

Comparison of Spiritual Health, Life Expectancy and Death Anxiety in Two Groups of Patients with Curable Cancer and Non-cancer Patients: Evidence of Gender Differences

Khaleghkhah A¹, Mir Mahdi S.R.², Abbasian Sh^{*3}

1. Associate Professor, Department of Educational Sciences, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2. Assistant of Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Payam Noor University, Esfahan, Iran

3. MSc student, Department of Psychology, Educational Psychology, University of Payame Nour Golpayegan, Esfahan, Iran.

* *Corresponding author.* Tel/Fax: +984531505656, E-mail: shakiba.abbasian@gmail.com

Received: Apr 25, 2018 Accepted: Dec 12, 2018

ABSTRACT

Background & objectives: The purpose of this study was to compare the spiritual health, life expectancy and death anxiety in two groups of patients with curable cancer and non-cancer patients, taking into account the role of gender.

Methods: The method of this study was causal-comparative method. The statistical population was cancer patients referring to private cancer treatment centers and non-cancer patients referring to Shiraz private health centers. The selection of 100 cancer patients (50 men/50 women) was performed using available sampling method. To select 100 non-cancer individuals (50 men/50 women), a random sampling method was used. The research instruments were included Palutzian and Ellison Spiritual Health Questionnaire, the Snyder Hope Scale Questionnaire and the Templer Death Anxiety Scale Questionnaire. Data were analyzed using factorial analysis of variance.

Results: According to the results of this study, there was no significant difference between males and females in terms of spiritual health variable. But the life expectancy variable was reported more frequently in men than other groups. Also, there was a significant difference in the death anxiety index in cancer patients compared with non-cancer individuals, with the highest mean for men with cancer and the lowest mean for non-cancer men.

Conclusion: Accurate knowledge about and obtaining a proper understanding of the emotions and attitudes of patient towards their illness and their mental and spiritual abilities in coping with illness and even death can be advantageous for the treatment team and the family of patients in order to help these patients.

Keywords: Curative Cancer; Life Expectancy; Spiritual Health; Death Anxiety

مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا: شواهدی از تفاوت‌های جنسیتی

علی خالق خواه^۱، سید رضا میرمهدی^۲، شکبیا عباسیان^{۳*}

۱. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، اصفهان، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور گلپایگان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفکس: ۰۴۵۳۱۵۰۵۶۵۶ ایمیل: shakiba.abbasian@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا با در نظر گرفتن نقش جنسیت بود.

روش کار: این پژوهش به روش علی-مقایسه ای انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز خصوصی درمان سرطان و افراد غیرمبتلا مراجعه کننده به مراکز خصوصی درمانی شهر شیراز بود. انتخاب بیماران سرطانی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به تعداد (با نسبت مساوی مرد و زن) ۱۰۰ نفر انجام شد. برای انتخاب افراد غیرمبتلا با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی و به صورت همتا ۱۰۰ نفر (با نسبت مساوی زن و مرد) انتخاب گردید. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون، پرسشنامه امید به زندگی اشناپدر و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر بود. داده ها با استفاده از آماره تحلیل واریانس عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این پژوهش در متغیر سلامت معنوی تفاوت جنسیتی معناداری مشاهده نگردید، اما در متغیر امید به زندگی، این متغیر در مردان مبتلا به سرطان نسبت به سایر گروه ها بیشتر گزارش شد. همچنین در متغیر اضطراب مرگ در بیماران سرطانی نسبت به افراد غیرمبتلا تفاوت معناداری مشاهده گردید که بیشترین میانگین متعلق به مردان مبتلا به سرطان و کمترین میانگین مربوط به مردان غیرمبتلا بود.

نتیجه گیری: شناخت دقیق و به دست آوردن درک صحیحی از احساسات و نگرش بیمار نسبت به بیماری خود و توانمندی های روانی و معنوی او در مقابله با بیماری و حتی مرگ می تواند برای تیم درمان و خانواده بیماران به منظور کمک به این بیماران راهگشا باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان درمان‌پذیر، امید به زندگی، سلامت معنوی، اضطراب مرگ

دریافت: ۹۷/۲/۵ پذیرش: ۹۷/۹/۲۱

مقدمه

سرطان بیماری‌ای است که از یک یا چند سلول آغاز می‌شود و یک سلول به‌طور ناگهانی از حالت عادی خارج می‌شود و شروع به تکثیر می‌کند. سلول یا سلول‌های سرطانی شده به سرعت تعدادشان افزایش

پیدا می‌کند و تشکیل یک توده به هم فشرده سلولی یا یک غده را می‌دهند و این توده سلولی قابلیت و کارایی خود را نیز از دست می‌دهد و نمی‌تواند فعالیت‌ها و وظایف خود را انجام دهد (۱). اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه

انسان، سلامت معنوی است. سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه‌ای هماهنگ بین نیروهای درونی فرد به وجود می‌آورد و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط (که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند)، مشخص می‌شود (۱۰). گرایش به معنویت و تجربه آن می‌تواند در سازگاری فرد مؤثر باشد، اما این امر بستگی به سن و جنسیت افراد دارد. گرچه، وجود برخی بیماری‌ها مثل سرطان می‌تواند آن‌قدر استرس‌زا باشد که پیش‌بینی را بسیار سخت کند (۱۴). مطالعه فرنسلر^۱ و همکاران (۱۵) نشان می‌دهد نمره سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان است. حبیبی و همکاران (۱۶) نیز در پژوهش مروری خود به این نتیجه دست یافتند که میانگین سلامت معنوی در زنان کمی از مردان بالاتر بود، اما ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و جنسیت بیماران مشاهده نگردید. برخلاف نتایج به دست آمده در تحقیقات پیشین، در پژوهش رضایی شهبوارلو و همکاران (۱۷) نیز با وجود اینکه تفاوت معنادار آماری مشاهده نگردید، میانگین سلامت معنوی در مردان بیشتر از زنان بود.

یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنش‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند، امید به زندگی است. امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند. عدم امید بیماران سرطانی به زندگی، تغییر در روابط با اطرافیان و حتی گاهی سست شدن باورها و اعتقادات قلبی همه از مسائلی است که می‌تواند خود بیمار و حتی خانواده او را در ادامه روند درمان دچار مشکل کند (۱۸). افرادی که دچار رخدادهای استرس‌زا شده‌اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که افراد به دنبال پیش‌گویی خودکام بخش هستند، مایلند در جهت پیش‌بینی‌های خود رفتار کنند (۱۹)

غافلگیرکننده (۲) و نگران‌کننده (۳) است. با آگاهی از داشتن بیماری بدخیم (که حیات انسان را تهدید می‌کند)، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند (۴) و ابتلا به این بیماری باعث از بین رفتن امیدها و آرزوهای فرد شده و روح و روان او را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۵). در بعد جسمانی نیز، بیمار مجبور می‌شود درمان طولانی‌مدت با داروهای سمی و عوارض ناشی از درمان، مانند از دست دادن موها، اضافه‌وزن یا کاهش وزن، خستگی، حالت تهوع و استفراغ را بپذیرد (۶).

تجربه زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی در این بیماران باعث زندگی هدفدار و معنادار می‌شود. زندگی این افراد از یک زندگی مادی به یک زندگی معنوی تبدیل می‌شود. بیماران که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود به‌طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به‌خوبی بگذرانند (۷). در عین حال، این بیماری می‌تواند سلامت معنوی بیماران را به‌طور جدی به خطر بیندازد. از این‌رو ممکن است بیمار به اختلالات روانی مثل احساس تنهایی، افسردگی، از دست دادن معنا در زندگی و غیره دچار شود (۸).

لذا منابع مذهبی و معنوی برای این بیماران، منابع مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورداستفاده قرار می‌گیرند. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با نیروهای ماورایی، سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشد (۹). منابع مذهبی و معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان، منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورداستفاده قرار می‌گیرند و به افراد کمک می‌کنند تا معنا و هدف را در طول دوره بیماری پیدا کنند (۸).

¹ Fernsler

بهداشت روانی به شمار آید. به طور کلی نگرش‌های مرضی نسبت به مرگ در سه ویژگی قابل‌بحث است: افسردگی مرگ، اضطراب مرگ و وسواس مرگ. مطالعات و تاریخچه پژوهشی در خصوص مرگ ابتدا در حوزه اضطراب مرگ شروع شده و در دهه هشتاد قرن بیستم رشد چشمگیری در این زمینه به دست آمده است (۲۸). اضطراب مرگ مفهومی چندبعدی بوده و تعریف آن امری دشوار است و اغلب به‌عنوان ترس از مردن خود و دیگران توصیف می‌شود، به بیانی دیگر «اضطراب مرگ» شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرآیند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است (۲۹). بیماران سرطانی به دلیل نزدیک دیدن خود به مرگ، ممکن است احساس ترس، اضطراب و دلهره شدیدتری نسبت به افراد عادی در رابطه با این عامل ترسناک از خود بروز دهند که روند بیماری را وخیم‌تر می‌نماید یا در بهبود آن ایجاد مشکل می‌نماید. گیبس^۳ و همکاران (۳۰) در مطالعه‌ای که بر روی اضطراب مرگ بیماران سرطانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره مقیاس اضطراب مرگ بیماران سرطانی به‌طور معناداری پایین‌تر از نمره به دست آمده از جمعیت عادی بود.

آنچه که در این میان می‌تواند حائز اهمیت باشد تفاوت زنان و مردان در رابطه با بیماری سرطان است. از میان انواع سرطان، یکی از شایع‌ترین آنها در زنان سرطان پستان می‌باشد (۳۱) و پیامدهایی مثل بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس یأس و بی‌معنایی و همانند آنها را در بر دارد (۳۲). به‌علاوه باعث ترس زیاد و ترومای روانی گردیده و همه ابعاد زندگی فرد شامل: جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را به چالش می‌کشد (۳۳). مردان در مقایسه با زنان به دلیل عاداتی نظیر استعمال دخانیات، مصرف الکل و اعتیاد بیشتر در معرض مرگ و میر قرار

از نظر بنزن و برگ، امید به زندگی از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۲۰). همچنین می‌تواند به‌عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (۲۱). امید حالت انگیزشی ذهنی مثبت در جهت برنامه‌ریزی برای آینده‌ای بهتر است که با نیروی نافذ خود محرک زندگی فرد است و منجر به کسب تجربه‌های نو می‌گردد (۲۲). برخی از محققین معتقدند سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید داشته باشد (۲۳). بیشتر تحقیقات مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است، چرا که این بیماری عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود. راستوئن^۱ و همکاران (۲۴) به این نتیجه رسیدند که امید بین تنش‌های روانی و کیفیت زندگی نقش میانجی دارد و بیمارانی که سطح امید بالاتری داشتند تنش کمتر و کیفیت زندگی بهتری داشتند. جانسون^۲ (۲۵) نیز در پژوهش خود به مقایسه امید به زندگی در میان بیماران مبتلا به سرطان سینه و افراد عادی پرداخت و نشان داد که امید به زندگی زنان سالم در سطح بالاتری نسبت به زنان بیمار قرار دارد.

یکی از شایع‌ترین مشکلاتی که بیماران سرطانی حتی پس از پایان دوره درمان با آن مواجه اند نگرانی در مورد سلامت و هراس از مرگ است که از منظر روانشناسان هستی‌نگر از رنج‌آورترین مشکلات روانی و پایین آورنده کیفیت زندگی به شمار می‌آید (۲۶). پایان‌پذیری زندگی یک واقعیت انکارناپذیر در زندگی انسان است. اگرچه نمی‌دانیم چطور و چه موقع می‌میریم، ولی می‌دانیم حتما خواهیم مرد. وقوف بر مرگ با این که ترس‌آور است ولی می‌تواند زمینه‌ساز یک زندگی خلاق شود (۲۷). در این میان، نگرش‌های مرضی نسبت به مرگ می‌تواند یکی از تهدیدات

³ Gibbs

¹ Rustoen

² Jansun

اهمیت نقش جنسیت، می‌تواند راه‌گشای یافتن درمان‌هایی متناسب با نیاز این بیماران باشد. سلامت معنوی و امید به زندگی از جمله متغیرهای مهم و اثر گذار در کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی است که توجه به ارتقا و اعتلای آنها می‌تواند در روند بهبودی این بیماران اثر گذار باشد. از سوی دیگر علی‌رغم انجام پژوهش‌های مختلف در داخل و خارج کشور با توجه به وجود تعارضات در نتایج پژوهش‌های مختلف و نیز این مسئله که تاکنون در خصوص موضوع این پژوهش در شهر شیراز، که یکی از مراکز مهم درمان سرطان در کشور می‌باشد، تحقیق مبسوطی صورت نگرفته است، انجام این پژوهش لازم و ضروری به نظر می‌رسد. از این رو، این پژوهش درصدد یافتن تفاوت میان سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا در شهر شیراز و همچنین بررسی این تفاوت‌ها با در نظر گرفتن عامل جنسیت می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی درمان سرطان شهر شیراز و افراد غیر مبتلا مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی درمانی در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۳ بود. برای انتخاب نمونه افراد سرطانی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند تعداد ۱۰۰ بیمار سرطانی به نسبت مساوی از نظر جنسیت (۵۰ مرد مبتلا و ۵۰ زن مبتلا به سرطان) انتخاب شدند. برای انتخاب افراد غیر مبتلا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت هم‌تا با گروه مورد مقایسه تعداد ۱۰۰ نفر به نسبت مساوی از نظر جنسیت (۵۰ مرد غیرمبتلا و ۵۰ زن غیرمبتلا) انتخاب گردیدند.

داشته و سرطانی‌هایی مانند سرطان معده و مری در مردان شایع‌تر از زنان است (۳۴).

نتایج مطالعه آیسنک^۱ (۳۵) نشان داد، زنان در مقایسه با مردان گرایش بیشتری به ارزش‌های مذهبی دارند. در پژوهش هوندا^۲ و همکاران (۳۶)، خاکساری (۳۷) و بحرینیان و همکاران (۳۸) مشخص شد، میزان معنویت در زنان بالاتر از مردان است. تورسون^۳ و همکاران (۳۹)، پیرسه^۴ و همکاران (۴۰) منصورنژاد و همکاران (۴۱) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و جنسیت با اضطراب مرگ در بین دانشجویان، به این نتیجه رسیدند که زنان نسبت به مردان از اضطراب مرگ بالاتری برخوردارند. نتایج پژوهش پورغزنین و همکاران (۴۲) نشان داد که جنسیت تأثیر معنی‌داری بر سطح امید ندارد و این یافته با پژوهش هرث^۵ (۴۳) مطابقت دارد. اگرچه پژوهش بالارد^۶ و همکاران (۴۴) گویای سطح امید بالاتر در مردان بود. سلجوقی و همکاران (۴۵) در تحقیق خود تحت عنوان الگوی جنسیتی سلامت روان بیماران سرطانی با توجه به اهمیت نقش معنویت در زندگی که با روش تحلیل مسیر انجام شد، متوجه نتایج متفاوتی در زنان و مردان شدند.

بیماران سرطانی نسبت به سایر افراد خود را به مرگ نزدیک‌تر می‌بینند، با مسائل روحی و روانی بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند و این مسائل می‌تواند اثر نامطلوبی بر روند بیماری‌شان داشته و آن را وخیم‌تر کرده و یا در روند بهبودی آنها ایجاد مشکل نماید. از آنجایی که مداخلات پزشکی در ارتباط با بیماران صعب‌العلاج به‌تنهایی نمی‌تواند جوابگوی مشکلات پیش‌روی آنان باشند، توجه به مؤلفه‌های روان‌شناختی و شناخت روابط میان این مؤلفه‌ها و همچنین بررسی

¹ Eysenck

² Honda

³ Thorson

⁴ Pierce

⁵ Herth

⁶ Ballard

ابزارهای مورد استفاده

پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و ایسون^۱

این پرسشنامه توسط پالوتزین و ایسون در سال ۱۹۸۲ تهیه شده و دارای ۲۰ گویه است که دامنه نمرات آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته 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 می شود (۱۳). روایی و پایایی این پرسشنامه با ویرایش ایرانی در مطالعات متعددی سنجیده شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده که می تواند مورد استفاده قرار گیرد (۷).

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر^۲

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی ها به مرگ را می سنجد. بدین ترتیب، نمره های این مقیاس می تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. رجیبی و بحرانی در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و بر این اساس ضریب پایایی دو نیمه کردن را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. روایی این مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ضریب ۰/۰۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی

مرگ و ضریب ۰/۳۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود (۲۹).

پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر^۳

این پرسشنامه توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می شود. طیف نمرات این آزمون بین ۸ تا ۶۴ قرار دارد (۵۹). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و اعتبار آزمون- بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (۵۹). همسانی درونی زیرمقیاس عاملی ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردها ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (۴۶). پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها کدگذاری و وارد نرم افزار SPSS شد و با روش آماری تحلیل واریانس عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

ابتدا یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های مورد مطالعه گزارش شد (جدول ۱). برای مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه نمونه بیماران سرطانی درمان پذیر و افراد غیرمبتلا از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه برابری کواریانس ها برای بکارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان می دهد فرض برابری کواریانس ها برقرار است ($p > 0.05$).

¹ Spiritual Health Palutian and Ellison Scale Questionnaire

² Templer Death Anxiety Scale Questionnaire

³ Snyder Hope Scale Questionnaire

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیرهای پژوهش	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت معنوی	بیماران سرطانی	۸۰،۲۰	۱۷،۳۳
	افراد غیرمبتلا	۹۲،۶۰	۱۸،۱۹
اضطراب مرگ	بیماران سرطانی	۱۰،۵۰	۱،۳۵
	افراد غیرمبتلا	۵،۶۰	۱،۹۵
امیدبه زندگی	بیماران سرطانی	۳۶،۱۰	۲۱،۸۳
	افراد غیرمبتلا	۵۵،۴۰	۴،۸۵

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	F	ارزش	آماره
.۰۱	۱۹۶	۳	^b ۵۳۱،۴۰	.۹۹	اثربیایی
					لامبدای ویلکس
					اثرهاتلینگ
					بزرگترین ریشه روی
.۰۱	۱۹۶	۳	^b ۱۴،۸۸	.۷۳	اثربیایی
					لامبدای ویلکس
					اثرهاتلینگ
					بزرگترین ریشه روی

بررسی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < .01$). برای مقایسه تفاوت بین میانگین‌های متغیرهای مورد مطالعه بر حسب عضویت گروهی از آزمون مقایسه جفتی میانگین‌ها استفاده گردید.

نتایج آزمون لامبدای ویلکس در جدول ۲ نشان می‌دهد F محاسبه شده با درجات آزادی ۳ و ۱۹۶ در سطح 0.01 معنادار است. بنابراین بین گروه‌های مورد مطالعه حداقل در یکی از متغیرهای مورد

جدول ۳. مقایسه جفتی میانگین‌های متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	گروه (J)	گروه (I)	متغیرهای وابسته
.۱۳	۷،۹۴	۱۲،۴۰	غیرمبتلا	مبتلا به سرطان	سلامت معنوی
.۰۱	.۷۵	۴،۹۰	غیرمبتلا	مبتلا به سرطان	اضطراب مرگ
.۰۱	۷،۰۷	۱۹،۳۰	غیرمبتلا	مبتلا به سرطان	امید به زندگی

واریانس عاملی استفاده گردید. خلاصه نتایج این آزمون در جدول ۳ آمده است. اما بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۲، با توجه به F به دست آمده (0.95) در درجه آزادی ۳ و ۱۹۶، تفاوت معناداری میان سلامت معنوی بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد وجود ندارد. بنابراین افراد در تمامی گروه‌ها نسبتاً دارای یک سطح نزدیک به هم از نظر سلامت معنوی می‌باشند.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در متغیر سلامت معنوی بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنادار آماری وجود ندارد، اما در متغیر اضطراب مرگ و امید به زندگی تفاوت معنادار آماری بین گروه‌ها مشاهده می‌گردد ($p < .01$). برای بررسی تفاوت بین سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ بر حسب عضویت گروهی (افراد سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا) و جنسیت (مرد و زن) از آزمون تحلیل

جدول ۴. تحلیل واریانس عاملی مقایسه سلامت معنوی در میان افراد سرطانی درمان‌پذیر و غیرمبتلا به تفکیک جنسیت

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
سلامت معنوی	گروه*جنسیت	۱۴۲/۷۳	۴۷/۵۷	۳ و ۱۹۶	۰/۹۵	NS
امید به زندگی	گروه*جنسیت	۶۱۸/۸۷	۲۰۶/۲۹	۳ و ۱۹۶	۳/۱۶	۰/۰۵
اضطراب مرگ	گروه*جنسیت	۴۸۹/۳۲	۱۶۳/۱۰	۳ و ۱۹۶	۱۵/۱۲	۰/۰۱

به گروه زنان سرطانی درمان‌پذیر می‌باشد و نیز با توجه به F به دست آمده (۳/۱۶) در درجه آزادی ۳ و ۱۹۶، بنابر نتایج به دست آمده در جدول ۴، می‌توان گفت تفاوت معناداری میان امید به زندگی بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه در جدول ۵ نشان می‌دهد این تفاوت، ناشی از تفاوت معنادار بین میانگین امید به زندگی زنان و مردان سرطانی درمان‌پذیر می‌باشد و سایر گروه‌ها تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۴، با توجه به F به دست آمده (۰/۹۵) در درجه آزادی ۳ و ۱۹۶، تفاوت معناداری میان سلامت معنوی بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد وجود ندارد. بنابراین افراد در تمامی گروه‌ها نسبتاً دارای یک سطح نزدیک به هم از نظر سلامت معنوی می‌باشند. بر اساس تحلیل صورت گرفته بالاترین میانگین امید به زندگی متعلق به گروه مردان سرطانی درمان‌پذیر (۵۳/۷۲) و پایین‌ترین میانگین امید به زندگی متعلق

جدول ۵. آزمون تعقیبی شفه مقایسه امید به زندگی در میان بیماران سرطانی درمان‌پذیر و غیرمبتلا به تفکیک جنسیت

گروه‌ها	زنان سرطانی درمان‌پذیر	مردان سرطانی درمان‌پذیر
زنان سرطانی درمان‌پذیر		$p < ۰/۰۳$
مردان سرطانی درمان‌پذیر	$p = NS$	
زنان غیرمبتلا	$p = NS$	$p = NS$
مردان غیرمبتلا	$p = NS$	$p = NS$

غیرمبتلا (۶/۴۷) می‌باشد و با توجه به جدول ۴، بر اساس F به دست آمده (۱۵/۱۲) در درجه آزادی ۳ و ۱۹۶، تفاوت معناداری میان اضطراب مرگ افراد سرطانی درمان‌پذیر و غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

تحلیل واریانس عاملی انجام شده بر روی داده‌ها، نشان‌دهنده آن است که بالاترین میانگین اضطراب در میان بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد متعلق به مردان سرطانی درمان‌پذیر (۱۰/۲۱) و پایین میانگین، متعلق به مردان

جدول ۶. آزمون تعقیبی مقایسه اضطراب مرگ در میان بیماران سرطانی درمان‌پذیر و غیرمبتلا به تفکیک جنسیت و گروه

گروه‌ها	زنان سرطانی درمان‌پذیر	مردان سرطانی درمان‌پذیر	زنان غیرمبتلا
زنان سرطانی درمان‌پذیر		$p = NS$	$p < ۰/۰۰۰۱$
مردان سرطانی درمان‌پذیر	$p < ۰/۰۰۰۱$		$p < ۰/۰۰۰۱$
زنان غیرمبتلا	$p < ۰/۰۰۰۱$	$p = NS$	
مردان غیرمبتلا	$p = NS$	$p < ۰/۰۰۰۱$	

مرگ زنان سرطانی درمان‌پذیر با مردان سرطانی درمان‌پذیر و زنان غیرمبتلا تفاوت معنادار وجود دارد

بر اساس جدول ۶ آزمون تعقیبی شفه انجام شده به دنبال تحلیل واریانس، نشان می‌دهد که بین اضطراب

گرایش بیشتر زنان به ارزش‌های معنوی نسبت داد (۳۵). همانگونه که نتایج پژوهش‌های هوندا و همکاران (۳۶)، خاکساری (۳۷) و بحرینیان و همکاران (۳۸) نشان داده‌اند، میزان معنویت در زنان بالاتر از مردان است.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر وجود تفاوت معنادار آماری میان امید به زندگی بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا به تفکیک زن و مرد می‌باشد که بالاترین میانگین مربوط به مردان سرطانی بود. این نتایج با نتایج پژوهش بالارد و همکاران (۴۴) و جانسون (۲۵) همسو و با نتایج پژوهش پورغزنین و همکاران (۴۲) و هرث و همکاران (۴۹) غیرهمسو می‌باشد. برای نتایج به‌دست‌آمده می‌توان دلایل بسیاری را برشمرد؛ از جمله اینکه مذهب، حمایت اطرافیان، پذیرش بیماری و آگاهی کامل در مورد خود و شناخت وضعیت خود چهار عامل در ارتقای امید بیماران می‌باشد (۵۰)؛ که در خصوص حمایت اطرافیان به نظر می‌رسد که مردان مبتلا به سرطان نسبت به زنان از حمایت خانوادگی مناسب‌تری برخوردار بوده و همسرشان به خوبی از آنها حمایت‌های لازم را به عمل می‌آورند؛ اما در زنان علاوه بر عدم دریافت حمایت لازم از طرف شوهر، عدم توانایی در انجام کارهای منزل و ایفای نقش مادری باعث می‌شود که فرد بیش از اینکه از شرایط بیماری ناراضی باشد از شرایط خانوادگی پیش‌آمده ناراحت باشد، زیرا بدون شک مادر محوری‌ترین نقش را در خانه به عهده دارد که به دلیل بیماری از انجام آن ناتوان مانده است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش صورت گرفته نشان داده‌اند که مردها بیش از زن‌ها تمایل دارند که از تشخیص بیماری خود مطلع باشند (۵۱) که می‌تواند نشان‌دهنده پذیرش بیشتر مردان نسبت به زنان می‌باشد. خودآگاهی نیز از عوامل ارتقابخش امید می‌باشد که چون زنان بیشتر هیجانی و عاطفی هستند، ممکن است خودآگاهی را کاهش دهد به همین دلیل

($p < 0.01$). همچنین تفاوت معناداری بین اضطراب مرگ مردان غیرمبتلا با زنان غیرمبتلا و با مردان سرطانی درمان‌پذیر وجود دارد ($p < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا با نشان دادن تفاوت‌های جنسیتی انجام گرفت. بر طبق نتایج به‌دست‌آمده بالاترین میانگین سلامت معنوی در زنان غیرمبتلا بود و میانگین سلامت معنوی در زنان غیرمبتلا از مردان غیرمبتلا و زنان سرطانی از مردان سرطانی بالاتر بود، اما این تفاوت بارز و از لحاظ آماری معنادار نبود. که با نتایج تحقیقات فرنسلر و همکاران (۱۵)، حبیبی و همکاران (۱۶) و آقاحسینی و همکاران (۱۳) همسو و با نتایج رضایی شهبوارلو و همکاران (۱۷) و رضایی و همکاران (۷) غیرهمسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان اینگونه بیان کرد که در مراحل اولیه تشخیص سرطان به دلیل ماهیت این بیماری افراد در مراحل اولیه تشخیص دچار نوعی ناامیدی، خشم و افسردگی می‌گردند و ممکن است در مراحل اولیه تشخیص به دلیل شوک ناشی از این بیماری کمتر به باورهای دینی و نیروی متاثر از رجوع نمایند. تشخیص سرطان بحران‌های معنایی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند. اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می‌افتد؛ ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود؛ مکانیسم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد و بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که در فرد بحران معنوی پدیدار می‌شود (۴۸). اما با وجود عدم تفاوت معنادار سلامت معنوی در زنان نسبت به مردان از آنجا که تفاوت میانگین کمی وجود دارد و در آن زنان در هر دو گروه غیرمبتلا و سرطانی از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند، می‌توان این نتیجه را به

همکاران (۳۹)، پیرسه و همکاران (۴۰) و منصورنژاد و همکاران (۴۱) مبنی بر اینکه زنان اضطراب مرگ بیشتری نسبت به مردان نشان می‌دهند، غیرهمسو می‌باشد. منصورنژاد و همکاران (۴۱) در تبیین این تفاوت‌ها به بیانگری هیجانی بیشتر زنان اشاره کرده‌اند و اینکه زنان احتمالاً احساس‌های آزارنده مربوط به مرگ و میر را بیشتر می‌پذیرند و مردان بیشتر از آن اجتناب می‌کنند. در تحقیقات دیگر نیز به مسایل فرهنگی، اجتماعی و آداب و رسوم اشاره شده که مانع از ابراز ترس از مرگ در مردان می‌شود. اما با توجه به دست آمدن نتیجه‌ای متفاوت در این پژوهش می‌توان تعدیل نقش‌های جنسیتی و برداشته شدن نگرش‌های تحجرآمیز نسبت به مردان و اجازه یافتن آنان برای ابراز نگرانی‌ها و ترس‌هایشان را یکی از دلایل به دست آمدن این نتایج دانست. از دیگر دلایلی که می‌توان برای اضطراب مرگ بیشتر در مردان برشمرد مسئولیت‌هایی است که مردان به عنوان سرپرست خانواده به عهده دارند و همچنین نگرانی آنها نسبت به آینده سایر اعضای خانواده هم از لحاظ مالی و هم از لحاظ حمایتی که باعث می‌شود اضطراب بیشتری را نسبت به احساس مرگ قریب الوقوع خود نشان دهند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. از آن جمله می‌توان به عدم امکان تفکیک بیماران سرطانی بر اساس نوع سرطان و طول دوره ابتلا آنها اشاره نمود. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب نمونه‌ها از بیماران مبتلا به سرطان درمان پذیر است، بنابراین می‌تواند امکان تعمیم نتایج را بر بیماران مبتلا به سرطان‌های غیردرمان‌پذیر محدود نماید. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی با متغیرهای مشابه موضوع حاضر نوع سرطان و دوره ابتلا در نظر گرفته شود. توجه به ارتقای سلامت معنوی و امید به زندگی در کنار روش‌های درمانی پزشکی به عنوان مداخلات روانشناختی توصیه می‌گردد.

انتظار می‌رود که چون مردان کمتر عاطفی هستند خودآگاهی بیشتری نسبت به زنان داشته باشند (۴۵). از دیگر عواملی که می‌توان برای بالاتر بودن امید در مردان مبتلا به سرطان برشمرد شاغل بودن و فعالیت اجتماعی می‌باشد که مؤثر بودن مقابله را در مردان بیشتر می‌کند (۵۲).

بر اساس نتایج این پژوهش، اضطراب مرگ در بیماران سرطانی نسبت به افراد غیرمبتلا بیشتر است و با در نظر گرفتن عامل جنسیت بیشترین میانگین متعلق به مردان مبتلا به سرطان و کمترین میانگین مربوط به مردان غیرمبتلا بود. این یافته با نتایج پژوهش دبراوچی^۱ (۵۳)، پتریدز^۲ و همکاران (۵۴)، وندرزوی^۳ و همکاران (۵۵) و اونسوک^۴ و همکاران (۵۶) مبنی بر بیشتر بودن اضطراب مرگ بیماران سرطانی در مقایسه با افراد غیرمبتلا، همسو می‌باشد. از سوی دیگر، با نتایج یافته‌های گیبس و همکاران (۳۰) و بورونشتین^۵ (۵۷)، مبنی بر اینکه سطح اضطراب مرگ بیماران سرطانی نسبت به افراد سالم کمتر است، غیرهمسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان اینگونه استنباط نمود که با وجود اینکه مرگ یک واقعیت زیست‌شناختی و روان‌شناختی است، اما اندیشیدن به مرگ ترسناک است و بیشتر مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند (۴۸) به همین دلیل افراد سالم و غیرمبتلا به بیماری صعب‌العلاجی مانند سرطان، به دلیل مشغولیت با مسائل روزمره و فکر نکردن به مرگ، اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند. در مقابل، افراد سرطانی به دلیل ابتلا به بیماری‌ای که یادآور مرگ است، خود را به آن نزدیک می‌بینند و در نتیجه ترس و اضطراب از مرگ بیشتری را نشان می‌دهند. در خصوص تفاوت جنسیتی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش تورسون و

¹ Debravcsi

² Petridz

³ Vandarzy

⁴ Eunsook

⁵ Boronshtaen

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- 1-Health Information Center of Iran. Getting to know with "cancer" and ways to prevent it. Vista News Hub. 1998; Available from URL: support@vista.ir
- 2-Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. J Nurs Scholarsh 2008; 40(3): 241-7.
- 3-Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening experiences of healthy women with pathological cervical smears. Eur J Oncol Nurs 2007; 11, 5: 417-23.
- 4-Reb AM. Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. Oncol Nurs Forum 2007; 34, 6: 70-81.
- 5-Villagomez LR. Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. Holistic Nurs Pract 2005; 19, 6: 285-294.
- 6-Corner J, Baily C. Cancer nursing care in context. Malden, Blackwell 2001; 3, 5.
- 7-Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat. 2009; 14 (4 and 3) :33-39. [In Persian].
- 8-Young C. Koopsen C. Spirituality, health and healing. 1st Edition, Slack Incorporated: California. 2005.
- 9-Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. American Journal of Health Studies. 2004; 19 (1): 62-67.
- 10-Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of Nursing: Human Health and Function. 4th ed. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins 2003; 2: 1383-92.
- 11-Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. Journal of Advanced Nursing 2003; 44: 69-80.
- 12-O'Brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. Massachusetts: Jones and Bartlett Publications 1998; 176: 182-183.
- 13-Aghahosseini SH, Rahmani A, abdollahzadeh F, Asodi Kermani A. Spiritual well-being in cancer patients and related factors. Qom University of Medical Sciences Journal 2011; 2(5): 7-12. [In Persian].
- 14-Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind-body health: the effects of attitudes, emotions and relationship. Bebnjamin-cummings publishing; 2006.
- 15-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.
- 16-Habibi A, Savadpour M T. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy. JHC. 2011; 13 (3), 16-20.. [In Persian].
- 17-Rezaie Shamsavarloo Z, Lotfi M S, Taghadosi M, Mousavi M S, Yousefi Z, Amir Khosrow N. The Relationship between Spiritual Well-Being Components with hope and life satisfaction among elderly People with cancer in Kashan. Journal of Geriatric Nursing 2014. 1(2); 43-54. [In Persian].
- 18-Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi S A. Comparison of the Role of Religious Beliefs in Hopefulness and Quality of Life among Cancer and Non-cancer Patients. JRH. 2017; 4 (2) :1-11. [In Persian].
- 19-Doussard-Roosevelt JA, Joe CM, Bazhenova OV, Porges SW. Mother-child interaction in autistic and no autistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. J Dev Psychopathol 2003; 15, 2: 277-95.
- 20-Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliat Med 2005; 19, 3: 234-40.
- 21-Harper M. Evidence-based effective practices with older adults. J Couns Dev 2004; 82, 2: 36-42.

- 22-Dardodi M. Group therapy based on couples' hope therapy to increase marital satisfaction in married couples and addicts. Master's thesis. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2009. [In Persian].
- 23-Roleigh E. Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*. 1992;3: 16.
- 24-Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski CH. The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 2010; 33 (4) :258-67.
- 25-Jansun LK. A Comparison of Hope and Spiritual Health in Breast Cancer patients and Normal Subjects. *Annals of Family Medicine* 2012; 2(5): 499-503.
- 26-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.
- 27-Sharf RS. Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and Cases. Belmont, CA: Wadsworth. 2010.
- 28-Mohammadzadeh AS, Najafi M. Anticipation of death obsession based on religious orientation: A survey of the role of gender. *Journal of Clinical Psychology*; 2010: 3(7): 65-72. [In Persian].
- 29-Ghorbanalipoor M, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad M R. The effect of death anxiety and age on health promoting behaviors. *J Urmia Univ Med Sci*. 2010; 21 (2) :286-292. [In Persian].
- 30-Gibbs HW, Achterberg-Lawlis J, Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology* 1978; 25(6): 563-569.
- 31-Akbari M. E, khayam Zade M, khoshnevis S.J., Nafisi N., Akbari A. Five and Ten years Mastecomies V. S. breast Conserving Surgeries Personal: Experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2008; 1 (2): 53-56.
- 32-Khademi M. sajadi Hezave, M. Breast cancer. Ph. D. dissertation of Arts inclinical Psychologyin Johanneburg University. 2009. [Http: ujinginspace. uj. ac.za](http://ujdinginspace.uj.ac.za) 2009; 8080 [in Persian]
- 33-Lyon B, Ebright PR. The Role of Religious / Spirituality incancer Patients and Their Care Givers. *South Med J*. 2004;97(12):1210-4.
- 34-Rafizadeh H. Survey 28 cases of esophageal cancer in Mashhad Omid Hospital. Khorasan Cancer Center. Thesis for Ph.D. 2004. [In Persian].
- 35-Gharraee B, Ahmadvand A, Aakbari A, Zenoziian S. Relationship Between Mental Health and Intrinsic-Extrinsic Religion in Kashan; *Modern psychological research*, 2008: 3(10): 65-88. [In Persian].
- 36-Honda K, Jacobson JS. Use of complementary and alternative medicine among United-States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support. *Journal of Adolescence* 2005; 12: 16-26
- 37-Khaksari Z. Imagination of God, self-esteem and mental health among students. Master's thesis. Tehran: University of alzahra. [In Persian].
- 38-. Bahreinian SAM, Hosseini M. Mental health and coping strategies in freshman students of ShahidBeheshti University of Medical Sciences. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2005; 29 (3): 251-245. [In Persian].
- 39-Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meaning of death.*Journal of Clinical Psychology* 2006; 44: 691-701.
- 40-Pierce JD. Gender differences in death anxiety and religious orientation among U.S. high school and college students. *Mental Health, Religion and Culture*. 2007;10: 143-150.
- 41-Mansurnezhad Z, Kajbaf MB, Kiani F, Purseyed SR. The Relationship between Religious Orientation and Gender with Death Anxiety among Students. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences*. 2011: 2(1): 133-141. [In Persian].
- 42-Pourghaznein T, Hoshmand P, Talasaz Firoozi E, Esmaeeli H. Promising sources and Hope level in cancer patients. *Journal OF Sabzevar University of Medical Sciences*. 2000: 7(4), 48-55. [In Persian].
- 43-Herth KA. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32, 6: 1431-41.
- 44-Ballard A, Green T, McCaa A. A Comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 1997;24: 899-904.

- 45-Saljoughi M, salarifar MH, shahabizadeh F, shahidsaless S. Psychological gender pattern of cancer patients regarding the Importance role of spirituality in life. International conference of Humanities and behavioral studies 2014; 1-11. [In Persian]. https://www.civilica.com/Paper-ICHCONF01-ICHCONF01_118.html
- 46-Kermani Z, Khodapanahi M, Heydari M. Schneider Hope Scale Psychometric characteristics. Applied psychology, 2011;5(19): 7-23. [In Persian].
- 47-Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. J Gen Intern Med. 2006; 21(S5): S1-S2.
- 48-Kociszewski C. Spiritual care: a phenomenologic study of critical care nurses. Heart and Lung 2004; 33 (6):401- 411.
- 49-Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing: hope and palliative care nursing. Br J Nurs, 2002;11:14, 977-83.
- 50-Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promot 1995; 9(5): 371-8.
- 51-Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh Fekri M, PoorSeyyedi B, Aghaei Afshar M, Shokoohi M. Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them. ijme. 2012; 5 (4) :65-74 [In Persian].
- 52-Mohamadi Shahbalaghi F, Abbaszadeh A. The effect of hope in improving cancer patients. Journal of social sciences 1998: 4, 26-30. [In Persian].
- 53-Debravcsi F. Age and Death Anxiety in Cancer Patients. Journal psychology, 2007;59: 266-273.
- 54-Petridz ND, Crnic KA, Carter WG. Mental Health and Spiritual Health and associations with Death Anxiety in Cancer Patients. Cognitive Therapy and Research, 2009;18: 529-549.
- 55-Vandarzy F, Essacel N. Comparison of Spiritual Health and Death Anxiety in Cancer Patients and Healthy People. Journal of prcedia social and behavioral sciences, 2012;5:127-139.
- 56-Eunsook SH, Yvette I. A Comparison of Personality Features, Spiritual Health and Death Anxiety Among Cancer Patients and Normal Subject. Journal of Applied Developmental Psychology, 2014;17: 33-54.
- 57-Boronshtaen HF. The Role of Group Therapy to Decrease Death Anxiety in Cancer Patients Helping Psychological Factors. Journal of Psychology, 2013;47: 75-84.
- 58-Qasimpour AS, Sura C, Sayyid Daezadeh M. prediction of Death anxiety based on emotional cognitive regulation strategies, Knowledge & Research in Applied Psychology; 2012: 2(48): 65-72. [In Persian].
- 59- Snyder CR, Lopez SG. Positive Psychology, New York Published by Oxford University Press, Inc. 2007.