

## اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی دختران دبیرستانی شاهد و ایثارگر *Effectiveness of therapy Spirituality on quality of life for high school girls martyr and dedicated*

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۱۲

Ghazanfari F.PhD, Sabzian S. MSc<sup>✉</sup>,  
Garavand H. MSc

فیروزه غضنفری<sup>۱</sup>، سعیده سبزیان<sup>✉</sup>، هوشنگ گراوند<sup>۱</sup>

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the efficacy of therapeutic spirituality The quality of life for high school girls martyr and dedicated.

**Method:** A quasi-experimental study using pre-test and post-test and follow-up with the control group Was conducted The population consisted of all female high school students witnessed and martyr child .That among them, 30 people were selected by cluster random sampling.Instruments measured in this study, demographic and quality of life questionnaire. After interventions, post-test and after 4 months. follow-up test was performed.

**Results:** data using the Software 20 - SPSS and analysis of covariance were analyzed. The results of covariance showed that Spiritual therapy-based intervention to increase 55.9% Quality of life in post-test and was 57% in follow-up.

**Discussion:** Based on these findings, we can conclude Spiritual health intervention is effective in increasing the quality of life; therefore, this intervention can be used to enhance the quality of life of students.

**Key words:** spirituality health, quality of life, high school girls, martyr and Dedicated

### چکیده

**مقدمه:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی دختران دبیرستانی شاهد و ایثارگر بود.

**روش:** پژوهش حاضر به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش آموزان دختر دبیرستانی فرزند شاهد و ایثارگر در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در شهر اصفهان بود که از میان آنان تعداد ۳۰ نفر به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. پس از اعمال مداخله پس آزمون و بعد از ۴ ماه آزمون پیگیری اجرا شد.

**نتایج:** داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS - ۲۰ و آزمون آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که ارائه مداخله مبنی بر معنویت درمانی باعث افزایش ۵۵/۹٪ کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و ۵۷٪ آن در مرحله پیگیری شد ( $p < 0/05$ ).

**بحث:** براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله مبنی بر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی موثر بوده است؛ لذا می توان از این مداخله در جهت بالا بردن کیفیت زندگی در دانش آموزان استفاده کرد.

**کلید واژه ها:** معنویت درمانی، کیفیت زندگی، دختران دبیرستانی، شاهد و ایثارگر

<sup>✉</sup> Corresponding Author: Department of Educational Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran  
E-mail: sabzian1989@yahoo.com

<sup>۱</sup> - گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران  
<sup>✉</sup> گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

## مقدمه

اثرات جنگ بر اختلالات روانی و روانپزشکی نوجوانان در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است (خمیس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). با توجه به نقش اساسی پدر در رشد و تحول روحی و روانی کودک و نوجوان، فرزندان شاهد و ایثارگر که دوران کودکی خود را با فقدان پدر و یا آسیب دیدگی او سپری نموده‌اند، نیازمند توجه بیشتری هستند. نتایج به دست آمده از آخرین تحقیقات حاکی از آن است که فرزندان شاهد و جانبازان، نسبت به فرزندان که دارای پدران فاقد این اختلال هستند، مشکلات بیشتری را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به دیگران دارند (سلیمباسیک<sup>۲</sup>، سینانویچ<sup>۳</sup>، آودیگویچ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (استر، کوپر و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

کیفیت زندگی را به عنوان، در اختیار داشتن منابع لازم برای رضایت از نیازهای فردی، خواست‌ها و تمایلات، شرکت در فعالیت‌هایی که امکان رشد فردی و خودشکوفایی و مقایسه رضایت بخش بین خود و دیگران را مقدور می‌سازد تعریف کرده‌اند (فهی و سینید<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

در پژوهش‌های گذشته تاکنون رابطه هوش، معنویت، سلامت جسمانی و روانی، فعالیت‌های اوقات فراغت و ارتباط اعضای خانواده و عوامل اجتماعی مانند شغل و تمایلات بین فردی با کیفیت زندگی بررسی شده است (فریش<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶؛ سونگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

در دوران معاصر کیفیت زندگی به موضوع مورد مطالعه دانشمندان تبدیل شده است زیرا آنها به این واقعیت پی برده‌اند که آینده جامعه در گرو شناسایی عواملی است که بر شرایط زندگی انسان‌ها تأثیر می‌گذارد (جواهری و همکاران، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی همواره به عنوان یک پیامد نهایی در کارآزمایی‌های بالینی، مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی مدنظر بوده است (فایر و ماچین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷) و حوزه‌های مختلف از جمله سلامت و کار، اقتصاد، اجتماع و خانواده را شامل می‌شود (ساماراکو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱). شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد کیفیت زندگی، پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی است (گیاکومز، رایمر، کیملیر و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی با بهداشت روانی افراد ارتباط دارد و به بیان حالات، تغییرات و توانایی‌ها و میزان رضایت افراد از عملکردهای زندگی می‌پردازد (اندیکوت، نی و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱). زندگی با کیفیت مطلوب، ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد (قرآن، سوره نحل، آیه ۹۷). امروزه توجه به ظرفیت‌هایی معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش بسیار دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، معنویت است که در واقع نوعی آگاهی درونی و احساس ارتباط بین خود و جهان اطراف می‌باشد (استامپ، ۱۹۹۱؛ به نقل از مومنی و شهبازی راد، ۱۳۹۱). اسوینتون و پاتیسون<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۱) 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. وگان<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۳) معنویت را بالاترین سطح رشد در زمینه‌هایی همچون شناخت، اخلاق و هیجان در بین افراد می‌داند و آن را به عنوان یک

نگرش و شامل تجربیات اوج و از حوزه‌های رشدی در نظر می‌گیرد. همچنین دین و معنویت پیامدهای مثبت مهمی در روابط زندگی به ویژه کیفیت زندگی خانوادگی داشته است. باورهای دینی با سطوح پایین تعارضات زناشویی، حمایت معنوی بالاتر، ثبات و تداوم نقش‌های مثبت والدینی، افزایش روابط حمایتی بین والدین و کودکان همبستگی داشته است (برودی، استون من و مک کراری، ۱۹۹۴؛ به نقل از پترسون و سلیگمن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۴).

سازمان بهداشت جهانی که در سال‌های اخیر مشغول تهیه مقیاس کیفیت زندگی با مشارکت بیش از ۳۰ کشور جهان بوده است، معنویت را یکی از مولفه‌های اصلی کیفیت زندگی تلقی نموده که در ارزیابی و درمان بایستی به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی لحاظ شود (به نقل از گیلفورد<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲). ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه WHO شامل سلامت جسمی، روان شناختی، احساس استقلال فردی، روابط اجتماعی سالم، محیط سالم و معنویت و اعتقادات فردی است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸، به نقل از گیلفورد، ۲۰۰۲). با توجه به این که جنگ تحمیلی پیامدهایی در ابعاد گوناگون اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جامعه داشته است؛ بدون شک تأثیرات فرهنگی آن در میان جوانان و نوجوانان که پدرانشان مستقیماً درگیر جنگ بوده اند؛ قابل بررسی است. در ارتباط با متغیرهای پژوهش تاکنون تحقیقات محدودی صورت گرفته است که در این جا به برخی از آنها اشاره می‌شود. ریپنتروپ و همکاران<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۶)، در پژوهشی به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی دست یافتند. پریسلاوکر و ماریسا و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی در رابطه با کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در افراد مبتلا به ایدز نشان دادند که

ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معنا داری دارد. بابایی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت پرداختند؛ نتایج پژوهش آنها نشان داد که معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت تأثیر گذاشته است.

مومنی و شهبازی راد (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی دانشجویان پرداختند؛ نتایج پژوهش آنان نشان داد بین تاب آوری، معنویت و راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد. لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداختند؛ نتایج پژوهش نشان داد مداخله معنوی موجب افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌شود. همتی، احمدی و انوشه (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت عامل مهمی است که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

در واقع کیفیت زندگی به واسطه نقشی که در سلامت روانی افراد دارد از اهمیت زیادی برخوردار است، به خصوص اینکه یکی از عواقب عمده کاهش کیفیت زندگی را افزایش مشکلات روان شناختی ذکر کرده اند (لیو<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۶). با توجه به اهمیت و حساسیت دوره نوجوانی و در معرض آسیب بودن فرزندان شاهد و جانباز در محیط خانواده و با توجه به

اینکه این دانش‌آموزان از اقبال برگزیده و آینده ساز کشور هستند و کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها در یادگیری و موفقیت تحصیلی اشان تأثیرگذار خواهد بود. همچنین باتوجه به نقش تأثیرگذار دین و معنویت بر بهبود کیفیت زندگی و این که تاکنون پژوهشی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار نداده است؛ لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی دختران دبیرستانی شاهد و ایثارگر می پردازد.

## روش

جامعه آماری در این تحقیق، دانش‌آموزان دختر فرزند شاهد و جانباز مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. به این صورت که از میان مناطق شش گانه آموزش و پرورش یکی از مناطق، به تصادف انتخاب و از بین مدارس دبیرستان‌های شاهد و طرح پراکنده این ناحیه تعداد دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب؛ در هر دو مدرسه از بین کلاس‌های پایه اول تا سوم، تعداد پنج کلاس به طور تصادفی و تعداد ۳۰ دانش‌آموز انتخاب و برای گمارش تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه در نظر گرفته شدند و مداخله معنویت درمانی به صورت گروهی بر آنان اجرا شد. در این تحلیل، عضویت گروهی در دو سطح دریافت و عدم دریافت مداخله به عنوان متغیر مستقل، نمرات پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته و نمرات پیش آزمون در نوع مذکور به همراه تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی خانواده به عنوان متغیر کنترل لحاظ شدند. جهت پرهیز از طولانی شدن جدول‌های آماری، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس

تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی ارائه نمی شود. معنویت درمانی در قالب ۸ جلسه آموزشی و فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد و به دلیل مراعات مسائل اخلاقی پژوهش پس از برگزاری پیگیری چهار ماهه، دوره ای فشرده برای گروه کنترل برگزار شد.

کفایت حجم نمونه بر اساس توان آماری مشخص شد. حجم نمونه بستگی به سطح آلفا یا میزان معناداری، میزان تفاوت یا رابطه (مجذور اتا)، میزان خطای استاندارد نمونه گیری و توان آماری دارد (مولوی، ۱۳۸۶). کلیه داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۰ و با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

پرسشنامه جمعیت شناختی: اطلاعات جمعیت شناختی مورد نیاز این پژوهش از جمله: سن، جنس، تعداد فرزندان، سن و تحصیلات پدر و مادر، درصد جانبازی، مدت اسارت و یا زمان شهادت پدر می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization: WHOQOL-BREF) (Quality of Life): حاوی ۲۶ سؤال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می دهد. دو سؤال نیز به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در هر حیطه امتیاز ۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که معادل ۲۰-۴ در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می باشند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و

همبستگی درون خوشه ای در تمام حیطه های بالای ۰/۷۰ به دست آمد، ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود. نجومی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹۲ به دست آوردند.

در این پژوهش منظور از معنویت درمانی، شیوه های درمانی مبتنی بر اصول معنویت اسلامی، همچون ارتقاء نیت، نظم، توکل، دعا و نیایش، صبر، ذکر و رهنمود های معنوی است که بر روی گروه آزمایش انجام شد. این بسته آموزشی در پژوهش های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن تایید شده است. برای مثال غلامی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی با عنوان اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه از این بسته آموزشی استفاده کردند و اثربخشی آن را مورد تایید قرار دادند؛ این فرآیند درمانی در طول هشت جلسه و به صورت یک جلسه یک و نیم ساعته در هر هفته اجرا گردید. خلاصه جلسات معنویت درمانی به شرح زیر می باشد:

**جلسه اول:** ایجاد شرایط درمان؛ برقراری رابطه درمانی و ایجاد امید و دلگرمی و بازخورد به درمان، بیان منطق درمان؛ معرفی نوع درمان و تأکید بر جنبه آموزشی بودن، تشریح مساعی، خود یاری و تعامل اعضا با درمانگر و یکدیگر، مبتنی بر توانمندسازی فردی، جمعی و معنویت گرایی، ارائه و تکمیل قرارداد درمانی توسط شرکت کنندگان، ترسیم دیاگرام تعامل ابعاد جسم، خیال، عقل و قلب در شکل گیری و سلامت و بیماری با تکیه بر مدل های روان شناختی و دیدگاه معنوی، جمع بندی، دریافت بازخورد از

مراجعان، تشریح مساعی، تعیین تکالیف برای منزل. **جلسه دوم:** پرداختن به مشکلات مورد نظر مراجعان از طریق تهیه لیست مشکلات عمده و تعیین اولویت آنها، پرداختن به اولین پیش فرض انسان معنوی (واقعیت نجات بخش است)، تبیین ارتباط بین حالات گوناگون سلامت و بیماری در انسان با سطوح مختلف وجود (بعد جسمانی، بعد خیال، بعد عقل و بعد قلب)، آموزش و تمرین خود نگری، ایجاد هشیاری نسبت به درک "در محضر خدا بودن"، پرداختن به پیش فرض دوم انسان معنوی (احساسات خوشایند و ناخوشایند، وابسته به پدیده ها و اشیاء نیستند بلکه وابسته به نگرش ها و احساسات درونی انسان است)، بحث و تفکر در حالات و احساسات درونی و یافتن فرآیند معیوب نگرش، احساسات و الگوی رفتاری اجتنابی در انسان، آموزش و تمرین ارتقاء نیت و هدف مندی اعمال و رفتارها با استفاده از تکنیک سؤالات راهبردی. سؤال راهبردی که افراد جهت ارتقا نیت از خود می پرسند این است که: من به چه دلیل متعالی تری می توانم همین کار را انجام دهم. از این طریق افراد از ظرفیت های متعالی موجود در فعالیت ها و کارهای مثبت خود استفاده می کنند و نسبت به انجام آن قدرتمندتر می شود، آموزش و تمرین تصور سازی ذهنی مثبت نسبت به خدا (بررسی و شناخت صفات جمال و جلال خداوند با محوریت صفات امید بخش و حمایت گر در خداوند)، جمع بندی، بازبینی یادداشت های مراجعان، باز خورد و ارائه تکلیف.

**جلسه سوم:** مرور تکالیف جلسه قبل، بازخورد مراجعان (در مورد میزان یادگیری و توانایی تعمیم دهی آموزش ها به شرایط فردی)، بازشناسی روش های مختلف اجتنابی در برخورد با مشکلات و

**جلسه پنجم:** مرور فرآیند جلسات قبل و تعیین دستور کار جلسه، جمع آوری تجارب و اطلاعات حمایت‌گر مراجعان در مورد مطالب و تمرینات ارائه شده در طول جلسات، پرداختن به پیش فرض ششم زندگی معنوی (آینده بطور کامل در دست ما نیست)، شناخت، بحث و گفتگو در مورد توکل و امید به خداوند نسبت به مسائلی که در آینده با آن مواجه خواهیم شد (مبتنی بر اصل پنجم و ششم زندگی معنوی)، آموزش، تبیین و تمرین تکنیک توسل و توکل، آموزش و تمرین ذکر (ذکر به عنوان عامل اطمینان و آرام بخش و جرأت‌ورزی در انسان - ذکر بین وجود جسمانی، عقلانی و قلبی انسان هماهنگی برقرار می‌کند).

**جلسه ششم:** بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف شان. بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی، پرداختن به پیش فرض هفتم زندگی معنوی (انسان معنوی تنها با دو من از من‌های موجود در زندگی روزمره انسان سروکار دارد)، بحث و گفتگو در مورد شناخت خداوند و ارتباط انسان با خداوند. (شناخت نسبت به نیازمندی انسان، صفات و ویژگی‌های منفی در انسان و فضل و رحمت، بخشش و حمایت خداوند نسبت به انسان، وحدت صفات در خداوند و نظام هستی و توبه)، تمرین و تولید باورها و نگرش‌های الهی و وحدت بخش، آموزش و تمرین ایجاد انگاره‌های معنادار معنوی به زمان، مکان، طبیعت و پدیده‌ها، تمرین توصیف و تفسیر معنادار معنوی و وحدت بخش به وقایع و رخدادهای زندگی شخصی مراجعان، شناخت، بحث و گفتگو در مورد صبر، بررسی و بحث پیامدهای انگاره‌های معنادار معنوی در انسان و داشتن صبر در زندگی.

مسائل روانی (شناختی، رفتاری، هیجانی، و...) و نقش آن در تداوم و ماندگاری آنها، پرداختن به پیش فرض سوم انسان معنوی (اصل عمل و اینکه انسان معمولاً بیش از آنچه گمان می‌کند، می‌تواند عمل کند). این اصل مبتنی بر صفت رحمت، خیر خواهی و بخشندگی خداوند تبیین می‌شود. خداوند همواره به انسان جهت تکامل بیشتر فرصت، فضا و قدرت بیشتر عمل کردن را می‌دهد، تعیین سبک‌های مقابله‌ای مراجعان و تأکید بر لزوم اصلاح آنها از روش‌های منفعل به فعال (با اشاره به پیش فرض سوم انسان معنوی)، پرداختن به پیش فرض چهارم (امور هستی قابل تقسیم اند به امور تغییر پذیر و تغییر ناپذیر)، شناسایی و بحث در مورد اصول باورهای زیر بنایی زندگی معنوی، تأکید بر اصل عمل‌گرایی بر مبنای حقیقت و سعادت که خود مبتنی بر معنویت الهی است، شناخت جایگاه نظم در اداره و آرامش نظام هستی و انسان و تأکید بر نقش آن در تقوی و اداره آرام بخش زندگی.

**جلسه چهارم:** پرداختن به پیش فرض پنجم زندگی معنوی (این جهان اخلاقی خلق شده است)، شناختن، بحث و گفتگو در مورد دعا و جایگاه آن در زندگی و فواید دعا در شناخت انسان و نیازهایش، ایجاد بهبودی تعالی انسان (مبتنی بر اصل اول زندگی معنوی)، بیان در حالات و نگرش‌های انسان، ایجاد ارزش‌ها و باورهای الهی در زندگی انسان، آموزش و تمرین دعا، بحث و گفتگو در مورد اینکه در دعا انسان به شناخت خود، خدا، طرح درخواست‌های خود از خداوند و طرح درخواست خداوند از خود به عنوان شکر گذاری و قدردانی می‌پردازد، جمع بندی مطالب جلسه، ارائه تکلیف منزل با توجه به محتوای جلسه حاضر (دعا در حق خود، دعا در حق یکی از دوستان و یا نزدیکان).

خود خواهی‌های دگرخواهانه)، آموزش و تمرین مسؤلیت پذیری نسبت به خود، دیگران و هستی (پذیرفتن مسؤلیت نگهداری از یک گیاه و همچنین انتقال آموختن‌های این کلاس به یک انسان نیازمند و به کارگیری و نگهداری این آموخته‌ها در خود با ارائه گزارش آن در جلسه پیگیری)، مرور بر آنچه تاکنون مراجعان از مجموع جلسات آموخته و تأثیر پذیری‌ها و تجارب شخصی که از جلسات داشته‌اند، یادآوری مهارت‌های مختلفی که در طول جلسات آموخته‌اند جهت بررسی کاربرد آنها در موقعیت‌های واقعی و اجتماعی زندگی، آموزش اینکه چگونه مراجعان می‌توانند از بسته‌های شخصی تهیه شده به عنوان خود درمانی استفاده کنند، در بسته‌های ارائه شده به مراجعان از داستان‌های معنوی مرتبط با مسائل طرح شده در جلسات، جملات معنوی و سؤالات راهبردی، احادیث و آیات کوتاه آرام بخش، امیدوار کننده و معنا بخش به زندگی و همچنین معانی اذکار و صفات خداوند که به تدریج شرکت کنندگان با آن آشنا شده‌اند (همچون ناظم، رحمان، رحیم، رقیب، سلام، فعال، مؤمن و...) استفاده شده است.

خاتمه درمان: ارزیابی توسط ارزیابان و قرار ملاقات برای دو ماه دیگر

### یافته‌ها

با استفاده از جداول میانگین و انحراف معیار تحلیل توصیفی و برای تجزیه و تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است.

جلسه هفتم: ارائه تجارب، دریافت‌ها و نگرش‌های حمایت‌گر در طول هفته گذشته، پرداختن به پیش‌فرض هشتم زندگی معنوی (انسان معنوی با بودن‌ها و صفات خود زندگی می‌کند نه با داشته‌هایش)، بحث و گفتگو در مورد داشتن‌ها و بودن‌ها (صفات) و اهمیت زندگی بر اساس شکل‌گیری صفات بجای جمع‌آوری داشتن‌ها و ارتباط آن با سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی، ارائه تمرین انفاق و بخشش (مبتنی بر گذشت از داشته‌ها به نفع ایجاد بودن‌های الهی)، پرداختن به پیش‌فرض نهم زندگی معنوی (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند قربانی کردن، گذشت و بخشش و محبت ورزیدن است)، آموزش محبت دیدن و محبت کردن، سعی بر دوست داشتن و احترام گذاشتن به دیگران (در ارائه فرآیند ادب تا شهادت و ارتباط آن با کیفیت زندگی)، ارائه بروشور (ادب ائمه و اولیای الهی در محضر خداوند) و داستان‌های کوتاه معنوی، ارائه تکلیف منزل (انفاق و بخشش، حضور مؤدبانه آرام بخش در محضر خدا، تفکر در مورد نماز و توصیه به خواندن و تدبیر در نماز به نیت ایجاد آرامش).

جلسه هشتم: بازبینی انجام تکالیف منزل، ارائه بازخورد مثبت به مراجعان و انجام تکالیف شان، ارائه تجارب، دریافت‌ها و نگرش‌های حمایت‌گر در طول هفته گذشته، بررسی میزان تعمیم آموخته‌ها به شرایط واقعی، پرداختن به پیش‌فرض دهم زندگی معنوی (زندگی معنوی نیازمند قربانی است)، جستجوی معنی از رنج‌ها و سختی و تفسیر صبر بر سختی‌ها و مصائب، شناخت فضیلت‌های شخصی و معناداری زندگی از طریق ارزش‌های تجربی و خلاق، جستجوی معنی از طریق فرارفتن از خود (تفسیر

**جدول ۱- شاخص آمار توصیفی معدل و نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی**

گروه ها	شاخص ها	نمره	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
گروه آزمایش	سلامت جسمی	۱۵	۲/۳۵	۱۱/۱۳	۲/۵۲	۱۴/۸۶	۲/۲۹
	سلامت روانی	۱۵	۱/۳۹	۱۲/۶۶	۱/۳۲	۱۶/۲۶	۱/۰۳
	روابط اجتماعی	۱۵	۱/۵۲	۱۱/۲۰	۲/۸۵	۱۲/۶۶	۱/۳۴
گروه کنترل	سلامت محیط	۱۵	۱/۰۳	۸/۹۳	۱/۴۴	۱۴/۸۰	۲/۰۴
	سلامت جسمی	۱۵	۲/۳۸	۱۲/۵۳	۲/۳۸	۱۲/۴۰	۲/۴۱
	سلامت روانی	۱۵	۱/۴۴	۱۳/۳۳	۱/۵۹	۱۳/۴۶	۱/۵۵
گروه آزمایش	روابط اجتماعی	۱۵	۱/۴۸	۱۰/۲۶	۲/۲۳	۱۰/۴۰	۱/۵۰
	سلامت محیط	۱۵	۱/۳۸	۱۰/۰۶	۱/۵۸	۱۰/۶۰	۲/۲۲

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می شود میانگین نمره سلامت جسمی آزمودنی‌های گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۱/۱۳ و در پس آزمون ۱۵/۴۰ و در پیگیری ۱۴/۸۶ بود. این میانگین ها برای سلامت روانی برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۱۲/۶۶، در پس آزمون ۱۶/۲۰ و در مرحله پیگیری ۱۶/۲۶ بود؛ برای روابط اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۸/۹۳ و در پس آزمون ۱۳/۳ و در مرحله پیگیری ۱۴/۸۰ بود. این میانگین ها برای سلامت محیط برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۱۰/۰۶، در پس آزمون ۱۰/۳۳ و در مرحله پیگیری ۱۰/۴۰ بود. این میانگین ها برای سلامت محیط برای گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۱۰/۲۶، در پس آزمون ۱۰/۴۶ و در مرحله پیگیری ۱۰/۴۰ بود.

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می شود میانگین نمره سلامت جسمی آزمودنی‌های گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۱/۱۳ و در پس آزمون ۱۵/۴۰ و در پیگیری ۱۴/۸۶ بود. این میانگین ها برای سلامت روانی برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۱۲/۶۶، در پس آزمون ۱۶/۲۰ و در مرحله پیگیری ۱۶/۲۶ بود؛ برای روابط اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۸/۹۳ و در پس آزمون ۱۳/۳ و در مرحله پیگیری ۱۴/۸۰ بود. این میانگین ها برای سلامت محیط برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون ۱۰/۰۶، در پس آزمون ۱۰/۳۳ و در مرحله پیگیری ۱۰/۴۰ بود.

**جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در مرحله**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	اندازه اثر (%)	توان آماری
پیش آزمون	سلامت جسمی	پس آزمون	۱۱۹/۳۶	۱	۱۱۹/۳۶	۹۵/۹۴	۰/۰۰۰	۸۰/۰	۱/۰۰۰
	سلامت روانی	پس آزمون	۱۹/۳۶	۱	۱۹/۳۶	۱۹/۴۵	۰/۰۰۰	۴۴/۸	۰/۹۸۸
	روابط اجتماعی	پس آزمون	۰/۳۸۷	۱	۰/۳۸۷	۰/۰۵۲	۰/۰۰۲	۰/۵۲	۰/۰۵۶
عضویت گروهی	سلامت محیط	پس آزمون	۲۸/۷۲	۱	۲۸/۷۲	۲۱/۲۰	۰/۰۰۰	۲۱/۲۰	۰/۹۹۳
	سلامت جسمی	پس آزمون	۱۰۷/۲۶	۱	۱۰۷/۲۶	۸۶/۲۱	۰/۰۰۰	۷۸/۲	۱/۰۰۰
	سلامت روانی	پس آزمون	۳۲/۹۵	۱	۳۲/۹۵	۳۳/۱۰	۰/۰۰۰	۵۸/۰	۱/۰۰۰



روابط اجتماعی	پس آزمون	۲۰/۳۹	۱	۲۰/۳۹	۱۵/۰۴	۰/۰۰۱	۳۸/۵	۰/۹۶۱
سلامت محیط	پس آزمون	۸۸/۱۹	۱	۸۸/۱۹	۱۱/۹۰	۰/۰۰۲	۳۳/۲	۰/۹۱۱

### جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی آزمودنی ها در مرحله

#### پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مرحله ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری	اندازه اثر (%)	توان آماری
پیش آزمون	سلامت جسمی	پیگیری	۱۱۴/۸۴	۱	۱۱۴/۸۴	۱۰۰/۶۶	۰/۰۰۱	۸۰/۷	۱/۰۰۰
	سلامت روانی	پیگیری	۱۷/۶۳	۱	۱۷/۶۳	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱	۴۵/۵	۰/۹۹۰
	روابط اجتماعی	پیگیری	۰/۸۶۹	۱	۰/۸۶۹	۱۶۸	۰/۶۸۵	۰/۷	۰/۰۶۸
	سلامت محیط	پیگیری	۲۸/۰۱	۱	۲۸/۰۱	۲۴/۵۴	۰/۰۰۱	۵۰/۶	۰/۹۹۷
عضویت گروهی	سلامت جسمی	پیگیری	۷۷/۶۶	۱	۷۷/۶۶	۶۸/۰۷	۰/۰۰۰	۷۳/۹	۱/۰۰۰
	سلامت روانی	پیگیری	۴۰/۳۱	۱	۴۰/۳۱	۴۵/۸۹	۰/۰۰۰	۶۵/۷	۱/۰۰۰
	روابط اجتماعی	پیگیری	۹/۹۷	۱	۹/۹۷	۸/۷۳	۰/۰۰۷	۲۶/۷	۰/۸۰۹
	سلامت محیط	پیگیری	۸۹/۱۰	۱	۸۹/۱۰	۱۷/۲۷	۰/۰۰۰	۴۱/۹	۰/۹۷۹

تفاوت میانگین های تعدیل شده سلامت روانی - که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ همچنین با توجه به میانگین های تعدیل شده دو گروه (جدول ۳) و همچنین اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله معنویت درمانی باعث بهبود ۵۸٪ سلامت روانی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود ۶۵/۷٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان آماری ۱۰۰٪ هم، حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می باشد.

با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری روابط اجتماعی ( $p < 0.05$ )، تفاوت میانگین های تعدیل شده روابط اجتماعی - که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به

نتایج تحلیل کواریانس مندرج در جدول ۲ و ۳ نشان داد با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت جسمی ( $p < 0.05$ )، تفاوت میانگین های تعدیل شده سلامت جسمی - که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می آید- دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p < 0.05$ )؛ همچنین با توجه به میانگین های تعدیل شده دو گروه (جدول ۳) و همچنین اندازه اثر مشاهده شده، می توان نتیجه گرفت ارائه مداخله معنویت درمانی باعث بهبود ۷۸/۲٪ سلامت جسمی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و بهبود ۷۳/۹٪ این علائم در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان آماری ۱۰۰٪ هم، حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می باشد. با کنترل رابطه های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت روانی ( $p < 0.05$ )،

محیط- که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات پیش آزمون از روی نمرات متغیر وابسته به دست می‌آید- دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه (جدول ۳) و اندازه اثر مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفته که اثره مداخله معنویت درمانی باعث بهبود  $33/2\%$  سلامت محیط آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و بهبود  $41/9\%$  این علائم در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان آماری  $100\%$  هم، حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد.

دست می‌آید- دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه (جدول ۳) و اندازه اثر مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفته که اثره مداخله معنویت درمانی باعث بهبود  $38/5\%$  روابط اجتماعی آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و بهبود  $26/7\%$  این علائم در مرحله پیگیری شده است. همچنین توان آماری  $100\%$  هم، حاکی از دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است.

همچنین با کنترل رابطه‌های معنادار نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت محیط ( $p < 0/05$ )، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سلامت

#### جدول ۴- میانگین‌های تعدیل شده کیفیت زندگی در آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی		مرحله		پس آزمون		پیگیری	
				انحراف میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	سلامت جسمی	۱۶/۲۵	۳۲۲	۱۵/۶۰	۳۰۸	۱۶/۲۸	۲۷۱
	سلامت روانی	۱۶/۱۵	۲۸۸	۱۲/۲۴	۳۰۹	۱۴/۸۱	۶۵۶
	روابط اجتماعی	۱۲/۸۴	۳۳۶	۱۱/۶۶	۳۰۸	۱۳/۴۴	۲۷۱
	سلامت محیط	۱۴/۷۳	۷۸۶	۱۰/۸۲	۳۰۹	۱۰/۵۸	۶۵۶
گروه کنترل	سلامت جسمی	۱۱/۶۱	۳۲۲	۱۱/۶۶	۳۰۸	۱۳/۴۴	۲۷۱
	سلامت روانی	۱۳/۵۸	۲۸۸	۱۰/۸۲	۳۰۹	۱۰/۵۸	۶۵۶
	روابط اجتماعی	۱۰/۸۲	۳۳۶	۱۰/۸۲	۳۰۹	۱۰/۵۸	۶۵۶
	سلامت محیط	۱۰/۵۳	۷۸۶	۱۰/۵۸	۶۵۶		

#### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی دختران دبیرستانی شاهد و ایثارگر شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد معنویت درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش که مداخله بر آنان اجرا شده بود شد اما در نمره کیفیت زندگی آزمودنی‌های

گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای بر آنان اجرا نشده بود تغییری مشاهده نشد. نتایج این پژوهش تا حدودی با یافته‌های ریپنتروپ و همکاران (۲۰۰۶)، مومنی و شهبازی‌راد (۱۳۹۱)، همتی و همکاران (۱۳۸۹)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۱)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴) پریسلاوکر و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد. این پژوهش نشان داد که که عقاید و فعالیت‌های

### پی نوشت

- 1-Khamis
- 2-Selimbasic
- 3-Sinanovic
- 4-Avdibegovic
- 5-Steener, cooper & etal
- 6-Fahy & Cinnéide
- 7-Frish
- 8-Sung
- 9-Fayers & Machin
- 10-Sammarco
- 11-Giacomuzzi, Riemer, & Kemmler & etal
- 12-Endicott, Nee & etal
- 13-Swinton & Pattison
- 14-Vaughan
- 15-Peterson & Seligman
- 16-Guilford
- 17-Rippentrop
- 18-PrislaÜcker & etal
- 19-Liu
- 20-Cotton & etal

### منابع

- ۱- امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). سلامت معنوی، مفاهیم و چالش ها. ۱ (۱): ۵۶-۱۷.
- ۲- بابایی، زهرا؛ لطیفی، زهره؛ اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت، روانشناسی و دین، ۲ (۳۰): ۱-۱۹.
- ۳- جواهری، فاطمه؛ سراج زاده، سیدحسین؛ رحمانی، ریثا (۱۳۸۹). زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۸ (۲): ۱۴۳-۱۶۲.
- ۴- غلامی، علی؛ بشیلده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱ (۳): ۳۴۸-۳۳۱.
- ۵- مومنی، خدامراد؛ شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای با کیفیت زندگی دانشجویان، مجله علوم رفتاری، ۶ (۲): ۱۰۳-۹۷.
- ۶- نجومی، مرضیه؛ عنبری، خاطره (۱۳۸۶). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز با افراد سالم، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۵ (۵۸): ۱۷۶-۱۶۹.
- ۷- همتی مسلک پاک، معصومه؛ احمدی، فضل الله؛ انوشه، منیره (۱۳۸۹). اعتقادات معنوی و کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی از دیدگاه دختران نوجوان مبتلا به دیابت، کومش، ۱۲ (۲): ۱۵۲-۱۴۴.

مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی می توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، استرس را کم کرده و کیفیت زندگی را در افراد مورد مطالعه بالا ببرند. کاتن و همکاران<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۶) در یک مطالعه گزارش دادند که تعدادی از ویژگی های روان شناختی از جمله خوش بینی، اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی با معنویت / مذهب ارتباط دارند. بنابراین، با توجه به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی و نیز نقش مثبت معنویت در پیش بینی کیفیت زندگی، تقویت معنویت و نگرش مذهبی در افراد و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می تواند کیفیت زندگی را افزایش دهد. از سویی معنویت به عنوان یک تجربه شخصی موجب کمک به دیگران، دوست داشتن و رضایت از زندگی شده (امیدواری، ۱۳۸۷). با امیددهی و معنابخشی به زندگی و ترغیب افراد به صبر بر مشکلات، نگرش و تفسیر مثبتی را به وجود آورد، که این گونه تفسیر هم موجب افزایش رفتارهای سازگاران و بهبود کیفیت زندگی در افراد می شود. از محدودیت های پژوهش این بود که بر روی دانش آموزان دختر اجرا شد و امکان مقایسه نتایج در دو جنس وجود نداشت؛ لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی تحقیقی مشابه بر روی دانش آموزان پسر نیز انجام شود. همچنین در این پژوهش فقط یک روش مداخله ای بر روی آزمودنی های گروه آزمایش اعمال شد و امکان مقایسه روش های مداخله ای مختلف وجود نداشت تا بهترین روش درمانی برای افزایش کیفیت زندگی مشخص شود.

**تشکر و قدردانی:** در پایان بر خود لازم می دانیم از زحمات و همکاری های مسئولین محترم مدارس شاهد و همچنین اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

- 21- Sammarco. Angela(2001) Perceived social support. Uncertainty and quality of life younger breast cancer. *Cancer Nursing*. 24(3): 212 -218.
- 22- Selimbasic, Z., Sinanovic, O., Avdibegovic, E. (2012). Emotional and Behavioral problem in Children of War veterans with posttraumatic stress disorder, *European Psychiatry*, 27: 1, 1.
- 23- Stamp K. . (1991). Spirituality and invrimental education. *Aust J Envir Educ*: 79-86.
- 24- Steener PH, cooper D, Skevington SM. (2003). Putting the Q into quality of life, the identification of subjective constructions of health related quality of life using Q methodology. *Soc Sci Med.*,57(11): 2161-72.
- 25- Sung, R. (2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. *Journal of Behajioral Medicine*, 6. 12-24.
- 26- Swinton J, Pattison S. (2001). Spirituality. Come all ye faithful. *Health Serv J.*;111(5786): 24-5.
- 27- The Quran, Nahl sura, verse of 97.
- 28- Vaughan F. (2003). What is spiritual intelligence , *J Hum Psychol* , 42(2):16-32.
- 8- Bowling A. (1991). *Mesuring health*, Milton Keynes: Open university press.
- 9- Cotton S, Puchalski CM, Sherman SN, Mrus JM, Peterman AH, Feinberg J, et al. (2006) Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*; 21(S5): S5-13.
- 10- Endicott J, Nee J, Harisoon W, Blumenthal R, (1993). Qualirty of life enjoyment and satisfacation Questiunarie A new ensure *Psychopharmacol Bull*, 29(2):321-6.
- 11- Fahy . F., Cinnéide, M (2008). Developing and testing an operational framework for assessing quality of life, *Environmental Impact Assessment Review* 28, pp 366 -379.
- 12- Fayers, P.M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patientreported outcomes*. Wiley.
- 13- frish, M.B. (2006) *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy I* loboken, NJ: John Wiley & Sons, inc.
- 14- Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Kemmler, G., Ertl, M., Richter, R., Rössler, H., & et al. (2001). Subjective wellbeing and somatic markers in methadone substitution. *Evaluation of 61 heroin addicts.[Fortschritte der Medizin Originalien*. 119(3-4):103.
- 15- Guilford, J. P. (1987). *Creativity research: Past, present and future*. In S. Isaksen (Ed.), *Frontiers of creativity research*. Buffalo, NY: Bearly Ltd.
- 16- Khamis, V. (2012). Impact of war, religiosity and ideology on PTSD and psychiatric disorders in adolescents from Gaza Strip and South Lebanon, *Social Science & Medicine* 74 2005e2011.
- 17- Liu, L. (2006).,Quality of life a sasocial epresentation in china:a qualitative study *Social research*, 75,217-240.
- 18- Peterson,C.,& Seligman, M.. (2004). *Character strengths and virtues*. Oxford university press.
- 19- PrisláÜcker C, Marisa Campio M, Maria Lúcia NT. (2008). Quality of life and spiritual well being in individuals with HIV/AIDS. *Psicoestud*; 13(3): 523-30.
- 20- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. Aug;116(3):311-21