

رابطه بین کیفیت زندگی و امید به آینده با افسردگی در زنان مطلقه و متقاضی طلاق شهر اهواز

مصطفی توکل^۱

علیرضا حیدرئی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه امید به آینده و کیفیت زندگی با افسردگی در زنان مطلقه و متقاضی طلاق شهر اهواز بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به دادگاه طلاق خانواده شهر اهواز در سال ۱۳۹۲ و همچنین زنان مطلقه با مدت زمان کمتر از ۵ سال طلاق بودند. از جامعه مذکور تعداد ۱۲۵ نفر متقاضی طلاق و تعداد ۱۹۱ نفر مطلقه به روش نمونه گیری در دسترس، در مجموع ۳۱۶ نفر انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس امیدواری میلر (۱۹۸۸)، پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) بودند. طرح پژوهش از نوع همبستگی بود که نتایج به دست آمده بر اساس تحلیل همبستگی و رگرسیون در سطح $\alpha = 0/001$ نشان می دهند که بین امید به آینده و کیفیت زندگی با افسردگی در بین زنان مطلقه و متقاضی طلاق شهر اهواز رابطه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، امید به آینده، زنان مطلقه و متقاضی طلاق، کیفیت زندگی.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.

۲. دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
arheidarie43@gmail.com

مقدمه

به جرأت می‌توان گفت که مبحث خانواده یکی از دلنشین‌ترین موضوع‌های روان‌شناسی و مشاوره است، زیرا با نزدیک‌ترین محیط به ما، یعنی خانواده سروکار دارد و مفهوم زندگی و حیات انسانی، بدون وجود خانواده (در هر شکل و صورت) مصداق نخواهد داشت (بنسون، ۲۰۰۶). برای اغلب زوجین دومین تنش بزرگ زندگی، پس از مرگ، طلاق یا نبود پیوند عاشقانه است. طلاق اندوه‌بارترین و تلخ‌ترین نوع رهایی از دوزخ ناسازگاری‌هایی است که در زندگی یک زن و شوهر، به علت نبود همخوانی فرهنگی، اجتماعی و فکری، برداشت‌های اشتباه از حرف‌ها و اعمال یکدیگر، بیماری، بدرفتاری و اعتیاد در دو سو یا یکی از دو سو پیوند، رخ می‌دهد (بهرامی، سودانی و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۸۹).

مبانی نظری پژوهش

طلاق پدیده‌ای است که عواقب و پیامدهای متفاوت اقتصادی، اجتماعی و روانشناختی دارد، در این میان ابعاد روانشناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است. افراد طلاق گرفته با کشمکش‌های متعدد فردی و بین فردی مواجه می‌شوند، به گونه‌ای که در این فرآیند هویت آشفته، فقدان امید، تغییر در سبک زندگی و مشکلات جدی در شبکه اجتماعی و شغلی را تجربه می‌کنند. یکی از عواقب عاطفی طلاق، افسردگی است و افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در زنان مطلقه می‌باشد (لیکر^۲ و همکاران، ۲۰۱۴).

سلیگمن (۱۹۹۰؛ به نقل از دی مارکو، گامبارو، زی‌پگنو و گراماگلیا، ۲۰۱۳) افسردگی مرضی را به خاطر شیوع زیاد آن، سرماخوردگی روانی نامیده است. افسردگی در واقع یک بیماری فراگیر و لطمه‌زننده به روح و روان آدمی است که از مشخصات آشکار آن احساس پوچ بودن و ناراحتی؛ احساس ناامیدی و بی‌ارزش بودن و تفکرات منفی است. فرد مبتلا به افسردگی دارای رفتار کند و آهسته است. محققان علوم رفتاری می‌گویند که افسردگی‌های پیشرفته نشانه‌ها و علائمی هستند که می‌توانند فعالیت‌های روزمره، مطالعه، خواب، خوراک و شرکت در فعالیت‌های خوشایند و سرگرم‌کننده را تحت تأثیر قرار دهند. چنین حالتی ممکن است به دفعات در زندگی انسان روی دهد. به نظر محققان در نوع دیگر افسردگی، اختلال روانی دارای نشانه‌هایی از طولانی مدت است. و براساس آن شخص از انجام فعالیت‌های روزانه یا برخوردار از احساساتی خوب و دلپذیر محروم می‌شود و دوره‌های پریشان‌خاطری قابل توجهی را در برخی از برهه‌های زندگی طی می‌کند.

عوامل تنش‌زای پس از طلاق را نمی‌توان جدای از ویژگی‌های شخصیتی همچون اعتماد به نفس، عزت نفس، خوش بینی و امید و همچنین وضعیت زندگی فرد همچون رفاه

1. Benson

2. Liker

3. Di Marco, Gambaro, Zeppego & Gramaglia

اقتصادی، پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی در نظر گرفت. به عقیده راجرز، پاتندن، پالن و بیکردیک^۱ (۲۰۱۰) از جمله دلایل افسردگی زنان مطلقه، کیفیت زندگی پایین، آسایش و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف آنان می‌باشد. کیفیت زندگی مقوله‌ای پیچیده است که در منابع گوناگون عمومی و تخصصی تعاریف متفاوتی از آن ارائه شده است که از "رضایت از زندگی" تا "توانایی عملکرد فرد" گسترده است. مفاهیمی که برای فهم کیفیت زندگی به کار می‌برند شامل خوشنودی و ناخشنودی، شرایط و چگونگی زندگی، شادکامی و ناشادمانی، تجربه زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی می‌باشد (جنکینز، هوست، مایر و بلیست^۲، ۲۰۱۱). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی رابطه منفی و برعکس سطوح بالای کیفیت زندگی و امید با خود ارزشمندی، تفکر مثبت، سلامت جسمانی و روانشناختی و روابط اجتماعی بالا رابطه مثبت دارد (نیوتن، رایان، کینگ و اسمیت^۳، ۲۰۱۴؛ مندس، ۲۰۱۳؛ طاهری و امیری، ۱۳۸۹؛ کجاف و همکاران، ۱۳۹۰).

اشنایدر^۴ (۲۰۱۱) بیانگذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه‌ای شامل دو مفهوم، اینگونه تعریف کرده است: «توانایی طراحی گذرگاه‌هایی^۵ به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و عاملیت^۶ یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها». یکی از مهمترین نیازهای روانی انسان، امید است. از نظر جهان بینی توحیدی، امید به آینده تحفه الهی است که چرخ زندگی را به گردش در می‌آورد و موتور تلاش، کوشش و انگیزه را پر شتاب می‌کند (قرآن؛ به نقل از آقاباقری و همکاران، ۱۳۹۱). امید، نیروی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند. امید به انسان‌ها انرژی می‌دهد و مجهزشان می‌کند، و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌کند. امید، به فرد انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی را که زندگی بر او تحمیل می‌کند، می‌دهد و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (ماتیو، دانیگ، کوس و ویلان^۷، ۲۰۱۴). امیدواری، پیوندی است میان رفتارهای مرتبط با هدف و باورهای فرد برای رسیدن به این اهداف. نظریه امید اساساً یک نظریه شناختی است که افراد به وسیله آن فعالانه اهداف خود را دنبال می‌کنند. از نظر اشنایدر (۲۰۰۰)، امید به آینده فرآیندی است که طی آن افراد: ۱. اهداف خود را تعیین می‌کنند؛ ۲. راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف می‌سازند و ۳. انگیزه لازم برای به اجرا در آوردن این راهکارها را ایجاد و در طول مسیر حفظ می‌کنند.

1. Rogers, Pattenden, Pullen & Bickerdike

2. Jenkins, Hoste, Meyer & Blissett

3. Newton, Ryan, King & Smith

4. Snyder

5. pathway

6. agency

7. Mathew, Dunning, Coats & Whelan

پیشینه پژوهش

میزان امیدواری بالا با بهزیستی ذهنی بیشتر همراه است. امیدواری از طریق تجارب موفقیت آمیز زندگی افزایش می‌یابد و به واسطه تجارب شکست، تقلیل می‌یابد (ماتیو و همکاران، ۲۰۱۴). جورج^۱ (۲۰۱۰)، در پژوهشی تحت عنوان احساس بهزیستی ذهنی در اواخر عمر نشان داد که رضایت از زندگی می‌تواند سبب افزایش شادی و امید در سال‌های آخر عمر شود. نتیجه اینکه، بین امیدواری و رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین مبنی بر مطالبی که در باب مسئله طلاق و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از آن بیان شد، در این پژوهش سعی بر آن است که به رابطه بین کیفیت زندگی و امید به آینده با افسردگی در بین زنان مطلقه و متقاضی طلاق پرداخته شود.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان متقاضی طلاق شهر اهواز می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ به دادگاه خانواده شهر اهواز به منظور گرفتن طلاق مراجعه کرده بودند، همچنین شامل کلیه زنان مطلقه شهر اهواز می‌باشد که سن آنها زیر ۴۰ سال و کمتر از ۵ سال از زمان طلاق آنها سپری شده است. نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به دادگاه خانواده و درخواست همکاری در صورت امکان از مراجعین زن متقاضی طلاق و تفهیم نقشی که این افراد در انجام این پژوهش دارند، پرسشنامه‌های مربوط به پژوهش در اختیار آنها جهت تکمیل قرار می‌گرفت. همچنین در پایان تکمیل پرسشنامه، سؤالی با این عنوان که «آیا در بین دوستان و آشنایان کسی را می‌شناسید که مطلقه باشد و مدت طلاق او کمتر از ۵ سال باشد؟» در صورت جواب مثبت، پرسشنامه‌ای به او تحویل داده می‌شد تا در اختیار فرد مورد نظر قرار دهد و از طریق ملاقات مجدد در دادگاه، پرسشنامه تکمیل شده استرداد می‌شد. بدین ترتیب نمونه‌ای به حجم ۳۱۶ نفر انتخاب گردید.

طرح این پژوهش از نوع همبستگی می‌باشد. در این پژوهش به بررسی رابطه امید به آینده و کیفیت زندگی با افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق شهر اهواز پرداخته شده است.

ابزارهای پژوهش

مقیاس امیدواری میلر: پرسشنامه امیدواری میلر (۱۹۸۸) شامل ۴۸ ماده می‌باشد که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده و از بسیار مخالف (۱) تا بسیار موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس امید، نمره‌ای بین ۴۸ تا ۲۴۰ می‌باشد که نمرات بالا بیانگر امیدواری

بالای فرد و نمرات پایین نیز بیانگر عدم امید (درماندگی) فرد می‌باشند. در پژوهش عسگری و شرف‌الدین (۱۳۸۹)، برای تعیین روایی این مقیاس، نمره آن با نمره پرسشنامه شادکامی همبسته شده و مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری ($p < 0/001$)، $r = 0/75$ و $N = 50$) بین آنها وجود دارد. مرتضایی (۱۳۹۰) برای بررسی روایی این مقیاس، آن را با استفاده از روش روایی ملاکی با پرسشنامه «مقیاس امید در عرصه‌های خاص بزرگسالان» سیمپسون^۱ (۱۹۹۹) همبسته کرد. همبستگی بین این دو مقیاس امید برابر با $0/89$ به دست آمد که بیانگر روایی بالای این مقیاس می‌باشد. فاسو و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی برای بررسی پایایی مقیاس امید از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ در بین دانشجویان پسر، دانشجویان دختر و کل دانشجویان به ترتیب برابر با $0/88$ ، $0/83$ و $0/87$ می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس امید با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف، به ترتیب $0/89$ و $0/88$ بدست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی: پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت (۱۹۹۸) حاوی ۲۶ سوال می‌باشد و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۳، ۶ و ۸ سوال می‌باشند). دو سوال هم به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. کلیه سوالات به صورت ۵ گزینه‌ای و در مقیاس لیکرت بوده که گزینه پنجم، نشانه بهترین وضعیت (نمره ۴) و گزینه اول، نشانه‌ی بدترین وضعیت (نمره صفر) می‌باشد. نتایج گزارش شده برای پایایی این پرسشنامه توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، که تعداد ۴۸۰۲ از ۱۵ کشور، تعداد ۴۱۰۴ نفر از ۱۳ کشور و تعداد ۲۳۶۹ نفر از ۵ کشور را مورد سنجش قرار گرفتند. میزان آلفای کرونباخ بین $0/66$ تا $0/84$ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است (به نقل از وونگ و همکاران، ۲۰۱۲). وونگ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده کردند. بار عاملی برای گویه‌های این پرسشنامه بین $0/54$ تا $0/83$ به دست آمد که بیانگر روایی مطلوب و قابل قبول این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش تنصیف به ترتیب $0/91$ و $0/85$ بدست آمد.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۸) دارای دو فرم ۲۱ و ۱۳ سوالی است که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد که اجرای ۵ دقیقه زمان نیاز دارد. هر گزاره این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گزینه‌ای است که دامنه آن از نمره (۰) تا نمره (۳) می‌باشد. بنابراین حداقل نمره و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۳۹ می‌باشد که

نمرات بالا بیانگر افسردگی بالا و نمرات پائین بیانگر عدم افسردگی یا افسردگی خفیف می‌باشند. ضریب همبستگی آزمون افسردگی بک با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتن ۰/۷۳ و با مقیاس افسردگی MMPI^۱ حدود ۰/۷۶ است که بیانگر روایی بالای این پرسشنامه می‌باشد (مارنات، ۲۰۰۳؛ ترجمه ی شریفی و نیکخو، ۱۳۹۰). موناف و سیدیکای^۲ (۲۰۱۳) در پژوهش خود، ضریب پایایی پرسشنامه افسردگی بک را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز، ضریب پایایی مقیاس افسردگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۲ بدست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های مربوط به آمار توصیفی برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل نمره و حداکثر نمره برای متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش آورده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| شاخصهای آماری متغیرها | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|--------------------------|---------|--------------|------------|-------------|
| افسردگی | ۲۲/۶۲ | ۷/۵۹ | ۴ | ۳۴ |
| امید به آینده | ۹۹/۹۲ | ۳۰/۰۶ | ۵۲ | ۱۷۳ |
| کیفیت زندگی | ۴۷/۷۱ | ۱۷/۰۵ | ۱۷ | ۹۵ |
| سلامت جسمانی | ۱۱/۲۷ | ۵/۲۰ | ۱ | ۲۳ |
| سلامت روانی | ۱۳/۴۳ | ۴/۵۸ | ۳ | ۲۲ |
| روابط اجتماعی | ۱۰/۰۳ | ۴/۲۸ | ۲ | ۲۲ |
| سلامت محیطی | ۱۰/۰۱ | ۴/۵۹ | ۳ | ۲۳ |

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌کنید میانگین و انحراف معیار نمره‌های مقیاس افسردگی به ترتیب ۲۲/۶۲ و ۷/۵۹، مقیاس امید به آینده به ترتیب ۹۹/۹۲ و ۳۰/۰۶، مقیاس کیفیت زندگی به ترتیب ۴۷/۷۱ و ۱۷/۰۵، خرده مقیاس سلامت جسمانی به ترتیب ۱۱/۲۷ و ۵/۲۰، خرده مقیاس سلامت روانی به ترتیب ۱۳/۴۳ و ۴/۵۸، خرده مقیاس روابط اجتماعی به ترتیب ۱۰/۰۳ و ۴/۲۸ و خرده مقیاس سلامت محیطی به ترتیب ۱۰/۰۱ و ۴/۵۹ می‌باشد. فرضیه ۱: بین امید به آینده و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

2. Munaf & Siddiqui

جدول ۲: ضرایب همبستگی ساده بین امید به آینده و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق

| متغیرها | شاخص آماری | ضریب همبستگی | ضریب تعیین R^2 | سطح معناداری p |
|-------------------------|------------|--------------|------------------|------------------|
| امید به آینده و افسردگی | | -۰/۴۲ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ |

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود میزان ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر امید به آینده و افسردگی در بین زنان مطلقه و متقاضی طلاق ($r = -0/42$) می باشد، لذا رابطه منفی معنی داری بین این دو متغیر در پژوهش حاضر مشاهده شد ($p < 0/001$).
فرضیه ۲: بین کیفیت زندگی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی ساده بین کیفیت زندگی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق

| متغیرها | شاخص آماری | ضریب همبستگی | ضریب تعیین R^2 | سطح معناداری p |
|-----------------------|------------|--------------|------------------|------------------|
| کیفیت زندگی و افسردگی | | -۰/۵۱ | ۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ |

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود میزان ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر کیفیت زندگی و افسردگی در بین زنان مطلقه و متقاضی طلاق ($r = -0/51$) می باشد، لذا رابطه منفی معنی داری بین این دو متغیر در پژوهش حاضر مشاهده شد ($p < 0/001$).
فرضیه ۱-۲: بین سلامت جسمانی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲-۲: بین سلامت روانی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲-۳: بین روابط اجتماعی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.
فرضیه ۲-۴: بین سلامت محیطی و افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه وجود دارد.

جدول ۴: ضرایب همبستگی ساده بین ابعاد کیفیت زندگی با افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق

| متغیرها | شاخص آماری | ضریب همبستگی | ضریب تعیین R^2 | سطح معناداری p |
|-------------------------|------------|--------------|------------------|------------------|
| سلامت جسمانی و افسردگی | | -۰/۵۰ | ۰/۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت روانی و افسردگی | | -۰/۴۸ | ۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ |
| روابط اجتماعی و افسردگی | | -۰/۴۲ | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت محیطی و افسردگی | | -۰/۳۶ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ |

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود میزان ضریب همبستگی پیرسون ابعاد کیفیت زندگی یعنی متغیر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی با افسردگی در بین زنان مطلقه و متقاضی طلاق به ترتیب ($r = -0/50$)، ($r = -0/48$)، ($r = -0/42$) = $r = -0/36$)، می باشد، لذا رابطه منفی معنی داری بین ابعاد کیفیت زندگی با افسردگی در پژوهش حاضر مشاهده شد که همه این همبستگی ها در سطح ($p < 0/001$) معنی دار بودند.
فرضیه ۳: بین امید به آینده، کیفیت زندگی و ابعاد آن با افسردگی در زنان مطلقه و متقاضی طلاق رابطه چندگانه وجود دارد.

جدول ۵: ضرایب همبستگی چندگانه امید به آینده، کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت محیطی) با افسردگی در زنان مطلقه و متقاضی طلاق با روش ورود همزمان (Enter)

| p | t | β | B | همبستگی ضریب تعیین | | شاخصهای آماری متغیرها |
|-------|-------|---------|--------|--------------------|-----------|-----------------------|
| | | | | RS | R چندگانه | |
| ۰/۰۱ | -۳/۰۸ | -۰/۳۸۸ | -۰/۴۰۲ | | | امید به آینده |
| ۰/۰۰۱ | -۷/۰۴ | -۱/۱۲ | -۱/۵۴ | | | کیفیت زندگی |
| ۰/۰۰۱ | -۳/۸۹ | -۰/۴۱۰ | -۰/۶۲۰ | ۰/۳۴ | ۰/۵۹ | سلامت جسمانی |
| ۰/۰۰۱ | -۴/۴۰ | -۰/۵۴۱ | -۰/۵۵۷ | | | سلامت روانی |
| ۰/۰۵ | -۳/۳۵ | -۰/۳۹۴ | -۰/۴۳۹ | | | عملکرد اجتماعی |
| ۰/۰۵ | -۱/۹۶ | -۰/۲۷۸ | -۰/۳۱۶ | | | سلامت محیطی |

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود، براساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه و با روش ورود همزمان، ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای امید به آینده، کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و سلامت محیطی) با افسردگی در زنان مطلقه و متقاضی طلاق برابر با $MR=0/59$ و ضریب تعیین برابر با $RS=0/34$ می باشد که اثر امید به آینده در سطح $(p<0/01)$ ، اثر کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی در سطح $(p<0/001)$ و اثر عملکرد اجتماعی و سلامت محیطی در سطح $(p<0/05)$ معنی دار می باشد. با توجه به ضریب تعیین بدست آمده، مشخص شده است که حدود $0/34$ واریانس افسردگی توسط متغیرهای پیش بین، تبیین شده است.

نتیجه گیری

فرضیه اول با عنوان وجود رابطه معنادار بین امید به آینده و افسردگی، تأیید می شود که این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش رشیدیان (۱۳۹۲)، هادی نژاد (۱۳۹۰)، راجاندرام و همکاران (۲۰۱۱)، چانگ و همکاران (۲۰۱۳) و ماتئو و همکاران (۲۰۱۴) همسو می باشد. در تبیین این یافته اینگونه می توان قضاوت کرد که به عقیده اسنایدر (۲۰۰۰)، افراد با برخورداری از سطح بالایی از امید، می توانند خودشان را در برابر افسردگی حفاظت کنند و در دوره های کوتاه مدت و موقعیتی افسردگی زودتر بهبود یابند و احتمال کمتری دارد که تجربه دوباره ای داشته باشند. تحقیقات نشان داده اند که علائم افسردگی و اضطراب در افراد امیدوار کمتر گزارش می شود. امید پائین می تواند سطح افسردگی و ضعف های روانی-اجتماعی را پیش بینی کند. ماتئو و همکاران (۲۰۱۴) بیان می کنند که امیدواری به منزله احیای هدف و معنا برای زندگی افرادی است که به خاطر شکست هایی در زندگی از افسردگی و اضطراب رنج می برند، زیرا آسیب روانی به ویژه افسردگی، هنگامی به وجود می آید که امیدواری به آینده و تغییر وضع موجود با شکست رو به رو شود. امیدواری به فرد کمک می کند تا با قرار دادن خود در بافتی

بزرگتر و آینده‌ای روشن، فلسفه‌ای از زندگی را مبنی بر اینکه فرد برای سرنوشت، تصمیمات و حیاتش مسئول است، به دست بیاورد. در واقع امیدواری بزرگترین سلاح برای واژگون کردن تجربه افراد از افسردگی بعد از روخداهای منفی زندگی است. بک (۲۰۰۰) در نظریه خود از ناامیدی به عنوان علامت اصلی افسردگی یاد می‌کند و بیان می‌کند که ناامیدی هم فلج‌کننده اراده است و هم باعث تحمل ناپذیر شدن و میل به گریز از یک موقعیت می‌گردد. بررسی‌ها بر نقش رویدادهای منفی زندگی مانند طلاق، مرگ یکی از والدین و بیماری‌های صعب‌العلاج که امکان دارد در سبب‌شناسی، دوره و پیشرفت ناامیدی نقش داشته باشند متمرکز شده‌اند.

همچنین مندس (۲۰۱۳) به نقش مهم امیدواری در تعدیل فرآیند افسردگی و افزایش انعطاف‌پذیری فرد اشاره می‌کند و ادعا دارند که از آن می‌توان به عنوان تکنیک مدیریت استرس استفاده کرد. این پژوهشگران، نشان داده‌اند که افراد دارای امیدواری بالاتر، هیجانات منفی و مشکلات سلامتی کمتری دارند. از نظر آنها امیدواری نقش پیشگیری‌کننده‌ای در مشکلات سلامتی و به‌ویژه، افسردگی و استرس دارد. افراد امیدوار با توانایی مقابله بهتر با روخداهای ناخوشایند، بیان هیجانات و نیز مدیریت و کنترل آنها مشخص می‌شوند. بنابراین می‌توان گفت که امیدواری از یک سواز طریق افزایش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، افسردگی فرد را کاهش می‌دهد و بر سلامت فرد اثر می‌گذارد و از سوی دیگر مهارت‌های امیدواری و خودآگاهی هیجانی، مهارت‌های ارتباطی و توانایی افراد را در ایجاد و حفظ شبکه‌های اجتماعی افزایش می‌دهد که این امر نیز به حفظ سلامت روانی و کاهش مشکلات افسردگی زنان مطلقه کمک می‌کند.

فرضیه ۲ با عنوان وجود رابطه بین کیفیت زندگی و ابعاد آن با افسردگی، تأیید می‌شود که این یافته با نتایج پژوهش‌های قجرزاده (۱۳۹۰)، حقگو و همکاران (۱۳۸۹)، لائو وین (۲۰۱۱)، مندس (۲۰۱۳) و نیوتن و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان اذعان کرد که طلاق، حتی برای زنانی که خواهان جدائی بوده‌اند، لزوماً پایان بخش استرس‌های ناشی از ازدواج نیست، بلکه در مراحل پایانی ازدواج و حتی پس از طلاق، حوادث و فرآیندهای (میانجی‌های) جدیدی به وجود می‌آید که قادر است کیفیت زندگی، عواطف، رفتار و سلامت زن مطلقه را تحت تأثیر قرار دهد، این میانجی‌ها عبارتند 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)، ادامه تعارض با همسر سابق در مورد حمایت، دیدار یا حضانت از فرزند، فقدان حمایت عاطفی به دلیل کاهش ارتباط با خویشاوندان سببی، دوستان متأهل و همسایگان، کاهش تحرک اقتصادی و سایر وقایع مختل‌کننده روند عادی زندگی نظیر نقل مکان از محیطی مناسب و گرانبه‌تر به محله‌ای فقیرنشین و امکانات نامناسب زندگی. این عوامل میانجی و مؤثر بر کیفیت زندگی، مکانیزم‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آنها، طلاق بر سلامت روانی، عملکرد فردی، سطح زندگی و بهزیستی روانشناختی آنها تأثیر مخرب و منفی خواهد گذاشت. در چنین شرایطی احتمال اینکه گرفتار اختلالات خلقی و عاطفی همچون افسردگی شوند خیلی زیاد است (نیوتن و همکاران، ۲۰۱۴).

علاوه بر این، یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و شبکه حمایتی دوستان و جامعه می باشد که به نظر می رسد زنان مطلقه و متقاضی طلاق از این شبکه حمایتی برخوردار نیستند و معمولاً از طرف دوستان، همسایگان، خویشان و والدین طرد می شوند و توجهات عاطفی و حمایتی که قبلاً در دوران مجردی از آن برخوردار بود و از طرف والدین دریافت می کرد، اکنون دریافت نمی کند که این مسئله می تواند به عنوان یکی از تعارضات فردی دامن گیر زنان مطلقه شود. به عقیده ریو و همکاران (۲۰۱۳) حمایت غیررسمی و ادراک کارآیی خانواده و دوستان به عنوان منابع حمایتی، می تواند در مهار و کاهش افسردگی، نقشی اساسی ایفاء کند، بدین ترتیب چتر حمایتی خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی زنان مطلقه و نیز روابط و تعاملات قوی اجتماعی می تواند فرد را در مواجهه و سازگاری بهتر با رویدادی به نام طلاق یاری دهد.

از طرف دیگر، یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی، سلامت روانی فرد است، زنان مطلقه و متقاضی طلاق، به دلیل پیش بینی هایی که در زندگی آینده بدون همسر و یا بدون فرزند خواهند داشت دچار احساس تنهایی و طرد شدن خواهند داشت، این افراد در اغلب موارد دچار احساس حقارت و گناه خواهند کرد چرا که احساس می کنند رفتارهای او باعث شد که همسر و فرزندش از او جدا شوند و در چنین شرایطی عزت نفس آنها کاهش خواهد یافت و گرفتار تخریب خود، سرزنش خود و خطاهای شناختی و در نهایت افسردگی، استرس، اضطراب و احساس ناامیدی خواهند کرد. لذا به نظر می رسد سلامت روانی زنان مطلقه و متقاضی طلاق که یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی و همچنین نشانگر نرمال بودن فرد می باشد، تهدید می شود که احتمال ابتلا به اختلال افسردگی خواهد رفت.

فرضیه سوم پژوهش که فرضیه اصلی می باشد، با عنوان وجود رابطه چندگانه بین امید به زندگی، کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه و متقاضی طلاق، تأیید می شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های رشیدیان (۱۳۹۲)، قجرزاده (۱۳۹۰)، لائو و یین (۲۰۱۱)، راجاندرام و همکاران (۲۰۱۱)، مندس (۲۰۱۳)، چانگ و همکاران (۲۰۱۳) و نیوتن و همکاران (۲۰۱۴) همسو می باشد.

در تبیین نقش پیش بینی کنندگی قوی و معنا دار امید به آینده و کیفیت زندگی برای افسردگی زنان مطلقه و متقاضی طلاق می توان این گونه نتیجه گیری نمود که امید به زندگی به عنوان یکی از ویژگی های روان شناختی افراد تأثیر قابل توجهی بر حس مسئولیت پذیری، اهداف آینده، خود کارآمدی، انگیزه پیشرفت و همچنین اختلالات روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب دارد و از طرف دیگر هم، کیفیت زندگی به عنوان یکی از متغیرهای فردی-اجتماعی بر این نکته تأکید دارد زندگی فرد تحت تأثیر چهار مؤلفه یا بعد می باشد که شامل دو جنبه فردی و دو جنبه اجتماعی می باشد. یعنی دو مؤلفه سلامت روانی و سلامت جسمانی مربوط به مؤلفه های فردی و سلامت محیطی و عملکرد اجتماعی نیز مربوط به فضای اجتماعی، شبکه دوستان و همکاران و محیطی که در آن زندگی می کند می باشد. بنابراین می توان انتظار داشت

به دلیل اینکه زنان مطلقه و متقاضی طلاق از امید به آینده و کیفیت زندگی مناسب برخوردار نیستند، از افسردگی بالا رنج ببرند و این دو متغیر پیش بین بتوانند در حد معناداری این افسردگی را تبیین نمایند.

منابع

- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال ۴، شماره ۱، ص ۳۱-۲۳.
- بک، آرون. تی (۱۹۹۸). شناخت درمانی و مشکلات روانی. ترجمه مهدی قراچه داغی (۱۳۸۸). انتشارات دُرسا.
- بهرامی، فرحناز؛ سودانی، منصور و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه افسرده. *مطالعات اجتماعی-روان‌شناختی زنان*، سال ۸، شماره ۱، ص ۱۴۵-۱۲۹.
- رشیدیان، هانا (۱۳۹۲). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس، شادکامی و امید به زندگی با افسردگی در زنان مطلقه زیر ۳۰ سال شهر کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- حقگو، حجت‌الله؛ ساعد پازوکی، المیرا؛ سرافراز، زهره و رصافیانی، مهدی (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکتة مغزی. پژوهش در علوم توانبخشی، سال ۶، شماره ۲، ص ۹-۱.
- طاهری، رحیم؛ امیری، جلیل (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طر حواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال ۲، شماره ۳، ص ۲۵-۳۷.
- عسگری، پرویز و شرف‌الدین، هدا (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس بهزیستی ذهنی در دانشجویان. *مجله یافته‌های نو در روانشناسی*. WWW.sid.ir
- قجرزاده، مهسا؛ خیرخواه، شهربانو و غیائی، مریم (۱۳۹۰). بررسی اختلال افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران ویتیلیگو. *مجله علمی-پژوهشی پوست و زیبایی*، دوره ۲، شماره ۴، ص ۲۰۹-۲۰۳.
- کجباف، محمدباقر؛ آقایی، اصغر و محمودی، عفت (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش شادکامی بر کیفیت زندگی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، فصلنامه خانواده پژوهی، دوره ۷(۱)، ص ۸۱-۶۹.
- مارنات، گری گراث (۱۹۹۰). راهنمای سنجش روانی، برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان. ترجمه ی حسن پاشا شریفی و محمد رضانیکخو (۱۳۹۰). تهران، انتشارات رشد.

مرتضایی، آگرین (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، کیفیت خواب و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر سنج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران.

هادی نژاد، تقی (۱۳۹۰). ارتباط بین میزان معنویت، افسردگی و امید به زندگی در بیماران سرطانی مرد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

- Beck, J. (2000). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press
- Benson, W. (2006). The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. These is for degree of master of science in the department of educational sciences middle east technical university.
- Chang, E. C., Yu, E. A., & Hirsch, J. K. (2013). On the confluence of optimism and hope on depressive symptoms in primary care patients: Does doubling up on bonum futurum Proffer any added benefits? *Journal of Positive Psychology*, 8(5), 404-411.
- Di Marco, S., Gambaro, E., Zeppego, P., & Gramaglia, C. (2013). Postpartum depression, anxiety and marital relationship: A pilot study. *European Psychiatry*, 28 (1) 1.
- Faso, D. J., Neal-Beevers, R., Carlson, C. L. (2013). Vicarious futurity, hope, and well-being in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, (2), 288-297.
- George, L. K., (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social sciences*. 65 (3). 331-339.
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 31, 113 121.
- Lau, Y., Yin, L. (2011). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*, 27, 5, 668-673.
- Liker, A., Freckleton, R. P., & Székely, T. (2014). Divorce and infidelity are associated with skewed adult sex ratios in birds. *Current Biology*, 24, 8, 880-884.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Mendes, M. S. (2013). Depression and women's life cycle: comparative prevalence of depressive symptoms in women along the life cycle in a portuguese community sample *European Psychiatry*, 28, 1, 1.
- Munaf, S., & Siddiqui, B. (2013). Relationship of Post-natal Depression with Life and Marital Satisfaction and Its Comparison in Joint and Nuclear Family System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 9,733-738.
- Newton, N. J, Ryan, L. H., King, R. T., & Smith, J. (2014). Cohort differences in the marriage-health relationship for midlife women. *Social Science & Medicine*, 116, 64-72.
- Rajandram, R. K., Ho, S. M., Samman, N., Chan, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *Journal of BMC Research Notes*, 2, 1-7.
- Rogers, M., Pattenden, R., Pullen, P., & Bickerdike, A (2010). Women and separation: Managing new horizons. *Relationships Australia (Victoria) and beyondblue: the national depres-*

- sion initiative.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2001). *Handbook of Positive Psychology*. US: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of Hope*, Orlando FL, Academic Press.
- Wong, N., Sarver, D. E. & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders* ,26, 50– 57.