

اثر بخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان

مبتلا به سرطان

فرح لطفی کاشانی

شهram وزیر

شروین قیصر^۱

سیدمهدی موسوی

مترگان هاشمیه

چکیده

این پژوهش به بررسی اثر بخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداخته است. جامعه آماری شامل ۱۲ نفر از مادران کودکان مبتلا به سرطان است که بین ۱۹ تا ۵۰ سال سن داشته، تحصیلات آنان سیکل به بالا بوده و فرزند آنها در بیمارستان امام حسین شهر تهران بستری است. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بوده و جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه) WHOQOL-BRIEF استفاده گردیده است. جهت مداخله معنوی، ۶ مؤلفه روانی- معنوی، شامل خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، طلب بخشش و شکر به صورت ۶ جلسه، هر روز به مدت ۹۰ دقیقه آموزش داده شد. آزمودنی‌ها در جلسات اول، سوم، پنجم به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند و سپس ۳ هفته بعد از آخرین جلسه، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش سری‌های زمانی استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مداخله معنوی موجب افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌گردد؛ همچنین نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر نشان داد که مداخله معنوی تأثیر معنی‌داری بر حیطه سلامت روان و روابط اجتماعی مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد ولی این معنی‌داری در حیطه

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روانشناسی

Email: shervingheissar@yahoo.com

(نویسنده مسؤل)

سلامت جسمانی و سلامت محیط مشاهده نگردید. به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مداخله معنوی در ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است.

واژگان کلیدی

مداخله معنوی، کیفیت زندگی، سرطان، مادران کودکان مبتلا به سرطان.

مقدمه

سرطان به عنوان یک بیماری ناتوان کننده و شایع، یکی از علل اصلی مرگ در کودکان، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در حال توسعه می‌باشد. این بیماری حدود ۴ درصد از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال و ۱۳ درصد از کودکان ۵ تا ۱۵ ساله را در جمعیت ایرانی تشکیل می‌دهد (مهران فر، یونسی و بنی هاشم، ۲۰۱۲م). با پیشرفت‌های اخیر در درمان سرطان‌های کودکان، تعداد بیشتری از این بیماران، از مرگ‌رهایی می‌یابند (بک ویت و جاکوبسن^۱، ۲۰۰۹م). ولی با این وجود، سرطان در مقایسه با سایر بیماری‌های دارای پیش‌آگهی بد، ترس و نگرانی بیشتری را برای بیمار و خانواده اش ایجاد می‌کند (فتوکیان، ۱۳۸۲ش).

تحقیقات نشان می‌دهد، تشخیص سرطان مستقیماً بر کیفیت زندگی بیماران و مراقبان خانوادگی‌شان تأثیر می‌گذارد و زندگی روزمره آنان را به شیوه‌های متفاوت تغییر می‌دهد (سائگرو^۲، ۲۰۰۵م)، به خصوص در مادرانی که کودک مبتلا به سرطان دارند، با یک تجربه به ستوه آورنده در خانواده خود روبرو می‌شوند، هنگام تشخیص دچار شوک و ناباوری می‌گردند، مجبور به زندگی کردن با یک بار مضاعف هستند، بیماری فرزند، خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در مجموع کیفیت زندگی‌شان کاهش می‌یابد (فلچر^۳، ۲۰۱۱م؛ خوری، هویجر و دومیت^۴، ۲۰۱۲م). سرطان از همان ابتدای تشخیص، بر روی ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی افراد مبتلا به سرطان و مراقبین آنها، اثرات بارزی دارد (لیون و ابرایت^۵، ۲۰۰۴م) و آنها را به چالش می‌کشد و به این ترتیب روی کیفیت زندگی آنان اثر مخرب به جای می‌گذارد (ویور و فلانلی^۶، ۲۰۰۴م؛ کیترانگروت و کوهن^۷، ۲۰۰۶م).

مذهب/معنویت، خلق، انگیزه و رفتار افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دینداری و معنویت به اعتقاد افراد به یک قدرت خارج از وجود خودشان اشاره دارد که مرتبط با ابعاد وجودی و برتر زندگی هستند. (کشمیر، اکبری، شفیع‌زاده، لطفی کاشانی، موسوی، فلاح، جهانگیری فرد، ۱۳۹۰ش).

معنویت یکی از مفاهیم بنیادی در بین مخلوقات بشری است (ریچ، ماسون و پرستون^۸، ۲۰۰۶م.) و در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (وست^۹، ۲۰۰۱م.). جعفری، دهشیری، سهرابی و نجفی، (۱۳۸۸ش.) معنویت را دو بعد می‌دانند: بعد اول؛ معنویت مذهبی^{۱۰} است که در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی، به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم؛ معنویت وجودی^{۱۱} است که در آن تجربیات روانشناختی خاص که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا غایی ندارند، مدنظر می‌باشد.

شالوده این پژوهش بر این اساس است که مذهب و معنویت به طور معنی داری در سازگاری روانشناختی با سرطان و درمان آن نقش دارد (ویور و فلانلی، ۲۰۰۴م؛ اکبری، مطلق، شیبانی و اکبری، ۲۰۰۹م.). مداخلات معنوی می‌تواند با کاهش اثر سرطان، کیفیت زندگی را در بیماران و مراقبان آنان افزایش دهند (کولگراو، کیم و تامپسون^{۱۲}، ۲۰۰۷م؛ کیم، ویش و اسپیلرز^{۱۳}، ۲۰۰۷م؛ یسیل باکان، اوزکوتوک و اردهان^{۱۴}، ۲۰۱۰م.). از آنجایی که مراقبان افراد مبتلا به سرطان نقش اصلی و اساسی در مراقبت، نظارت و مدیریت نشانه‌های تجربه شده در بیماران مبتلا به سرطان، حمایت و پیگیری درمان این بیماران ایفا می‌کنند (گل‌بایازکان، آکین، آیدینیر، اوزدلیل، اوسکای و دورنا^{۱۵}، ۲۰۱۱م.)، تأمین سلامت روانی آنان برای تداوم این مراقبت ضروری است، همچنین با وجود حضور پررنگ باورهای معنوی در کشور ما و

نبود شواهد پژوهشی داخلی در مورد تأثیر مداخله معنوی بر کیفیت زندگی خانواده های افراد مبتلا به سرطان، مطالعه اخیر برای اثبات این فرضیه اجرا گردید.

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر بود. جامعه مورد پژوهش مادران کودکان مبتلا به سرطان بودند که کودک آنها در بخش اطفال بیمارستان امام حسین شهر تهران بستری بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۱۲ نفر از مادران انتخاب و تحت روان‌درمانی مبتنی بر مداخله معنوی قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت از: سن بین ۱۹ تا ۵۰ سال، تحصیلات سیکل به بالا، داشتن اعتقادات مذهبی و عدم سابقه شرکت در کلاس‌های مداخله معنوی بود. ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول یک در پیوست آمده است.

شیوه اجرا

مادران شرکت‌کننده در این پژوهش، تحت ۶ جلسه روان‌درمانی مبتنی بر مداخلات معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین^۶ (۲۰۰۵م) ولی با رویکردی اسلامی که شامل ۶ مؤلفه روانی-معنوی خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش بود، به فاصله هر روز، و به مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند. مادران در جلسات اول، سوم و پنجم به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند و سپس سه هفته بعد از آخرین جلسه مداخله، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. روش اجرایی تفکیک جلسات در جدول شماره دو، در پیوست آمده است.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^{۱۷}: این پرسشنامه فرم کوتاه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که مقیاسی ۱۰۰ سؤالی است می‌باشد (WHOQOL-100) و در سال ۱۳۸۹ توسط یوسفی، قاسمی، صراف زادگان، مالک، ربیعی و بقایی در مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، استاندارد و به صورت فرم کوتاه ۲۶ سؤالی درآمده است (WHOQOL-BREF) و این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی الف) حیطه سلامت جسمانی، ب) حیطه سلامت روانی، ج) حیطه روابط اجتماعی، د) حیطه محیط زندگی، مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دوم، وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده می‌پردازد. ضریب پایایی این آزمون در حیطه سلامت جسمانی (در گروه بیمار و غیر بیمار) برابر با ۰/۸۰، در حیطه روانشناختی ۰/۷۶، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۶۱ و در حیطه محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ می‌باشد (یوسفی، قاسمی، صراف زادگان، مالک، بقایی و ربیعی، ۲۰۰۹).

یافته‌ها

نتایج به دست آمده (مطابق با جدول شماره ۳ در پیوست) در تحقیق حاضر نشان داد که مداخله معنوی موجب افزایش کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌گردد ($P < 0/001$). در زمینه تأثیر مداخله معنوی بر ابعاد کیفیت زندگی، نتیجه تحقیقات نشان داد که مداخله معنوی تأثیر معنی داری بر حیطه سلامت روان ($P < 0/001$)؛ مطابق با جدول شماره ۴ در

پیوست) و روابط اجتماعی ($P < 0/001$ ؛ مطابق با جدول شماره ۵ در پیوست) مادران کودکان مبتلا به سرطان دارد ولی این معنی داری در حیطه سلامت جسمانی ($P > 0/05$ ؛ مطابق با جدول شماره ۶ در پیوست) و سلامت محیط ($P > 0/05$ ، مطابق با جدول شماره ۷ در پیوست) مشاهده نگردید.

نتیجه

پرداختن به جنبه‌های روانشناختی و معنوی سرطان در چند دهه اخیر اهمیت بسیار زیادی پیدا کرده است. برخی مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که باورها و آیین‌های مذهبی، نگرش روانشناختی مثبتی را در بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند که موجب احساس بهتری در بیمار و خانواده او می‌شود (بیرقی، حسینی، صادقی، عطاری مقدم، قنبری، نجاتی صفا و نصر اصفهانی، ۱۳۸۹ش). مطابق با فرضیه اول این پژوهش، آزمون فرضیه، اثربخشی مداخله معنوی را بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان نشان داد ($P < 0/001$).

تحلیل یافته‌های این پژوهش همسو با سایر تحقیقات نشان می‌دهد که معنویت به مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، امید و ارزش زندگی را اعطا می‌کند (پیرس، استاینر، هاوینز و تورمولن^{۱۸}، ۲۰۰۸م؛ وودگیت^{۱۹}، ۲۰۰۳م). به آنان احساس تعادل در زندگی‌شان را می‌دهد (پیرس، ۲۰۰۱م)، همچنین به آنان کمک می‌کند که چگونه با بیماری فرد مبتلا کنار آیند (پوچالسکی^{۲۰}، ۲۰۰۴م) و از این طریق بر روی کیفیت زندگی این مراقبان اثر می‌گذارد (کیم، کارور و اسپیلرز^{۲۱}، ۲۰۱۰م).

یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله معنوی می‌تواند کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی افراد مبتلا به سرطان را افزایش دهد (کیم، ولیش و اسپیلرز، ۲۰۰۷م؛ باجر، سگرین، فیگوئردو، هارینگتون، شپارد، پاسالا کوئا، پاسوگل و بی‌شاپ^{۲۲}، ۲۰۱۰م؛ یسیل باکان و همکاران، ۲۰۱۰م؛ تانگ^{۲۳}، ۲۰۰۹م؛ کرمی، روغن چی، عطاری، شکری و بشلیده، ۱۳۸۵ش).

همچنین مداخله معنوی با رضایت از زندگی، احساس شادمانی و روحیه بالاتر ارتباط مثبت و با افکار خودکشی و اقدام به خودکشی رابطه‌ای منفی را نشان می‌دهد (موریرا آلمدیا، نتو و کوئینگ^{۲۴}، ۲۰۰۶م).

این یافته‌ها بدین معنی است که معنویت/مذهب به افراد مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنان، یک مکانیسم دفاعی مؤثر را به عنوان یک سپر ضربه‌گیر عرضه می‌کند و به این ترتیب کیفیت زندگی آنان را ارتقاء می‌بخشد (ویور، فلانلی، ۲۰۰۴م).

حیطه سلامت جسمانی از ابعاد کیفیت زندگی، به دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، خواب و استراحت می‌پردازد (یوسفی، ۲۰۰۹م).

نتیجه تحقیقات نشان می‌دهد که مراقبان خانوادگی به دلیل مراقبت از فرد مبتلا به سرطان، دچار وخامت در سلامت جسمانی می‌گردند (ماری، کندال، بوید، گرانت، هایگت و شیخ^{۲۵}، ۲۰۱۰م). در حالی که مطابق با فرضیه دوم این پژوهش، نتایج بدست آمده نشان داد که مداخله معنوی تأثیر معنی‌داری بر سلامت جسمانی مادران نداشته است ($P > 0.05$)؛ این یافته‌ها با پژوهش‌های کولگراوو همکاران (۲۰۰۷م) و کیم و گیون (۲۰۰۸م) مطابقت داشت که معتقد بودند معنویت تأثیری بر عملکرد جسمانی ندارد، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حتی کشمکش‌های معنوی مانند خشم نسبت به خداوند (مانند آیا خداوند مرا ترک کرده است یا زیر سؤال بردن عشق خدا نسبت به من) و تنبیه‌گر دانستن او، با سلامت جسمانی کمتر و کیفیت زندگی بدتر همراه است. (پارگامنت، کوئینگ، تاراکشوار وهان^{۲۶}، ۲۰۰۱م؛ کوئینگ، پارگامنت و نیلسن^{۲۷}، ۱۹۹۸م؛ تروینو، پارگامنت، کاتن، لئونارد، هان، کاپرینی فایگین، و سوات^{۲۸}، ۲۰۱۰م). ولی پژوهش‌های بسیاری نیز در این زمینه وجود دارند که برخلاف یافته‌های پژوهشی حاضر، نشان می‌دهند، مداخلات معنوی به مراقبینی که دچار

عملکرد روانی و جسمانی ضعیفی می‌گردند، کمک به کاهش بار (مسئولیت) جسمانی مراقبت می‌کند (کیم و اسپیلرز، ۲۰۱۰م.؛ پیرس و همکاران، ۲۰۰۸م.)؛ یافته‌های ریچاردز و برگین (۲۰۰۵م.) نیز نشان می‌دهد که مداخلات معنوی می‌توانند در پیشگیری و بهبود طیفی از بیماری‌های جسمانی و کنار آمدن با درد مزمن و مرگ کمک کننده باشند. این امر در بیماری‌های مزمن مانند HIV/AIDS، سرطان، دیابت، MS و نیز در مشکلات روانی غیر روان پریش برجسته تر شده است (مک کورمیک، هولدر، وتسل و کاوتون^{۲۶}، ۲۰۰۱م.؛ نارایاناسامی^{۳۰}، ۲۰۰۲م.؛ لاندیس^{۳۱}، ۱۹۹۶م.؛ مرا ویگیلیا^{۳۲}، ۲۰۰۴م.؛ کرن^{۳۳}، ۲۰۰۹م.؛ الله بخشیان، جعفرپور علوی، پرویزی و حقانی، ۱۳۸۹ش.؛ کولمن^{۳۴}، ۲۰۰۳م.؛ فیلیپس، ماک، پاب، دوجیون و هند^{۳۵}، ۲۰۰۶م.). پژوهش‌هایی نیز ارتباط معنادار بین معنویت و عملکرد جنسی ضعیف در مردان (کراپسکی، کوان، فینک، سان، مالیسکی، و لیتوین^{۳۶}، ۲۰۰۶م.) کیفیت خواب (فیلیپس، ماک و همکاران، ۲۰۰۶م.) کاهش درد (تقی زاده کراتی، تدریسی، اسدزندی و عبادی، ۱۳۹۰ش.) سوء مصرف الکل و مواد، مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر جنسی (موریرا آلمدیا، فتو و کوئیگ، ۲۰۰۶م.؛ نون ماکر، مک نیلی و بلوم^{۳۷}، ۲۰۰۳م.؛ بوراس، مور، برندت، جیلیرون، ایتان و هوگوئلت^{۳۸}، ۲۰۰۸م.) را نشان می‌دهد. این یافته‌ها نشان دهنده درهم تنیدگی معنویت با جنبه‌های بیولوژیکی، روانشناختی و بین فردی زندگی است (کراپسکی، کوان و همکاران، ۲۰۰۶م.). همسو نبودن یافته‌های این پژوهش با اکثریت یافته‌های مذکور، احتمالاً می‌تواند به این دلیل باشد که امکانات مناسب رفاهی جهت اقامت این گروه از مادران، که ناچارند مدت‌ها در بیمارستان، در کنار فرزند خود اقامت داشته باشند، وجود ندارد.

حیطه سلامت روان از ابعاد کیفیت زندگی، به احساسات مثبت، باورهای شخصی، تمرکز، تصویر بدنی، عزت نفس و احساسات منفی می‌پردازد (یوسفی، ۲۰۰۹م.)، ناراحتی‌های روانی می‌تواند در سراسر عمر اتفاق بیفتد، پس با ایجاد و حفظ حسی

از بهزیستی معنوی می‌توان اختلالات روانی را کاهش و سلامت روانی را ارتقا داد (جعفری، دهشیری و همکاران، ۱۳۸۸ش.). مطابق با فرضیه سوم این پژوهش، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که مداخله معنوی موجب افزایش سلامت روانی، به طور معنی داری شده است ($P < 0/001$). تحلیل یافته‌های این پژوهش همسو با سایر تحقیقات نشان می‌دهد که معنویت از جنبه جسمی و روانی افراد جدا نیست و یک نیروی یکپارچه کننده فراهم می‌کند. اگر انسان‌ها از نظر معنوی سالم باشند، در محدوده سلامتی روانی‌شان احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت خاطر خواهند کرد (حسینی و اجاری، ۱۳۸۲ش.). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ایمان و معنویت همچون یک ضربه گیر در برابر استرس، روی عملکرد روانی مراقبان تأثیر می‌گذارد (کولگراو و همکاران، ۲۰۰۷م؛ کیم، کارور و اسپیلر، ۲۰۱۰م؛ کیم و گیون، ۲۰۰۸م؛ کاتن، زبراک، روزنتال، سیوات و دراتور^{۳۹}، ۲۰۰۶م؛ کرن، ۲۰۰۹م؛ مرعشی، ۱۳۸۷ش.). همچنین معنویت در افراد مبتلا به سرطان و بیماری‌های مزمن در حکم یک پیامد مثبت در جهت سازگاری با نقص‌شان و دادن معنای جدید به زندگی و کاهش پریشانی، به ارتقای سلامت روان کمک می‌کند (جان استون، گلاس والیور^{۴۰}، ۲۰۰۷م؛ رپین تروپ، آلتمایر، چن، فاوند و کفال^{۴۱}، ۲۰۰۵م.) و می‌تواند نقش حمایتی خاصی در تصمیم‌بیماران در مورد اقدام به خودکشی، هم در بیماران سایکوتیک و هم غیر سایکوتیک را بازی کند (هوگوئل، مور، یونگ، جیلیرون، برنند و بوراس^{۴۲}، ۲۰۰۷م). این یافته‌ها نشان می‌دهند که معنویت و اعمال مذهبی در ارتقای سلامت روان مؤثرند، در واقع نیایش، بخشش، مقابله مذهبی منفی، تجربیات معنوی روزانه می‌تواند پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت روان باشند و به این ترتیب باعث ارتقای کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان گردند (رپین تروپ، آلتمایر و همکاران، ۲۰۰۵م؛ والروپالی، لادردیل، بالبونی، فلپس، بلاک، ان جی، کاجنیک، واندرویل و بالبونی^{۴۳}، ۲۰۱۱م).

تحقیقات نشان داده که نیایش، اجازه ابراز خشم، ناامیدی و ترس را که اغلب به دنبال تجربه بیماری به وجود می‌آیند به ما می‌دهد و همچنین به ترمیم آسیب‌های ایجاد شده در روابط کمک می‌کند (سیمونی، مارتن و کروین ۴۴، ۲۰۰۲). و باعث ارتقای نگرش‌ها در رفتارهای اجتماعی می‌گردد (فلاح، ۱۳۸۹ش). حیطه روابط اجتماعی از ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را ارزیابی می‌نماید (یوسفی، ۲۰۰۹م). مطابق با فرضیه چهارم این پژوهش، آزمون فرضیه نشان داد که مداخله معنوی به طور معنی داری موجب افزایش روابط اجتماعی می‌گردد ($P < 0/001$). تحلیل یافته‌های این پژوهش همسو با سایر تحقیقات نشان می‌دهد که مذهب و معنویت باعث تغییر در سبک زندگی و دریافت حمایت‌های اجتماعی بیشتر می‌گردد و این خود باعث افزایش کیفیت زندگی است (کوئینگ، جورج و تیتوس^{۴۵}، ۲۰۰۴م؛ کولمن، ۲۰۰۳م؛ ویور و فلانلی، ۲۰۰۴م؛ کشمیر، اکبری، لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۰ش؛ تاک، مک کین و السویک^{۴۶}، ۲۰۰۱م). این یافته بدین معنی است که عمل به معنویت می‌تواند یک شبکه اجتماعی و یاری رسانی را برای بیماران (هوسپین و مرلوزی^{۴۷}، ۲۰۰۹م) و مراقبین افراد مبتلا به سرطان، فراهم کند؛ مثل استفاده از حمایت بزرگان مذهبی در زمانی که فرد در حال تجربه یک پریشانی حاد است یا مواجه با یک بیماری تهدید کننده زندگی شده است (ویور و فلانلی، ۲۰۰۴م؛ کوئینگ، جورج و تیتوس، ۲۰۰۴م).

حیطه سلامت محیط از ابعاد کیفیت زندگی با موضوعاتی نظیر امنیت، محیط فیزیکی، پشتیبانی بیمه، دسترسی به اطلاعات، فعالیت‌های تفریحی، محیط خانه، سلامتی و حمل و نقل مرتبط است (یوسفی، ۲۰۰۹م). مطابق با فرضیه پنجم این پژوهش، نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که مداخله معنوی تأثیر معنی داری بر سلامت محیط مادران کودکان مبتلا به سرطان نداشته ($P > 0/05$)؛ در حالی که سایر

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت معنوی با کاهش اثر سرطان بر فرد و مراقبان خانوادگی‌اش به آنها کمک می‌کند تا مهارت‌های ارتباطی، برنامه ریزی مالی و مهارت مدیریت پریشانی داشته باشند (سیل باکان، و همکاران، ۲۰۱۰م). به دنبال یافتن حمایت اجتماعی از اجتماعات مذهبی و فعالیت‌های مذهبی سازمانی باشند که این خود، کمک به احساس امنیت در این افراد می‌کند (چومانوا، وانات، بارت و کوپمن^{۴۸}، ۲۰۰۶م)، کوئینگ، جورج و تیتوس، ۲۰۰۴م). همچنین پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که اجتماعات مذهبی باعث ایجاد حمایت هیجانی و عملی در بیمار می‌شوند (کرلین، سلرگرن، لانتوس و چین^{۴۹}، ۲۰۰۷م) و حتی می‌توانند با پایین آوردن احتمال خشونت، نقش حفاظتی برای نوجوانان داشته باشند (نون ماکر، مک نیلی و بلوم، ۲۰۰۳م). همسو نبودن یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مذکور، احتمالاً می‌تواند به دلیل عدم دریافت حمایت‌های بیمه‌ای لازم، برای مراقبان کودکان مبتلا به سرطان باشد.

به طور کلی نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر مبین آن است که عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند (حسینی و اجاری، ۱۳۸۲ش). به خصوص زمانی که افراد مواجه با یک بیماری مزمن یا مسئول مراقبت از یک بیمار مزمن می‌گردند، معنویت می‌تواند با فراهم کردن مکانیزم‌های مقابله‌ای مؤثر همچون یک سپر دفاعی، به بیماران و مراقبان آنها کمک کند تا به یک شیوه مثبت، مؤثر و هدفمند با بیماری برخورد کنند که این خود تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی آنان دارد (ویور و فلانلی، ۲۰۰۴م). در واقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس

قوی تری از کنترل ایجاد نماید و باعث رضایت از زندگی گردد (فلاح، گلزاری، داستانی، ظهیرالدین، موسوی و اکبری، ۱۳۹۰ش؛ سیمونی و همکاران، ۲۰۰۲م).
 با توجه به این نتایج پیشنهاد می‌گردد که به دلیل حضور پررنگ فرهنگ معنوی/مذهبی در جامعه ایرانی، مقوله معنویت به عنوان یک مقوله مهم، بیشتر مورد توجه متخصصان، مسؤولین ذی‌ربط و واحدهای روانشناسی مراکز درمانی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بیمارستان امام حسین(ع) و کارکنان محترم بخش اطفال، سرکار خانم دکتر هاشمیه و خانم شفیعی و تمامی مادران عزیزی که در این پژوهش شرکت کردند.

پیوست

جدول شماره ۱: ویژگی‌های سن و تحصیلات آزمودنی‌ها

درصد	تعداد		
۲۵	۳	کمتر دیپلم	تحصیلات
۴۲	۵	دیپلم	
۳۳	۴	دانشگاهی	
	۳۶/۷۵	میانگین	سن
		انحراف استاندارد	
		۸/۲۷	

جدول شماره ۲: روش اجرایی تفکیک جلسات

جلسه	اهداف	راهبردها	تکلیف
اول	۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر ۲- آشنایی با قوانین گروه ۳- آموزش تکنیک خواب آگاهی	۱- معرفی و آشنایی با اعضای گروه ۲- بیان قواعد و اهداف گروه ۳- هر یک از مادران در مورد زمان تشخیص و پیامدهای روانی سرطان در کودکانشان توضیحاتی می‌دهند ۴- تکنیک در گروه تمرین می‌شود	اجرای جدول شماره یک (تأثیر روانی اجرای تکنیک خودآگاهی بر مادران)
دوم	۱- آشنایی با مفاهیم توکل و توسل ۲- آشنایی با نقش توکل و توسل در کنار آمدن با فشارهای روانی	۱- چگونه می‌توان از توکل و توسل به عنوان راهبرد مقابله جهت تبدیل هیجانات نامناسب منفی به هیجانات منفی استفاده کرد	اجرای مجدد جدول شماره یک (تأثیر روانی توکل و توسل بر مادران)
سوم	۱- آشنایی با مفهوم نیایش و دعا ۲- ثمرات نیایش ۳- تأثیر نیایش در کنار آمدن با رویدادهای زندگی	۱- آموزش باورهای مؤثر در مورد نیایش ۲- بحث و گفتگو در مورد تأثیر نیایش بر هیجانات، افکار و به طور کلی فرایند حل مشکل	اجرای جدول شماره دو
چهارم	۱- آشنایی با مفهوم شکر ۲- تأثیر شکرگذاری در تغییر هیجانات و افکار ۳- توضیح و بیین تکنیک مقایسه	۱- آموزش باورهای موثر در تأثیر شکرگذاری بر کاهش هیجانات منفی مادران ۲- آموزش تکنیک مقایسه و تأثیر آن بر شکرگذاری	اجرای جدول شماره ۳ و ۴

اجرای جدول شماره ۵	۱- آموزش استفاده از صبر به عنوان راهبرد مقابله‌ای موثر در رویارویی با عوامل فشارزای زندگی روزمره ۲- آموزش و تمرین مراحل تاب‌آوری (صبور بودن) به مادران (پذیرش موقعیت، اسناد امور به خدا، تفسیر موقعیت، انتظار گشایش، یادآوری سختی‌های بزرگتر، پرهیز از فاجعه انگاری در امور)	۱- آشنایی با مفهوم صبر ۲- آموزش مراحل و مراتب صبر جهت تاب‌آوری (صبر)	پنجم
اجرای جدول شماره ۶	۱- آشنایی با چگونگی طلب بخشش از خود و دیگران ۲- آشنایی و تمرین ثمرات بخشش ۳- آشنایی با نقش بخشش در بهبود حالات هیجانی	۱- آشنایی با مفهوم بخشش ۲- پیامد بخشش و اثرات آن بر هیجان	ششم

جدول شماره ۳- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس برای آزمون معنی‌داری تأثیر مداخله معنوی

بر کیفیت زندگی

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر
۰/۰۰۱	۸/۰۶	۶۸/۴۶	۳	۲۰۵/۴۰	زمان
		۸/۵۰	۳۳	۲۸۰/۳۵	خطا

جدول شماره ۴- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس برای آزمون معنی داری حیطه سلامت روان

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زمان	۵۹/۴۲	۳	۱۹/۸۱	۱۲/۰۸	۰/۰۰۱
خطا	۵۴/۰۸	۳۳	۱/۶۴		

جدول شماره ۵- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس برای آزمون معنی داری

حیطه روابط اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زمان	۴۲/۱۷	۳	۱۴/۰۶	۱۰/۹۶	۰/۰۰۱
خطا	۴۲/۳۳	۳۳	۱/۲۸		

جدول شماره ۶- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس برای آزمون معنی داری حیطه سلامت روانی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زمان	۱/۴۲	۳	۰/۴۷	۰/۲۷	۰/۸۵
خطا	۵۸/۰۸	۳۳	۱/۷۶		

جدول شماره ۷- نتایج تجزیه و تحلیل واریانس برای آزمون معنی داری حیطه سلامت محیط

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زمان	۱/۱۷	۳	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۹۳
خطا	۸۴/۳۳	۳۳	۲/۵۵		

پی نوشت‌ها

- 1 Beckwitt& Jacobson
- 2 Saegrove
- 3 Fletcher
- 4 Khoury, Huijjer& Dumit
- 5 Lyon & Ebright
- 6 Weaver & Flannely
- 7 Kitrangroter& Cohen
- 8 Rieg , Mason & Preston
- 9 West
- 10 Religious spirituality
- 11 Existential spirituality
- 12 Colgrove, Kim& Thompson
- 13 Kim, Wellisch& Spillers
- 14 Yesilbakan , Ozkutuk& Ardahan
- 15 Gulbeyaz Can, Akin, Aydiner, ozdilli, Oskay& Durna
- 16 Richards & Bergin
- 17 The world health organization Quality of life inventory
- 18 Pierce, steiner, Havens & Tormohlen
- 19 Woodgate
- 20 Puchaski
- 21 Kim, carver & Spillers
- 22 Badger , Segrin, Figueredo, Harrington, Sheppard, Passalacqua, Pasvogel& Bishop
- 23 Tang
- 24 Moreira – Almedia , Neto& Koenig
- 25 Marry, Kandall, Boyd, Grant, Highet& Sheikh
- 26 Pargamentt, Koenig, Tarakeshwar& Hahn
- 27 Nielsen
- 28 Trevino, pargament, Cotton, Leonard, Hahn, Caprini-Faigin& Tsevat
- 29 MC Cormick , Holder, Wetsal& Kawthon
- 30 Narayanasamy
- 31 Landis
- 32 Meravigilia
- 33 Crane
- 34 Coleman
- 35 Phillips, Mock, Bopp, Dudgeon & Hand
- 19 Krupski , Kwan , Fink , Sonn, Maliski& Litwin
- 37 Nonne Maker, Mc Neely & Blum
- 38 Borrás , Mohr, Brandt, Gillieron, Eytan& Huguelet

- 39Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat&Drator
 40John stone , Glass& Oliver
 41Rippentrop , Altmaier, Chen, Found &Keffala
 42Huguelet, Mohr, Jung, Gillieron, Brandt &Borras
 43Vallurupaly , Lauderdale, Balboni, Phelps, Block, Ng, Kachnic,
 Vanderweek, Balboni
 44Simoni , Marton&Kerwin
 45 Koenig , George &Titues
 46Tuck , Mccain&Elswick
 47Howsepian&Merluzzi
 48Choumanova , Wanat, Barret&Koopman
 49Curlin, Selligren, Lantos & Chin

فهرست منابع

- الله بخشیان، مریم. جعفرپور علوی، مهشید. پرویزی، سرور. حقانی، حمید. (۱۳۸۹ش.). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. مرکز تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، طبیعت شرق؛ ۱۲ (۳): ۲۹-۳۳.
- بیرقی، نرگس. حسینی، حمزه. صادقی، مجید، عطاری مقدم، جعفر. قنبری، عاطفه. نجاتی صفا، علی اکبر و نصر اصفهانی، مهدی. (۱۳۸۹ش.). سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی و معنوی سرطان. سومین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران.
- تقی زاده کراتی، کیوان. اسد زندی، مینو. تدریسی، سید داوود. عبادی، عباس. (۱۳۹۰ش.). تأثیر دعا بر شدت وخامت حال بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه. مجله پرستاری مراقبت ویژه. بهار ۹۰، دوره ۴، شماره یک.
- جعفری، عیسی. دهشیری، غلامرضا. سهرابی، فرامرز. نجفی، محمود. (۱۳۸۸ش.). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان دانشجویان. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره (فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن مشاوره ایران)، جلد ۸ شماره ۳۱.
- حسینی واجاری، ک. (۱۳۸۲ش.). بررسی رابطه بین مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی با سلامت روانی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- فتوکیان، زهرا. (۱۳۸۲ش.). بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان در مرکز ساتتوال بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، پایانامه نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی.

فلاح، راحله. گلزاری، محمود. داستانی، محبوبه. ظهیرالدین، علیرضا. موسوی، سیدمهدی و اکبری، محمداسماعیل. (۱۳۹۰ش.). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان

پستان، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره پنجم، شماره ۱۹، ۶۹-۸۰.

فلاح، راحله. (۱۳۸۹ش.). بررسی اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی، بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

کشمیر، فاطمه. اکبری، محمداسماعیل. شفیع زاده، حمید. لطفی کاشانی، فرح. موسوی، سیدمهدی، فلاح، راحله و جهانگیری فرد، سهراب. (۱۳۹۰ش.). تأثیر برنامه آموزشی مهارت‌های روانی-معنوی در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان. هفتمین کنگره بین المللی سرطان پستان، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی. کرمی، جهانگیر. روغن چی، محمود. عطاری، یوسف علی، شکری، مهتاب و بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵ش.). بررسی روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی. سال سوم، شماره ۱۳، ص ۵۲-۳۱.

مرعشی، سیدعلی. (۱۳۸۷ش.). بهداشت روان و نقش دین. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.

Akbarri, M.E., Motlagh, A.G., Sheibani, Kh. M & Akabri, A. (2009). *The role of spiritual care and measurement of spirituality in comprehensive cancer care in Iran*. 2nd congress on supportive and palliative care in cancer 22-24 April. Iran. ShahidBeheshty University.

Borras, L., Mohr, S., Brandt. P.y., Gillieron, C., Eytan, A. & Huguélet, P. (2008). *Influence of spirituality and religiosity on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorders in switzerland*. Int J soc Psychiatry, 2008 Nov, 54(6): 539-49.

Beckwitt, S & Jacobson, J. (2009). *Children's Reaction to Illness and Hospitalization*. In: Sadock VA, Ruiz PK. Kaplan & Sadock's comprehensive Text book of psychiatry, 9th Edition, 2009: 381.

Badger, TA., Segrin, C., Figueredo, A.J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogel, A.S., & Bishop, M. (2010). psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate of family partners. *Qual Life Res* 19:237-45.

Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S.L., Tsevat, J., & Drotar, D. (2006). Religion/ spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolec Health*, Apr; 38 (4): 472- 80

- Choumanova, I., Wanat, S., Barret, R., & Koopman, C. (2006). *Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women*. *Breast J.* Jul- Aug; 12 (4): 349- 52.
- Colgrove, L.A., Kim, Y., & Thompson, N. (2007). The effect of Spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. *Ann Behav Med* 33(1):90-8.
- Crane, J.N. (2009). Religious and Cancer: examining the possible connection. *J psychosocOncol*, 2009; 27 (4): 469- 86
- Coleman, C.I. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. *J Ad V Nurs.* 43 (5): 457- 64
- Curlin, F.A., sellergren, S.A., Lantos, J.D & Chin, M.H. (2007). Physicians observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med.* 167(7): 649-54.
- Fletcher, P.C. (2011) My child has cancer: finding the silverlining in every mother's nightmare. *PediatrNurs*; 33 (3): 164- 84.
- Fallah, R. (2010). Examine the Effectiveness of teaching spirituality group, increasing hope, life satisfaction and happiness in women with breast cancer. (master's thesis. Faculty of psychology and educational science, Allamehtabatabayi university (Persian).
- Gulbeyaz, Can., Akin, S., Aydiner.A., Ozdilli, K., Oskay, U & Durna, Z. (2011). A psychometric validation study of the quality of life and Famcare scales in Turkish cancer family caregivers. *Qual life Res* 10: 512-520 [20(8): 1319-29]
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health; A meta- analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Howsepian, B.A., Merluzzi, T.V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psychooncology.* Oct; 18(10): 1069-779.
- Johnstone, B., Glass, B.A., & Oliver, R.E. (2007). Religion and disability: Clinical, research and training consideration for rehabilitation professionals. *DisabilRehabil*, 2007 Aug 15; 29 (15): 1153- 63
- Khoury, M.n., Huij'er, H.A., & Doumit, M.A. (2012). Lebanese parent's experience with a child with cancer: *Eur J OncolNurs.* Mar 26. [pub Med: 22 456 333].
- Kitringtoner, L., & Cohen, M.Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *OncolNurs forum* 33(3): 625-32.

- Kim ,Y., Wellisch, D.K., Spillers, R.L. &Crammer, C. (2007). Psychological distress of female cancer caregivers: effects of type of cancer and caregivers' Spirituality. *Support care cancer* 15(12): 1367- 74
- Kim, Y., Carver, C.S., Spillers, R.L., Crammer, C.,& Zhou, ES. (2010) Individualand dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psycho oncology* 25:101-110.
- Kim,y. & Given, B. (2008) Quality of life of family Caregivers of Cancer Survivors. *American Cancer Society*; 112 (11 suppl): 2556-68.
- Kim ,Y., Spillers, R.L, Hall, D.L. (2010) Quality of life of family caregivers 5 years after a relative's cancer diagnosis: follow- up of the national quality of life survey for caregivers. *Psycho oncology* 20, 345-53
- Krupski, T.L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G.A., Maliski, S. &Litwin, M.S.. (2006). Spirituality influence health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology*, Feb; 15 (2): 121- 31.
- Koenig ,H.G., Pargament, K.L & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J NervMent Dis*, 186(9): 513-21.
- Koenig, H. G., Gorge, L. K., & Peterson, B. L. (2001).Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 434-542.
- Koenig, H.G., Gorge, L.K,& Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatricsoc*, 52(4): 554-62.
- Lyon, B &Ebright, P.R. (2004).The role of religious/ spirituality in cancer patients and their caregivers.www.the free library.com
- Landis, B.J. (1996). Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues Ment Health Nurs*, 1996 May-Jun; 17 (3): 217-31.
- Mehranfar,M., Younesi,J.,&Banihashem,A. (2012). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms in Mothers of Children with Cancer. *Iran J cancer prev.,vol5,No1,p-1-90.*
- Moreira-Almedia, A., Neto, F.L,&Koeing ,H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr. Sep*; 28 (3): 242-50.
- Marry, S.A., Kandall, M.,Boyd, K.,Grant,L., Hight, G. &sheikh ,A. (2010). Archetypal Trajectories' of social, psychological,and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lunge cancer: Secondary analysis of serial qualitative interviews.primary palliative care Research Group.Pub med –index for Medline.

- MC Cormick, D.P., Holder, B., Wetsel, M.A., & Cawthon, T.W. (2001). Spirituality and HIV disease: an integrated perspective. *J Assoc Nurses AIDS care*, May-June; 12 (3): 58-65.
- Meraviglia, M.G. (2004). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, Feb; 31 (1): 89-94.
- Narayanasamy, A. (2003). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *Br J nurse*. 2002, Dec, 12-2003 Jan 8; 11 (22): 1461-70
- Nonemaker, J.M., MC Neely, C.A., & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviours: evidence from the National Longitudinal study of Adolescent Health. *Soc Sci Med*, Dec; 57 (11): 2049-54
- Pierce, L., Stiener, V., Havens, H., & Tormohlen, K. (2008). Spirituality Expressed by Caregivers of Stroke Survivors. *West J Nurs Res.*; 30 (5): 606-619
- Pierce, L. (2001). Caring and expression of spirituality by urban caregivers of people with stroke in African-American families. *Qualitative Health Research*; 11(3): 339-354.
- Puchaski, C. (2004). Spirituality in health: role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin*; 20(3): 487-504.
- Phillips, K.D., Mock, K.S., Bopp, C.M., Dudgeon, W.A. & Hand, G.A. (2006). Spirituality well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues Ment Health Nurs*. 27 (2): 125-39.
- Pargament, K.L., Koenig, H.G., Trakshwar, N, & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-years longitudinal study. *Arch Intern Med*; 161(15): 1881-5.
- Rieg, L., Mason, C., & Preston, K. (2008). Spiritual Care: Practical guidelines for rehabilitation nurses. 2006, 31 (6): 249-250 [pubmed: 17133928].
- Richards, S.P. & Bergin, A.E. (2005). Aspiritual strategy for counseling and psych, therapy. American psychological Association. (2 nded.) U.S.A
- Rippentrop, E.A., Altmaier, E.M., Chen, J.J., Found, E.M., & Keffala, V.J. (2005). The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 2005 Aug; 116 (3): 311-21
- Saegrove, S. (2005). Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev*, 52(3): 533-40.
- Simoni, J., Marton, M., & Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of counseling psychology*, 49(2), 139-147.

- Tang, W.R. (2009). Hospice family caregivers' quality of life. *J clinNurs*. (2009) Sep; 18 (18): 2563-72. E pub, Jun 17.
- Trevino, K.m., Pargament, K.L., Cotton, S., Leonar, AC. Hahn, J., Caprini-Faigin, C.A &Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS Behav*; 14(2): 379-89.
- Tuck, I., Mc Cain, N.L., & Elswick, R.K. (2001). Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. *J AdvNurs*, Mar; 33 (6) 776-83.
- Usefi, A.R., Ghassemi, G.H., Sarrafzadegan, N., Malek, S., Baghaei, A & Rabiei, K. (2009). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult sample- community *Mental Health Journal*- Volume 46, number 2, 139-147, Dol: 10.1007/s 10597-009- 9282-8
- Vallurupaly, M. Lauderdal, K. Balboni, M.J., Phelps, A.C., Block, S.D., Ng, A.K., Kachnic, L.A., Vanderweele, T.J & Balboni, T.A. (2011). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patient with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J support ancol*, NOV. 15.
- West, W. (2001). Psychotherapy and spirituality: crossing the line between therapy and religion. Translated by: shahidi, sh. Q shirafkan, S. (2008). Tehran; Roshd, (Persian).
- Weaver, A.J. & Flannelly, K.J. (2004). The role of religion/ spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*, 7 (12): 1210-4.
- Woodgate, R.L. (2003). The 2002 sheringlectur. Children's cancer symptom experiences: keeping the spirit alive in children and their families. *Can oncolNurs J*; 13(3): 142-50.
- Yesilbakan, Ou., Ozkutuk, N., & Ardahan, M. (2010). comparison Quality of life of Turkish cancer patients and Their family caregivers. *Asian pacific J cancer prev*, 11.

(ترجمه انگلیسی منابع فارسی)

- Allah-bakhshian, M., Ja'farpoor, M., Parvizi, S & Haghghani, H. (2010). Spiritual and health related quality of life in patient with multiple sclerosis. *Zahedan medical Research center. Tabibe-sharh*. 12(3): 29-33. (Persian).
- Beiraghi, N., Hosseini, H., Sadeghi, M., Attari-Moghaddam, J., Ghanbari, A., Nedjati-safa, A.A., & NaserEsfahani, M. (2010). Symposium on the psychological and spiritual aspects of cancer. Third international congress on supportive care and palliative cancer, ShahidBeheshtiuniversity of medical science, Tehran. (Persian)

- Taghizadeh- Karati, K. Asad-zandi, M., Tadriss, S.D., &Ebadi, A.(2011). The effect of prayer on patients in critical condition in intensive care units. *Journal of critical care nursing*. Spring, volume 4, number 1. (Persian).
- J'afary, E., Dehshiri, GH.R., Sohrabi, F., & Najafi, M. (2009). The relationship between spiritual well-being of students with mental health. *News and research consulting*. (Quarterly scientific Journal Iran's Research consultation Board). Volume 8, Number 31. (Persian).
- Hosseini-Vajari, K. (2004). Examine the relationship between religious coping and spiritual happiness of women with mental health. MS Thesis, Tehran university. (Persian).
- Phatookian, Z (2004). Examine the Quality of life family caregivers of cancer patients in a hospital's central Imam Khomeini (Tehran). MS thesis. Iran university of medical science and health services, school of nursing and midwifery. (Persian).
- Fallah, R., Glozary, M., Dastani, M., Zahireddin, A.R., Moosavi, S.M. & Akbari, M.S. (2011). Effectiveness of spiritual interventions to promote mental health in women with breast cancer. *Andisheva Raftar Quarterly Journal*, Volume 5, No, 19. 69-80. (Persian).
- Keshmir, F., Akbari, M.S., Shafizadeh, H., Lotfi-Kashani, F., Moosavei, S.M., Fallah, R. & Jahangiry-fard, S. (2011). Impact of psychological spiritual skills training program to quality of life in women with breast cancer. *Seventh International congress of breast cancer*, Shahid Beheshti university of medical science. (Persian).
- Karami, J., Roghanchi, M., Attari, Y.A., Shokri, M. & Beshlideh, K. (2007). Evaluation of simple and multiple relationship dimension of religious orientation with mental health in students in Razi university in Kermanshah. *Journal of Educational and psychological science*. Third year, N. 13, 31-52.
- Marashi, S.A. (2009). *The role of mental health and religion*. Tehran: scientific and cultural publications. (Persian).

یادداشت شناسه مؤلف

فرح لطفی کاشانی: دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روانشناسی و عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شهرام وزیری: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران، دانشکده روانشناسی

شروین قیصر: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده روانشناسی (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: shervingheissar@yahoo.com

سیدمهدی موسوی: دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی سلامت و پژوهشگر مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مژگان هاشمیه: استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز خدمات درمانی، آموزشی امام حسین (ع)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۲۲