

اثربخشی مداخله ی معنوی به شیوه ی گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان

راحله فلاح^۱، محمود گلزاری^۲، محبوبه داستانی^۳، علیرضا ظهیرالدین^۴،
سید مهدی موسوی^۵ و محمد اسماعیل اکبری^۶

هدف پژوهش حاضر، مطالعه ی اثربخشی مداخله ی مصنوعی به شیوه ی گروهی، بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور، ۶۰ زن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش، در ۸ جلسه ی گروهی روانی-آموزشی معنویت بر اساس برخی از مداخلات روانی-معنوی شرکت کردند. نتایج، نشان داد که سطح امید و سلامت روان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به طور معناداری ارتقا یافته است.

واژه های کلیدی: معنویت، امید، سلامت روان، سرطان پستان

مقدمه

سرطان، بیماری سلول هاست که علامت مشخصه ی آن تکثیر نامحدود و غیر قابل کنترل سلولهایی است که نیوپلاسم بدخیم را تشکیل می دهد (میرزایی و همکاران، ۲۰۰۵). در بین انواع مختلف سرطان ها، سرطان پستان، شایع ترین سرطان در زنان ایران و جهان است (اکبری و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۷/۵ در هزار نفر است (موحدی و همکاران، ۲۰۱۰)؛ یعنی سالانه بیش از ۸ هزار مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می شود که حدود ۷۷۷۸ مورد آن در بین زنان است. این سرطان، همه ی سنین بین ۱۵ تا ۸۵ سال را

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی rfallahj@hotmail.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳. کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی

۴. استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی

۶. نویسنده مسوول، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رییس مرکز تحقیقات سرطان

درگیر می کند اما شایع ترین سن بروز آن ۴۵ تا ۵۵ سال است (اکبری و همکاران، ۲۰۰۸b). سرطان پستان با آمار مرگ ۴، در ۱۰۰ هزار نفر، پنجمین علت مرگ را بین سرطان ها برای زنان ایرانی به خود اختصاص می دهد و سومین مقام را از لحاظ بار بیماری های سرطانی بین زنان داراست (اکبری و همکاران، ۲۰۰۸a). میزان بقای ۵ ساله در این بیماران، در مراکز مختلف بین ۴۸٪ تا ۸۴٪ (اکبری و همکاران، ۲۰۰۸b) و میزان بقای کلی ۷۱٪ است (موحدی و همکاران، ۲۰۱۰). این مساله، گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان دیگر سرطان ها، مدت طولانی تری با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلند مدت و استرس های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می دهند که بالطبع، این امر خود می تواند سلامت روان این گروه را تحت تاثیر قرار دهد (خادمی و سجادی هزاوه، ۲۰۰۹؛ میرزایی و همکاران، ۲۰۰۵؛ فیزیفانت^۱، ۲۰۰۷).

سوکن و کارسون^۲ معتقدند با اینکه سرطان، سلامت روان را تحت تاثیر قرار می دهد اما به نظر می رسد بزرگترین مساله در این زمان برای بیمار، حس یاس و ناامیدی است (از بیجاری و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات دیگری نیز نشان داده است که سرطان پستان، از همان ابتدای تشخیص می تواند باعث ترس زیاد، ناامیدی و ترومای روانی گردیده و همه ی ابعاد زندگی فرد، شامل جسمی روانی اجتماعی و معنوی را به چالش بکشاند (خادمی و سجادی هزاوه، ۲۰۰۹؛ لیون و ابرایت^۳، ۲۰۰۴).

معنویت، مولفه ی مهمی است که در چند دهه ی گذشته به صورتی روز افزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (وست^۴، ۲۰۰۱). معنویت، بر اساس برخی تحقیقات، پیش بینی کننده ی قوی، مایه ی امید و سلامت روان به شمار می رود (ثوی^۵، ۱۹۹۸؛ دیویس^۶، ۲۰۰۵؛ موس و دابسون^۷، ۲۰۰۶).

الکینز^۸ و همکاران (۱۹۸۸) معنویت را دارای یک ساختار چند بعدی می دانند که ۹ بخش عمده ی آن تحت عنوان بعد روحانی یا فرامادی، معنا و هدف در زندگی، داشتن رسالت در زندگی، تقدس زندگی، اهمیت ندادن به ارزش های مادی، نوع دوستی ایده آلیسم، آگاهی از تراژدی و ثمرات معنویت تقسیم بندی می شود (وست، ۲۰۰۱). برخی از بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که معنویت، می تواند مقاومت در برابر بحران های جسمانی- روانی را که به دنبال تشخیص و درمان

1. Phisaiphanth
2. Soeken & Carson
3. Lyon & Ebright

4. West
5. Thouy
6. Davis

7. Moss & Dobson
8. Elkins

این بیماری به وجود می آید، افزایش دهد. همچنین، در زنان مبتلا به سرطان پستان نیز مشاهده شده است که ترغیب به جستجوی معنویت، می تواند به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ های جسمانی- روانی به سرطان عمل کند (مراویگلیا، ۲۰۰۶).

در طی دو دهه ی اخیر، مداخلات معنوی و مذهبی توسط تعداد کثیری از متخصصان برجسته ی روان شناسی بالینی در درمان بیماران مبتلا به سرطان، به کار گرفته شده است. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد مداخلات معنوی، می تواند در پیشگیری و بهبود طیفی از بیماری های جسمانی مختلف و کنار آمدن با درد مزمن، بیماری و مرگ، کمک کننده باشد. با توجه به تاثیر سرطان بر بعد معنوی بیماران مبتلا و بالعکس، عنایت به پژوهش های متعددی که گویای ارتباط مثبت و معنادار بین معنویت با امید و سلامت روان باشد ضروری به نظر می رسد. (پالوتزیان و پارک^۱، ۲۰۰۵؛ لیون و ابرایت، ۲۰۰۴؛ نئی، ۱۹۹۸؛ فینکلشتاین^۲ و همکاران، ۲۰۰۷) جایگاه، اهمیت و تاثیرگذاری معنویت در عرصه های گوناگون زندگی به خصوص در فرهنگ ایرانی، میزان بقای نسبتاً طولانی تر این بیماران نسبت به دیگر انواع سرطان ها و همچنین کمبود شواهد پژوهشی داخلی در حیطه ی مداخلات معنوی در بیماران به طور عام و در مبتلایان به سرطان به طور خاص، نباید از نظر دور بماند، بنابراین، مطالعه ی اخیر با هدف بررسی اثربخشی مداخله ی معنوی به شیوه ی گروهی بر ارتقای سطح امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان طراحی و اجرا شده است.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان بود. از این جامعه، ۶۰ نفر از زنان بین ۳۰ تا ۶۵ سال که در مراحل بالینی I، II و III بیماری قرار داشتند حداقل ۸ ماه از تشخیص بیماری شان گذشته بود، از سواد خواندن و نوشتن برخوردار بودند، قبلاً در کلاس های روانی- آموزشی معنویت شرکت نکرده بودند و سابقه ی متاستاز یا ابتلا به بیماری های مزمن به جز سرطان پستان را نیز نداشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۳۰ نفر) کاربندی شدند. لحاظ کردن مدت زمان ۸ ماه پس از

تشخیص به این دلیل بود که در این مدت، فرد بیمار از اثرات حاد ناشی از تشخیص و درمان سرطان دور شده و مراحل روانی کنار آمدن با بیماری را طی کرده باشد. همچنین، اثرات ناشی از جراحی شیمی درمانی یا پرتو درمانی تا حدودی رفع شده باشد، رشد موهایی که در اثر درمان ریخته است آغاز شده باشد، تاثیرات روانی اجتماعی ناشی از درمان های اولیه کم شده باشد و فرد به طور نسبی به وضعیت تصویر بدنی خود عادت کرده باشد. ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک و مرحله ی بالینی آزمودنی ها

سطح معناداری (P-V)	گروه کنترل	گروه آزمایش	سطوح مختصات دموگرافیک	
	۳۲	۲۹	کمترین	
۰/۴۷	۵۹	۶۸	بیشترین	سن (به سال)
	۴۸/۰۷	۵۰/۱۶	میانگین	
	۸	۸	کمترین	مدت زمانی که از تشخیص گذشته (به ماه)
۰/۰۷	۹۰	۱۲۰	بیشترین	
	۳۲/۶۴	۴۶/۶۸	میانگین	
	(/۳۲) ۸	(/۲۰) ۵	I	مرحله ی بالینی بیماری (تعداد و درصد)
۰/۴۸	(/۳۶) ۹	(/۵۲) ۱۳	II	
	(/۳۲) ۸	(/۲۸) ۷	III	
۰/۱	(/۸) ۲	(/۲۴) ۶	مجرد	وضعیت تاهل
	(/۹۲) ۲۳	(/۷۶) ۱۹	متاهل	
	(/۱۲) ۳	(/۸) ۲	زیر دیپلم	
۰/۶	(/۵۶) ۱۴	(/۴۸) ۱۲	دیپلم	تحصیلات
	(/۳۲) ۸	(/۴۴) ۱۱	بالتر از دیپلم	

شیوه ی اجرا

بعد از معرفی پژوهش و اجرای پیش آزمون، به مدت ۸ جلسه ی ۱/۵ ساعته که با توافق اعضا و به یک روز در هفته برگزار می شد، جلسات کارگاهی روانی- آموزشی معنویت با توجه به برخی از

مداخلات روانی- معنوی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین^۱ (۲۰۰۵) با رویکردی اسلامی و محوریت مباحثی چون مراقبه، نیایش، توبه، گذشت، نوع دوستی، صبر، توکل و شکر برای گروه مورد مطالعه اجرا گردید و یک هفته پس از پایان جلسات، در جلسه ای جداگانه ضمن تقدیر از همکاری آزمودنی های دو گروه، به اجرای پس آزمون پرداخته شد (جدول ۲). تعداد نهایی آزمودنی ها در هر یک از دو گروه، ۲۵ نفر بود و ۵ نفر از هر گروه در مطالعه شرکت نکردند.

جدول ۲. موضوع جلسات برنامه ی آموزشی مداخله ی معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان

جلسه	موضوعات	عناوین محتوای آموزشی
اول	تمرکز و مراقبه	مفهوم تمرکز و مراقبه و اثربخشی آن در بیماری های مزمن، آموزش عملی تمرکز مبتنی بر تنفس، تمرین گروهی اعضا توسط دو شرکت کننده ی داوطلب.
دوم	نیایش	تعریف نیایش و برقراری ارتباط با خداوند، آشنایی با شیوه های گوناگون شخصی، برقراری ارتباط با خدا با هدف افزایش احساس نزدیکی به پروردگار آموزش شرایط نیایش با توجه به آموزه های اسلامی.
سوم	توکل	تعریف توکل سازنده و سالم و انواع آن، به کار بستن موثر آن در زندگی روزمره و در ادامه روند پی گیری و درمان بیماری.
چهارم	صبر	اهمیت و جایگاه صبر در حل مشکلات، آموزش مفهوم صحیح صبر با توجه به آموزه های اسلامی، آموزش راه های کاربرد صبر در زندگی.
پنجم	طلب بخشش (توبه)	مفهوم طلب بخشش از خداوند و انسان ها، ایجاد شرایط مطلوب برای طلب بخشش، آموزش راه های جبران خطاها و اشتباهات گذشته.
ششم	عفو و گذشت	معنای صحیح عفو و گذشت، آشنایی با فرایند گذشت و تاثیر آن در زندگی مادی و معنوی.
هفتم	شکر و قدردانی	معنای شکر و قدردانی از خداوند و انسان ها و دیگر مخلوقات، آموزش توجه بیشتر به جنبه ی مثبت وقایع منفی زندگی روزمره، آشنایی با راه های شکرگزاری و قدردانی کردن.
هشتم	احسان و نوع دوستی	آشنایی با معنای نوع دوستی، افزایش حساسیت و شناخت نسبت به نیازهای دیگران و آشنایی با راه های کمک کردن به نیازمندان واقعی با توجه به شرایط فردی.

ایزار

پرسشنامه ی تجربه ی معنوی: این پرسشنامه، توسط غباری بناب، لواسانی و محمدی در سال ۱۳۸۴ در ایران ساخته شد و شامل ۷۵ ماده و ۶ مولفه است. ضریب پایایی این آزمون در مطالعات گوناگون، ۰/۹۴ و ۰/۹۵ گزارش شده است (غباری بناب و همکاران، ۲۰۰۵؛ بهرامی دشتکی، ۲۰۰۸) و در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۸ بود.

مقیاس امید/شنایدر: این مقیاس، در سال ۲۰۰۰ توسط گروه شنایدر^۱ ساخته شد که دارای ۱۲ گزینه است؛ ۴ ماده، مربوط به گذرگاه^۲، ۴ ماده، مربوط به کارگزار^۳ و ۴ ماده ی دیگر آن نیز انحرافی است. ضریب پایایی این مقیاس در برخی پژوهش ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش شده است (از بیجاری، ۲۰۰۷؛ ستوده اصل و همکاران، ۲۰۰۷؛ علاالدینی، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۹ محاسبه شده است.

پرسشنامه ی سلامت: این پرسشنامه، توسط گلدبرگ^۴ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریش تدوین و تنظیم گردیده و دارای ۲۸ سوال و ۴ زیرمقیاس است که هر مقیاس، دارای ۷ سوال است. ضریب اعتبار کلی این آزمون برابر ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون های آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (از فتحی آشتیانی و داستانی، ۲۰۰۹).

یافته ها

در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون امید، سلامت روان، معنویت و میانگین و انحراف استاندارد همین متغیرها در پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس برای مقایسه ی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه در زنان مبتلا به

سرطان پستان					
متغیر	گروه	میانگین و انحراف معیار	مجموع مجدورات	F	آلفا (P-V)
	آزمایش	۲۷/۲۸			
پیش آزمون امید		۳/۹۱	۱۰۸/۰۰۲	۱۸/۲۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۶/۹۲			
		۴/۴۶			

1. Snyder
2. Agency

3. Pathway
4. Goldberg

			۲۳/۲۸	آزمایش	ادامه جدول
۰/۰۰۱	۵۱/۳۹	۲۷۸۱/۸۷	۱/۱۷	سلامت	پیش آزمون
			۲۱/۶۹	کنترل	روان
			۱/۰۱		
			۳۵۸/۳۶	آزمایش	
۰/۰۰۱	۶۲/۰۹	۳۴۱۵۸/۰۹	۵۳/۳	معنویت	پیش آزمون
			۳۴۳/۰۷	کنترل	
			۴۹/۶۳		
			۲۹/۹۲	آزمایش	
۰/۰۰۱	۲۹/۳۷	۱۷۳/۶۳	۱/۹۹	امید	پس آزمون
			۲۵/۸۰	کنترل	
			۳/۵۴		
			۱۸	آزمایش	
۰/۰۰۱	۱۳/۴۲	۷۲۶/۶۱	۸/۷۵	سلامت	پس آزمون
			۲۵/۱۱	کنترل	روان
			۱/۲۱		
			۳۹۱/۷۲	آزمایش	
۰/۰۰۱	۶۱/۱۲	۳۳۶۲۰/۸	۲۵/۵۸	معنویت	پس آزمون
			۳۳۰/۱۹	کنترل	
			۴۲/۳۵		

بحث و نتیجه گیری

در طی دو دهه ی اخیر، مداخلات معنوی و مذهبی توسط تعداد کثیری از متخصصان برجسته ی روان شناسی بالینی در درمان بیماران مبتلا به سرطان، به کار گرفته شده و در روان درمانی انسجام یافته است (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵؛ اکبری و همکاران، ۲۰۱۰؛ اکبری، ۲۰۱۰). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد مداخلات معنوی، می تواند در پیشگیری و بهبود طیفی از بیماری های جسمانی مختلف و کنار آمدن با درد مزمن، بیماری و مرگ، کمک کننده باشد (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵). این امر در بیمارهای مزمن مانند ایدز، سرطان و حتی مشکلات روانی غیر روان پریش

برجسته تر شده است (بویان^۱، ۲۰۰۴؛ اکبری، ۲۰۰۸؛ اکبری، ۲۰۰۸؛ بولند^۲، ۲۰۰۶؛ موریتز^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دی جریس^۴ و همکاران، ۲۰۰۹، بهرامی دشتکی، ۲۰۰۸). پژوهش های دیگر نیز ارتباط معنادار بین معنویت با امید و سلامت روان را تایید کرده و مداخلات معنوی را به عنوان منبعی موثر در ارتقای سطح آنها معرفی کرده است (غباری بناب و همکاران، ۲۰۰۹؛ مراویگلیا، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷؛ فلاح و همکاران، ۲۰۱۰؛ فیزیفانت، ۲۰۰۷؛ فهرینگ^۵ و همکاران، ۱۹۹۷؛ دیویس^۶، ۲۰۰۵؛ بهرامی دشتکی، ۲۰۰۸؛ نلسون^۷ و همکاران، ۲۰۰۹ و ۲۰۰۲؛ بکلمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۷؛ ریپنتروپ^۹ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بریتبارت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰).

تحلیل یافته های این پژوهش همسو با نتایج مذکور، نشان داد که آموزش معنویت، بر ارتقای سطح امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است ($P < ۰/۰۵$). می توان گفت که معنویت به منزله ی یک کارگزار مهم یا گذرگاه حایز اهمیت در زنان مبتلا به سرطان پستان عمل می کند. در این راستا، پژوهشی که جهت بررسی و مقایسه ی تاثیر گذرگاه های مبتنی بر ایمان و گذرگاه های غیر مذهبی، روی امید ۲۲۶ بیمار میانسال و کهنسال که جراحی قلب انجام داده بودند نشان داد که عامل ایمان، در مولفه ی کارگزار امید، نقش عمده ای ایفا می کند (آی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴). به نظر می رسد انسجام معنویت در زندگی، می تواند از دو جهت بر عامل کارگزار امید دارای تاثیر باشد؛ از یک سو، دستیابی به منابع معنویت، خود به طور مستقیم می تواند به عنوان تامین کننده ی اصلی و عمده ی انرژی معطوف به هدف عمل نماید و از سوی دیگر، به نحوی غیر مستقیم تر می تواند از طریق تاثیر مثبت بر شیوه ی تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی های روانی مانند شادکامی و خوش بینی، مجهز کند که در تامین انگیزه برای دستیابی به اهداف، موثر است. از طرف دیگر، معنویت می تواند اهداف جدیدی مانند رسیدن به رشد شکوفایی و تعالی معنوی نوع دوستی و نیز راهکارهای مختلفی مانند نیایش و مراقبه را برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار دهد و بر طبق نظریه ی امید شنایدر، به امید فرد بیافزاید.

معنویت، این فرصت را به زنان مبتلا به سرطان پستان می دهد که به حسی از کنترل ترومای روانی سرطان دست یابند (هایلی هری^{۱۲}، ۲۰۰۸). به بیانی دیگر، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد ارزیابی های شناختی مهم را در فرایند مقابله، تحت تاثیر قرار می دهد و به فرد کمک می کند تا

1. Bhuyan
2. Bowland
3. Moritz

4. DJaric
5. Fehring
6. Davis

7. Nelson
8. Bekelman
9. Rippentrop

10. Breitbart
11. Ai
12. Hayley Harriet

وقایع منفی را به شیوه ی متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی تری از کنترل ایجاد نماید (سیمونی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). بر مبنای نظریه ی دینر (۱۹۸۴) احساس کنترل، افراد را در کنار آمدن با شرایط زندگی به شدت قدرتمند نموده و به تبع آن موجب ارتقای سلامت روان می شود. سلیگمن نیز معتقد است هر قدر توانایی انسان در کنترل وقایع استرس زا، بیشتر باشد توانایی او برای سازگاری با محیط بیشتر بوده و عوارض ناشی از استرس مانند اضطراب و افسردگی، کمتر ظاهر خواهد شد (هایلی هری، ۲۰۰۸؛ دویی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ شهیدی و حمدیه، ۲۰۰۲). معنویت، می تواند با تامین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیر مستقیم تر از طریق تاثیرگذاری بر امید به سازگاری روانی بیشتر منجر شود (سیمونی و همکاران، ۲۰۰۲).

عقاید معنوی و دینی، امید و احساس تسلط بر سرنوشت شخص را فراهم می کند و اگر فرد معتقد اعتماد کامل به خداوند داشته باشد، می تواند از هر وضعیتی، نتیجه ی خوب به دست آورد و تعجب آور نیست که چنین اعتقادی، احتمالاً نتایج روانشناختی قدرتمندی داشته باشد (نجفی، ۲۰۰۱). از این رو، پیشنهاد می شود که در راستای برنامه ریزی های جامع نگر در مراقبت های درمانی- حمایتی و تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان، مقوله ی معنویت و انسجام آن در روان درمانی به عنوان مقوله ای مهم، مورد عنایت بیشتر متخصصان و مسوولان ذی ربط و واحدهای روان شناسی مراکز درمانی سرطان قرار گیرد.

سپاسگزاری

با سپاس از مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کارکنان مرکز جراحی آذر وابسته به مرکز تحقیقات سرطان، جناب آقای دکتر غباری و همکاران، بیماران و همه ی کسانی که در این مطالعه ما را یاری دادند.

References

- Ai, A., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S. F., Koenig, H. G. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimism sub constructs in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 9 (3), 435-50.
- Akbari, M. E., et al. (2008). *Cancer in Iran*. Shahid Beheshti University, Medical Sciences. Cancer Research Center. Qom: Dar-Ol-Fekr Publication. (Persian).
- Akbari, M. E., Khayam Zade, M., Khoshnevis, S. J., Nafisi, N., & Akbari, A. (2008). Five and ten years' survival in breast cancer patients'

- mastectomies V.S. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 1(2), 53-56. (Persian).
- Akbari, M. E. (2008). *Spiritual Care in Management HIV/AIDS Patients*. A Joint Seminar between Malasia and Islamic Republic of Iran-Approches to HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support. 1-2 December 2008. Kuala lumpur, Malaysia. (Persian).
- Akbari, M. E. (2008). *Spiritual Promotion, 1st Step in Youth Education Regarding HIV/AIDS Prevention*. A Joint Seminar between Malasia and the Islamic Republic of Iran-Approches to HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support. 1-2 December 2008. Kuala lumpur, Malaysia. (Persian).
- Akbari, M. E., Asadi Lari, M., Akbari, A., Mousavi, R., & Mousavi, M. (2010). *Spiritual Care, Neglected Aspect of Health in Cancer Management*. Palliative medicine in the 21st century, 14-17 Sep. Adelaide. Australia. (Persian).
- Akbari, M. E. (2010). Cancer and Emotion: The Scope of Psycho-Socio-Oncology. *Iranian Journal of cancer Prevention*, 3 (2). (Persian).
- Alaeddini, Z. (2000). *Effect of group hope therapy on depression in the female students of Isfahan university*. (Master's thesis, Isfahan University). (Persian).
- Bahrani-Dashtaki, H. (2008). *Effectiveness of spirituality instruction on reducing the depression in female students*. (Master's thesis. Faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabatabayi University). (Persian).
- Bekelman, D. B., et al. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of Gen Intern Med*, 22(4), 470-7.
- Bhuyan, N. (2004). Spiritual intervention for promotion of quality of life of the people living with HIV/AIDS. *International Conference on AIDS*. 2004 Jul 11-16; 15: abstract no. D12229. Bangkok , Thailand.
- Bijari, M. (2007). *The effectiveness of group therapy based on hope therapy to increase of hope to life in women with breast cancer in tehran*. (Master's thesis, Allame Tabatabayi University). (Persian).
- Bijari, H., Ghanbari-HashemAbadi, B. A., Aghamohammadian-Sheerbaf, H. R., & Homaie-Shandiz, F. (2009). Effectiveness of group therapy based on hope therapy to increase hope to life in women with breast cancer. *Journal of Educational and Psychological Studies*, 10(1), 171-184. (Persian).
- Bowland, S. (2006). Evaluation of a psycho-socio-spiritual intervention with older women survivors of interpersonal trauma. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(6), 26-35.
- Breitbart, W., et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19(1), 8-21.

- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical Nursing Research, 14*(3), 253-272.
- Djaric, Z., et al. (2009). A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. *Natl Med Association, 101*(6), 552- 64.
- Dubey, A., & Agarwal, A. (2007). Coping Strategies and life satisfaction: Chronically ill patients perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 33*(2), 161-168.
- Fallah, R., et al. (2010). Spirituality, Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients. *Palliative medicine in the 21st century*, 14-17 Sep. Adelaide, Australia.
- Fathi-Ashtiani, A., Dastani, M. (2009). *Psychological Tests: Personality and Mental Health*. Tehran: Beesat. (Persian).
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997). Spiritual wellbeing, religiosity, hope depression and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing forum, 24*(4), 663-71.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H., et al. (2007). Spirituality, quality of life and the dialysis patients. *Journal of Nephrology Dialysis transplantation, 22*(9), 2432-2434.
- Ghobari-Bonan, B., Gholamali-Lavasani, M., & Mohammadi, M. (2005). Spiritual Experience Scale. *Journal of Psychology, 9*(35), 261-278. (Persian).
- Ghobari-Bonan, B., Motavalli Pour, A., Hakimi-Rad, E., Habibi-AsgarAbadi, M. (2009). Relation between anxiety and depression with spirituality levels in Tehran University students. *Journal of Applied Psychology, 2*(10), 110-123. (Persian).
- Hayley Harriet, R. (2008). *Hope and Ways of coping after breast cancer*. Ph.D. dissertation of Arts in clinical psychology in Johannesburg University. <http://ujdigispace.uj.ac.za:8080>.
- Khademi, M., & Sajadi Hezave, M. (2009). Breast cancer: A phenomenological study. *Journal of Medical Sciences of Arak University, 46*(46), 29-39. (Persian).
- Lyon, B., & Ebright, P. R. (2004). The Role of Religious/Spirituality in Cancer Patients and their Care givers. www.TheFreeLibrary.Com.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum, 33*(1), 1-7.
- Meraviglia, M. (2007). Effects of spirituality on Wellbeing of people with lung cancer. *Journal of Oncology Nursing Forum, 33*(1), 89-94.
- Mirzaie, E., et al. (2005). *Psychology of Health*. Tehran: Roshd. (Persian).
- Moritz, S., et al. (2006). A home stud -based spirituality education program decreased emotional distress and increase quality of life: A

- randomized, controlled trial. *Journal of Alternative Therapies Health Medicine*, 12(6), 26-35.
- Moss, E. L., & Dobson, K. (2006). The place of spirituality in psychological end of life care. *www.epsychologist.org*.
- Movahedi, M., et al. (2010). Survival rate of breast cancer in Iran, a National Study. Cancer Research Center. (In press).
- Najafi, B. (2001). *Is religion beneficial for your health? The effects of religion on the physical and mental health*. Tehran: Humanities and Cultural Studies Publication. (Persian).
- Nelson, C. J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Journal of Psychosomatics*, 43(3), 213-20.
- Nelson, C., et al. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Journal of Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 105-114.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford press.
- Phisaiphanth, S. (2007). *The relationship of internal coping resources and mental health problems in early breast cancer patients*. (Doctorate thesis of Nursing science in Mahidol University). Thailand. <http://mulinet10.li.mahidol.ac.th/e.thesis>.
- Richards, S. P., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. U.S.A. American Psychological Association
- Rippentrop, E. A., et al. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Journal of Pain*, 116(3), 311-321.
- Shahidi, Sh., Hamdie, M. (2002). *Principles and basis of mental health*. Tehran: SAMT. (Persian).
- Simoni, J. M., Marton, M. G., & Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 139-147.
- Sotoode-Asl, N., Taher-Neshat Doost, H., & Kalantari, M. (2007). *Study of relationship between hope and quality of life in patients with hypertension in Isfahan*. (Master's thesis, Isfahan University). (Persian).
- Touhy, T. (1998). Hope, spirituality and Connectedness with others among institutionalized holders. International Nursing library. Florida Atlantic University. *www.Nursing library.org*.
- West, W. (2001). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Translated by: Sh. Shahidi, & S. Shirafkan, (2008). Tehran: Roshd. (Persian).