

The Effect of Religion and Spirituality on Anxiety and Depression in Cancer Patients: A Review Article

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Sajjad Reisi^{1*},
Seyed Mojtaba Ahmadi²,
Kheirollah Sadeghi³

How to cite this article

Sajjad Reisi, Seyed Mojtaba Ahmadi, Kheirollah Sadeghi, The Effect of Religion and Spirituality on Anxiety and Depression in Cancer Patients: A Review Article, *Journal of Quran and Medicine*. 2021; 6(1): 75-86.

1. Master student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (Corresponding Author).

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

3. Associate professor, Department of Clinical Psychology, School of Medical, Kermanshah University of Medical Sciences (KUMS), Kermanshah, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: sajjadreisi1373@gmail.com

Article History

Received: 2020/12/06

Accepted: 2021/05/19

ePublished: 2021/06/19

ABSTRACT

Purpose: Anxiety and depression are common complaints of cancer patients. This study aimed to determine the effect of religion and spirituality on anxiety and depression in cancer patients.

Materials and Methods: The research method was review. Related articles, which were conducted in Iran from 2006-2020, were searched in Magiran, Iran Medex, SID, and Irandoc databases with the keywords cancer, depression, anxiety, prayer, religion, spirituality.

Findings: First, 146 articles were obtained. 8 articles entered the final review.

Conclusion: results showed a significant relationship between religion and spirituality with depression and anxiety and the effectiveness of religion and spirituality on them.

Keywords: Depression, Anxiety, Prayer, Cancer, Religion, Spirituality

تأثیر مذهب و معنویت بر اضطراب و افسردگی

بیماران سرطانی: مقاله‌ی مروری

سجاد رئیسی*

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول).

سید مجتبی احمدی^۲

استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

خبراله صادقی^۳

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

هدف: اضطراب و افسردگی از شکایت‌های رایج بیماران سرطانی است. هدف پژوهش تعیین تأثیر مذهب و معنویت بر اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش مروری بود. مقاله‌های مرتبط با موضوع، که از سال ۱۳۹۸-۱۳۸۵ در ایران انجام شده بودند، در پایگاه‌های Magiran, Iran Medex, SID, Irandoc با کلید واژه‌های سرطان، افسردگی، اضطراب، دعا، مذهب و معنویت جستجو شدند.

یافته‌ها: ابتدا ۱۴۶ مقاله بدست آمد. ۸ مقاله وارد بررسی نهایی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده‌ی رابطه‌ی معنادار بین مذهب و معنویت با افسردگی و اضطراب و اثربخشی مذهب و معنویت بر آن‌ها بود.

کلید واژه‌ها: افسردگی، اضطراب، دعا، سرطان، مذهب، معنویت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۹

*نویسنده مسئول: sajjadreisi1373@gmail.com

مقدمه

بیماری سرطان یکی از جدی‌ترین چالش‌های نظام سلامت، طی دهه‌های اخیر است که ۱۲ درصد از نرخ مرگ و میر جهان را به خود اختصاص می‌دهد (۱). سرطان در کشورهای پیشرفته جهان، پس از بیماری‌های قلبی - عروقی، دومین علت مرگ و علت ۱۹ درصد از مرگ و میر مردم است. در کشورهای در حال توسعه، چهارمین علت مرگ و علت ۶ درصد از مرگ و میرها می‌باشد (۲، ۳). با توجه به الگوی بیماری‌ها، پیش‌بینی می‌شود که این آمار تا سال ۲۰۲۰ به ۱۵ میلیون نفر برسد (۴) و در سال ۲۰۳۰ سرطان اولین و مهم‌ترین علت مرگ انسان‌ها شود (۵). در حال حاضر، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۱۲ درصد مرگ و میر در ایران به علت سرطان می‌باشد (۱). این بیماری، یکی از بیماری‌های مزمن و رو به رشدی است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی، روانی و معنوی اثر بگذارد (۶-۸). سرطان می‌تواند در افراد با هر سن، نژاد، زمینه فرهنگی و وضعیت اقتصادی رخ دهد (۹). مطالعه‌ها نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۸۵ درصد بیماران مبتلا به سرطان، از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۱۰، ۱۱). دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب می‌باشد (۹، ۱۲). به طور کلی، تشخیص سرطان موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روان‌شناختی در بیماران می‌شود. برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال درد، مشکلات مالی و اجتماعی، از دست دادن میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، وابستگی به اطرافیان، عود مجدد بیماری، نگرانی درباره آینده مهم، مرگ و فرآیند مردن است (۱۳). اضطراب و افسردگی به عنوان پریشانی روانی رایج در اکثر بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۱۴-۱۶). یک مطالعه، در بیماران مبتلا به سرطان گزارش داد که شیوع افسردگی ۴۶ درصد و اضطراب ۴۸ درصد بوده است (۱۷). در یک مطالعه مروری شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ۱۱/۶ درصد و شیوع اضطراب ۱۷/۹ درصد گزارش شد (۱۸). اضطراب واکنشی در برابر خطر نامعلوم، درونی و مبهم است که با یک یا چند شاخص جسمی مانند احساس خالی شدن سردل، تنگی نفس، طپش قلب، تعریق، سردرد، احساس دفع ادرار، بی‌قراری و میل به حرکت مشخص می‌شود (۱۹). افسردگی از جمله اختلالات خلقی است که سلامت روان را دچار آسیب کرده و به نوبه‌ی خود علاوه بر آن که روان انسان‌ها را پریشان می‌سازد، بر ابعاد دیگر سلامت آن‌ها از جمله سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد (۲۰). افسردگی و درد و رنج ناشی از آن در این بیماران، مانع از هر گونه فعالیت سازنده شده و می‌تواند گامی در جهت ایجاد افکار یا اقدام به خودکشی باشد (۲۱). افسردگی یک اختلال روانی است که با علائم و نشانه‌هایی مانند: خلق افسرده، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت بخش، اشکال در توجه و تمرکز، کندی روانی - حرکتی، کم‌خوابی یا بی‌خوابی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و احساس گناه مشخص می‌شود (۲۲). بسیاری از بیماران

در این پژوهش جهت گردآوری مقاله‌ها، در متون موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانی شامل **Magiran, Iran Medex, SID, Irandoc** با کلید واژه‌های سرطان، افسردگی، اضطراب، دعا، مذهب و معنویت مربوط به سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ انجام گردید. به صورت کلی ۱۴۶ (۱۴۵ مقاله فارسی و ۱ مقاله انگلیسی) مقاله مرتبط با کلید واژه‌ها یافت شد، که پس از بررسی آن‌ها تعداد ۸ مقاله مورد بررسی نهایی قرار گرفت.

یافته‌ها

در فرآیند جستجو مقالات، ۱۴۵ مقاله فارسی و ۱ مقاله انگلیسی به دست آمد. در مرحله غربالگری اولیه ۱۳۸ مقاله پس از بررسی از نظر موضوع و روش کار حذف شدند. سپس از مقالات باقیمانده تعداد ۳ مقاله به روش همبستگی و ۵ مقاله به روش کارآزمایی بالینی انجام شده بودند. بنابراین در نهایت ۸ مقاله وارد بررسی نهایی شدند. در جدول ۱، چکیده‌ای از یافته‌های مربوط به مرور مقالاتی که به روش همبستگی انجام شده‌اند ارائه شده است.

با توجه به جدول ۱ - ملاحظه می‌شود که، به صورت کلی از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ ۳ مقاله به بررسی رابطه‌ی افسردگی و اضطراب با معنویت و مذهب پرداخته شده است. از این ۳ مقاله، ۱ مقاله به بررسی رابطه اضطراب و معنویت پرداخته است، ۲ مقاله دیگر به بررسی افسردگی با معنویت و مذهب در بیماران سرطانی پرداخته است. در این مطالعه‌ها نشان داده شد که بین مذهب و ابعاد معنویت با افسردگی و اضطراب رابطه‌ی معناداری وجود دارد. در جدول ۲، چکیده‌ای از یافته‌های مربوط به مرور مقالاتی که به روش کارآزمایی بالینی انجام شده‌اند ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲ - ملاحظه می‌شود که، به صورت کلی از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ اثربخشی مداخله‌های مرتبط با مذهب و معنویت بر افسردگی و اضطراب در ۵ مقاله مورد بررسی قرار گرفته است. در هر ۵ مقاله به بررسی اثربخشی این مداخله‌ها بر اضطراب پرداخته شده است، در حالی که تنها در ۲ مقاله افسردگی در این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. اثربخشی مذهب و معنویت بر اضطراب در ۴ مطالعه و بر افسردگی در ۱ مطالعه تایید شده است. اما در مطالعه‌ای دیگر اثربخشی این نوع مداخله بر اضطراب و افسردگی تایید نشده است.

بحث

جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ایرانی شامل **Magiran, Iran Medex, SID, Irandoc** با کلید واژه‌های سرطان، افسردگی، اضطراب، دعا، مذهب و معنویت مربوط به سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ انجام گردید. به صورت کلی ۱۴۶ (۱۴۵ مقاله فارسی و ۱ مقاله انگلیسی) مقاله مرتبط با کلید واژه‌ها یافت شد، که پس از بررسی آن‌ها تعداد ۸ مقاله وارد پژوهش شد. از این ۸ مقاله، ۳ مورد به روش همبستگی و ۵ مورد به روش کارآزمایی

مبتلا به سرطان اغلب تا یک سال بعد از تشخیص، خلق منفی یا افسرده و فقدان یا کاهش عواطف مثبت را نشان می‌دهند (۲۳). به نظر می‌رسد ماهیت تهدید کننده سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (۲۴). خالی از انتظار نیست که ۵۰ تا ۹۵ درصد بیماران سرطانی، دینداری و معنویت را از نظر شخصی با اهمیت بدانند (۲۵). معنویت عامل مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن است (۲۶). مذهب و معنویت نقش محوری در تطابق بیماران مبتلا به سرطان ایفا کرده و فراهم کننده‌ی راحتی و امید می‌باشد (۲۷). بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، معنویت شامل تعالی، ارتباط داشتن، هدف و ارزش‌هایی می‌شود (مانند ایمان، بخشندگی، قدردانی، حس تعلق و عشق) که در افراد با پیشینه‌های متفاوت قومی، فرهنگی و مذهبی مشترک می‌باشد (۲۸). مذهب به صورت یک نظام فردی یا نهادینه شده در زمینه باورها و عبودیت تعریف شده است (۲۹). معنویت عامل مواجهه با مشکلات و مسائل خاص است و موجب آرامش روحی - روانی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۳۰). به نظر می‌رسد استفاده مکرر از تجارب معنوی در کنار سایر روش‌های درمانی اثرات درمانی خوبی داشته باشد (۳۱). از جمله مداخلاتی که به تازگی نقش آن در سلامت روان، توجه روان‌شناسان را به خود جلب کرده است، معنویت درمانی و مفاهیم مرتبط با آن است (۳۲). استفاده از راهبردهای معنوی، عامل تقویت کننده‌ی روانی و یکی از موثرترین مقابله‌های مذهبی است (۳۳، ۳۴). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (۳۴). با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران مبتلا به سرطان در ایران و جهان و افزایش هزینه‌های ناشی از درمان جسمانی و تاثیر آن بر سایر جنبه‌های زندگی و در نهایت به وجود آمدن علایم روان‌شناختی متعدد، مقابله موثر با آن و کاهش علایم روان-شناختی افراد مبتلا به این بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا در پژوهش حاضر به مرور و جمع بندی تاثیر مذهب و معنویت بر اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی: مقاله‌ی مروری پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش مروری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مقاله‌های مرتبط با تاثیر مذهب و معنویت بر اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی بوده است، که از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ در ایران انجام شده بودند. معیار ورود به پژوهش شامل تمام پژوهش‌های همبستگی و کارآزمایی بالینی بود که دارای متن کامل باشند و به زبان فارسی یا انگلیسی نوشته شده باشند. معیارهای خروج از پژوهش شامل پژوهش‌هایی بود که سایر علایم روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داده بودند و با استفاده از روش‌های دیگر مانند مقایسه‌ای، پدیدار شناسی، گزینش‌تئوری انجام شده بودند.

بالینی انجام شده بود. در ادامه به تفکیک به بررسی تاثیر معنویت و مذهب بر اضطراب و افسردگی پرداخته شده است.

اضطراب: سرطان، اضطراب و فشار زیادی را بر فرد وارد می‌کند و با ظاهر شدن نشانه‌های این بیماری، پاسخ‌های هیجانی همراه آن نیز شروع می‌شود (۳۵). اضطراب پاسخی به یک تهدید است و سرطان یک عامل تهدید کننده است. بنابراین؛ تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سرطان مضطرب هستند، در مطالعه‌ای ۷۷ درصد از بیماران تحت درمان اضطراب را تجربه کرده بودند (۳۶). بیماران پس از مواجهه شدن با تشخیص سرطان دچار نوعی از اضطراب می‌شوند که، اضطراب مرگ نامیده می‌شود. اضطراب مرگ، ترس مداوم، غیر طبیعی و مرضی از مرگ است؛ که تحت تاثیر اعتقادات و باورهای شخصی است (۳۷). تشخیص بیماری سرطان می‌تواند به یک بحران عمیق وجودی تبدیل شود و آینده بیمار و خانواده‌ی آن را در معرض تهدید قرار دهد (۳۸). با وجود این که، ترس از مرگ عمومیت دارد اما ابراز واکنش‌های احساسی نسبت به آن متفاوت است. بیمار تحت تاثیر متغیرهای فرهنگی و فردی، علایم متفاوتی را در واکنش به بیماری و یا مرگ قریب الوقوع از خود بروز می‌دهد (۱۰). در روان‌شناسی وجودگرا، توجه به مرگ بارزترین و مسلم‌ترین حقیقت زندگی است و به نقش محوری اجتناب ناپذیر بودن مرگ و راه‌های مقابله با این واقعیت تاکید شده است. براساس نظریه مدیریت وحشت، وقتی انسان از اجتناب ناپذیری مرگ آگاه می‌شود، این آگاهی در کنار میل ذاتی بشر به حفظ و صیانت خود قرار می‌گیرد و به یک وحشت می‌انجامد (۳۹). همه‌ی انسان‌ها به مرگ می‌اندیشند ولی با ابتلا به بیماری‌های مزمن و یا قرار گرفتن در روزهای انتهایی زندگی تفکر در مورد مرگ و ترس از آن بیشتر می‌شود (۴۰). تعارض بین میل به زندگی و آگاهی درباره‌ی اطمینان از مرگ، اضطرابی وجودی را به دنبال دارد که به صورت منظم رفتارهای انطباقی را در فرد ایجاد می‌کند. در چنین شرایطی فرد سیستمی از ارزش‌ها و باورها را که به زندگی هدف و معنا می‌دهد برمی‌گزیند (۴۱). اضطراب مرگ منجر به درماندگی، تغییرات جسمانی، از دست دادن کنترل، از دست دادن اطرافیان همراه با احساس گناه و شرم می‌شود (۴۲). شیوع اضطراب مرگ در بیماران سرطانی ۷۱ درصد است (۴۳). یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر اضطراب معنویت و مذهب است. معنویت منبعی مهم جهت‌سازگاری با رویدادهای تنش‌زا در زندگی است. معنویت، به معنای جستجوی مداوم برای یافتن معنا، هدف زندگی، درک عمیق ارزش‌ها نیروهای طبیعی موجود و نظام باورهای شخصی است که فرد از طریق آن می‌تواند معنای زندگی خود را درک کند و اضطراب ناشی از این شرایط تنش‌زا را مدیریت کند. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که، مراقبت معنوی در بیماران مزمن منجر به رشد شخصی و افزایش امید به زندگی می‌شود (۴۴). افراد و گروه‌هایی از پژوهشگران در سراسر دنیا درباره‌ی تاثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش، به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافته و تقریباً تمامی

این پژوهش‌ها بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی آن‌ها بیشتر است، میزان اضطراب و به خصوص ترس از مرگ به صورت آشکاری کم‌تر از میزان آن در محیط‌ها و جوامع غیر مذهبی است و چون افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می‌بینند و امید به زندگی نزد آن‌ها بیشتر است، پس اضطراب مرگ کم‌تری را تجربه می‌کنند. به صورت کلی معنویت، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد و به این ترتیب افرادی که دیدگاه مذهبی متزلزلی دارند مرگ را ترسناک‌تر می‌دانند (۴۶). تجربه‌ی های مذهبی و معنوی می‌تواند تغییرات زیادی را در فعال سازی مدارهای معینی از مغز ایجاد کنند. معنویت می‌تواند به فعال کردن یا نفعال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند، هم‌چنین می‌تواند سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا باز دارد (۴۷). بنابراین؛ طبق آنچه گفته شد، مذهب و معنویت بر اضطراب تاثیر گذار می‌باشند. با توجه به مرور مقالات جستجو شده نشان داده شد که، بین معنویت با اضطراب مرگ رابطه‌ی معناداری وجود ندارد، اما بین ابعاد معنویت و اضطراب مرگ رابطه معناداری وجود دارد (۴۸). هم‌چنین در پژوهش‌های مبتنی بر مداخله‌های معنوی و مذهبی نشان داده شد که، این مداخله‌ها بر اضطراب و اضطراب مرگ موثر هستند (۴۹-۵۲)، اما در پژوهشی که قهاری، فلاح و همکاران در سال ۱۳۸۹ انجام دادند این اثربخشی تایید نشد (۵۳).

افسردگی: مطالعه‌های متعددی نشان داده است که افسردگی یکی از اختلالات شایع روانپزشکی در افراد مبتلا به سرطان است (۵۴-۵۶). این اختلال با آسیب گسترده به فرد همراه است زیرا باعث کاهش مقاومت در برابر بیماری می‌شود (۵۷). برخی نیز متقد هستند که اغلب مردم افسردگی را یک واکنش طبیعی در مبتلایان به سرطان می‌دانند (۵۸). افسردگی نتیجه‌ی فقدان یا تباهی است و در سرطان از دست دادن عضو بدن، از دست دادن قدرت و جایگاه و نقش‌های اجتماعی، از دست دادن حس ارزشمندی می‌تواند منجر به افسردگی شود (۵۹). بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان اغلب تا یکسال بعد از تشخیص، خلق منفی یا افسرده و فقدان یا کاهش عواطف مثبت را نشان می‌دهند (۲۳). طبق نظریه‌ی کوبلر - راس، بیماران در مواجهه با پدیده‌ی مرگ، پنج مرحله‌ی شوک و انکار، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش را پشت سر می‌گذارند و متأسفانه تجربه‌های مرتبط با مردن مانند وخامت شرایط جسمانی و روانی، وجود درد، نداشتن کنترل بر بیماری و متصل بودن به دستگاه‌ها در بیمارستان، یاس و ناامیدی را تقویت می‌کنند؛ به صورتی که فرد به خاطر از دست دادن جانش افسرده می‌شود (۶۰). مفهوم افسردگی مرگ با نوعی غم، اندوه و آگاهی در ارتباط با مرگ خود یا دیگری شناخته می‌شود (۶۱). تمپلر و همکاران در سال ۱۹۹۰ مفهوم افسردگی مرگ را در شش بعد ناامیدی مرگ، تنهایی مرگ، رعب مرگ، غمگینی مرگ، افسردگی مرگ و قطعیت مرگ معرفی کردند (۶۲). با توجه به این که احتمال مرگ به دنبال ابتلا به سرطان مطرح می‌شود، افسردگی مرگ ممکن است در این دسته از

روانی بیمار و مراقبین آن‌ها (۷۸, ۷۷) می‌انجامد، به نوعی استفاده از رفتارهای مقابله‌ی مذهبی می‌باشد. بنابراین طبق آنچه گفته شد، مذهب و معنویت بر افسردگی تأثیر گذار می‌باشند. با توجه به مرور مقالات جستجو شده نشان داده شد که، بین معنویت و مذهب با افسردگی مرگ (۷۹) و افسردگی (۸۰) رابطه‌ی معناداری وجود دارد. در پژوهشی که قهاری، فلاح و همکاران در سال ۱۳۸۹ انجام دادند نشان داده شد که، این مداخله‌ها بر افسردگی مؤثر نمی‌باشد (۵۳). اما در پژوهشی که بوالهروی، نظیری و زمانیان در سال ۱۳۹۱ انجام دادند اثربخشی این مداخله‌ها بر افسردگی تأیید شد (۵۱).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان دهنده‌ی، رابطه‌ی معنادار بین مذهب و معنویت با افسردگی و اضطراب و اثربخشی مذهب و معنویت بر افسردگی و اضطراب بود. لذا، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌ها مراکز درمانی، کلینیک‌های روان‌شناختی و سایر مراکز مرتبط با بیماران سرطانی آموزش‌های لازم در زمینه‌ی مذهب و معنویت را مورد توجه قرار دهند. همچنین؛ سایر پژوهشگران به بررسی نقش مذهب و معنویت بر سایر مولفه‌ها و علائم روان‌شناختی این بیماران بپردازند.

بیماران رخ دهد (۶۳) و کاهش کیفیت زندگی و مراقبت از خود را به همراه داشته باشد. یکی از مواردی که در پیشگیری از اختلالات روانی مؤثر است، رفتارهای تطابق مذهبی است (۶۴)، به صورتی که اکثر صاحب‌نظران بر این باور هستند که مذهب، آثار مهمی بر سلامت جسمانی، روانی و دیگر ابعاد زندگی خواهد داشت (۶۵). اعتقاد بر آن است که سه مولفه‌ی مرگ (اضطراب، وسواس و افسردگی مرگ) با مذهب و رفتارهای مقابله مذهبی ارتباط تنگاتنگی دارند (۶۶). تیکس و فرازیر در سال ۱۹۹۸ تطابق مذهبی را به صورت تکنیک‌های شناختی و رفتاری برخواسته از مذهب و معنویت در مواجهه با حوادث زندگی تعریف کردند (۶۷). بنابراین؛ مقابله‌ی مذهبی روشی است که انسان از عقاید دینی خویش جهت مقابله با فشارهای زندگی بهره می‌برد (۶۸). نمونه‌هایی از مقابله‌ی مذهبی شامل نماز، درخواست کمک از مسئولان مذهبی و جستجوی آرامش از خداوند است (۶۹). اعتقادات دینی و مذهبی به عنوان عاملی جهت آرامش روانی در نظر گرفته می‌شوند و نداشتن مذهب یا پایین بودن سطح اعتقادات در هر دین و آیینی با سطح بالای افسردگی و تجربه‌ی دیگر مسائل روانی ارتباط دارد (۷۰). در واقع ارتباط با خداوند، درگیری مذهبی و انجام معنویت‌ها که به سطح بالای امیدواری (۷۱, ۷۲)، احساس راحتی و قدرت (۷۳)، توانایی یافتن معنا (۷۴)، تطابق و یادگیری زندگی با سرطان (۷۵, ۷۶) و سلامت روحی و

جدول ۱. چکیده‌ی از یافته‌های مربوط به مرور مقالات انجام شده به روش همبستگی

نویسندگان (سال)	عنوان مطالعه	طرح مطالعه	نوع مطالعه	حجم نمونه (n)	ابزارها	نتایج
هدایتی زاده، عمران، جان بابایی، فرجی امامتی، نوروزی، کلاگری و مدائلو (۱۳۹۶)	رابطه‌ی بین معنویت و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی	توصیفی - تحلیلی	همبستگی	۱۰۰ نفر شرکت کننده	پرسشنامه معنویت، پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر	نتایج این پژوهش نشان داد که، بین اضطراب مرگ و معنویت رابطه وجود ندارد ($P > 0.05$)، اما بین اضطراب مرگ و ابعاد معنویت رابطه وجود دارد ($P < 0.05$). اضطراب مرگ بیماران بیش-ترین همبستگی را با بعد فعالیت‌های معنوی و کم‌ترین همبستگی را با بعد نیازهای معنوی دارد (۴۸).
شریف نیا، پهلوان شریف، اسماعیلی، گودرزیان، طهماسبی، یعقوب زاده و کاوه (۱۳۹۵)	عوامل مؤثر بر سطح افسردگی مرگ در مبتلایان به سرطان: یک تحلیل مسیر	توصیفی - تحلیلی	همبستگی (تحلیل مسیر)	۴۹۷ نفر شرکت کننده	مقیاس افسردگی مرگ، مقیاس مقابله‌ی مذهبی پارگامنت	نتایج رگرسیون خطی چندگانه در این پژوهش نشان داد که، متغیرهای وضعیت اقتصادی ($B = 5/37$)، مرحله‌ی پیشرفت سرطان ($B = -2/80$) و نمره رفتارهای مقابله‌ی مذهبی ($B = -0/34$) به عنوان متغیرهای پیشگوی افسردگی مرگ هستند. مدل تحلیل

مسیر نشان داد که، وضعیت اقتصادی و مرحله‌ی پیشرفت سرطان به صورت مستقیم و غیر مستقیم و رفتارهای مقابله‌ی مذهبی تنها بر سطح افسردگی مرگ تاثیر می‌گذارند (۷۹).

نتایج این پژوهش نشان داد که، بین افسردگی با سازگاری مذهبی ($r = -0.61$) و بین افسردگی با حمایت اجتماعی ($r = -0.84$) همبستگی منفی و معنادار وجود داشت ($P < 0.01$). بین سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی و معنادار وجود داشت ($r = 0.62$) همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت ($P < 0.01$).	پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه سازگاری مذهبی، پرسشنامه حمایت اجتماعی	۲۴۰ نفر شرکت کننده	همبستگی	توصیفی - تحلیلی	بررسی رابطه‌ی سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان	تقوی، کلافی، طالعی، ده بزرگی و تقوی (۱۳۸۹)	۳
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------	---------	-----------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	---

جدول ۲ - چکیده‌ی از یافته‌های مربوط به مرور مقالات انجام شده به روش کارآزمایی بالینی

نویسندگان (سال)	عنوان مطالعه	طرح مطالعه	نوع مداخله	حجم نمونه (n)	ابزارها	نتایج
جانی، مولایی، جنگی قوجه بیگلو و پور اسمعیلی (۱۳۹۲)	اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان	نیمه آزمایشی	شناخت درمانی مذهب محور (۸ جلسه)	۳۰ نفر (گروه آزمایش ۱۵ نفر، گروه کنترل ۱۵ نفر)	پرسشنامه بهزیستی ذهنی، پرسشنامه سازگاری اجتماعی، پرسشنامه اضطراب مرگ	نتایج این پژوهش نشان داد که، شناخت درمانی مذهب محور باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ و افزایش نمرات سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P < 0.01$) (۴۹).
سلاجقه و رقیبی (۱۳۹۱)	تاثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان	نیمه تجربی	گروه درمانی معنوی و شناختی (۱۱ جلسه)	۲۶ نفر (گروه آزمایش ۱۳ نفر، گروه کنترل ۱۳ نفر)	مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور محور I و II در DSM-IV، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر	نتایج این پژوهش نشان داد که، درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی در کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان موثر بوده است ($P < 0.01$) (۵۰).

نتایج این پژوهش نشان داد که، معنویت درمانی به شیوه‌ی گروهی در سطح معنا داری ($P \leq 0.001$) در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است. همچنین، در سطح معناداری ($P \leq 0.003$) باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است (۵۱).	مقیاس افسردگی، اضطراب استرس (-DASS-21)، مقیاس سلامت معنوی	۲۴ نفر (گروه آزمایش ۱۲ نفر، گروه کنترل ۱۲ نفر)	گروه درمانی معنوی (۱۲ جلسه)	تجربی	اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه	بواله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۳۹۱)	۳
نتایج این پژوهش نشان داد که، برنامه‌ی مراقبت معنوی می‌تواند سطح اضطراب را در بیماران مبتلا به لوسمی (سرطان خون) کاهش دهد ($P < 0.01$) (۵۲).	مقیاس اضطراب از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (-DASS-42)	۶۴ نفر (گروه آزمایش ۳۲ نفر، گروه کنترل ۳۲ نفر)	برنامه‌ی مراقبت معنوی (به مدت ۳ روز)	کارآزمایی بالینی تصادفی (آزمایشی)	تأثیر برنامه‌ی مراقبت معنوی بر میزان اضطراب در بیماران مبتلا به لوسمی (سرطان خون)	معینی، طالقانی، محرابی و موسی رضایی (۱۳۹۱) (English)	۴
نتایج این پژوهش نشان داد که، اگر چه میانگین نمرات گروه-های آزمایش در پایان مطالعه بیشتر از گروه کنترل بود، اما تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل مشاهده نشد. بنابراین؛ در این پژوهش اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی تایید نشد ($P > 0.05$) (۵۳).	پرسشنامه افسردگی، بک، پرسشنامه اضطراب بک	۴۵ نفر (گروه درمان شناختی - رفتاری ۱۵ نفر، گروه روان درمانی معنوی - مذهبی ۱۵ نفر، گروه کنترل ۱۵ نفر)	درمان شناختی - رفتاری (۸ جلسه)، روان درمانی معنوی - مذهبی (۸ جلسه)	نیمه آزمایشی	اثر بخشی مداخله‌های شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان	قهاری، فلاح، بواله‌ری، موسوی، رزاقی و اکبری (۱۳۸۹)	۵

References

1. Organization WH. Global tuberculosis report 2013: World Health Organization; 2013.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *J CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(1):7-30.
3. Dasgupta P, Turrell G, Aitken JF, Baade PD. Partner status and survival after cancer: A competing risks analysis. *J Cancer epidemiology*. 2016;41:16-23.
4. Hagigi F, Hossieni M. Assessing the attitude of Birjand citizens regarding cancer and its screening. *J Scientific Journal of Birjand Medical University*. 2003;10(3):18. [Persian].
5. Lindsay S, Kingsnorth S, Hamdani Y. Barriers and facilitators of chronic illness self-management among adolescents: a review and future directions. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2011;3(3):186-208.
6. Akbari A, Razzaghi Z, Homae F, Khayamzadeh M, Movahedi M, Akbari ME. Parity and breastfeeding are preventive measures against breast cancer in Iranian women. *J Breast cancer*. 2011;18(1):51-5. [Persian].
7. Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Özet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *J Cancer nursing*. 2001;24(6):490-5.
8. Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ. Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *J Lung Cancer*. 2011;71(2):235-40.
9. Musarezaie A, Khaledi F, Momeni-Ghaleghasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. *J Health Syst Res*. 2015;11(1):68-76. [Persian].
10. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh HM, Yavari A. The effects of logotherapy on depression, anxiety and quality of life of cancer patients in ahvaz big oil hospital. *Journal of Psychological Achievements (Journal of Education & Psychology)*. 2011;4(2):199-224. [Persian].
11. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J JNCI Monographs*. 2004;2004(32):32-9.
12. Sajadian A, Dokanei Fard F, Behboodi M. HER3 Gene Expression Study by RT-PCR in Patient with Breast Cancer. *J Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2016;9(2):43-51. [Persian].
13. Benedict C, Penedo FJ. Psychosocial interventions in cancer. *Psychological aspects of cancer: Springer*; 2013. p. 221-53.
14. Rajandram RK, Ho SM, Samman N, Chan N, McGrath C, Zwahlen RA. Interaction of hope and optimism with anxiety and depression in a specific group of cancer survivors: a preliminary study. *J BMC research notes*. 2011;4(1):519.
15. Akbari Nakhjovani H, Badri Gargari R. Efficacy of methods of emotional disclosure (verbal/written) to improve the quality of life in women with breast cancer. *J The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2015;26(6):519-30. [Persian].
16. Ma'arefvand M, Khatamsaz Z. Coping strategies of the parents of the children with cancer. *J Quarterly Journal of Social Work*. 2014;3(3):3-9. [Persian].
17. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *J Caspian journal of internal medicine*. 2014;5(3):167-70. [Persian].
18. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic

- review and meta-analysis. *J The lancet oncology*. 2013;14(8):721-32.
19. Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *J Supportive Care in Cancer*. 2005;13(10):826-33.
20. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *J The lancet*. 2006;367(9524):1747-57.
21. Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *J European journal of cancer*. 2002;38(1):27-43.
22. Akbarinia M, Manshaei GR, Yousefian S. Effectiveness of child-centered mindfulness therapy on the depression and anxiety of the children with cancer after drug therapy. *Journal of psychological science*. 2019;18(76):431-9. [Persian].
23. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *J Health Psychology*. 2004;23(1):3-15.
24. Deka SJ, Mamdi N, Manna D, Trivedi V. Alkyl cinnamates induce protein kinase C translocation and anticancer activity against breast cancer cells through induction of the mitochondrial pathway of apoptosis. *Journal of breast cancer*. 2016;19(4):358-71.
25. True G, Phipps EJ, Braitman LE, Harralson T, Harris D, Tester W. Treatment preferences and advance care planning at end of life: the role of ethnicity and spiritual coping in cancer patients. *J Annals of Behavioral Medicine*. 2005;30(2):174-9.
26. Livneh H, Martz E, Bodner T. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2006;13(3):250-60.
27. Rassouli M, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A. Experiences of patients with cancer and their nurses on the conditions of spiritual care and spiritual interventions in oncology units. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015;20(1):25-33. [Persian].
28. Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *J Epilepsy & Behavior*. 2006;9(1):133-9.
29. Daaleman TP, VandeCreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *J Jama*. 2000;284(19):2514-7.
30. Moghimian M, Salmani F. The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy center of Isfahan university of medical sciences, 2010, Isfahan, Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2012;6(3):40-5. [Persian].
31. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *J Current opinion in supportive and palliative care*. 2012;6(2):269-74.
32. Charkhabi M, Mortazavi A, Alimohammadi S, Hayati D. The effect of spiritual intelligence training on the indicators of mental health in Iranian students: An experimental study. *J Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;159:355-8. [Persian].
33. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a

- contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(2):185-96.
34. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(5):449-56.
35. Weis J. Support groups for cancer patients. *J Supportive Care in Cancer*. 2003;11(12):763-8.
36. Ashbury FD, Findlay H, Reynolds B, McKerracher K. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *Journal of pain and symptom management*. 1998;16(5):298-306.
37. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
38. Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. Pride and prejudice: Fear of death and social behavior. *J Current Directions in Psychological Science*. 2000;9(6):200-4.
39. Solomon S. Fear, Death, and Politics: What Your Mortality Has to Do with the Upcoming Election. J Interview by Jonah Lehrer *Scientific American*. 2008;23.
40. Razavi V. Relationship between social support and hope and death anxiety among the old people of Tehran Omid Cultural Center. *International Journal of Life Sciences*. 2015;9(2):65-70. [Persian].
41. Lashani Z, Lashani Z, Shaeiri M, Panahi S. Investigation of simple and multiple relations between Death Anxiety, Symbolic Immortality and Gratitude. *J JCP*. 2015;4(13):87-97. [Persian].
42. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
43. Shinn EH, Taylor CLC, Kilgore K, Valentine A, Bodurka DC, Kavanagh J, et al. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *J Palliative & supportive care*. 2009;7(3):299-306.
44. Aghakhani N, Akbari M, Abbasi M, Naderi J, Cheraghi R, Ayremloo M, et al. Evaluation of the spiritual health of cancer patients and their nurses in Iran. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2016;3(3):34-9. [Persian].
45. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(7):749-54.
46. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press; 2011.
47. Griffith JL. Religion that heals, religion that harms: A guide for clinical practice. New York: Guilford Press; 2010.
48. Hedayatizadeh-Omran A, Janbabaei G, FarajiEmafti M, Noroozi A, Kolagari S, Modanloo M. Relationship between spirituality and death anxiety in patients with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2018;27(156):98-108. [Persian].
49. Jani S, Molaee M, Jangi GS, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. *Journal of ilam university of medical sciences*. 2014;22(5):94-103. [Persian].
50. Salajegheh S, Raghbi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *SSU_Journals*. 2014;22(2):1130-9. [Persian].
51. Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in

- reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2012;3(1):85-115. [Persian].
52. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(1):88-93. [Persian].
53. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *J Know Res Appl Psychol*. 2012;13(4):33-40. [Persian].
54. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *J Bmj*. 2005;330(7493):702.
55. Büssing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2008;38(3):357-72.
56. So WK, Marsh G, Ling W, Leung F, Lo JC, Yeung M, et al., editors. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncology nursing forum*; 2009.
57. Noughani F, Monjamed Z, Bohrani N, Ghodrati JV. The comparison of self-esteem between male and female cancer patients. *Hayat*. 2006;12(2):33-41. [Persian].
58. Mayr M, Schmid RM. Pancreatic cancer and depression: myth and truth. *J BMC cancer*. 2010;10(1):569.
59. Saffarzādeh A, Roshan R, Shams J. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management in Reducing Anxiety, Stress and Depression of Women with Breast Cancer. *Clinical Psychology Studies*. 2012;2(6):1-23. [Persian].
60. Kübler-Ross E. *Living with death and dying*. New York: Simon and Schuster; 2011.
61. Rajabi GR, Begdeli Z, Naderi Z. Psychometric properties of the Persian version of Death Depression Scale among nurses. *J Death studies*. 2015;39(6):342-6. [Persian].
62. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*. 1990;46(6):834-9.
63. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Annals of Oncology*. 2013;24(3):792-800.
64. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(5):292-301.
65. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony HN. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *J Psychiatric services*. 2001;52(5):660-5.
66. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. New York: Taylor & Francis; 2015.
67. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(2):411-22.
68. Nesami MB, Goudarzian AH, Zarei H, Esameili P, Pour MD, Mirani H. The relationship between emotional intelligence with religious coping and general health of students. *J Materia socio-medica*. 2015;27(6):412-6. [Persian].
69. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford press; 2001.

70. Erickson VS, Westlake CA, Dracup KA, Woo MA, Hage A. Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *J AACN Advanced Critical Care*. 2003;14(4):477-87.
71. Borneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2002;4(1):21-33.
72. Theis SL, Biordi DL, Coeling H, Nalepka C, Miller B. Spirituality in caregiving and care receiving. *J Holistic Nursing Practice*. 2003;17(1):48-55.
73. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *J Psychosomatic medicine*. 1995;57(1):5-15.
74. Howard AF, Bottorff JL, Balneaves LG, Grewal SK. Punjabi immigrant women's breast cancer stories. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2007;9(4):269-79.
75. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *J Psychology & Health*. 2005;20(2):175-92.
76. Ahmad F, Binti Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of religion and health*. 2011;50(1):36-45. [Persian].
77. Purnell JQ, Andersen BL. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *J Counseling and values*. 2009;53(3):165-82.
78. Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, Peterman AH, Schover LR. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2008;17(9):908-16.
79. Sharif Nia H, Sharif SP, Esmaeili R, Goudarzian AH, Tahmasbi B, Yaghoobzadeh A, et al. Factors influencing the level of death depression in patients with cancer: a path analysis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;26(145):318-31. [Persian].
80. Taghavi M, Kalafi E, Talei A, Dehbozorgi G, Taghavi SMA. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;28(115):1-8. [Persian].