

مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۸۹

مریم مقیمیان^۱، فاطمه سلمانی^۲

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: منابع مذهبی و معنوی از منابع سازگاری مهمی هستند که می توان در طول فرآیند بیماری برای بهبود مشکلات روانی از جمله ناامیدی در مبتلایان به سرطان از آنها استفاده نمود. این پژوهش با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی - مقطعی با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و سلامت معنوی Ellison، Synder و Paloutzian، امید ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به روش نمونه گیری در دسترس بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با کمک روش های آماری توصیفی، آزمون های اسپیرمن و پیرسون صورت گرفت، و سطح معنی داری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: یافته های این پژوهش نشان داد بین سلامت معنوی و امید در بیماران، همبستگی معنی دار و مستقیم وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$) ($r = ۰/۲۷$).

نتیجه گیری: کارکنان درمانی با شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان می توانند موقعیت های مناسبی جهت ارتقای سلامت معنوی آنها که افزاینده امید است، فراهم کنند. لذا پیشنهاد می گردد به منظور حفظ سلامت و افزایش امید در بیماران به اهمیت نقش سلامت معنوی در مراقبت های پرستاری از بیماری های تهدید کننده زندگی مانند سرطان توجه بیشتری شود.

کلیدواژه ها: معنویت؛ رضایت شخصی؛ سرطان ها؛ بیماران.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: m-moghimian@iaun.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۰/۷/۷

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۲۲

مقدمه

سرطان با بیش از ۱۰۰ نوع تومور بدخیم می تواند در تمامی گروه های قومی، نژادی، سنی، جنسی و گروه های اقتصادی و اجتماعی پدیدار شود، و تمامی انسانها قابلیت ابتلا به این بیماری را دارند (۱). سرطان در کشورهای پیشرفته دومین و در کشورهای رو به پیشرفت چهارمین علت مرگ و میرها به شمار می آید (۲). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای شیمی درمانی را بپذیرد. بستری شدن های متعدد مانع از ادامه زندگی طبیعی می شود، و عوارض جانبی شیمی درمانی توانایی لذت بردن از جنبه های مختلف زندگی را از بیمار سلب می کند (۳). در این میان، امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می سازد تا با چشم اندازی فراتر، وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببینند (۴). بررسی ها نشان دهنده گوناگونی تعریف امید در افراد است. حمایت اطرافیان، مذهب، پذیرش بیماری، آگاهی از خود و شناخت وضعیت خود به بهترین شکل نسبت به دیگران؛ چهار فاکتوری است که در ارتقای امید

بیماران بسیار کمک کننده می باشد (۵). به گونه ای که این افراد به شیوه بهتری از منابع سازگاری استفاده می کنند (۶). در متون پزشکی و پرستاری، بیشتر تحقیقات در زمینه امید بر روی بیماران سرطانی انجام گرفته است که این تشخیص را به عنوان یک عامل تهدید کننده برای امید خود مطرح کرده اند. همچنین تأثیر افزایش امید در روند زندگی و درمان بیماران در بسیاری از مطالعات به اثبات رسیده است. به نظر می رسد سرطان نسبت به سایر بیماری ها تأثیر بیشتری بر روی امید داشته باشد، شاید به دلیل آنکه سرطان منجر به احساس اضطراب، ترس و عدم اعتماد در نتیجه درمان می شود (۷). بیماران با درجات متفاوتی از امید؛ یعنی از ناامیدی کامل تا امید در مراحل مختلف بیماری، در انتظار همه چیز حتی معجزه در پی درمان بوده و از آنجا که مردم به دنبال پیش گویی خود کام بخش هستند، مایلند تا در جهت پیش بینی های خود حرکت کنند (۸). در تجربه زندگی با سرطان، با قرار گرفتن در فراخانی جستجوی هدف و معنا برای زندگی داشتن و در لحظه ای که امید مورد تهدید واقع می شود؛ سلامت معنوی به عنوان بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم رونمایی می کند (۹). معنویت عامل مواجهه با مشکلات و مسائل خاص است و موجب آرامش روحی- روانی در بیماران مبتلا به سرطان می شود (۱۰). سلامت معنوی (Spiritual Well Being) ارتباط هماهنگ بین نیروهای داخلی را فراهم کرده و با ویژگی هایی مانند ثبات در زندگی، صلح، تناسب، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا و محیط مشخص می گردد (۱۱). سازگاری و مقابله با سرطان در افرادی که از این عامل تسهیل کننده و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، سریع تر اتفاق می افتد (۱۲). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز است: الف) سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی؛ هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است؛ ب) سلامت وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می کند (۱۳). چراهای زندگی فرد قسمتی از هدف وجودی اوست که خود تشکیل دهنده بعد معنوی زندگی است (۱۴). پورغزنین و همکارانش در پژوهش خود اشاره کرده اند بیماران خداوند را به عنوان منبع امید بخش می دانند، و عواملی مانند سن، جنس، تحصیلات، شغل، نوع سرطان، مرحله بیماری، انجام عمل جراحی، زمان تشخیص گذاری، موقعیت جغرافیایی، اشکال در ظاهر طول مدت ابتلا، انجام شیمی درمانی و درمان های دیگر نخواهند توانست در بهره گیری از این منبع عظیم امید، تأثیر منفی ایجاد کنند (۱۵). Koenig و همکارانش بیان داشتند بیماران سرطانی که از باورهای اعتقادی استفاده می کنند تشویش و نگرانی کمتری در زمینه مرگ، ارتباط با اطرافیان و حتی بیماری از خود نشان می دهند (۱۶). همچنین Nelson و همکارانش نشان دادند سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی در مبتلایان به سرطان ارتباط دارد (۱۷). McClain و همکارانش می گویند سلامت معنوی می تواند اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در مبتلایان به سرطان داشته باشد (۱۸). با توجه به اهمیت نقش امید در بهبود کیفیت زندگی و پذیرش درمان در بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش مطالعه توصیفی- مقطعی روی ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی- درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه ها به روش نمونه گیری در دسترس در طول مدت ۶ ماه جمع آوری شدند. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه استفاده شد که دارای ۳ بخش می باشد:

الف) پرسشنامه دموگرافیک که حاوی ۸ سؤال است؛

ب) پرسشنامه سلامت معنوی (Spiritual Well Being Scale) SWBS (Paloutzian & Ellison) که دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه آن مربوط به سلامت مذهبی و ۱۰ گویه دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. دامنه سؤالات به صورت ۶ گزینه ای در مقیاس لیکرت شامل گزینه های کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم دسته بندی می شود. در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۰-۹۹) (۴۱) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی می شود. در مطالعات متعدد با سنجش روایی و پایایی پرسشنامه با ویرایش ایرانی، مشخص گردید با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ می توان آن را در پژوهش های بعدی مورد استفاده قرار داد (۱۹-۱۳)؛

ج) پرسشنامه امید Synder، که توسط Synder و همکارانش در سال ۱۹۹۱ جهت سنجش امید برای بزرگسالان بالای ۱۵ سال طراحی شده است، دارای ۱۲ عبارت است که به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده تفکر عاملی و سؤالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به خرده مقیاس تفکر راهبردی می‌باشد. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شوند و انحرافی هستند. دامنه سؤالات به صورت لیکرت ۸ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، بیشتر اوقات نادرست، تا حدی نادرست، کمی نادرست، کمی صحیح، تا حدی صحیح، بیشتر اوقات صحیح، کاملاً صحیح) نمره‌گذاری شده، و به گزینه کاملاً نادرست نمره ۱ و به گزینه کاملاً صحیح نمره ۸ داده شده است. مجموع نمرات بین ۶۴-۸ قرار می‌گیرد (۲۰). در مطالعات متعدد با سنجش روانی و پایایی پرسشنامه با ویرایش ایرانی مشخص گردید با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹ می‌توان آن را در پژوهش‌های بعدی مورد استفاده قرار داد (۲۱-۲۲).

معیار ورود به مطالعه عبارت بود از: بیماران مسلمان مبتلا به سرطان با بیش از ۲۰ سال سن که از بیماری خود آگاه بوده و تمایل به همکاری داشتند و بیش از ۶ ماه از شروع درمان آنها نگذشته بود. معیار خروج از مطالعه شامل: ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی، کبدی و کلیوی، سابقه بیماری روانی، استفاده از داروهای روان‌گردان، عود مجدد بیماری، مراحل پایانی بیماری و ابتلا به سرطان‌های حنجره و کلورکتال بود، همچنین به دلیل بستری بودن نمونه‌ها در بیمارستان، همه در دستورات دارویی خود مسکن را در صورت نیاز دریافت می‌کردند. در این بررسی ابتدا فرم رضایت‌نامه توسط بیماران پر شد، سپس پرسشنامه به روش خودگزارش‌دهی توسط بیماران تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید و با به کارگیری روش‌های آمار توصیفی و استفاده از جداول، به توصیف متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد، سپس با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن و پیرسون رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و فاکتورهای مورد مطالعه بررسی گردید. سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، تعداد ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که با توجه به شرایط نمونه‌گیری، نمونه‌ها را هر دو جنس تشکیل می‌دادند. میانگین سنی نمونه‌ها ۱۵±۴۲ سال بود. در بین نمونه‌ها، ۶۳٪ زن و مابقی مرد و ۶۹/۷٪ متأهل و بقیه مجرد بودند. ۷۸٪ نمونه‌ها تحصیلات دیپلم یا کمتر و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. شایع‌ترین محل ابتلا به سرطان دستگاه گوارش بود که ۷۶/۷٪ مبتلایان به‌طور مکرر تحت شیمی‌درمانی قرار داشتند. ۱۸/۷٪ از بیماران علاوه بر شیمی‌درمانی تحت رادیوتراپی و یا عمل جراحی نیز قرار گرفته بودند. ۵۹/۷٪ نمونه‌ها وضعیت اقتصادی متوسط را گزارش کردند. آزمون من‌ویتنی بین جنس و سلامت معنوی رابطه معنی‌داری نشان نداد. بین سلامت معنوی و میزان امید در دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. با آزمون اسپیرمن بین وضعیت تأهل و میزان امید همبستگی معنی‌دار وجود نداشت. همچنین در آزمون اسپیرمن بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان نیز همبستگی معنی‌دار دیده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمرات سلامت معنوی و امید براساس مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان

مشخصات دموگرافیک	نمرات سلامت معنوی	P	نمرات امید	P
جنس	مرد	۶۲±۲۱	۴۹/۵±۸/۳	۰/۳۹۸
	زن	۶۳/۲±۲۰	۵۰/۳±۸	
تأهل	مجرد	۶۳±۲۰	۴۷±۸/۵	۰/۱
	متأهل	۶۲/۹±۲۰	۵۱/۴±۷/۹	
تحصیلات	زیردیپلم	۶۲/۹±۲۰/۹	۴۹/۹±۸/۲	I=(۰/۰۱۲)
	لیسانس	۶۳/۲±۲۰	۵۰/۴±۷/۷	۰/۸۳۳
بالا تر	۴۷±۱		۴۲±۱	

میانگین نمره سلامت معنوی بیماران مورد مطالعه ۵۷±۱۹ برآورد شد. سطح سلامت معنوی در ۶۸ نفر (۲۲/۷٪) ضعیف، ۲۳۰ نفر (۷۶/۷٪) متوسط و ۲ نفر (۰/۷٪) بالا بود. از میان سؤالات سلامت معنوی، گویه (ارتباط با خداوند در سلامتی من نقش دارد) با میانگین ۳/۶۷±۲ و از

گزینه‌های مربوط به سلامت وجودی گوئی "معتقدم هدف خاصی برای زنده بودنم وجود دارد" با میانگین $3/73 \pm 1$ ، بالاترین نمره را کسب کردند. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید بین سلامت معنوی و سن این بیماران همبستگی معنی‌دار و مستقیم وجود دارد ($p < 0/006$, $r = 0/0091$). میانگین نمره امید در بیماران $49/8 \pm 12/62$ بود که در افراد متأهل میانگین نمره بالاتری گزارش شد. از این میزان میانگین نمره خرده مقیاس تفکر راهبردی با میزان $25 \pm 6/31$ بالاتر از خرده مقیاس تفکر عاملی بود. از میان سؤالات خرده مقیاس تفکر عاملی گوئی "تجربه‌های گذشته من برای آینده هم مناسبند" با میانگین نمره $6/6 \pm 1/7$ و در خرده مقیاس تفکر راهبردی گوئی "راههای زیادی پیرامون حل مشکل وجود دارد" با میانگین نمره $5/55 \pm 1/80$ ، بالاترین نمره را کسب کردند. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین سلامت معنوی و امید بیماران، همبستگی معنی‌دار و مستقیم وجود دارد ($p < 0/0001$, $r = 0/27$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی، امید و ارتباط آنها در بیماران مبتلا به سرطان

متغیر مورد بررسی	نمرات	محدوده نمرات قابل کسب	محدوده نمرات کسب شده	میانگین و انحراف معیار	P
سلامت معنوی	سلامت مذهبی	۱۰-۶۰	۹-۴۸	28 ± 9	$r = 0/27$ $p < 0/0001$
	سلامت وجودی	۱۰-۶۰	۱۰-۴۹	29 ± 10	
	نمره کل (سلامت معنوی)	۲۰-۱۲۰	۱۹-۹۷	57 ± 19	
امید	عاملی	۴-۳۲	۸-۳۲	$24/8 \pm 6/31$	
	راهبردی	۴-۳۲	۸-۳۲	$25 \pm 6/31$	
	نمره کل (امیدواری)	۸-۶۴	۱۷-۶۴	$49/8 \pm 12/62$	

بحث

در این مطالعه نتایج بررسی نمرات سلامت معنوی بیماران نشان داد نمره سلامت وجودی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت مذهبی آنان است. در مطالعه‌ای دیگری (سال ۱۳۸۵) در زمینه سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان نیز سلامت وجودی این بیماران بالاتر گزارش شد که علت آن را ناشی از بافت فرهنگی و مذهبی دانسته‌اند (۱۳). همچنین در این راستا می‌توان گفت بالا بودن نمره سلامت وجودی ناشی از این است که مردم ایران برحسب شرایط فرهنگی، مردمی سازگار با شرایط بحرانی و رویکرد مذهبی هستند. یافته‌ها نشان داد با افزایش سن در بیماران، سطح سلامت معنوی آنان افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش Livneh و همکارانش مشخص نمود معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن در سنین بالا دارد (۲۳). Allen و همکارانش نیز به این نکته اشاره کرده‌اند که کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود؛ زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ رو به رو شده و با آن سازگار می‌شود (۲۴). در مطالعه حاضر، بین سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری مشاهده شد. Seligman و Csikszentmihalyi نیز در مطالعه خود به این مهم دست یافتند که ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران به فرد این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند، و این افراد حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر گذرانده و کمتر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند، در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است (۲۵). Amy و Park در پژوهش خود به نتایج قابل توجهی در مورد اهمیت و نقش مثبت اعتقادات معنوی دست یافتند. نتایج پژوهش آنها نشان داد بیماران که اعتقادات مذهبی قویتری دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی - اجتماعی، امید داشتن، شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند. وی دریافت از آنجا که مقابله‌های معنوی منبع حمایت عاطفی، اجتماعی و امید هستند، لذا افرادی که از این مقابله‌ها در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند، افسردگی و اضطراب کمتری داشته و سریع‌تر بهبود می‌یابند (۲۶). بین سلامت معنوی و امید با مشخصات دموگرافیک بیماران نیز رابطه معنی‌داری وجود نداشت. با توجه به اینکه امروزه نقش پزشک و پرستار در حمایت از سلامت معنوی بیمار در جهت تسریع بهبود بیماران صعب‌العلاج بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است و از آنجا که اعتقادات معنوی و مذهبی، مسائلی کاملاً شخصی است؛ لذا بیماران انتظار دارند پزشک یا مسئولین مراقبتی به عقاید و باورهای مذهبی آنها احترام بگذارند. از طرفی،

بیماران مبتلا به سرطان که در مقابله با بیماری خود به مسائل معنوی نیز تکیه دارند، باید بتوانند بر روی کمک و حمایت مسئولین درمانی در این زمینه حساب کنند. این نوع حمایت می‌تواند از طریق ارائه اطلاعات به بیمار درباره افراد یا گروه‌هایی که می‌توانند در این مورد مؤثر باشند، صورت گیرد. پزشکان و مراقبین بهداشتی- درمانی تلاش می‌کنند پاسخگوی نیازهای بیماران باشند، اما ممکن است در اعمال و اعتقادات مذهبی بیمار خود شرکت نکنند و دخالتی نداشته باشند. در این رهگذر، توجه به اهداف و انتخاب روش‌هایی برای مراقبت با در نظر گرفتن دیدگاه‌های مذهبی یا معنوی بیمار، حمایت از بهره‌گیری از اعتقادات معنوی و دینی در مقابله با بیماری، تشویق بیمار به صحبت و مشاوره با بزرگان معنوی/دینی خود، ارجاع بیمار به فرد روحانی بیمارستان یا گروه حمایتی که می‌توانند در زمینه مسائل معنوی در طول درمان مؤثر باشند، ارجاع بیمار برای درمان‌هایی که سلامت روحی را افزایش می‌دهد؛ می‌تواند در رشد سلامت معنوی و رسیدن به پیامد مؤثر آن، که حفظ و ارتقای سطح امید در زندگی این بیماران است، کمک‌دهنده باشد. با توجه به موارد ذکر شده و با نظر به اینکه در ایران هیچ مطالعه‌ای به بررسی همبستگی سلامت معنوی و امید نپرداخته است پیشنهاد می‌گردد مطالعات گسترده‌تری در تبیین امید در بیماران مزمن انجام شود و عوامل مؤثر در ایجاد امید با تأکید بر زمینه‌های فرهنگی و مذهبی به‌خصوص جهت گذر از مراحل سخت بیماری و پذیرش درمان‌های طاقت‌فرسا با جزئیات بیشتر بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

کارکنان درمانی با شناسایی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند موقعیت‌های مناسبی جهت ارتقای سلامت معنوی آنها که افزایش‌دهنده امید است، فراهم کنند؛ چراکه امید یکی از نیازهای اساسی بیماران در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی به شمار می‌رود. لذا پیشنهاد می‌گردد به‌منظور حفظ سلامت و افزایش امید در بیماران به اهمیت نقش سلامت معنوی در مراقبت‌های پرستاری از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند سرطان توجه بیشتری شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از ریاست بیمارستان و بیمارانی که در انجام این پژوهش با آنها همکاری نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

References:

1. Luckmann J. Sounders Manual of Nursing Care. Ebrahimi N, Parsayekta Z, Tazakori Z, Abedsaedi J, Farahani M, Translator. Tehran: Aeeje; 2002. p. 285-290. [Text in Persian]
2. Shojaei-Tehrani H. Medical, Preventive and Social Teaching Book: Prevalent Chronic Disease. Tehran: Samat Publications; 2004. p. 3-5. [Text in Persian]
3. Corner J, Baily C. Cancer Nursing Care in Context. Malden: Blackwell Publications; 2001. p. 3-5.
4. Ebright PR, Lyon B. Understanding Hope and Factors that Enhance Hope in Women with Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* 2002;29(3):561-8.
5. Hong IW, Ow R. Hope Among Terminally Ill Patients in Singapore. An Exploratory Study. *Soc Work Health Care* 2007;45(3):85-106.
6. Felder BE. Hope and Coping in Patients with Cancer Diagnoses. *Cancer Nurs* 2004;27(4):320-4.
7. Duggleby WD, Degner L, Williams A, Wright K, Cooper D, Popkin D, et al. Living with Hope: Initial Evaluation of a Psychosocial Hope Intervention for Older Palliative Home Care Patients: *J Pain Symptom Manage* 2007;33(3):247-57.
8. Alfred A. Personality and Psychotherapy. Firoozbakht M, Sazmand AH, Translator. 2nd ed. Tehran: Danje Publication; 2003. p. 45-51. [Text in Persian]

9. Chuengsatiansup K. Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 2003;23:3-15.
10. Taleghani F. Experiences of Patients with Breast Cancer, How They Cope: A Grounded Theory. [PhD Thesis] Tehran. Medical Science University; 2005. [Text in Persian]
11. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. p. 1383-92.
12. Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T. Is Perceived Family Support a Relevant Variable in Psychological Distress? A Sample of Prostate and Breast Cancer Couples. *J Psychosom Res* 2003;55(5):453-60.
13. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy. *Hayat* 2006;14(3-4):33-39. [Full Text in Persian]
14. Chuengsatiansup K. Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 2003;23(1):3-15.
15. Porghaznin T, Hoshmand P, Talasaz A, Esmaeli H. A Comparative Study of the Hopefulness in Cancer Patients Under Treatment and Those Having Completed the Treatment. *J Sabzevar Univer Med Sci* 2003;8(4):82-88. [Full Text in Persian]
16. Koenig HG. Depression in Hospitalized Cancer Patients with Congestive Heart Failure. *General Hospital Psychiatry* 1998;20(1):29-43.
17. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics* 2002;43(3):213-20.
18. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. The Influence of Spiritual Well-being on End-of-Life Despair in a Group of Terminally Ill Cancer Patients. *Lancet* 2003;361(9369):1603-1607.
19. Omidvari S. Spiritual Health; Concepts and Challenges. *J Interdisciplin Quranic Res* 2008;1(1):5-17. [Full Text in Persian]
20. Peterson C. *Optimistic Explanatory Style and Health*. In J Gillham, editor. *The Science of Optimism and Hope*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press; 2000.
21. Hoseinyan E, Soudani M, Mehrbizadeh Honarmand M. Efficacy of Group Logotherapy on Cancer Patients Life Expectation. *J Behav Sci* 2009;3(4):287-292. [Full Text in Persian]
22. Bijari H, Ghanbari BA, Abadi A, Aghamohammadian Sherbaf HR, Homayi Shandiz F. Effects of Hope-based Group Therapy on the Promotion of Hope in Women with Breast Cancer. *J Res Clin Psychol Counsel* 2008;10(1):172-184. [Full Text in Persian]
23. Livneh H, Lott Sh, Antonak R. Patterns of Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Cluster Analytic Approach. *Psychol Health Med* 2004;9(4):411-430.
24. Rowe MM, Allen RG. Spirituality As a Means of Coping with Chronic Illness. *Am J Health Studies* 2004;19(1):62-67.
25. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. *Am Psychol* 2000;55(1):5-14.
26. Amy AI, Park CL. Psychosocial Mediation of Religious Coping Styles. *Pers Soc Psychol Bull* 2007;33(6):867-882.