

بررسی رابطه اعتقادات معنوی با سلامت روان کارکنان بهزیستی شهر

خوی، سال ۱۳۹۲

قاسم محمدیاری^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۲/۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۶/۲۸

چکیده

تحقیقات نشان می‌دهد، علاقه روزافزونی به بررسی تأثیر جنبه‌های اجتماعی، معنوی، عاطفی و رفتاری بر سلامت ذهن یا برعکس، بر کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد وجود دارد. هدف از تحقیق حاضر، بررسی رابطه اعتقادات و باورهای معنوی و سلامت روان در بین کارکنان اداره بهزیستی در شهر خوی است. مطالعه حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است و برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه معنویت پارسیان و دوئینگ (۲۰۰۹م) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲م) استفاده شده و نتایج تحقیق نشان داده است بین معنویت و مشکلات سلامت روان ($r = -0/403$, $P < 0/05$) رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد از بین عناصر معنویت، عنصر اعتقادات معنوی رابطه پیش‌بینی‌کننده‌ای ($B = -0/403$) با مشکلات سلامت روان کارکنان دارد و ۱۶/۳ درصد واریانس مشکلات روان‌شناختی کارکنان با روش اعتقادات معنوی قابل توضیح است.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، معنویت، دین.

مقدمه

تحقیقات نشان می‌دهد که علاقه روزافزونی به بررسی تأثیر جنبه‌های اجتماعی، معنوی، عاطفی و رفتاری بر احساس خوب‌بودن و سلامت ذهن یا برعکس بر کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد وجود دارد؛ با این حال مفهوم معنویت بیشتر از بقیه با داشتن احساسی مطلوب رابطه دارد. در دهه‌های اخیر روان‌شناسان به جنبه‌های مثبت کارکردهای روانی و عوامل تأثیرگذار بر آن توجه بیشتری کرده‌اند. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به‌صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است، به گفته مک‌دونالد^۱ (۲۰۰۲م)، معنویت مهم‌ترین جنبه وجود انسانی فرض شده است که ارتباط تنگاتنگی با بهبود سلامت روان افراد دارد. وست^۲ (۲۰۰۰م) بر این باور است که افراد دارای زندگی معنوی، بدون شک از نظر روان‌شناختی افراد سالمی هستند (West, 2000: 1-160). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که معنویت در بروز هیجانات مثبت همچون شادی تأثیرگذار است. یعقوبی^۳ (۱۳۸۹) در تحقیق خود به بررسی رابطه بین هوش معنوی و شادکامی دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا پرداخت، تحقیق او نشان داد که میانگین شادکامی دانشجویان با هوش معنوی بالا بیشتر از میانگین شادکامی دانشجویان با هوش معنوی پایین است.

دست‌نوشته دو جلدی «دین و سلامت»^۴ نزدیک به ۲۵۰۰ مطالعه مبتنی بر داده‌های دست اول و کمی است که این رابطه را در سطح جهانی مستند کرده است (Koenig and et. Al, 2012a: 53-73).

برخی اندیشمندان دین را بخشی از معنویت تلقی

کرده‌اند و معنویت را بیانگر مفهومی گسترده‌تر و ساختاریافته‌تر از مفهوم دین دانستند که شامل جنبه‌های مختلف شخصیت فرد و دیدگاه یک فرد از جهان است. به نظر آنها معنویت در نهایت شامل چهار مسئله کلیدی است:

۱. سیستم ارزش‌ها؛

۲. جست‌وجوی معنا و هدف از زندگی؛

۳. جست‌وجوی هارمونی کلی؛ که می‌تواند تعلق به دین را دربرگیرد و برای پایه‌ریزی یک ارتباط با کلیت غایی است.

۴. سرانجام معنویت به‌عنوان یک تجربه فراطبیعی و متعالی است (Sessanna, Delgado, 2005: 157 - 162; Finnell & Jezewski, 2007: 252).

با این حال اندیشمندان در مطالعات خود دین و معنویت را در ارتباط با عملکردهای افراد در زندگی در هم تنیده، مطالعه کرده‌اند. سازمان بهداشت جهانی^۵ در سال ۲۰۰۶م. به مطالعه رابطه بین دین، معنویت و باورهای افراد در کیفیت زندگی بین افراد ۱۸ کشور پرداخت. نتایج آنها نشان داد که رابطه بسیار بالایی بین هر سه عنصر دینداری، معنویت و باورهای افراد با کیفیت زندگی آنها وجود دارد (یعنی ۶۵٪ واریانس کیفیت زندگی). همچنین در مطالعه آنها، زنان احساس بالاتری را از ارتباط معنوی و ایمان در برابر مردان گزارش کرده‌اند و افراد دارای آموزش پایین، ایمان زیاد؛ اما امیدواری کمتری را گزارش کرده‌اند. باقری، اکبرزاده و حاتمی^۶ (۲۰۱۰م)، در پژوهش خود نشان دادند که بین هوش معنوی و شادکامی بین پرستاران بیمارستان‌های بوشهر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ همچنین محققان نشان دادند بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کارکنان همچون سن، وضعیت تأهل، سابقه کار، تحصیلات و موقعیت کاری پرستاران با ابعاد

1. Macdonald

2. West

3. Yagoobi

4. Handbook of Religion and Health

5. WHOQOL SRPB Group

6. Bagheri, Akbarizadeh & Hatami

مذهبی در جوامع مختلف وجود دارد؛ برای مثال بسیاری از باورها در مسیحیت مشابه دین اسلام است. در دین اسلام، سرسپردگی عمیق و انحصاری به خدای واحد وجود دارد و باور بر این است که خداوند بخشنده و مهربان است. احترام زیادی به قرآن که کلام خداست و نیز بر پیامبر اسلام حضرت محمد (ص) گذاشته می‌شود و مسلمانان از زندگی و آموزه‌هایشان پیروی می‌کنند (ارزش‌ها و اخلاقیاتی که بسیار شبیه به مسیحیت است). همچنین باور بر عیسی (ع) و احترام بر ایشان وجود دارد که پیامبر خداست؛ همچون: نوح، ابراهیم، موسی و داوود (ع). مسلمانان معتقدند حضرت عیسی (ع) از یک باکره متولد شد (حضرت مریم)، و شفا دهنده بزرگی بود؛ که بدنش به آسمان عروج کرد و نزدیک روز قیامت برای بازگرداندن عدالت در زمین بازخواهد گشت. باور و احترام به تورات، زبور و انجیل وجود دارد. اعتقاد به بهشت (محل شادی ابدی) و جهنم (محل مجازات ابدی) وجود دارد. جمعه روز عبادت جمعی در اسلام است (شبیه یکشنبه در مسیحیت) و افراد در مسجد محل، دور هم جمع می‌شوند و نیایش و نماز را بجا می‌آورند؛ یعنی در جایی که امام جمعه درباره مسائل عملی در زندگی خطبه می‌خواند. باور عمومی دیگر، حمایت از نیازمندان و فقیران است. بر مسلمانان واجب است که سالانه ۲/۵٪ از همه پس‌اندازهایشان را به‌عنوان زکات بپردازند؛ مشابه آن بر مسیحیان است که سالانه ۱۰٪ از درآمدشان را - نه پس‌اندازشان را - بر فقرا و نیازمندان بپردازند. باور قوی در اسلام وجود دارد که همه نزد خدا بدون در نظر گرفتن طبقه اجتماعی برابر هستند؛ به طوری که در مراسم حج مکه تمامی افراد بدون لحاظ شدن طبقه اجتماعی، لباس مشابهی می‌پوشند. روزه‌داری در مسیحیت شبیه اسلام است؛ اگرچه در اسلام تأکید فراوان بر آن شده است. روزه‌داری در ماه

هوش معنوی و شادکامی رابطه معناداری وجود نداشت؛ ولی بین نوع بخش بیمارستان با میزان صبر و شکیبایی پرستاران، رابطه معناداری وجود داشته است (Bagheri, Akbarizadeh & Hatami, 2010: 130_136).

سالمویریگو بلوتچر^۱ و همکاران در (۲۰۱۶م) تحقیق خود که به بررسی نقش مذهب و معنویت در فرسودگی شغلی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه و قصورات کاری پزشکان اورژانس پرداختند، نشان دادند که بین مذهب و معنویت و فرسودگی شغلی رابطه معناداری وجود ندارد؛ اما رفتارهای ناسازگارانه (سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و سوء مصرف مواد) و خود گزارش دهی تاریخچه قصورات کاری پزشکان اورژانس، بسیار کمتر از پزشکانی بود که به‌طور منظم به فعالیت‌های مذهبی می‌پرداختند و روزی را برای نیایش به استراحت می‌پرداختند یا کمتر به فعالیت‌های مذهبی و معنوی می‌پرداختند. بیشتر محققان به نقش باورهای معنوی در بهبود سلامت روان پرداختند؛ اما پژوهش کمتری درباره نقش باورهای ضعیف در مشکلات روان‌شناختی افراد انجام دادند (Salmoirago-Blotcher et. Al, 2016: 189-195).

بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین باورهای معنوی و مشکلات سلامت روان در بین کارکنان بهزیستی پرداخته که در مقابل بسیاری از سازمان‌ها سختی کار و شرایط خاص کاری دارند؛ و سهم هریک از عناصر معنویت را در پیش‌بینی مشکلات سلامت روان آنها تحلیل کرده است.

اندیشمندان باتوجه به نقش باورهای دینی و معنوی در سلامت ذهن افراد در ادیان مختلف، به این موضوع پرداختند و پی بردند که نتایج آن همسویی دارد؛ چراکه تشابهات بسیاری در باورهای دینی و

زندگی، ما را یاری می‌دهد؛ 3-1: Azhar & et.all, 1994).
(Razali & et. all, 1998: 867-872).

روش پژوهش، جامعه و نمونه آماری

باتوجه به هدف مقاله، پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن مشتمل بر کلیه کارکنان اداره بهزیستی خوی اعم از زن و مرد در سال ۱۳۹۲ است. نمونه تحقیق حاضر به تعداد ۴۰ نفر (۱۵ نفر مرد، ۲۵ نفر زن و سنین بین ۲۳ تا ۵۷ و میانگین سن ۳۴) است که باتوجه به تعداد کم جامعه آماری، کل جامعه آماری برای نمونه انتخاب شد.

ابزار اندازه‌گیری

اندازه‌گیری نمونه پژوهش، با دو ابزار صورت پذیرفت.

۱. پرسشنامه معنویت

پرسشنامه معنویت را پارسیان و دوئینگ^۳ در سال ۲۰۰۹م. به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخت. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت^۴ چهار درجه‌ای، میزان مخالفت/ موافقت خود را با هریک از عبارات آن مشخص سازد. این پرسشنامه ۲۹ عبارت دارد و ۴ زیرمقیاس خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی را می‌سنجد. ضریب آلفای کلی آزمون ۰/۸۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۷۰، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۷۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۷۳ و نیازهای معنوی ۰/۷۰ به دست آمد.

رمضان واجب است و در سایر ایام نیز به آن تشویق شده است. بیشتر مسیحیان روزی حداقل یکبار دعا و نیایش می‌کنند؛ حال آنکه مسلمانان روزانه پنج نوبت به نیایش می‌پردازند و در بسیاری از کشورهای اسلامی تمامی کسب‌وکار به مدت ۲۰ دقیقه برای نیایش متوقف می‌شود. ارزش‌های خانوادگی در هر دو سنت (اسلام و مسیحیت) گرمی داشته می‌شود؛ همچنین مطالعات از نقش دین و معنویت در تخفیف مشکلات فردی و اجتماعی در پیروان هر دو دین حمایت می‌کند.

دست‌کم از ۵۱ آزمایش بالینی یا مطالعه تجربی که تا حال حاضر منتشر شده است، ۳۵ مطالعه (۶۹٪) فواید روان‌درمانی مذهبی به‌طور معنادار تأیید شده است (Koenig and et. Al, 2012b: 180-182).

آزمایش بالینی دقیق از درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مسیحیت نشان داده است که این روش بر درمان شناختی- رفتاری عمومی برتری دارد (Propst and et. (Al, 1992: 94-103). آزمایش‌های مشابهی در حال حاضر در روش درمان شناختی- رفتاری پیشرو در ادیان (اسلام، مسیحیت، بودا، هندو، یهودیت) انجام می‌گیرد (Koenig, 2012: in press)؛ همچنین چندین آزمایش بالینی روان‌درمانی بر پایه آموزه‌های اسلام در افسردگی، داغ‌دیدگی (Azhar and Varma, 1995:165-173)، اختلال اضطراب عمومی رزالی، حسانه، امیناه و سابرامانیام^۱ (۱۹۹۸م) و ازهر، ورما و خاراپ^۲ (۱۹۹۴م) نشان داد زمانی که نیایش یا خواندن قرآن به درمان اضافه می‌شد، به‌طور معنادار نتایج بهتری در درمان به دست می‌آمد؛ بنابراین، معنویت به ما کمک می‌کند معنای زندگی را بفهمیم، همچنین پاسخ‌های لازم را برای سؤالات کلیدی در زندگی، بیماری و مرگ فراهم کنیم. معنویت، یک منبع است که به نوبه خود در لحظات سخت

3. Parsian, Dunning
4. Likert

1. Razali, Hasanah, Aminah & Subramaniam
2. Dharap

۲. پرسشنامه سلامت روان

این پرسشنامه را گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲م) ساخته است. گزینه‌های آن با مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر الی ۳ تنظیم شده است. نقطه برش پرسشنامه ۲۳ است که نشانگر وجود نشانگان عدم سلامت روان در فرد است و هر قدر نمره فرد در پرسشنامه پایین تر باشد، نشانگر سلامت روان فرد است. پرسشنامه چهار بخش دارد: نشانگان جسمانی، گزینه‌های (۱ الی ۷)؛ نشانگان اضطراب، گزینه‌های (۸ الی ۱۴)؛ کارکرد اجتماعی، گزینه‌های (۱۵ الی ۲۱)؛ و نشانگان افسردگی، گزینه‌های (۲۲ الی ۲۸). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ $\alpha = 0.73$ به دست آمد.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق در جدول‌های زیر آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکنان بهزیستی در ابعاد هوش معنوی (خودآگاهی، اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیازهای معنوی) و سلامت روان

	خودآگاهی	اعتقادات معنوی	فعالیت معنوی	نیازهای معنوی	سلامت روان
میانگین	۱۷/۹۵	۷/۰۰۰	۱۰/۸۲۵	۱۴/۷۰۰	۱۸/۸۲۵
انحراف استاندارد	۳/۷۴۸۲	۲/۲۱۸۸	۲/۷۶۳	۳/۸۹۰	۱۲/۳۷۴

همان‌طور که در جدول بالا دیده می‌شود در نمونه بررسی شده میانگین و انحراف استاندارد نمره سلامت روان به ترتیب ۱۸/۸۲۵ و ۱۲/۳۷۴ است؛ همچنین میانگین نمره بعد اعتقادات معنوی (۷) نسبت به بقیه ابعاد (خودآگاهی، فعالیت معنوی و نیازهای معنوی به ترتیب: ۱۷/۹۵، ۱۰/۸۲۵ و ۱۴/۷) کمترین است.

جدول ۲. تحلیل واریانس یک‌راهه مربوط به متغیرهای پیش‌بین

R	-۰/۴۰۳
R ^۲	۰/۱۶۳
رگرسیون	۹۷۲/۰۰۰
باقیمانده	۴۹۹۹/۷۷۵
df	۱
میانگین مجزورات	۹۷۲/۰۰۰
F	۷/۳۸۸
سطح معناداری	۰/۰۱۰

متغیر ملاک: سلامت روان

متغیرهای پیش‌بین: خودآگاهی، نیازهای معنوی، فعالیت‌های معنوی و اعتقادات معنوی

در جدول شماره ۱ می‌بینید، مقدار ضریب همبستگی محاسبه شده بین متغیر پیش‌بین وارد شده به مدل و متغیر ملاک ۰/۴۰۳- است. مقدار ضریب تبیین برابر است با ۰/۱۶۳، یعنی ۱۶/۳ درصد از تغییرات متغیر ملاک با متغیر وارد شده به مدل تبیین می‌شود. همچنین F به دست آمده (۷/۳۸۸) در سطح $\alpha = 0.010$ معنادار است و این مطلب گویای آن است که رگرسیون معنادار بوده و حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین رابطه پیش‌بینی‌کننده با متغیر ملاک را دارد.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون و نتایج آزمون T مربوط به متغیر پیش‌بین

سطح معناداری	t	بتا	خطای استاندارد	B	ثابت
۰/۰۰۰	۵/۶۹۴		۶/۰۷۲	۳۴/۵۷۵	ثابت
۰/۰۱۰	-۲/۲۱۸	-۰/۴۰۳	۰/۸۲۸	-۲/۲۵۰	اهمیت اعتقادات معنوی

نتایج رگرسیون گام به گام در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که از بین ابعاد هوش معنوی که شامل خودآگاهی، اعتقادات معنوی، فعالیت معنوی و نیازهای معنوی می‌شود، سلامت روان کارکنان را فقط

متغیر اعتقادات معنوی پیش‌بینی می‌کند.

Verghese, Abraham, 2008: 227-). پیش معنوی است (-227).
(233).

نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر، بررسی رابطه بین معنویت و سلامت روان در بین کارکنان بهزیستی بود. نتایج تحقیق نشان می‌دهد، بین میزان معنویت کارکنان با میزان مشکلات سلامت روان آنها همبستگی منفی وجود دارد؛ یعنی کارکنانی که در باورهای معنوی نمره پایینی داشتند، نمره‌های بالایی را در مشکلات روان‌شناختی (نشانگان جسمانی، اضطراب، روابط اجتماعی و افسردگی) داشتند و درمقابل، کارکنان دارای نمرات بالا در اعتقادات معنوی، نمرات پایین در مشکلات سلامت روان گزارش کردند. یافته حاضر با یافته‌های یعقوبی (۱۳۸۹) همخوانی دارد؛ بنابراین، می‌توان گفت معنویت، توانایی بشر را برای مقابله با مشکلات اساسی پیش‌روی او افزایش داده و آسیب‌پذیری او را درمقابل ناکامی‌ها کمتر می‌کند و در احساس شادکامی او تأثیرگذار است. ازطرفی نتایج تحقیق حاضر نشان داد که از بین عناصر معنویت، اهمیت و نقش اعتقادات معنوی در پیش‌بینی مشکلات سلامت روان کارکنان معنادار است. معنویت یکی از نیازهای درونی انسان است که برخی از صاحب‌نظران، آن را متضمن بالاترین سطوح زمینه‌های رشد شناختی، اخلاقی، عاطفی و فردی فرض کرده‌اند (West, 2000: 1-160). آنها معنویت را توانایی تجربه‌شده‌ای می‌دانند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد (Gain, and Purohit, 2006: 867-872).

معنویت چالش افراد در راه‌هایی است که در آن افراد به هدف‌های زندگی، تعهد و وفاداری پیدا می‌کنند و در زندگی به جست‌وجوی معنای آن می‌پردازند و درنهایت، احساس ارتباط و پیوستگی با آفرینش و هستی داشتن،

یافته حاضر بیانگر آن است که باورها مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر رفتار افراد است؛ بدین ترتیب می‌توان گفت، باورها و اعتقادات افراد در عملکردهای روان‌شناختی ازجمله سلامت ذهن و نیز مشکلات سلامت روان بی‌تردید اساسی و مهم است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی نقش باورهای معنوی را در عملکردهای بالا و پایین افراد در سلامت اجتماعی، خانوادگی و اسنادهای علی در موقعیت‌های شغلی و تحصیلی مختلف بررسی شود. در پایان از تمامی کارکنان محترم اداره بهزیستی شهرستان خوی که در انجام تحقیق حاضر همکاری کردند، تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995a). *Religious psychotherapy in depressive patients*. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 63. Pp: 165-173.
- Azhar, M. Z. & Varma, S. L. (1995b). *Religious psychotherapy as management of bereavement*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 91. Pp: 233-235.
- Azhar, M. Z.; Varma, S. L. & Dharap, A. S. (1994). *Religious psychotherapy in anxiety disorder patients*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90. Pp: 1-3.
- Bagheri, F.; Akbarizadeh, F. & Hatami, H. (2010). The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5. Pp: 1556-1561.
- Delgado, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nurs Sci Q*; 18(2): 157e62.
- Gain, M. & Purohit, P. (2006). *Spiritual intelligence: Acontemporary concern with rigard to living status of the senior citizens journal of the Indian Academy of Applied psychology*. 32 (3). Pp: 227- 233.
- Koenig, H. G.; King, D. E. & Carson, V.B. (2012a). *Handbook of Religion and Health, second edition*. Oxford University Press, New York. NY.
- Koenig, H. G.; King, D. E. & Carson, V. B.

- Zealand Journal of Psychiatry*. 32. Pp: 867-872.
- Salmoirago-Blotcher, Elena, Fitchett, George, Leung, Katherine, Volturo, Gregory, Boudreaux, Edwin, Crawford, Sybil, Ockene, Ira and Curlin, Farr. (2016). *An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine*. Preventive Medicine Reports. Volume 3. Pp: 189-195.
- Sessanna, L.; Finnell, D. & Jezewski, MA. (2007). *Spirituality in nursing and health-related literature; a concept analysis*. *J. Holist Nurs*. 25(4). Pp: 252-62.
- Vergheze & Abraham. (2008). Spirituality and mental health. *Indian J Psychiatry*. Oct-Dec. 50(4). Pp: 233-237.
- West, w. (2000). *Psychotherapy & Spirituality: Crossing the Line between Therapy and Religion*. London. sege publication.
- WHOQOL SRPB Group. (2006). *A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life*, *Social Science & Medicine*. 62. Pp: 1486 -1497.
- Yagooby, A. (2010). *The relationship between spiritual intelligence and mental health of university students of Bu-Ali*. Proceedings of the Fourth Seminar on students mental health.
- (2012b). *Depression (Ch 7) and Anxiety (Ch9), Handbook of Religion and Health, second edition*. Oxford University Press, New York. NY.
- Koenig, H. G. (2012). Religious vs. conventional psychotherapy for major depression in patients with chronic medical illness: rationale, methods, and preliminary results. *Depression Research and Treatment* 2012. Article ID 460419, <http://dx.doi.org/10.1155/2012/460419>, in press.
- Macdonald, J.J. (2002). *Spiritual Health in Older Men*. Paper presented, Interactive Seminar on Men and Community Building.
- Propst, L. R.; Ostrom, R.; Watkins, P.; Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavior therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60. Pp: 94 -103.
- Razali, S. M.; Aminah, K. & Khan, U. A. (2002). Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*. 39 (1). Pp: 130-136.
- Razali, S. M.; Hasanah, C. I.; Aminah, K. & Subramaniam, M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian & New*