

اثربخشی آموزش معنویت بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه

احمد ایزدی طامه^۱

خدیجه محمودی دارایی^۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۰

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۲۲

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین میزان تأثیر آموزش معنویت بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه بود. این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را تمام زنان مطلقه تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۹ شهر تهران تشکیل دادند که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر از این زنان انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. ابتدا پیش‌آزمون برای گروه‌ها انجام شد و سپس گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه معنویت‌درمانی را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری بررسی شدند. نتایج نشان داد که آموزش معنویت بر ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه مؤثر است ($P < 0/01$). با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران به زنان مطلقه کمک کنند تا با توجه بیشتر به مقوله معنویت و مؤلفه‌های آن به عنوان یکی از عوامل مؤثر در زندگی، بتوانند میزان تاب‌آوری خود را در برابر ناملایمات پیامدهای طلاق افزایش دهند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند.

کلیدواژه‌ها: معنویت و تاب‌آوری، معنویت و کیفیت زندگی، زنان مطلقه و معنویت، سلامت روانی افراد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱ - دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه جامع امام حسین(ع)

۲ - نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

a.izadi88@gmail.com

s.daraee33@gmail.com

مقدمه

طلاق^۱ به عنوان واقعیتهایی از زندگی مدرن، نتیجه عدم حل مسائل زناشویی یا عدم حل قانونی و رسمی این مشکلات است (بنوکرایتیس^۲، ۲۰۰۵ به نقل از آریاپوران، امیری منش و اصلانی، ۱۳۹۲: ۳۳۳). طبق فرهنگ لغات ضروری انگلیسی^۳ (۱۹۹۵)، طلاق، اجازه قانونی برای جدا شدن از یک فرد به عنوان همسر یا پایان دادن رسمی به ازدواج تعریف شده است (ون جارسولد^۴، ۲۰۰۷). امروزه به دلایل متعدد از جمله دگرگونی سریع اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، نهاد خانواده دستخوش ناملايمات زيادی شده، و میزان طلاق در دهه‌های اخیر در جهان افزایش یافته است (عزیزی، اسماعیلی، دهقان منشادی و اسماعیلی، ۱۳۹۵: ۲۳) و شیوع آن در کشورهای غربی به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد (ویکس و تریت^۵، ۲۰۰۱؛ دای^۶، ۲۰۰۳)؛ یعنی از هر دو زوج که برای اولین بار ازدواج می‌کنند، یک زوج طلاق می‌گیرد که از مهمترین عوامل آن، ناتوانی زوجین در حل تعارضهای زناشویی است (بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). در سالهای اخیر، میزان طلاق در کشور ایران رشد قابل توجهی تا ۱۳/۸ درصد داشته است. در حال حاضر کشور ایران، رتبه چهارم میزان طلاق را در جهان دارد (زارعی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۳۵). تجربه طلاق، سازگاری زوجین و فرزندان آنها را در تمام ابعاد روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عملکرد و ناکارآمدی اعضای خانواده پس از طلاق می‌شود (زارع، آگیلار وفایی و احمدی، ۱۳۹۳؛ آماتو و جیمز^۷، ۲۰۱۰). 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 جامعه را تهدید می‌کند. در این میان، می‌توان به پیامدهای طلاق بر زنان مطلقه توجه کرد. طلاق و فروپاشی زندگی به برهم خوردن تعادل روانی - عاطفی افراد خانواده منجر می‌شود و از آنجا که خود تنش بسیار شدیدی به شمار می‌رود، ابتلا به اختلالات روانی بویژه در زنان بسیار محتمل است که ظرافت عاطفی، صفت شاخص تشکیل‌دهنده شخصیت آنان است (حفاریان، آقایی، کجباف و کامکار، ۱۳۸۸: ۶۵). با توجه به تحقیقات، آسیب‌پذیری زنان در پی طلاق از مردان

1 - Divorce
 2 - Benokraitis
 3 - Essential English Dictionary
 4 - Van Jaarsveld
 5 - Weeks & Treat
 6 - Day
 7 - Amato & James

بیشتر است (گاهلر^۱، ۲۰۰۶). در همین راستا، تریودی^۲ و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج پژوهشی که با عنوان تأثیرات روانشناختی طلاق انجام دادند، نشان دادند که زنان مطلقه و بیوه از افسردگی و اضطراب بیشتری نسبت به زنان غیر مطلقه رنج می‌برند.

از جمله تأثیراتی که طلاق بویژه بر زنان دارد، تحت تأثیر قرار دادن تاب‌آوری^۳ آنان است. تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجربه تلخ و ناگوار در زندگی گفته می‌شود (مارتین و مارش^۴، ۲۰۱۴). در تعریفی دیگر، می‌توان گفت تاب‌آوری ظرفیت حفظ کارکرد شایسته در رویارویی با عوامل تنش‌زای اصلی زندگی است (کاپلان^۵ و همکاران، ۱۹۹۶ به نقل از حسینی‌المدنی، ۱۳۹۵: ۱۹). شایان ذکر است که تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیبها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است (بلوک^۶، ۲۰۰۲ به نقل از تاجیک‌زاده، صادقی و رئیس کریمیان، ۱۳۹۵). افراد تاب‌آور بر این باورند که زندگی با معناتر از این است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (مهرآفرید، خاکپور، جاجرمی و موسوی، ۱۳۹۴؛ بیسلی، تامپسون و دیویدسون^۷، ۲۰۰۳). از آنجا که تاب‌آوری فرایندی محافظت‌کننده است که احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (آرگینتون و ویلسون^۸، ۲۰۰۰)، زنان مطلقه، که از این ویژگی محافظت‌کننده برخوردار هستند، هنگام برخورد با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تلاش می‌کنند نگرش خود را نسبت به آن عوامل فشارزا مثبت، و از این طریق از وجود ویژگیهای منفی مانند نشانه‌های افسردگی از خویش محافظت کنند (آریاپوران و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴۹). مطالعات مختلف در مورد تاب‌آوری تأکید می‌کند که تاب‌آوری از برخورد و انطباق با تجربیات آسیب‌زا فراتر است؛ بدین معنا که فرد قدرت بازگشت و رشد به شیوه مثبت در برابر وضعیت نامناسب را دارد (کنات و دریویس^۹، ۲۰۱۴). افراد تاب‌آور به احتمال بیشتری در رویارویی با اوضاع ناگوار در جستجوی معنا هستند. داشتن ایمان به خداوندی که سرچشمه همه کارها به دست اوست و خداوندی که بسیار چاره‌جوست، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش

-
- 1 - Gahler
 - 2 - Trivedi
 - 3 - Resilience
 - 4 - Martin & Marsh
 - 5 - Kaplan
 - 6 - Block
 - 7 - Beasley, Thompson & Davidson
 - 8 - Arrington & Wilson
 - 9 - Cénat & Derivois

می‌دهد و آنها را برای غلبه بر چالشها و تغییرات زندگی یاری می‌کند (کلانتر هرمزی، عسلی طالکوئی و مرادی لیاولی، ۱۳۹۴: ۱۳۱).

طلاق، حتی برای زنانی که خواهان جدایی بوده‌اند، لزوماً پایان‌بخش تنشهای ناشی از ازدواج نیست؛ بلکه در مراحل پایانی ازدواج و حتی پس از طلاق، حوادث و فرایندهای (میانجی‌های) جدیدی به‌وجود می‌آید که می‌تواند عواطف، رفتار و سلامت زن مطلقه را تحت تأثیر قرار دهد. این میانجی‌ها عبارت است از: مسئولیت مراقبت از فرزندان (در میان زنان مطلقه‌ای که حضانت فرزندان را بر عهده گرفته‌اند)، قطع ارتباط با فرزندان (در میان زنان مطلقه‌ای که حضانت فرزندان از آنها سلب شده است)، ادامهٔ تعارض با همسر سابق در مورد حمایت، دیدار یا حضانت از فرزند، نبود حمایت عاطفی به‌دلیل کاهش ارتباط با خویشاوندان سببی، دوستان متأهل و همسایگان، کاهش تحرک اقتصادی و دیگر وقایع مختل‌کنندهٔ روند عادی زندگی. این عوامل میانجی، ساز و کارهایی را ارائه می‌کند که از طریق آنها، طلاق بر عملکرد زنان مطلقه تأثیر می‌گذارد و سطح زندگی و کیفیت زندگی^۱ آنان را کاهش می‌دهد (حفاریان و همکاران، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم در فلسفهٔ یونان سابقه دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱: ۱۱۰)؛ با وجود این اصطلاح کیفیت زندگی نخستین بار توسط پیگو^۲ در سال ۱۹۲۰ در کتابی با عنوان اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت؛ سپس بتدریج و به مرور زمان پژوهشگران متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان یکی از پیامدهای بسیار مهم در ارزیابی سلامت باشد؛ چنانکه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز بر این نکته تأکید دارد (فایرز و ماچین^۳، ۲۰۰۰). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان «ادراک فرد از موقعیت زندگی کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظامهای ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافتهای با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهای مورد نظرش»، تعریف کرده است (بولینگ و زاهوا^۴، ۲۰۰۴). حفاریان و همکاران (۱۳۸۸) در نتایج پژوهشی که با عنوان «مقایسهٔ کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه و غیر مطلقه و رابطهٔ آن با ویژگیهای جمعیت‌شناختی در شهر شیراز» انجام دادند، نشان دادند که میانگین نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی (سلامت فیزیکی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) زنان مطلقه به

1 - Quality of life

2 - Pigou

3 - Fayers & Machin

4 - Bowling & Zahava

طور معناداری از زنان غیر مطلقه کمتر است. همسو با این نتیجه، زاهدنژاد (۱۳۹۳) نیز در نتایج پژوهش خود نشان داد که بین زنان مطلقه و عادی از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین ترتیب که میزان کیفیت زندگی در زنان مطلقه از زنان عادی کمتر است. مطالعات در خارج از کشور نیز به نتایج مشابهی دست یافته است. در این زمینه، لورنز^۱ و همکاران (۲۰۰۶) در نتایج پژوهش خود، که به آثار کوتاه‌مدت و بلندمدت طلاق بر زنان پرداختند به این نتیجه رسیدند که زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل به طور معناداری در سالهای ابتدایی بعد از طلاق سطوح بالاتری از فشار روانی را تجربه می‌کنند. هم‌چنین این زنان سطوح بالاتری از حوادث تنش زندگی را نیز تجربه می‌کردند که در نهایت به افسردگی آنها منجر می‌شد. در راستای این نتایج، دانینگ^۲ 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 است. بوراسا، سبارا و ویسمن^۳ (۲۰۱۵) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی زنان بعد از طلاق به دلیل مشکلات اجتماعی و مالی از مردان بیشتر است.

امروزه توجه به ظرفیتهایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش بسیار دارد. یکی از این مؤلفه‌ها، معنویت است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف است (استمپ^۴، ۱۹۹۱ به نقل از مؤمنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱: ۹۸). در سالهای اخیر، توجه فزاینده‌ای نسبت به موضوعات معنوی در حوزه روانشناسی و روان‌درمانی به‌وجود آمده است (هوگولت و کواینگک^۵، ۲۰۰۹؛ یونتراینر^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). دین و معنویت مجموعه‌ای را در اختیار انسان قرار می‌دهد که از طریق آن می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست^۷، ۲۰۰۱ به نقل از لطفی کاشانی، مفید و سرافراز مهر، ۱۳۹۲). اسوینتون و پاتیسون^۸ (۲۰۰۱) به نقل از مؤمنی و شهبازی‌راد، (۱۳۹۱) معنویت را جنبه‌ای از وجود انسان می‌دانند که به فرد انسانیت می‌دهد و معتقدند که معنویت با ساختارهای مهم فرد در ارتباط است و به فرد برای مقابله با مسائل زندگی کمک می‌کند. چندین پژوهش نشان داده است که معنوی بودن در افراد، احساس

-
- 1 - Lorenz
 - 2 - Dunning
 - 3 - Bourassa, Sbarra & Whisman
 - 4 - Stamp
 - 5 - Huguélet & Koenig
 - 6 - Unterrainer
 - 7 - West
 - 8 - Swinton & Pattison

هدفمندی ایجاد می‌کند و برخی از افراد به‌رغم اینکه با مشکلاتی روبه‌رو هستند از ایمانشان برای ایجاد امید به بهبود وضعیت در آینده بهره می‌برند (کینگ^۱، ۲۰۰۸). احساس هدفمندی و نگرش معنوی از جمله عوامل حمایتی در تاب‌آوری است (پرکینز و جونز^۲، ۲۰۰۴). افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یأس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحرانها خواهند شد و محرومیتها و ناملایمتها را تحمل می‌کنند (زمانی، بحرینیان، اشرفی و مقتدری، ۱۳۹۴). طبق نظر گراهام^۳ و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که اعتقادات معنوی قویتری دارند در برابر تنش و فشار، مصونیت بیشتر و سلامت بیشتری دارند (دهقان، پیری کامرانی و کرمی، ۱۳۹۴). یانگ و ماو^۴ (۲۰۰۷) معتقدند داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روشهایی است که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند. گیدر^۵ (۲۰۰۶) نقش معنویت را در بهبود خانواده مورد بررسی قرار داد. وی بیان کرد که معنویت، ایمان و دین به خانواده‌های مشکل‌دار و ناتوان کمک می‌کند تا معنی و هدفی در زندگی پیدا کنند و معنویت را پشتوانه هویت و پایه مقابله با تغییرات یا نبود و محدودیتها قرار دهند.

تا آنجا که پژوهشگر بین منابع داخلی و خارجی مرتبط با موضوع این پژوهش جستجو کرده است به‌رغم پژوهشها و مطالعاتی که در زمینه هر یک از متغیرهای این پژوهش به تنهایی و یا در ارتباط با متغیرهای دیگر و یا روی گروه‌ها و جوامع هدف دیگر بجز جامعه زنان مطلقه تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) انجام شده بود، تاکنون مطالعه‌ای مشابه با این پژوهش یافت نشد که به بررسی آموزش معنویت بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه پرداخته باشد و عمدتاً مطالعات و پژوهشها در این زمینه، که با جامعه هدف زنان مطلقه مرتبط باشد، متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه را به صورت همبستگی و ارتباط آن را با دیگر متغیرها بررسی کرده بودند و اثربخشی برنامه مداخله‌ای خاصی را که مبتنی بر معنویت باشد در این زمینه مورد مطالعه قرار نداده بودند. شایان ذکر است که بین دو متغیر تاب‌آوری و کیفیت زندگی نیز

1 - King
2 - Perkins & Jones
3 - Graham
4 - Yang & Mao
5 - Gwyther

پژوهش‌های بسیار معدودی، متغیر تاب‌آوری را بین زنان مطلقه بررسی کرده بود. با مد نظر قرار دادن آنچه بیان شد، این پژوهش در جهت برطرف ساختن این خلأ مطالعاتی درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش معنویت بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) مؤثر است.

روش

این پژوهش به لحاظ هدف در دسته تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد و از نظر چگونگی گردآوری اطلاعات، طرح نیمه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را تمام زنان مطلقه تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۹ شهر تهران تشکیل دادند. از این جامعه آماری از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند ۶۰ نفر از زنان مطلقه انتخاب شدند که کمترین نمره را در متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی داشتند و پس از اعلام رضایت به منظور شرکت در پژوهش دعوت شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. قبل از شروع جلسات آموزش معنویت، پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد. بعد از اجرای مرحله پیش‌آزمون، برنامه آموزش معنویت برای افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش اجرا شد؛ این در حالی بود که برای افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل، هیچ‌گونه مداخله روانشناختی مشابهی هنگام اجرای پژوهش صورت نگرفت. شایان ذکر است که برنامه حضور افراد در جلسات آموزش معنویت به گونه‌ای بود که هیچ‌یک از اعضای گروه‌های کنترل و آزمایش با یکدیگر تماس نداشته باشند. این جلسات یک روز در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه تشکیل می‌شد و در کل هشت هفته به طول انجامید. بعد از آخرین جلسه آموزش، مرحله پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد. بلافاصله پس از پایان آموزش افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش به‌منظور رعایت ملاحظات و اصول اخلاقی با شرکت‌کنندگان در گروه کنترل از سوی پژوهشگر تماس گرفته، و از آنها دعوت شد تا در صورت تمایل در جلسات آموزش معنویت شرکت کنند. هم‌چنین تمام مطالب و تکالیف و تمرینهایی که به گروه آزمایش ارائه شد در اختیار افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل نیز قرار گرفت.

در این پژوهش برای سنجش متغیرهای وابسته از ابزارهای ذیل استفاده شد:

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع

پژوهشی حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس شامل ۲۵ گویه است و به منظور اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر گویه، طیف درجه‌بندی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، یک نمره کل دارد (نقل از هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰). دامنه نمره‌گذاری این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳ به نقل از مؤمنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱). نمره میانگین این مقیاس نمره ۵۲ خواهد بود به طوری که هر چه نمره آزمودنی از ۵۲ بیشتر باشد، تاب‌آوری بهتری دارد (تقی‌زاده و میرعلائی، ۱۳۹۲). در مقابل، هر چه نمره آزمودنی به صفر نزدیکتر باشد، تاب‌آوری کمتری خواهد داشت. محمدی (۱۳۸۴) در پژوهشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی این مقیاس را برابر با ۰/۸۹ به دست آورد. شایان ذکر است که در پژوهش محمدی (۱۳۸۴) برای تعیین روایی این مقیاس، ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شد. محاسبه ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل نشان داد که بجز گویه ۳، ضرایب بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این پرسشنامه فرم خلاصه شده پرسشنامه کیفیت زندگی است که از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان ابزاری چند وجهی و چند زبانه برای ارزیابی کیفیت زندگی با امکان استفاده در فرهنگهای مختلف تدوین شده است (شهاب جهانلو، سبحانی و عالیشان، ۱۳۸۹). این ابزار ۲۶ گویه دارد که در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵، کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند (مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۹۱). در این پرسشنامه، چهار بُعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی مورد سنجش قرار می‌گیرد (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۱). هر چه نمره هر بُعد بیشتر باشد، دلیل بر بیشتر بودن میزان نگرش مثبت بیماران در آن بُعد نسبت به زندگی است (شهاب جهانلو و همکاران، ۱۳۸۹). در ایران، نصیری، هاشمی و حسینی (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده‌اند. در پژوهش آنها، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، که نشاندهنده همسانی درونی است، ۰/۸۴ به دست آمده است. نجات و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده، و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی

برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۴ به دست آورده، و همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند.

شایان ذکر است که برنامه آموزش معنویت در این پژوهش، یک دوره آموزشی مبتنی بر معنویت در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه، در کل هشت هفته) است که به صورت گروهی اجرا شد. جلساتی که در این برنامه قرار گرفته است با توجه به دیدگاه اسلام و آموزه‌های دینی و براساس سه بُعد ذیل، که از شاخصهای سلامت معنوی است و در آنها هم به تجلیات درونی معنویت و هم تجلیات بیرونی معنویت توجه شده است، تهیه و تنظیم شد:

۱- رابطه انسان با پروردگار خویش: عبادات و مناسک دینی، توکل، توبه و شناخت خدا

۲- رابطه انسان با خویشتن: شناخت هدف و معنای زندگی، اندیشه معنوی و مراقبه

۳- رابطه انسان با هموعان خویش: حُسن خُلق، صبر، بخشایش، رعایت حقوق دیگران

شایان ذکر است که در تهیه و تنظیم جلسات این برنامه با مد نظر قرار دادن ابعاد سه گانه از

برنامه معنویت‌درمانی طراحی شده توسط وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۲) استفاده شد.

جدول ۱: معرفی جلسات آموزش معنویت

جلسه	هدف، فرایند و تمرینها
اول	<p>هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از اهداف تشکیل جلسات معنویت‌درمانی و آنچه در این جلسات خواهند آموخت، آشنایی با قوانین گروه.</p> <p>فرایند: اعضا خود را معرفی می‌کنند. اهداف جلسات معنویت‌درمانی و موضوعات و مباحثی که قرار است در این جلسات با آن آشنا شوند، برایشان توسط مدرس شرح داده می‌شود؛ قوانین گروه مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات اعضای گروه، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت و متناقض، تعداد و زمان جلسات و اهمیت حضور مداوم تا انتهای جلسات درمان مطرح می‌شود.</p>
دوم	<p>هدف: شناخت خداوند و اینکه او در تمامی لحظات زندگی ما تأثیرگذار، و همواره یار و یاور ما است؛ آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، تعریف مفاهیم و ویژگیهای انسان معنوی.</p> <p>فرایند: طرح سؤال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ رفتاری که انجام می‌دهید در شما چه احساسی ایجاد می‌کند؟ کدام رفتار یا رفتارها در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ این اقدامات در برابر مشکلات زندگی و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک می‌کند؟ آیا تا به حال شده است که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟ بعد از پاسخ به این سؤالها، پرداختن به تعریفی از روابط صمیمانه و اهمیت آن در زندگی معنوی انسانها و بیان اینکه احساسات خوشایند و ناخوشایند به پدیده‌ها و اشیا وابسته نیستند، بلکه به نگرشها و احساسات درونی انسان وابسته است.</p>

ادامه جدول ۱: معرفی جلسات آموزش معنویت

جلسه	هدف، فرایند و تمرینها
سوم	<p>هدف: خود مشاهده گری و توضیح مراقبه</p> <p>فرایند: آنچه در این هفته در زمینه رفتار معنوی انجام دادید، احساسات را بیان کنید (یادداشت برداری درمانگر از موارد مشترک مانند دعا، بخشیدن، تأمل، صبر و...)، بیان احساسات و هیجانات ناشی از این رفتار و تأکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها، آموزش شیوه مراقبه و تمرین روزانه آن تا انتهای جلسات برنامه معنویت درمانی، ایجاد هوشیاری نسبت به درک در محضر خدا بودن. آموزش و تمرین حضور مؤدبانه و محترمانه در محضر خداوند.</p>
چهارم	<p>هدف: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی تأثیرات مراقبه. شناخت و ارتباط انسان با خداوند.</p> <p>فرایند: مراقبه چه احساسی در شما ایجاد می کرد؟ گفتگو در مورد شناخت خداوند و ارتباط انسان با خداوند و در این زمینه بحث و بررسی در مورد توکل و امید به خداوند نسب به مسائلی که در زندگی با آن روبه رو می شویم. تمرین باورها و نگرشهای الهی و وحدت بخش، تأثیر داشتن صبر در زندگی و مقاومت و استواری در برابر مشکلات و ناهمواریهای زندگی و توجه به این اصل مهم در معنویت که آینده به طور کامل در دستان ما نیست.</p>
پنجم	<p>هدف: فهم بخشودگی و نقش آن برای رسیدن به زندگی معنوی</p> <p>فرایند: رسیدن به زندگی معنوی نیازمند گذشت، بخشش و محبت ورزیدن به یکدیگر و به فرزندان است. چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده است؟ این بخشش چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ طلب بخشش از کسی که در ارتباط با او خطایی مرتکب شده ایم و اینکه بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد می کند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید، چه کارهایی انجام می دهید؟ توضیح دهید. (مواردی مانند دعا و... توسط درمانگر یادداشت و جمع بندی می شود). کدام یک را تا هفته بعد انجام دهیم؟</p> <p>تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم:</p> <p>خدایا من در پیشگاه تو آنهایی را که مرا اذیت کرده اند یا آسیبی متوجه من ساخته اند، می بخشم. تو قادر مطلق، من آنها را به تو واگذار نمی کنم و از تو برای آنها طلب بخشش می کنم.</p> <p>خدایا من آنهایی را که نسبت به من بدی کرده بودند، بخشیدم و از تو برای آنها طلب بخشش می کنم. از تو هم می خواهم تا مرا مورد عفو و بخشش خود قرار دهی. من اطمینان دارم که توسط تو بخشوده خواهم شد؛ چون تو بخشنده ترین بخشندگانی.</p> <p>تکلیف: خواندن این دعا هر روز بعد از مراقبه تا انتهای درمان</p>
ششم	<p>هدف: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی و عملکردهای معنوی</p> <p>فرایند: بیان احساسات مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی؛ اجرای این رفتار در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی هست که ما را در این راه کمک کند؟</p> <p>تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم:</p> <p>خدایا ما دعا می کنیم تا فکر و عمل ما را در مسیر تجربه جدیدی که کسب کرده ایم هر روز بیشتر از روز قبل در مسیر خودت پایدار نگه داری.</p> <p>خدایا از اینکه چشم های مرا به خودم و پیرامونم باز کردی از تو سپاسگزارم.</p> <p>تکلیف: هر روز بعد از تمرین مراقبه و دعای بخشش، این دعا را تکرار کنید.</p>

ادامه جدول ۱: معرفی جلسات آموزش معنویت

جلسه	هدف، فرایند و تمرینها
هفتم	هدف: اهمیت و جایگاه دعا و شکرگزاری در زندگی و تعالی انسان و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنادگی به تجربیات دشوار فرایند: بحث و گفتگو در مورد اینکه در دعا انسان به شناخت خود، خداوند، طرح درخواستهای خود از خداوند و طرح درخواستهای خداوند از انسان به عنوان شکرگزاری و قدردانی می‌پردازد. نام بردن نعمتهایی که در زندگی فرد وجود دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می‌کنیم و شکرگزاری با تمرکز بر داشته‌ها و تأکید بر قدردانی و زندگی در زمان حال.
هشتم	مروری بر جلسه قبل و بازخورد مطالب و تمرینهای جلسه قبل، جمع‌بندی از کل جلسات و بررسی بازخورد کل مطالب گفته شده و تمرین شده و راه‌های عملی ایجاد مهارتهای معنوی در زندگی و رسیدن به ثبات رفتاری

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است:

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴۷/۶۷	۴/۹۵	۴۶/۳۷	۴/۰۳
	پس‌آزمون	۶۱/۱۰	۵/۱۴	۴۵/۰۷	۴/۵۲
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۴۷/۴۷	۴/۱۳	۴۸/۱۰	۳/۸۸
	پس‌آزمون	۵۵/۶۰	۳/۴۳	۴۹/۲۳	۳/۸۴

با توجه به اطلاعات جدول ۲، میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۴۷/۴۷ بوده که در مرحله پس‌آزمون به ۵۵/۶۰ تغییر یافته است. میانگین نمره‌های کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۴۷/۶۷ و در مرحله پس‌آزمون ۶۱/۱۰، است. ملاحظه می‌شود نمره‌های آزمودنیهای گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون افزایش داشته است؛ برای دانستن این مطلب، که این افزایش به لحاظ آماری معنادار است یا خیر؟ فرضیات پژوهش بررسی شده که نتایج آن در ادامه آمده است.

به منظور بررسی این فرضیات، که «آموزش معنویت تاب‌آوری زنان مطلقه را افزایش می‌دهد» و «آموزش معنویت کیفیت زندگی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد» از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. لازم به ذکر است که قبل از اجرای این آزمون، ابتدا هر یک از پیش‌فرضهای بررسی عادی بودن توزیع نمره‌ها، همگنی واریانسها و بررسی وجود رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت و از برقراری آنها اطمینان حاصل شد. از این رو با توجه به اینکه تمامی پیش‌فرضهای لازم به منظور استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری تأیید شد، این آزمون بلا مانع است.

فرضیه اول: آموزش معنویت، تاب‌آوری زنان مطلقه را افزایش می‌دهد. برای بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر آموزش معنویت بر میزان نمره‌های تاب‌آوری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش‌آزمون	۲۲۰/۰۴	۱	۲۲۰/۰۴	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	-
اثر پس‌آزمون	۶۶۳/۹۲	۱	۶۶۳/۹۲	۶۸/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۵۵۰/۵۲	۵۷	۹/۶۵			
مجموع	۱۶۶۲۲۹	۶۰				

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در تاب‌آوری ($F = ۶۸/۷۴$ و $P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۴۷/۴۷) و پس‌آزمون (۵۵/۶۰)، مشاهده می‌شود که آموزش معنویت باعث افزایش میانگین نمره‌های آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون شده است. میزان تأثیر آموزش نیز ۵۳٪ بوده است. با توجه به این نتیجه، فرضیه اول پژوهش که بیان می‌کند "آموزش معنویت تاب‌آوری زنان مطلقه را افزایش می‌دهد"، تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: آموزش معنویت کیفیت زندگی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد. برای بررسی این فرضیه نیز از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تأثیر آموزش معنویت بر میزان نمره کیفیت زندگی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش‌آزمون	۵۳۲/۹۸	۱	۵۳۲/۹۸	۳۶/۷۱	۰/۰۰۱	-
اثر پس‌آزمون	۲۹۴۴/۹۲	۱	۲۹۴۴/۹۲	۲۰۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
خطا	۸۲۷/۵۸	۵۷	۱۴/۵۱			
مجموع	۱۷۰۶۵۱	۶۰				

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری تفاوت معناداری را بین دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی ($F = 202/83$ و $P < 0/01$) نشان می‌دهد. با توجه به مقادیر میانگین این متغیر برای گروه آزمایش در پیش‌آزمون (۴۷/۶۷) و پس‌آزمون (۶۱/۱۰)، مشاهده می‌شود که آموزش معنویت باعث افزایش میانگین نمره آزمودنیها در مرحله پس‌آزمون شده است. میزان تأثیر آموزش نیز ۷۸٪ بوده است. با توجه به این نتیجه، فرضیه دوم پژوهش که بیان می‌کند "آموزش معنویت کیفیت زندگی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد"، تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش معنویت بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان مطلقه انجام شد. بخش اول از نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش معنویت باعث افزایش میانگین نمره متغیر تاب‌آوری شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. با توجه به این نتیجه، فرضیه اول تحقیق، که بیان می‌کند "آموزش معنویت، تاب‌آوری زنان مطلقه را افزایش می‌دهد"، مورد تأیید قرار گرفت. این بخش از نتایج پژوهش با بخشی از نتایج پژوهش‌های هاشمی و جوکار (۱۳۹۰)، تقی‌زاده و میرعلائی (۱۳۹۲)، زارع و همکاران (۱۳۹۳)، دهقان و همکاران (۱۳۹۴)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، سرتیپ‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، یانگ و ماو (۲۰۰۷)، فونتولاکیس^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، تالیفرو^۲ (۲۰۰۹)، کریچنر و پاتینو^۳ (۲۰۱۰) همسو است.

در راستای تبیین نتایج بخش اول پژوهش، لازم است اشاره شود از آنجا که تاب‌آوری فرایندی محافظت‌کننده است که احتمال پیامدهای منفی را کاهش می‌دهد (آرگینتون و ویلسون، ۲۰۰۰)، زنان مطلقه، که از این ویژگی محافظت‌کننده برخوردار هستند، هنگام برخورد با مشکلات و رویدادهای فشارزای زندگی تلاش می‌کنند نگرش خود را نسبت به آن عوامل فشارزا مثبت، و از این طریق از وجود ویژگیهای منفی مانند نشانه‌های افسردگی از خویش محافظت کنند (آریاپوران و همکاران، ۱۳۹۲). افراد تاب‌آور به احتمال بیشتری در رویارویی با وضعیت ناگوار در جستجوی معنا هستند. یکی از عوامل مهمی که به ارتقای تاب‌آوری زنان مطلقه کمک می‌کند، معنویت است. داشتن ایمان به خداوندی که سرچشمه همه کارها به دست اوست و خداوندی که بسیار چاره‌جوست، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش می‌دهد و آنها را برای غلبه بر چالشها و تغییرات زندگی یاری می‌کند (کلاتر هرمزی و همکاران، ۱۳۹۴). یانگ و ماو (۲۰۰۷) معتقدند داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکلزای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روشهایی است که افراد با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنشزای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند. هم‌چنین به اعتقاد فونتولاکیس و همکاران (۲۰۰۸) باور به این که خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند می‌توان با اتکا به خداوند، موقعیت‌های غیر قابل کنترل را تحت کنترل درآورد (کلاتر هرمزی و همکاران، ۱۳۹۴).

اسوینتون و پاتیسون (۲۰۰۱) به نقل از مؤمنی و شهبازی‌راد، (۱۳۹۱) معنویت را جنبه‌ای از وجود انسان می‌دانند که به فرد انسانیت می‌دهد و معتقدند که معنویت با ساختارهای مهم فرد در ارتباط است و به فرد برای مقابله با مسائل زندگی کمک می‌کند. چندین پژوهش نشان داده است که معنوی بودن در افراد، احساس هدفمندی ایجاد می‌کند و برخی از افراد به‌رغم اینکه با مشکلاتی روبه‌رو هستند از ایمانشان برای ایجاد امید به بهبود وضعیت در آینده بهره می‌برند (کینگ، ۲۰۰۸). احساس هدفمندی و نگرش معنوی از جمله عوامل حمایتی در تاب‌آوری است (پرکینز و جونز، ۲۰۰۴). افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یأس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحرانها خواهند شد و محرومیتها و ناملایمتها را تحمل می‌کنند (زمانی و همکاران، ۱۳۹۴). طبق نظر گراهام و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که اعتقادات معنوی قویتری دارند در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بهتری دارند (دهقان،

پیری کامرانی و کرمی، ۱۳۹۴). اهمیت ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران در زنان، این اطمینان را در آنها ایجاد می‌کند که نیرویی قوی همیشه از آنها حمایت می‌کند و آنها حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود، راحت‌تر می‌گذرانند و کمتر دستخوش تنش و اضطراب می‌شوند. این مسئله، امنیت و سلامت روانی آنها را تضمین می‌کند و در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر خواهد بود. این تغییر نگرش سبب تغییر در رفتار و در نتیجه افزایش تاب‌آوری زنان خواهد شد (کاویانی، حمید و عنایتی، ۱۳۹۳).

بخش دوم از نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش معنویت باعث افزایش میانگین نمره کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. با توجه به این نتیجه، فرضیه دوم تحقیق، که بیان می‌کند "آموزش معنویت، کیفیت زندگی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد"، مورد تأیید قرار گرفت. این بخش از نتایج پژوهش با بخشی از نتایج پژوهشهای پیراسته مطلق و نیک‌منش (۱۳۹۱)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، غضنفری، سبزیان و گراوند (۱۳۹۴)، دیرندانک (۲۰۰۴)، ریپنتروپ^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، کاتن^۲ و همکاران (۲۰۰۶)، پریسلاوکر^۳ و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

در راستای تبیین نتایج بخش دوم پژوهش لازم است اشاره شود از جمله تأثیراتی که طلاق بویژه بر زنان دارد، تحت تأثیر قرار دادن کیفیت زندگی آنان است. دانینگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود، که نوعی تحلیل کیفیت زندگی بود به این نتیجه رسیدند که مطلقه بودن یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی ضعیف است. بوراسا 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. با توجه به اینکه جدایی و طلاق از همسر در زندگی فردی و اجتماعی فرد مطلقه تغییراتی را ایجاد می‌کند، کاهش سطح کیفیت زندگی زنان مطلقه خارج از ذهن نیست؛ بدین ترتیب که فرد مطلقه پس از جدایی، شبکه حمایتی خود را از دست می‌دهد؛ برخی از دوستان خود را فراموش می‌کند؛ رفت و آمد با خانواده همسرش را از دست می‌دهد و گاهی با مشکلات مالی روبه‌رو می‌شود. زنان مطلقه پس از جدایی با هجومی از وظایف و مسئولیتها روبه‌رو می‌شوند که باید گاه و بیگاه یک تنه با آن مقابله کنند (آسنجرانی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ بدین

ترتیب، این مشکلات به کاهش کیفیت و رضایت آنان از زندگی منجر می‌شود. از جمله عوامل مهمی که می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان مطلقه مؤثر باشد، توجه به معنویت است. مطالعات حاکی است که معنویت و مذهبی بودن می‌تواند آثار بحرانیهای شدید زندگی را تعدیل کند و در این زمینه، ارزشها و اعتقادات معنوی به عنوان عامل مهم مبارزه با مشکلات و گذشت در روابط نقش مؤثر و بسزایی را ایفا می‌کند (صبحی قراملکی و همکاران، ۱۳۹۱). افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند، روابط آنها در چهار حیطه شخصی (معنا و هدف در زندگی، ارزشهای زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط اطراف) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل است (دیرندانک، ۲۰۰۴). معنویت موجب می‌شود که انسان با ملایمت و عطف بیشتری به مشکلات نگاه کند؛ برای یافتن راه حل بیشتر بکوشد؛ سختیهای زندگی را بهتر تحمل کند و به زندگی خود پویایی و حرکت دهد (الکینز، ۲۰۰۴). به نقل از حسین‌دخت و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهشها حاکی است که عقاید و فعالیتهای دینی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائل می‌تواند از طریق امید، قدرت و معنی‌بخشی به زندگی، تنش زندگی را کم کند و کیفیت زندگی را در افراد ارتقا بخشد (پیراسته مطلق و نیک‌منش، ۱۳۹۱). باورهای معنوی، هدف زندگی را برای فرد روشن می‌کند و مایه تسلی در وضعیت دردناک و تهدیدکننده است. آنها باعث می‌شود فرد رویدادهای غیر منتظره را به عنوان رویدادهای کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند و بتواند رویدادهای غیر قابل تغییر را بپذیرد. از این دیدگاه، فرد زمانی که با نیروی بزرگتری در ارتباط است و اهداف و ارزشهای والاتری دارد، دارای عملکرد بهتری است. یکی دیگر از پیامدهای معنوی بودن، احساس قدرت و آرامش درونی بیشتر است. در حالت دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰). معنویت به فرد، خودآگاهی و انعطاف‌پذیری می‌دهد؛ هم‌چنین دیدی کلی در مورد زندگی و تجربه رویدادها برای شخص ایجاد می‌کند که این امر می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی شود (شهبازی‌راد و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به نتایج این پژوهش و با توجه به روند رو به رشد تعداد زنان مطلقه در ایران و پیامدهای ناگواری که برای این قشر از جامعه به دنبال دارد، توانمند ساختن این زنان در سازش با این پدیده و پیامدهای آن، بسیار ضروری است. در این زمینه، معنویت می‌تواند منبعی غنی برای

مقابله و رویارویی با مشکلات و در نتیجه سازگاری بهتر با طلاق باشد. بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود فنون و روشهای کاربردی برنامه معنویت‌درمانی توسط روانشناسان و مشاوران در جلسات و کارگاه‌های آموزش خانواده مورد استفاده قرار گیرد و از این طریق به زنان مطلقه کمک شود تا با توجه بیشتر به مقوله معنویت و مؤلفه‌های آن به‌عنوان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در زندگی که به آنها کمک می‌کند تا معنا و هدفی مستحکم در زندگی پیدا کنند، بتوانند میزان تاب‌آوری خود را در برابر ناملايمات زندگی افزایش دهند و به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی خود کمک کنند.

این پژوهش مانند هر بررسی علمی دیگر با محدودیتهایی روبه‌رو بود؛ در این زمینه، اجرا نشدن مرحله پیگیری، که از طریق آن بتوان تغییرات را در فواصل زمانی مورد بررسی قرار داد از جمله محدودیتهای این پژوهش به شمار می‌رود. هم‌چنین، نمونه این پژوهش را زنان مطلقه تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۹ شهر تهران تشکیل دادند؛ لذا تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر و شهرها و مناطق مختلف با محدودیت روبه‌رو است که در این زمینه احتیاط لازم باید مد نظر قرار گیرد. در راستای محدودیتهایی که بدان اشاره شد به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود این پژوهش را در شهرهای مختلف انجام دهند که دارای فرهنگها، عقاید و آداب و رسوم متفاوتی با شهر تهران هستند تا امکان تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. هم‌چنین با اینکه در پژوهشهای آزمایشی و نیمه‌آزمایشی لزوماً پیگیری انجام نمی‌شود (دلاور، ۱۳۹۱) در پژوهشهای بعدی ضرورت دارد با اجرای مرحله پیگیری، اثربخشی این برنامه مداخله‌ای در طی زمان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- آریاپوران، سعید؛ امیری‌منش، مرضیه؛ اصلانی، جلیل (۱۳۹۲). شیوع علایم افسردگی در زنان مطلقه: نقش پیش‌بینی‌کننده گذشت، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده. س ۳. ش ۳: ۳۵۳ - ۳۲۱.
- آسنجرانی، فرامرز؛ گله‌دارپور، نسیم؛ حسنی‌اسطلخی، فرشته؛ دلاورنقابی، محمد؛ شاه‌وردی، عباس؛ رجامند، سولماز (۱۳۹۵). مقایسه رضایت از زندگی، سبکهای مقابله با استرس و تاب‌آوری در زنان مطلقه پیشنهاد دهنده طلاق و غیر پیشنهاد دهنده طلاق. مجله سلامت اجتماعی. دوره ۴. ش ۱: ۴۱ - ۳۴.

آقا یوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی؛ برفی ایرانی، زیبا (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام. اس. . **فصلنامه روانشناسی سلامت**. ش ۱: ۱ تا ۱۴.

اعتمادی، احمد؛ چنگایی، مهتاب (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله معنوی/ مذهبی بر کیفیت زندگی دانشجو معلمان زن. **فصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات آموزشی و آموزشگاهی**. س ۲. ش ۶: ۱۳۹ - ۱۱۵.

بابایی، زهرا؛ لطیفی، زهره؛ اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت. **روانشناسی و دین**. س ۸. ش ۲: ۵۰ - ۳۷.

بخش‌پور، باب‌الله؛ اسدی، مسعود؛ کیانی، احمدرضا؛ شیرعلی‌پور، اصغر؛ احمددوست، حسین (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوجهای در آستانه طلاق. **دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**. س ۱۳. ش ۴۸: ۱۹ - ۱۰.

پیراسته‌مطلق، علی‌اکبر؛ نیک‌منش، زهرا (۱۳۹۱). نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز. **مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد**. س ۲۰. ش ۵: ۵۸۱ - ۵۷۱.

تاجیک‌زاده، فخری؛ صادقی، راضیه؛ رئیس‌کریمیان، فرحناز (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. **فصلنامه علمی - پژوهشی بیهوشی و درد**. س ۷. ش ۱: ۴۸ - ۳۸.

تقی‌زاده، محمداحسان؛ میرعلائی، مرضیه‌السادات (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. **فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت**. س ۷. ش ۱۵: ۹۶ - ۸۲.

حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی؛ نقی زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. **روان شناسی و دین**. س ۶. ش ۲: ۵۷ تا ۷۴.

حسینی‌المدنی، سیدعلی (۱۳۹۵). **تاب‌آوری: فردی، خانوادگی و اجتماعی**. تهران: نشر دانژه.
حفاریان، لیلا؛ آقایی، اصغر؛ کجیاف، محمدباقر؛ کامکار، منوچهر (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی (و ابعاد آن) در زنان مطلقه و غیر مطلقه و رابطه آن با ویژگیهای جمعیت‌شناختی در شهر شیراز. **دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی**. ش ۴۱: ۸۶ - ۶۴.

دلاور، علی (۱۳۹۱). **روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی**. تهران: نشر ویرایش.
دهقان، فاطمه؛ پیری کامرانی، مرضیه؛ کرمی، جهانگیر (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری. **روانشناسی و دین**. س ۸. ش ۴: ۹۲ - ۸۱.

زارع، سمیه؛ آگیلاروفایی، ماریا؛ احمدی، فضل‌اله (۱۳۹۳). رویارویی معنوی زنان مطلقه در سازگاری با پدیده طلاق: یک مطالعه کیفی. **مجله علوم رفتاری**. س ۸. ش ۴: ۴۰۳ - ۳۹۵.

- زارعی، فاطمه؛ مرقاتی‌خویی، عفت‌السادات؛ تقدیسی، محمدحسین؛ صلحی، مهناز؛ نجات، سحرناز؛ شجاعی‌زاده، داوود؛ رجعتی، فاطمه؛ رحمانی، اعظم (۱۳۹۲). طلاق از دید زن مطلقه: پژوهش کیفی. **مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت**. دوره ۲. ش ۳: ۲۴۷ - ۲۳۴.
- زاهدنژاد، منصوره (۱۳۹۳). **مقایسه کیفیت زندگی در زنان مطلقه و عادی شهرستان رامهرمز**. تهران: اولین همایش علمی - پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران.
- زمانی، سیده نرجس؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ اشرفی، سحر؛ مقتدری، شیرین (۱۳۹۴). اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی سالمندان ساکن آسایشگاه در بندرعباس. **فصلنامه پرستاری سالمندان**. دوره ۱. ش ۴: ۹۴ - ۸۲.
- سرتیپ‌زاده، افسانه؛ علی‌اکبری، مهناز؛ طبائیان، سیده راضیه (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری سالمندان شهر اصفهان. **تحقیقات علوم رفتاری**. س ۱۴. ش ۱: ۶۳ - ۵۶.
- شهاب جهانلو، علیرضا؛ سبحانی، علیرضا؛ عالیشان، نادر (۱۳۸۹). مقایسه دو پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در ارزیابی ارتباط وجوه شخصیتی و نحوه کنترل قند در بیماران دیابتیک. **مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک**. س ۱۳. ش ۳: ۳۴ - ۲۸.
- عزیزی، امید؛ اسماعیلی، رعنا؛ دهقان منشادی، سید مسعود؛ اسماعیلی، سودابه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر رضایت زناشویی زوجین متقاضی طلاق. **نشریه پرستاری ایران**. س ۲۹. ش ۹۹ و ۱۰۰: ۳۳ - ۲۲.
- غضنفری، فیروزه؛ سبزیان، سعیده؛ گراوند، هوشنگ (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی دختران دبیرستانی شاهد و اینارگر. **فصلنامه روانشناسی نظامی**. س ۶. ش ۲۳: ۱۶ - ۵.
- غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا؛ نودری، حمزه (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. **فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی**. س ۱. ش ۳: ۱۳۴ - ۱۰۷.
- قدم‌پور، عزت‌الله؛ رحیمی‌پور، طاهره؛ سلیمی، حسین (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان. **روانشناسی و دین**. س ۸. ش ۴: ۸۰ - ۶۱.
- کاوایانی، زینب؛ حمید، نجمه؛ عنایتی، میر صلاح‌الدین (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر تاب‌آوری زوجین. **دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی**. س ۱۵. ش ۳: ۳۴ - ۲۵.
- کلاتر هرمزی، آنوسا؛ عسلی طالکوئی، سکینه؛ مرادی لباولی، قاسم (۱۳۹۴). پیش‌بینی تاب‌آوری روانشناختی بر اساس میزان پایبندی مذهبی در زنان متأهل. **مطالعات روان‌شناسی بالینی**. ش ۱۹: ۱۳۸ - ۱۱۹.
- کلاتری، عبدالحسین؛ روشن‌فکر، پیام؛ جواهری، جلوه (۱۳۹۰). مرور سه دهه تحقیقات علل طلاق در ایران. **فصلنامه شورای فرهنگی و اجتماعی خانواده**. دوره ۱۴. ش ۵۳: ۱۶۲ - ۱۳۰.

- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سید مهدی؛ هاشمیه، مژگان (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه فقه پزشکی*. س ۴. ش ۱۱ و ۱۲: ۱۴۹ - ۱۲۵.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مهرآفرید، معصومه؛ خاکپور، مسعود؛ جاجرمی، محمود؛ علیزاده موسوی، ابراهیم (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر سخت‌رویی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی زنان پرستار. *آموزش پرستاری*. س ۴. ش ۱: ۸۳ - ۷۳.
- مؤمنی، خدامراد؛ شهبازی‌راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*. س ۶. ش ۲: ۱۰۳ - ۹۷.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سید رضا؛ نبوی، نازنین سادات؛ نجات، فرهاد؛ نبوی، سید مسعود؛ هلاکویی نایینی، کورش (۱۳۸۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت سالم شهر تهران. *مجله اپیدمیولوژی ایران*. س ۲. ش ۳ و ۴: ۲۴ - ۱۹.
- نصیری، حبیب‌الله؛ هاشمی، لادن؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۸۵). *بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت*. تهران: سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۳۶۵ - ۳۶۸.
- هاشمی، لادن؛ جوکار، بهرام (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه. *مطالعات روان‌شناسی تربیتی*. ش ۱۳: ۱۴۲ - ۱۲۳.

- Amato, P. R., & James, S. (2010). Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations. *Family Science*, 1(1), 2-13.
- Arrington, E.G., & Wilson, M.N. (2000). Re-Examination of Risk and Resilience during Adolescence: Incorporating Cultural and Diversity. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 221-230.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality & Individual Differences*, 34, 77-95.
- 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), 490-499.
- Bowling, A., & Zahava, G. (2004). An Integrational model of quality of life in older age. Results from the ESRC/MRC HSRC quality of life survey in Britain. *Social Indicators Research*, 69, 1-36.
- Cénat, J.M., & Derivois, D. (2014). Psychometric properties of the Creole Haitian version of the ResilienceScale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2014) 388-395.
- Cotton, S., Puchalski, C.M., Sherman, S.N., Mrus, J.M., Peterman, A.H., Feinberg, J., et al. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 5-13.

- Day, R. (2003). Introduction to family processes. London: Lawerne Erlboun Association. Inc. Publisher.
- Dunning, H., Janzen, B., Williams, A., Abonyi, S., Jeffery, B., Rondall, E.J., Holden, B., Labonte, R., Muhajarine, N., Klein, G. & Carr, T. (2006). A gender analysis of quality of life in Saskatoon, Saskatchewan. *Geo Journal*, 65(4), 393-407.
- Fayers, P.M., & Machin, D. (2000). Quality of Lif assessment, Analysis and interpretation. John Willy, New York.
- Gähler, M. (2006). To Divorce Is to Die a Bit...: A Longitudinal Study of Marital Disruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men. *The Family Journal*, 14(4), 372-382.
- Huguelet, P., & Koenig, H.G. (2009). Religion and spirituality in psychiatry. London, Cambridge University Press.
- King, D. B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition model, and measure. Unpublished M.A. Thesis. Ontario: Trent University.
- Kirchner, T., & Patino, C. (2010). Stress and depression in Latin American immigrants: the mediating role of religiosity. *European Psychiatry*, 25 (8), 479-484.
- Lorenz, F.O., Wickrama, K.A.S., Conger, R.D., & Elder, G.H. (2006). The short-term and decade-long effects of divorce on women's midlife health. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 111-125.
- Martin, A.J., & Marsh, H. (2014). Academic resilience and its psychological and educational correlations: a construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43, 267-281.
- Perkins, D.F., & Jones, K.R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 547-563.
- Rippentrop, E.A., Altmaier, E.M., Chen, J.J., Found, E.M., & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311-321.
- Taliaferro, L. (2009). Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. *J Am Coll Health*, 58(1), 83-90.
- Trivedi, J. K., Sareen, H., & Dhyani, M. (2009). Psychological aspects of widowhood and divorce. *Journal of Mens sana*, 7, 37-49.
- Unterrainer, H.F., Ladenhauf, K.H., Moazedi, M.L., Wallner-Liebmann, S.J., Fink, A. (2010). Dimensionsof religious/spiritual Well-Being and their relation to personality and psychological Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 49, 192-197.
- Van Jaarsveld, W. (2007). Divorce and children in middle childhood: parents' contribution to minimize the impact. Thesis Dissertation of play therapy, Department of Social Work and Criminology, University of Pretoria.
- Weeks, G.R. & Treat, S. (2001). Couple in treatment. Techniques & Approach for Effective Practice. London: Bruner Routledge.