

ارتباط افسردگی با حمایت‌های اجتماعی در بیماران مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز

غلامحسین نوروزی نژاد^۱، ولی ا... اکبری^۱، ته‌مینه دادخواه تهرانی^۲، عصمت نوروزی نژاد^۳

^۱استادیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲مری مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با پیشرفت درمان‌های سرطان و افزایش طول عمر بیماران، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانشناختی در بین بیماران مبتلا به سرطان محسوب می‌شود. با توجه به تأثیر افسردگی بر درمان و روند بیماری‌های مزمن نظیر سرطان، مطالعه حاضر جهت بررسی ارتباط افسردگی و حمایت‌های اجتماعی در بیماران سرطانی صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی بر روی ۸۰ بیمار بزرگسال سرطانی مراجعه کننده به بخش رادیوتراپی و انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۸۴ انجام شد. نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه‌ای که شامل سه بخش سؤالات دموگرافیک، آزمون افسردگی بک و پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی بود، توسط یک پرسشگر از طریق مصاحبه و بررسی پرونده بیمار تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (مربع کای، من ویتنی، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) انجام گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌های مورد پژوهش $43/35 \pm 17/58$ سال و از نظر جنسیت $37/5\%$ مرد و $62/5\%$ زن بودند، همچنین $52/5\%$ بیماران، مبتلا به افسردگی و $57/5\%$ آنها از هیچ گونه حمایت اجتماعی برخوردار نبودند. بین شدت افسردگی و میزان حمایت‌های اجتماعی ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی میزان افسردگی کاهش نشان داد ($p=0/000$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد افسردگی با حمایت‌های اجتماعی همبستگی معکوس دارد. لذا پیشنهاد می‌گردد به منظور پیشگیری و کاهش افسردگی در بیماران سرطانی، توسعه شبکه حمایت‌های اجتماعی در خانواده و جامعه مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: حمایت‌های اجتماعی؛ افسردگی؛ انکولوژی.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: adkhah-tehrani@muq.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۱۶

مقدمه

فراوانی نشان می‌دهد بیماران مبتلا به سرطان، مستعد ابتلا همزمان به مشکلات روانپزشکی می‌باشند (۷، ۶). به طوری که ابتلا به سرطان معمولاً مترادف با مفاهیمی چون مرگ، درد، رنج و عذاب روحی است (۸). در برخی تحقیقات مشخص گردید شیوع افسردگی در هنگام تشخیص بیماری $33/3\%$ ، ۳ ماه پس از تشخیص

افسردگی شایع‌ترین بیماری بشر در ۲۵۰۰ سال گذشته بوده و اخیراً نیز توجه جدی تری به آن شده است (۲، ۱). از طرفی، افسردگی بر بهبود برخی از بیماری‌های غیرروانپزشکی مانند سکتة مغزی و قلبی و انواع سرطان‌ها اثرات منفی دارد (۵-۳). مطالعات

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۸۶ انجام شد. تشخیص قطعی سرطان در این بیماران توسط پزشکان متخصص یا فوق تخصص در رشته های مختلف، براساس آزمایشها مختلف تشخیصی، از جمله پاتولوژی، بیومارکرها، طب هسته ای و بیوشیمی داده شده بود. در زمان تحقیق بیماران جهت شیمی درمانی، رادیوتراپی و یا هر دو مراجعه داشتند. معیار ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۶ سال و عدم سابقه ابتلا به افسردگی قبل از ابتلا به سرطان بود. ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، درآمد، آگاهی از ابتلا به سرطان، سابقه افسردگی و سرطان در خانواده، نوع سرطان، مدت زمان تشخیص، تعداد جلسات درمان و روش درمان، سابقه جراحی برای درمان سرطان)، آزمون استاندارد افسردگی بک و پرسشنامه حمایت های اجتماعی فیلیس براساس تعریف Kobe در سال ۱۹۷۷ بود (۱۸).

آزمون استاندارد افسردگی بک شامل ۲۱ عبارت ۴ گزینه ای است، که شامل ۲۱ عبارت با چهار حالت می باشد، و براساس پاسخ نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ امتیازدهی می شود که در نهایت، امکان کسب نمره از ۰-۶۳ است. با محاسبه نمره نهایی کسب شده توسط نمونه های مورد پژوهش شدت افسردگی تعیین می شود. نمره ۰-۱۰ به معنی عدم افسردگی، ۱۱-۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷-۲۰ نیازمند مشاوره، ۲۱-۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و ۴۱-۶۳ افسردگی خیلی شدید می باشد. روایی و پایایی این آزمون در تحقیقی توسط شکری در ایران تأیید شده است (۱۹).

قسمت سوم، پرسشنامه حمایت اجتماعی است که توسط Stewart و Williams, Haley Thomson, Philips, Vaxs تهیه شده است. ساختار نظری این پرسشنامه بر پایه تعریف Kobe از حمایت اجتماعی استوار است. Kobe حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است. این مقیاس شامل سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین است. این پرسشنامه توسط صغری ابراهیمی قوام (سال ۱۳۷۰) ترجمه گردید (۱۹). غلامرضا پاشا و همکارانش (سال ۱۳۸۶) در یک مطالعه ضریب پایایی این

۲۴٪ و با افزایش طول مدت ابتلا به سرطان، کاهش می یابد، به طوری که از سال اول تا پنجم به ترتیب شیوع ۴۸٪، ۲۵٪، ۲۳٪، ۲۲٪ و ۱۵٪ بوده است (۹). بنابراین به نظر می رسد تشخیص به موقع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان جهت درمان های دارویی و حمایتی به وسیله تیم درمانی مشتمل بر یک روانپزشک؛ از الزامات مورد تأکید در برنامه ریزی جامع و کامل برای انطباق فرد با شرایط سخت زندگی است. حمایت اجتماعی توسط سرپرستان، دوستان، همکاران و وابستگان می تواند بسیاری از علائم درماندگی و روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (۱۰). راههای بسیاری برای مدارا با هیجانات منفی وجود دارد، که یکی از این راهها طلب حمایت عاطفی از دوستان می باشد (۱۱). با توجه به پیشرفت های درمانی، سرطان از یک بیماری درمان ناپذیر به یک بیماری مزمن و غالباً درمان پذیر تبدیل شده است، به همین علت وجوه روانپزشکی سرطان و واکنش نسبت به تشخیص و درمان آن اهمیت فزاینده ای یافته و با اینکه مشکلات روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان شایع است، اغلب با موفقیت قابل درمان می باشد، ولی متأسفانه بسیاری از این مشکلات تشخیص داده نمی شوند. مشکلات پایدار و طولانی مدت اکثراً در کسانی رخ می دهد، که از قبل دچار آسیب پذیری روانشناختی بوده و یا فاقد یک خانواده حمایت کننده می باشند. این مشکلات به ویژه پس از انجام ماستکتومی، قطع عضو و رادیوتراپی بیشتر شایع است (۱۲). اغلب بیماران برای انطباق خود با شرایط ابتلا به بدخیمی به باورها و اعتقادات مذهبی ایمان دارند (۱۳). به طور مثال در مطالعه صورت گرفته توسط Balboni (سال ۲۰۰۷) ۸۸٪ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، تکیه بر مذهب، دعا و نیایش را مهم ترین عامل انطباق خود با بیماری بیان کردند (۱۴). همچنین عبادت و نیایش روزانه و مطالعات کتب مذهبی مهم ترین روشی است، که بیماران مبتلا به بدخیمی برای انطباق و کنار آمدن با شرایط بیماری خود به کار می گیرند (۱۶-۱۴). در یک مطالعه با مرور بیش از ۵۱ مقاله، این نتیجه به دست آمد که مذهب در مقابل ابتلا به بیماری، مرگ و میر، افسردگی و فشارهای روانی نقش محافظتی ایفا می کند (۱۷). این مطالعه با هدف تعیین ارتباط علائم افسردگی با حمایت های اجتماعی در بیماران مراجعه کننده به بخش رادیوتراپی و انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز صورت گرفت.

تشخیص سرطان $13/7 \pm 19/90$ ماه و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات درمان $11/10 \pm 12/18$ برآورد شد.

یافته‌ها نمایانگر آن بود که بیشترین فراوانی شدت افسردگی نمونه‌های مورد پژوهش افسردگی خفیف می‌باشد ($47/5\%$) (جدول شماره ۱).

تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد شدت افسردگی با جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد، تعداد جلسات درمان، سابقه خانوادگی سرطان، مدت زمان تشخیص سرطان و روش درمانی، رابطه معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$)، درحالی‌که با آگاهی از ابتلا سرطان و سابقه خانوادگی افسردگی رابطه معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). همچنین میزان حمایت‌های اجتماعی با جنسیت، سن، تحصیلات، درآمد، روش درمانی، آگاهی از ابتلا به سرطان و سابقه خانوادگی افسردگی رابطه معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$)، درحالی‌که با تعداد جلسات درمان، سابقه خانوادگی سرطان و مدت زمان تشخیص بیماری رابطه معنی‌داری نشان داد ($p < 0/05$).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی شدت افسردگی

شدت افسردگی	فراوانی	درصد
بدون افسردگی	۳۸	۴۷/۵
افسردگی خفیف	۱۵	۱۸/۸
نیاز به مشاوره	۶	۷/۵
افسردگی متوسط	۱۷	۲۱/۳
افسردگی شدید	۳	۳/۸
افسردگی خیلی شدید	۱	۱/۳
جمع	۸۰	۱۰۰

بحث

مطالعه حاضر نشان داد در بیماران مبتلا به سرطان، بین شدت افسردگی با میزان حمایت‌های اجتماعی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد. نتایج این بررسی تا حدود زیادی با پژوهش‌های انجام گرفته توسط دیگر محققین همخوانی داشت. Koopman و همکارانش (سال ۲۰۰۱)، به منظور دستیابی به ارتباط بین افسردگی با میزان حمایت‌های اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان، پژوهشی بر روی ۱۰۰ زن در آمریکا انجام دادند. یافته‌های این محققین نشان داد که اکثریت زنان مبتلا به سرطان، آگاهی از وجود سرطان را به‌عنوان یکی از چهار حادثه استرس‌زای اصلی می‌دانستند، و اظهار داشتند که در زمینه بیماری

پرسشنامه را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف، به ترتیب برابر $0/84$ و $0/82$ به دست آوردند و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های خانواده، دوستان و سایرین را در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی به ترتیب $0/55$ ، $0/64$ و $0/54$ به نقل از باوی (سال ۱۳۸۳) بیان کردند (۲۰). بنابراین، پرسشنامه حاضر برای انجام پژوهش‌های روانشناختی از درجه مطلوبیت مناسبی برخوردار است.

جمع‌آوری داده‌ها توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام گرفت. ملاحظات اخلاقی شامل: ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش به بیمار یا ولی او، اخذ رضایت قبل از انجام طرح، پر کردن پرسشنامه، بی‌نام بودن پرسشنامه و محرمانه ماندن اطلاعات حین و پس از تحقیق بود، که با توجه به شرایط جسمی و روحی بیمار رعایت گردید. پرسشنامه نیز به زبانی ساده و قابل فهم تدوین شده بود. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، تجزیه و تحلیل نتایج و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، آمار توصیفی و استنباطی (مربع کای، من‌ویتنی، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، نمونه‌های مورد پژوهش از نظر جنسیت $37/5\%$ مرد و $62/5\%$ زن بودند و میانگین و انحراف معیار سن آنها $43/35 \pm 17/58$ سال برآورد شد. بیشترین فراوانی نمونه‌ها از نظر تحصیلات، مقطع متوسطه و کمترین فراوانی، تحصیلات دانشگاهی بود. از نظر تأهل، 60% از بیماران متأهل، 15% مجرد و بقیه مطلقه و بیوه بودند. 40% از نمونه‌ها زنان خانه‌دار و فقط 4% بیکار بودند. همچنین بیشترین فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش مربوط به سرطان پستان ($31/3\%$) و بعد سرطان خون (20%) گزارش شد، در $18/8\%$ از آنها نیز سابقه خانوادگی سرطان وجود داشت. از نظر آگاهی ابتلا به سرطان، $76/3\%$ از بیماری بدخیم خود اطلاع داشتند. از نظر روش درمان، 22% تحت رادیوتراپی، $43/8\%$ تحت شیمی‌درمانی و $33/8\%$ تحت هر دو درمان قرار داشتند. 70% از بیماران نیز برای درمان سرطان قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. سابقه خانوادگی افسردگی در نمونه‌های مورد پژوهش $13/8\%$ بود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان

است فردی که با بیمار افسرده زندگی می کند؛ متحمل استرس های زیادی است، همچنین انتقال وراثتی بیماری افسردگی می تواند فرد را مستعد ابتلا به افسردگی کند. از طرفی، نمونه های تحقیق حاضر مبتلا به بیماری وخیم و جدی بودند. تجمع چنین شرایطی، بیمار سرطانی را مستعد ابتلا به افسردگی می کند.

در منابع اصلی ذکر شده است، که بیمار در ابتدای تشخیص سرطان و آگاه شدن از آن، هنوز نتوانسته با شرایط جدید خود را وفق دهد، و مکانیزم های مدارا به خوبی عمل نکرده و بیمار در ابتدای تشخیص با احساسات مختلفی مانند احساس گناه، عصبانیت، سرخوردگی، اضطراب و افسردگی روبرو می شود. بنابراین در این بررسی انتظار می رفت در شروع تشخیص سرطان میزان افسردگی بیشتر باشد، ولی بین شدت افسردگی و حمایت های اجتماعی با طول مدت تشخیص بیماری سرطان همبستگی معنی داری مشاهده نشد. در حالی که در تحقیق Cornelius و همکارانش، شیوع افسردگی در هنگام تشخیص بیماری ۳۳٪، ۳ ماه پس از تشخیص ۲۴٪ و با افزایش طول مدت ابتلا به سرطان، شیوع افسردگی کمتر گزارش شد، به طوری که از سال اول تا پنجم به ترتیب شیوع ۴۸٪، ۲۵٪، ۲۳٪، ۲۲٪ و ۱۵٪ بود (۹). در روند انجام این تحقیق، محدودیت هایی وجود داشت از جمله اینکه در مواردی پرونده بیمار تکمیل نبود و به ناچار به گزارش های بیماران و همراهان استناد گردید، که احتمال نادرست و یا ناقص بودن گزارش وجود داشت. و یا اینکه برخی نشانه های افسردگی با عوارض ناشی از شیمی درمانی یا رادیوتراپی، مشترک و با هم تداخل داشتند، که می تواند تا حدودی در نتایج حاصله خدشه وارد کرده باشد و نیاز است در تحقیقی گسترده تر و با تدابیری خاص این نقایص مرتفع گردد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این تحقیق، به نظر می رسد جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانشناختی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و صعب العلاج، مانند سرطان باید رویکرد ارائه خدمات روانپزشکی در کشور مورد ارزیابی جدی قرار گیرد؛ تا براساس نتایج حاصل از این ارزیابی شاهد تحولی اساسی در زمینه های ذیل باشیم:

خود بیشترین حمایت را از گروه های مذهبی و کشیشان و یا افراد خانواده دریافت کرده اند. در انتها محققین بر نقش حمایت های اجتماعی در مقابل استرس ها و حوادث زندگی به عنوان یک عامل پیشگیری کننده و یا تخفیف دهنده اختلالات خلقی تأکید داشتند (۲۰). همچنین Walker و همکارانش (سال ۲۰۰۵)، در مطالعه خود بر روی چند بیمار مبتلا به سرطان ریه، شیوع افسردگی را ۲۹٪ گزارش کردند، که در گروه مبتلا به افسردگی، میزان حمایت های اجتماعی دریافتی کمتر بود. در انتها محققین نتیجه گرفتند بین افسردگی و میزان حمایت های اجتماعی رابطه معنی دار و معکوسی وجود دارد (۲۲). در تحقیق Reisine و همکارانش (سال ۲۰۰۵) بر روی بیماران مبتلا به سرطان دهان، میزان افسردگی در بیماران زیر ۵۰ سال به طور معنی داری بیشتر از بیماران بالای ۵۰ سال گزارش شد، و در میان بیماران زیر ۵۰ سال، آنهایی که از حمایت اجتماعی برخوردار بوده و در بیرون از منزل شاغل بودند، افسردگی مشاهده نگردید (۲۳). همچنین در مطالعه ای که Coyne و همکارانش (سال ۲۰۰۴)، بر روی ۲۰۹ بیمار در مراحل آخر سرطان انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که نداشتن حمایت اجتماعی، ارتباط معنی داری با افسردگی اساسی و اختلال اضطراب دارد (۲۴).

در مطالعه حاضر اکثریت نمونه های مورد پژوهش از نظر شدت افسردگی، فاقد افسردگی بودند (جدول شماره ۱). در این خصوص نتایج بررسی حاضر با یافته های سایر مطالعات تا حدودی مغایرت داشت. مثلاً در تحقیق Jensen و همکارانش (سال ۲۰۰۶)، بر روی ۱۲۴ بیمار سرطانی که به بخش رادیوتراپی مراجعه کرده بودند، شیوع افسردگی ۱۵٪ گزارش شد، که ۳۸٪ افسردگی خفیف، ۳۲٪ افسردگی متوسط و ۱۰٪ افسردگی شدید داشتند (۲۵). علت کمتر بودن میزان افسردگی شدید در نمونه های تحقیق حاضر، ممکن است ناشی از اعتقادات مذهبی بیماران باشد. همچنین در این مطالعه همبستگی بین سطح درآمد با میزان حمایت های اجتماعی و شدت افسردگی معنی دار نبود.

در مطالعه حاضر، سابقه خانوادگی افسردگی نیز بررسی گردید، که ۱۳/۸٪ از شرکت کنندگان دارای چنین سابقه ای بودند. این متغیر با افسردگی، همبستگی معنی داری داشت، ولی با حمایت های اجتماعی، همبستگی معنی داری نداشت. البته واضح

دانشگاه‌های کشور و سایر ممالک اسلامی، مورد بازنگری جدی قرار گیرند.

۱- در بیمارستان‌های عمومی بخش‌های روانپزشکی به تدریج افتتاح شود و بیماران در معرض ابتلا به اختلالات روانشناختی، مورد ارزیابی و درمان‌های پیشگیرانه قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم، تا از کلیه همکاران و کارکنان بخش رادیوتراپی و شیمی‌درمانی بیمارستان گلستان اهواز، مشاور محترم آمار، داوران محترم که باعث بالا رفتن کیفیت مقاله شدند و در نهایت از بیماران و همراهان آنها که در اوج درد و رنج در این تحقیق ما را یاری نمودند، خاضعانه تشکر و قدردانی نمایم.

۲- شایسته است با توجه به فرهنگ دینی جامعه متون روانشناسی و روانپزشکی کشور، جهت انسجام بخشی به ارائه خدمات روانشناختی مبتنی بر ارزش‌های دینی نشأت گرفته از قرآن و احادیث معصومین توسط صاحب‌نظران برجسته حوزه و

References:

1. Aiskal HS. Mood Disorders: Clinical Features. In: Sadock JA. Kaplan's & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 1559-1594.
2. Makauerite S, Lederbe RG. Psychological Factors Affecting Medical Condition and Psychosomatic Medicine: Psychooncology. In: Kaplan's & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: L. W.W; 2003. p. 838-839.
3. Thompson DS, Shear MK. Psychiatric Disorders and Gynecological Oncology: A Review of the Literature. Gen Hosp Psychiatry 1998;20(4):241-247.
4. Holmes J, House A. Psychiatric Illness Predicts Poor Outcome after Surgery for Hip Fracture: A Prospective Cohort Study. Psychol Med 2000;30:921-929.
5. Robinson RG. Treatment Issues in Post Stroke Depression. Depress Anxiety 1998;8(Suppl 1):85-90.
6. Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients Seen at the Norwegian Radium Hospital. Eur J Cancer 1997;33(10):1597-1604.
7. Ford S, Lewis S, Fallowfield L. Psychological Morbidity in Newly Referred Patients with Cancer. J Psychosom Res 1995;39(2):193-202.
8. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge of Cancer Diagnosis Matter? BMC Gastroenterol 2007;7:28.
9. Burgess C, Cornelius V, Love Sh, Graham J, Richards M: Depression and Anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five Year Observational Cohort Study. BMJ 2005 March 26;330(7493):702.
۱۰. ساراسون ای، ساراسون جی، باربارا آر. روانشناسی مرضی. بهمن نجاریان، اصغر مقدم، محسن دهقانی، مترجم. تهران: انتشارات رشد. ج ۱.
۱۱. اتکینسون آر، اتکینسون ال، ریچارد اس، هیلگارد، ارنست. زمینه روانشناسی. محمد تقی براهنی و دیگران، مترجم. تهران: انتشارات رشد. ج ۱.
12. Margueerite S. Lederberg , Psycho-Oncology. In: Sadock JA. Kaplan's and Sadocuk's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. p. 2196-2225.
13. Phelps AC, Maciejewski PK, Matthew N, Balboni A, Wright AA, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Peteet JR, Block SD. Association between Religious Coping and Use of Intensive Life-Prolonging Care Near Death Among Patients with Advanced Cancer JAMA 2009;301(11):1140-1147.
14. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. J Clin Oncol 2007 Feb 10;25(5):555-560.
15. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. J Clin Psychol 2000 Apr; 56(4):519-543.
16. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. Oxford; New York: Oxford University Press; 2001.

17. Jeff Levin, Linda M. Chatters, and Robert Joseph Taylor Religion, Health and Medicine in African Americans: Implications for Physicians.
۱۸. ابراهیمی قوام صغری. هنجاریابی سه مفهوم حمایت اجتماعی، منبع کنترل و عزت نفس. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران، دانشگاه علامه طباطبائی؛ ۱۳۷۰.
۱۹. شکری الف، مهریار ش. استانداردسازی آزمون بک. مجله علوم اجتماعی ۱۳۶۵؛ ۱۴۷-۱۳۸.
۲۰. پاشا غلامرضا، صفرزاده سحر، مشاک رویا. مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی ۱۳۶۸ (۹): ۵۱۷-۵۰۳.
21. Koopman C, et al. Distress, Coping, Social Support among Rural Woman Recently Diagnosed with Primary Breast Cancer. Breast Cancer J 2001;7(1):25-53.
22. Walker Ms, Zona Dm, Fisher Ebo. Depressive Symptoms after Lung Cancer Surgery: Their Relation to Coping Style and Social Support. Psychooncology 2006;15(8):684-93.
23. Psoter W, Reisine ST, Eisenberg E, Cohen D, et al. Smoking, Drinking and Depression Among Oral Cancer and Dysplasia Cases. Tobacco Issues and Oral Cancer 2005 Mar 12;3230.
24. Coyne JC, Almar SC, Shapirpo PJ, Thompson R, Demichele A. Distress, Psychiatric Morbidity and Prescriptions for Psychotropic Medication in a Breast Cancer Waiting Room Sample. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(2):121-8.
25. Jensen K. Bonde Jensen a grauc. Psychiatric Disorders in Cancer Patients and Associated Factors. Oncol 2006;45(1):28-37.