

# مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به

## مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان<sup>۱</sup>

محمد احسان تقی زاده\*، مرضیه السادات میرعلائی\*\*

دریافت مقاله :

۹۱/۱۱/۱۹

پذیرش :

۹۲/۸/۲۳

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری بیماران ام اس استان اصفهان بود.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق، دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه مورد پژوهش ۴۸۵۰ زن مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس استان اصفهان می‌باشند که مبتلا به نوع عودکننده- بهبودپذیر و در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال و فاقد هرگونه بیماری روان‌شناختی بوده‌اند. از این جمعیت ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه در مداخلات گروه درمانی معنویت شرکت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده از آماره آزمون F مربوط به بررسی تفاوت میانگین نمرات تاب‌آوری که برابر ۸/۰۴ و سطح معناداری  $p \leq 0/001$  نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمره تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه با کنترل متغیر پیش‌آزمون، معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که معنویت درمانی به شیوه‌ی گروهی میزان تاب‌آوری مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس را در مقایسه با گروه گواه افزایش می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، معنویت درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به ام اس به طور چشمگیری موثر است. لذا پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی در انجمن‌های ام اس سراسر کشور به عنوان درمان مکمل غیر دارویی برای افزایش تاب‌آوری به تبع آن کنار آمدن بیشتر با بیماری اجرا شود.

**کلیدواژه‌ها:** معنویت درمانی گروهی، تاب‌آوری، مالتیپل اسکلروزیس.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با همین عنوان در دانشگاه پیام نور تهران مرکز می‌باشد.

\*\*استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز

\*\*کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز (نویسنده مسئول)

## مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> یکی از بیماری‌های شایع سیستم خود ایمنی می‌باشد که روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارد، ام‌اس با سه مشخصه التهاب، تخریب میلین و اسکار مشخص می‌شود (کاسپر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). علت بیماری مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه آنتی ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشند (سیملتزر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف اختلال در تعادل، اختلال بینایی و تغییرات روانی مانند افسردگی، ناامیدی و کاهش توانایی حل مشکل، بروز می‌کند (بروس و رابین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). بیش از ۴۰۰ هزار نفر در آمریکای شمالی و تقریباً ۵۰۰ هزار نفر در اروپا و در کل ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند (جامعه ایرانیان ام‌اس، ۱۳۸۴). در ایران شیوع آن در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر صد هزار نفر می‌باشد. طبق گفته کارشناسان صاحب نظر انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران هر ساله ۵۰۰۰ نفر بیمار جدید به جمع بیماران افزوده می‌شود، به طوری که این مرکز تعداد بیماران را در سال ۱۳۸۲، ۲۵۰۰۰ نفر و در سال ۱۳۸۳، ۳۰۰۰۰ نفر گزارش نموده است (لطفی، ۱۳۸۳). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و بیماران را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از

خود سوق می‌دهد، در نتیجه اطمینان فرد از بدن و سلامتی مخدوش می‌شود (مورگانت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از پیامی و همکاران، ۱۳۸۷). این بیماری اغلب در آن سال‌هایی رخ می‌دهد که فرد در آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری به دلیل این که طبیعت دوره‌های بیماری مولتیپل اسکلروزیس غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد تعدادی از بیماران، ممکن است احساس کنند به برنامه‌ریزی برای آینده نیستند (مسعودی، خیری، صفدری، ۱۳۸۹).

همانند دیگر بیماری‌های مزمن در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس نیز واکنش‌های روان‌شناختی نظیر واپس‌روی، انکار، اضطراب، افسردگی و خشم بسیار شایع است. در ابتدا تمامی این واکنش‌ها طبیعی است و حتی به فرد مبتلا کمک می‌کند که با ماهیت موقعیت جدید که همانا بیمار بودن است بهتر سازگار شود. ولی اگر این واکنش‌ها ادامه یابند و زندگی بیمار را کاملاً تحت تأثیر قرار دهد، لزوم پیگیری و توجه ویژه را مطرح می‌سازد (کاتلر و مارکوس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). در این میان افسردگی از سایر واکنش‌های روان‌شناختی عمومیت بیشتری دارد. وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره معلولیت و از کارافتادگی و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی در نتیجه کاهش تاب‌آوری در مقابل عوارض بیماری از عواقب نامطلوب افسردگی در فرد مبتلا هستند که حتی می‌توانند باعث رفتارهای افراطی نظیر اقدام به خودکشی شوند. این موارد می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵)، او را از پیگیری

1. Multiple sclerosis
2. Kasper, D.
3. Smeltzer, S.
4. Bruce, S & Rabinb, M.

5. Murgante, L.
6. Katler & Marcus

درمان‌ها طبی برای بیماری‌اش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت بخشد. علاوه بر این کاهش مؤلفه‌های شناختی مثل تاب‌آوری بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء دارد (دنيسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوینسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). یکی از موضوع‌های مطرح در روان‌شناسی مثبت، تاب‌آوری است. تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی دارد (کمبل - سیلز، کوهان و استین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). گارمزی و ماسن<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) تاب‌آوری را به عنوان نوعی فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با داشتن موقعیت تهدیدکننده تعریف کرده‌اند؛ به عبارت دیگر تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت تهدیدکننده، تأثیرگذار است.

به عبارت دیگر تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان، امیری، جهرمی و حمیدی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، افسردگی را کاهش می‌دهد (ویت، درایو و وارن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰)، توانایی سازگاری با درد (اسمیت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰).

تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی در جوانان پیشگیری می‌کند از آن‌ها در برابر تأثیرات

روان‌شناختی حوادث مشکلا محافظت می‌کند (پینکارت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). عوامل بسیاری در تاب‌آوری فرد در برابر مشکلات دخیل هستند که از آن جمله می‌توان به سبک دلبستگی (هازن و شاور<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳، بلسکی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲)، عوامل فردی (جنسیت و عزت نفس)، عوامل خانوادگی (ساختار خانواده و حمایت خانواده) و عوامل اجتماعی (لافرومویس، هویت، اولیور، ویتبک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶) اشاره کرد. کامپفر<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۹) معتقد است که تاب‌آوری با خصوصیات شخصیتی متفاوت از قبیل شوخ‌طبعی، شادی، خردمندی، همدلی، کفایت عقلانی و هدفمندی زندگی در ارتباط است و موضوع ساده این نیست، بلکه ساختاری پیچیده از جریان‌های مرتبط است که باید به صورت جداگانه بررسی شود. به عنوان جنبه‌های مجزا از همدرس لامت مورد مطالعه قرار گیرند.

بررسی منابع در دسترس و تحقیقات انجام شده در جامعه بیماران ایرانی نشان می‌دهد که مداخله درمانی مدرنی روی تاب‌آوری بیماری‌های مزمن صورت نگرفته است، ولی خوشبختانه در سال‌های اخیر مداخله‌هایی در کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود حافظه و دیگر متغیرهای روان‌شناختی بیماران ام اس صورت گرفته است.

زمان آن رسیده است که راهکارهای معنوی، با نظریه و روش‌های علمی روان‌درمانی ترکیب

1. Dennison, L.
2. Levinson, J.
3. Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M. B.
4. Garmezy, N., & Masten, A.
5. Izadian, N., Amiri, M., Jahromi, R., Hamidi, S. H.
6. White, B., Driver, S., Warren, A.M.
7. Smith, B,W.

8. Pinquart, M.
9. Hazen, C & Shaver, P.
10. Belsky, J.
11. LaFromboise, T.D., Hoyt, D.R., Oliver, L., & Whitbeck, L,B
12. Kumpfer, K. L.

شود (ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۰۷). در طول تاریخ، مکاتب گوناگون انسانی و روانشناسی به دنبال ارائه راه‌حل‌هایی بودند و به انسان و نیازهای او توجه کرده‌اند. مطالعات معنوی در روانشناسی در سطح موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (پاچالسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). معنویت، در برگیرنده ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین در خصوص بودن و داشتن معنی در زندگی است که این باورها با جنبه‌های متنوع زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی در ارتباط می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۵؛ فری و همکاران، ۲۰۰۵). امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند به گونه‌ای که آن‌ها اغلب می‌دانند که در فرآیند درمان مسایل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). معنویت، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (غباری بناب، ۲۰۰۹). به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند، بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی

خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند (پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسایل مهم معنوی، درمان‌جویانرا در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که احترام و ارزش قایل شدن.

درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان‌جانشان دهد (ریچاردز، هاردمن، برت، ۲۰۰۷).

پژوهش‌های متعددی به بررسی‌های معنویت درمانی بر روی بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند. ایگنل<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی اثربخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی - معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پرداختند، نشان داد که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه خاص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی شایع است. فیسچر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۰) رابطه بین هویت مذهبی و استراتژی‌های مقابله‌ای ترجیح داده شده بین فردی و درون فردی در افراد مسلمان و مسیحی را سنجیدند و بیان کردند که وابستگی‌های معنوی که برای کمک به کنار آمدن افراد با مشکلات و رویدادهای استرس‌زا کمک‌کننده می‌باشند در مورد مسیحیان و مسلمانان هر دو صدق می‌کند و هویت معنوی انواع گوناگون روش‌های مقابله را پرورش

3. Pargament, K. I.

4. Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M

5. Ingel, C

6. Fischer, P.

1. Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M.

2. Pachalsky

می‌دهند. لیونه، ارین، تود<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود با عنوان «انطباق روانی با بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده» نشان دادند که معنویت نقشی مهم در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد. آلستر، کانینگهام<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) که با هدف سنجش اثرات دوره درمان کوتاه مدت روانی آموزشی با تأکید بر جنبه‌های معنوی مقابله با استرس و بهبود صورت گرفت، روند رو به بهبودی قابل توجهی در نمرات بلافاصله پس از مداخلات به‌وجود آمد و نتایج نشان داد که پرداخت به مسایل معنوی در چارچوب گروه درمانی، مزایای بسیار خوبی برای افراد مبتلا به سرطان به همراه دارد. ریو هیم و گرینبرگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از معنویت در گروه درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حائز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت مؤثر باشد. فرینگ، میلر و شاول<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر حالات خلقی را با سازگاری سالمندان مبتلا به سرطان بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین دینداری درونی، سلامت معنوی، امیدواری و دیگر حالات خلقی مثبت، رابطه مثبت و با افسردگی و دیگر حالات خلقی منفی رابطه منفی وجود دارد (به نقل از عسکری، روشنی، آدریانی، ۱۳۸۸).

بوآلهری<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) در بررسی رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس، در

دانشجویان پزشکی گزارشی داد با بالا رفتن نمره‌های آزمون‌های در پرسشنامه‌های توکل، نمره‌ی آنان در پرسش‌نامه‌های استرس کاهش یافته است. زاهد بابلان، رضایی جمالوندی، حرفتی سبحانی (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه دلبستگی به خدا و تا‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان پرداخت. نتایج نشان داد دلبستگی به خداوند با معناداری زندگی و تا‌آوری همبستگی مثبت معناداری دارد. گیدر<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) نیز نقش معنویت را در بهبود خانواده مورد بررسی قرارداد. وی بیان می‌دارد که معنویت، ایمان و مذهب به خانواده‌های مشکل‌دار و ناتوان کمک می‌کند تا معنا و هدفی در زندگی پیدا کنند و معنویت را پشتوانه‌ای برای هویت و پایه‌ای برای مقابله با تغییرات تا فقدان و محدودیت‌ها قرار می‌دهد.

باتوجه به پیشینه پژوهش، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر خودکارآمدی و تا‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است، لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا معنویت درمانی گروهی می‌تواند باعث افزایش تا‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شود؟

## روش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون باگروه گواه<sup>۷</sup> است. جامعه‌ی آماری این پژوهش عبارتند از کلیه‌ی مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس زن که در انجمن

1. Livneh, H., Erin, M., Todd, B.
2. Alastair, J. Cunningham
3. Revheim, N., Greenberg
4. Fehring, miller & shaw
5. Bolhary, J.

6. Gwyther

7. Pre test- post test randomized group design

## ابزار

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون<sup>۱</sup>، (۲۰۰۳):

پرسشنامه تاب آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست)، می باشد. نمره میانگین این مقیاس نمره ۵۲ خواهد بود به طوری که هرچه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب آوری بالاتری دارد و هرچه نمره به صفر نزدیک تر باشد، از تاب آوری کمتری برخوردار است. پایایی و روایی پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون این گونه گزارش شده است. برای تعیین اعتبار ابتدا همبستگی هر سؤال با نمره کل سؤالات محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده شد. محاسبه همبستگی هر نمره کل نشان داد که بجز سؤال ۳، ضرایب بین ۰.۴۱ تا ۰.۶۴ بودند. در مرحله بعد سوالهای پرسشنامه با استفاده از روش مؤلفه های اصلی تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج نتایج، براساس ماتریس همبستگی دو شاخص KMO آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> محاسبه شدند. مقدار KMO ۰.۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶۰۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای تحلیل عاملی را نشان داد. پس از این مراحل با تعیین تعداد عوامل از ملاک شیب خط نمودار اسکری<sup>۳</sup> استفاده شد. بار عاملی هر سؤال نسبت به کل سؤال محاسبه شد و تنها سؤال ۳ به دلیل عامل پائین تر از تحلیل نهایی کنار گذاشته شد. بدین ترتیب ۲۴ سؤال در تحلیل نهایی مرد

ام.اس استان اصفهان عضویت دارند. طبق آمار غیررسمی و منتشر نشده انجمن ام.اس اصفهان (فروردین ۱۳۹۱) در بدو اجرای این پژوهش تعداد اعضای این انجمن بالغ بر ۴۸۵۰ مورد بود که از این تعداد ۲۹۵۰ نفر از مبتلایان متأهل بودند. از آنجا که در روش های علی مقایسه ای آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۸۵)، در این پژوهش حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به روش تصادفی در گروه ها گواه (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) جایگزین شدند. همچنین، پیش از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی معنوی)، آزمودنی های انتخاب شده در هر دو گروه در پیش آزمون اقدام به پرکردن ابزار پژوهش (پرسشنامه مورد نظر) کردند. متغیر مستقل در این پژوهش عبارت است: «گروه درمانی معنوی» و متغیر وابسته تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود. پس از اتمام جلسات درمانی (۱۲ جلسه) پس آزمون روی دو گروه اجرا شد. با توجه به اینکه در طرح آزمایشی این پژوهش، پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه بود، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید. شرایط لازم برای شرکت کنندگان در جلسه های درمان عبارت بودند از: ۱- داشتن سواد خواندن و نوشتن ۲ - داشتن سن کمی نه ۲۰ و بیشینه ۴۰ سال. ۳- نداشتن ملاک های تشخیصی برای اختلالات بارز روان پزشکی. ۴- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

1. Connor-Davidson Resilience Scale
2. Kroit bartelet
3. Scree

مقیاس را تعیین می‌کند.

### روش مداخله

پس از ارزیابی بیماران و بررسی پرونده‌های بالینی آنها و اطمینان از اینکه بیماران برای شرکت آنها در پژوهش، مانند نداشتن اختلال روان‌پزشکی و پزشکی دیگر بر اساس معیارهای مصاحبه بالینی انجام گرفته، جلسات درمان انجام شد.

استفاده قرار گرفتند. برای تعیین پایایی از روش کرونباخ استفاده شد که پایایی حاصله برابر با ۰/۸۹ بود. (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس به کمک ضریب الفبای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد و نتایج آزمون تحلیل عامل بروی این پرسشنامه بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقیاس ضریب کلام او برای این تحلیل ۰/۸۹ کرویت بارتلت برابر با ۶,۶۴ بود. این عامل ۲۶,۶٪ از واریانس کل

جدول ۱. جلسات آموزش معنویت درمانی

جلسات آموزش	عنوان جلسات
جلسه ۱	توزیع پرسشنامه خودکارآمدی و تاب‌آوری، توضیح مسأله و تعریف خودکارآمدی و تاب‌آوری.
جلسه ۲	پله اول: خودشناسی، شناخت ماهیت خود، توانمندی‌ها و محدودیت و پذیرش مسؤولیت الهی خود.
جلسه ۳	پله دوم: پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده پله سوم: تعریف و تعیین سرنوشت و کیفیت زندگی برنامه‌ریزی برای آن.
جلسه ۴	پله چهارم: اعتراف به گناهان نزد خداوند و پذیرش ضعف‌های خویش پله پنجم: شناسایی ستم‌هایی که بر خود و دیگران کرده‌ایم و تلاش برای احیای حقوق الهی، مردم و خود با رعایت تمام جوانب.
جلسه ۵	پله ششم: تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی.
جلسه ۶	پله هفتم: یادگیری و باورمندی معنوی پله هشتم: تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی.
جلسه ۷	پله نهم: فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی پله دهم: الگوگیری از معنویان در نظر و عمل
جلسه ۸	پله یازدهم: آزادسازی احساسات و عواطف
جلسه ۹	پله دوازدهم: توانمند و مقتدر شدن جهت حل مشکلات خود و دیگران
جلسه ۱۰	پله سیزدهم: گسترش تجربه‌های معنوی و رسیدن به اوج لذت ابراز عقاید و تجربه‌های معنوی.
جلسه ۱۱	پله چهاردهم: ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته تر از خود و مرور و جمع‌بندی.
جلسه ۱۲	ارائه پرسشنامه خودکارآمدی و تاب‌آوری به شرکت‌کنندگان و موازات آن گروه گواه.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده‌اند. به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها، از

آزمون کوواریانس (آنکوا) استفاده شد. در این تجزیه و تحلیل، تأثیر متغیر کنترل پیش‌آزمون از روی نمره‌های پیش‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه باتوجه به نمره‌های باقیمانده مقایسه شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و گواه

تاب‌آوری	تعداد	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	۱۵	۵۹,۱۳	۱۷,۹۸	۱۵	۷۲,۴	۱۴,۸۸	
گواه	۱۵	۶۳,۶۷	۱۶,۱۱	۱۵	۶۵,۸۷	۱۵,۱۸	

باتوجه به جدول ۲، میانگین تاب‌آوری گروه آزمایش در پس‌آزمون (۷۲/۴) بیشتر از گروه گواه (۶۵/۸۷) می‌باشد. از مقایسه میانگین‌های توان نتیجه گرفت که بین گروه آزمایش و گواه در نمرات تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. جهت بررسی اینکه آیا این تفاوت به دست آمده معنادار است، از آزمون

کوواریانس (آنکوا) استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت، نتایج به دست آمده از آزمون لوین،  $F= ۴/۱۶$  و  $p \leq ۰/۰۶$  بیانگر همگنی واریانس‌ها بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین‌های نمرات تاب‌آوری دو گروه در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون

شاخص	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا
منابع تغییرات	مجذورات		مجذورات			
بین گروهی	۶۹۳,۴۲	۱	۶۹۳,۴۲	۸,۰۴	۰,۰۰۰۱	۰,۲۳
پیش‌آزمون	۳۹۹۷,۶۴	۱	۳۹۹۷,۶۴	۴۶,۳۳	۰,۰۰۰۱	۰,۶۳
خطا	۲۳۲۹,۶۹	۲۷	۸۶,۲۸	-	-	-

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، مقدار  $F$  برابر  $۸/۰۴$ ، جهت تفاوت بین گروه‌ها (آزمایش و گواه) در سطح معناداری  $P \leq 0/0001$  معنی‌دار می‌باشد. بدین معنا که تفاوت معناداری (با کنترل عامل پیش‌آزمون) بین نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه وجود دارد. پس فرضیه دوم نیز تأیید می‌گردد، یعنی روش معنویت‌درمانی گروهی باعث افزایش میزان تاب‌آوری در گروه آزمایش شده است. مقدار مجذور اتا برابر با  $۰/۲۳$  می‌باشد، یعنی  $۲۳$  درصد از تغییرات نمرات تاب‌آوری ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد، به بیان دیگر معنویت‌درمانی باعث  $۲۳$  درصد تغییر در نمرات تاب‌آوری گردیده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش معنویت‌درمانی به صورت گروهی بر افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی به طور معناداری میزان تاب‌آوری را افزایش داده است. این نتایج با یافته‌های فرینگ، میلر و شاو (۱۹۹۷)، ایگنل سی و همکاران (۲۰۰۶)، فیسچرو همکاران (۲۰۱۰)، لیونه و همکاران (۲۰۰۴)، آلستر جی، کانینگهام (۲۰۰۵)، ریو هیم و گرینبرگ (۲۰۰۷)، بواله‌ری (۱۹۹۹)، گیدر (۲۰۰۶)، زاهد بابلان و همکاران (۱۳۹۱) در خصوص تأثیر معنویت‌درمانی بر بیماری‌های مزمن همسو بوده.

در این قسمت به توضیح نتایج ذکر شده

پرداخته می‌شود و به تبیین این نکته اشاره می‌شود که چگونه چنین نتایجی حاصل شده است و آیا نتایج به دست آمده با مبانی نظری مطابقت دارد و اگر چنین نیست چه دلایلی می‌توان برای آن ذکر کرد. مبانی نظری مبین این نکته هستند که نتایج به دست آمده را نمی‌توان فقط حاصل یک عامل دانست، این امر جز به دلیل بافت به هم پیوسته و چند عاملی این برنامه درمانی نمی‌باشد. به همین دلیل در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد.

نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی، در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری است. اهمیت عامل فشار آور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدی، استرس خود رامدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند، بنابراین معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند (مارتون، سیمون و کروین، ۲۰۰۲). یونگ معتقد بود که دین از ضمیر ناخودآگاه انسان ریشه می‌گیرد و اطمینان، امید و قدرت را

جلسات سوم تا ششم پکیج معنویت درمانی مربوط به این عامل بود.

به طور کلی سبک دلبستگی به خدا عامل مهم و مؤثری بر سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی و توانایی مقابله با بیماری‌هاست. یکی از انواع موضوعات دلبستگی به خداوند است که به نظر می‌رسد افراد دارای دلبستگی ایمن از افراد دارای دلبستگی ناایمن اجتنابی و اضطرابی آن را نشان می‌دهند. نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد، دلبستگی ایمن به افزایش تاب‌آوری و توان مقابله بیشتر با مشکلات منجر می‌شود (بلسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). در این راستا می‌توان گفت افراد با دلبستگی بالا به خدا به دلیل برخورداری از منابع حمایتی توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات دارند، یعنی در بین افراد، خداوند به عنوان منبع دلبستگی زمینه‌ای فراهم می‌کند که شخص احساس ایمنی بیشتری بکند و از این طریق توان مقابله بالاتری با مشکلات روان‌شناختی و جسمانی داشته باشد. علاوه بر این می‌توان گفت معناداری زندگی به عنوان عامل میانجی عمل می‌کند، به این صورت که فرد دلبسته به خدا زندگی هدفمند و معناداری دارد و بر این عقیده است که زندگی معنا و مفهومی دارد، از این رو به شکل کارآمدتر یقادر به سازگاری با مسائل و موانع روزمره خواهد بود (زاهد بابلان و همکاران، ۱۳۹۱). معنویت عبارت است از «حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی». این تعریف پایه و مبنای کار معنویت

در شخص قوت و خصوصیات اخلاقی و معنوی را در او استحکام می‌بخشد و پایگاه بسیار محکمی در مقابل مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (به نقل از بابلان و همکاران، ۱۳۹۱). یانگ و ماو<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) معتقدند، داشتن هدف و معنا در زندگی احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. همچنین به اعتقاد فونتولاکیس، سیامولی، مگیریا و کاپرینیس<sup>۲</sup>، (۲۰۰۸) باور به اینکه خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورد. در همین راستا طبق نظر گراهام، فر، فلاورز و برک<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند در برابر تنش و فشار مصونین بیشتر و سلامت بالاتری دارند.

عامل دیگری که در اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مؤثر بود، دلبستگی به خدا بود که

1. Yang, K.P & Mao, X.Y
2. Fountoulakis, K, N., Siamouli, M., Magiria, S. Kaprinis, G.
3. Graham, S., Furr, S., Flowers, C. & Burke, M.T

4. Belsky, J

درمانی است. در این رویکرد از معنویت به عنوان یک ملجأ استفاده می‌شود. معنویت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دسترفته‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنویت درمانی در هر شرایطی معنا دار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنا دار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان‌فرسا، همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور، در این مسیر معنا یابد و تاب‌آوری را افزایش دهد (ریچاردز و برگین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

عامل بعدی مربوط به برگزاری دوره به صورت گروه درمانی است. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان بیماری به صورت گروهی بسیار مؤثر می‌باشد. گروه، باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی فرد بیمار می‌شود و سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار او قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد بیمار با مشاهده دیگران به منحصربه‌فرد بودن مشکل خود پی می‌برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد.

کوری (۲۰۰۵) عوامل زیر را در پیشرفت درمان در گروه بسیار مهم می‌داند:

- ۱-عمومیت: فرد در گروه خود را تنها فرد مبتلا به بیماری و یا مشکل نمی‌بیند.
- ۲-نوع دوستی: فرد در گروه از طریق حمایت کردن دیگران، احساس معنا و بودن در

زندگی می‌کند.

۳-امید: فرد دیگرانی را می‌بیند که گرچه همان وضعیت را دارند و یا حتی وضعیتی بدتر و گرچه همان احساسات را تجربه می‌کنند، اما با اینحال، می‌توانند احساس معنادار بودن زندگی را نیز تجربه کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند که این امر به فرد امید می‌دهد (به نقل از بوالهروی، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱).

بر اساس تجزیه و تحلیل آماری، گروه درمانی معنوی روشی مناسب جهت افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزی شناخته شد، ولی تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیرد هرچند تلاش شده که شرایط تا حد امکان کنترل گردد، اما کنترل همه‌ی شرایط مقدور نمی‌باشد در ضمن معنویت درمانی، در حوزه روانشناسی درمانی جدید می‌باشد که نیازمند پژوهش‌های گسترده در همه زمینه‌ها می‌باشد. در نهایت با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، علت این اثربخشی پذیرش بی‌قید و شرط و به دور از قضاوت و همچنین احساس حضور و اتصال به نیروی لایزال الهی (ویژگی این شیوه درمانی)، دانست که به موجب آن ارزیابی‌های شناختی مهم در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌گیرند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند، بنابراین معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند.

مراجعه‌کننده به انجمن ام. اس شهر تهران سال ۱۳۸۷. فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان. دوره سیزدهم. شماره ۲(۴۸). ۳۲-۳۸.

دلاور، علی. (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران. دانشگاه پیام نور.

رنجبر، فرخ حق، کاکاوند، علیرضا، برجعلی، احمد، برماس، حامد. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم

توان ذهنی. } HYPERLINK "http://www.magiran.com/magtoc.asp?mgID=6327&Number=1&Appendix=0&lanf=Fa"

زاهد بابلان، عادل، رضایی جمالوندی، حسن، حرفتی سبحانی، رعنا. (۱۳۹۱). رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی. دوره سیزدهم. شماره ۳(۴۹). ۷۵-۸۵

سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دوره سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۵-۳۰۲.

عسکری، پرویز، روشنی، خدیجه، آدریانی، مریم. (۱۳۸۸). ارتباط بین اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. مجله‌ی یافته‌های نو در روانشناسی. ۲۷-۳۹

غباری بناب، باقر. (۱۳۸۷). مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی. تهران. انتشارات آرون.

لطفی، جعفر. (۱۳۸۲). چکیده کتاب کنگره

پیشنهادمی‌شود: که این درمان روی انواع دیگر بیماران و با مراحل گوناگون بیماری انجام گیرد و نتایج حاصل مقایسه گردد.

قدردانی: با سپاس فراوان از آقای دکتر مسعود اعتمادی فر، رییس انجمن ام. اس. ایران، آقای دکتر باقر غباری بناب و آقای اسدالله صادق‌خانی که ما را در اجرا و به اتمام رساندن این پژوهش یاری کردند.

## منابع

انجمن ام. اس ایران (۱۳۸۴). آشنایی با بیماری مولتیپل اسکلوزیس. شماره ۱. ص ۲۲.

بوالهری، جعفر، احسان منش، مجتبی، کریمی کیسمی، عیسی. (۱۳۷۹). بررسی رابطه عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی. } HYPERLINK

"http://www.noormags.com/view/fulltext/a/magazinebycategory/17"

## HYPERLINK

"http://www.noormags.com/view/fulltext/a/magazine/242"

"http://www.noormags.com/view/fulltext/a/magazine/Number/6931"

بوالهری، جعفر، نظیری، قاسم، زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال سوم، شماره ۱، ۸۵-۱۱۵

پیامنی، فیروزه، نظری، علی‌اکبر، نکته‌دان، هایده، مهران، عباس، صحراپیان، محمدعلی. (۱۳۸۷). بررسی سبک زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس

دوره دوازدهم. ۳(۳۵). ۳۷-۴۴.  
 نجات، سحرناز، منتظری، علی، محمد، کاظم،  
 مجدزاده، سید رضا، سادات نبوی، نازنین،  
 نجات، فرهاد، نبوی، سید مسعود،  
 هولاکویی نائینی، کوروش. (۱۳۸۵). کیفیت  
 زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل  
 اسکلروزیس تهران در مقایسه با جمعیت  
 سالم شهر تهران. مجله تخصصی  
 اپیدمیولوژی ایران؛ دوره اول، شماره ۴.  
 ۱۹-۲۴

- Alastair, J. Cunningham (2005). *Integrating Spirituality Into a Group Psychological Therapy Program for Cancer Patients* published by: SAGE4; 178.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment and Human Development*, 4, 166-170.
- Bruce, S., Rabinb, M. (2002). Can stress participate in pathogenesis of auto immune disease? *JAH*; 30 (4): 71-75.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S., & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior research and therapy*, 44, 585-599.
- Dennison, L., Morris, R., Chalder, T. (2008). A review of psychological correlates of adjusment in patient with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29: 141- 153.
- Fischer, P., Amy, L., Nilüfer, A., Dieter Frey, S. Haslam, A. (2010). *The Relationship Between Religious Identity and Preferred Coping Strategies: An Examination of the Relative Importance of Interpersonal and Intrapersonal Coping Muslim and Christian Faiths* Review of General Psychology, Volume 14, Issue 4, Pages 365-381.
- Fountoulakis, K.N., Siamouli, M., Magiria & S. Kaprinis, G. (2008). Late-Life depression, religiosity,

بین‌المللی مولتیپل اسکلروزیس. ص ۲۳.  
 محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر  
 بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر  
 سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه  
 علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران.  
 مسعودی، رضا، خیری، فریدون، صفدری، علی.  
 (۱۳۸۹). اثربخشی خود مراقبتی مبتنی بر  
 الگو یاورم (Orem frame work) بر عزت  
 نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.  
 مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان.

cerebralvascular disease. Cognitive impairment and attitude towards death in the elderly: Interpreting the data. *Medical hypotheses*, 70, 493-496.

- Garnezy, N., & Masten, A. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In E.M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp 151-174). Hillsdale, : Lawrence Erlbaum Associates.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., & Burke, M.T. (2001). *Religion and Spirituality in Coping with Stress. Counseling and Values*, 46(1), 2-13.
- Hazen, C & Shaver, P. (1993). Romantic love conceptualized as an attachment: Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511.
- Ingle, C., Thuné-Boyle, Jan A., Stygall, M. R., Stanton, P., Newman (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic re view of the literature *Social Science & Medicine*, Volume 63, Issue 1, Pages 151-164.
- Izadian, N., Amiri, M., Jahromi, R., Hamidi, S. H. (2010). A study of relationship between suicidal ideas, depression, resiliency, daily

- stressors and mental health among Tehran university students. *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, 5; 1515-9.
- Kasper, D., Braunwald, E., Fauci, A., Houser, S., Longo, D., Jameson, J. (2005). *Harrison's principles of Internal Medicine*, th edition, New York, Mc Grow- Hill Co .2(16). P,2461.
- Kumpfer, K.L. (1999). *Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework*. In: M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
- LaFromboise, T.D., Hoyt, D.R., Oliver, L., & Whitbeck, L.B. (2006). Family, community, and school influences on resilience among Native American adolescents in the upper Midwest. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 193-209.
- Levinson, J. J., Jr., & Ponzetti P. f. (Eds.). (2000). *Encyclopedia of human emotions*. New York: Oxford University Press.
- Livneh, H., Erin, M., Todd, B. (2004). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Volume 13, Number 3, 250-260
- Marion, M. G. Simoni, J. M. Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 49(2): 139-147.
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*. New York: Guilford Press.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30; 1-8.
- Revheim, N., Greenberg, W.M. (2007). *Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope*, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4).307-310.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Richards, S.P., Bergin, A. E (2005). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. U.S.A.: American Psychological Association.
- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. (2010). *Text book of Medical Surgical Nursing*, edition, Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins Co , 2(12) p1956.
- Smith, B.W., Tooley, E.M., Montague, E.Q., Robinson, A.E., Cospers, C.J and Paul G. Mullins. (2009). The Role of Resilience and Purpose in Life in Habituation to Heat and Pain. *The Journal of Pain*, Vol 10, No 5, 493-500.
- White, B., Driver, S., Warren, A.M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Department of kinesiology health promotion and recreation. University of north Texas. *Rehabilitation psychology*. 55: 23-32.
- Yang, K.P., Mao, X.Y. (2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies*, 144, 999-1010.

