و متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. این داده ها را در جداول مشاهده می کنید:

جدول ۲- آمار توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سن	معنا درمانی	۲۸/۲۰	۴/۳۱	۲۰
	درمان هیجان مدار	۲۹/۸۰	۴/۹۴	۲۰
	کنترل	۲۷/۸۰	۲/۸۲	۲۰
مدت زندگی مشترک	معنا درمانی	۵/۳۵	۲/۷۰	۲۰
	درمان هیجان مدار	۷/۹۰	۲/۹۸	۲۰
	کنترل	۵/۸۵	۲/۲۵	۲۰

همان گونه که مشاهده می شود، تعداد ۲۰ نفر در هر گروه شرکت داشتند. میانگین سنی در گروه معنا درمانی ۲۸/۲۰ و با انحراف استاندارد ۴/۳۱، در گروه درمان هیجان مدار ۲۹/۸۰ و با انحراف استاندارد ۴/۹۴ و در گروه کنترل ۲۷/۸۰ و با انحراف استاندارد ۲/۸۲ بود. همچنین از نظر مدت زندگی، میانگین مدت زندگی مشترک در گروه معنا درمانی ۵/۳۵ سال و با انحراف استاندارد ۲/۷۰، در گروه درمان هیجان مدار ۷/۹۰ و با انحراف استاندارد ۲/۹۸ و در گروه کنترل ۵/۸۵ و با انحراف استاندارد ۲/۲۵ بود.

جدول شماره ۳- یافته های توصیفی متغیرهای وابسته

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۳/۸۰	۸۰/۶۰	۲۳/۲۳	۶۸/۴۰	معنا درمانی	رضایت از زندگی
۱۹/۵۹	۷۵/۸۵	۲۰/۱۲	۵۷/۸۵	درمان هیجان مدار	
۲۰/۱۳	۵۶/۵۵	۲۰/۲۷	۶۳/۲۵	کنترل	
۱۰/۵۷	۵۷/۰۰	۱۳/۶۹	۳۷/۲۵	معنا درمانی	معنویت
۱۳/۰۷	۵۹/۱۰	۱۴/۷۰	۴۰/۵۵	درمان هیجان مدار	
۱۰/۱۶	۴۲/۳۵	۱۲/۰۵	۴۵/۵۵	کنترل	
۲۰/۰۱	۷۱/۱۰	۲۰/۳۷	۵۵/۰۵	معنا درمانی	شادی
۲۰/۹۸	۷۲/۹۵	۲۲/۵۲	۵۸/۵۵	درمان هیجان مدار	

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۳/۶۲	۵۰/۸۵	۲۵/۷۳	۵۲/۹۰	کنترل	رشد
۷/۷۲	۳۵/۸۰	۸/۳۲	۲۵/۲۰	معنا درمانی	
۵/۵۰	۳۳/۴۵	۶/۳۷	۲۳/۹۰	درمان هیجان مدار	
۷/۶۲	۲۹/۲۵	۸/۰۹	۲۵/۹۵	کنترل	ارتباط مثبت با دیگران
۶/۸۲	۳۷/۰۵	۷/۴۸	۲۵/۰۵	معنا درمانی	
۷۳/۴۱	۴۹/۱۵	۸/۷۶	۲۲/۵۰	درمان هیجان مدار	
۶/۹۶	۲۵/۵۰	۷/۰۱	۲۵/۳۰	کنترل	خودپروی
۸/۵۵	۳۲/۲۰	۸/۰۲	۲۷/۵۰	معنا درمانی	
۹/۳۳	۲۹/۹۵	۸/۷۳	۲۵/۵۰	درمان هیجان مدار	
۸/۴۹	۲۵/۰۰	۸/۶۰	۲۵/۸۰	کنترل	نمره کل بهزیستی روانشناختی
۳۷/۶۹	۳۱۳/۷۵	۴۲/۱۲	۲۳۸/۴۵	معنا درمانی	
۸۷/۴۳	۳۲۰/۴۵	۴۴/۲۸	۲۲۸/۸۵	درمان هیجان مدار	
۲۷/۱۱	۲۲۶/۵۰	۳۹/۱۱	۲۳۸/۷۵	کنترل	کارکرد جسمانی
۲۰/۳۵	۶۳/۰۰	۲۲/۰۲	۳۳/۲۵	معنا درمانی	
۱۶/۶۴	۷۰/۲۵	۲۴/۵۴	۴۴/۵۰	درمان هیجان مدار	
۲۱/۰۸	۵۱/۲۵	۲۰/۹۵	۵۴/۵۰	کنترل	ایفای نقش جنسی
۰/۳۹	۱/۵۳	۰/۳۵	۱/۵۸	معنا درمانی	
۰/۳۸	۱/۵۱	۰/۳۳	۱/۵۶	درمان هیجان مدار	
۰/۲۹	۱/۶۳	۰/۳۵	۱/۵۲	کنترل	درد بدنی
۱۳/۳۰	۲۳/۲۵	۲۴/۸۸	۵۰/۷۵	معنا درمانی	
۱۵/۲۵	۲۷/۲۵	۲۱/۰۷	۵۳/۲۵	درمان هیجان مدار	
۳۷/۳۷	۶۸/۷۵	۲۲/۴۳	۵۸/۲۵	کنترل	سلامت عمومی
۲۵/۷۸	۱۰۵/۲۵	۲۶/۹۵	۸۱/۵۰	معنا درمانی	
۳۸/۹۳	۹۳/۰۰	۴۱/۸۲	۷۱/۳۷	درمان هیجان مدار	
۳۶/۶۱	۸۰/۳۷	۳۵/۹۵	۸۱/۱۲	کنترل	خستگی / نشاط
۱۹/۹۶	۴۷/۵۰	۱۹/۰۶	۵۷/۸۷	معنا درمانی	
۲۵/۱۰	۴۵/۳۷	۲۰/۵۸	۳۶/۸۷	درمان هیجان مدار	
۲۲/۰۵	۵۸/۰۰	۲۲/۴۹	۶۰/۸۷	کنترل	عملکرد اجتماعی
۱۱/۶۰	۲۹/۳۷	۱۲/۷۰	۱۹/۸۷	معنا درمانی	

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۲/۹۳	۲۹/۶۲	۱۴/۳۱	۱۹/۸۷	درمان هیجان مدار	
۱۲/۳۶	۲۳/۶۲	۱۳/۲۸	۲۳/۵۰	کنترل	
۰/۳۴	۱/۵۶	۰/۳۵	۱/۵۱	معنا درمانی	ایفای نقش عاطفی
۰/۲۹	۱/۵۳	۰/۳۴	۱/۴۶	درمان هیجان مدار	
۰/۳۰	۱/۶۶	۰/۳۶	۱/۵۱	کنترل	
۱۹/۵۵	۶۷/۵۰	۲۱/۹۷	۵۱/۸۰	معنا درمانی	سلامت عمومی
۱۲/۶۰	۳۸/۶۰	۱۸/۵۸	۲۶/۷۰	درمان هیجان مدار	
۲۴/۸۱	۴۹/۳۰	۲۴/۳۱	۵۰/۲۰	کنترل	
۵۱/۴۶	۳۳۸/۹۷	۴۳/۱۳	۲۹۸/۱۵	معنا درمانی	نمره کی کیفیت زندگی
۵۷/۰۷	۳۰۹/۱۴	۷۱/۰۰	۲۵۵/۶۰	درمان هیجان مدار	
۷۱/۶۵	۳۳۴/۶۰	۶۷/۷۸	۳۳۱/۴۹	کنترل	

بررسی فرضیه تحقیق:

معنا درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس اثربخش است. با توجه به مقایسه بیش از یک متغیر وابسته در دو گروه در این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) استفاده شد. در بررسی مفروضهها و پیششرطهای مانکووا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریسهای دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p = ۰/۰۷۲$ و $\text{Box's } M = ۷/۴۰۶$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($\text{Approx. Chi-Square} = ۲۷/۳۵۷$ و $p = ۰/۰۰۰$). همچنین، آزمونهای مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که شیب خط رگرسیون برای در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < ۰/۰۵$ یکسان است. بنابراین پیش شرطهای لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین ترتیب، نتایج آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروههای مورد بررسی در متغیرهای مورد نظر در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی

آماره	ارزش	F	df	سطح معناداری	مجذور ایثای تفکیکی	توان
T پیلایی	۰/۸۸۶	۱۳۶/۳۳۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۸۶	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۴	۱۳۶/۳۳۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۸۶	۱/۰۰۰

جدول ۴ نشان می دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین، در ادامه آزمونهای تک متغیری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته است. در بررسی

پیشفرض این آزمون‌ها نیز آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که در هر دو متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی همگونی واریانس‌های خطا بقرار است. جدول ۵ نتایج این آزمون‌ها را نشان می‌دهد. جدول ۵. آزمون‌های اثرات بین گروهی برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی

منبع	متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی	توان
عضویت گروهی	بهزیستی روانشناختی	۷۳۲۱۷/۳۸۴	۲۷۷/۹۹۶	۰/۰۰۰	۰/۸۸۵	۱/۰۰۰
	کیفیت زندگی	۹۴۱۸/۶۵۴	۴/۴۴۴	۰/۰۲۵	۰/۱۳۱	۰/۶۲۲

جدول ۴ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین، میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. همچنین با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول توصیفی شماره ۴ در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که در متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی، گروه معنا درمانی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند.

۷- بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده، F مشاهده شده برای متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. به طوری که در متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی، گروه معنا درمانی نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که وقتی کارکردهای زوجین، از قبیل کارکرد های زیستی، اجتماعی، شناختی و عاطفی آسیب می‌بینند، آنها به تدریج احساس رضایت مندی خود را از دست می‌دهند.

کاهش تدریجی رضایت مندی، ابتدا موجب گسستگی روانی و سپس گسستگی اجتماعی و در نهایت واقعه حقوقی می‌شود که این گسستگی طلاق نامیده می‌شود. افراد مطلقه میزان بهزیستی روان شناختی پایین و نشانه های درماندگی و روان شناختی بیشتر و خودپنداره ضعیف تری دارند. زنان مطلقه هیجان های منفی بیشتری نسبت به مردان تجربه میکنند و میزان آشفته گی روانی و اضطراب در زنان دو برابر مردان است.

از بین مشکلات پس از طلاق، مشکلات اقتصادی و احساس اضطراب و افسردگی بیشترین مشکلات زنان، تحت مطالعه پس از طلاق بوده‌اند (زهتاب نجفی و سالمی، ۱۳۹۱). این افراد تحت فشارهای روحی و روانی بسیاری قرار بگیرند. این تغییر در وضعیت تأهل با پیامدهایی در وضعیت سلامت جسمی، روانی و موقعیت اجتماعی فرد همراه است. سختی های نشأت گرفته از طلاق، منجر به ناامیدی و یأس زنان می‌شود. طلاق باعث می‌شود که زنان مطلقه دید روشنی به آینده نداشته باشند و منجر به کاهش قدرت تحمل در برابر مشکلات در آنان شود و تلاش آنها را برای دستیابی به اهداف، کاهش یابد (محمودوندی باهر و همکاران، ۱۳۹۶).

تمام این عوامل در کنار کاهش بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این میان معنادرمانی، یک فرایند درمانی است که به دنبال کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی حال و آینده ی فرد معنا می‌دهد.

گروه درمانی، فرصتی فراهم می کند تا شخص نگرش ها و رفتار خود را ضمن تعامل با مردمان دیگری که دارای مشکلات و اختلالاتی همانند خود وی هستند، واریسی کند. ویکتور فرانکل (۱۹۶۹) اعلام کرد که معناخواهی، جوهر اساسی هستی است. از نظر او مراجع می تواند با امید بستن به روزی بهتر، به آینده معنا دهد هر چند فرانکل از مداخله های نظام دار، حمایت نکرده است. با این حال بررسی های بیانگر تاثیر این روش در مراجعان است. تکنیک ها و روش های درمانی معنادرمانی به چهار گروه تقسیم می شوند که شامل: روش های افزایش آگاهی وجودی، تکنیک قصد متضاد، تکنیک بازتاب زدایی و روحانیت پزشکی است. توضیح دادن، ضرب المثل های پیشنهادی، به کار گیری تشبیهات، چشم اندازهای وسیع در مورد منابع معنا، پیدا کردن معانی زندگی از طریق روش آموزشی سقراطی، آموزش اهمیت قبول مسئولیت برای معنا، کمک به مراجعان تا به وجدانشان گوش کنند و پرسش از مراجعان درباره معناها جزء روش های افزایش آگاهی وجودی هستند در نتیجه معنادرمانی از این طریق می تواند کمک کننده باشد.

با توجه به اینکه زنان مطلقه به صورت بالقوه می توانند دچار اختلالاتی شوند. بنابراین پیشنهاد می شود خدمات درمانی روانشناختی حرفه ای در مراکز درمانی برای این اقشار فراهم گردد. همچنین ارتقاء توانمندی های شناختی و رفتاری در زنان مطلقه جهت سازگاری و تاب آوری بالا برای افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی توصیه می گردد.

منابع

- آقاچانی، سیف اله؛ اسدی نوقابی، احمد (۱۳۸۱). نظریه مشاوره و روان شناختی درمانی. تهران، مرکز نشر دانشگاهی.
- اصفهانی اصل، مریم. (۱۳۸۱). مقایسه سازگاری فردی و اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان شاهد و غیرشاهد هدایت شده به اولویت های پنج گانه طبق برنامه هدایت تحصیلی. طرح پژوهشی اجرا شده با همکاری اداره کل بنیاد شهید انقلاب اسلامی خوزستان.
- امیرلو، ایران؛ نادری، فرح (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر تصاویر ذهنی از خدا، اضطراب مرگ و دیداری در دانش آموزان متوسطه دون شهر اهواز. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی، ۱۸(۱۹)، ۱-۱۱.
- اورعی، غلامرضا. (۱۳۸۶). بررسی مسائل اجتماعی ایران. تهران: خوشه.
- ایوبی، سمیه؛ تیموری، سعید؛ نیری، مهدی (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. روانشناسی تحولی، ۲۴(۶)، ۳۶۰-۳۵۳.
- جزایری، رضوان سادات؛ خانه ئی، داریوش؛ بهرامی خوندابی، فاطمه؛ منتظری، نفیسه؛ اعتمادی، عذرا (۱۳۹۸). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری، خانواده پژوهی، ۶۰(۱۵)، ۵۴۰-۵۱۹.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ محمودوندی باهر، الهه (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان گروهی هیجان مدار بر امید و افکار خود آیند منفی زنان مطلقه. سلامت اجتماعی، ۱(۵)، ۷۶-۶۷.
- رباط میلی، سمیه؛ طباطبایی، مهناز؛ مهربانی زاده، هنرمند (۱۳۹۲). تأثیر معنادرمانی به شیوه گروهی بر افسردگی و امید در دانشجویان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۴(۳)، ۱۰-۳.
- رضوانی، محمد رضا؛ منصوریان، حسین (۱۳۸۷). سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص ها، مدل ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی. فصلنامه روستا و توسعه، ۱۱(۳)، ۲۶-۱.

- زمانی، مریم (۱۳۸۸)، بررسی تاثیر بهبود اختلالات جنسی زنان مبتلا به بیماری ام اس بر افزایش کیفیت زندگی آنان (شهر اصفهان). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، گروه علوم اجتماعی
- زوهمند، م. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین خدمات حمایتی و کیفیت زندگی در بین بیماران ام اس انجمن ام اس تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی.
- سلطانی، رضا؛ کافی، سیدموسی؛ صالحی، ایرج؛ کارشکی، حسین؛ رضایی، سجاد (۱۳۸۹) بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه گیلان، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۷۵ (۱۹)، ۳۵-۲۵.
- شاملو، سعید (۱۳۹۰). مکتب‌ها و نظریه‌ها در روان‌شناسی شخصیت. چاپ سوم، تهران، انتشارات رشد.
- شجاعی، احمد؛ اسکندرپور، بهروز (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش آموزان بی سرپرست و بدسرپرست. روانشناسی مدرسه، ۵ (۲)، ۷۱-۹۱.
- طاهری، نوراله؛ کمانگر، سالار؛ چراغیان، بهمن؛ موسوی، سید ضیا الدین؛ سلیمان زاده، میثم (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله دانش و تندرستی، ۸ (۳)، ۱۱۹-۱۲۴.
- غزلی، سارا؛ مرادی بگلویی، محمد؛ ساریچلو، محمدابراهیم؛ علیپور، محمود (۱۳۹۷) بررسی تأثیر معنا درمانی گروهی بر تاب آوری همسران مردان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر. روان پرستاری ۶ (۳)، ۵۹-۵۳.
- کاوند، مرتضی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب.
- گاتمن، ج و سیلور، ن. (۱۳۸۹). هفت رمز ازدواج‌های موفق ترجمه وحید ایمن، تهران: انتشارات نسل نواندیش.
- محمودوندی باهر، الهه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی هیجان مدار بر امید و افکار خودآیند منفی زنان مطلقه. سلامت اجتماعی، ۱ (۵)، ۷۶-۶۷.
- میرزازاده، فاطمه؛ احمدی، خدابخش؛ فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۹۱). تاثیر درمان هیجان مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان، مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۱)، ۴۶۰-۴۴۱.
- نبوی حصار، جمیله؛ عارفی، مختار؛ یوسفی، ناصر (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر دیدگاه نظام‌های خانوادگی بوون و معنادرمانی بر گرایش به پیمان شکنی زناشویی. پژوهش‌های مشاوره، ۱۷ (۶۶)، ۵۸-۹۶.
- نجات، سحرناز (۱۳۷۸). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی، ۴ (۲)، ۵۷-۶۲.
- نوابی نژاد، ش؛ احقر. ق؛ هادی تبار، ح. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش مولفه های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹-۹۰. طب جانباز، ۴ (۱۴)، ۱-۱۱
- هاشمی نصرت آبادی، تورج؛ باباپور خیرالدین، جلیل و بهادری خسرو شاهی، جعفر (۱۳۹۱). نقش سرمایه روان‌شناسی در بهزیستی روان‌شناختی با توجه به اثرات تعدیلی سازگاری اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۱ (۴)، ۱۴۴-۱۲۳.
- Baumiester, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8, 505-516.
- Borthwick Duffy, S.A. (1992). *Quality of life and quality of care in mental retardation*. In L. Rowitz (Ed), (pp. 52-66). Berlin.

- Carmody, J., & Bear, R. A. (2007). Relationship between mindfulness practice and level of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness stress reduction program. *Behav Med*, 31(1), 23- 33
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological economics*, 61(2-3), 267-276.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 336-382.
- Ferrans, C, power , M.(1985). Quality of life index: development and Propertied. *Journal of advanced nursing*, 14, 133-146.
- Francis, L. J., Elken, A., & Robbins, M. (2012). The affective dimension of religion and personal happiness among students in Estonia. *Journal of Research on Christian Education*, 21, 84-90.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59
- Greenberg, L.S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couple therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association.
- Howell, A. J., Digdon, N. L., & Buro, K. (2010). Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 419-424.
- Johnson, S. M. (2007). The contribution of emotionally focused couples therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 47-52.
- Kang, K. A., Shim, J. S., Jeon, D. G., & Koh, M. S. (2009). The effects of logotherapy on meaning in life and quality of life of late adolescents with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(6), 759-768.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9(5), 591-598.
- Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2010). Emotional intelligence and frustration: predictors of quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 827-831
- Lagarde E., Pison G., Enel C. (1996). Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: relationship to sexual behaviour and behaviour change. *AIDS (London, England) [AIDS]*; 10(3), 327-34.
- Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M. C., ... & Fletcher, M. A. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 70(4), 328-334.
- McAlinden, N. M., & Oei, T. P. (2006). Validation of the Quality of Life Inventory for patients with anxiety and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 307-314.
- Marshall, M. (2009). *Life with meaning: Guide to the fundamental principles of Viktor E. Frankl's logo therapy*. Maritime Institute of Logo therapy.
- Naderi, F. Asgari, P. Roshani, K. Mehri, A., & dryany M. (2008). Relationship and spiritual intelligence emotional intelligence with life satisfaction of elderly. *Journal New Findings in Psychology*. The Islamic Azad University of Ahvaz. 7, 127-138.
- Oravec, Z., Dirsmith, J., Heshmati, S., Vandekerckhove, J., & Brick, T. R. (2020). Psychological well-being and personality traits are associated with experiencing love in everyday life. *Personality and Individual Differences*, 153, 109620

- Rastelli, F., & Crispino, S. (2008). Factors predictive of response to hormone therapy in breast cancer. *Tumori Journal*, 94(3), 370-383.
- Ryff, C. D. and Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of wellbeing. *Social Science Research*, 35(4) 1103-1119.
- Stone, G. (2001). Father postdivorce well-being: An exploratory model. *Journal of Genetic Psychology*, 162(4), 460-477.
- Suyanti, T. S., Keliat, B. A., & Daulima, N. H. C. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermeria clinica*, 28, 98-101.
- Umberson, D., & Williams, C. L. (1993). Divorced fathers: Parental role strain and psychological distress. *Journal of Family Issues*, 14(3), 378-400.
- Yagc-Küpelı, B., Akyüz, C., Küpelı, S., & Büyükpamukçu, M. (2012). Health-related quality of life in pediatric cancer survivors: a multifactorial assessment including parental factors. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 34(3), 194-199.
- Zecca C, Panicari L, Disanto G, Maino P, Singh A, Digesu GA, Gobbi C. (2015) Posterior tibial nerve stimulation in the management of lower urinary tract symptoms in patients with multiple sclerosis. *Int Urogynecol J*, 58, 23-32.