

بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و بهزیستی معنوی  
در بیماران مبتلا به سرطان پستان

افسانه طاهری<sup>۱</sup>

دکتر حسن احدی<sup>۲</sup>

دکتر فرح لطفی کاشانی<sup>۳</sup>

دکتر روح الله احمد زاده کرمانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: خرداد ماه 1391

تاریخ پذیرش: دی ماه 1391

چکیده:

سرطان یکی از بیماری های شایع در جهان است، و جزو منابع عمده استرس، ناتوانی و افت رضایت زندگی به حساب می آید. پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می پردازد. این پژوهش غیر آزمایشی و از نوع همبستگی است که در آن رابطه میان دو متغیر بهزیستی معنوی با سه مولفه و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است. جمعیت هدف آماری شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران در نیمه اول سال 1391 بودند. نمونه مورد مطالعه شامل 400 بیمار مبتلا به سرطان پستان بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از میان افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی انتخاب شدند. برای سنجش متغیر

<sup>1</sup> - دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

<sup>2</sup> - استاد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

<sup>3</sup> - استادیار روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

<sup>4</sup> - استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

های مورد نظر از دو پرسشنامه بهزیستی معنوی و پرسشنامه رضایت از زندگی استفاده شد. داده‌ها با شاخص‌های توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون توسط نرم افزار SPSS تحلیل شدند. تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین رضایت از زندگی و بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و بهزیستی مذهبی و رضایت از زندگی و بهزیستی وجودی رابطه معنا دار وجود دارد (  $P < 0/05$  ).

### کلید واژه ها - رضایت از زندگی، بهزیستی معنوی، سرطان پستان

#### مقدمه :

از قرن هفدهم تا اوایل قرن بیستم، بیشتر مردم تصور می کردند که بیمار شدن چیزی است که ناگهان برای شخص اتفاق می افتد و نمی توان برای ایمن ماندن از آن کاری انجام داد. با این تعبیر، زمانی که مردم بیمار می شدند فقط درصدد مراقبت‌های پزشکی بودند تا بهبود یابند ( کرتیس<sup>۱</sup>، 1990)، اما امروزه الگوی حاکم در زمینه سلامت و بیماری، الگوی فراگیر زیستی روانی اجتماعی است که عوامل روانی و اجتماعی را همراه با عوامل زیستی در فرآیند بیماری موثر می داند (برانون<sup>۲</sup> و فیست<sup>۳</sup>، 2007).

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در جهان است که به علت تکثیر غیرمترعارف و غیر قابل کنترل سلول‌ها بوجود می آید و یک نیوپلاسم بد خیم را بوجود می آورد که عوامل گوناگونی در بروز آن نقش دارند که از آن جمله می‌توان به عوامل ژنتیکی، غددی و محیطی اشاره کرد (سارافینو<sup>۴</sup>، 2011). سالانه بیش از 30000 نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند و در واقع پس از بیماریهای قلبی عروقی، سوانح و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران محسوب می‌شود (موسوی و

---

1. Curtis

2. Brannon

3. Feist

4. Sarafino

همکاران، 2007). سرطان پستان یکی از شایع ترین سرطان های زنان و از جمله نگرانی های عمده آنان است به طوری که طبق آمار اعلام شده به طور متوسط در جهان از هر 10 زن یک نفر به این بیماری مبتلا می شود. دو عامل مهم یعنی شایع بودن بیماری و نیز جوان یا میانسال بودن اغلب مبتلایان به آن، سبب شده است که مبحث سرطان پستان و راه های پیش گیری و درمان آن از جمله مباحث علمی روز دنیا باشد (پری<sup>1</sup> و کوالسکی<sup>2</sup>، 2007). امروزه اگر چه به علت استفاده گسترده از ماموگرافی، سرطان پستان اغلب در مراحل اولیه تشخیص داده می شود، با این حال هیچ گونه کاهش مشخصی در مرگ و میر ناشی از این سرطان مشاهده نشده است (نقش آور، تربتی زاده و عمادیان، 2007) به طوری که در کشورهای توسعه یافته 12 درصد از زنان 20 تا 34 ساله مبتلا به سرطان پستان هستند (هیکی<sup>3</sup>، پیت<sup>4</sup> و ساندرز<sup>5</sup>، 2009) و این در حالی است که سرطان پستان بیش از 25 درصد سرطان ها را در زنان ایرانی تشکیل می دهد (پورکیانی و همکاران، 1390) و برخلاف کشورهای غربی به نظر می رسد سن شایع این بیماری در ایران بین 35 تا 45 سالگی است (نقش آور، تربتی زاده و عمادیان، 2007).

بررسی ها نشان داده اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی متعددی قرار دارند که می تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی آنها ایجاد کند. این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می کنند، علاوه بر این درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها و اختلال در تصویر ذهنی از جمله عواملی

---

1. Perry

2. Kowalski

3. Hicckey

4. Peate

5. Saunders

هستند که بهداشت روانی مبتلایان به سرطان پستان را دچار اختلال می کنند ( کریچر<sup>1</sup> و همکاران، 2009).

رضایت از زندگی به عنوان یکی از متغیرهای مهم متاثر از بیماری های مزمن ناظر بر ادراک رضایت فردی از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کند و در رابطه با اهداف، انتظارات معیارها و دلمشغولی های انتخابی فرد است (داینر<sup>2</sup>، 1988). از این مفهوم چنین بر می آید که رضایت از زندگی فقط به عوامل پزشکی مربوط نمی شود و دو فرد با تشخیص پزشکی یکسان می توانند مشکلات مختلفی داشته باشند که به دلیل وضعیت های روان شناختی، رضایت زندگی و تعاملات اجتماعی متفاوت افراد است. به منظور فهم بار بیماری روی بیماران و یافتن درمان های موثر بر شرایط طبی، این مطلب به خوبی پذیرفته شده که عوامل روانی- اجتماعی موثر در رضایت زندگی باید مورد توجه قرار گیرد.

رخداد های تکان دهنده، طولانی مدت و میان فردی، باعث ایجاد تغییرات بسیاری در دستگاه ایمنی می شود تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس می توانند فعالیت دستگاه ایمنی بدن را مختل کند. اگر دستگاه ایمنی به طور طبیعی به فعالیت خود ادامه دهد، بیماریها را ردیابی خواهد کرد. وارگانایسم را سالم نگه خواهد داشت. با این همه استرس شدید در گسترش تعداد زیادی از بیماریهای جسمی، به ویژه بیماریهای قلبی، سرطان، رماتیسم، آسم، اختلالهای معده و روده نقش دارد. سرطان پیامدهایی را برای سلامت جسمی و روانی، اجتماعی ادراک شده به همراه دارد. الگوهای آسیب پذیری به استرس بیانگر آنند که عوامل فشارزای زیست پزشکی و وابسته به بیماری، همراه با عوامل آسیب پذیری ویژه درون فردی بر ادراک سلامت اثر می گذارد. ویژگی های شخصی همچون

---

<sup>1</sup>.Kricher

<sup>2</sup>.Deiner

شناخت‌ها و سبک‌ها مقابله‌ای رفتاری نشان داده شده است که سلامت ادراک شده را پیش‌بینی می‌کند (سارافینو، 2011).

از آنجا که سرطان از جمله منابع عمده استرس، ناتوانی و افت رضایت زندگی به حساب می‌آیند، افراد مبتلا باید با الزامات بیماری و درمان‌های آن سازگار شوند، چرا که می‌تواند بر تحرک و استقلال فرد اثر گذاشته و شیوه زندگی او را تغییر دهد به گونه‌ای که کاهش چشمگیر در بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمی مشاهده شود.

بر اساس آنچه گفته شد رضایت از زندگی ارتباط تنگاتنگی با استرس و نحوه ادراک آن دارد، چرا که احساس تنیدگی و فشار بیشتر جنبه ذهنی و استنباطی دارد، یعنی برداشت تهدید از موقعیت توسط فرد منجر به احساس استرس می‌شود.

برای کاستن از اثرات این بیماری محققان به دنبال پیدا کردن متغیرهای مرتبط با آن بوده‌اند. مثلاً برخی نتایج به نقش نیایش و عبادت در ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به انواع بیماری‌ها از جمله سرطان در کل مذاهب دنیا اشاره داشته و پرسنل خدمات بهداشتی و درمانی از آن به صورت گسترده به عنوان یک ابزار مهم در ارتقاء سطح سلامت جسمی و روحی بیماران خود سود برده‌اند (رضایی و همکاران، 2008).

بهزیستی معنوی یکی دیگر از موضوعات مورد مطالعه در این زمینه است که سازه‌ای چند بعدی و متشکل از دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی یعنی بهزیستی مذهبی به ارتباط با خدا و بعد افقی یعنی بهزیستی وجودی به احساس هدفمندی در رضایت مندی از زندگی بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد. بهزیستی مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است، اما بهزیستی وجودی نشانه این احساس فرد است که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد. از آنجایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه

عمل می کند، این دو بعد در عین منفک بودن با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه احساس سلامت معنوی و بهزیستی به تبع آن به وجود می آید (الیسون، 1383).

نتایج مطالعات مختلف نشان داده که معنویت از جمله بهترین روش های انطباقی برای حل مشکلات ناشی از بیماری های مزمن از جمله سرطان ها به شمار می رود و درصد بالایی از عبادت و راز و نیاز با خداوند در بین بیماران آمریکایی ثبت شده است، به طوری که نتیجه یک مطالعه مربوط به اثر عبادت و معنویت در کیفیت زندگی بیماران نشان داده که در 83 درصد موارد عبادت و راز و نیاز با خداوند باعث اثرات مثبت بر روی فعالیت های فیزیکی و ارتقاء سطح سلامت افراد بیمار شده است (تیلور<sup>1</sup>، 2009).

مطالعه انجام شده بر روی 25 مرکز بیمارستانی مربوط به سرطان نشان داده است که 84 درصد از بیماران برای تطابق با بیماریشان عبادت می کنند و در مطالعه ای دیگر در 59 مرکز بیماران سرطانی نشان داده که از عبادت (ارتباط با خداوند) می توان به عنوان ابزاری قدرتمند، مهم و موثر در ایجاد سازگاری جسمی و روانی بین فرد و بیماری استفاده کرد (سنداستورم<sup>2</sup> و متینسون<sup>3</sup>، 1997). مطالعه دیگر بر روی 79 بیمار سرطانی نشان داد که 44 درصد نمونه ها از دعا و نیایش برای کنترل و کاهش اضطراب و نگرانی خود استفاده می کنند (لوین، 1996). مطالعه دیگر نیز نشان داد که عبادت باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه و افزایش طول عمر زنان مبتلا می شود به گونه ای که 81 درصد بیماران با عبادت احساس مثبتی نسبت به سرطان سینه پیدا کرده و براحتی با آن تطابق پیدا کرده اند (لوین و همکاران، 2008).

مطالعه هندرسون<sup>4</sup> و همکاران (2003) بر روی زنان آفریقایی ساکن آمریکا که مبتلا به سرطان پستان بودند، نشان داد که نیایش و ارتباط با خدا نقش عمده ای در سازگاری

---

<sup>1</sup>.Taylor

<sup>2</sup>.Sandstorm

<sup>3</sup>.Matinson

<sup>4</sup>.Henderson

جسمی و روانی آنان دارد، به گونه ای که آنها اظهار داشتند ارتباط با خداوند و حرف زدن با او باعث آرام شدن و کاهش اضطراب آنها می شود، خداوند آنها را در تصمیم گیری - های مربوط به بیماریشان یاری می کند، بنابر این ارتباط خود را با خداوند افزایش داده اند و این عبادت و گرایش به معنویت باعث تغییر در نگرش، عملکرد و رفتار اجتماعی آنها شده است (هندرسون و دیگران، 2003؛ گیسون<sup>1</sup> و هندریکس<sup>2</sup>، 2006).

یک مطالعه دیگر در شیلی نشان داده است که استفاده از عبادت و افزایش وابستگی به خدا به همراه حمایت روانی و اجتماعی باعث افزایش وابستگی به زندگی می شود که برای کنترل سرطان بیماران بسیار کمک کننده است (چومانووا<sup>3</sup> و همکاران، 2006). هامیلتون<sup>4</sup> و همکاران (2007) نیز نشان دادند که یاد خداوند در گروه مبتلا به سرطان پستان، احساس آنها را نسبت به زندگی، دوستان، خانواده و بستگان افزایش می دهد. مطالعه دیگر (رضایی و حبیبی، 1385) نشان داد که فعالیت های مذهبی و نماز خواندن در 67 بیمار مبتلا به سرطان پستان باعث ارتقاء سطح سلامت زنان شده است.

تقوی (1390) هم در پژوهش خود بر روی 240 بیمار مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که بین افسردگی با سازگاری مذهبی، همبستگی منفی و معنی دار و بین افسردگی و حمایت اجتماعی همبستگی منفی و معنی دار وجود دارد. همبستگی بین سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی مثبت و معنی دار بوده است که با کم شدن نمره سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی، افزایش در نمره افسردگی مشاهده شده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان دهنده نقش مؤثر حمایت اجتماعی و سازگاری مذهبی در کاهش نشانه های افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بوده است.

---

<sup>1</sup>.Gibson

<sup>2</sup>.Hendricks

<sup>3</sup>.Choumanova

<sup>4</sup>.Hamilton

**روش:**

این پژوهش غیر آزمایشی و از نوع همبستگی است که در آن رابطه میان دو متغیر بهزیستی معنوی با سه مولفه و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است. جمعیت هدف آماری شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران در نیمه اول سال 1391 بودند. نمونه مورد مطالعه شامل 400 بیمار مبتلا به سرطان پستان بودند که به روش نمونه گیری در دسترس از میان افراد مراجعه کننده به مراکز درمانی انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد نظر از دو پرسشنامه بهزیستی معنوی و پرسشنامه رضایت از زندگی استفاده شد. پرسشنامه بهزیستی معنوی توسط پالوتزین و ایسون در سال 1982 ساخته شده است و شامل 20 سوال و دو خرده مقیاس است. سوالهای فرد مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی است و میزان تجربه ی فرد از رابطه رضایت بخش با خدا و سوالهای زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی در زندگی را می سنجد. پاسخگویی به سوالات براساس مقیاس لیکرت 6 درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. نمره گذاری سئوالات از 1 تا 6 است و با نمره گذاری مقیاس 3 نمره بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کل بهزیستی معنوی به دست می آید. ضرایب پایانی بازآزمایی برای خرده مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس، به ترتیب برابر با 0/86/90 و 0/93 و گزارش شده است. دومین پرسشنامه که برای سنجش رضایت از زندگی مورد استفاده قرار گرفت به وسیله داینر و همکارانش (1985) ساخته شده است. آنها در مطالعه اولیه خود ضریب آلفای کرونباخ معادل 0/87 را برای 176 دانشجوی دانشگاه ایلی نویز گزارش کردند. در همین مطالعه، اعتبار آزمون آزمون مجدد این مقیاس در فاصله دو ماه و در نمونه دانشجویی که در آزمون دوم شرکت کرده بودند معادل 0/82 بود. ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق طاهر پور (1384)، 0/84 گزارش شده است. جمع آوری اطلاعات بصورت فردی از بیماران



مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران بود. در ضمن با اطلاع دادن به بیماران و پاسخ به کسانی که نتایج پرسشنامه های خود را در خواست کردند مسائل اخلاقی و حفظ اطلاعات افراد رعایت شده است.

### یافته ها:

میانگین سنی افراد مورد مطالعه 51/46 و انحراف معیار آن 10/56 بوده است. نتایج سایر متغیرها را در جداول 1 و 2 آمده است.

جدول شماره 1: فراوانی و درصد وضعیت تاهل افراد مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
مجرد	16	4/7
متاهل	324	95/3
کل	340	100

جدول شماره 2: فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی افراد مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
ابتدایی	56	16/5
سیکل	73	21/5
دیپلم	136	40/0
لیسانس	70	20/6
بالتر از لیسانس	5	1/5
کل	340	100

جدول شماره 3: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف بهزیستی معنوی و پرسشنامه رضایت از

زندگی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	340	17/14	3/86
بهزیستی معنوی	340	78/65	11/53
بهزیستی مذهبی	340	44/07	7/63
بهزیستی وجودی	340	43/58	7/17

جدول شماره 4: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر رضایت از زندگی با ابعاد مختلف بهزیستی معنوی

متغیر	رضایت از زندگی	بهزیستی معنوی	بهزیستی مذهبی	بهزیستی وجودی
رضایت از زندگی	1	0/573**	0/438**	0/457**
همبستگی پیرسون	340	340	340	340
سطح معنی داری (دوسویه)	0/001	0/001	0/001	0/001
تعداد	340	340	340	340
بهزیستی معنوی	0/573**	1	0/794**	0/763**
همبستگی پیرسون	340	340	340	340
سطح معنی داری (دوسویه)	0/001	0/001	0/001	0/001
تعداد	340	340	340	340
بهزیستی مذهبی	0/438**	0/794**	1	0/214**
همبستگی پیرسون	340	340	340	340
سطح معنی داری (دوسویه)	0/001	0/001	0/001	0/001
تعداد	340	340	340	340
بهزیستی وجودی	0/457**	0/763**	0/214**	1
همبستگی پیرسون	340	340	340	340
سطح معنی داری (دوسویه)	0/001	0/001	0/001	0/001
تعداد	340	340	340	340

\*\* معنی داری ضریب همبستگی در سطح 0/001 (دوسویه)

## بحث و نتیجه گیری

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد مداخلات معنوی می توانند در پیشگیری و بهبود طبیعی از بیماری های جسمانی مختلف و کنار آمدن با درد مزمن، بیماری و مرگ کمک کننده باشند (ریچارد و برگین، 2005). این امر در بیماری های مزمن مانند HIV/AIDS و سرطان و نیز، در مشکلات روانی غیر روان پریش برجسته تر شده است (فلاح و همکاران، 1390).

تحلیل یافته های این پژوهش نشان داد که بین رضایت از زندگی و بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی و بهزیستی مذهبی و رضایت از زندگی و بهزیستی وجودی رابطه معنا دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). این یافته ها هماهنگ با پژوهش های: تیلور (2009)، سنداستورم و متینسون (1997)، لوین (1996)، لوین و همکاران (2008)، هندرسون و همکاران (2003)، گیبسون و هندریکس (2006)، چومانووا و همکاران (2006)، هامیلتون و همکاران (2007)، رضایی و حبیبی (1385)، تقوی (1390) می باشد.

برخی مبتلایان به سرطان به این نتیجه رسیده اند که معنویت می تواند در مقاومت در برابر بحران های جسمانی و روانی که به دنبال تشخیص و درمان این بیماری به وجود می آید یاری کننده باشد، چنان که در زنان مبتلا به سرطان پستان نیز مشاهده شده است که ترغیب به جستجوی معنویت، می تواند به عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ های جسمانی و روانی به سرطان عمل کند (مراویگلیا، 2006).

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 وقایع منفی را به شیوه ی متفاوتی ارزیابی نموده و حسی قوی تر از کنترل ایجاد نماید (سیمونی و همکاران، 2002). 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 یک نتیجه خوب به دست آورد و تعجب آور نیست که چنین اعتقادی احتمالاً نتایج روان شناختی قدرتمندی داشته باشد (نجفی، 2001).

## کتابنامه :

تقوی، سید مهدی(1390) بررسی رابطه افسردگی با سازگاری مذهبی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه دوره دکتری پزشکی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.

فلاح، راحله؛ گلزاری، محمود؛ داستانی، محبوبه؛ ظهیرالدین،علیرضا؛ موسوی، سید مهدی و اکبری، محمد اسماعیل(1390). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه ی گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار، دوره(5)، شماره(19):-80-69.

کرتیس، آنتونی جی ( 1990) روانشناسی سلامت . ترجمه علی فتحی آشتیانی، 1382، تهران: انتشارات بعثت.

Brannon, L., & Feist, J. (2007). Coping with stress and pain. In health psychology: An introduction to behavior and health (2nd ed., pp.139-164) Belmont, CA: Wadsworth

Choumanova I, wanat S, Barrett R, koopmanc.(2006) Religion and spirituality in coping with Breast cancer: Perspective of chi lea women. Breast J, Jul-Aug; 12(4): 349-52.

Ellison, C. (1983). Spiritual Well-Being: Conceptualization and measurement, Journal of Psychology and Theology, 11,330-340.

Henderson PD, Gore su, Davis BL, Condon EH.(2003) African Awivican women coping with Breast cancer: a qualitative analysis. Oncol Nurse Forum. Jul-Aug; 30(4):641-7.

Hickey M, Peate M, Saunders CM. Breast cancer in young women and its impact

Implications for counseling. Journal of Counseling Psychology, 49(2), 139-147.

Kricher A, Price M, Butow P, Goumas C, Armes JE, Armstrong BK.(2009) Effects of life event stress and social support on the odds of a $\geq$  2 cm breast cancer. Cancer Causes Control ; 20: 437-47.

Levin EG, Aviv G, yoo G, Ewing C, AuA. (2008)The benefits of prayer on mood and well being on breast cancer. *Survivors. Support cave cancer*; Jul 17:170-175.

Levin JS. How prayer health: *Alternative they health Med.* 1996; 2(1):66-73.

Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1), 1- 7.

Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. (2007) Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. *The Breast Journal* 13(4): 383–91.

Naghashvar F, Torabizadeh ZH, Emadian O. (2007) Status of estrogen Progesterone receptors and Her-2/neu expression in invasive breast cancer. *Journal of Gorgan University of Medical Science*; 8(4): 64-7.

Najafi, B. (2001). *Is religion beneficial for your health? The effects of religion on the physical and mental health* . Tehran: Humanities and Cultural

Paloutzian, R.F & Ellison, C.W. (1982). Lonliness, spiritual well-being, and quality of life. *In L.A. Peplau, & D. Perlam (Eds.), Lonliness: A sourcebook for current theory, research, and therapy*, New York, Wiley Inter science.

Perry SH, Kowalski Th, Chang CH. Quality of life assessment in women with psychological adaptation among women with HIV/AIDS: *Journal of Oncology Nursing Forum*, 33(1), 1- 7.

Rezaei M, Habibi A.(2008) Prayer activity in Breast cancer patient undergoing chemotherapy referred to Imam cancer institute in 1385. *IJCP* . , Feb; 1(1):29.

Richards, S. P., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling*

Sandstorm KE, Matinson IM. (1997)Patient's spiritual coping strategies: A Stay of nurse and patient perspective. *Uncoil Nurse Forum*. 14(2):41-46.

Sarafino E. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons, Inc.

Simoni, J. M., Marton, M. G., & Kerwin, J. (2002). *Spirituality and psychotherapy*. U.S.A, American Psychological Association



پرو، شپو، شگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی