

سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن

شیماسادات آقاحسینی^۱، آزاد رحمانی^۲، فرحناز عبدالله زاده^۳، ایرج اسودی کرمانی^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۲ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۳ مربی آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
^۴ استاد انکولوژی، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: داشتن سلامت معنوی یکی از عوامل مؤثر در بهبودی بیماران مبتلا به سرطان است. لذا با توجه به اهمیت سلامت معنوی در پیامدهای بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همبستگی بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان با حداقل ۱۸ سال سن که با آگاهی از نوع بیماری خود، به بیمارستان شهید قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۸ مراجعه داشتند انجام گردید. نمونه ها با روش در دسترس انتخاب شدند. سلامت معنوی بیماران با استفاده از پرسشنامه Paloutzian & Ellison (سال ۱۹۸۲) و برخی مشخصات دموگرافیک آنها نیز با پرسشنامه طراحی شده توسط محقق، بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. جهت بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و وابسته به بیماری با سلامت معنوی، آزمون های واریانس یک طرفه، تی مستقل و پیرسون به کار برده شد.

یافته ها: در این مطالعه، ۱۰۰٪ بیماران دارای سلامت معنوی متوسط بودند. بین سلامت معنوی بیماران با متغیرهای مورد بررسی، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از سلامت معنوی متوسطی برخوردارند که این امر با توجه به فرهنگ کشور ایران طبیعی است. هرچند به دلیل کمبود متون پژوهشی، تأیید این یافته به تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

کلید واژه ها: سرطان؛ سلامت معنوی؛ بیماران.

نویسنده مسئول مکاتبات: مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: shimaaghahosseini@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۲۰

مقدمه

سرطان دربرگیرنده بیش از ۱۰۰ نوع تومور بدخیم است که همه انسانها اعم از هر جنس، سن و نژادی در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند (۱). همچنین سرطان سومین علت مرگ و میر در دنیا بوده و در ایالات متحده هر ساله حدود ۱/۳ میلیون مورد

جدید تشخیص داده می شود (۲). در ایران نیز نتایج مطالعه موسوی و همکارانش نشان داد میزان بروز سرطان در سال ۱۳۸۳، ۹۸ در صد هزار نفر جمعیت برای زنان و ۱۱۰ در صد هزار نفر جمعیت برای مردان بوده است (۳). سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک ترین بیماری ها محسوب می شود و

بالایی قرار دارد (۱۵). همان گونه که مشاهده می شود نتایج مطالعات انجام شده در ایران در زمینه بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان اندک بوده و نمی توان با توجه به آنها در مورد سلامت معنوی این بیماران نتیجه گیری نهایی را به دست آورد. لذا با توجه به شیوع زیاد سرطان و تأثیر مخرب آن بر سلامت معنوی بیماران مبتلا و وابسته بودن مفهوم سلامت معنوی به عوامل فرهنگی، مذهبی و از طرفی کم بودن متون پژوهشی داخلی در زمینه سطح سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همبستگی، در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان آموزشی، درمانی شهید قاضی طباطبایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی بیمارانی که در زمان انجام مطالعه با تشخیص نهایی سرطان برای دریافت مراقبت های درمانی به این بیمارستان مراجعه داشتند، تشکیل می داد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن اطلاع از تشخیص نهایی سرطان، داشتن حداقل ۱۸ سال سن و توانایی برای شرکت در مطالعه.

معیارهای خروجی نیز شامل ابتلا به هر بیماری مزمن دیگر غیر از سرطان و داشتن سابقه اختلالات روانی بود. از زمان شروع بررسی همه بیمارانی که واجد معیارهای ورود و خروج به مطالعه بودند با روش در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و در مدت پنج ماه داده های ۱۵۰ بیمار جمع آوری شد. برای بررسی سلامت معنوی و عوامل مؤثر بر آن از پرسشنامه استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲ قسمت اصلی بود. قسمت اول شامل: متغیرهای دموگرافیک بیماران از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طول مدت ابتلا به بیماری، میزان مسئولیت اجتماعی بیماران و حمایت خانوادگی موجود برای بیماران بود. در قسمت دوم پرسشنامه نیز از سلامت معنوی Paloutzian & Ellison (۱۹۸۲) استفاده شد.

مانند سایر بیماری ها از تأثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست، جنبه های فرهنگی، ارزش ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و تفاوت های شخصیتی، تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها بوده و بر چگونگی مقابله با بیماری تأثیر گذار است (۴). سلامت معنوی، نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی - روانی و اجتماعی انسان را تشکیل می دهد (۵). آگاهی از تشخیص سرطان باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیری افزایش یابد (۶). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان، با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود (۷). وقتی سلامت معنوی به خطر بیافتد ممکن است فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، انزوا و افسردگی در زندگی شود (۸). مذهب و معنویت می تواند با فراهم نمودن منبع مهمی از قدرت برای بیماران مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی بیماران را ارتقا داده و از سطح استرس آنها بکاهد (۹). در بسیاری از مطالعات نیز اهمیت همه جانبه مذهب و معنویت بر پیامدهای بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفته و تأثیر مثبت آنها تأیید شده است (۱۰). بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان معتقدند اعتقادات مذهبی و برخورداری از سلامت معنوی یک منبع مهم از تطابق با بیماری و درمان برای آنان ایجاد می کند. در مطالعات زیادی نیز مشخص شده است که یکی از مهم ترین پاسخ های سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، بازگشت آنها به معنویت است و این بازگشت نقش بسیار مهمی در بهبود تطابق و زندگی آنان دارد (۱۱، ۱۲). تجربه زندگی با سرطان نشان می دهد که سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم بوده و در بیماران مبتلا به سرطان باعث زندگی هدفدار و معنادار می گردد (۱۳). بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت می شود؛ به طور مؤثر می توانند با بیماری خود سازگار شده و مراحل آخر بیماری را به خوبی بگذرانند (۱۴). در زمینه سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در ایران، تنها یک مقاله پژوهشی یافت گردید که در آن سطح سلامت معنوی بیماران بررسی شده بود. رضایی و همکارانش در این مطالعه نشان دادند سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در سطح

جدول شماره ۱: مشخصات بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به

بیمارستان شهید قاضی طباطبایی تبریز

متغیر	گروه‌ها	بیماران درصد (فراوانی)
جنس	مذکر	۷۶ (۵۲/۸)
	مونث	۶۸ (۴۷/۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۳ (۲۲/۹)
	متاهل	۱۰۳ (۷۱/۵)
	مطلقه	۸ (۵/۶)
	بیسواد	۵۶ (۳۸/۹)
تحصیلات	ابتدایی	۲۰ (۱۳/۹)
	راهنمایی	۱۴ (۹/۷)
	دبیرستان	۲۲ (۱۵/۳)
	دانشگاهی	۳۲ (۲۱/۵)
برخورد اعضای خانواده	عالی	۶۲ (۴۳/۱)
	خوب	۵۵ (۳۸/۲)
	متوسط	۲۵ (۱۷/۴)
	ضعیف	۲ (۱/۴)

جدول شماره ۲: سطوح سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان

سطح سلامت معنوی (کیفی)	فراوانی	درصد
ضعیف	۰	۰
متوسط	۱۵۰	۱۰۰
قوی	۰	۰

نتایج حاکی از آن بود که نمره کلی سلامت معنوی بیماران $75/30 \pm 3/87$ می‌باشد. ابعاد سلامت معنوی به صورت کیفی در جدول شماره ۲ آورده شده است. طبق جدول، ۱۰۰٪ بیماران دارای سلامت معنوی متوسط هستند.

بررسی ارتباط برخی متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی بیماران با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین سن و سلامت معنوی بیماران ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/34$ ، $r=0/08$). همچنین بین سلامت معنوی بیماران و زمان تشخیص سرطان رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ($r=0/04$ ، $p=0/58$). ارتباط برخی دیگر از متغیرهای دموگرافیک و وابسته به بیماری با سلامت معنوی، با استفاده از آزمون تی مستقل و یا آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نحوه زندگی، میزان مسئولیت

این پرسشنامه ۲۰ سؤالی است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را بررسی می‌کند. نمره گذاری سلامت معنوی جمع دو زیرگروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. با توجه به دستورالعمل پرسشنامه نمره بین ۵۳-۲۰ به عنوان سلامت معنوی پایین، نمره بین ۸۷-۵۴ به عنوان سلامت معنوی متوسط و نمره بین ۱۲۰-۸۸ به عنوان سلامت معنوی بالا در نظر گرفته می‌شود.

روایی پرسشنامه به روش اعتبار صوری و محتوی، توسط ۱۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید گردید، پس از دریافت نظرات این کارشناسان تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. سپس پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی تعیین گردید. به این منظور در ۲ نوبت به فاصله ۱۰ روز پرسشنامه به ۱۵ بیمار جهت تکمیل ارائه شد و ضریب همبستگی بین ۲ نوبت آزمون محاسبه گردید (۰/۹۱).

در این بررسی، اطلاعات لازم در مورد مطالعه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش به تمامی بیماران داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ صورت گرفت. جهت توصیف متغیرهای دموگرافیک و اطلاعات وابسته به بیماری، همچنین سطح سلامت معنوی بیماران از آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و وابسته به بیماری با سلامت معنوی بیماران نیز آمار استنباطی شامل آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه، تی مستقل و پیرسون به کار برده شد.

یافته‌ها

بررسی متغیرهای دموگرافیک و وابسته به بیماری نشان داد میانگین سن بیماران $43/94 \pm 16/30$ سال و میانگین طول دوره تشخیص سرطان $2/00 \pm 2/48$ سال بوده است. سایر اطلاعات بیماران در جدول شماره ۱ آورده شده است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد تمام بیماران مبتلا به سرطان دارای سلامت معنوی متوسط می باشند و بین سلامت معنوی بیماران با متغیرهای مورد بررسی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. این امر با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی بودن مردم جامعه ایران امری طبیعی تلقی می شود؛ زیرا بیماران برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند. در راستای هدف اول مطالعه مشخص گردید اکثر بیماران مبتلا به سرطان دارای سلامت معنوی متوسط هستند. نتایج مطالعه رضایی و همکارانش در تهران نیز نشان داد سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان بالا می باشد (۱۵). در مطالعه ای دیگر، Leung و همکارانش با بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری به سر می بردند، گزارش نمودند این بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردارند (۱۶). از طرف دیگر، Nelson و همکارانش در تحقیق خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند سلامت معنوی بیماران در سطح متوسطی قرار داشته و بین سطح سلامت معنوی با افزایش کیفیت زندگی بیماران ارتباط آماری معنی داری وجود دارد (۱۷). بنابراین، همان گونه که مشاهده می شود نتایج این مطالعات تا حدی متناقض است. اگرچه این تفاوت ها می تواند ناشی از دقت در اجرای این تحقیقات و استفاده از ابزارهای متفاوت باشد؛ ولی باید توجه داشت که در این بررسی ها و حتی مطالعه حاضر، طیف مختلفی از بیماران مبتلا به سرطان از جمله بیماران تازه تشخیص داده شده، بیماران تحت شیمی درمانی و یا کل بیماران حضور داشتند و این تفاوت در بیماران انتخاب شده می تواند دلیل اصلی این تناقض باشد. در راستای هدف دوم مطالعه یعنی ارتباط متغیرهای دموگرافیک و وابسته به بیماری بیماران با سطح سلامت معنوی آنان مشخص گردید بین سن، طول مدت تشخیص بیماری، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سطح اقتصادی، میزان مسئولیت و نحوه زندگی با سطح سلامت معنوی بیماران ارتباطی وجود ندارد. همچنین در زمینه ارتباط سایر متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان با سطح سلامت معنوی آنان، نتایج مطالعات انجام شده متفاوت بود. Fernsler و همکارانش در مطالعه خود، هیچ ارتباط معنی داری را بین متغیر سن با سلامت معنوی گزارش نکردند (۵). به طور متفاوت، نتایج

اجتماعی و حمایت خانوادگی بیماران ارتباط آماری معنی دار با سلامت معنوی وجود ندارد.

جدول شماره ۳: ارتباط سلامت معنوی با مشخصات دموگرافیک و وابسته به بیماری بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید قاضی

طبایبایی تبریز			
متغیر	گروه ها	انحراف معیار ± میانگین	شاخص های آماری
جنس	مؤنث	۷۵/۲۱ ± ۳/۹۰	$df=143, t=-0.726$
	مذکر	۷۵/۰۴ ± ۳/۷۹	$p=0.479$
وضعیت تأهل	مجرد	۷۵/۶۰ ± ۳/۶۳	$df=135, t=-0.61$
	متأهل	۷۵/۱۳ ± ۳/۸۷	$p=0.53$
تحصیلات	بیسواد	۷۴/۵۷ ± ۳/۴۹	$df=5, F=15.31$
	ابتدایی	۷۳/۸۰ ± ۴/۲۱۵	$p=0.11$
	راهنمایی	۷۶/۲۱ ± ۳/۵۱	
	دبیرستان	۷۶/۵۹ ± ۴/۸۷	
وضعیت اقتصادی	دانشگاهی	۷۵/۴۱ ± ۳/۱۸۹	
	خیلی پایین	۷۳/۵۷ ± ۴/۲۷	$df=4, F=1.78$
	پایین	۷۴/۹۳ ± ۴/۱۸	$p=0.13$
	متوسط	۷۵/۶۴ ± ۳/۲۸	
نحوه زندگی	خوب	۷۵/۹۰ ± ۳/۷۲	
	خیلی خوب	۷۳/۶۶ ± ۴/۷۲	
	تنها	۷۴/۶۰ ± ۲/۶۰	$df=3, F=0.80$
	با همسر	۷۵/۱۲ ± ۳/۸۲	$p=0.49$
میزان مسئولیت اجتماعی	با والدین	۷۵/۶۰ ± ۳/۸۰	
	با دیگران	۷۲/۵۰ ± ۵/۸۰	
	اصلا	۷۵/۵۵ ± ۳/۹۸	$df=3, F=1.23$
	کم	۷۴/۹۶ ± ۳/۴۲	$p=0.30$
حمایت اعضای خانواده	متوسط	۷۴/۱۲ ± ۴/۰۲	
	زیاد	۷۵/۷۸ ± ۳/۷۰	
	عالی	۷۵/۹۳ ± ۳/۷۳	$df=3, F=1.88$
	خوب	۷۴/۷۸ ± ۴/۰۳	$p=0.13$
	متوسط	۷۳/۹۶ ± ۳/۴۸	
	ضعیف	۷۴/۵۰ ± ۲/۱۲	

جمع آوری داده‌ها با روش مصاحبه صورت گرفت که این امر کاربرد یافته‌ها را محدود می‌سازد. بنابراین توصیه می‌شود در این زمینه تحقیقاتی با حجم نمونه بالاتر و روش نمونه‌گیری مناسب‌تر انجام گیرد. همچنین بهتر است در زمینه ارتباط مشخصات بیماران با سطح سلامت معنوی آنان مطالعاتی صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقاتی سلامت معنوی بیماران با سرطان‌های مختلف در مراحل متفاوت بیماری نیز با هم مقایسه گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها این مطالعه نشان داد سطح سلامت معنوی بیماران در حد متوسطی قرار دارد. البته با توجه به تأثیرات زیادی که سلامت معنوی بر سلامتی جسمی - روانی بیماران مبتلا به سرطان دارد ارتقای سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان باید جزء اولویت‌های مراقبین این بیماران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از نتایج یک طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۸۹/۱ بوده و هزینه آن توسط معاونت پژوهشی این دانشگاه تأمین شده است. بدین وسیله از مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مادی و معنوی از این طرح تحقیقاتی را برعهده داشته است، تشکر می‌شود.

مطالعه رضایی و همکارانش، Rowe & Allen نیز نشان داد با افزایش سن، میزان سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد (۱۵، ۱۸). در مطالعه‌ای که توسط McClain و همکارانش انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که ارتباطی بین سن و وضعیت تأهل با سلامت معنوی در بیماران وجود ندارد (۱۹)، ولی در مطالعه رضایی و همکارانش تحت عنوان سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی، هیچ ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل با سلامت معنوی مشاهده نگردید (۱۵). در مطالعه Nelson و همکارانش نیز ارتباط معنی‌داری بین متغیر میزان تحصیلات با سلامت معنوی یافت نشد (۱۷). Livneh و همکارانش نیز بین متغیرهای جنس و میزان تحصیلات با سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌داری را گزارش نکردند (۸). همچنین رضایی و همکارانش در پژوهش خود در تهران، هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آنان نشان ندادند (۱۵). بنابراین اگرچه در بیشتر تحقیقات بین ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و سلامت معنوی آنها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است، ولی در برخی مطالعات ارتباطاتی وجود داشته است. در هر صورت به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به شفاف‌سازی بیشتری وجود دارد. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که کاربرد نتایج آن را محدود می‌سازد. اول اینکه در این پژوهش نمونه مطالعه با روش در دسترس انتخاب شد. دوم اینکه در این مطالعه از روش خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید و در مورد اکثر بیماران نیز

References:

1. Gall TL. The Role of Religious Coping in Adjustment to Prostate Cancer. *Cancer Nurs* 2004;27(6):454-61.
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Sudarthes: Textbook of Medical Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins; 2008. p. 381-3.
3. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer Incidence and Mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009;20(3):556-63.
4. Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Cultural Consideration in Education for Cancer Pain Management. *J Cancer Edu* 1999;14:168-73.
5. Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual Well-Being and Demands of Illness in People with Colorectal Cancer. *Cancer Nurs* 1999;22(2):134-40.
6. Justo Roll I, Simms V, Harding R. Multidimensional Problems Among Advanced Cancer Patients in Cuba: Awareness of Diagnosis Is Associated with Better Patient Status. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(3):325-30.
7. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of Nursing: Human Health and Function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. p. 1383-92.

8. Livneh H, Lott Sh, Antonak R. Patterns of Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Cluster Analytic Approach. *Psycho-Health & Med* 2004;9(4):411-30.
9. Yoshimoto SM, Ghorbani S, Baer JM, et al. Religious Coping and Problem-Solving by Couples Faced with Prostate Cancer. *Eur J Cancer Care* 2006;15:481-8.
10. Zwingmann C, Muller C, Korber J, et al. Religious Commitment, Religious Coping and Anxiety: A Study in German Patients with Breast Cancer. *Eur J Cancer Care* 2008;17:361-70.
11. Sherman AC, Simonton S, Adams DC, et al. Measuring Religious Faith in Cancer Patients. *Psycho-Oncology* 2001;10:436-43.
12. Taylor EJ. Spiritual Needs of Patients with Cancer and Family Caregivers. *Cancer Nurs* 2003;4(26):72-85.
13. Chuengsatiansup K. Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 2003;23(1):3-15.
14. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer: An Integrative Review of the Literature. *J Adv Nurs* 2003;44(1):69-80.
۱۵. رضایی م، سید فاطمی ن، حسینی ف. سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. *حیات*. ۱۳۸۷؛ ۱۴(۴،۳): ۳۳-۳۹.
16. Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The Influence of Awareness of Terminal Condition on Spiritual Well-Being in Terminal Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(5):449-56.
17. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galieta M. Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics* 2002;43(3):213-20.
18. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a Means of Coping with Chronic Illness. *American J Health Studies* 2004;19(1):62-67.
19. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. The Influence of Spiritual Well-Being on End-of-Life Despair in a Group of Terminally ill Cancer Patients. *Lancet* 2003;361:1603-7.