

## اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی

نرگس پارسامهر ۱، محمدرضا تمنایی فر ۲\*

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به اینکه معنادرمانی گروهی برای بهبود آسیبها و مشکلات زنان با سابقه تن‌فروشی می‌تواند موثر باشد، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان با سابقه تن‌فروشی مراجعه کننده به یکی مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال زمستان سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس آنها تصادفا در یک گروه آزمایش (۱۷ نفر) و یک گروه کنترل (۱۷ نفر) جایگزین شدند. سپس زنان گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنادرمانی گروهی قرار گرفت؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس امید به زندگی آشنایدر و همکاران به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که معنادرمانی گروهی تاثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی داشته است و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های حاضر می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی گروهی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی را افزایش می‌دهد، از این‌رو این درمان می‌تواند در بهبود مشکلات شخصیتی، شناختی و هیجانی زنان با سابقه تن‌فروشی به کار گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** امید به زندگی، تاب‌آوری، تن‌فروشی، کیفیت زندگی، معنادرمانی گروهی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۲۴

**استناد:** پارسا مهر نرگس، تمنایی فر محمدرضا. اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۳): ۳۱-۱۱

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

[narges.parsamehr76@gmail.com](mailto:narges.parsamehr76@gmail.com)

۲. (نویسنده مسئول)، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

tamannai@kashanu.ac.ir Tel: 09131616609

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**مقدمه:**

یکی از کانون‌های اجتماعی و عاطفی که می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود شکل دهد، کانون خانواده است که با ازدواج بین زن و مرد شکل می‌گیرد (۱). به صورتی که نیاز به عشق‌ورزی، صمیمیت زناشویی و نیاز به آرامش زن و مرد به سوی هم کشیده می‌شوند و اقدام به تشکیل خانواده و زندگی زناشویی می‌کنند (۲). در این میان با تشکیل زندگی زناشویی، تعهد به پیمانی که بین آنها بسته می‌شود از اهمیت فراوانی برخوردار است و این تعهد شالوده زندگی زناشویی آنان را شکل می‌دهد و زن و مرد در کانون خانواده و در قالب روابط زناشویی نیازهای جنسی خودشان را نیز برآورد می‌کنند (۳). اما برخی از زنان به دلایل مختلفی از جمله عوامل اقتصادی-اجتماعی امکان ازدواج ندارند و یا به دلیل فقر مالی برای کسب درآمد اقدام به تن‌فروشی (روسپیگری) می‌کنند و برای مدتی طولانی یا موقتی کارگری جنسی اختیار می‌کنند (۴). بنابراین می‌توان گفت تن‌فروشی به عنوان عمل ارائه خدمات جنسی در ازای پول تعریف می‌شود (۵). از سوی دیگر تن‌فروشی موضوع بحث‌های شدیدی در همه جوامع و فرهنگ‌ها بوده است، هرچند با درجات مختلف پذیرش یا رد عمومی. انتخاب رویکرد حقوقی برای مقابله با این موضوع (یعنی قانونی‌سازی یا ممنوعیت) ممکن است تحت تأثیر عوامل ایدئولوژیک باشد (۶). در جامعه ایرانی این عمل از نگاه قانون و فقها غیرشرعی است و تن‌فروشی مستلزم زنا، لمس، نگاه و التذاذ از بدن نامحرم است و بنابر آموزه‌های اسلامی هر کدام از این موارد به دلیل خاص بدون هیچ‌گونه اختلافی نزد فقیهان، حرام است. از سوی دیگر، در همین راستا، چندین چارچوب سیاسی و اجتماعی در اروپا و بخش‌های مختلف جنبش‌های فمینیستی نیز دیدگاه‌های متفاوتی را درباره پدیده تن‌فروشی و به‌ویژه در رابطه با شرایط زنان در تن‌فروشی تأیید می‌کنند. یکی دیدگاه کار جنسی است که فحشا را به عنوان یک حرفه مشروع یا انتخاب شغل زنان می‌داند (۷).

در حالی که دیدگاه یا نظریه دیگر فمینیستی است که آن را افراطی‌ترین شکل می‌داند. استثمار زنان و اینکه رابطه جنسی را نمی‌توان به طور قانونی خرید یا فروخت (۸). برخی از جنبش‌های فمینیستی یا اجتماعی و به طور کلی افراد، تن‌فروشی را صرفاً راهی برای انجام رابطه جنسی می‌دانند و آن را مانند هر شغل دیگری می‌دانند، در این صورت نیاز به مطالبه حقوق کارگران برای زنان وجود دارد. علاوه بر این، تن‌فروشی عمدتاً زنانه است و توسط تبعیض‌آمیزترین و آسیب‌پذیرترین زنان و دختران بیش از حد ارائه می‌شود (۹). شواهد نشان می‌دهد که نه تنها همه انواع خشونت‌های جنسی در تن‌فروشی تجلی می‌یابد، بلکه بیان نهایی این نوع خشونت نیز می‌باشد (۵). بنابراین همه انواع تن‌فروشی اساساً استثمار می‌باشند و زنان از پیامدهای متعددی مانند آسیب فیزیکی، خشونت کلامی و جنسی و اختلالات روانی مختلف (۱۰)، مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، سوء مصرف مواد و افکار خودکشی (۱۱)، سطوح بالای افسردگی (۱۲) و بیماری‌های مقاربتی (ناشی از رابطه جنسی) و خطر خودکشی رنج می‌برند (۱۳). وجود چنین مشکلاتی باعث می‌شود که چنین زنانی تاب‌آوری پایین‌تری در برابر مشکلات و مصائب زندگی تجربه کنند (۱۴). تاب‌آوری توانایی فرد برای سازگاری موفقیت‌آمیز (۱۵) در طول یک رویداد استرس‌زا یا یک رویداد نامطلوب زندگی بدون تأثیر پایدار و قابل توجه بر عملکرد روانی یا فیزیکی است (۱۶). بر اساس تحقیقات تن‌فروشی که تاب‌آوری بیشتری دارند، رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۷). از سوی دیگر می‌توان گفت زنانی که تن‌فروشی می‌کنند و درگیر مصرف مواد مخدر هستند (زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و سکس می‌فروشند) تاب‌آوری محدودی دارند و این زنان به دلیل کار جنسی و فقر باعث می‌شود از کمک منابع خارجی (دوستان و دیگر افراد) اجتناب کند و همین سطح بردباری و یا تاب‌آوری آنان را کاهش می‌دهد (۱۸).

بنابراین با وجود اینکه زنان درگیر تن‌فروشی و زنان با سابقه تن‌فروش، شرایط نامطلوب مانند زمینه‌های مالی ضعیف و بیکاری را گزارش می‌کنند، اما اکثر آنها منابعی در اختیار دارند برای ایجاد تاب‌آوری و کنار آمدن با ناملایمات و در عین حال به آینده امیدوار هستند (۱۹).

۱. prostitution

۲. women who use drugs and sell sex (WWUD-SS)

۳. hopeful for the future

امید به زندگی به عنوان یک میل شدید توصیف شده است که به طور فعال توسط فرد تعقیب و پیگیری می‌شود (۲۰). بر اساس نظریه امید به زندگی اشنایدر، امید به عنوان یک الگوی فکری عمدتاً شناختی و هدفمند تعریف شده است که در آن افراد برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را طی می‌کنند و برای پیروی از این مسیرها با انگیزه باقی می‌مانند و در صورت لزوم فعالانه به دنبال مسیرهای جایگزین برای این اهداف می‌گردند (۲۱). بر اساس نظریه امید به زندگی اشنایدر، امید به عنوان یک الگوی فکری عمدتاً شناختی و هدفمند تعریف شده است که در آن افراد برای رسیدن به اهداف خود مسیرهای مختلفی را طی می‌کنند و برای پیروی از این مسیرها با انگیزه باقی می‌مانند و در صورت لزوم فعالانه به دنبال مسیرهای جایگزین برای این اهداف می‌گردند (۲۱). اکثر زنانی که امیدی به زندگی ندارند و به دلیل نبود کار مناسب و پایین بودن سطح درآمدشان، به تن فروشی روی می‌آورند، چرا که تن فروشی می‌تواند راهی سریع برای کسب درآمد باشد و تنها حرفه‌ای است که در آن زنان در مقایسه با سایر مشاغل موجود ممکن است در ساعات کمتری درآمد بیشتری کسب کنند (۲۲). بر اساس تحقیقات تن فروشان به دلیل ابتلا به بیماری‌های مقاربتی و همچنین بیماری‌هایی مانند ویروس نقص ایمنی انسان (ایدز) ۱ امید به زندگی خود را از دست می‌دهند (۲۳).

پایین بودن میزان تاب‌آوری و نبود امید به زندگی در زنان تن فروش باعث می‌شود سلامت روانی و جسمانی ضعیف‌تری را تجربه کنند و همین امر در پایین آمدن کیفیت زندگی آنان نقش دارند، به طوری که تحقیقات نشان داده است که کسانی که تاب‌آوری کمتری دارند (۲۴) و امید به زندگی آنان ضعیف است سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (۲۵). بر اساس تحقیقات کیفیت زندگی زنان کارگر جنسی ۲ یکی از نگرانی‌های اصلی بهداشت عمومی در نظر گرفته می‌شود و کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز از این قاعده مستثنی نیستند (۲۶). یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز نشان داده است که کارگران زن (تن فروشان) از کشورهای با درآمد کم و متوسط ۳، از فقر، تحصیلات پایین، خشونت، مصرف الکل و مواد مخدر، ویروس نقص ایمنی انسانی و انگ و تبعیض رنج می‌برند. نویسندگان دریافتند که سلامت روان ضعیف به عنوان یکی از موارد مرتبط با کیفیت زندگی در این جمعیت بسیار شایع است (۲۷). این امکان وجود دارد که زنان تن فروش نگرانی‌های مرتبط با سلامتی بیشتری داشته باشند، و کیفیت زندگی آنها ممکن است به دلیل تأثیر کار جنسی بر وضعیت سلامتی آنها بیشتر مختل شود، اما تحقیقات محدودی این موضوع را بررسی کرده است (۲۸). با توجه به چنین مشکلاتی به کارگیری مداخلات روانشناختی برای این زنان اهمیت دارد تا مشکلات شخصیتی، روانشناختی و هیجانی زنانی که سابقه تن فروشی دارند و همچنان با مشکلات حاصل از تن فروشی دست و پنجه نرم می‌کنند مقادری بهبود پیدا کند. در این پژوهش از معنادرمانی گروهی ۴ برای کمک به این زنان استفاده شده است که این درمان در مداخلاتی از آن استفاده شده است، اما کارایی و کارآمدی آن بر روی زنان با سابقه تن فروشی مورد مطالعه قرار نگرفته است. معنادرمانی، یک رویکرد روان‌درمانی وجودی ۵ که توسط ویکتور ای. فرانکل ۶ توسعه یافته است، بر این باور استوار است که انگیزه اولیه انسان یافتن هدف و معنا در همه شرایط است (۲۹). محور معنادرمانی در جستجوی بی وقفه معناست، حتی در مواجهه و رویارویی با رنج، مصائب و ناملایمات (۳۰؛ ۳۱).

۱. human Immunodeficiency virus (HIV)
۲. female sex workers (FSWs)
۳. low- and middle-income countries (LMICs)
۴. group Logotherapy
۵. existential psychotherapy
۶. Viktor E. Frankl

چهار اصل کلیدی معنادرمانی عبارتند از جستجوی معنا: ۱: افراد به جستجوی معنا در زندگی، در اعمال، تجربیات و روابط خود سوق داده می‌شوند؛ آزادی اراده: ۲: علیرغم شرایط، افراد دارای آزادی انتخاب نگرش خود نسبت به موقعیت‌ها و نحوه استخراج معنا از آنها هستند؛ مسئولیت: ۳: معنادرمانی بر مسئولیت‌پذیری زندگی، انتخاب نحوه پاسخگویی به موقعیت‌ها و در نتیجه اطمینان از احساس هدف و معنا تأکید دارد؛ رنج و معنا: ۴: رنج به عنوان فرصتی برای یافتن معنا و تبدیل آن به پیروزی روح انسانی از طریق جستجوی هدف تلقی می‌شود (۲۹). چهار اصل کلیدی معنادرمانی عبارتند از جستجوی معنا: ۵: افراد به جستجوی معنا در زندگی، در اعمال، تجربیات و روابط خود سوق داده می‌شوند؛ آزادی اراده: ۶: علیرغم شرایط، افراد دارای آزادی انتخاب نگرش خود نسبت به موقعیت‌ها و نحوه استخراج معنا از آنها هستند؛ مسئولیت: ۷: معنادرمانی بر مسئولیت‌پذیری زندگی، انتخاب نحوه پاسخگویی به موقعیت‌ها و در نتیجه اطمینان از احساس هدف و معنا تأکید دارد؛ رنج و معنا: ۸: رنج به عنوان فرصتی برای یافتن معنا و تبدیل آن به پیروزی روح انسانی از طریق جستجوی هدف تلقی می‌شود (۲۹). در میان رویکردهای درمانی مختلف، معنادرمانی به دلیل اثربخشی آن در ارتقای بهزیستی ذهنی شناخته شده است (۲۹؛ ۳۲). این رویکرد در کاهش نگرانی‌های مربوط به سلامت روان و ایجاد حس هدف و معنا (۳۳) و بهبود معنای زندگی برای افراد نویدبخش بوده است (۳۴). اما آنچه مسئله پژوهش محسوب می‌شود به کارگیری معنادرمانی گروهی برای بهبود آسیب‌ها و مشکلات زنان با سابقه تن‌فروش است که علاوه بر اینکه اثربخشی این درمان بر روی این زنان بررسی می‌شود، ماندگاری آن در طول زمان نیز مورد مطالعه قرار می‌گیرد که می‌تواند برای درمانگران و روانشناسانی که در زمینه بهبود مشکلات زنان با سابقه تن‌فروش برای بهبود آسیب‌ها و مشکلات روانشناختی و هیجانی آنان تلاش می‌کنند دارای اهمیت و کاربردی پژوهشی باشد. بر این اساس با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به این سوال پاسخ داده شده است که معنادرمانی گروهی چه تاثیری بر بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی دارد؟

#### روش پژوهش:

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان با سابقه تن‌فروشی مراجعه کننده به یکی مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال زمستان سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۱۷ نفر انتخاب شد. به این صورت که به روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم فعالیت در روسپیگری همزمان با شرکت در جلسات و نداشتن بیماری‌های روانشناختی و جسمانی خاص از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش ملاک‌های خروج از پژوهش بود. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون

۱. search for meaning
۲. freedom of will
۳. responsibility
۴. suffering and meaning
۵. search for meaning
۶. freedom of will
۷. responsibility
۸. suffering and meaning

تعمیقی بن‌فرونی، آزمون تی مستقل و خی دو) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. از ابزارها و پرسشنامه‌های زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است.

مقیاس تاب‌آوری (RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۳۵) تدوین شده است و ۲۵ سوال دارد و توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملایمات اندازه‌گیری می‌کند و ۵ خرده‌مقیاس تصور از شایستگی فردی ۳ با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ تحمل عاطفه منفی ۴ با سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۱۸ و ۲۰؛ پذیرش مثبت تغییر ۵ و روابط ایمن با سوالات ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸؛ کنترل ۶ با سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲؛ تاثیرات معنوی ۷ با سوالات ۳ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که برای کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳، کاملاً موافقم نمره ۴ در نظر گرفته شده است. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است و نمره بیشتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر افراد است. سازندگان مقیاس روایی افتراقی آن را با مقیاس تجارب جنسی آریزونا (ASEX) مک‌گاهوی ۹ و همکاران (۳۶) بررسی و ضریب همبستگی غیرمعنادار ۰/۳۴- گزارش کرده‌اند و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند و ضریب کل سوالات ۰/۹۳ به دست آمده است (۳۵). این مقیاس در ایران ترجمه و اعتباریابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان مقیاس و تأیید طراحی کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی  $X^2/d$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۱/۵۶۳، ۰/۹۰۳ و ۰/۰۵۳ به دست آمده است و پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۷۵ و همچنین ضریب بازآزمایی به فاصله ۲ هفته ضریب ۰/۴۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۷). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰ (WHOQOL-BRIEF): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۳۸) تدوین شده است که ۲۶ سوال دارد و ۵ خرده‌مقیاس سلامت جسمی ۱۱ با سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ سلامت روانی ۱۲ با سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی ۱۳ با سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط ۱۴ با سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ سلامت عمومی کلی با سوالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سوالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد، به این صورت که اصلاً ۱ نمره، خیلی کم، ۲ نمره، کم، ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند دامنه

۱. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
۲. Connor & Davidson
۳. personal competence
۴. tolerance of negative affects
۵. positive acceptance of change
۶. control
۷. spirituality
۸. Arizona sexual experience scale (ASEX)
۹. McGahuey
۱۰. World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-Brief)
۱۱. physical health
۱۲. psychological health
۱۳. social relations
۱۴. environment health

نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش پرسشنامه نمره ۷۸ و پایین تر است. در ایران این پرسشنامه ترجمه و هنجاریابی شده است و برای پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است و ضرایب در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از ۲ هفته محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۷۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۹). همچنین روایی ملاکی (همزمان) با پرسشنامه سلامت روانی (GHQ) گلدبرگ و هیلر (۴۰) بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون در دامنه بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۴۱). در تحقیقات خارج از کشور نیز پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۲ محاسبه شده است و روایی پرسشنامه نیز روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۸۶۰ و ۰/۰۸ به دست آورده‌اند (۴۲). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۹۱، پس‌آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۹۳ گزارش شد.

مقیاس امید به زندگی (ADHS) (۴۳): این مقیاس توسط اشنایدر (۶) و همکاران (۴۳) تدوین شده است و شامل ۱۲ سوال است که برای بزرگسالان بیش از ۱۵ سال ساخته شده است و دو خرده مقیاس تفکر عاملی ۷ با سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ تفکر راهبردی ۸ با سوالات ۱، ۴، ۶ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین سوالات ۳، ۵، ۷، ۱۱ به عنوان سوالات انحرافی در نظر گرفته شده‌اند. به هر یک از سوالات در مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت که به کاملاً مخالفم ۱ نمره، بسیار مخالفم ۲ نمره، مخالفم ۳ نمره، کمی مخالفم ۴ نمره، کمی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و بسیار موافقم ۷ نمره پاسخ داده می‌شود. بنابراین دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ خواهد بود. و نمره ۲۲ در این مقیاس به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده است. برای بررسی همسانی درونی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و جهت روایی آن همبستگی نمرات آن با نمرات مقیاس‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت‌نفس محاسبه و ضرایب بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ به دست آمده است که نشان دهنده روایی ملاکی (همزمان) مقیاس است (۴۴). در خارج از کشور برای بررسی روایی مقیاس از روایی ملاکی (همزمان) استفاده شده است که همبستگی آن با مقیاس جهت‌گیری زندگی ۹ شی پرو و کارور (۴۵) محاسبه و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۰ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۴۶) و آلفای کرونباخ آن نیز محاسبه و ضرایب برای تفکر عاملی ۰/۶۳، تفکر راهبردی ۰/۸۰ و کل سوالات ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۰). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۲، پس‌آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و گزارش شد.

#### جلسات درمانی

برنامه معنادرمانی گروهی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که زنان با سابقه تن‌فروشی دریافت کردند؛ این جلسات از اسچلنبرگ و همکاران (۴۷) اقتباس شده است و روایی و کارآمدی آن در ایران در پژوهش‌هایی مانند دیدنی و همکاران (۴۸) تایید شده است.

**جدول ۱.** خلاصه جلسات مداخله معنادرمانی اقتباس از اسچلنبرگ و همکاران (۴۷)

۱. General Health Questionnaire (GHQ)
۲. Goldberg, & Hillier
۳. comparative fit index (CFI)
۴. root mean square error of approximation (RMSEA)
۵. Adult Dispositional Hope Scale (ADHS)
۶. Snyder
۷. agency
۸. pathways
۹. life orientation test-revised (LOT-R)
۱۰. Scheier & Corver

جلسه	موضوع	اهداف و خلاصه جلسه
اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه	معرفی اعضای گروه و رهبر گروه برای آشنایی، بیان اهداف و قوانین گروه توسط رهبر گروه، توضیح مختصر درباره معنادرمانی
دوم	کار در جهت شناخت معنا، ارزش و نگرش شخصی	آماده‌سازی گروه برای شروع کار با بحث درباره معنا و ارزش، اجرای تکنیک تغییر نگرش با همکاری اعضای گروه، ارائه تکلیف خانگی برای تکنیک تغییر نگرش
سوم	کار در جهت پذیرش مسئولیت	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، گفت‌وگو و ارائه بازخورد درباره تکلیف خانگی ارائه شده، بحث درباره مسئولیت انتخاب‌های فردی، ارائه تکلیف برای تهیه چک‌لیست انتخاب‌های فردی
چهارم	کار در جهت آگاهی از ارزش‌های شخصی	شروع جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای تکنیک آگاهی از ارزش‌ها با مشارکت اعضای گروه، ارائه تکلیف خانگی برای تکنیک آگاهی از ارزش‌ها
پنجم	شناسایی ارزش‌های شخصی	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، ادامه تکنیک آگاهی از ارزش‌ها، تکمیل چک‌لیست ارزش‌های شخصی به‌عنوان تکلیف خانگی
ششم	ادامه شناسایی ارزش‌های شخصی	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، اجرای تمرین دامنه کوهستان‌ها با مشارکت اعضا، تکمیل کردن چک‌لیست ارزش‌های شخصی به‌عنوان تکلیف خانگی
هفتم	شناسایی نقش ارزش‌ها در زندگی	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، اجرای تمرین فیلم با مشارکت اعضا، تکمیل کردن چک‌لیست ارزش‌های شخصی به‌عنوان تکلیف خانگی
هشتم	جمع‌بندی و اختتام جلسات	بررسی تکلیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بررسی کلی چک‌لیست تهیه شده ارزش‌های شخصی توسط هر فرد و بحث درباره معنای زندگی هر شخص، ارائه خلاصه‌ای از جلسات و جمع‌بندی کار گروه، دریافت بازخورد اعضای گروه درباره عملکرد گروه، اجرای دوباره پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون و اتمام کار گروه

#### یافته‌ها:

بر اساس نتایج، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه معنادرمانی گروهی ۳۲/۴۷ و ۴/۶۳۸ و میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه کنترل ۳۰/۶۵ و ۶/۸۶۴ بود. میزان آماره  $t$ -test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۲ گروه در متغیر سن برابر با  $t$ -test=۰/۹۰۸ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $sig=۰/۳۷۱$ ) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با  $Chi$ -Square=۰/۷۸۶ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ( $sig=۰/۸۵۳$ ) که نشان دهنده هم‌تا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

#### جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیرهای وابسته	مرحله	معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
					انحراف معیار

۱/۱۶۰	۱۴/۲۹	۰/۸۹۹	۱۴/۰۶	پیش‌آزمون	
۱/۱۷۶	۱۴/۴۱	۱/۳۷۲	۱۶/۵۹	پس‌آزمون	تصور از شایستگی فردی
۱/۲۳۱	۱۴/۴۷	۱/۳۷۱	۱۶/۴۱	پیگیری	
۰/۸۸۳	۱۳/۱۸	۰/۹۹۶	۱۲/۶۵	پیش‌آزمون	
۰/۹۸۵	۱۳/۲۹	۱/۲۶۹	۱۵/۸۸	پس‌آزمون	تحمل عاطفه منفی
۱/۰۵۷	۱۳/۳۵	۱/۷۳۰	۱۵/۶۵	پیگیری	
۰/۶۰۶	۹/۶۵	۰/۷۵۲	۹/۲۴	پیش‌آزمون	
۰/۶۶۴	۹/۷۶	۱/۱۱۱	۱۳/۱۲	پس‌آزمون	پذیرش مثبت تغییر
۰/۷۲۸	۹/۸۲	۱/۰۷۴	۱۲/۸۲	پیگیری	
۰/۸۶۶	۶/۰۰	۰/۸۲۷	۵/۹۴	پیش‌آزمون	
۰/۹۲۸	۶/۱۲	۰/۹۸۵	۱۰/۷۱	پس‌آزمون	روابط ایمن
۰/۸۸۳	۶/۱۸	۱/۱۷۶	۱۰/۵۹	پیگیری	
۰/۶۶۴	۲/۷۶	۰/۷۸۱	۳/۱۲	پیش‌آزمون	
۰/۸۲۷	۲/۹۴	۰/۹۳۹	۵/۵۹	پس‌آزمون	کنترل
۰/۸۶۶	۳/۰۰	۱/۱۶۹	۵/۳۵	پیگیری	
۱/۴۵۳	۴۵/۸۸	۱/۵۴۱	۴۵/۰۰	پیش‌آزمون	
۲/۲۶۷	۴۶/۵۳	۱/۹۶۵	۶۱/۸۸	پس‌آزمون	نمره کل تاب‌آوری
۲/۶۲۸	۴۶/۸۲	۳/۱۴۷	۶۰/۸۲	پیگیری	
۱/۴۱۴	۲۰/۰۰	۱/۱۲۵	۲۰/۵۳	پیش‌آزمون	
۱/۳۱۷	۲۰/۱۲	۱/۰۷۴	۲۳/۱۸	پس‌آزمون	سلامت جسمی
۱/۳۳۴	۲۰/۱۸	۱/۱۷۳	۲۳/۰۰	پیگیری	
۰/۹۳۹	۱۴/۴۱	۰/۷۸۶	۱۴/۳۵	پیش‌آزمون	
۱/۰۰۷	۱۴/۵۳	۲/۱۴۹	۱۷/۶۵	پس‌آزمون	سلامت روانی
۰/۹۳۹	۱۴/۵۹	۲/۲۹۴	۱۷/۵۳	پیگیری	
۰/۶۵۹	۸/۰۶	۰/۶۱۸	۸/۴۱	پیش‌آزمون	
۰/۶۶۴	۸/۲۴	۰/۷۵۲	۱۰/۷۶	پس‌آزمون	رابطه اجتماعی
۰/۶۸۶	۸/۲۹	۰/۹۴۳	۱۰/۵۳	پیگیری	
۰/۸۶۲	۲۳/۶۵	۰/۹۹۶	۲۳/۳۵	پیش‌آزمون	
۰/۸۸۳	۲۳/۸۲	۱/۷۲۸	۲۵/۸۸	پس‌آزمون	سلامت محیط
۰/۹۹۳	۲۳/۸۸	۱/۹۷۰	۲۵/۵۹	پیگیری	
۰/۵۶۲	۴/۷۶	۰/۶۶۴	۴/۷۶	پیش‌آزمون	
۰/۶۵۹	۴/۹۴	۰/۷۸۶	۸/۶۵	پس‌آزمون	سلامت عمومی
۰/۷۹۱	۵/۰۰	۰/۸۷۴	۸/۵۳	پیگیری	
۱/۹۶۵	۷۰/۸۸	۱/۹۰۶	۷۱/۴۱	پیش‌آزمون	نمره کل کیفیت زندگی



۱/۹۰۲	۷۱/۶۵	۳/۳۵۲	۸۶/۱۲	پس‌آزمون	
۲/۳۰۴	۷۱/۹۴	۴/۶۵۳	۸۵/۱۸	پیگیری	
۰/۸۰۰	۱۴/۵۳	۰/۶۹۷	۱۴/۸۸	پیش‌آزمون	
۰/۷۰۲	۱۴/۶۵	۱/۳۱۲	۱۸/۲۹	پس‌آزمون	تفکر عاملی
۰/۷۷۲	۱۴/۷۱	۱/۴۰۹	۱۸/۱۲	پیگیری	
۰/۸۲۷	۱۳/۹۴	۰/۹۲۰	۱۴/۲۹	پیش‌آزمون	
۰/۸۲۶	۱۴/۰۶	۰/۷۹۹	۱۷/۸۸	پس‌آزمون	تفکر راهبردی
۰/۸۵۷	۱۴/۱۲	۲/۰۹۳	۱۷/۵۹	پیگیری	
۰/۳۷۵	۲۸/۴۷	۱/۱۸۵	۲۹/۱۸	پیش‌آزمون	
۱/۲۶۳	۲۸/۷۱	۲/۲۴۳	۳۶/۱۸	پس‌آزمون	نمره کل امید به زندگی
۱/۳۳۴	۲۸/۸۲	۲/۷۷۹	۳۵/۷۱	پیگیری	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ( $P > 0/05$ ). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از  $0/05$  بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون ۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موجلی برای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی برابر  $0/001$  به دست آمده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

**جدول ۳.** نتایج آزمون موجلی برای برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی

متغیرهای وابسته	کرویت موجلی (W)	آماره‌ی کای دو	Df	sig	اپسیلون تصحیح گرین‌هاوس-تصحیح هیون-فلدت	تصحیح گیسر
تصور از شایستگی فردی	۰/۳۰۹	۳۶/۴۵۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱	۰/۶۲۰
تحمل عاطفه منفی	۰/۴۲۴	۲۶/۶۲۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴	۰/۶۶۹
پذیرش مثبت تغییر	۰/۴۰۹	۱۲/۹۴۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	۰/۶۵۱
روابط ایمن	۰/۴۱۷	۲۷/۱۰۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲	۰/۶۶۶

۱. homogeneity of regression

۰/۷۰۳	۰/۶۶۴	۰/۰۰۱	۲	۲۱/۹۰۳	۰/۴۹۳	کنترل
۰/۶۷۹	۰/۶۳۰	۰/۰۰۱	۲	۱۴/۳۶۲	۰/۶۲۹	نمره کل تاب‌آوری
۰/۶۷۱	۰/۶۳۶	۰/۰۰۱	۲	۲۶/۳۳۸	۰/۴۲۸	سلامت جسمی
۰/۵۳۷	۰/۵۱۹	۰/۰۰۱	۲	۸۱/۸۰۴	۰/۰۷۱	سلامت روانی
۰/۶۵۳	۰/۶۲۰	۰/۰۰۱	۲	۲۹/۳۸۲	۰/۳۸۸	رابطه اجتماعی
۰/۶۱۸	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱	۲	۳۶/۹۰۷	۰/۳۰۴	سلامت محیط
۰/۶۰۷	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱	۲	۳۹/۸۲۶	۰/۲۷۷	سلامت عمومی
۰/۶۵۶	۰/۶۲۳	۰/۰۰۱	۲	۲۸/۸۸۱	۰/۳۹۴	نمره کل کیفیت زندگی
۰/۵۹۱	۰/۵۶۶	۰/۰۰۱	۲	۴۵/۲۲۵	۰/۲۳۳	تفکر عاملی
۰/۵۵۱	۰/۵۳۱	۰/۰۰۱	۲	۶۶/۳۸۹	۰/۱۱۷	تفکر راهبردی
۰/۵۶۵	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۲	۵۷/۱۷۴	۰/۱۵۸	نمره کل امید به زندگی

بر اساس نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره  $W$  موجلی برای متغیرهای وابسته در سطح  $0/001$  معنادار است (مقدار آماره  $P$  value از  $0/050$  کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره  $F$  تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره  $F$ ، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر ۱ و هیون-فلدت ۲ تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از  $0/75$  باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از  $0/75$  باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر استفاده می‌شود (۴۹). در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین‌هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از  $0/75$  کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

**جدول ۴.** نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره $F$	درجه- آزادی	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
تصور از شایستگی فردی	گروه	۱۲/۵۲۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۱	۰/۹۲۹
	زمان	۳۸/۱۱۳	۱/۱۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۳۰/۱۳۳	۱/۱۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵	۰/۹۹۹
تحمل عاطفه منفی	گروه	۱۵/۹۵۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۰/۹۷۲
	زمان	۶۹/۷۶۳	۱/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۵۸/۰۵۶	۱/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۹۹۹
پذیرش مثبت تغییر	گروه	۷۰/۸۴۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۰/۹۹۹
	زمان	۱۱۶/۴۸۰	۱/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۴	۰/۹۹۹

۱. Greenhouse-Geisser correction

۲. Huynh-Feldt correction

۰/۹۹۹	۰/۷۵۷	۰/۰۰۱	۱/۱۸۴	۹۹/۹۴۷	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۷۰	۰/۰۰۱	۲	۱۰۷/۳۳۶	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۷۴	۰/۰۰۱	۱/۲۶۴	۲۲۱/۳۶۶	زمان	روابط ایمن
۰/۹۹۹	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱	۱/۲۶۴	۱۹۵/۵۴۵	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۰۶	۰/۰۰۱	۲	۴۹/۱۸۲	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۱۹	۰/۰۰۱	۱/۳۲۷	۵۱/۹۳۸	زمان	کنترل
۰/۹۹۹	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱	۱/۳۲۷	۳۶/۹۵۰	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۷۵	۰/۰۰۱	۲	۲۲۳/۹۲۷	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۱۴	۰/۰۰۱	۱/۴۵۹	۳۴۱/۱۶۴	زمان	نمره کل تاب‌آوری
۰/۹۹۹	۰/۶۹۸	۰/۰۰۱	۱/۴۵۹	۲۸۲/۰۶۳	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۷۱	۰/۰۰۱	۲	۲۸/۴۴۹	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	۱/۲۷۲	۷۴/۱۸۸	زمان	سلامت جسمی
۰/۹۹۹	۰/۶۴۹	۰/۰۰۱	۱/۲۷۲	۵۹/۲۷۴	زمان×گروه	
۰/۹۹۵	۰/۴۰۸	۰/۰۰۷	۲	۲۲/۰۳۱	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۰۲	۰/۰۰۱	۱/۰۳۷	۳۲/۲۶۳	زمان	سلامت روانی
۰/۹۹۹	۰/۴۵۷	۰/۰۰۱	۱/۰۳۷	۲۶/۹۵۶	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۷۸	۰/۰۰۱	۲	۶۷/۴۳۰	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۸۳	۰/۰۰۱	۱/۲۴۰	۶۸/۹۸۸	زمان	رابطه اجتماعی
۰/۹۹۹	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱	۱/۲۴۰	۴۸/۲۳۹	زمان×گروه	
۰/۸۴۵	۰/۲۲۷	۰/۰۰۴	۲	۹/۴۰۵	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱	۱/۱۷۹	۲۴/۵۶۱	زمان	سلامت محیط
۰/۹۹۲	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱	۱/۱۷۹	۱۷/۶۰۱	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۰۴	۰/۰۰۱	۲	۱۳۱/۲۷۱	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۶۰	۰/۰۰۱	۱/۱۶۱	۱۹۶/۰۵۲	زمان	سلامت عمومی
۰/۹۹۹	۰/۸۳۲	۰/۰۰۱	۱/۱۶۱	۱۵۸/۲۸۷	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۱۵	۰/۰۰۱	۲	۱۴۱/۳۸۲	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۸۲۴	۰/۰۰۱	۱/۲۴۵	۱۵۰/۰۲۹	زمان	نمره کل کیفیت زندگی
۰/۹۹۹	۰/۷۸۵	۰/۰۰۱	۱/۲۴۵	۱۱۶/۶۶۸	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱	۲	۷۲/۰۸۲	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۷۲۷	۰/۰۰۱	۱/۱۳۲	۸۵/۳۶۶	زمان	تفکر عاملی
۰/۹۹۹	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱	۱/۱۳۲	۷۱/۷۴۳	زمان×گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۸۱	۰/۰۰۷	۲	۰/۳۲۸	گروه	
۰/۹۹۹	۰/۵۹۷	۰/۰۰۱	۱/۰۶۲	۴۷/۳۶۶	زمان	تفکر راهبردی

۰/۹۹۹	۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۱/۰۶۲	۴۰/۱۳۳	زمان×گروه
۰/۹۹۹	۰/۷۵۳	۰/۰۰۱	۲	۹۷/۴۵۱	گروه
۰/۹۹۹	۰/۷۳۹	۰/۰۰۱	۱/۰۸۶	۹۰/۷۷۲	زمان
۰/۹۹۹	۰/۷۰۵	۰/۰۰۱	۱/۰۸۶	۷۶/۶۰۲	زمان×گروه

نتایج جدول ۴ نشان داد که معنادرمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است.

**جدول ۵.** نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی برای بررسی پایداری نتایج

معناداری	تفاوت میانگین	تفاوت مراحل	میانگین تعدیل شده	مراحل	متغیرهای وابسته
۰/۰۰۱	-۱/۳۲۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۴/۱۷۶	پیش‌آزمون	تصور از شایستگی فردی
۰/۰۰۱	-۱/۲۶۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۵/۵۰۰	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۵۹	پس‌آزمون-پیگیری	۱۵/۴۴۱	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۶۷۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۲/۹۱۲	پیش‌آزمون	تحمل عاطفه منفی
۰/۰۰۱	-۱/۵۸۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۴/۵۸۸	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۸۸	پس‌آزمون-پیگیری	۱۴/۵۰۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۰۰۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹/۴۴۱	پیش‌آزمون	پذیرش مثبت تغییر
۰/۰۰۱	-۱/۸۸۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۱/۴۴۱	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۱۱۸	پس‌آزمون-پیگیری	۱۱/۳۲۴	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۴۴۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۹۷۱	پیش‌آزمون	روابط ایمن
۰/۰۰۱	-۲/۴۱۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۸/۴۱۲	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۲۹	پس‌آزمون-پیگیری	۸/۳۸۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۲۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۹۴۱	پیش‌آزمون	کنترل
۰/۰۰۱	-۱/۲۳۵	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۲۶۵	پس‌آزمون	
۰/۹۳۴	۰/۰۸۸	پس‌آزمون-پیگیری	۴/۱۷۶	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۸/۷۶۵	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴۵/۴۴۱	پیش‌آزمون	نمره کل تاب‌آوری
۰/۰۰۱	-۸/۳۸۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۵۴/۲۰۶	پس‌آزمون	
۰/۸۲۲	۰/۳۸۲	پس‌آزمون-پیگیری	۵۳/۸۲۴	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۸۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۰/۲۶۵	پیش‌آزمون	سلامت جسمی
۰/۰۰۱	-۱/۳۲۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۲۱/۶۴۷	پس‌آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۰۵۹	پس‌آزمون-پیگیری	۲۱/۵۸۸	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۷۰۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۴/۳۸۲	پیش‌آزمون	سلامت روانی
۰/۰۰۱	-۱/۶۷۶	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۶/۰۸۸	پس‌آزمون	

۰/۹۹۹	۰/۰۲۹	پس آزمون-پیگیری	۱۶/۰۵۹	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۲۶۵	پیش آزمون-پس آزمون	۸/۲۳۵	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۱/۱۷۶	پیش آزمون-پیگیری	۹/۵۰۰	پس آزمون	رابطه اجتماعی
۰/۴۶۶	۰/۰۸۸	پس آزمون-پیگیری	۹/۴۱۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۳۵۳	پیش آزمون-پس آزمون	۲۳/۵۰۰	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۱/۲۳۵	پیش آزمون-پیگیری	۲۴/۸۵۳	پس آزمون	سلامت محیط
۰/۵۷۶	۰/۱۱۸	پس آزمون-پیگیری	۲۴/۷۳۵	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۲/۰۲۹	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۷۶۵	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۲/۰۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۶/۷۹۴	پس آزمون	سلامت عمومی
۰/۹۹۹	۰/۰۲۹	پس آزمون-پیگیری	۶/۷۶۵	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۷/۷۳۵	پیش آزمون-پس آزمون	۷۱/۱۴۷	پیش آزمون	نمره کل کیفیت
۰/۰۰۱	-۷/۴۱۲	پیش آزمون-پیگیری	۷۸/۸۸۲	پس آزمون	زندگی
۰/۸۷۱	۰/۳۲۴	پس آزمون-پیگیری	۷۸/۵۵۹	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۷۶۵	پیش آزمون-پس آزمون	۱۴/۷۰۶	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۱/۷۰۶	پیش آزمون-پیگیری	۱۶/۴۷۱	پس آزمون	تفکر عاملی
۰/۹۰۴	۰/۰۵۹	پس آزمون-پیگیری	۱۶/۴۱۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۱/۸۵۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱۴/۱۱۸	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۱/۷۳۵	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۹۷۱	پس آزمون	تفکر راهبردی
۰/۲۲۷	۰/۱۱۸	پس آزمون-پیگیری	۱۵/۸۵۳	پیگیری	
۰/۰۰۱	-۳/۶۱۸	پیش آزمون-پس آزمون	۲۸/۸۲۴	پیش آزمون	نمره کل امید به
۰/۰۰۱	-۳/۴۴۱	پیش آزمون-پیگیری	۳۲/۴۴۱	پس آزمون	زندگی
۰/۳۰۸	۰/۱۷۶	پس آزمون-پیگیری	۳۲/۲۶۵	پیگیری	

بر اساس نتایج جدول ۵ معنادرمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی بوده است. نتایج نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری زنان با سابقه تن‌فروشی داشته است. پژوهشی که همسو یا ناهمسو با نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر باشد یافت نشد، اما این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات گراسیا و همکاران (۵۰)، فاتچوراهام ۲ و همکاران (۵۱)، آملی و داتیلو (۳۳)، چان (۳۴) همسویی

۱. Gracia

۲. Fatchurahman

باشد که اثربخشی معنادرمانی (روان درمانی معنامحور) را برای افراد نویدبخش دانسته‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که معنادرمانی از حوزه روانشناختی فراتر می‌رود و به قلمرو معنوی گسترش می‌یابد و بهزیستی کل نگر را ارتقا می‌دهد و پتانسیل آن را دارد که به مسائل سلامت روان بپردازد (۳۱). در معنادرمانی گروهی زنان با سابقه تن‌فروشی ابتدا با اصول اساسی معنادرمانی آشنا شدند، یعنی اینکه آنها به عنوان انسان آزادی اراده، اراده ذاتی برای یافتن معنا در زندگی خود دارند و اینکه به این معنی که آنها در جستجوی آن هستند، پیدا می‌شود و چگونه این آرزوهای اساسی بشر با رنج و فاجعه به چالش کشیده می‌شود؟ چقدر در برابر دردها و مصیبت‌هایی که در زندگی خود تجربه می‌کنند احساس آزادی می‌کنند. در مواجهه با این همه شر و خشونت، رنج‌ها و بلاهایی که در دنیای اطراف خود شاهد آن هستند، معنای زندگی را چه می‌دانند؟ (۵۲). همچنین معنادرمانی با ارائه دیدگاه یافتن معنا در رنج‌های زندگی در پی افزایش میزان تاب‌آوری زنان با سابقه تن‌فروشی در موقعیت‌های رنج‌آور اقدام می‌نماید. یکی از اهداف مهم این دیدگاه کمک به این زنان برای پیدا کردن معنی در موقعیت‌های دشوار است، از نظر این دیدگاه عدم تاب‌آوری به علت آن است که زنان باور ندارند زندگی با معناست و زندگی پوچ و بی هدف ایجاد شده به دنبال بی‌معنایی روی می‌دهد. از این روی در معنادرمانی با بازنگری در تعاریف رنج افراد، آنها را برای مواجهه با چالش‌های زندگی آماده نموده و درصدد یافتن تغییر نگرش خود در دنیایی پیرامون خود می‌کند. لذا منطقی است که گفته شود معنادرمانی گروهی بر تاب‌آوری در زنان با سابقه تن‌فروشی موثر بوده است.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری بر افزایش کیفیت زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی داشته است. پژوهشی که همسو یا ناهمسو با نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر باشد یافت نشد، اما این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات آملی و داتیلو (۳۳)، چان (۳۴) همسویی داشته باشد که اثربخشی معنادرمانی (روان درمانی معنامحور) را برای افراد نویدبخش دانسته‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزوا، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است. از این رو معنادرمانی گروهی همواره افراد را جهت تلاش بیشتر و مقابله با سختی‌ها و دشواری‌های فعالیت‌های مختلف برانگیخته می‌نماید. این مساله سبب گردیده است تا معنادرمانی گروهی از ظرفیت مهمی در جهت بهبود علاقه‌مندی افراد به برخی فعالیت‌ها برخوردار می‌باشد. بنابراین در این درمان تلاش می‌شود تا میدان دید زنان با سابقه تن‌فروشی گسترش یافته و از این نگاه معنا و ارزش‌های موجود در مشکلات، مصیبت‌ها و تنهایی‌ها را ببینند تا بتوانند شجاعانه با مشکلات رو به رو شده و آنها را بپذیرند. یکی از اهداف این درمان توانا ساختن افراد برای غلبه کردن بر مثلث غم انگیز زندگی همچون درد، گناه و رنج است تا شرکت‌کنندگان بتوانند به کشف معنای منحصر به فرد زندگی خود دست پیدا کنند. به بیانی دیگر آنچه در معنادرمانی مورد توجه است، منحصر به فرد انسان بوده و تاکید بر این نکته است که انسان به بهترین نحو می‌تواند یک تراژدی را به پیروزی شخصی مبدل ساخته و یک موقعیت ناگوار را به یک موقعیت انسانی تغییر دهد. هنگامی که قادر به تغییر یک وضعیت نیستند باید به آنها یاد داد که خود را تغییر دهند. لذا منطقی است که گفته شود معنادرمانی گروهی بر کیفیت زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی موثر بوده است.

در نهایت، نتایج نشان داد که معنادرمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معناداری بر افزایش امید به زندگی زنان با سابقه تن‌فروشی داشته است. پژوهشی که همسو یا ناهمسو با نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر باشد یافت نشد، اما این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج تحقیقات رهگذر و گیمنز-لورت (۳۱) و چان (۳۴) همسویی داشته باشد که اثربخشی معنا درمانی (روان درمانی معنامحور) را برای افراد نویدبخش دانسته‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که در نظریه معنادرمانی فرانکل نامیدی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌گردد، به عبارتی وقتی فرد به علت مسائل و مشکلاتش زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچار سرخوردگی و ناامیدی می‌شود. زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند بر این هراس خود غلبه کند، از این روی خود را موجودی دست و پا بسته در مقابل حوادث روزگار می‌بیند. فردی که بدون حمایت و پشتیبانی هیجانی و مالی دیگران زندگی می‌کند فردی است که زندگی را

بی‌معنا می‌بیند احساس می‌کند کمک و یابوری ندارد، بدون اینکه به ارزش و هدف زندگی پی برد. این فرد زندگی خود را با دیگران مقایسه می‌کند و پیوسته این سؤال برای او مطرح است که چرا سرنوشت من از دیگران جدا گشته و با دیگران متفاوت هستم و همواره به دنبال دلیلی برای رنج و درد خود می‌گردد که چرا برای رفع و رجوع امور زندگی باید تن‌فروشی کند. همچنین از دیگر اهداف اصلی این درمان کمک به زنان با سابقه تن‌فروشی برای یافتن معنایی برای زندگی است. وقتی که آنها چنین فکر نمی‌کنند، ناامید می‌شوند، بنابراین، علت ناامیدی در این است که آنان باور ندارند زندگی با معناست. در معنادرمانی اعتقاد بر این است که چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد هر رخدادی هرچند توانفرسا مانند فشارهای شدید و ناامیدی به زندگی نمی‌تواند انسان را مأیوس و منزوی کند. طبق این رویکرد کسانی به اهمیت معنای زندگی پی می‌برند که از یافتن معنا در کردار و یا در عشق محروم بوده‌اند. این زنان با برداشتی که از معنایابی پیدا می‌کنند، بر این مقوله غالب آمده و به تعالی میرسند و امید به زندگی بهتر را به دست می‌آورند. لذا منطقی است که گفته شود معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی در زنان با سابقه تن‌فروشی موثر بوده است.

**محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش:** از جمله محدودیت‌های پژوهش این بود در ابتدای پژوهش برخی زنان نگران افزایش اطلاعات خود بودند و جلب رضایت آنان برای شرکت در پژوهش دشوار بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله زنان با سابقه تن‌فروشی به تفکیک وضعیت تاهل (مجرد یا متأهل) تکرار شود و به مقایسه در این نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری معنادرمانی گروهی پرداخته شود.

**کاربرد پژوهش:** بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهادهای مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات زنان با سابقه تن‌فروشی استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و درمان در زمینه مشکلات روانشناختی، هیجانی و شخصیتی افراد مختلف هستند می‌توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات زنان با سابقه تن‌فروشی استفاده کنند تا این زنان زندگی جدیدتری را تجربه کنند و بتوانند با توانمند کردن خود رنج‌ها و دردهای گذشته خود را فراموش کنند و بهتر با آن کنار آیند.

**ملاحظات اخلاقی:** در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت زنان با سابقه تن‌فروشی برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه‌ها به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود. فرآیند و اهداف مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از بی‌ضرر بودن و سودمندی مداخله آگاه شدند، شرکت‌کنندگان از تخصص و صلاحیت مداخله‌گر آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش به زنان با سابقه تن‌فروشی توضیح داده شد، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه آگاه شدند. همچنین، به گروه کنترل در مورد اختیاری بودن شرکت و حق خروج از پژوهش و پاسخ به سوالات و اطلاع از نتایج در صورت تمایل و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده بعد از اجرای دوره پیگیری توضیح داده شد.

**سپاسگزاری:** از همه شرکت‌کنندگان (زنان با سابقه تن‌فروشی) که در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

**منابع:**

1. Catino M, Rocchi S, Marzetti GV. The network of interfamily marriages in 'Ndrangheta. *Social Networks*, 2022; 68 (1): 318-329. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2021.08.012>
2. Lu F, Huang X, Xu E, Chung CN, He X. Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, 2022; 18 (2): 279-318. <https://doi.org/10.1017/mor.2021.75>
3. Allen S, Hawkins AJ, Harris SM, Roberts K, Hubbard A, Doman M. Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, 2022; 71 (2): 611-629. <http://dx.doi.org/10.1111/fare.12599>
4. Movahed M, Moaven Z, Shahbazi N. Explore the meaning of prostitution in the prostitutes lived experience: a qualitative study. *Quarterly Journal of Woman and Society*, 2020; 11(42): 279-306. [In Persian] <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1399.11.42.14.0>
5. Terol-Cantero MC, Martin-Aragón Gelabert M, Vázquez Rodríguez C, Velikova Dimitrova M, Navarro Ríos MJ, Manchón López J. APPS-S: a tool for measuring the attitudes toward prostitution and women in prostitution in the Spanish population. *Violence against women* 2024; 1(1): 1-10. <https://doi.org/10.1177/10778012231220380>
6. Valor-Segura I, Expósito F, Moya M. Attitudes toward prostitution: Is it an ideological issue?. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2011; 3(2): 1-10. <https://journals.copmadrid.org/ejpalc/art/f21e255f89e0f258accbe4e984eef486>
7. Benoit K, Watanabe K, Wang H, Nulty P, Obeng A, Müller S, Matsuo A. quanteda: An R package for the quantitative analysis of textual data. *Journal of Open Source Software*, 2018; 3(30): 774-774. <https://doi.org/10.21105/joss.00774>
8. Moran R, Farley M. Consent, coercion, and culpability: Is prostitution stigmatized work or an exploitive and violent practice rooted in sex, race, and class inequality?. *Archives of sexual behavior*, 2019; 48(7): 1947-1953. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1371-8>
9. Meneses-Falcón C, Urío S. La trata con fines de explotación sexual en españa: ¿se ajustan las estimaciones a la realidad? *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2021; 174(2), 89-108. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.174.89>
10. Pinedo R, Palacios A, de la Iglesia M. Surviving the violence, humiliation, and loneliness means getting high: Violence, loneliness, and health of female sex workers. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021; 36(9-10): 4593-4614. <https://doi.org/10.1177/0886260518789904>
11. Martín-Romo L, Sanmartín FJ, Velasco J. Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2023; 148(3): 255-264.
12. Grosso A, Fielding-Miller R, Matse S, Sithole, B. The relationship between underage initiation of selling sex and depression among female sex workers in Eswatini. *Frontiers in Psychiatry*, 2023; 14(2): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1048703>



13. Şimşek KO, Özgülner N. Evaluation of health status of transgender sex workers in Turkey: A qualitative study. *Atencion Primaria*, 2024; 56(6): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102875>
14. España M, Karandikar S, McCloskey RJ, Reno R. The journey through sex trafficking, motherhood, and building resilience: A qualitative study among women living in Kamathipura red-light area. *Journal of human trafficking*, 2023; 9(2): 229-241. <https://doi.org/10.1080/23322705.2021.1885238>
15. Seligman ME. Positive psychology: A personal history. *Annual review of clinical psychology*, 15(2): 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
16. Cano MÁ, Castro FG, De La Rosa M, Amaro H, Vega WA, Sánchez M, de Dios MA. Depressive symptoms and resilience among Hispanic emerging adults: Examining the moderating effects of mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, family cohesion, and social support. *Behavioral Medicine*, 2020; 46(3-4): 245-257. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1712646>
17. Vennila S, Sethuramalingam V. Resilience and Life Satisfaction among Single Women Commercial Sex Workers in Chennai City. *National Journal of Professional Social Work*, 2020; 1(2): 123-130. <https://doi.org/10.51333/njpsw.2020.v21.i2.268>
18. Tomko C, Nestadt, DF, Weicker NP, Rudzinski K, Underwood C, Kaufman MR, Sherman SG. External resilience in the context of drug use and socio-structural vulnerabilities: a qualitative exploration among women who use drugs and sell sex in Baltimore, Maryland. *Harm reduction journal*, 2022; 19(1): 94-105. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00678-6>
19. Wanjiru R, Nyariki E, Babu H, Lwingi I, Liku J, Jama Z, Seeley J. Beaten but not down! Exploring resilience among female sex workers (FSWs) in Nairobi, Kenya. *BMC public health*, 2022; 22(1): 965-975. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13387-3>
20. Pennant SC, Lee S, Holm S, Triplett, KN, Howe-Martin L, Campbell R, Germann, J. The Role of Social Support in Adolescent/Young Adults Coping with Cancer Treatment. *Children*, 2020; 7(1): 1-10. <https://doi.org/10.3390/children7010002>
21. Pleeing E, Burger M, van Exel J. The relations between hope and subjective well-being: A literature overview and empirical analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 2021; 16(3): 1019–1041. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09802-4>
22. Sinha S, Prasad I. Examining hopes, aspirations, and future plans of women in non-brothel-based sex work in Kolkata, India. *Culture, Health & Sexuality*, 2021; 23(7): 913-926. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1740793>
23. Naidoo D, Cloete A, Skinner D, Savva H, Daniels D, Kose Z, Ramatshekgisa MG. “You get HIV because there is no hope” a rapid qualitative assessment of the HIV vulnerabilities of

- transgender women in three South African metros. *International Journal of Transgender Health*, 2024; 1(2): 1-16. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2307348>
24. Estoque RC, Wu J. The resilience–sustainability–quality of life nexus. *Science of the Total Environment*, 2024; 912(1): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.169526>
25. Armbrust R, Davies-Oliveira J, Sehouli J. Health-related quality of life metrics as endpoints in surgical trials: hype or hope?. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 2024; 34(3): 1-10. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-005127>
26. Khoei EM, Rezaei Z, Parvari A, Korte JE. Self-rated health and quality of life in female sex workers with substance use disorders in Tehran, Iran. *BMC Women's Health*, 2023; 23(1): 403-413. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02552-4>
27. Beattie TS, Smilenova B, Krishnaratne S, Mazzuca A. Mental health problems among female sex workers in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2020; 17(9): 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003297>
28. Becchetti L, Bachelet M, Riccardini F. Not feeling well... true or exaggerated? Self-assessed health as a leading health indicator. *Health economics*, 2018; 27(2): 153-170. <https://doi.org/10.1002/hec.3581>
29. DuBois J, Frankl V. *On the theory and therapy of mental disorders: An introduction to logotherapy and existential analysis*. Routledge. 2005. <https://doi.org/10.4324/9780203005897>
30. Kim C, Choi H. The efficacy of group logotherapy on community-dwelling older adults with depressive symptoms: A mixed methods study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(2):920-928. <https://doi.org/10.1111/ppc.12635>
31. Rahgozar S, Giménez-Llort, L. Design and effectiveness of an online group logotherapy intervention on the mental health of Iranian international students in European countries during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 2024; 15(1): 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323774>
32. Schulenberg SE, Hutzell, RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2008; 45(4): 447-457. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0014331>
33. Ameli M, Dattilio FM. Enhancing cognitive behavior therapy with logotherapy: Techniques for clinical practice. *Psychotherapy*, 2013; 50(3): 387-391. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0033394>
34. Chan CH. Applying Logotherapy in teaching meaning in life in professional training and social work education. *The British Journal of Social Work*, 2024; 54(1): 77-94. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad181>
35. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 2003; 18(1): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

36. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno, FA, Delgado, PL, McKnight KM, Manber R. The Arizona sexual experience scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2000; 26(1): 25-40. <https://doi.org/10.1080/009262300278623>
37. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasouli M. Psychometric properties of the Persian version of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*, 2015; 13 (9): 739-747 [In Persian] <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html>
38. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2004; 2012.02). World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77773/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.02\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.02_eng.pdf)
39. Najafi E, Mosavipour S, Sajadi nezhad, MS. The effectiveness of intervention program of meaning therapy on general well-being, resilience and quality of life of patients with multiple sclerosis. *Rooyesh*, 11 2023; (12): 85-96. [In Persian] <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.12.8.7>
40. Goldberg DP, Hillier, VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 1979; 9(1), 139-145.
41. Ebrahimi Moghaddam H, Mahmodi, A. The relationship between quality of life and self-efficacy among students with mental health component. *Journal of Counseling Research*, 2017; 16 (63): 67-80. [In Persian] <http://iran counseling.ir/journal/article-1-292-fa.html>
42. Bat-Erdene E, Tumurbaatar E, Tumur-Ochir G, Jamiyandorj O, Jadamba T, Yamamoto E, Lkhagvasuren, B. Validation of the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life in Mongolia: a population-based cross-sectional study among adults in Ulaanbaatar. *Nagoya Journal of Medical Science*, 2023; 85(1): 79.-92. <https://doi.org/10.18999%2Fnagjms.85.1.79>
43. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney, P. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991; 60(4): 570–585. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
44. Oraki M, Bayat S, Najafi MT, Noor Mohammadi A. The Relationship between Metacognition Beliefs, Life Expectancy, and Quality of Life and Hospital Depression in Kidney Patients Undergoing Hemodialysis in the City of Karaj. *Sadra Medical Journal*, 2018; 6(2): 87-100. [In Persian] [https://smsj.sums.ac.ir/article\\_43961.html](https://smsj.sums.ac.ir/article_43961.html)
45. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994; 67(6): 1063–1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>

46. Galin S, Heruti I, Barak N, Gotkine M. Hope and self-efficacy are associated with better satisfaction with life in people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 2018; 19(7-8): 611-618. <https://doi.org/10.1080/21678421.2018.1476546>
47. Schulenberg SE, Schnetzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: Logotherapy and intimate relationships. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2010;40(1): 95-102. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9134-4>
48. Didani R., Tabrizi M, Mardani Rad M, Karami A. Comparison of Positive Therapy and Logo-Therapy Efficacy on Positive Feelings toward Spouse and Marital conflicts in Married Women. *Positive Psychology Research*, 2020; 6(1): 83-98. <https://doi.org/10.22108/ppls.2021.123402.1958>
49. Torabi AA, Afrooz GA, Hassani F, Golshani F. Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Evaluating its Effectiveness in Marital Satisfaction of Parents of Children with ADHD. *Quarterly Journal of Family and Research*, 2018; 18 (3): 25-42. [In Persian] <http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5>
50. Gracia TJH, Avila DD, Gracia JFH. The Phubbing: The interference in communication within the classroom. *Journal of Administrative Science*, 2020; 2(3): 12-17. <http://dx.doi.org/10.29057/jas.v2i3.5807>
51. Fatchurahman M, Setiawan MA, Karyanti, K. Intervention group logotherapy and performance measures for reducing phubbing in Generation Z. *Estudos de Psicologia*, 2023; 40(1): 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202340e200244>
52. Shantall T, Shantall T. What Is Logotherapy?. *The Life-changing Impact of Viktor Frankl's Logotherapy*, 2020; 1(1): 1-18. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-30770-7\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-30770-7_1)