

اثربخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان

فرانک بابایی اصل^{۱*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره بیستم، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۲۴-۱۱۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان انجام گرفت. این پژوهش به لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از نظر چگونگی گردآوری اطلاعات، آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی زنان مطلقه شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه شادکامی آکسفورد (۱۹۹۰)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) و پروتکل آموزشی امید درمانی اسنایدر (۲۰۰۲) می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون لوین و کلموگروف اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که امید درمانی، شادکامی و کیفیت زندگی را در زنان مطلقه شهر زاهدان به‌طور معناداری افزایش داده است ($P < 0/01$)؛ بنابراین پروتکل آموزشی امید درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان مطلقه مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی، شادکامی، کیفیت زندگی، زنان مطلقه.

مقدمه

طلاق^۱ فرآیندی است که باتجربه‌ی بحران عاطفی در زوجین آغاز می‌گردد و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید خاتمه پیدا می‌کند (سبارا و ویسمن^۲، ۲۰۲۲). در ایران از هر هزار ازدواج، حدود دویست مورد (۲۰ درصد) به طلاق می‌انجامد (فتیحی آشتیانی و همکاران، ۱۴۰۲). اکثر متخصصان سلامت روان، طلاق را مهم‌ترین و جدی‌ترین معضل اجتماعی می‌دانند که می‌تواند پیامدهای ناگواری را به همراه داشته باشد. پیامدهای طلاق شامل اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد مخدر، تغییر در سبک زندگی و خودپنداره، تضعیف عملکرد شغلی و حرفه‌ای، تغییر در روابط اجتماعی و همچنین کاهش حمایت اجتماعی می‌باشد و علاوه بر این سیستم خانواده، سیستم جامعه را نیز درگیر می‌کند (کاستنس^۳، ۲۰۲۴). گرچه پیامدهای منفی طلاق، هر دو زوج را درگیر می‌کند اما بی‌شک باتوجه به پژوهش‌ها در این زمینه، آسیب‌پذیری زنان متعاقب طلاق بیشتر از مردان می‌باشد. جامعه و خانواده از یک‌سو و نیازهای اقتصادی از طرفی دیگر این مشکلات را بیشتر می‌کند (میرالس^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ رلی و سویینی^۵، ۲۰۲۰).

به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش است، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه و سلامتی افراد را تهدید می‌کند. ازجمله پیامدهای طلاق، کاهش میزان شادکامی^۶ و کیفیت زندگی^۷ می‌باشد (کیبلر و ییلماز^۸، ۲۰۲۲). در مباحث روان‌شناختی تعاریف متعددی برای مفهوم شادکامی وجود دارد و توافق عمومی بر این است که شادکامی یک حالت درونی مثبت در روان فرد است (بیساتو^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). ولی نقطه عدم توافق درباره شادکامی این است که آیا شادکامی مقیاس یک فکر است یا یک هیجان. افرادی که اعتقاد دارند شادکامی احساس است بیان می‌کنند که شادکامی تحت تأثیر تغییرات ناگهانی در خلق افراد است و نسبت به خلق حساس بوده و در واقع مانند هیجانات عمل می‌کند، ولی افرادی که اذعان دارند شادکامی شناختی است می‌گویند شادکامی دارای یک نقطه‌ی آغاز است که در سرتاسر زندگی ثابت و پایدار بوده و تحت تأثیر عوامل زیستی فرد قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است عده‌ای نیز اعتقاد دارند که مفهوم شادکامی ترکیبی از دو عامل فکر و هیجان می‌باشد (هرناندز و اورهولسر^{۱۰}، ۲۰۲۱؛ تائو^{۱۱}، ۲۰۱۹).

روانشناسان اعتقاد دارند که دو نوع شادکامی وجود دارد، که نوعی از آن از شرایط محسوس در زندگی ناشی می‌شود که به آن حالت عینی شادکامی گفته می‌شود، و نوع دیگر متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که شادکامی ذهنی یا احساس شادکامی نامیده می‌شود. احساس شادکامی، در واقع مولد انرژی، شور، نشاط، حرکت و پویایی است، مانند سپری که می‌تواند

¹ Divorce

² Sbarra & Whisman

³ Kostense

⁴ Miralles

⁵ Raley & Sweeney

⁶ Happiness

⁷ Quality of Life

⁸ Cabilar & Yilmaz

⁹ Baessato

¹⁰ Hernandez & Overholser

¹¹ Tao

انسان را در برابر استرس‌ها، مشکلات و مصائب زندگی محافظت و سلامت جسمانی و روانی را تضمین کند (آلکان و کاوالچی^۱، ۲۰۲۳). دراین‌باره دنی و استینر^۲ (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند که فاکتورهای درونی مثل منبع کنترل، خودکنترلی، اعتمادبه‌نفس، به مراتب بیشتر از عوامل بیرونی با شادکامی در ارتباط هستند. همچنین کاکس^۳ (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان داد از پیشبینی‌های شادکامی می‌توان حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیت، موسیقی و هنر، فعالیت‌های اجتماعی، استراحت، آرامش و... را نام برد (کاکس، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از پیامدهای منفی طلاق، کاهش کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی به‌عنوان ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف می‌شود (فریرا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی معیاری ذهنی برای بهزیستی فرد است. البته، برخی از پژوهشگران اذعان دارند که کیفیت زندگی شامل اقدامات عینی و همچنین ذهنی می‌باشد (کاپلان و هیز^۵، ۲۰۲۲). کیفیت زندگی احساس و درک فرد از خوب زیستن است و این احساس از رضایت در جنبه‌هایی از زندگی که برای فرد معنادار است، سرچشمه می‌گیرد. در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی مهم جهت ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت درباره سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اساسی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه سلامت روان بوده است (نگوین^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سورک^۷، ۲۰۱۹).

زنان مطلقه به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی احساس درماندگی می‌نمایند و علی‌رغم حمایت‌های مالی دولتی و غیردولتی اغلب زندگی محدود و دردناکی دارند و ویژگی‌های منفی زندگی آن‌ها سبب شاد نبودن و احساس افسردگی می‌گردد (ژائو^۸ و همکاران، ۲۰۲۳؛ لئوپولد^۹، ۲۰۱۸)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که این زنان کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. در این راستا بوراسا^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۵) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی زنان بعد از طلاق به دلیل مشکلات اجتماعی و مالی از مردان بیشتر افت می‌کند. دانینگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود، که نوعی تحلیل کیفیت زندگی بود به این نتیجه رسیدند که مطلقه بودن یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی ضعیف می‌باشد. آقاجانی و کریمی (۱۳۹۹) نیز نشان دادند که زنان مطلقه نسبت به زنان عادی از کیفیت زندگی، تسلط محیطی، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و آسایش روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند.

¹ Alkan & Kavalci

² Denny & Steiner

³ Cox

⁴ Ferreira

⁵ Kaplan & Hays

⁶ Nguyen

⁷ Sorek

⁸ Zhao

⁹ Leopold

¹⁰ Bourassa

¹¹ Dunning

باتوجه به آنچه گفته شد کاهش شادکامی و کیفیت زندگی در افراد مطلقه، یکی از چالش‌های امروز حوزه بهداشت روان محسوب می‌شود و یافتن راهی برای افزایش شادکامی و کیفیت زندگی به ویژه در زنان مطلقه نیازمند توجه بیشتری می‌باشد (طجری و همکاران، ۱۳۹۷). در این زمینه رویکردهای درمانی بسیاری وجود دارد و به کار گرفته می‌شود؛ اما یکی از رویکردهای درمانی که بر شادکامی و کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد امید درمانی^۱ می‌باشد. در امید درمانی، در واقع بر خلاف سایر رویکردها که تمرکز بر مشکلات و ضعف‌هاست، افزایش هیجانات مثبت و ارتقای معنای زندگی موردتوجه قرار می‌گیرد (نورانی کلیجی و کریمی، ۱۳۹۶). مداخلات امید درمانی از مجموعه‌ای فنون که بر مبنای مؤثری چون صمیمیت، همدلی، اعتماد، اصالت و تفاهم تأکید دارد استفاده می‌کند (رشید و سلگمن^۲، ۲۰۱۴).

این رویکرد در تلاش است تا با استفاده از ظرفیت‌های مثبت آدمی، افراد را در مواجهه با مشکلات و ناملازمات نیرومند کند و همچنین میزان رضایت از زندگی را افزایش دهد. بر این اساس، فرد امیدوار فردی است که در زندگی دارای اهداف مشخص است، انتظار دارد که به آن اهداف برسد و برای رسیدن به آن‌ها تلاش و کوشش می‌کند. به عبارتی دیگر، امید درمانی به افراد کمک می‌کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف‌شان برانگیزانند و گذرگاه‌های فراوان در جهت دستیابی به اهداف و موانع را شناسایی کرده و با موانع مقابله کنند (هاشمیان و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش پوردل و شفاعت‌زاده (۱۳۹۹)، یافته‌ها نشان داد که زنان مطلقه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون به‌طور معناداری، کیفیت زندگی بهتری داشتند و فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی امید درمانی گروهی در بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در پژوهش معتمدی و همکاران (۱۳۹۶)، نتایج نشان داد که امید درمانی گروهی، شادکامی و کیفیت زندگی را در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش داده و امید درمانی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان مؤثر است.

پژوهشگران به‌طور کلی پی برده‌اند که زنان امید کمتری را پس از طلاق تجربه می‌کنند. آنان اعتقاد دارند که سطح امید با میزان شادکامی و کیفیت زندگی در ارتباط می‌باشد و در افرادی که طلاق گرفته‌اند یا بیوه هستند پایین‌تر از افراد دیگر است (پوردل و شفاعت‌زاده، ۱۳۹۹؛ کیانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ نورانی کلیجی و کریمی، ۱۳۹۶). لذا کمک به این افراد برای داشتن یک زندگی باکیفیت و احساس شادکامی و رضایت از زندگی در فرآیند بهبودی پس از طلاق حائز اهمیت و توجه ویژه می‌باشد. باتوجه به مطالب فوق، ضرورت دارد که نگاهی بیشتر به مسئله شادکامی و کیفیت زندگی زنان مطلقه داشته باشیم؛ بنابراین در پژوهش کنونی به دنبال یافتن پاسخ به این سؤال هستیم که آیا امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان اثربخشی دارد؟

^۱ Hope therapy

^۲ Rashid & Seligman

روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف در دسته تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد و از نظر چگونگی گردآوری اطلاعات، آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مطلقه شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ بودند. جهت تعیین نمونه آماری، ابتدا تمامی زنانی که طی ۱ سال اخیر طلاق گرفته بودند، از طریق تماس تلفنی و چاپ آگهی از اجرای پژوهش آگاه شدند. از بین این افراد، ۶۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری داوطلبانه و در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفره) و کنترل (۳۰ نفره) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به نمونه پژوهشی عبارت بودند از: (۱) فرد تحت دارودرمانی یا روان‌درمانی نباشد، (۲) فرد دارای بیماری جسمانی یا عصب‌شناختی خاصی نباشد و (۳) از مدت طلاق حداکثر ۱ سال گذشته باشد. روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر از دو بخش کتابخانه‌ای و میدانی تشکیل شده است. در روش کتابخانه‌ای به‌طور عمده از کتب، مقالات و منابع انگلیسی و فارسی حاصل جستجو در اینترنت، بانک‌ها و منابع اطلاعاتی و کتابخانه‌ها استفاده شده است. در بخش میدانی، ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱ (۱۹۹۰)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۹۴) و پروتکل آموزشی امید درمانی اسنایدر^۳ (۲۰۰۲) می‌باشد.

الف) پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این پرسشنامه توسط آرگایل و لو^۴ (۱۹۹۰) تهیه شده است، دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسشنامه، تعریف آرگایل از شادکامی است (آن‌ها به‌منظور ارائه یک تعریف عملیاتی از شادکامی، آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم دانسته‌اند؛ که شامل فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساس منفی می‌باشد). هر یک از سؤالات این آزمون دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ نمره را به خود اختصاص داده‌اند؛ بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ می‌باشد. شایان‌ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی موردبررسی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی بررسی نموده و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آوردند. همچنین علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعدد، مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگایل^۵، ۲۰۰۱؛ فورنهام و چنگ^۶، ۱۹۹۹). فرانسس^۷ و همکاران (۱۹۹۸) همبستگی منفی معنادار ۰/۵۲ و بیانی (۱۳۸۵) همبستگی منفی معنادار ۰/۶۵ را بین نتایج این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده‌اند.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه فرم خلاصه‌شده پرسشنامه کیفیت زندگی است که از سوی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) به‌عنوان ابزاری چندوجهی و چندزبانه برای ارزیابی کیفیت زندگی با امکان استفاده در

^۱ Oxford Happiness Questionnaire

^۲ World Health Organization Quality of Life Questionnaire

^۳ Snyder

^۴ Argyle & Lu

^۵ Hills & Argyle

^۶ Furnham & Cheng

^۷ Francis

فرهنگ‌های مختلف تدوین شده است (شهاب جهانلو و همکاران، ۱۳۸۹). این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است که در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵، کیفیت زندگی فرد را در جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند (زرگر و همکاران، ۱۳۹۱). در این پرسشنامه، چهار بُعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی بررسی می‌گردد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). هرچه نمره هر بُعد بیشتر باشد، به معنای بیشتر بودن نگرش مثبت در آن بُعد نسبت به زندگی است (شهاب جهانلو و همکاران، ۱۳۸۹). نصیری (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده است و در پژوهش وی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا و تشخیصی این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ و ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند.

ج) پروتکل آموزشی امید درمانی: پروتکل آموزشی امید درمانی به شیوه اسنایدر و همکاران (۲۰۰۲) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی و اجرا گردید (اسنایدر، ۲۰۰۲). محتوای جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل آموزشی امید درمانی (اسنایدر، ۲۰۰۲)

| جلسه | هدف | محتوا | مدت زمان |
|------|-----------------------------------|---|----------|
| ۱ | آشنایی، بیان اهداف و ساختار گروه | آشنایی اعضای گروه با هم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسات و اهداف برنامه‌ی آموزشی و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر. | ۹۰ دقیقه |
| ۲ | ضرورت برخورداری از امید | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، توضیح و تبیین مفاهیم اصلی نظریه امید که شامل تعیین هدف، تفکر عامل یا اراده، تفکر مسیر یا برنامه‌ریزی و تشخیص موانع می‌باشد، تبیین و بحث در رابطه با چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر خودکارآمدی. | ۹۰ دقیقه |
| ۳ | تعریف داستان زندگی خود | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، درخواست از شرکت‌کنندگان برای تعریف داستان زندگی خود بر روی هسته‌ی اصلی نظریه امید یعنی اهداف، مشارکت دادن اعضای گروه در شناسایی داستان زندگی اعضا، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. | ۹۰ دقیقه |
| ۴ | تبیین داستان | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، تبیین داستان‌ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه اسنایدر شامل: هدف، عامل و گذرگاه‌ها، کار بر روی افزایش تفکر عامل با استفاده از تفکر مثبت و تکرار واژه‌های مثبت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. | ۹۰ دقیقه |
| ۵ | فراهم آوردن لیستی از اتفاقات جاری | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، آشنایی افراد با تفکر برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست برنامه‌ریزی و پرداختن به فهرست شناسایی مسیرهای مناسب جهت رسیدن به اهداف، درخواست از اعضا برای فراهم کردن لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هریک از آن‌ها، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. | ۹۰ دقیقه |
| ۶ | مطرح کردن اهداف مناسب | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر و سپس ترغیب کردن افراد جهت تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی، آشنایی با شیوه‌ی مقابله با موانع و چالش‌ها، شناسایی افکار خود آیند برای تغییر باورها و نگرش‌های ناکارآمد، آموزش مقابله با موانع به وسیله‌ی ایجاد گذرگاه‌های جایگزین با به‌کارگیری خلاقیت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. | ۹۰ دقیقه |
| ۷ | مطرح کردن گذرگاه‌های مناسب | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن ویژگی گذرگاه‌های مناسب و درخواست از اعضای گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف تعیین شده و آموزش چگونگی شکستن گذرگاه‌ها به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک و تعیین گذرگاه‌های جانشین به اعضای گروه، آموزش راهبردهایی برای خلق یا تقویت تفکر راهیاب با استفاده از طرح‌ریزی تدریجی و راهبردهایی برای تقویت اراده یا استفاده از فنون خیال‌پردازی، تجسم ذهنی، سرمشق‌گیری، الگوبرداری و خودگویی‌های مثبت، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب. | ۹۰ دقیقه |
| ۸ | جمع‌بندی و خاتمه | مرور مطالب جلسه‌ی قبل، مطرح کردن راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش به اعضای گروه تا خود یک امیددرمانگر بوده و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار گیرند (به نحوی که خودشان بتوانند اهداف و موانع آن‌ها را تعیین نمایند، عامل لازم برای دستیابی به آن‌ها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند)، صحبت درباره لغزش و راهکارهای غلبه بر لغزش در هنگام برخورد با موانع، به‌کارگیری تفکر امیدوارانه در زندگی روزمره، بیان خلاصه و جمع‌بندی مطالب، اجرای پس‌آزمون، تشکر از اعضای گروه و خداحافظی. | ۹۰ دقیقه |

یافته‌ها

جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا جهت بررسی پیش فرض کوواریانس، از آزمون لوین و کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین و کلموگروف اسمیرنوف (شادکامی)

| سطح معناداری (آزمون لوین) | F (آزمون لوین) | آماره Z (کلموگروف اسمیرنوف) | سطح معناداری (کلموگروف اسمیرنوف) |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ۰/۸۵ | ۱/۰۳ | ۰/۵۱ | ۰/۴۳ |

جدول شماره ۲، نتایج آزمون لوین برای تساوی خطای واریانس‌ها را نشان می‌دهد. از آنجاکه F محاسبه شده معادل ۱/۰۳ با سطح معناداری ۰/۴۳ بیشتر از مقدار ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها تأیید می‌گردد. نتایج جدول شماره ۲ حاکی از نرمال بودن نمرات بهبود شادکامی می‌باشد، زیرا آماره ۰/۴۳ به دست آمده که با سطح معناداری ۰/۵۹ بیشتر از سطح ۰/۰۵ می‌باشد. لذا به منظور بررسی تفاوت از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات آزمون شادکامی

| منابع | مجموع مجزورات | درجه آزادی صورت | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معناداری | مجزور اتا |
|-------------|---------------|-----------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| پیش آزمون | ۳/۴۵ | ۱ | ۳/۴۵ | ۰/۲۵ | ۰/۷۶ | ۰/۱۱ |
| عمل آزمایشی | ۴۳۲۱۶/۷۰ | ۱ | ۴۳۲۱۶/۷۰ | ۵۱۲/۸۴ | ۰/۰۱ | ۰/۸۳۹ |
| خطا | ۲۳۴۵/۳۷ | ۵۷ | ۵۴/۸۶ | | | |

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، سطح معناداری بین گروه‌ها محاسبه شده (۰/۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی امید درمانی بر شادکامی در زنان مطلقه شهر زاهدان، تأیید می‌شود. مجذور اتا، نشان می‌دهد که میزان تأثیر امید درمانی بر شادکامی در زنان مطلقه شهر زاهدان ۰/۸۳ است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین و کلموگروف اسمیرنوف (کیفیت زندگی)

| سطح معناداری (آزمون لوین) | F (آزمون لوین) | آماره Z (کلموگروف اسمیرنوف) | سطح معناداری (کلموگروف اسمیرنوف) |
|---------------------------|----------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ۰/۴۳ | ۰/۹۶ | ۰/۷۸ | ۰/۳۶ |

جدول شماره ۴ نتایج آزمون لوین برای تساوی خطای واریانس‌ها را نشان می‌دهد. از آنجاکه F محاسبه شده معادل ۰/۹۶ با سطح معناداری ۰/۳۶ بیشتر از مقدار ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها تأیید می‌گردد. نتایج جدول شماره ۴ حاکی از نرمال بودن نمرات کیفیت زندگی می‌باشد، زیرا آماره ۰/۷۸ به دست آمده که با سطح معناداری ۰/۳۶ بیشتر از سطح ۰/۰۵ می‌باشد. لذا به منظور بررسی تفاوت از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات آزمون کیفیت زندگی

| منابع | مجموع مجزورات | درجه آزادی صورت | میانگین مجزورات | مقدار F | سطح معناداری | مجزور اتا |
|-------------|---------------|-----------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| پیش آزمون | ۱۹/۷۶ | ۱ | ۱۹/۷۶ | ۰/۸۸ | ۰/۳۹ | ۰/۴۰ |
| عمل آزمایشی | ۷۶۸۹/۳۹ | ۱ | ۷۶۸۹/۳۹ | ۳۷۹/۱۰ | ۰/۰۱ | ۰/۸۸ |
| خطا | ۱۷۹۳/۸۸ | ۵۷ | ۲۸/۱۶ | | | |

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، سطح معناداری بین گروه‌ها محاسبه شده (۰/۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی امید درمانی بر کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان، تأیید می‌شود. مجذور اتا، نشان می‌دهد که میزان تأثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان ۰/۸۸ است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی امید درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه شهر زاهدان انجام شد. بر اساس یافته‌های به دست آمده از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مطلقه گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر شادکامی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد، به بیانی دیگر امید درمانی، شادکامی و کیفیت زندگی را در زنان مطلقه شهر زاهدان به طور معناداری افزایش داده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های پیشین مانند پوردل و شفاعت‌زاده (۱۳۹۹)، کیانی و همکاران (۱۳۹۸)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۶) و نورانی کلیجی و کریمی (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

بنابراین در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که امید نیروی مثبتی است که انگیزش افراد را افزایش می‌دهد و سطح افسردگی افراد را کاهش می‌دهد. در واقع افراد امیدوار انرژی بیشتری دارند و همچنین هیجانات مثبت آنان بالاتر از افراد عادی است. افرادی که از امید بالاتری برخوردار هستند، زمانی که در رسیدن به اهداف خود با موانع و مشکلات مواجه می‌شوند، هیجانات منفی خفیفی را تجربه می‌کنند. در مقابل آن، اشخاصی که امید پایین‌تری را تجربه می‌کنند هنگامی که با مصائب روبرو می‌شوند، هیجانات خشم، یاس و ناامیدی و بی‌احساسی را تجربه می‌کنند؛ لذا از نتایج مثبت امید، معناداری زندگی و شادی بیشتر در زندگی می‌باشد. افرادی که از امید بالایی برخوردار هستند، دیگران را به عنوان منابع حمایتی در نظر می‌گیرند که می‌توانند به آنان تکیه کنند. همچنین این افراد یقین دارند که می‌توانند با موانع زندگی سازگار شوند، شادکامی بیشتری را تجربه کنند و از زندگی خود رضایت‌مندی بیشتری داشته باشند.

از طرفی دیگر، افراد امیدوار به جای تمرکز بر روی رویدادهای ناخوشایند زندگی از آن درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن بهره می‌برند. آموزش امید درمانی بعضی از توانمندی‌های روان‌شناختی را ارتقا می‌دهد و همچنین نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی را کاهش می‌دهد و همان‌طور که در یافته‌های پژوهش کنونی مشاهده می‌شود امید درمانی در زنان مطلقه هم اثربخش بوده است. افراد امیدوار محرک‌های قوی‌تر و انرژی مضاعف‌تری برای دنبال کردن اهداف خود دارند. داشتن هدف در زندگی و باور به تحقق آن و کوشش جهت رسیدن به آن، منجر به کاهش افسردگی و از طرفی افزایش شادکامی و بالا رفتن خلق می‌گردد. در پژوهش حاضر مداخلات امید درمانی با تعیین هدف و ایجاد نیرو جهت رسیدن به هیجانات مثبت در زنان مطلقه منجر به بالا بردن خلق و افزایش شادکامی در آنان شده است.

به‌رغم محدودیت‌های این پژوهش همچون محدود نمودن جامعه آماری به زنان مطلقه شهر زاهدان، در دسترس نبودن سهل و آسان به برخی از این افراد و عدم همکاری برخی از این افراد که ممکن است پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و نتایج پژوهش را متأثر ساخته باشد، پیشنهاد می‌گردد جهت تعمیم بهتر نتایج، پژوهش‌های مشابه در سایر استان‌ها انجام شود و همچنین به بررسی میزان تأثیر و نقش سن، جنسیت، فرهنگ و منطقه جغرافیایی بر این زنان پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولین محترم اداره کل بهزیستی استان سیستان و بلوچستان، مراکز مشاوره و مداخله در بحران شهر زاهدان و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در انجام این پژوهش مدد رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- آقاجانی، ط؛ و کریمی، ش. (۱۳۹۹). مقایسه آسایش روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان مطلقه و عادی دارای فرزند. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۶(۱۰)، ۱-۱۰.
- آقاییوسفی، ع؛ شقاقی، ف؛ دهستانی، م؛ و برقی ایرانی، ز. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام-اس. *روانشناسی سلامت*، ۱(۱)، ۲۹-۴۱.
- بیانی، ع. ا. (۱۳۸۵). پایایی و روایی مقیاس افسردگی شادکامی مک گریل و جوزف. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۲۹)، ۳۱-۴۰.
- پوردل، م؛ و شفاعت زاده، ک. (۱۳۹۹). *اثربخشی امید درمانی گروهی در کیفیت زندگی زنان مطلقه*، دومین کنگره ملی انجمن روانشناسی خانواده ایران: خانواده در عصر ما، اهواز.
- زرگر، ی؛ دهقانی زاده، ز؛ مهرابی زاده هنرمند، م؛ و کدخدایی، ا. (۱۳۹۱). اثربخشی مدیریت استرس بر علائم سوءهاضمه عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوءهاضمه عملکردی. *گوارش*، ۱۷(۳) (پیاپی ۸۰)، ۱۴۸-۱۵۵.
- شهاب جهانلو، ع؛ سبحانی، ع؛ و عالیشان، ن. (۱۳۸۹). مقایسه دو پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی در ارزیابی ارتباط وجوه شخصیتی و نحوه کنترل قند در بیماران دیابتیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)*، ۱۳(۳) (پیاپی ۵۲)، ۲۸-۳۴.
- طجری، م؛ کریمی، ج؛ و گودرزی، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی به روش پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۶)، ۲۹۹۳-۳۰۰۷.
- علی پور، ا. ع؛ و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه های تهران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۵(۲-۱) (پیاپی ۱۸-۱۷)، ۵۵-۶۵.
- فتحی آشتیانی، ع؛ امیری، س؛ فتحی آشتیانی، م؛ صدقی جلال، آ؛ نیکنام، م ح؛ نوربالا، ا. ع؛ و همکاران. (۱۴۰۲). عوامل مؤثر بر طلاق طی ۱۰ سال گذشته در ایران. *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*، ۷(۲)، ۳۰۲-۲۸۹.
- کیانی، ج؛ حاجیونی، ع؛ قلی زاده، ف؛ و عباسی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری و امید درمانی بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۷(۴)، ۱۴۸۲-۱۴۹۵.
- معتمدی، ع؛ مصطفی بور، و؛ و فرخی، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی امید درمانی گروهی بر افزایش شادکامی و کیفیت زندگی زنان سالمند. *روانشناسی پیری*، ۳(۴)، ۲۴۳-۲۵۲.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی نایینی، ک؛ محمد، ک؛ و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- نصیری، ح. ا. (۱۳۸۵). *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن*. سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

- نورانی کلیجی، ح؛ و کریمی، ک. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش تنیدگی ادراک شده زوجین در حال طلاق شهرستان مهاباد، نخستین همایش پژوهش در روانشناسی و علوم رفتاری ایران، تهران.
- هاشمیان، م؛ نامداری، ک؛ و عابدی، ا. (۱۴۰۱). تأثیر امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی و عزت نفس دختران افسرده نوجوان. پژوهش های مشاوره، ۲۱(۸۱)، ۳۰۹-۳۳۱.
- Alkan, Ö., & Kavalcı, K. (2023). Gender differences in happiness during COVID- 19 pandemic: evidence from Türkiye. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(3), 153-153.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and individual differences*, 11(10), 1011-1017.
- Baessato, F., Fusini, L., Muratori, M., Tamborini, G., Ghulam Ali, S., Mantegazza, V., ... & Pontone, G. (2023). Echocardiography vs. CMR in the Quantification of Chronic Mitral Regurgitation: A Happy Marriage or Stormy Divorce?. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 10(4), 150.
- Bourassa, K. J., Sbarra, D. A., & Whisman, M. A. (2015). Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 490.
- Cabılar, B. Ö., & Yılmaz, A. E. (2022). Divorce and post-divorce adjustment: Definitions, models and assessment of adjustment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 14(1), 1-11.
- Cox, K. (2012). Happiness and unhappiness in the developing world: Life satisfaction among sex workers, dump-dwellers, urban poor, and rural peasants in Nicaragua. *Journal of Happiness Studies*, 13, 103-128.
- Denny, K. G., & Steiner, H. (2009). External and internal factors influencing happiness in elite collegiate athletes. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 55-72.
- Dunning, H., Janzen, B., Williams, A., Abonyi, S., Jeffery, B., Randall, J. E., ... & Carr, T. (2006). A gender analysis of quality of life in Saskatoon, Saskatchewan. *GeoJournal*, 65, 393-407.
- Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30, 1389-1405.
- Francis, L. J., Brown, L. B., Lester, D., & Philipchalk, R. (1998). Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in the UK, USA, Australia, and Canada. *Personality and individual differences*, 24(2), 167-171.
- Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the East and West. *Personality and individual differences*, 27(3), 395-403.
- Hernandez, S. C., & Overholser, J. C. (2021). A systematic review of interventions for hope/hopelessness in older adults. *Clinical gerontologist*, 44(2), 97-111.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and individual Differences*, 30(4), 595-608.
- Kaplan, R. M., & Hays, R. D. (2022). Health-related quality of life measurement in public health. *Annual review of public health*, 43, 355-373.
- Kostense, L. (2024). The Consequences of Divorce-Related Relocation: A Scoping Review on the (Lack of) Knowledge of the Topic. *Marriage & Family Review*, 1-18.
- Leopold, T. (2018). Gender differences in the consequences of divorce: A study of multiple outcomes. *Demography*, 55(3), 769-797.

- Miralles, P., Godoy, C., & Hidalgo, M. D. (2023). Long-term emotional consequences of parental alienation exposure in children of divorced parents: A systematic review. *Current Psychology*, 42(14), 12055-12069.
- Nguyen, T. M., Do, T. T. T., Tran, T. N., & Kim, J. H. (2020). Exercise and quality of life in women with menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7049.
- Raley, R. K., & Sweeney, M. M. (2020). Divorce, repartnering, and stepfamilies: A decade in review. *Journal of marriage and family*, 82(1), 81-99.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2014). Positive psychotherapy: A treatment manual. *Research and Therapy*, 49(1), 855-91.
- Sbarra, D. A., & Whisman, M. A. (2022). Divorce, health, and socioeconomic status: An agenda for psychological science. *Current opinion in psychology*, 43, 75-78.
- Snyder, C. R. (Ed.). (2002). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Sorek, Y. (2019). Children of divorce evaluate their quality of life: The moderating effect of psychological processes. *Children and Youth Services Review*, 107, 104533.
- Tao, H. L. (2019). Marriage and happiness: Evidence from Taiwan. *Journal of Happiness Studies*, 20, 1843-1861.
- Zhao, S. Y., Ren, R. R., & Chen, W. (2023). A mediated moderation model of negative life events, self-esteem, rumination and parental divorce on depression among Chinese juvenile delinquents. *Scientific reports*, 13(1), 1793.