Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2016, Vol: 4, No: 2, Pages: 1-11.

# *Comparison of the Role of Religious Beliefs in Hopefulness and Quality of Life among Cancer and Non-cancer Patients*

Zahra Estakhri[1], Fakhri Tajikzadeh[2*], Soltan Ali Kazemi[3]

1- MS Candidate of General Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Br-anch, Fars, Iran
2- PhD Student of Clinical Psychology, Shiraz Uni-versity, Shiraz, Iran
3- PhD in Clinical Psycho-logy, Faculty Member of Psychology, Islamic Azad University, Fars Science and Research Branch, Fars, Iran

***Corresponding Author:**
Fakhri Tajikzadeh
PhD Student of Clinical Psychology, Shiraz Unive-rsity, Shiraz, Iran

**Email:**
F.tajikzade@shirazu.ac.ir

**Received: 16 Nov 2015**
**Revised: 26 Sep 2016**
**Accepted: 1 Oct 2016**

***Abstract***

**Background and Purpose:** Belief in God and hope play an important role in the lives of all the members of the society, particularly in the lives of the patients. Regardig this, the aim of the present study was to compare the role of religious beliefs in hopefulness and quality of life among the cancer and non-cancer patients in Shiraz, Iran in 2011.

**Materials and Methods:** This case-control comparative study was conducted on 60 patients referring to the Namazi Hospital in Shiraz. Therefore, the study population corresponded to two groups of 30 (i.e., 15 males and 15 females in each gorup) cancer and non-cancer patients referring to the Chemotherapy Unit and other units, respectively, through simple random sampling method. The data were collected using the religious beliefs (2006), hopefulness (1991), and brief quality of life questionnaires (1996). The data analysis was performed using the descriptive and inferential statistics (independent t-test) through the SPSS 16.

**Results:** According to the results of the study, there were statistically significant differences between the cancer and non-cancer patients in terms of the religious beliefs, hopefulness, and quality of life.

**Conclusion:** As the findigns of the present study indicated, the religious beliefs could improve the mental condition of the cancer patients resulting in increased life expectancy and quality of life in these patients.

***Keywords:*** Cancer patients, Hopefulness, Non-cancer patients, Quality of life, Religious beliefs

► **Citation:** Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the Role of Religious Beliefs in Hopefulness and Quality of Life among Cancer and Non-cancer Patients in Shiraz, Iran. Religion and Health, Autumn & Winter 2016; 4(2): 1-11 (Persian).



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۴، شماره ۲، سال ۱۳۹۵ صفحه: ۱۱-۱.

# مقایسه نقش باورهای مذهبی در امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی با بیماران غیرسرطانی

زهرا استخری[۱]، فخری تاجیک‌زاده[۲*]، سلطان علی کاظمی[۳]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران
۲- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران

* **مؤلف مسئول:** فخری تاجیک‌زاده دانشگاه شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، بخش روانشناسی بالینی

**Email:**
f.tajikzade@shirazu.ac.ir

دریافت: ۲۵ آبان ۱۳۹۴
اصلاحات: ۵ مهر ۱۳۹۵
پذیرش: ۱۰ مهر ۱۳۹۵

## چکیده

**سابقه و هدف:** ایمان به خدا و امیدواری، نقش به‌سزایی در ادامه‌ی روند زندگی تمامی افراد جامعه و به‌ویژه بیماران ایفا می‌کند. در این ارتباط، هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نقش باورهای مذهبی در امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی و غیرسرطانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع موردی- شاهدی مقایسه‌ای می‌باشد که روی ۶۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی شهر شیراز انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی شامل: ۳۰ نفر از بیماران سرطانی (۱۵ مرد و ۱۵ زن) بخش شیمی‌درمانی و ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) از بیماران سایر بخش‌ها بودند که به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس سنجش نگرش مذهبی (۱۳۸۵)، پرسشنامه امید (۱۹۹۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی (۱۹۹۶) بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t مستقل) به‌همراه نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین باورهای مذهبی، امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری وجود دارد.

**استنتاج:** براساس یافته‌ها می‌توان گفت اعتقادات و باورهای مذهبی می‌تواند باعث تقویت روحیه بیماران سرطانی شده و منجر به افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها گردد.

**واژه‌های کلیدی:** امید به زندگی، باورهای مذهبی، بیماران سرطانی، بیماران غیرسرطانی، کیفیت زندگی

◀ **استناد:** استخری، زهرا؛ تاجیک‌زاده، فخری؛ کاظمی، سلطان علی. مقایسه نقش باورهای مذهبی در امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی با بیماران غیرسرطانی. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۵؛۴(۲): ۱۱-۱ (فارسی).



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

## مقدمه

هنگامی که سخن از بیماری به میان می‌آید، بحث شفاخواهی و به‌دنبال آن، باورهای مذهبی و امید به زندگی بیماران نیز مطرح می‌گردد (۱). افرادی که دارای احساسات و باورهای مذهبی هستند، نیرویی روزافزون در زندگی آن‌ها وارد می‌شود و هنگامی که تمام امیدها در نبرد زندگی بر باد می‌رود، احساسات و باورهای مذهبی وارد عمل شده و زندگی تیره و تار بیماران را دگرگون می‌سازد (۲). صعب‌العلاج‌بودن بیماری می‌تواند در احساس خوشبختی بیمار اختلال ایجاد کند، امید به زندگی را به ناامیدی تبدیل کرده و کیفیت روابط او با دیگران را تحت تأثیر قرار دهد (۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ایمان به خدا و امیدواری، نقش مهمی در ادامه‌ی روند زندگی تمامی افراد جامعه و به‌ویژه بیماران صعب‌العلاج ایفا می‌کند (۴). افسردگی، اضطراب، اختلال انطباقی، عدم امید بیمار سرطانی به زندگی، تغییر در روابط او با اطرافیان و حتی گاهی سست‌شدن باورها و اعتقادات قلبی، همه از مسائلی است که می‌تواند خود بیمار و حتی خانواده او را در ادامه‌ی روند درمان دچار مشکل کند (۵). انسان همواره در نماز می‌گوید: "خدایا تنها تو را می‌پرستیم و تنها از تو یاری می‌جوییم" و درنتیجه، نه‌تنها برای رفع بیماری‌های روحی و جسمی می‌تواند از داروی امید استفاده کند؛ بلکه امید وسیله‌ای برای به‌دست‌آوردن سایر نیازها نیز می‌باشد (۶). همان‌طور که در قرآن در سوره رعد آیه ۲۸ آمده است، یاد خدا موجب آرامش قلب‌ها می‌شود. باورهای مذهبی برای راهنمایی و پرورش انسان و پیشبرد او به‌سوی تکامل و رستگاری بوده و می‌تواند انسان را در مقابل هجوم ناامیدی و بیماری‌ها مقاوم‌تر سازد (۷). با توجه به اینکه مشکلات روانشناختی مبتلایان به سرطان نسبت به سایر بیماری‌ها بیشتر است، این مشکلات می‌تواند بر کیفیت زندگی، اعتقادات مذهبی، نرخ اقدام به خودکشی، طولانی‌شدن مدت بستری، طول عمر و امید به زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد (۸). مطالعات نشان داده‌اند که افراد با وضعیت اقتصادی- اجتماعی و نژادی بهتر، حضور پررنگ‌تری در اماکن مقدس مذهبی و غربالگری‌های مربوط به سرطان دارند (۹). Kinney و همکاران نیز نشان دادند که ایمان به خدا و داشتن باورهای مذهبی، به میزان زیادی غربالگری سرطان در افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). الگوهای متفاوت مذهبی در طول هر مرحله از سرطان (آگاهی، تشخیص و درمان) وجود دارد. عامل مهم و اصلی در مرحله آگاهی، معنای مذهبی است. در مرحله تشخیص، راز و نیازهای شخصی برای شفایافتن و در مرحله درمان، راز و نیاز با خدا جهت دریافت کمک و سازمان‌دادن به اعتقادات و تمرین‌های مذهبی جهت کنترل‌کردن نشانه‌های سرطان و مبارزه با تقدیر می‌باشد (۱۱). در این ارتباط، نتایج پژوهش کجباف و همکاران (۱۲) نشان داد که بین میزان امید به زندگی در جمعیت مبتلا به سرطان و جمعیت عادی تفاوت معناداری وجود دارد. Michael و همکاران نیز در پژوهش خود گزارش کردند که امید به زندگی، ارتباط مستقیمی با سلامتی و بقای نسبی در انواع مختلف سرطان‌ها دارد (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که میزان حضور در امکان مقدس و مذهبی، به‌طور چشمگیری با استفاده از خدمات پزشکی و بهداشتی مانند ماموگرافی ارتباط دارد (۱۴) و مذهب و باورهای مذهبی نقش چشمگیری در رفتارهایی مانند شیردهی و طول مدت شیردهی در زنان دارد که این عوامل می‌تواند خطر ابتلا به سرطان سینه را در زنان کاهش دهد (۱۵).

با توجه به مبانی نظری موجود و پژوهش‌های انجام‌شده و نیز با توجه به اینکه کشور ایران دارای جامعه اسلامی و مذهبی بوده و باورهای مذهبی نقش مهمی در زندگی تمامی افراد جامعه و به‌ویژه بیماران ایفا می‌کند، همچنین، نظر به پیچیده‌بودن فرآیند درمانی در بیماری سرطان نسبت به بیماری‌های ساده‌تر و اینکه در حال حاضر، بیشتر بر جنبه‌های فیزیکی و جسمی بیماری سرطان تمرکز می‌شود تا مسائلی همچون امید به زندگی و نوع نگرش‌های مذهبی این دسته از بیماران روشن شود، زمینه برای پژوهش‌هایی از این دست فراهم می‌باشد. بر این اساس، بعد معنوی (باورهای مذهبی) و امید به زندگی می‌تواند نقش مهمی در سلامت، سازگاری و زندگی تمام انسان‌ها ایفا کند. از سوی دیگر، از آن جایی که عوامل فوق می‌تواند نقش



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

چشمگیرتری در زندگی بیماران داشته باشد، هدف از پژوهش حاضر، مقایسه باورهای مذهبی در امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی و غیرسرطانی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به‌لحاظ هدف، از نوع مطالعات کاربردی بوده و از نظر روش گردآوری اطلاعات، در گروه طرح‌های علی- مقایسه‌ای قرار دارد که در آن باورهای مذهبی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در دو گروه از بیماران سرطانی و غیرسرطانی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران سرطانی و غیرسرطانی که از تاریخ ۱۵ فروردین تا ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۰ به بیمارستان نمازی شهر شیراز مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش نیز شامل ۳۰ نفر از بیماران سرطانی (۱۵ مرد و ۱۵ زن که به‌روش تصادفی ساده انتخاب شدند) و ۳۰ نفر از بیماران غیرسرطانی (۱۵ مرد و ۱۵ زن) مراجعه‌کننده به سایر بخش‌های همین بیمارستان بود که با توجه به میزان تحصیلات، انتخاب و همتاسازی شدند.

۱. برای سنجش باورهای مذهبی از پرسشنامه سنجش نگرش مذهبی مسلمانان که توسط سراجزاده (۱۶) و براساس مدل Glock و Stark که با اسلام و به‌ویژه اسلام شیعی تطبیق داده شده است و توسط محمدی و مهرابی‌زاده هنرمند، آماده‌سازی گردیده، استفاده شد (۱۷). این پرسشنامه دارای ۲۶ عبارت است که چهار بعد دینداری شامل: ۱- بعد اعتقادی که باورهایی است که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن اعتقاد داشته باشند؛ ۲- بعد تجربه‌ای که ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با خدا است؛ بعد پیامدی که ناظر بر تأثیر باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی است؛ ۳- بعد مناسکی که اعمال دینی همچون عبادت و نماز را می‌سنجد.

نمره‌گذاری عبارات نیز به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای است که از ۴ تا ۰ نمره‌گذاری می‌شود. عبارات ۲۰ تا ۲۶ به‌صورت مستقیم و عبارات ۷، ۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۰ تا ۴). عبارات ۱ تا ۷ بعد اعتقادی، عبارات ۸ تا ۱۳ بعد تجربه‌ای، عبارات ۱۴ تا ۱۹ بعد پیامدی و عبارات ۲۰ تا ۲۶ بعد مناسکی را می‌سنجند. میزان نمره آزمودنی در هریک از خرده‌مقیاس‌ها و میزان نمره فرد در شاخص نمره کل به‌عنوان میزان شدت نگرش مذهبی کلی فرد و یا شدت آن بعد تفسیر می‌شود. شایان ذکر است که هر چقدر نمره فرد در بعدی بالاتر باشد، شدت نگرش مذهبی فرد در آن بعد خاص بیشتر است. همین تفسیر در ارتباط با نمره در شاخص نمره کل نیز صدق می‌کند (۱۸). باید عنوان کرد که روایی صوری این پرسشنامه توسط سراجزاده و از طریق نظرخواهی از تعدادی از دانشجویان دکتری که با اسلام آشنایی کامل داشتند، به‌دست آمد (۱۶). رابطه بین نمره‌های دینداری آن‌ها در مقیاس Glock و Stark (۱۷) و نیز نمره ارزیابی خود آن‌ها از دینداری خود به‌وسیله ضریب همبستگی پیرسون معادل ۰/۶۱ گزارش گردید. شایان توجه است که این میزان به‌عنوان روایی بیرونی درنظر گرفته شد. همچنین در پژوهش محمدی و میرابی‌زاده (۱۸)، پایایی کامل آزمون به‌روش تصنیف و آلفای کرونباخ به‌ترتیب معادل ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و اعتبار آن برابر با ۰/۴۵ برآورد شده است. لازم به ذکر است که پایایی و اعتبار تمام ابعاد، معنادار بوده و در سطح رضایت‌بخش قرار دارد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی مقیاس باورهای‌های مذهبی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برابر با ۰/۸۲ بود.

۲. برای سنجش امید به زندگی از پرسشنامه‌ای که توسط Sneijder در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شده است و به‌صورت خودسنجی اجرا می‌شود، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۱۲ عبارت بوده، از میان این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی می‌باشد؛ بنابراین، این پرسشنامه دو زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: عامل و راهبرد. طیف گزینه‌ها در این پرسشنامه از کاملاً درست تا کاملاً غلط می‌باشد. علاوه‌براین، عبارات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی هستند؛ درنتیجه، نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد. همچنین، عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به زیرمقیاس عاملی و عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به زیرمقیاس راهبردی است و نمره امید کلی فرد را نشان می‌دهد. دامنه



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

تغییرات این پرسشنامه نیز بین ۸ تا ۳۲ است (۱۹). همچنین، همسانی درونی کل آزمون بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون- بازآزمون معادل ۰/۸۰ بوده و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان بالاتر می‌باشد. همسانی درونی زیرمقیاس عاملی نیز بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ بوده و در زیرمقیاس راهبردی معادل ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است (۲۰). شایان ذکر است که اعتبار آن در جمعیت دانشجویی کشور ایران به‌وسیله آلفای کرونباخ برای کل مقیاس معادل ۰/۸۲، برای خرده‌مقیاس تفکر عامل برابر با ۰/۷۹ و برای مسیرها معادل ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۱). در پژوهش دیگری اعتبار این مقیاس به‌وسیله آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس امید برابر با ۰/۸۶، برای خرده‌مقیاس تفکر عامل معادل ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس مسیرها برابر با ۰/۷۹ به‌دست آمد (۲۲). همچنین، در پژوهشی همسانی درونی به‌وسیله آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس مسیرها معادل ۰/۶۲ و برای تفکر عامل برابر با ۰/۷۴ به‌دست آمده است (۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مقیاس امید به زندگی Sneijder با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برابر با ۰/۶۴ برآورد شد.

۳. جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL) استفاده شد. این مقیاس توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است و فرم کوتاه آن به بررسی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارت هستند از: سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت محیط و روابط اجتماعی (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران استانداردسازی شده است (۲۵). آن‌ها روایی محتوایی و تشخیصی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی برای حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به‌ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به‌دست آوردند. همسانی درونی حیطه‌های مختلف آن را نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای افراد سالم و بیمار بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ محاسبه نمودند. در این پژوهش، ضریب پایایی مقیاس کیفیت با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ محاسبه شده است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات با کمک روش‌های آماری در سطح آمار توصیفی و استنباطی در محیط نرم‌افزار SPSS 16 صورت گرفت. در این راستا، در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون t مستقل استفاده شد.

## یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش، ۳۰ بیمار سرطانی (۱۵ مرد و ۱۵ زن که به‌روش تصادفی ساده انتخاب شدند) و ۳۰ بیمار غیرسرطانی (۱۵ مرد و ۱۵ زن) مراجعه‌کننده به سایر بخش‌های بیمارستان نمازی شهر شیراز بودند که با توجه به متغیرهای سن، جنس و میزان تحصیلات، انتخاب گشته و همتاسازی گردیدند. فراوانی و درصد فراوانی در بیماران سرطانی و غیرسرطانی در جدول ۱ ارائه شده است. در جدول ۲، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر

**جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی رده سنی بیماران**

| گروه/ شاخص | بیماران سرطانی | | بیماران غیرسرطانی | | جمع | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| رده سنی (بر حسب سال) | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| ۲۱ تا ۲۵ | ۳ | ۵ | ۳ | ۵ | ۶ | ۱۰ |
| ۲۶ تا ۳۰ | ۳ | ۵ | ۴ | ۷ | ۷ | ۱۲ |
| ۳۱ تا ۳۵ | ۳ | ۵ | ۳ | ۵ | ۶ | ۱۰ |
| ۳۶ تا ۴۰ | ۷ | ۱۲ | ۶ | ۱۰ | ۱۳ | ۲۲ |
| ۴۱ تا ۴۵ | ۴ | ۷ | ۸ | ۱۳ | ۱۲ | ۲۰ |
| ۴۶ تا ۵۰ | ۳ | ۵ | ۵ | ۸ | ۸ | ۱۳ |
| ۵۱ تا ۵۵ | ۲ | ۳ | ۱ | ۲ | ۳ | ۵ |
| ۵۶ تا ۶۰ ساله | ۲ | ۳ | - | - | ۲ | ۳ |
| ۶۰ سال به بالا | ۳ | ۵ | - | - | ۳ | ۵ |
| جمع | ۳۰ | ۵۰ | ۳۰ | ۵۰ | ۶۰ | ۱۰۰ |



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

**جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش**

| شاخص | | میانگین | انحراف استاندارد | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|---|---|---|---|---|---|
| **بعد اعتقادی** | بیماران سرطانی | ۱۷/۶۰ | ۱۷/۴ | ۸ | ۲/۴ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۲۰/۸۰ | ۴/۸۵ | ۸ | ۲۸ |
| **بعد تجربه‌ای** | بیماران سرطانی | ۱۸/۱۰ | ۲/۹۵ | ۱۴ | ۲۴ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۲۰/۶۰ | ۴/۲۷ | ۵ | ۲۴ |
| **بعد پیامدی** | بیماران سرطانی | ۹/۲۳ | ۲/۱۹ | ۵ | ۱۵ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۱۱/۷۰ | ۳/۵۸ | ۲ | ۲۱ |
| **بعد مناسکی** | بیماران سرطانی | ۱۴/۰۶ | ۳/۸۸ | ۴ | ۲۱ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۱۲/۴۶ | ۷/۱۱ | ۰ | ۲۶ |
| **نگرش مذهبی** | بیماران سرطانی | ۵۹ | ۷/۱۶ | ۴۸ | ۷۴ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۶۵/۵۶ | ۱۵/۸۳ | ۲۵ | ۹۱ |
| **تفکر عاملی** | بیماران سرطانی | ۱۱/۹۶ | ۲/۶۹ | ۶ | ۲۰ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۱۲/۸۰ | ۱/۶۲ | ۹ | ۱۶ |
| **تفکر راهبردی** | بیماران سرطانی | ۱۱/۷۰ | ۲/۵۸ | ۷ | ۱۶ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۱۳/۶۳ | ۱/۶۲ | ۱۱ | ۱۶ |
| **امید به زندگی** | بیماران سرطانی | ۲۳/۶۶ | ۴/۷۵ | ۱۶ | ۳۶ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۳۶/۴۳ | ۲/۸۲ | ۲۰ | ۳۱ |
| **سلامت جسمانی** | بیماران سرطانی | ۱۵/۳۳ | ۲/۸۳ | ۹ | ۲۱ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۲۵/۴۳ | ۳/۹۹ | ۱۵ | ۳۱ |
| **سلامت روانی** | بیماران سرطانی | ۱۳/۲۶ | ۲/۳۱ | ۹ | ۱۸ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۲۰/۳۶ | ۴/۱۱ | ۱۱ | ۲۶ |
| **سلامت محیط** | بیماران سرطانی | ۲۳/۵۶ | ۴/۰۱ | ۱۴ | ۳۱ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۲۷/۸۶ | ۴/۲۹ | ۱۹ | ۳۵ |
| **روابط اجتماعی** | بیماران سرطانی | ۸/۵۶ | ۱/۹۰ | ۳ | ۱۲ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۱۱/۲۳ | ۱/۷۳ | ۷ | ۱۴ |
| **کیفیت زندگی** | بیماران سرطانی | ۶۴/۹۳ | ۶/۴۷ | ۴۹ | ۷۷ |
| | بیماران غیرسرطانی | ۹۲/۷۰ | ۱۱/۵۱ | ۶۱ | ۱۰۸ |

نمره‌های نگرش مذهبی و امید به زندگی و ابعاد آن‌ها در بیماران سرطانی و غیرسرطانی نشان داده شده است.

جهت مقایسه بیماران سرطانی و غیرسرطانی از آزمون t مستقل استفاده شد. مقایسه نگرش مذهبی و ابعاد آن در بیماران سرطانی و غیرسرطانی در جدول ۳ نشان می‌دهد که در ابعاد اعتقادی، تجربه‌ای، پیامدی و به‌طور کلی باورهای مذهبی، بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران غیرسرطانی در این ابعاد از میانگین بیشتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار می‌باشند. شایان ذکر است که در بعد مناسکی، تفاوت

**جدول ۳: مقایسه نگرش مذهبی و ابعاد آن در بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی**

| شاخص نگرش مذهبی | | T | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| **بعد اعتقادی** | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۲/۷۳ | ۰/۰۰۸ |
| **بعد تجربه‌ای** | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۲/۶۳ | ۰/۰۱ |
| **بعد پیامدی** | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۳/۲۱ | ۰/۰۰۲ |
| **بعد مناسکی** | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۱/۰۸ | ۰/۱ |
| **نگرش مذهبی** | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۲/۰۷ | ۰/۰۴ |



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

**جدول ۴: مقایسه امید به زندگی و ابعاد آن در بیماران سرطانی و غیرسرطانی**

| شاخص امید به زندگی | | T | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| تفکر عاملی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۱/۴۴ | ۰/۱ |
| تفکر راهبردی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۳/۴۶ | ۰/۰۰۱ |
| امید به زندگی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۲/۷۳ | ۰/۰۰۸ |

**جدول ۵: مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران سرطانی و غیرسرطانی**

| شاخص کیفیت زندگی | | T | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| سلامت عمومی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۹/۷۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| سلامت جسمانی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۱۱/۲۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| سلامت روان | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۸/۲۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| سلامت محیط | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۴/۰۰۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| روابط اجتماعی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۵/۶۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| کیفیت زندگی | بیماران سرطانی<br>بیماران غیرسرطانی | ۱۱/۵۱ | ۰/۰۰۰۱ |

معناداری بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی مشاهده نمی‌شود.

مقایسه امید به زندگی و ابعاد آن در بیماران سرطانی و غیرسرطانی در جدول ۴ بیانگر آن است که در تفکر راهبردی و امید به زندگی بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران غیرسرطانی از میانگین بیشتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار هستند؛ اما در بعد تفکر عاملی، بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران سرطانی و غیرسرطانی در جدول ۵ نشان می‌دهد که در سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت محیط، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی، تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود و بیماران غیرسرطانی از میانگین بیشتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار می‌باشند.

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه باورهای مذهبی در امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی و غیرسرطانی بود. نتایج در ارتباط با بررسی وجود تفاوت معنادار بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی از نظر باورهای مذهبی نشان داد که بین باورهای مذهبی بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران غیرسرطانی در ابعاد اعتقادی، تجربه‌ای، پیامدی و به‌طور کلی باورهای مذهبی، از میانگین بیشتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار هستند؛ اما در بعد مناسکی، تفاوت معناداری بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی مشاهده نگردید.

در این راستا، جعفری و همکاران (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند که بهزیستی مذهبی و وجود اعتقاد به مذهب، پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی در بیماران سرطانی است. آن‌ها عنوان کردند که بهزیستی روانی و امیدواری، نقش مهمی در رضایت از زندگی و سازگاری روانشناختی دارد. Jim و همکاران (۲۷) نیز فراتحلیلی را در مورد تأثیر مذهب و سلامت جسمانی و روانی بر بیماران سرطانی انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که عامل مذهب



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

با بهزیستی جسمانی، بهزیستی عملکردی و نشانه‌های جسمانی در بیماران سرطانی مرتبط می‌باشد. این فراتحلیل نشان داد که مذهب قوی‌تر در فرد، با گزارش سلامت جسمانی بهتری در وی همراه است و این یافته اهمیت عامل مذهب را به‌عنوان بخشی از برنامه درمان و مراقبت جامع سرطان نشان می‌دهد. همچنین، Hulett و Armer در پژوهش خود تأثیر مذهب یا سلامت روحی را در بیماران مبتلا به سرطان سینه مورد توجه قرار دادند (۲۸).

Vachon نیز در پژوهش خود به نقش مذهب و شرایط اعتقادی فرد به‌عنوان عاملی مهم و کمک‌کننده در بیماران سرطانی اشاره کرده است (۲۹). مذهب و باورهای اعتقادی به‌عنوان راهی مطرح می‌باشد که بیماران سرطانی با توجه به آن به تجارب بیماری خود معنا می‌دهند و از این رو، راهی مناسب برای کنارآمدن با شرایط بیماری و توجیه مفهوم مرگ است. مطالعات نشان داده‌اند که مذهب و باورهای اعتقادی، نقش مهمی را در کنارآمدن با انواع مختلف بیماری سرطان ایفا می‌کند (۳۰). بهزیستی روانشناختی نیز دارای نقش مهمی در ابعاد کیفیت زندگی افراد، به‌ویژه بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۳۱). در این ارتباط، PeRez و Smith به بررسی تأثیر باورهای مذهبی بر بهزیستی در بین بیماران سرطانی پرداختند و نقش مذهب را بر استراتژی‌های کنارآمدن و خوداثربخشی بیماران سرطانی بررسی کردند و به اهمیت نقش باورهای مذهبی در کیفیت زندگی بیماران سرطانی پی بردند (۳۲). همچنین، برخی از پژوهشگران به مسیر استراتژی کنارآمدن مذهبی فرد در پاسخ به دریافت تشخیص سرطان سینه پرداخته‌اند (۳۳). پژوهشگران دیگری نیز به بررسی کارکرد مذهب و باورهای اعتقادی در افراد مبتلا به سرطان پرداخته و به نقش مهم این باورها در زندگی افراد پی بردند (۳۴). در یکی از این پژوهش‌ها، مؤثربودن باورهای مذهبی، حمایت اجتماعی و نقش آن در سازگاری افراد مبتلا به سرطان در انطباق و سازگارشدن با بیماری خود گزارش گردیده است (۳۵). Kristeller و همکاران نیز به مؤثربودن باورهای مذهبی و اعتقادات در سازگارشدن با سرطان پی بردند (۳۶).

همچنین، McLaughlin و همکاران دریافتند که تسلیم‌شدن در برابر بیماری، در کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده (نباید تسلیم آن شد) و اعتقاد قلبی می‌تواند در این ارتباط کمک‌کننده باشد (۳۷). Schreiber و Brockopp نیز به بررسی نقش مذهب در بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداختند و اهمیت نقش مذهب را گزارش نمودند (۳۸).

علاوه‌براین، Thune-Boyle و همکاران مذهب را به‌عنوان یکی از عوامل سبک‌های مقابله‌ای در برابر بیماری سرطان و نیز ارتباط آن با میزان سازگارشدن بیمار با بیماری را بررسی کردند و به نقش مفید مذهب و باورهای اعتقادی پی بردند (۳۹).

پژوهشگران دیگری نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی بر نگرش افراد نسبت به بیماری و توانایی‌های آن‌ها تأثیر مثبت می‌گذارد و آن‌ها بهتر می‌توانند با بیماری خود مقابله کنند؛ ازاین‌رو، باور مذهبی به‌صورت مثبت در پیشبرد بیماری سرطان به سمت مثبت پیش رفتن کمک می‌کند (۴۰،۴۱).

این نتایج را می‌توان چنین تبیین کرد که به تعبیر قرآن، خسران و بدبختی آنجا است که آدمی، روح و امید خود را از دست بدهد؛ زیرا، این امر می‌تواند ایمان و اعتقادات دینی او را تحت تأثیر قرار دهد؛ درنتیجه این دسته از بیماران (سرطانی) نسبت به بیماران غیرسرطانی از آسیب‌پذیری بیشتری در بعد باورهای مذهبی برخوردار هستند. به‌منظور بررسی این امر که بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی از نظر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر، نتایج نشان داد که در این ارتباط، بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بدین‌معنا که بیماران غیرسرطانی از میانگین امید بیشتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار هستند. این یافته‌ها با نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو می‌باشد (۱۲،۱۳،۴۲،۴۳). این نتایج را می‌توان چنین تبیین کرد



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

که بیماری سرطان، تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و امید به زندگی نیز از این قاعده مستثنی نمی‌باشد. با توجه به اینکه سرطان بیماری است که در آن سلول‌های سرطانی به سرعت رشد کرده و تکثیر می‌یابند، بیمار در انتظار مرگ قریب‌الوقوع خود بوده و انتظار برای مرگ، به‌معنای ناامیدی نسبت به آینده و ادامه زندگی و روند درمانی می‌باشد؛ این در حالی است که در بیماری‌های ساده‌تر و سطحی‌تر غیرسرطانی، زندگی بیمار آنچنان تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد که بیمار انتظار مرگ خود را داشته باشد؛ درنتیجه، هر لحظه امید به بهبود بیماری و تلاش برای درمان خود دارد؛ بنابراین، ترس از لاعلاج‌بودن بیماری سرطان و قریب‌الوقوع‌بودن مرگ، شاید موجب کسب این نتیجه شده باشد.

در ارتباط با اینکه آیا بین بیماران سرطانی و غیرسرطانی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر، نتایج نشان داد که تفاوت بین کیفیت زندگی بیماران سرطانی و غیرسرطانی معنادار می‌باشد؛ بدین‌معنا که بیماران غیرسرطانی از کیفیت زندگی بهتری نسبت به بیماران سرطانی برخوردار هستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه Rehse و Saika همسو می‌باشد (۴۴،۴۵). شیمی‌درمانی علاوه بر سلامت عمومی بیمار، ظاهر جسمانی و روابط او با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این‌ها همگی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشند؛ این در حالی است که در بیماری‌های غیرسرطانی، روابط بیمار با دیگران، ظاهر جسمانی و سلامت عمومی و روان او کمتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بی‌شک، عوارض ناشی از شیمی‌درمانی و دردهای حاصل از آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر مضاعف داشته و همین امر می‌تواند در کسب این نتیجه مؤثر باشد.

باید عنوان کرد که این پژوهش نیز همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود؛ از جمله جامعه محدود پژوهش که لازم است در تعمیم نتایج به دیگر جوامع، جانب احتیاط رعایت شود.

## نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها می‌توان گفت اعتقادات و باورهای مذهبی می‌تواند باعث تقویت روحیه بیماران سرطانی شده و منجر به افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها گردد.

## پیشنهادات

پیشنهاد می‌گردد با برگزاری جلسات روان‌درمانی گروهی، به بیماران سرطانی کمک شود تا با پرداختن به احساسات مثبت در گروه، به زندگی با افکار جدید و امیدبخش بنگرند.

## حمایت مالی

نویسندگان از حمایت مالی هیچ مؤسسه‌ای برخوردار نبودند.

## ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول مرتبط با ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه‌ماندن هویت پرسش‌شوندگان، رضایت‌مندی شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت گردید.

## تضاد منافع

این مقاله با منافع هیچ فرد و یا اشخاص حقیقی و حقوقی در تضاد نمی‌باشد.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کارکنان بیمارستان نمازی شهر شیراز و بیمارانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

## References

1. Navabakhsh M, Porusefi H. The role of religion and religious beliefs on mental health. Journal of Religious Studies. 2007; 14:71-94 (Persian).



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

2. Shaw B, Ha JY, Kim E, Gustatson D, Hawkins R, Clearly J, et al. Effects of prayer religious expression within computer support groups on women with breast cancer. Psychooncology. 2007; 16(7):676-87.
3. Montazeri A. Quality of life in cancer patients. Journal of White. 2008; 1:89 (Persian).
4. Pargment KI. God to help me: toword a theoretical framework of coping for the psychology of religion. Research in the Social Scientific Study of Religion. 1987; 2:195-225.
5. Nejati AA. Support and assistance to cancer patients. Tehran: Salamat; 2011 (Persian).
6. Gheraati M. Radiosensitivity of secrets of prayer. Tehran: Staff Prayer; 2008 (Persian).
7. Bahrami F, Farani A, Younesi J. Role of internal and external religious beliefs in Mental Health and rate of depression in elderly people. Iranian Rehabilitation Journal. 2007; 5(1):24-9 (Persian).
8. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 3(3):61-6 (Persian).
9. Fox SA, Pitkin K, Paul C, Carson S, Duan N. Breast cancer screening adherence: Does church attendance matter? Health Education & Behavior. 1998; 25(6):742-58.
10. Kinney AY, Emery G, Dudley WN, Croyle RT. Screening behaviors among African American woman of high risk for breast cancer: do beliefs about God matter? Oncology Nursing Society. 2002; 29(5):835-43.
11. Simpson MR. God healed me: Religious responses to events in the cancer trajectory of breast cancer survivors in central Appalachia. [PhD Thesis]. Lexington, USA: University of Kentucky; 2001.
12. Kajbaf S, Nicol G, Zimmerman D. Cancer screening and life expectency of Canadian patients with kidney failure. Nephrology Dialysis Transplantation. 2002; 17(10):1786-9.
13. Micheli A, Baili P, Quinn M, Mugno E, Capocaccia R, Grosclaude P. Life expectancy and cancer survival in the EUROCARE-3 cancer registry areas. Annals of Oncology. 2003; 14(90005):28-40.
14. Benjamins MR, Trinitapoli J, Ellison CG. Religious attendance health maintenance beliefs and mammography utilization: findings from a nationwide survey of presbyterian women. Journal of Scientific Study of Religion. 2006; 45(4):597-607.
15. Daniels M, Merrill RM, Lyon JL, Stanford JB, White GL. Associations between breast cancer risk factors and religious practices in Utah. Preventive Medicine. 2004; 38(1):28-38.
16. Serajzade SH. Religious attitudes and behaviors of Tehran adolescents and its implications for secularization theory. Journal of Research Index. 1999; 7(8):105-27 (Persian).
17. Glock CY, Stark R. Religion and society in tension. Chicago: Rand McNally; 1965.
18. Mohammadi SD, Mehrabizadeh HM. Relationship between religiousness and locus of control and the role of gender differences. Psychological Research. 2007; 9(3-4):47-64 (Persian).
19. Snyder CR, Lopez SJ. Oxford handbook of positive psychology. London: Oxford University Press; 2002.
20. Snydre CR, Berg C, Woodware JT, Gum A, Rand KL, Wrobleski KK, et al. Hope against cold: individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. Journal of Personality. 2005; 73(2):287-312.
21. Bonab BG, Lavasani M, Rahimi H. Hope, purpos in life, and mental health in college students. International Journal of the Humanisties. 2007; 5(5):127-32 (Persian).
22. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the Snyder Hope Scale. Journal of Applied Psychology. 2011; 5(3):7-23 (Persian).
23. Nasiri HA, Joukar B. The relationship between life's meaningfulness, hope, happiness, life satisfaction and depression in a group of employed women. Women Development and Politics. 2008; 6(2):157-76 (Persian).
24. Bonomi AE, Patrickm DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world Health Organization Quality of Life (WOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiologyl. 2000; 53(1):19-23.
25. Nejat S, Montazeri A, Holakoee Naeeni K, Mohamad K, Majdzadeh R. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric Iranian species. Journal of School Health and Research Institute. 2006; 4(4):1-12.
26. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010; 5:1362-6.
27. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. Cancer. 2015; 121(21):3760-8.
28. Hulett JM, Armer JM. A systematic review of



[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]

spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. Integrative Cancer Therapies. 2016; 15(4):405-23.
29. Vachon ML. Meaning, spirituality, and wellness cancer survivors. Seminars in Oncology Nursing, WB Saunders, USA; 2008. P. 218-25.
30. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. Journal of Clinical Oncology. 2007; 25(5):555-60.
31. Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, et al. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. Psychooncology. 2015; 25(12):1448-55.
32. Perez JE, Smith AR. Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. Journal of Behavioral Medicine. 2015; 38(2):183-93.
33. Gall TL, Guirguis-Younger M, Charbonneau C, Florack P. The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. Psycho-Oncology. 2009; 18(11):1165-78.
34. Holt CL, Wang MQ, Caplan L, Schulz E, Blake V, Southward VL. Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: Testing a meditational model. Journal of Behavioral Medicine. 2011; 34(6):437-48.
35. Howsepian BA, Merluzzi TV. Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. Psycho-Oncology. 2009; 18(10):1069-79.
36. Kristeller JL, Sheets V, Johnson T, Frank B. Understanding religious and spiritual influences on adjustment to cancer: Individual patterns and differences. Journal of Behavioral Medicine. 2011; 34(6):550-61.
37. McLaughlin B, Yoo W, D'angelo J, Tsang S, Shaw B, Shah D, et al. It is out of my hands: how deferring control to God can decrease quality of life for breast cancer patients. Psycho-Oncology. 2013; 22(12):2747-54.
38. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2012; 6(1):82-94.
39. Thune-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. Psycho-Oncology. 2013; 22(3):646-58.
40. Kaliampos A, Roussi P. Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. Journal of Health Psychology. 2015; 26:1359.
41. Hamilton JB, Galbraith KV, Best NC, Worthy VC, Moore LA. African-American cancer survivors' use of religious beliefs to positively influence the utilization of cancer care. Journal of Religion and Health. 2015; 54(5):1856-69.
42. Bijari H, Ghanbari B, Abadi A, Aghamohammadian Sherbaf HR, Homayi Shandiz F. Effects of Hope-based group therapy on the promotion of hope in women with breast cancer. Journal of Research Clinical and Psychology Counselling. 2008; 10(1):172-84 (Persian).
43. Fekri K, Shafeeabadi A, Sanaee ZB, Harirchi I. The efficacy of individual guided imagery method on the amount of anxiety and hope for life in women suffering from breast cancer. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2007; 9(31):1-16 (Persian).
44. Rehse B, Pukrop R. Effects of psycholocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta analysis of 37 published controlled outcome studies. Patient Eduction and Counselling. 2003; 50(2):179-86.
45. Saika T, Arata R, Tsushima T, Nasu Y, Suyama B, Takeda K, et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for Bladder cancer in elderly patients with anileal conduit, unreterocutaneostomy, or orthotopic urinary reservoir: a compare questionnaire survey. Acta Medica Okayama. 2007; 61(4):199-203.

[ Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31 ]