

بررسی تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران

مریم دیبا واجاری^۱، محدثه حبیبی^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی رفاه، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی رفاه، تهران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۳۸۷-۴۰۰

چکیده

معنویت با ساختارهای مهم فرد از جمله کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در ارتباط است و به فرد برای مقابله با مسائل زندگی کمک می‌کند. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران انجام شد. این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمام دختران نوجوان سنین ۱۳ تا ۱۸ ساله منطقه ۱۳ تهران شرق و شرق نو در سال ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از دختران منطقه مذکور انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در گروه‌های مداخله (۱۵ نفر گروه معنویت‌درمانی) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های کیفیت‌زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه) و تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) پاسخ دادند. گروه کنترل در انتظار ماند و برای گروه مداخله طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت‌درمانی اجرا شد. در پایان مداخلات درمانی و یک ماه بعد، بار دیگر آزمودنی‌های گروه مداخله و کنترل به‌منظور بررسی میزان تداوم اثربخشی آموزش صورت گرفته (پیگیری ۱ ماهه) با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش ارزیابی شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد اثر معنویت‌درمانی بر کیفیت‌زندگی و تحمل ناکامی دختران معنادار بود. در نتیجه بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در میزان بهبود کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران جوان تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که استفاده از مداخله معنویت-درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: دختران، کیفیت زندگی، تحمل ناکامی، معنویت درمانی.

مقدمه

از نوجوانی به عنوان دوره تحولی بین کودکی و بزرگسالی یاد می شود که با تغییرات عمده جسمانی، روان شناختی و اجتماعی که نیاز به انطباق دارند، مشخص می شود (دونالدسون^۱، گوردون^۲، بارتون^۳ و فیتز جرارد^۴، ۲۰۱۴). در این دوران، نوجوان با مشکلات شدید سازگاری مواجه می شود. دختران نوجوان نسبت به پسران سازگاری هیجانی کمتری را از خود نشان می دهند و به این ترتیب، اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می کنند (زابریکه^۵ هفکست^۶ جانسون^۷، سویره پتون^۸ و لاورسون^۹، ۲۰۱۷؛ وایت^{۱۰} او کرسول^{۱۱}، ۲۰۱۴). این شرایط، کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. کیفیت زندگی، درک شخصی از موقعیت فرد در زندگی، فرهنگ و نظام ارزشی است که فرد در آن زندگی می کند و با اهداف، آرزوها و ارزش های فردی دارای ارتباط تنگاتنگی است (پووا^{۱۲} کورانو، ایوانز^{۱۳} و سوسین^{۱۴}، ۲۰۱۶). در کیفیت زندگی^{۱۵} عواملی چون سلامت جسمی، وضعیت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، عقاید شخصی و نیز رابطه این عوامل با جنبه های محیطی که فرد در آن زندگی می کند مشخص می شود (تریکالنیوه^{۱۶} پاپازافیرو پولو^{۱۷} و ملیدونیس^{۱۸}، ۲۰۱۷). پژوهش های رو به گسترش و چالش برانگیزی برای شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی باهدف شناسایی شاخص های بهبوددهنده کیفیت زندگی انجام شده اند (بیلدرمن^{۱۹} گریف^{۲۰} اکراینس کو شنس^{۲۱}، ۲۰۱۵)، نتایج نشان داده است که عوامل همچون وضعیت سلامتی، توانمندی، شاد بودن، حفظ کردن عملکردهای حساس و رهایی از درد از جمله شاخصه های کیفیت زندگی است. به طور کلی، شناسایی عوامل مؤثر مرتبط با کیفیت زندگی اهمیت فراوان دارد، زیرا با شناسایی این عوامل از پیامدهای منفی آن در زمینه مسائل روانی، تحصیلی و هزینه های مادی پیشگیری می شود (صبری، ۱۳۹۰) و در صورتی که کیفیت زندگی در دختران کاهش یابد، انتظار می رود تحمل ناکامی نیز در آنها کاهش یابد. به طوری که فرد به دلیل انعطاف پذیری پایین، شرایط تنش را به عنوان موقعیت غیرقابل کنترل در نظر می گیرد، کمتر به کاربرد گزینه ها و راه حل ها و درمان های مختلف

1. Donaldson
2. Gordon
3. Barton
4. Fitzgerald
5. Zubrick
6. Hafekost
7. Johnson
8. Sawyer
9. Lawrence
10. Waite
11. Creswel
12. Pulcrano
13. Evans
14. Sosin
15. quality of life
16. Trikkalinou
17. Papazafiropoulou
18. Melidonis
19. Bielderma
20. Greef
21. Krijnen

می‌اندیشد، به تلاش و کوشش خود در حل بیماری بدبین است (هیل و هام، ۲۰۱۹) که در نتیجه آن منجر به افزایش عصبانیت، ناراحتی، نگرانی، افسردگی و تحمل پریشانی پایین در او می‌گردد (دلویو، پوچتار و جابلونکا^۱، ۲۰۲۰). تحمل ناکامی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است (الیس^۲ سالگاری^۳، میکلوویتز^۴ و لوه^۵، ۲۰۱۸). این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و جسمی اشاره می‌کند (وان ایک^۶؛ وارن^۷ و فلوری^۸، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد، جهت بهبود کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در دختران، بتوان از درمان‌های مختلفی بهره برد. در دهه‌های اخیر به نقش پررنگ معنویت در کاهش تنیدگی روانی و افزایش تاب‌آوری و تحمل ناکامی در افراد اشاره شده است (وانی^۹ و سینگ^{۱۰}، ۲۰۱۹). همچنین، اندیشه معنوی، توبه، دعا، عبادات و مناسک، بخشودگی، آموزش‌های اخلاقی و خود مراقبتی معنوی و مدیتیشن در کاهش رفتارهای منفی و فیزیولوژی جسم اثربخش گزارش شده است (اسپیری^{۱۱}، ۲۰۱۵).

در میان همه گروه‌های سنی این نوجوانان هستند که به علت تغییرات فیزیولوژیک با مسائلی نظیر بحران هویت، فشار هم‌سالان و استقلال از والدین روبه‌رو می‌باشند. این مسائل، گذر از این مرحله را برای آنان دشوار می‌سازد. از سوی دیگر اگر نوجوانی یک سفر یا گذرگاهی بین کودکی و بزرگسالی در نظر گرفته شود، نوجوان در تمام طول سفر، تجارب زندگی خود را در مقابل چشمان خود قرار می‌دهد و سپس زمینه‌ی سؤالات مربوط به احساس هویت که به تدریج در حال شکل‌گیری است را واری می‌کند. از طرفی می‌توان گفت اکثر مشکلات نوجوانان ناشی از عدم برقراری ارتباط درست و به‌موقع با دیگران و همچنین درک نشدن نوجوان از سوی اطرافیان است (الیاس^{۱۲} و همکاران، ۱۳۹۶).

در این شرایط، کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش می‌یابد. در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های علوم پزشکی بوده است (سلیمی، قراری عارفی، یعقوبی فرو رخشانی، ۱۳۹۰). امروزه در اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه می‌شود. سازمان جهانی بهداشت^{۱۳} کیفیت زندگی را ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، بافت فرهنگی و سامانه ارزشی تعریف کرده است که در آن زندگی می‌کند و این جایگاه در ارتباط با اهداف، آرزوها، ملاک‌ها و اولویت‌های آن فرد است. این تعریف از کیفیت زندگی سه مؤلفه رضایت

^۱ . Del Vecchio, Pochtar & Jablonka

^۲ . Ellis

^۳ . Salgari

^۴ . Miklowitz

^۵ . Loo

^۶ . Van Eck

^۷ . Warren

^۸ . Flory

^۹ . Wani

^{۱۰} . Singh

^{۱۱} . Sperry

^{۱۲} . Elias

^{۱۳} . Word Health Organization

عینی، وضعیت عملکردی و عوامل بافتی را در برمی گیرد که دو مؤلفه نخست، کیفیت زندگی با سلامت روانی همپوشانی دارند (محمدی، دوران، ربیعی و سلیمی، ۱۳۹۶) از طرفی، در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و علایق معنوی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقیق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سالهای آینده به شمار می آید (لوچتی^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). به گونه ای که محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن، نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (باسیو^۲ او باسیو، ۲۰۱۵). با بهبود کیفیت زندگی در افراد، تحمل ناکامی در آنها افزایش می یابد. افراد با تحمل ناکامی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می شوند (کیوک^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد درصدد تسکین درد هیجانی خود برمی آیند. در راستای بهبود کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در افراد می توان از درمان های متفاوت بهره برد. تلاش های اولیه در معنویت درمانی، عمدتاً برای کاهش فشار نشانه ها و موقعیت های مشکل ساز هستند و باگذشت درمان در ابعاد عمیق تر رفتاری، شناختی، عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی تغییرات پایدارتری ایجاد می شود. دستیابی به اهداف درمانی یادشده نیازمند وقوع تحولات گسترده، در ابعاد گوناگون زندگی مراجع است (هاکاک^۴، ۲۰۱۶). این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می دهد تا با جست وجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد (پیارس^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). ایجاد خودآگاهی و بینش، بازسازی سبک زندگی، کمک به مراجع برای بازیابی تجربه های اولیه و حل تعارض های سرکوب شده و کسب ایمان معنوی، بخشی از این تحولات هستند. به چالش طلبیدن مفروضات و اهداف بنیادی مراجع، ایجاد نشاط، امید و دلگرمی در وی، تغییر انگیزه های معیوب و کمک به او برای افزایش توان خود مهار گری و تسلط بر خویشتن، ایجاد حس مسئولیت پذیری، بالا رفتن عزت نفس و اعتماد به استعدادها، توانایی ها و امکاناتش و تشویق وی برای استفاده بهینه از آنها بخش دیگری از تحولات بهبودی بخشند که در این رویکرد مورد توجه هستند (کورنیش^۶ واده^۷ و پوست^۸، ۲۰۱۲) پژوهش های مختلف به اثربخشی رویکرد معنویت درمانی در کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان (رمضانی و بختیاری، ۱۳۹۷)؛ تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی (کجباف، حسینی، قمرانی و رزازیان، ۱۳۹۶)؛ بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (نصیری، کشاورز، دوازده امامی، کریم خانی زندی و نصیری، ۲۰۱۹) اشاره داشته است. با توجه به مطالب و پژوهش های عنوان شده و نبود پژوهشی که همزمان تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی را مورد بررسی قرار داده باشد و از آنجایی که دختران بخش اعظمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند که

1. Lucchetti

2. Baci

3. Keough

4. Hakak

5. Pearce

6. Cornish

7. Wade

8. Post

در آینده در آبادانی کشور و تربیت نسل‌های بعدی، وظیفه خطیری بر عهده‌دارند، خلأ پژوهشی بیش‌ازپیش احساس می‌گردد. به‌این‌ترتیب، محقق در پی پاسخگویی به این مسئله پژوهشی است که آیا معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در دختران اثربخش است؟

روش پژوهش

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از دسته طرح‌های نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل و مداخله است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمام دختران سنین ۱۳ تا ۱۸ ساله بود که در منطقه ۱۳ شهر تهران ساکن بودند. از میان آنها ۳۰ نفر از دختران انتخاب شدند ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: نمره پایین در پرسشنامه کیفیت زندگی و نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه تحمل ناکامی، مجرد و داشتن حداقل سطح سواد سیکل و برای شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند. ملاک‌های خروج شامل گرفتن رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در تحقیق، رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان به تحقیق، رعایت حریم خصوصی مراجعان بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بعد از تأیید اثربخش بودن مدل‌های مداخله آموزش داده شدند. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (گروه‌های مداخله و کنترل) قرار گرفتند، دو گروه قبل و پس از مداخله معنویت‌درمانی به پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و تحمل ناکامی پاسخ دادند، به گروه مداخله طی ۴ هفته، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت‌درمانی ارائه شد. به‌منظور متعهدماندن شرکت‌کنندگان به طرح، آنان قراردادی را نوشتند و قرائت کردند. در آخرین جلسه، پس‌آزمون کیفیت زندگی و تحمل ناکامی انجام شد و پس از یک ماه مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت خود ابرازی به‌منظور بررسی میزان تداوم اثربخشی معنویت درمانی از گروه کنترل و مداخله گرفته شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه: پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ ماده است و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی را سنجش می‌کند که به‌عنوان یک پرسشنامه جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی ساخته شد. سؤالات پرسشنامه ۵ گزینه‌ای هستند که اصلاً برابر با ۱ و خیلی زیاد برابر با ۵ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های ۴ گانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵) در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ بود. همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ برای

سلامت جسمی ۰/۷۰ برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل ناکامی: مقیاس ۳۵ سؤالی تحمل ناکامی توسط هارینگتون (۲۰۰۵) تهیه شده است. هدف این مقیاس میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت این مقیاس برای اولین بار در ایران توسط بابا رئیسی و همکاران (۱۳۹۳) ترجمه و ویژگی های روان سنجی آن بررسی شد. این مقیاس دارای ۴ عامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل هیجانی، پیشرفت و استحقاق است که به صورت طیف لیکرت امتیازی (۵- کاملاً موافقم، ۴- موافقم، ۳- نظری ندارم، ۲- مخالفم، ۱= کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شود. از جمع امتیازات هر سؤال، نمره کل مقیاس محاسبه می شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه تحمل ناکامی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۷ به دست آمده است.

جلسات مداخله معنویت درمانی

فنون معنویت درمانی تحقیق حاضر برگرفته از نظریات هیوث (۲۰۰۱) است که طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای (دو جلسه در هفته) به شرح زیر انجام شد (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله معنویت درمانی

جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه
جلسه دوم	آگاهی از معنای ضمنی و شخص معنویت و تعریف از آن از نظر هر یک از اعضا
جلسه سوم	خود مشاهده گری و توضیح مراقبه بیان پیش فرض سوم (اصل عملی)
جلسه چهارم	توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه
جلسه پنجم	هدف ارائه مفهوم پایان پذیری و اتصال به نیروی لایزال
جلسه ششم	فهم بخشودگی- بیان پیش فرض هفتم (انسان دائماً در حال ارتباط با خداوند است)
جلسه هفتم	بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم- بیان پیش فرض هشتم و نهم
جلسه هشتم	بیان پیش فرض دهم (درک معنای سختی ها و مشقت ها و مسئولیت پذیری نسبت به خدا، خود، دیگران و هستی)

یافته ها

در جدول ۲ و ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه به تفکیک گروه ها ارائه شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، با توجه به میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری متغیرها می توان گفت که در گروه آزمایش، میانگین نمرات آزمودنی ها در کیفیت زندگی افزایش یافته است و با توجه به میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری متغیرها در گروه مداخله می توان گفت که در گروه مداخله میزان تحمل ناکامی دختران نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. در ادامه با توجه به نتایج حاصل از مفروضات زیربنایی تحلیل کوواریانس چندمتغیره به بررسی فرضیه های پژوهش و تجزیه و تحلیل مشاهدات خواهیم پرداخت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در گروه های پژوهش

متغیرها	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش	آزمایشی	۶۶٫۶۰	۸٫۷۵
	آزمون	کنترل	۶۷٫۳۳	۸٫۳۹
	پس از آزمون	آزمایشی	۸۵٫۷۳	۱۳٫۵۰
	کنترل	آزمایشی	۶۸٫۴۰	۸٫۸۹
	پیگیری	آزمایشی	۸۸٫۶۰	۱۴٫۱۵
	کنترل	آزمایشی	۶۹٫۲۰	۸٫۹۲
تحمل ناکامی	پیش	آزمایشی	۱۱۳٫۹۳	۱۰٫۸۵
	آزمون	کنترل	۱۱۷٫۹۳	۱۱٫۸۵
	پس از آزمون	آزمایشی	۹۶٫۸۰	۱۲٫۳۰
	کنترل	آزمایشی	۱۱۶٫۳۳	۱۰٫۵۶
	پیگیری	آزمایشی	۹۴٫۸۶	۱۴٫۶۰
	کنترل	آزمایشی	۱۱۵٫۴۶	۱۰٫۱۵

برای بررسی تفاوت بین دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی و تحمل ناکامی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری استفاده شد. بدین صورت که نمره های پیش آزمون آزمودنی های گروه آزمایش و گواه، کنترل شد و تحلیل بر روی نمره های پس آزمون گروه ها انجام گرفت. پیش از بیان نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، لازم است مفروضه های مربوط به این روش تحلیل آورده شود. جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون لوین را برای بررسی همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرها	DF1	DF2	F	SIG
کیفیت زندگی	۱	۲۸	۳/۰۴۲	۰/۰۶۴
تحمل ناکامی	۱	۲۸	۱/۲۲۰	۰/۲۷۹

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس های متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ بنابراین مفروضه ی یکسانی واریانس ها تأیید شد.

جدول ۴، نتایج حاصل از آزمون همگنی شیب های رگرسیون (مفروضه ی دیگر تحلیل کوواریانس) را در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می دهد.

جدول ۴. نتایج همگنی شیب های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون) و وابسته (پس آزمون) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل)

پس آزمون ها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۲/۴۸	۲	۱/۲۴	۰/۰۷	۰/۹۲
تحمل ناکامی	۳/۴۹	۲	۱/۷۴	۰/۹	۰/۴۳

تعامل پیش آزمون ها در سطوح عامل با

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) معنی دار نیست؛ بنابراین فرض همگنی رگرسیون ها رعایت شده است. برای بررسی تأثیر مداخله معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین‌های متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و تحمل ناکامی) در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	Df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماري
اثر پیلایی	۰,۷۶۸	۴۱,۴۵۴	۲	۲۵	۰,۰۰۰۱	۰,۷۶۸	۱
لامبدای ویلکز	۰,۲۳۲	۴۱,۴۵۴	۲	۲۵	۰,۰۰۰۱	۰,۷۶۸	۱
اثر هتلینگ	۳,۳۱۶	۴۱,۴۵۴	۲	۲۵	۰,۰۰۰۱	۰,۷۶۸	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳,۳۱۶	۴۱,۴۵۴	۲	۲۵	۰,۰۰۰۱	۰,۷۶۸	۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ درج شده است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله ی پس‌آزمون، از لحاظ متغیرهای کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در سطح موردنظر ($p < 0/05$) معنی دار است.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین‌های متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله ی پس‌آزمون

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجدورات	توان آماري
گروه	کیفیت زندگی	۲۱۱۰,۴۶	۱	۲۱۱۰,۴۶	۳۵,۹۷	۰,۰۰۰۱	۰,۵۸۰	۱
گروه	تحمل ناکامی	۱۶۱۸,۳۳	۱	۱۶۱۸,۳۳	۴۸,۳۱	۰,۰۰۰۱	۰,۶۵۰	۱

لازم به توضیح است که این پژوهش دارای مرحله ی پیگیری نیز بوده است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی متغیر کیفیت زندگی در مرحله ی پیگیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=35/15$, $p < 0/001$). به علاوه، این نتایج در خصوص تحمل ناکامی ($F=38/34$) معنی دار است ($p < 0/001$). این نتایج دلالت بر این امر دارد که اثر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی پایدار است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش باهدف تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای کیفیت زندگی و تحمل ناکامی تفاوت معنادار وجود دارد و بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. می‌توان گفت معنویت درمانی موجب بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است و می‌توان گفت معنویت درمانی موجب بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است و این یافته تا مرحله پیگیری تداوم داشت. این نتیجه به نوعی با نتایج پژوهش‌های هروی و همکاران (۱۳۹۹)، حسینی و همکاران (۱۳۹۸)، نصیری و همکاران (۱۳۹۸) محمد کریمی و شریعت نیا (۱۳۹۶)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، عزیزی ابرقویی (۱۳۸۹) و زمانیان و همکاران (۲۰۱۶) هماهنگ و همسو بود. چنانچه در پژوهشی، هروی و همکاران (۱۳۹۹) به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب در شهر تهران پرداختند، نتایج نشان داد که تأثیر معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب بیانگر آن است که اثر متقابل بین گروه و زمان معنادار است. حسینی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر ارتقا کیفیت زندگی

و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج نشان داد، معنویت درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه در گروه آزمایش شده است و این تفاوت نسبت به گروه کنترل معنادار است. آزمون مجدد با فاصله یک ماه نشان از ماندگاری اثر درمان در افزایش میزان کیفیت زندگی بیماران دارد. همچنین معنویت درمانی باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده است. نصیری و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روان درمانی مذهبی - معنوی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج نشان داد روان درمانی مذهبی - معنوی موجب بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. در تبیین این یافته می توان گفت، افزایش کیفیت زندگی می توان گفت شرکت دختران در جلسات معنویت درمانی و دیدن سایر دختران مشابه خود و یا حتی درجاتی بدتر، همچنین یادگیری فنون خود آرام سازی مانند ذکر، صبر، توکل و شکر و خود گویی مثبت احتمالاً توانسته است، به افزایش کیفیت زندگی دختران کمک کند. در این پژوهش، دختران پس از شرکت در جلسات و انجام تکالیف خانگی در هر جلسه، احساسات و عواطف خود را در گروه بیان کرده و سعی می کردند تا افکار ناکارآمد و مضر خود را تغییر دهند و به این احساس دست یابند که کنترل بیشتری بر عواطف خود دارند و بهتر می توانند با علائم بیماری خود کنار آمده و آن را کنترل کنند. شاید پس از آموزش معنویت، افراد به این اصل مهم دست یافته باشند که با عبادت و توکل به خدا، بهتر می توانند به آرامش درونی برسند. همچنین هرچه شکرگزارتر بوده و نعمت های زندگی خود را ببینند از آرامش بیشتری در زندگی برخوردار خواهند بود (محمد کریمی و شریعت نیا، ۱۳۹۶). از سوی دیگر معنویت درمانی موجب کاهش تحمل ناکامی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است و این یافته تا مرحله پیگیری تداوم داشت. این یافته به نوعی با نتایج پژوهش های یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸)، رضانی و بختیاری (۱۳۹۷)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲)، وان بروگن (۲۰۱۹) و فنوان و همکاران (۲۰۱۹) هماهنگ و همخوان است. چنانچه در پژوهشی، یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی معنویت درمانی بر پریشانی روان شناختی و تاب آوری بیماران تالاسمی شهر شیراز را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر پریشانی روان شناختی و تاب آوری بیماران تالاسمی تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش پریشانی روان شناختی و بهبود تاب آوری بیماران شود. رضانی و بختیاری (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان مرکز صادقیه شهر اصفهان پرداختند. نتایج نشان داد معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان تأثیر معنادار دارد. به این صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان شود. لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲) به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان و موسسه خیریه مهرانه زنجان پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. در تبیین این یافته می توان گفت، معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده

و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند. معنویت در اسلام در سایه عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خداپسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد. در معنویت درمانی بر باورهای بیماران کار می‌شود زیرا باورها زیربنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش‌تر باقی می‌ماند. باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می‌کند تا به اصلاح خود بپردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند به این ترتیب تحمل ناکامی را در وی افزایش دهد (رمضانی و بختیاری، ۱۳۹۷). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به‌صورت چشمگیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را به دنبال دارد که تحمل ناکامی‌های مربوط به زندگی خود را هموارتر می‌نماید. تحقیق حاضر در اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی در دختران بود. به نظر می‌رسد معنویت درمانی بر باورها و عقاید فرد کار می‌شود و با تغییر عواطف منفی به مثبت می‌تواند بر کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران تأثیر داشته باشد. لذا می‌توان با آموزش معنویت درمانی در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی و بهداشت روانی آنان اقدام عملی نمود. با توجه به تأثیر آموزش معنویت درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی مخاطبان این مطالعه از معنویت درمانی می‌توان به‌عنوان یک مداخله مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی دختران نام برد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که معنویت درمانی با بهره‌گیری از فنونی همانند خودآگاهی و ارتباط با خود و خدا، نوع دوستی، بخشش خود و دیگران، قدردانی و شکرگزاری می‌تواند به‌عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود تحمل ناکامی دختران مورد استفاده قرار گیرد. به این ترتیب با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود، برای افزایش کیفیت زندگی و تحمل ناکامی دختران به رویکرد معنویت درمانی به‌عنوان سازه‌ای جدید در روانشناسی توجه لازم شود. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت زمانی برای پیگیری‌های مکرر در فواصل زمانی چندماهه پس از آموزش بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی مطالعه‌ای مشابه با پیگیری‌های چندماهه انجام دهند و مشاوران نیز در جلسات آموزش خانواده از فنون معنویت درمانی برای دختران استفاده نمایند. با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی نمونه آماری محدودی انجام شده است، مطالعات بیشتر و در سایر جوامع آماری به محققان آینده توصیه می‌شود. همچنین با توجه به حجم کم نمونه‌ها باید در تعمیم نتایج با احتیاط بیشتری اقدام نمود. این پژوهش در مورد مراجعه‌کنندگانی در ناحیه ۱۳ تهران شرق و شرق نو انجام شده است، بنابراین تعمیم یافته‌ها به سایر افراد در سایر شهرها باید با احتیاط صورت بگیرد. یکی از نقاط ضعف پرسشنامه تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه بود که توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از فرم‌های کوتاه استفاده گردد. پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است.

در پژوهش‌های نیمه تجربی امکان کنترل همه متغیرهای مداخله‌گر وجود ندارد و ممکن است تحت تأثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج است، قرار گرفته باشند. البته در این پژوهش تلاش شد که مشارکت‌کنندگان گروه کنترل از برنامه‌های گروه آزمایش مطلع نگردند و در طی دوره مطالعه در هیچ مداخله دیگری شرکت نکنند که محقق در مرحله پس‌آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل این مورد را بررسی و تأیید کرد.

منابع

- الیاس، م؛ توبیاس، ا؛ فریدلندر، ب (۲۰۰۰). پرورش هوش هیجانی نوجوانان. ترجمه ف کاوسی (۱۳۹۶). تهران: انتشارات رشد.
- بابایی، زهراء لطیفی، زهره و اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت. روانشناسی و دین، ۱۴۳۰، ۳۷-۵۰.
- سادات حسینی، سارا؛ سلمانی، مهسا و قییمی، مهرانگیز (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر ارتقا کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان، ششمین همایش دانشجویی بررسی فرهنگ سلامت از منظر قرآن و حدیث، تهران
- رمضانی، بتول و بختیاری، فروغ (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. سالمندشناسی، ۱۳(۳)، ۳۲-۴۱.
- سلیمی، مریم؛ قراری عارفی، الهه؛ یعقوبی، محمد علی و رخشانی، محمدحسن (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و برخی عوامل مؤثر بر آن در سال ۹۱. مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۶ (۲)، ۳۸-۴۹.
- صبری، مژگان (۱۳۹۰). آموزش هوش هیجانی بر اضطراب پیشرفت دانش آموزان دبیرستانی پسر. دانشگاه آزاد اسلامی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- عزیزی ابرقویی، مریم (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- کجیاف، محمدباقر؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر و رزایان، نازنین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی، روان شناسی بالینی، ۱۱۹، ۲۱-۳۸.
- کجیاف، محمدباقر؛ رضوانی، روح اله؛ عاشوری، جمال (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و فراشناخت درمانی بر اضطراب دانشجویان دختر. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان شناختی، ۱-۱۲، (۱).
- محمد کریمی، محسن و شریعت نیا، کاظم (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۵ (۲)، ۱۰۷-۱۱۸.
- نصیری، فرزانه؛ کشاورز، زهره؛ دوازده، محمد حسن؛ کریم خانی زندی، سعید و نصیری، ملیحه (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانی مذهبی - معنوی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۲۱ (۱)، ۶۷-۷۳.
- هروی، محبوبه؛ حاتمی، محمد و احدی، حسن (۱۳۹۹). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب. پایش، ۱۹ (۳)، ۲۷۵-۲۸۷.

■ یوسفی ایل ذوله، زینب و کریم افشاری نیا (۱۳۹۴). تأثیر معنویت درمانی گروهی در افزایش بهزیستی روانی زنان مبتلا به فشار خون اساسی شهر کنگاور، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه، به صورت الکترونیکی، شرکت طلای سبز، انجمن پایش.

■ یوسفیان، زهرا؛ احدی، حسن و کراسکیان موجهناری، آدیس (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت درمانی بر پریشانی روان شناختی و تاب آوری بیماران تالاسمی، علوم روان شناختی، ۱۸ (۸۴)، ۲۲۹۳-۲۲۸۵.

- Albouy, D., Graf, W., Kellogg, R., & Wolff, H. (2016). Climate amenities, climate change, and American quality of life. *Journal of the Association of Environmental and Resource Economists*, 3(1), 205-246.
- Baciú, C., & Baciú, A. (2015). Quality of life and students' socialization through sport. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 209, 78-83.
- Barker, H. E., Paget, J. T., Khan, A. A., & Harrington, K. J. (2015). The tumour microenvironment after radiotherapy: mechanisms of resistance and recurrence. *Nature reviews Cancer*, 15(7), 409.
- Blome, C., & Augustin, M. (2015). Measuring change in quality of life: bias in prospective and retrospective evaluation. *Value in Health*, 18(1), 110-115.
- Brauner, A., Fridman, O., Gefen, O., & Balaban, N. Q. (2016). Distinguishing between resistance, tolerance and persistence to antibiotic treatment. *Nature Reviews Microbiology*, 14(5), 320.
- Brown, E. D., & Wright, G. D. (2016). Antibacterial drug discovery in the resistance era. *Nature*, 529(7586), 336.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. R. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of abnormal psychology*, 111(1), 180.
- Carneiro, E. M., Moraes, G. V., & Terra, G. A. (2016). Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients. *Advances in mind-body medicine*, 30(3), 4-10.
- Chellat, M. F., Raguž, L., & Riedl, R. (2016). Targeting antibiotic resistance. *Angewandte Chemie International Edition*, 55(23), 6600-6626.
- Comini, E. (2016). Metal oxide nanowire chemical sensors: innovation and quality of life. *Materials today*, 19(10), 559-567.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating behaviors*, 8(1), 91-97.
- Croy, I., Nordin, S., & Hummel, T. (2014). Olfactory disorders and quality of life—an updated review. *Chemical senses*, 39(3), 185-194.
- David, B. (2003). studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. *Quality of life research*.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 1-11
- Florida, G. (2008). The influence of spirituality/Religiousness on the Quality of life of long-term cancer survivors. degree of Doctor of philosophy of the university of Miami.
- Frisch, M. B. (2014). Quality-of-life-inventory. *Encyclopedia of quality of life and well-being research*, 5374-5377.

- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*, 19(1), 63-71.
- Gieler, U., Gieler, T., & Kupfer, J. P. (2015). Acne and quality of life-impact and management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29, 12-14.
- Hachem, A., & Brennan, L. (2016). Quality of life outcomes of bariatric surgery: a systematic review. *Obesity surgery*, 26(2), 395-409.
- Healey, D. L., Gault, R. D., & Thomson, W. M. (2016). Treatment associated changes in malocclusion and oral health-related quality of life: A 4-year cohort study. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 150(5), 811-817.
- Helles, A., Gillberg, I. C., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2017). Asperger syndrome in males over two decades: Quality of life in relation to diagnostic stability and psychiatric comorbidity. *Autism*, 21(4), 458-469.
- James, W. (1897). *The will to believe and other in popular philosophy*. New York London and Bombay: Longmans Green and co.
- Janus, K., Lehrer, M., Gloria, C., Steinhardt, M. (2017). Resilience Moderates the Effect of Stress on Depressive Symptoms in Adolescent Girls. *Health Behav Pol Rev*, 4(3), 235-44.
- Kim, H., Woo, E., & Uysal, M. (2015). Tourism experience and quality of life among elderly tourists. *Tourism management*, 46, 465-476.
- Kautonen, T., Kibler, E., & Minniti, M. (2017). Late-career entrepreneurship, income and quality of life. *Journal of Business Venturing*, 32(3), 318-333.
- Lucchetti, G., Damiano, R. F., DiLalla, L. F., Lucchetti, A. L. G., Moutinho, I. L. D., da Silva Ezequiel, O., & Dorsey, J. K. (2018). Cross-cultural differences in mental health, quality of life, empathy, and burnout between and Brazilian medical students. *Academic Psychiatry*, 42(1), 62-67.
- Nasiri, F., Keshavarz, Z., Davazdahemami, M. H., Karimkhani Zandi, S., & Nasiri, M. (2019). The Effectiveness of Religious-Spiritual Psychotherapy on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 21(1), 67-73.
- Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 25(1), 119.
- Pulcrano, M., Evans, S. R., & Sosin, M. (2016). Quality of life and burnout rates across surgical specialties: a systematic review. *JAMA surgery*, 151(10), 970-978.
- Rani, M., Sheoran, P., Kumar, Y., Singh, N. (2016). Evaluating the Effectiveness of Pubertal Preparedness Program in Terms of Knowledge and Attitude Regarding Pubertal Changes Among Pre-Adolescent Girls. *J Family Reprod Health*, 10(3), 122-8.
- Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., Mishely-Yarlap, A. (2014). Subjective Well-Being in Adolescence: The Role of Self-Control, Social Support, Age, Gender, and Familial Crisis. *J Happiness Stud*, 17(1), 81-104.
- Ruffell, B., & Coussens, L. M. (2015). Macrophages and therapeutic resistance in cancer. *Cancer cell*, 27(4), 462-472.
- Samuel, V. T., & Shulman, G. I. (2016). The pathogenesis of insulin resistance: integrating signaling pathways and substrate flux. *The Journal of clinical investigation*, 126(1), 12-22

- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gomez, L. E., & Reinders, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1-12
- Semcho, S., Bilsky, S.A., Lewis, S.F., Leen-Feldner, EW. (2016). Distress tolerance predicts coping motives for marijuana use among treatment seeking young adults. *Addict Behav*, 58, 85-9.
- Shan, L., Shan, B., Suzuki, A., Nouh, F., & Saxena, A. (2015). Intermediate and long-term quality of life after total knee replacement: a systematic review and meta-analysis. *JBJS*, 97(2), 156-168.
- Skrove, M., Lydersen, S., Indredavik, M.S. (2016). Resilience factors may moderate the associations between pubertal timing, body mass and emotional symptoms in adolescence. *Acta Paediatr*, 105(1), 96-104.
- Sparks, T. C., & Nauen, R. (2015). IRAC: Mode of action classification and insecticide resistance management. *Pesticide biochemistry and physiology*, 121, 122-128
- Spellberg, B., Bartlett, J. G., & Gilbert, D. N. (2013). The future of antibiotics and resistance. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 299-302.
- Sperry, L. (2015). Effective spiritually oriented psychotherapy practice is clinically, ethically, and culturally sensitive practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(2), 103.
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer effort in value cocreation activities: Improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318-335.
- Thompson, S.M., Hammen, C., Brennan, PA. (2016). The Impact of Asynchronous Pubertal Development on Depressive Symptoms in Adolescence and Emerging Adulthood Among Females. *J Youth Adolesc*, 45(3), 494-504.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World journal of diabetes*, 8(4), 120.
- Uysal, M., Sirgy, M. J., Woo, E., & Kim, H. L. (2016). Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. *Tourism Management*, 53, 244-261.
- Van Heijst, B. F., & Geurts, H. M. (2015). Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*, 19(2), 158-167.
- Ventola, C. L. (2015). The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats. *Pharmacy and therapeutics*, 40(4), 277
- Wani, I. A., & Singh, B. (2019). Effect of Islamic psycho-spiritual therapy in managing craving, withdrawal symptoms, and mental health problems among cannabis users. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(7), 674-685.
- West, W. S. (2002), *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*, London: Sage.
- Wu, H. S., & Harden, J. K. (2015). Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *Cancer nursing*, 38(1), E29-E54.
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Eifert, G. H., & Brown, R. A. (2001). Affective style among smokers: Understanding anxiety sensitivity, emotional reactivity, and distress tolerance using biological challenge. *Addictive behaviors*, 26(6), 901-915.