

اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان و ایثارگران

آرمین محمودی^{۱*}، فرزین امینی^۲

۱- گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲- گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری بر میزان بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی همسران جانبازان بود. نمونه این پژوهش، شامل ۴۰ نفر از همسران جانبازان شهرستان شهرضا بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند و به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، فرم کوتاه پرسشنامه‌ی زمینه‌یابی سلامت، پاسخ دادند. سپس این افراد به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) گمارش شدند. هر دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، مجدداً به پرسشنامه‌های پژوهش، پاسخ دادند. برای گروه آزمایش، هشت جلسه گروهی معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری، اجرا شد، اما گروه کنترل در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. برای تحلیل داده‌های این پژوهش، از تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون مان‌ویتنی- یو استفاده شد. نتایج نشان داد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، میزان بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، افزایش معناداری داشته است ($P < 0/05$). اما اثر مداخله بر کیفیت زندگی تأیید نشد

($P < 0/05$). براساس نتایج این پژوهش، معنویت درمانی شناختی- رفتاری می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در جهت ارتقاء بهزیستی روان شناختی در جمعیت همسران جانبازان، مورد استفاده قرار بگیرد، اما این مداخله نیازمند تغییراتی در تعداد و محتوای جلسات، می باشد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان شناختی، کیفیت زندگی، معنویت درمانی شناختی- رفتاری.

مقدمه

از سال‌های آغازین پیدایش روان شناسی به عنوان یک علم، پیشگامانی همچون استانی هال و ویلیامز جیمز بر نقش معنویت در نظام روان شناختی و رفتاری انسان تأکید داشتند، ولی با سلطه مکاتبی همچون رفتارگرایی و روان کاوی، معنویت و مذهب تا سال‌ها در روان شناسی علمی جایگاهی نداشت (ولف^۱، ۱۹۹۱؛ اشنایدر و لوپز، ۱۳۸۹). با این حال از اواخر قرن بیستم، معنویت و مذهب مورد توجه جدی پژوهش‌های علمی قرار گرفت و این دو مفهوم، به طور رسمی به عنوان بخشی مهم در حیطه پژوهش و درمان مطرح شدند، به طوری که امروزه علاوه بر سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی، بعد معنوی نیز برای انسان در نظر گرفته می شود (اشمیت و جردن^۲، ۲۰۱۰). از اینرو در چند دهه گذشته، وارد شدن مؤلفه معنویت به مداخلات مبتنی بر سلامت روان، موضوعی است که بسیار مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت روان قرار داشته است. در این میان، به ویژه مداخلات شناختی- رفتاری که مستقیماً با باورها و افکار افراد، سروکار دارند، آماج خوبی برای ورود مؤلفه معنویت به مداخلات سلامت روان، محسوب می شوند (پارگامنت^۳، ۲۰۰۷).

مفهوم سلامت روان^۴، مفهومی بسیار کلی و گسترده در روان شناسی قلمداد می شود که تاکنون تعاریف متعددی از آن صورت گرفته و شقوق بسیار متعددی برای آن مطرح شده است. از میان همه موارد مطرح شده، دو مفهوم بهزیستی روان شناختی^۵ - به معنی احساس خوب

1. Wolf
2. Echmidt & Jordan
3. Pargament
4. Mental health
5. Psychological well-being

در مورد خود و زندگی - و کیفیت زندگی^۱ - به معنی ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی خود - از جامعیت و گستردگی حائز اهمیتی برخوردارند به طوری که بسیاری از صاحب‌نظران حوزه سلامت روان، تحقق این دو مؤلفه را معادل با تحقق سلامت روان در نظر گرفته‌اند. همچنین تأکید اصلی نظریه پردازان و پژوهشگران این حیطه همواره بر این موضوع بوده است که روابط بین فردی و به ویژه روابط زناشویی، از جمله مهمترین عوامل در تحقق این مؤلفه‌های کلیدی سلامت روان می‌باشند (کیس^۲، ۲۰۰۷؛ فریش^۳، ۲۰۰۶).

بهزیستی روان‌شناختی به حالتی اشاره دارد که فرد توانایی‌های خود را به تحقق می‌رساند، می‌تواند با استرس‌های معمول زندگی مقابله کند، می‌تواند به طور مولد و نتیجه‌بخش کار کند و قادر است در جامعه خود مشارکت داشته باشد. مؤلفه‌های مختلف مفهوم بهزیستی روانی، امروزه از جمله علائم لازم برای تشخیص سلامت روان، محسوب می‌شود. حیطه‌های اصلی بهزیستی روان‌شناختی که امروزه مورد توافق نظریه‌پردازان و پژوهشگران این حوزه است عبارتند از: خودپذیری، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (کیس، ۲۰۰۷).

بهزیستی روان‌شناختی، اگرچه از جمله ملاک‌های اصلی در تحقق سلامت روان است، اما تنها مؤلفه تشخیصی آن محسوب نمی‌گردد. نظریات و پژوهش‌های متعدد انجام شده در حیطه سلامت روان، ملاک‌های دیگری را نیز جهت تحقق سلامت روان، در نظر گرفته‌اند که یکی از مهمترین آن‌ها کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی در زمره مؤلفه‌های مربوط به بهزیستی هیجانی قرار می‌گیرد و به احساس رضایت از زندگی به طور کلی و در اکثر موقعیت‌ها و زمینه‌ها و یا به میزان بالا در در حیطه‌های خاص زندگی روزمره، اشاره دارد (کیس، ۲۰۰۷).

در جمعیت ایرانیان و به طور خاص همسران جانبازان، مسلماً باورهای معنوی و مذهبی مبتنی بر دین اسلام، نقشی برجسته در نظام شناختی این افراد دارد. لذا التقاط‌گرایی معنوی در مورد این جمعیت مستلزم استفاده از مداخله‌ای است که باورهای مذهبی و معنوی این افراد را به خوبی تحت پوشش قرار دهد. معنویت‌درمانی شناختی - رفتاری (احمدی، صفری، سپتنا و

1. Quality of life
2. Keyes
3. Frisch

نصراصفهانی، ۱۳۹۳)، شکلی از مداخلات شناختی-رفتاری است که با حفظ اصول استاندارد درمان‌های شناختی-رفتاری، به طور منسجم و یکپارچه باورهای معنوی مبتنی بر دین اسلام و فرهنگ دینی جامعه ایرانی را در بافت مداخله شناختی-رفتاری، یکپارچه کرده و از این بخش از باورهای مراجعین در جهت تقویت روند مداخله، سود می‌جوید. این مداخله تا کنون در جمعیت‌های مختلف و موضوعات متنوع آسیب‌شناسی و بهداشت روانی به کار رفته و اثربخشی آن به تأیید رسیده است، ولی اثربخشی این مداخله در جمعیت همسران جانبازان که از زمینه مذهبی قابل توجهی هم برخوردار هستند هنوز تا پیش از این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته بود. لذا در این پژوهش، اثربخشی این مداخله بر افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی و کاهش میزان تعارضات زناشویی همسران جانبازان مورد بررسی قرار گرفت.

هدف کلی

تعیین اثربخشی مداخله معنویت‌درمانی شناختی-رفتاری، برافزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی همسران جانبازان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

فرضیه: مداخله معنویت‌درمانی شناختی-رفتاری، بر افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تأثیر دارد.

متغیر مستقل: در این پژوهش، عبارت است از عضویت گروهی (مداخله معنویت‌درمانی شناختی-رفتاری).

متغیرهای وابسته: در این پژوهش، عبارتند از: نمرات پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی

متغیر کنترل: متغیر کنترل در این پژوهش، عبارت است از نمرات پیش‌آزمون.

بنابر تعریف ریف^۱ که از بنیانگذاران مفهوم بهزیستی روان‌شناختی، قلمداد می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی عبارت است از: تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه

واقعی فرد که شامل شش بعد پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است (خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲؛ ص ۱۰۵۱).

در این پژوهش، بهزیستی روان‌شناختی، نمراتی است که آزمودنی‌ها در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف کسب می‌کنند

معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری، تلفیقی است یکپارچه، منسجم و هماهنگ از مفاهیم معنوی- مذهبی با چند رویکرد معتبر مشاوره و روان‌درمانی. این رویکرد التقاطی به لحاظ التقاط‌گرایی نظری، عقاید معنوی افراد تحت مداخله را با مبانی نظری رویکردهایی همچون شناختی- رفتاری، رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، معنادرمانی، واقعیت‌درمانی، گشتالت‌درمانی، تحلیل ارتباط متقابل و روان‌شناسی مثبت، یکپارچه می‌سازد و به لحاظ التقاط‌گرایی فنی، از تکنیک‌های رویکردهای رفتاری و شناختی- رفتاری، سود می‌جوید (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ ص ۴۷).

در این پژوهش، منظور از معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری، ۸ جلسه هفتگی مشاوره گروهی است که دوبار در هفته، در مرکز بنیاد شهید و ایثارگران شهرستان شهرضا برگزار گردید.

بهزیستی روان‌شناختی به احساس مثبت افراد در مورد خود و زندگی‌شان اشاره دارد و شامل متغیرهایی نظیر رضایت از زندگی، رضایت از زندگی زناشویی، فقدان افسردگی و نگرانی، حالات و هیجانات مثبت است. اگرچه بررسی علمی مفهوم بهزیستی روان‌شناختی، به سال‌های اخیر برمی‌گردد، ولی می‌توان ریشه‌های نظریه پردازی در این زمینه را در نظریات اندیشمندان مختلف در هزاران سال گذشته نیز پیدا کرد (فاوا و روئینی^۱، ۲۰۱۴).

شناخت و بهزیستی روان‌شناختی

مسئله‌ای که مدت‌ها ذهن نویسندگان را مشغول کرده است این است که تفکر ما راجع به جهانی که بهزیستی روان‌شناختی ما را تعیین می‌کند چگونه است. در بعضی آداب و رسوم مذهبی و فلسفی، راه و روشی برای تفکر سازنده ارائه می‌شود تا حالات و هیجان‌های افراد را

هدایت کند، به طوری که شخص بتواند خود را برای ناملایمات زندگی آماده سازد. نظریات شناختی بهزیستی و بد زیستی در علوم رفتاری در دهه‌های گذشته گسترش یافته است. در زمینه بهزیستی روان‌شناختی، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شخص می‌تواند هیجان‌اتش را به کمک آنچه فکر می‌کند، تغییر داده و شدت و کاهش آن‌ها را تعیین کند. به عنوان مثال، احتمال اینکه افراد شاد، وقایعی را که از نظر فرهنگ آنها مطلوب و خوشایند است تجربه کنند، بیشتر است، اما آنها همچنین تمایل دارند وقایع عجیب و پیچیده را نیز خوب تفسیر کنند. اساساً نظریه‌های سازگاری، بر این عقیده هستند که افراد شاد یا به عبارتی دارای سطوح بالای بهزیستی روان‌شناختی، برای کنار آمدن با مشکلات، رفتار و تفکراتی را که سازگار و مفیدند انتخاب می‌کنند، در صورتی که افراد افسرده، بیشتر به روش‌های مخرب فکری و رفتاری روی می‌آورند. برای مثال افراد شاد، بیشتر دوست دارند قسمت روشن موضوع را ببینند، دعا کنند، مستقیماً با مشکلات برخورد کنند و از دیگران کمک بخواهند، در صورتی که افراد غیرشاد دوست دارند به افکار وسواسی پردازند، دیگران و خودشان را سرزنش کنند و از کار کردن روی مشکل پرهیز کنند (لیومبومیرسکی، کینگ و داینر^۱، ۲۰۰۵).

تعریف معنویت

برخی از دانشمندان، قرن حاضر را عصر دانایی، جامعه اطلاعاتی و از سوی دیگر عصر بازگشت به معنویت نامیده‌اند؛ سلیگمن^۲ آن را قرن تفاهم دین و روان‌شناسی می‌داند (فیلدمن و سیندر^۳، ۲۰۰۵). در عصر دانش و اطلاعات، برتری با کسانی است که به بینش‌های منسجم و تعیین کننده‌ای نسبت به انسان، هستی، طبیعت و جامعه مجهز باشند، تا هدف‌های انسانی را در چشم اندازی همه جانبه واقع‌گرایانه بیانند. پژوهش‌های متعددی وجود دارند که نشان می‌دهند برگشت مردم به معنویت، در این برهه از تاریخ در جهت کسب حمایت و کنار آمدن با مشکلاتشان می‌باشند (پترسون^۴ و سلیگمن، ۲۰۰۴). تمایل انسان‌ها به برقراری ارتباط با واقعیتی

1. Lyubomirsky, King & Diener

2. Seligman

3. Feldman & Snyder

4. Peterson

مقدس و نیرویی همیشگی در همه جوامع و در تمام دوره‌های تاریخی وجود داشته است، همچنین بررسی‌های همگانی، افزایش قابل ملاحظه‌ای را در گرایش و علاقه به امور معنوی در چند دهه اخیر تأیید می‌کند (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴؛ پارگامنت، ۲۰۰۷).

بر طبق تعریف میلر و تورسن^۱ (۱۹۹۹) معنویت، صفت یا نسبتی است که لزوماً به مذهب پیوسته نبوده و شامل سه حیطة است: مناسک یا نحوه عمل^۲ (دعا، نماز، مراقبه و غیره)، اعتقاد^۳ (اخلاق / معنی، ارزش‌ها، خدا، تعالی) و تجربه^۴ (تجربه خود شخص). آنها مذهب را ماهیتاً سازمان یافته و وابسته به اجتماع تعریف می‌کنند. کلمه معنویت^۵، از واژه لاتین روح^۶ به معنای نفس زندگی^۷ برگرفته شده است. معنویت، استخراج و القای روح به زندگی یک فرد است که می‌تواند در طی فرآیندی فعال یا منفعل تجربه شود. معنویت، همچنین به عنوان یک گنجایش / استعداد و گرایشی بوده که برای همه اشخاص، منحصر به فرد و درونی است. این گرایش معنوی، اشخاص را به سمت دانش، عشق، معنا، صلح، امید، تعالی، اتصال، شفقت، نیکی و تمامیت می‌کشاند. در واقع معنویت شامل ظرفیت یک فرد برای خلاقیت، رشد و پیشرفت ارزشی یک سیستم است (میلر، ۲۰۰۳).

هیل و پارگامنت^۸ (۲۰۰۳)، سه انگیزه اصلی در مورد اینکه چرا معنویت می‌تواند اشخاص را برانگیزاند، بیان کرده‌اند:

(۱) ممکن است افراد، بسیاری از جنبه‌های زندگی خود را از جمله سلامت جسمانی و روانی، از لحاظ اهمیت و خصوصیت، مقدس تلقی کنند. لذا آنها تمایل دارند تا با این دسته از ابعاد زندگی با احترام و مراقبت برخورد کنند. این حس تقدس می‌تواند یک منبع حیاتی از قدرت، معنا و مقابله را که در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌شوند، نشان دهد.

1. Miller & Thoresen

2. Practice

3. Belief

4. Experience

5. Spirituality

6. Spiritus

7. Breath of life

8. Hill & Pargament

۲) چارچوب‌های مذهب و معنویت، می‌توانند حسی از اهداف نهایی و مقصد / غایت را برای افراد، به ارمغان بیاورند. این غایت به یک تکاپو یا عزم معنوی تبدیل می‌شود که هدایت‌گر زندگی افراد بوده و تأثیری قوی بر کارکرد روان‌شناختی و جسمانی آنها می‌گذارد.

۳) علاوه بر مقصد غایی، جهت‌گیری معنوی و مذهبی همچنین می‌تواند مسیرهایی عملی برای رسیدن به این مقصدها را ارائه دهد. در موقعیت‌های استرس‌زا افراد با معنویت قوی ممکن است دسترسی بیشتری به طیف گسترده‌ای از روش‌های مقابله مذهبی (به عنوان مثال: دعا، نماز، مراقبه و بازساخت‌دهی‌های مذهبی) داشته باشند. این روش‌ها به سلامت روانی و جسمانی بهتر متصل شده است.

بعضی از مؤلفه‌هایی که معمولاً در مداخلات معنویت‌درمانی گوناگون، مورد استفاده قرار می‌گیرند:

دعا:^۱ دعا بخش هسته‌ای تمرین مذهبی بوده و برحسب تفاوت‌های فردی و تفاوت‌های فرهنگی

پولوما و پندلتون^۲ (۱۹۸۹)، چهار نوع دعا را توصیف می‌کنند: ۱) متفکرانه یا مکاشفه‌ای^۳؛ ای^۳: که با عبادت کردن مرتبط است ۲) تشریفاتی یا مبنی بر آئین و مراسم دینی ۳) دادخواستی یا ملتمسانه^۴ (محواره‌ای یا خودمانی)

اندیشه معنوی یا مراقبه:^۴ نوعی اندیشه معنوی است که شامل عمل همراه با تمرکز است

بخشایش‌گری: برخی از محققان معتقدند که بخشایش‌گری یکی از عناصر کلیدی مراقبت مذهبی است. انرایت^۵ سه جنبه را برای بررسی

عبادات و مناسک:^۶ آیین‌ها و مناسک، بخشی از طبیعت مذهبی است.

1. Prayer
2. Poloma & Pendleton
3. Meditative
4. Contemplation or meditation
5. Enright
6. Rituals

کتاب/ نوشته‌های مقدس: بخشی از مشاوره می‌تواند شامل استفاده از کتاب درمانی

مذهبی

تمرکز^۱: هینترکف^۲ (۱۹۹۸) تمرکز را تکنیکی توصیف می‌کند که می‌تواند در مشاوره به کار رود تا تلفیق معنویت با مشاوره را تسهیل سازد.

مجاهد و همکاران (۱۳۸۸)، به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر باورهای مذهبی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی همسران شهدا و جانبازان پرداختند. پس از هشت جلسه مداخله، نتایج از اثربخشی هر دو رویکرد شناختی رفتاری کلاسیک و شناختی رفتاری مبتنی بر باورهای مذهبی خبر داد؛ اما بین اثربخشی رویکرد کلاسیک با رویکرد مذهبی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در پژوهش فلاح و همکاران (۱۳۹۰)، اجرای مداخله معنوی با ۶۰ زن مبتلا به سرطان سینه، منجر به ارتقاء معنادار امید و سلامت روان درمانجویان گردید.

احمدی (۱۳۹۰؛ به نقل از احمدی، ۱۳۹۳)، با اجرای جلسات معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری به افزایش معنادار سطح خودپنداره دانشجویان دست یافت.

احمدی، یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۲)، با اجرای مداخله روان‌نمایشگری با محتوای معنوی، توانستند به افزایش معنادار در شادی، لذت و سلامت روان دانشجویان دست یابند. احمدی، یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۳)، با بررسی مدل علی رابطه بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان، نشان دادند که نگرش مذهبی با میانجی‌گری متغیرهای شادی و لذت می‌تواند در افزایش سطح سلامت روان، نقش داشته باشد.

دی سوزا و رودریگو^۳ (۲۰۰۴)، با اجرای یک مداخله شناختی رفتاری که بر عقاید معنوی مراجعان تأکید داشت، توانستند به بهبود معناداری در امید به زندگی و نیز کاهش معنادار در میزان ناامیدی دست یابند.

فلانلی، کوئینگ، الیسون، گالک و کراوس^۱ (۲۰۰۶)، در پژوهش خود، نشان دادند اعتقاد به زندگی پس از مرگ به عنوان یک اعتقاد مذهبی، با سلامت روان بهتر، ارتباط مستقیم دارد.

1. Focusing
2. Hinterkopf
3. D'souza & Rodrigo

در پژوهش احمدی، موحد ابطحی و کرمانی^۲ (۲۰۱۲)، با بررسی مدل ساختاری رابطه بین نگرش مذهبی، رضایت از زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه اصفهان، نشان داده شد که نگرش مذهبی به طور مستقیم رضایت از زندگی و به طور غیرمستقیم و از طریق رضایت از زندگی، سلامت روان را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌های ثبت شده در خارج و داخل از کشور، در مجموع بیانگر آن هستند که بین نگرش مذهبی (و نیز مولفه‌های مربوط آن مانند باورهای مذهبی و معنوی) و مؤلفه‌های مختلف سلامت روان، روابط معناداری وجود دارد. همچنین پژوهش‌های مختلف ثبت شده در خارج و داخل کشور، به صورت هماهنگ و همسو نشان می‌دهند که مداخلات تلفیق یافته با معنویت و به طور خاص معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری بر مؤلفه‌های مختلف مرتبط با سلامت روان، اثربخش بوده است. ولی اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت و به طور خاص معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تعارضات زناشویی در پیشینه داخلی و خارجی یافت نشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. متغیر مستقل در این پژوهش، عبارت است از عضویت گروهی (معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری) و متغیرهای وابسته در این پژوهش عبارتند از: نمرات پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی است. ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روان‌شناختی^۳ است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی شد. فرم‌های مختلفی تا کنون از این پرسشنامه ساخته شده است که در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی استفاده شد. پس از انتخاب نمونه اولیه و اجرای مرحله پیش‌آزمون، براساس مراحل که در قسمت‌های قبلی ذکر آن رفت، برای گروه آزمایش، ۸ جلسه مداخله گروهی به صورت دو بار در هفته برگزار شد. به استثناء جلسه اول، هر جلسه شامل سه بخش اصلی بود: دربخش اول به بررسی کیفیت انجام تکالیف شناختی-

1. Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause

2. Ahmadi, Movahhed-Abtahi & Kermani

3. Psychological Well-being Scale

رفتاری ارائه شده در جلسه قبل پرداخته می‌شد. بخش دوم که قسمت عمده زمان جلسه را به خود اختصاص می‌داد آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری- معنوی بود و بخش سوم اختصاص داشت به تمرین مهارت‌های آموخته شده و ارائه تکالیف و تمرین‌های شناختی رفتاری برای اجرا در فاصله بین جلسات.

جامعه آماری این پژوهش، عبارت است از همه همسران جانبازان شهرستان شهرضا که تحت پوشش بنیاد شهید و جانبازان شهرستان شهرضا هستند. که از میان همسران جانبازان عضو بنیاد شهید و جانبازان شهرستان شهرضا، تعداد ۴۰ نفر که پس از ارائه اطلاعات لازم، داوطلب شرکت در جلسات مداخله بودند، انتخاب شدند. سپس این افراد به تصادف در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارش شدند. تنها ملاک ورود به پژوهش، همسر جانباز بودن و داوطلب بودن برای شرکت در جلسات مداخله بود. به دلیل محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها نوع جانبازی، در این پژوهش کنترل نشد.

یافته‌های پژوهش

برای بررسی اثربخشی مداخله از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره^۱ و آزمون مان ویتنی- یو استفاده شد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۳۹/۸۲	۳۷۲/۶۱	۴۵/۹۳	۳۶۳/۲۳	۴۴/۴۵	۳۳۱/۶۱	آزمایش
۵۰/۲۷	۳۶۰/۹۱	۷۷/۳۶	۳۴۸/۰۷	۴۵/۷۰	۳۵۹/۵۸	کنترل

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در حد پایین‌تری قرار داشته است. با این حال در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمایش، افزایش قابل توجهی داشته است، در حالیکه نمرات گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون کاهش داشته و در مرحله پیگیری، مجدداً به سطح مرحله پیش‌آزمون رسیده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۶/۶۶	۹۶/۰۷	۸/۵۴	۹۴/۷۶	۸/۲۸	۹۵/۲۳	آزمایش
۲۴/۰۰	۸۱/۹۱	۲۶/۴۸	۸۶/۰۰	۱۹/۹۲	۹۲/۸۳	کنترل

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات دو گروه، تفاوت قابل ملاحظه نداشته است، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمایش، تغییر قابل ملاحظه‌ای نشان نداده است، ولی نمرات گروه کنترل، تا حدی کاهش داشته است. وضعیت میانگین کیفیت زندگی دو گروه، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری،

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، در مورد تمام متغیرها نشانگر تأیید پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات است. به دلیل اطاله کلام جداول ارایه نمی‌شود.

براساس نتایج آزمون باکس، پیش‌فرض همسانی کواریانس‌ها تحقق نیافته است، در این شرایط با توجه به تحقق اکثر پیش‌فرض‌ها و نیز تساوی تعداد دو گروه، استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره مجاز است، ولی برای اطمینان از دقت نتایج این آزمون، بهتر است که از یک آزمون غیرپارامتری نیز استفاده شود. در این شرایط، همسویی نتایج آزمون غیرپارامتری با

آزمون پارامتری انجام شده، نشانگر این موضوع است که عدم رعایت کامل پیشفرض‌ها تأثیر معناداری بر نتایج، نداشته است (مولوی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر بدین منظور از آزمون یو-مان-ویتی استفاده شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون لامبدای و بلکس نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل همه نمرات پیش آزمون

شاخص‌ها / منبع تأثیرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۲	۸/۷۳	۳	۱۹	۰/۰۰	۰/۵۸	۰/۹۸
پیش آزمون کیفیت زندگی	۰/۳۱	۱۳/۷۳	۳	۱۹	۰/۰۰	۰/۶۸	۰/۹۹
عضویت گروهی	۰/۵۸	۴/۴۱	۳	۱۹	۰/۰۱	۰/۴۱	۰/۷۹

جدول (۴) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته، با کنترل همه نمرات پیش آزمون در مرحله پس آزمون

شاخص‌ها / منبع تأثیرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
بهبود کیفیت زندگی روان‌شناختی	۱۱۶۸۹/۱۹	۱	۱۱۶۸۹/۱۹	۵/۹۴	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۶۴
	۴۱۳/۶۲	۱	۴۱۳/۶۲	۱/۹۲	۰/۱۸	۰/۰۸	۰/۲۶

جدول (۵) نتایج آزمون لامبدای ویلکس نمرات پیگیری متغیرهای وابسته با کنترل همه نمرات پیش آزمون

توان آماری	مجذور اتا	معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	F	مقدار ویژه	شاخصها / منبع تأثیرات
۰/۷۹	۰/۴۱	۰/۰۱	۱۹	۳	۴/۴۲	۰/۵۸	پیش آزمون بهزیستی روان شناختی
۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۷۶	۱۹	۳	۰/۳۹	۰/۹۴	پیش آزمون کیفیت زندگی
۰/۵۶	۰/۲۹	۰/۰۷	۱۹	۳	۲/۶۹	۰/۷۰	عضویت گروهی

جدول (۶) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته، با کنترل همه نمرات پیش آزمون در مرحله پیگیری

توان آماری	مجذور اتا	معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخصها / منبع تأثیرات	تکرار
۰/۵۲	۰/۱۷	۰/۰۴	۴/۴۴	۴۳۴۰/۳۵	۱	۴۳۴۰/۳۵	بهزیستی روان شناختی	۱
۰/۳۶	۰/۱۲	۰/۱۰	۲/۸۵	۹۳۶/۰۱	۱	۹۳۶/۰۱	کیفیت زندگی	۱

جدول (۷) نتایج آزمون مان ویتنی- یو جهت مقایسه نمرات اختلافی مرحله پس آزمون از پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

معناداری	U	شاخص / متغیر
۰/۰۲	۴۰/۵۰	بهزیستی روان شناختی
۰/۵۱	۷۱/۰۰	کیفیت زندگی

جدول (۸) نتایج آزمون مان ویتنی - یو جهت مقایسه نمرات اختلافی مرحله پیگیری از پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

معناداری	U	شاخص متغیر
۰/۰۰	۲۷/۵۰	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۱۸	۵۸/۰۰	کیفیت زندگی

فرضیه: معنویت‌درمانی شناختی - رفتاری، بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی همسران جانبازان، مؤثر است.

همانطور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، نشانگر آن است که با کنترل نمرات پیش آزمون، معنویت‌درمانی شناختی - رفتاری، توانسته است تأثیر معناداری بر افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی، در مرحله پس آزمون داشته باشد. نتایج جدول (۶) نیز نشان می‌دهد که تا مرحله پیگیری، تأثیر مداخله، تداوم داشته است. نتایج آزمون مان ویتنی - یو در جداول (۷) و (۸) نیز تأیید کننده نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره است. بنابراین فرضیه اول پژوهش، تأیید می‌گردد.

معنویت‌درمانی شناختی - رفتاری، بر افزایش کیفیت زندگی همسران جانبازان، مؤثر است. همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش آزمون، بین نمرات دو گروه، در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌گردد. نتایج جدول (۶) نیز نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری نیز بین نمرات دو گروه، تفاوت معناداری وجود نداشته است. نتایج آزمون مان ویتنی - یو در جداول (۷) و (۸) نیز تأیید کننده نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش، تأیید نمی‌گردد.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

همانطور که ملاحظه شد، نتایج تحلیل‌های آماری، نشانگر آن بودند که مداخله معنویت‌درمانی شناختی، رفتاری، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بر افزایش بهزیستی آزمودنی‌ها به طور معناداری مؤثر بوده است، ولی بر افزایش کیفیت زندگی به طور کلی و بر تعارضات زناشویی در مرحله پیگیری اثر معناداری نداشته است. همانطور که ملاحظه می‌گردد، نتایج آزمون لامبدای ویلکس، نشان می‌دهد که با کنترل همه نمرات پیش‌آزمون، مداخله پژوهش، در مرحله پس‌آزمون بر مجموع متغیرهای وابسته به طور کلی دارای اثر معناداری بوده است، ولی نتایج بعدی نشان می‌دهد که اثر مداخله بر مجموع متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری، معنادار نیست. بنابراین فرضیه کلی پژوهش در مورد مرحله پس‌آزمون، تأیید و در مورد مرحله پیگیری رد می‌گردد. بهزیستی روان‌شناختی، پیامد مستقیم ارزیابی فرد از زندگی خویش است. به عبارت دیگر، فردی دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا قلمداد می‌شود که از زندگی خود رضایت داشته، هیجانانگیز را در سطح بالا و هیجانانگیز منفی را در سطحی پایین، تجربه می‌کند. برعکس، کسی که بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارد، از زندگی خود ناراضی بوده و میزان پایینی از هیجانانگیز مثبت و میزان بالایی از هیجانانگیز منفی را تجربه می‌نماید. رضایت از زندگی یا به عبارت دیگر، قضاوت و ارزشیابی فرد از زندگی خویش که اصلی‌ترین مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌گردد، در مباحث مربوط به روان‌شناسی مذهب و معنویت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. افرادی عقاید معنوی و مذهبی، به طور بالقوه این توانایی را دارند که با بازسازی موقعیت‌های مختلف زندگی روزمره و معناداری سازنده به آن‌ها، نه تنها در موقعیت‌های خنثی و روزمره بلکه حتی در موقعیت‌های دشوار زندگی، به رضایت خاطر و احساسات مثبت درونی دست یابند. زیرا برای چنین افرادی، آنچه که به عنوان هدف اصلی در زندگی محسوب می‌گردد، معنایی فرامادی است که به عقاید معنوی و مذهبی آن‌ها گره خورده است. بنابراین این افراد، تازمانی که متمرکز بر معنا و غایت فرامادی زندگی خود باشند، احساس رضایت خاطر و در نتیجه هیجانانگیز مثبتی همچون لذت و شادکامی را خواهند داشت که در مجموع می‌تواند به افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها منتج شود. منتها صرف وجود عقاید معنوی یا مذهبی در

یک فرد، به چنین پیامدهایی ختم نمی‌شود، بلکه این عقاید و باورها تنها هنگامی می‌توانند به افزایش سطح بهزیستی این افراد، منتج شوند که در نظام شناختی و رفتاری آن‌ها جریان یافته و سلطه داشته باشند. جلسات معنویت‌درمانی شناختی- رفتاری نیز با استفاده از روندها و تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری، چگونگی استوارسازی عقاید معنوی افراد را در جریان نظام‌های شناختی و رفتاریشان به آن‌ها آموزش می‌دهد و در نتیجه به آن‌ها می‌آموزد که از منبع بالقوه‌ای که در اختیار دارند در جهت بهبود سطح بهزیستی روان‌شناختی خود استفاده کنند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۰، فرانکل، ۱۳۹۰).

مفهوم کیفیت زندگی اگرچه به لحاظ در برداشتن مؤلفه قضاوت و ارزشیابی شرایط زندگی، با مفهوم بهزیستی روان‌شناختی، همسو است، اما باید در نظر داشت که کیفیت زندگی، مفهومی بسیار عام‌تر از بهزیستی روان‌شناختی است. در واقع می‌توان گفت، کیفیت زندگی اعم از بهزیستی روان‌شناختی است، یعنی تا وقتی که بهزیستی روان‌شناختی، محقق نباشد نمی‌توان گفت که فرد از کیفیت زندگی بالایی برخوردار است اما تحقق بهزیستی روان‌شناختی هم به خودی خود، دال بر وجود سطوح بالای کیفیت زندگی نیست، زیرا کیفیت زندگی فقط به جنبه‌های روان‌شناختی، خلاصه نمی‌شود بلکه بسیاری از ابعاد وضعیت جسمانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و... را شامل می‌شود (کتاب کیفیت زندگی). اگرچه در بین مؤلفه‌های مختلف کیفیت زندگی، مؤلفه‌های روان‌شناختی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند، اما نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر مؤلفه‌های روان‌شناختی، نمی‌تواند به تغییر معناداری در کیفیت زندگی منجر شود. البته باید در نظر داشت که این احتمال وجود دارد که طول مدت محدود مداخله نیز برای تغییر مؤلفه عام و گسترده‌ای مانند کیفیت زندگی، کافی نبوده است.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با توجه به اهمیت و جامعیت متغیرهای به کار رفته در این پژوهش، تعداد جلسات افزایش یابد و سایر مؤلفه‌های مربوط به کیفیت زندگی و تعارضات زناشویی که در مداخله این پژوهش، گنجانده نشده است، به طرح اصلی مداخله، اضافه گردد.

منابع

- ۱- احمدی س ح، یزدخواستی ف و عریضی ح. (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌نمایشگری با محتوای معنوی بر شادی، لذت و سلامت روان دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲): ۲۳-۷.
- ۲- احمدی س ح، یزدخواستی ف و عریضی ح. (۱۳۹۳). مدل علی رابطه بین نگرش مذهبی، شادی، لذت و سلامت روان در دانشجویان. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۱۱(۲۰): ۱۰-۳.
- ۳- اشنایدر م و لوپزش ج. (۱۳۸۹). *معنویت و روان‌شناسی مثبت*. ترجمه و تلخیص کلانتری م، طبائیان س ر، آقائی ا و سجادیان پ. اصفهان: کنکاش.
- ۴- الیس آ، مک لارن ک. (۱۳۸۹). *رفتاردرمانی عقلانی هیجانی*. ترجمه فیروزبخت م. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ۵- امانی ا و لطافتی بریس ر. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۳(۲): ۳۶-۱۷.
- ۶- باب الحوائجی ف، رستمی نسب ع، تاج‌الدینی ا و هاشمی نسب ف. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین هوش معنوی و شادکامی کتابداران شاغل در کتابخانه‌های دانشگاه تهران. *نشریه تحقیقات کتابداری و اطلاع‌رسانی دانشگاهی*، ۴۵(۵۸): ۱۲۱-۱۰۱.
- ۷- باقری ف، اکبری‌زاده ف و حاتمی ح. (۱۳۹۰). رابطه بین هوش معنوی و شادکامی و متغیرهای دموگرافیک در پرستاران بیمارستان. *فصلنامه طب جنوب*، ۱۴(۴): ۲۶۳-۲۵۶.
- ۸- حمیدن، بشلیده ک، عیدی بایگی م و دهقانی‌زاده ز. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱): ۶۴-۵۴.
- ۹- حیدری ح؛ ثنایی ذاکر ب، نوایی‌نژاد ش و دلاور ع. (۱۳۸۸). اثربخشی گفتگوی مؤثر (برنامه ارتباط زوج‌ها CCP) بر کاهش تعارضات زناشویی. *اندیشه و رفتار*، ۴(۱۴): ۲۴-۱۵.

- ۱۰- خدابخش م و کیانی ف. (۱۳۹۲). بررسی نقش عفو در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۹ (۱۰): ۱۰۶-۱۰۵.
- ۱۱- شهنی ییلاق م، موحد ا و شکرکن ح. (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۱ (۱ و ۲): ۳۴-۱۹.
- ۱۲- شوماخر رای و لومکس ر جی. (۱۳۸۸). *مقدمه‌ای بر مدل‌سازی معادله ساختاری*. ترجمه قاسمی و. تهران: جامعه‌شناسان.
- ۱۳- عزیزی ابرقویی م. (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- ۱۴- فلاح ر، گلزاری م، داستانی م، ظهیرالدین ع، موسوی س م و اکبری م. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*، ۵ (۱۹): ۸۰-۶۹.
- ۱۵- فیرس ای ج و ترالت جی. (۱۳۸۸). *روان‌شناسی بالینی*. ترجمه فیروزبخت م. تهران: انتشارات رشد.
- ۱۶- کاویانی ح، موسوی ا و محیط ا. (۱۳۸۶). *مصاحبه و آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات سنا.

17- Ahmadi SH, Asadi E, Amini Z, Kazerooni N, Kazemi H. (2013). The causal model of relation between religious attitude, hopelessness, and depression in students. Presented at 13th European Congress of Psychology.

18- Ahmadi SH, Rezayatmand F. (2015). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Religious Approach on Life-Satisfaction and Happiness in Young Women. Accepted for Presentation at The European Conference on Psychology and the Behavioral Sciences (ECP2015).

19- Chandler CK, Holden JM, Colander CA. (1992). Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 71, 168-175.

- 20- Dalamia SG. (2006). Spirituality, Mental health, Physical health and health related quality of life among woman with HIV/AIDS: Integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 185-198.
- 21- Elkins DN, Hedstrom LJ, Hughes LL, Leaf JA, Saunders C. (1988). Toward a humanistic phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28 (4): 5-18.
- 22- Fava GA, Ruini C. (2014). *Increasing psychological well-being*. New York: Springer.
- 23- Feldman DB, Synder CR.(2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), 401-421.
- 24- Flannelly KJ, Koenig HG, Ellison CG, Galek K, Krause N. (2006). Belief in life after death and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 94 (7), 524-529.
- 25- Fredrickson BL. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients? *Psychological Inquiry*, 13 (3), 209-213.
- 26- Frisch MB. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- 27- Glasser W. (2004). A New Vision for Counseling. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 12 (4): 339-341.
- 28- Hill PC, Pargament KI. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58 (1), 64-74.
- 29- Hinterkopf E. (1998). *Integrating spirituality in counseling*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 30- Kazemi H, Ghorbani M, Ahmadi SH, Yazdkhasti F. (2015). Prediction of Student's Psychological Well-Being Based on the Spirituality Dimensions. Accepted for Presentation at The European Conference on Psychology and the Behavioral Sciences (ECP2015).
- 31- Keyes CL. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62 (2), 95-108.
- 32- King CR, Haberman M, Berry DL, Bush N, Dow KH, Ferrell B, et al. (1997). Quality of life and the cancer experience: the state-of-the-knowledge. *Oncology Nurse Forum*, 24 (1), 27-41.
- 33- Knoop HH, Fave AD. (2012). *Well-being and cultures*. New York: Springer.
- 34- Lyubomirsky S, King L, Diener E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.

- 35- McCullough ME, Larson DB. (1999). Prayer. In: W. R., Miller (ed). Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association.
- 36- Miller G. (2003). Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy. New Jersey: John Wiley & sons.
- 37- Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. 2006. Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250.
- 38- Myers JE. (1992). Wellness, prevention, development: The cornerstone of the profession. *Journal of Counseling and Development*, 71 (2), 136-139.
- 39- Pargament KI. (2007). Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York & London: Guilford Press.
- 40- Peterson C, Seligman ME. (2004). Character strengths and virtues. New York: American Psychological Association.
- 41- Poloma MM, Pendleton BF. (1989). Exploring types of prayer and quality of life: A research note. *Review of Religious Research*, 31 (1): 46-53.
- 42- Richards PS, Bergin AE. (2004). Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- 43- Robinson P. (2004). Measurement of Quality of Life in HIV disease. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 15 (5), 145-195.
- 44- Scheier MF, Carver CS. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- 45- Schmidt SW, Jordan MR. (2010). *The Spiritual Horizon of Psychotherapy*. London and New York: Routledge.
- 46- Seligman ME. (2002). *Authentic happiness*. New York: The Free Press.
- 47- Smith DP. (2009). Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. *BMJ*; 339.
- 48- Steven RH, Beach JK, Sooyeon K, Gene HB. (2003). Prospective Effects of Marital Satisfaction on Depressive Symptoms in Established Marriages: A Dyadic Model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (3), 355-371.

