

مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم (۱۳۸۸)

فاطمه آقاعلی* / طیبه زندی پور** / محمدرضا احمدی***

چکیده

پژوهش حاضر درصدد بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم با استفاده از روش تجربی است. جامعه آماری این پژوهش، تمام مردان و زنان مبتلابه ام اس استان قم از نوع عود و بهبود ۱۸-۳۵ سال استان قم است که فاقد اختلال روان‌شناختی بوده و بالاتر از دیپلم هستند. برای انتخاب نمونه با حجم چهل نفر (بیست نفر گروه آزمایش و بیست نفر گروه کنترل) از مجموع ۴۱۸ بیمار ام اس استان قم و از شیوه نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. آزمودنی‌ها قبل از ورود به جلسات به مقیاس‌های سلامت روان مختص بیماران ام اس، مقیاس سنجش معنویت روزانه پاسخ داده‌اند. نتایج آزمون نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین شرکت در جلسات مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی و افزایش معنویت و سلامت روان، وجود دارد و می‌توان پیش‌بینی کرد که شرکت در جلسات مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی، در افزایش سلامت روان و میزان معنویت بیماران تأثیر دارد. **کلیدواژه‌ها:** مشاوره گروهی، شناختی - رفتاری، مشاوره با رویکرد معنویت، سلامت روان، بیماری ام اس.

freefatemhagha@yahoo.com

* کارشناسی ارشد مشاوره و روان‌شناسی عمومی

** استادیار گروه مشاوره دانشگاه الزهراء ع

*** استادیار گروه روان‌شناسی مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)

دریافت: ۱۳۸۹/۳/۲۴ - پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۳۰

مقدمه

یکی از رویکردهای جدید در درمان‌های روان‌شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای با رفتار درمانی - شناختی سنتی است که هایز و همکاران از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند. در این رویکرد به کمک طرح‌واره‌های معنوی که حکایت از باورهای بنیادینی می‌کند و تشکیل دهنده دیدگاه فرد درباره خود، دیگران و جهان اطراف است، به فرآیند درمان کمک می‌کنند.^۱ این طرح‌واره‌ها، سازه‌های فرضی هستند که بازنمایی معانی در آنها ذخیره می‌شود. طرح‌واره‌ها انتخاب، رمز گردانی، سازمان‌دهی، ذخیره و بازیابی پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند.^۲

از نظر یونگ^۳ ۱۹۹۹م هر طرح‌واره در برگیرنده اجزای شناخت، هیجان، احساس بدنی و خاطرات است. واژه طرح‌واره معنوی، ساختار شناختی فرض می‌شود که توسط پیروان مذهب‌های مختلف ایجاد، گسترش و حفظ می‌شود و دسترسی سریع به تجربه و ابزار، افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با باورهای معنوی بنیادین را تسهیل می‌کند. طرح‌واره‌های معنوی باورهای معنوی بنیادی فرد درباره خود، دیگران و دنیای اطراف است.^۴

طرح‌واره‌ها صرف نظر از حوزه محتوای‌شان، شناسایی سریع محرک‌ها، خاطره اطلاعات مرتبط با طرح‌واره، تفسیر محرک‌های مبهم و انتخاب راهنمای پاسخ را تسهیل می‌کنند و به دلیل آنکه فرایند فعال‌سازی یک طرح‌واره معنوی یا مذهبی با فرایند کلی به کار گرفته شده در فعال‌سازی شناختی، تفاوتی ندارد، به عنوان یک ساختار تنظیم کننده، قابلیت پژوهش تجربی را دارد. یک مدل شناختی به خوبی می‌تواند برای ارائه و ارزیابی روش مداخله فعال‌سازی معنوی به کار برده شود. هادج^۵ ۲۰۰۰م معنویت را ایمان و رابطه با خداوند متعال تعریف می‌کند که با آگاه شدن از سنت‌ها، مفاهیم معنوی به احساس معنا، هدف و رسالت در زندگی منجر می‌شود. محصول این رابطه، ویژگی‌هایی مانند نوع دوستی، بخشش و اخلاق است که تأثیر خاصی در رابطه فرد با خود، دیگران و خالق و در نهایت، غایت زندگی دارد. به هر حال، روان‌درمانی مبتنی بر معنویت به معنای استفاده و کاربرد طرح‌واره‌های معنوی در روان‌درمانی و مشاوره و فرایند آن است.

به عقیده رابرت سالتزمن روان‌درمانی مبتنی بر معنویت به این معناست که بشر توانمندی این را دارد که فراتر از خودش و بدنش فکر کرده، از سطح آن فراتر رفته و به

مرکز شخصیتش بیندیشد، احساس وجود داشتن را فراتر از یک انسان عادی در حد خوردن و خوابیدن دانسته و درباره آن فکر کند، در اولویت‌بندی‌های نیازهایش همدردی، خلاقیت، صداقت، پاکی و پرستش را نیز بگنجانند و سعی کند فراتر از گذران عادی زندگی بیندیشد و با شیوه معنویت به درمان افراد کمک کند و به این نقطه برسد که بتواند دنیا و خودشان را فراتر از مادیات و خودشان ببینند.

این نگرش و اندیشه به افراد کمک می‌کند تا شخصیت خویش را در مسائل فراروی خود به گونه‌ای دیگر ارزیابی کنند. البته این نوع اندیشه بایستی در خودآگاه فرد درونی شود و در عین حال، نیازهای پایه‌ای و فیزیولوژیک نادیده گرفته نشود، بلکه بتوان آنها را به تعویق انداخت. فرد با رعایت این دو شرط می‌تواند اهداف تازه‌ای را با نیت‌های متفاوتی در زندگی داشته باشد.

گرچه به گفته گری هارتز ۱۹۹۹م اولین بار این رویکرد در لوس آنجلس به اجرا درآمد و طی کارگاه‌های آموزشی متعددی برای متخصصان امر در حوزه درمان با رویکرد معنویت برگزار شد و معتقد بود تا آن زمان هنوز هیچ کس کار مشابهی انجام نداده است، ولی می‌توان گفت قبل از وی ویکتور فرانکل، یونگ، مازلو و دیگران بسیار از معنویت و مذهب، در روان‌شناسی بحث کرده بودند.

اندیشمندان مسلمان نیز نقش و جایگاه معنویت را مطرح کرده‌اند. برای مثال، شهید مطهری^۱ معنویت را نوعی احساس و گرایش ذاتی انسان به امور غیر مادی، مانند علم و دانایی، خیر اخلاقی، جمال و زیبایی، تقدیس و پرستش می‌داند و وجه تمایز انسان و موجودات دیگر تلقی می‌کند.

در پژوهش حاضر، منظور از طرح‌واره‌های معنوی این است که وقتی بیماران برای توصیف ویژگی‌های خود در مسیر معنویت گام بر می‌دارند، کارهای خوب و اخلاقی انجام داده و با خداوند ارتباط معنوی برقرار می‌کنند، اظهارات بیماران و باورهایشان طی جلسات مشاوره گروهی، مشخص می‌شود و جمع‌آوری می‌گردد. از جمله شیوه‌های شناختی با تأکید بر اندیشه‌های معنوی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی که در متون اسلامی به آنها اشاره شده است، عبارت‌اند از:

۱. نقش ایمان به خدا: من جن و انس را جز برای عبادت نیافریدم و هرگز از آنها رزق و روزی نخواستم و نمی‌خواهم مرا اطعام کنند. (ذاریات: ۵۶)

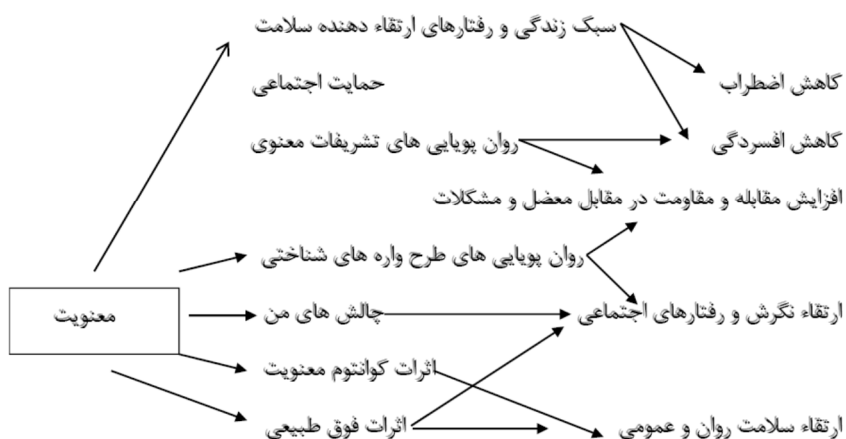
۲. بینش فرد نسبت به سختی‌ها و توجه به حکمت: آنان که نگران فرزندان ناتوانی باشند که از خود برجای می‌گذارند باید از خدا بترسند و سخنی عادلانه و درست گویند. (نساء: ۹)

۳. توکل به خدا و اعتماد به مقدرات الهی: او کسی است که شما را از گل بیافرید و مهلتی مقدر داشت تا نیکی کنید با این همه، باز [به مقدرات الهی] شک می‌کنید. (انعام: ۲) مهم‌ترین روش‌های معنوی که به نوعی ارتباط عاطفی فرد با خداوند و اولیای دین است، عبارت‌اند از: یاد خداوند، دعا، توسل به خداوند و ائمه معصومین علیهم‌السلام.

مهم‌ترین روش‌های رفتاری برخورد با مشکلات در اسلام که شامل دستورات و توصیه‌های عملی است، عبارت‌اند از: صبر، تفریحات سالم، ازدواج، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و عمل صالح.^۷

نمودار زیر از هادج و همکاران در این زمینه قابل توجه است.^۸

شکل: روابط مسیرهای مجزا و واسطه‌ای در معنویت



همان طور که گفته شد، طرح‌واره‌های شناختی به عنوان ساختارهای تنظیم‌کننده، قابلیت بررسی را دارند.

در روان‌شناسی شناختی یک طرح‌واره، مجموعه‌ای از باورها یا دانش‌های کاملاً خودکار، منظم و سازمان یافته درباره مقاصد و قابلیت‌های فردی است که در حافظه بلند

مدت ذخیره شده است و ملاک‌های اثربخشی را برای تنظیم توجه، تحرک و ساختار کدگذاری، ذخیره و بازیابی اطلاعات ایجاد می‌کند و با سایر مؤلفه‌های سیستم، مانند فیزیولوژی و هیجان، رابطه تداعی قوی‌ای دارد.

در همه زمان‌ها مشکلات حد واسط روان‌پزشکی و روان‌شناسی از یک‌سو، و مذهب و معنویت از سوی دیگر، وجود داشته است. تا اوایل قرن نوزده میلادی و پیش از پیدایش این دو گرایش علمی، فهم درستی از آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روانی وجود نداشت و بیماری به منزله تنبیهی از آسمان‌ها تلقی می‌شد. اکنون مفهوم بیماری روانی به عنوان تنبیهی در برابر گناه، به شکل واضح از فرهنگ ما حذف شده است، گرچه هنوز به طور پنهان وجود دارد. هنوز هم جمله‌هایی از جانب بیماران تکرار می‌شود که «اگر عبادتم را به جا می‌آوردم، بهتر رفتار کرده بودم».

موضوع دومی که این مفهوم را بیان می‌کند، تعارض بین عملکرد مذهب و روان‌درمانی به طور دقیق‌تر بین نقش روحانی مذهبی و روان‌درمانگران است. مشکلی که در این‌جا وجود دارد حد واسطه بین ذهن و روح یا روان و روح است. این مشکل نه تنها برای یک نظریه‌پرداز، بلکه برای عوامل اجرایی نیز می‌باشد. نظر سومی نیز وجود دارد که بین مفهوم بیماری روانی و تنبیه یک گناه، پیوند می‌دهد و این رابطه با آشفتگی بین مذهب و روان‌درمانی در این زمینه است که سلامت روحانی و سلامت روانی یک‌سان‌اند و همانند تصور می‌باشد. این اشتباه به خوبی توسط یونگ به تصویر کشیده شده است.^۹

یونگ در کنفرانس سال ۱۹۳۵م می‌گوید: نه تنها مسیحیت با سمبل‌های رستگاری‌اش، بلکه تمام مذاهب، از بدوی‌ترین آنها تا کامل‌ترین آنها، با آیین خاصشان انواع مختلفی از روان‌درمانی تلقی می‌شوند و رنج‌های روحی و جسمانی ناشی از روح را درمان کرده و بهبود می‌بخشند. وی در یکی از آثار علمی منتشره خود در سال ۱۹۴۶م می‌نویسد: تنها دیدگاه‌های سودمند در جهان امروز آن سیستم‌های روان‌درمانی است که ما آنها را معنویت می‌نامیم. همچنین وی در مقاله‌ای دیگر در سال ۱۹۵۱م می‌نویسد: معنویت نه تنها بر ضد بیماری است، بلکه عملاً سیستمی برای بهبود و رشد روانی است.^{۱۰}

یونگ در مقاله خود با عنوان «انسان نوین در جست و جوی یک روح» ادعا می‌کند که هیچ‌گاه بیماری نداشته که درمانش مستلزم بازگشت او به معنویت نبوده باشد. معنویت،

وسیله مفیدی برای تأمین بهداشت روانی و راه رسیدن به کمال و شادی است. معنویت، مجموعه‌ای از عقاید در ارتباط با یکی از الگوهای رفتار عمومی برای بیان رابطه عالی وابستگی انسان به خالقش است. معنویت از طریق ایده‌ها، تعالیم و تجربیات علمی، بر روند رشد و تکامل بشریت، تأثیری ژرف دارد.

عملکرد معمول معنویت این نیست که ما را از اضطراب‌هایمان ناگهان برهاند، بلکه خداوند به ما این توانایی را می‌دهد که محدودیت‌ها و وابستگی‌هایمان را بیان کرده و سپاس خود را برای موهبت حیات عرضه داریم. اگر ما به یک سری معانی برای رهایی از اضطراب کودکانه وابسته خود نیازمندیم، آیا تعجب آور است که با یک عمل بتوانیم به برخی از آنها دست پیدا کنیم؛ مثل دعا و نیایش‌هایی که به شکل مناجات فردی و گروهی اجرا می‌شود.^{۱۱}

مؤلفه‌های معنویت از نظر لاری کیلفورد^{۱۲}

۱. احساس تعلق به وحدت و سنت‌ها؛
 ۲. اعتقاد به مکان‌های مقدس و زیارتگاه‌های مذهبی؛
 ۳. اعمال مذهبی، مانند نماز و مراقبه؛
 ۴. رعایت حدود و آداب و رسوم مذهبی؛
 ۵. اعتقاد به اخلاقیات، مثل صداقت؛
 ۶. شرکت در مجامع عمومی و اجتماعی جهت اعمال مذهبی، مانند خدمت رسانی به دیگران و احساس تعلق اجتماعی؛
 ۷. کنترل رفتاری مناسب؛
 ۸. ارزش و احترام نهادن به عناصر طبیعی و آفرینش خداوند.
- اریکسون شرایط و ویژگی‌های افرادی را که هویت شخصی داشته و افراد شناخته شده‌ای بوده‌اند، بررسی کرده است. این افراد، اراده قوی، خودکنترلی بالا، همبستگی معنوی و درونی، آرامش و صلح درونی عمیق یا نسبتاً عمیق، سلامت روح و روان بالا، روابط اجتماعی خوب و مناسب و رضایت بخش داشته‌اند. اریکسون دریافت که این افراد در مقایسه با بقیه مراجعانش، از اعتقادات معنوی و مذهبی قوی بهره‌مند بوده و میزان خودکشی در آنها پایین‌تر است و کمتر عصبی‌اند و از اضطراب و افسردگی و مشکلات زناشویی کمتری رنج می‌برند.^{۱۳}

این یافته‌ها را نیلسون نیز تأیید می‌کند. وی اضافه می‌کند که یک فرد معنوی، از احساس خود برتر درونی و نه بیرونی، بهره‌مند است و در درمان معنویت روان‌درمانگر با ارزش‌های مراجع سر و کار دارد و به کار بردن آنها در زندگی شخصی و اجتماعی است و در نهایت، شیوه زندگی مراجع. وظیفه درمانگر این است که ارزش‌ها، باورها و اعتقادات مراجع را تا حد ممکن به دست بیاورد و از وی بخواهد تا آنها را لیست کند.^{۱۴}

به گفته چنتمن^{۱۵} دیپاک نیز از رویکرد معنویت درمانی استفاده می‌کرد. دیپاک، دوره‌های مشاوره و روان‌شناسی را گذراند و معنویت را اصل کار خودش قرار داد. به اعتقاد وی اضطراب و افسردگی که بیشترین بیماری‌های روانی را دربرمی‌گیرند، از بیماری‌های روان - تنی هستند. همچنین او معتقد است الکتروشوک‌هایی که برای درمان افسردگی شدید استفاده می‌شود، نتایج پایداری ندارند و بهتر است برای درمان از تمارین معنویت درمانی و یافتن هدف و معنا در زندگی استفاده شود.

بوالهری^{۱۶} نیز ضمن تحقیقی درباره بررسی روش‌های مقابله مذهبی بر کاهش میزان دردهای ادراک شده، بیماری‌های مزمن را سنجید و به نتایج مثبتی دست یافت. هدف از پژوهش حاضر نیز بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم است.

فرضیه‌های پژوهش

۱. میزان معنویت و اعتقادات افراد مبتلا به ام اس که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی دریافت کرده‌اند، به طور معناداری در مقایسه با دسته‌ای که این مشاوره گروهی را دریافت نکرده‌اند، افزایش می‌یابد.
۲. میزان سلامت روان افراد مبتلا به ام اس که در مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی دریافت کرده‌اند، به طور معناداری در مقایسه با دسته‌ای که این مشاوره گروهی را دریافت نکرده‌اند، افزایش می‌یابد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع آزمایشی است که در چارچوب یک طرح همبستگی به اجرا درآمده است. جامعه آماری پژوهش میدانی حاضر کلیه مردان و زنان مبتلا به ام اس از نوع عود و

بهبود ۱۸-۳۵ سال است که فاقد اختلال روان‌شناختی بوده و بالاتر از دیپلم هستند و به کمک انجمن ام اس ایران جمع آوری شده است. برای انتخاب نمونه با حجم چهل نفر (بیست نفر گروه آزمایش و بیست نفر گروه کنترل) از شیوه نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. حجم جامعه آماری بالغ بر ۴۱۸ نفر است.

روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری این پژوهش، داوطلبانه و هدفمند و سپس جایگزینی تصادفی آزمودنی‌هاست؛ بدین طریق که از فهرست تهیه شده از سوی مسئول انجمن ام اس، آدرس و شماره تلفن بیماران گرفته شده و نمونه‌ها به شکل داوطلبانه انتخاب شده‌اند (بر مبنای تمایل آنها به شرکت در جلسات گروه و نمره بالای اضطراب و افسردگی در آزمون‌های اجرا شده) و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفته‌اند. بدین منظور از دو گروه بیست نفری (ده نفر مرد و ده نفر زن) که به بیماری ام اس از نوع عود و بهبود مبتلا بوده و در استان قم سکونت داشتند، در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شده و گروه آزمایش به مدت پانزده جلسه هفتگی در پژوهش به صورت گروهی شرکت کرده‌اند. در این مدت، اعضای گروه گواه، هیچ نوع خدمات مشاوره‌ای دریافت نکرده‌اند.

ابزارهای تحقیق

۱. مقیاس اندازه‌گیری تجارب معنوی روزانه: این مقیاس در سال ۲۰۰۲م توسط اندروود لینگ از مؤسسه فترز در دانشگاه کلمبیا ساخته شد و آلفای کرونباخ آن روی نمونه‌ای ۲۸۵ نفری از دانشجویان شیکاگو ۰/۹۲ بوده است. همچنین در اوهایو در نمونه ۱۹۲ نفری اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ بوده است. در پژوهش حاضر نیز روی نمونه‌ای سی نفری اجرا شده و میزان آلفای محاسبه شده ۰/۹۴ گزارش شده است. این مقیاس، شانزده سؤال دارد و مقیاسی شش درجه‌ای، شامل «روزانه چندین بار»، «هر روز»، «اغلب روزها»، «بعضی روزها»، «گاهگاهی» و «تقریباً هرگز» است که بر حسب پاسخ به هر گزینه، نمره‌ای بین ۱ تا ۶ تعلق گرفته است. به گزینه «روزانه چندین بار» نمره شش تعلق گرفته و به گزینه «تقریباً هرگز» نمره یک. و همین‌طور نمره‌ها بین این گزینه‌ها و نمره‌های جمع شده حداکثر نمره ۹۶ و حداقل نمره ۱۶ بوده که نمرات بدین گونه تفسیر می‌شوند: ۱۶-۳۶

نسبتاً ضعیف (از نظر معنویت)، نمرات ۵۶۳۷ متوسط، ۷۶۵۷ بالا و ۹۶۷۷ بسیار قوی از نظر معنویت بوده‌اند.

۲. مقیاس سنجش سلامت روان مختص بیماران ام اس: این مقیاس توسط فدراسیون بین‌المللی ام اس در سال ۱۹۹۵م ساخته شده و پایایی آن بدین شرح به دست آمده است: در مقیاس اضطراب، آلفای به دست آمده ۰/۸۰ گزارش شده است. در مقیاس افسردگی، آلفای آن ۰/۸۷ گزارش شده است. در مقیاس کنترل رفتار، آلفای به دست آمده ۰/۷۸ گزارش شده است. در مقیاس نگرش مثبت، آلفای به دست آمده ۰/۸۳ بوده و در مجموع، آلفای محاسبه شده ۰/۹۳ گزارش شده است. این مقیاس، هجده سؤال دارد و شامل سه گزینه «بلی»، «خیر» و «گاهی» است. با توجه به نوع سؤال‌ها به «بلی» سه نمره، «خیر» یک نمره و «گاهی» دو نمره تعلق می‌گیرد. از جمع نمره‌ها نمره کل سلامت روان به دست می‌آید و با تقسیم آن بر هجده نمره‌ای بین ۱-۳ به دست خواهد آمد که آن را از یک کم کرده و در صد ضرب، و در نهایت بر پنج تقسیم می‌کنیم. نمره نهایی هر چه بالاتر باشد سلامت روان فرد نیز بهتر خواهد بود.

نتایج

جدول شماره ۱-۱: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سلامت روان مقیاس سنجش معنویت در مرحله پیش آزمون بر اساس دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس سلامت روان	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل مقیاس سلامت روان	گروه آزمایش	۲۰	۴۵/۸	۲۱/۰۹
	گروه کنترل	۲۰	۳۴/۱۷	۱۹/۳
مقیاس سنجش معنویت روزانه	گروه آزمایش	۲۰	۷۱/۰	۱۵/۷
	گروه کنترل	۲۰	۷۳/۰	۱۷/۱۴

در جدول شماره ۱-۱ شاخص‌های مرکزی مؤلفه‌های سلامت روان و مقیاس سنجش معنویت در مرحله پیش‌آزمون درج شده، به شرح زیر است:
 در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد نمره سلامت روان به ترتیب ۴۵/۸ و ۲۱/۰۹ و در گروه کنترل ۳۴/۱۷ و ۱۹/۳ است.
 در مقیاس سنجش معنویت روزانه در گروه آزمایش ۷۱ و با انحراف استاندارد ۱۵/۷ و در گروه کنترل میانگین ۷۳ و با انحراف استاندارد ۱۷/۱۴ گزارش شده است.

جدول شماره ۱-۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سلامت روان
مقیاس سنجش معنویت در مرحله پس‌آزمون بر اساس دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس سلامت روان و سنجش معنویت	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس سلامت روان	گروه آزمایش	۲۰	۵۸/۳۳	۱۸/۵۰
	گروه کنترل	۲۰	۳۵	۲۱/۱۰
مقیاس سنجش معنویت روزانه	گروه آزمایش	۲۰	۸۶/۹۱	۶/۲۴
	گروه کنترل	۲۰	۶۷/۸۳	۱۹/۸۲

در جدول شماره ۱-۲ شاخص‌های مرکزی مؤلفه‌های سلامت روان و سنجش معنویت در مرحله پس‌آزمون درج شده، که به شرح زیر است:

در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد نمره سلامت روان به ترتیب ۵۸/۳۳ و ۱۸/۵۰ و در گروه کنترل ۳۵ و ۲۱/۱۰ است.

در مقیاس سنجش معنویت روزانه در گروه آزمایش ۸۶/۹۱ و با انحراف استاندارد ۶/۲۴ و در گروه کنترل میانگین ۶۷/۸۳ و با انحراف استاندارد ۱۹/۸۲ گزارش شده است.

با توجه به فرضیه‌ها و نتایج به دست آمده، معنویت و سلامت روان افراد مبتلا به ام‌اس که مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی دریافت کرده‌اند، به طور معناداری در مقایسه با دسته‌ای که مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده دریافت نکرده‌اند، افزایش می‌یابد.

جدول ۱-۳: اجرای آزمون T گروه‌های مستقل
برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های مقیاس سنجش معنویت روزانه

سطح معناداری	درجه آزادی	نسبت T	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه آزمایش	مقیاس سنجش معنویت
۰/۰۰۱	۱۹	۳/۱۸۱	۵/۹۳	۶/۲۴	۲۱/۹۳	۲۰	گروه آزمایش	مقیاس سنجش معنویت
	۱۹							
						۴۰	کل	

$P < 0/05$ سطح معناداری

به منظور مقایسه اختلاف میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون افزایش معنویت در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون T مستقل استفاده شد. T محاسبه شده ($T=181/3$) در سطح ۰/۰۱ از نظر آماری معنادار است و با اطمینان ۹۹٪ فرض صفر تحقیق رد می‌شود.

بنابراین، تفاوت مشاهده شده در میانگین افتراقی نمره‌ها تصادفی نیست و با توجه به میانگین‌های افتراقی دو گروه می‌توان گفت که اجرای جلسات شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی بر افزایش میزان معنویت بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده است. و فرضیه دوم:

سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس که در مشاوره گروهی با تأکید بر اندیشه‌های معنوی شرکت کرده‌اند به طور معناداری در مقایسه با دسته‌ای که مشاوره گروهی بازویکرد ذکر شده را دریافت نکرده‌اند، افزایش می‌یابد.

جدول ۱-۴: اجرای آزمون T گروه‌های مستقل

برای بررسی تفاوت میانگین‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مقیاس سلامت روان (نمره کلی)

سطح معناداری Sig	درجه آزادی df	نسبت T	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	نمره کلی سلامت روان	گروه آزمایش
۰/۰۰۱	۱۹	۳/۱۸۱	۶/۰۲	۱۸/۵۰	۲۲/۵	۲۰	گروه کنترل	گروه آزمایش
	۱۹			۲۱/۱۰۵	۱۶/۳	۲۰		
	۳۸					۴۰	کل	

$P < 0/05$ سطح معناداری

به منظور مقایسه اختلاف میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون افزایش سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون T مستقل استفاده شد. T محاسبه شده ($T=181/3$) در سطح ۰/۰۱ از نظر آماری معنادار است و با اطمینان ۹۹٪ فرض صفر تحقیق رد می‌شود. بنابراین، تفاوت مشاهده شده در میانگین افتراقی نمره‌ها تصادفی نیست و با توجه به میانگین‌های افتراقی دو گروه می‌توان گفت که اجرای جلسات شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی بر افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده است.^{۱۷}

جدول ۱-۵: تفاوت میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های ذکر شده در گروه آزمایش

سطح معناداری	T تست تفاضل	درجه آزادی	تفاوت میانگین	تعداد	آزمون‌ها	مقیاس‌ها
۰/۰۳۰	۰/۱۲۲	۱۹	-۱۵/۹۱	۲۰	پیش‌آزمون	مقیاس سنجش معنویت
		۱۹		۲۰	پس‌آزمون	
۰/۰۲۲	۰/۲۳۸	۱۹	-۱۲/۵	۲۰	پیش‌آزمون	مقیاس سلامت روان
		۱۹		۲۰	پس‌آزمون	

جدول ۱-۶: نتایج آزمون T وابسته برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمره‌های مقیاس‌های ذکر شده در دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس‌ها و مؤلفه‌های سلامت روان	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	نسبت T	درجه آزادی df	Sig سطح معناداری
مقیاس سلامت روان	گروه آزمایش	۲۰	۴۵	۲۱/۰۸	۱۱/۶۶	۱/۴۱۴	۳۸	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۲۰	۳۴	۱۹/۲۸				
مقیاس سنجش معنویت روزانه	گروه آزمایش	۲۰	۷۳	۱۵/۶۶	۱۲	۰/۲۹۸	۳۸	۰/۰۲۰
	گروه کنترل	۲۰	۶۱	۱۰/۱۴				

$P < 0.05$

همان‌طور که در جدول ۱-۶ ملاحظه می‌شود، نتایج آزمون T تست وابسته، برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمره‌های مقیاس‌های ذکر شده در دو گروه کنترل و آزمایش، و با مقایسه T نسبت، در سطح ۰.۰۵٪، تفاوت معناداری را در نتایج دو گروه نشان می‌دهد و با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که رویکرد ذکر شده بر دو گروه مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به فرضیه‌های مطرح شده، معنویت افراد مبتلا به ام اس که مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی دریافت کرده‌اند، به طور معناداری در مقایسه با دسته‌ای که مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده را دریافت نکرده‌اند، افزایش می‌یابد.

در ابتدا - همان‌طور که مشاهده می‌شود - با محاسبه و مقایسه نمره‌های خام قبل از اجرای عمل آزمایشی و پس از آن، تفاوت فاحشی در دو گروه داشته است و این می‌تواند خود گویای این باشد که مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده بر میزان معنویت بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده و افزایش یافته است.

با استفاده از آزمون T گروه‌های مستقل میانگین اختلاف نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه معنویت در دو گروه آزمایش و کنترل، مقایسه شد و فرض صفر با اطمینان ۹۹٪ رد شد و با توجه به تفاوت مشاهده شده در میانگین افتراقی نمره‌ها می‌توان گفت که اجرای جلسات مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده در افزایش معنویت بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده است. بسیاری از افراد این باور را داشتند که احساسات و افکار آنها ناشی از رویدادها و شرایط بیرونی است، در حالی که شاید بدانند که با افکار و باورها و ارزش‌های

معنوی و جایگزین نمودن با افکار منفی گذشته می‌تواند در همان شرایط، نوع نگرش‌شان را تغییر دهند، همان‌طور که بسیاری از تحقیقات نیز این قضیه را تأیید می‌کند، همچنان که اجن کلی^{۱۸} روی رفتارهای دوقطبی و نشانه‌های توهم با رویکرد مشاوره و روان‌درمانی مذهبی - معنوی کارکرد. برنامه (شامل مراقبه، اعمال مذهبی دسته جمعی، دعا و نیایش)، رفتن به کلیسا و سبک زندگی بود و کار وی به صورت مطالعه طولی بود و به نتایج مثبتی دست یافت که با نتایج پژوهش حاضر همسوست.

بوالهروی^{۱۹} مشاوره با رویکرد معنوی را در میان مبتلایان به سوء استفاده جنسی با تدابیری، مثل پیشگیری اولیه، آموزش پیشگیرانه مبتنی بر خانواده و جامعه، مشاوره با مراجعه و اطرافیان، همگی با توجه به ابعاد مذهبی و معنوی‌شان انجام داده و به نتایج مثبتی دست یافته است که نتایج آن نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

طی جلسات گروهی سعی شد که خواندن آیات، روایات و ادعیه‌ها با تمرکز بر معانی و مفاهیم آیات باشد، نه فقط خواندن در جهت رفع تکلیف، زیرا در چنین صورتی است که آن آرامشی که باید به دست می‌آید. در عین حال که تمرین‌های ریلکسیشن و مراقبه نیز انجام می‌شد و اعضا پس از انجام این تمرین‌ها هر کدام احساس‌شان را می‌گفتند و ابراز رضایت داشتند.

نتایج پژوهش حاضر در باره فرضیه دوم، ما را به این نکته رهنمون کرد که با محاسبه و مقایسه نمره‌های خام سلامت روان و مؤلفه‌های آن قبل از اجرای عمل آزمایشی و پس از آن در گروه آزمایش، تفاوت معناداری داشته است. این نتیجه می‌تواند خود گویای این باشد که مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده، بر میزان توانایی مقابله با مشکلات جسمی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده و افزایش یافته است.

به منظور مقایسه میانگین اختلاف نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان افراد مبتلا به ام اس در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون T استفاده شد ($T=3/181$) که در سطح ۰.۱ ($P<1/01$) معنادار است و با اطمینان ۹۹٪ می‌توان گفت که فرض صفر تحقیق رد می‌شود و با توجه به آن مشاوره گروهی با رویکرد ذکر شده، موجب افزایش سلامت روان افراد مبتلا به ام اس می‌شود.

در پرسش‌نامه سلامت روان، مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی و افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار توانایی مقابله با مشکلات جسمی بر اثر افزایش معنویت به سبب اجرای

رویکرد معنویت درمانی گروهی افزایش یافته است. از همه مهم‌تر، تجربیات خود اعضای گروه در برخی از جلسات گروهی به رهبر گروه و به همه اعضا نشان دهنده این واقعیت است که بر اثر افزایش نگرش مثبت و کنترل رفتار و کاهش اضطراب و افسردگی، توانایی مقابله با مشکلات جسمی به سبب اجرای مشاوره گروهی با رویکرد شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی افزایش می‌یابد.

بیماران در بین جلسات گروهی نیز (خطاب به رهبر و اعضای گروه) اذعان می‌داشتند که بر اثر افزایش افکار مثبت و معنویت و طرز تفکر صحیح طی تمرین‌های مختلف و جلسات گروهی توانسته‌اند که تا حدود زیادی با مشکلات جسمی و همچنین از آن مهم‌تر با مسائل روانی خویش بهتر مقابله کرده و از همه مهم‌تر اینکه یاد گرفته‌اند که در وهله اول آنها را بپذیرند و سپس با آن رو به رو شوند.

همچنین مابشری مقدم^{۲۰} پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین اشتغال دانشجویان متأهل و غیرمتأهل دانشگاه الزهراء (ع) با سلامت روان» انجام داده که یافته‌های آن پژوهش نیز با یافته‌های پژوهشی حاضر همسوست.

آیتی نیز^{۲۱} بررسی معاینه وضعیت روانی در پنجاه بیمار مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس ایران را سنجیده و به نتایج مثبتی دست یافته است که یافته‌های این پژوهش نیز نتایج پژوهشی حاضر را تأیید می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که مانع از تعمیم کلی نتایج آن می‌شود. این محدودیت‌ها عبارت‌اند از:

افراد شرکت کننده در این پژوهش، بیماران ام اس از نوع عود و بهبود بوده‌اند که وضعیت جسمانی نسبتاً خوبی داشته‌اند و این امر خود به تأیید نتایج تحقیق کمک بسیاری می‌کند. بنابراین، مناسب است در پژوهش‌های بعدی با بیماران نوع خوش خیم یا پیشرونده نیز صورت پذیرد و نتایج آن بررسی شود.

افراد شرکت کننده در این پژوهش سنین بین ۱۸ - ۳۵ سال بودند که تحصیلات دیپلم به بالا داشته‌اند و این امر نیز خود به خود در تأیید نتایج تحقیق کمک می‌کند.

افراد شرکت کننده در این پژوهش افرادی بودند که به شکل تصادفی و داوطلبانه در گروه شرکت کرده بودند، بنابراین نتایج تحقیق ممکن است قابل تعمیم به دیگر افراد نباشد.

از جمله مشکلات و موانع پژوهش حاضر مسائل رفت و آمد بیماران بود که با توجه به اینکه در فصل تابستان گروه اجرا شد و بیماران ام اس نیز در استان قم مشکلات ویژه‌ای (به سبب شرایط سخت آب و هوایی- گرم و خشک -استان قم و کمبود امکانات و وسایل نقلیه سریع و آسان در قم) داشتند که نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار داد. بنابراین توصیه می‌شود که پژوهش‌های بعدی در دیگر فصل‌های سال برگزار شود.

مراجعه شرکت کننده در این جلسات، محدود به استان قم بود (محدود بودن جامعه آماری) که می‌توان آن را در استان‌های دیگر نیز اجرا کرد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

براساس یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود محققان بعدی اثربخشی مشاوره گروهی، با ارائه رویکرد ذکر شده و رویکردهای مشابه، با خانواده‌های بیماران ام اس، ارتباط برقرار نمایند. این ارتباط باید به منظور ایجاد نگرش مناسب نسبت به این بیماران، برای کاهش اضطراب و افسردگی آنها و با اهداف زیر صورت گیرد.

- اثربخشی مشاوره گروهی بر کاهش تعارضات زناشویی بیماران مبتلا به ام اس؛
- اثربخشی مشاوره فردی بر روش صحیح انتخاب همسر و کاهش مشکلات قبل از ازدواج؛

- اثربخشی این رویکرد با مشاوره گروهی و مشاوره فردی و مقایسه آن دو در افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس.

1. L. Sperry, *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality Disorder USA*, p 67.
2. A. Elizabet, *Religious Education in the Early Years Teaching and Learning in the First Three Years of School Textbook*, p 56.
3. K.Young, "Reconstructing religious spiritual and moral education and foreward", *Psychotherapy*, v 81, p 500.
۴. لادن فتی، ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی مقایسه در چاقوب مفهومی، پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، ص ۱۱۸.
5. D. Hodde, "Spirituality towards a theoretical framework", *Journal of Religion in the Social Services*, v 19, p 19.
۶. مرتضی مطهری، مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، ص ۵۸.
۷. هاجر بهرامی، اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان خوابگاهی دانشجویان دختر علامه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، ص ۲۶.
۸. پرویز دباغی، اثربخشی شناختی-رفتاری بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی، پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، ص ۱۰۰.
۹. علی اسلامی نسب، روان‌شناسی سازگاری، ص ۷۸.
۱۰. حسین باقری یزدی، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران»، فصلنامه اندیشه و رفتار، ش ۴، ص ۲۶.
۱۱. ژیل‌گودرز، بررسی اثربخشی راهبردهای شناختی-رفتاری شامل تکنیک‌های توقف فکر، حل مساله و جرات ورزی در درمان اختلالات افسردگی اساسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، ص ۱۵۸.
12. G. Larry, "Spiritual therapy and increase mental health and decrease mental illness", *Journal of Spiritual Therapy*, v 78, p 23.
13. T. Eriksson, "Spiritual therapy themes in a spiritually integrative personality theory", *Journal of Science Direct Spiritual Therapy*, v 146, p 3.
14. S. Nielson, "A mormon rational emotive behavior therapist attempt Quranic rational emotive behavior therapy", *Journal of ASA American Psychotherapy*, v 14, p 1.
15. D. Mirchantman, "Spiritual therapy to the rescue", *International Journal of Spiritual Therapy*, v 5, p 3.
۱۶. جعفر بوالهروی، چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان، ش ۱، ص ۴۴.
۱۷. حیدرعلی هومن، روش تحقیق در علوم رفتاری، ص ۱۴۷.
18. W. Eugene, "Spiritual and religios in counseling and Psychotherapy", *Journal of Counseling California*, v 75, p 22.
۱۹. جعفر بوالهروی، قرآن و راه حل‌های مقابله با فشارهای روانی (مقاله ارائه شده در سومین سمپوزیوم سراسری استرس)، ص ۶۷.
۲۰. نیلوفر مباشری مقدم، بررسی رابطه بین اشتغال دانشجویان متاهل و غیر متاهل دانشگاه الزهراء با سلامت روان آنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، ص ۷۵.
۲۱. محمد آیتی، بررسی معاینه وضعیت روانی در ۵۰ بیمار مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس ایران، پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، ص ۴۵.

منابع

- آیتی، محمد، بررسی معاینه وضعیت روانی در ۵۰ بیمار مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس ایران، پایان نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، مهرماه ۱۳۸۰.
- اسلامی نسب، علی، روان‌شناسی سازگاری، چ دوم، قم، نشر بنیاد، ۱۳۸۰.
- باقری یزدی، حسین، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران»، فصلنامه اندیشه و رفتار، ش ۴، خرداد ۱۳۸۴، ص ۲۲-۲۶.
- بوالهری، جعفر، چکیده مقالات دومین همایش سراسری نقش دین در بهداشت روان، انتشارات آفتاب گرافیک، تهران، ش ۱، تیر ۱۳۸۶، ص ۴۴-۵۰.
- قرآن و راه حل‌های مقابله با فشارهای روانی (مقاله ارائه شده در سومین سمپوزیوم سراسری استرس)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران، تهران، نشر روان، ۱۳۸۰.
- بهرامی، هاجر، اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان خوابگاهی دانشجویان دختر علامه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، مهرماه ۱۳۸۵.
- دباغی، پرویز، اثربخشی شناختی-رفتاری بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده انیستیتو روانپزشکی تهران، مهرماه ۱۳۸۵.
- فتی، لادن، ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی مقایسه در چاقوب مفهومی، پایان نامه دکترای بالینی، انیستیتو روانپزشکی تهران، مهرماه ۱۳۸۰.
- فرانکل، ویکتور امیل، انسان در جست و جوی معنا، ترجمه: اکبر معارفی شاهنشاهی، چ سوم، تهران، دارالفکر، ۱۳۷۸.
- هارتز، گری، معنویت درمانی و سلامت روان "کاربردهای بالینی"، ترجمه: امیر کامگار و عیسی جعفری، چ سوم، تهران، نشر روان، ۱۳۸۱.
- یونگ، کارل گوستاو، روان‌شناسی و دین، ترجمه: فواد روحانی، چ چهارم، تهران، امیر کبیر، ۱۳۷۹.
- گودرزی، ژیلا، بررسی اثربخشی راهبردهای شناختی-رفتاری شامل تکنیک‌های توقف فکر، حل مساله و جرات ورزی در درمان اختلالات افسردگی اساسی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده انیستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، مهرماه ۱۳۸۳.
- مطهری، مرتضی، مقدمه‌ای بر جهان بینی توحیدی، چ هفتم، قم، صدرا، ۱۳۷۲.
- مباشری مقدم، نیلوفر، بررسی رابطه بین اشتغال دانشجویان متاهل و غیر متاهل دانشگاه الزهراء با سلامت روان آنان، پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء، مهرماه ۱۳۸۲.

نجات، حمید، «مفهوم سلامت روان در مکاتب روان‌شناسی»، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ش ۳، فروردین ۱۳۸۱، ص ۱۶۰-۱۶۶.

هومن، حیدرعلی، روش تحقیق در علوم رفتاری، چ دوم، تهران، سپهر دانش، ۱۳۸۷.

- Benjamin, B., *The Psychology of Religious Behavior, Belief & Experience*, London, Rutledge 11New Fetter Len, 2005.
- Elizabeth, A., *Religious Education in the Early Years Teaching and Learning in the First Three Years of School Textbook*, London and New York, 2000.
- Eriksson, T., "Spiritual therapy themes in a spiritually integrative personality theory", *Journal of Science Direct Spiritual Therapy*, v 146, 1987, p 18-33.
- Eugene, W., "Spiritual and religious in counseling and Psychotherapy", *Journal of Counseling California*, v 75, 2006, p 22-29.
- Falmer, P., *Education Culture and Values, Volumer Spiritual and Religius Education- Editedhy Mal Leicester*, Celia Madgil and Sohan modgil Taylor and Francis group, London and New York, 2004.
- Fredouille, J., Mesbah, M., "Housing and mental health: anxiety", *Book of 2nd WHO International Housing and Health Symposium*, Vilnius, v 25, 2004, p 55-67.
- Saltzman, R., *Santos Spirituality and Spiritual Therapy Links, in Baja Califeruia*, Todes Mexice, 2006.
- Taylor, N. M., "Utilizing religious schemas to cope with mental illness", *Journal of Religio and Health*, v 40, 2004, p 353-389.
- Nielson, S., "A mormon rational emotive behavior therapist attempt Quranic rational emotive behavior therapy", *Journal of ASA American Psychotherapy*, v 14, 2001, p 1-4.
- Nielson, G., *DRAFT Religion Atitudes and Social Behavior*, University of Southern, California, 2006.
- Larry, G., "Spiritual therapy and increase mental health and decrease mental illness", *Journal of Spiritual Therapy*, v 78, 2006, p 23-24.
- Hodgde, D., "Spirituality towards a Theoretical framework", *Journal of Religion in the Social Services*, v19, 2008, p 1-20.
- Sperry, L., *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality Disorder USA*, Talyor and Francis, 2008.
- Mirchantman, D., "Spiritual therapy to the rescue", *International journal of Spiritual Therapy*, v 5, 2007, p 2-5.
- Younge, k., "Reconstructing religious spiritual and moral education and foreward", *Psychotherapy*, v 81, 2006, p 500.