

## تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۴ سال ۱۳۹۳ صفحه ۵ - ۱

## ارتباط باورهای مذهبی با امید در بیماران مبتلا به سرطان

فاطمه شوهانی<sup>۱</sup>، الناز اصغری\*<sup>۲</sup>، فرزانه شیخ الاسلامی<sup>۳</sup>، محبوبه علی تالشی<sup>۴</sup>

## چکیده

**زمینه و اهداف:** سرطان تغییرات همیشگی در زندگی افراد ایجاد می کند. امید به عنوان راهکار و وسیله مهم رسیدن به سازگاری با سرطان شناخته شده است. بیماران برای افزایش امید خود به حمایت های اجتماعی و فردی مانند باورها و اعتقادات نیاز دارند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی با امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه ی تحلیلی، ۲۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز شیمی درمانی و رادیوتراپی، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه از پرسشنامه های استاندارد باورهای مذهبی آلپورت و امید هرث جهت جمع آوری داده ها استفاده گردید و داده ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS13 و با استفاده از آمار توصیفی، تحلیلی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

**یافته ها:** نتایج مطالعه حاکی از آن است که میانگین فردی امید بیماران  $(37/06 \pm 3/74)$  بوده، امید با مدت زمان تشخیص، نوع سرطان  $(p < 0/0001)$  و همچنین باورهای مذهبی  $(p < 0/01)$  و باورهای مذهبی بیرونی  $(p < 0/05)$  ارتباط آماری معنی داری داشت. باورهای مذهبی کلی ۱۲ درصد و باورهای مذهبی بیرونی ۴ درصد از تغییرات واریانس امید را توجیه می کردند.

**بحث و نتیجه گیری:** باورهای مذهبی نقش مهمی در بالا بردن امید بیماران دارند. لذا تسهیل شرایط راز و نیاز با خدا، چسباندن پوسترهای مذهبی امیدوارکننده در محیط های درمانی و برگزاری سخنرانی های مذهبی برای بیماران توصیه می شود.

**کلیدواژه ها:** سرطان، مذهب، امید

۱. کارشناس آموزش مشاوره و راهنمایی تحصیلی، دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

(Email: asghari.elnaz@gmail.com)

۳. کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. کارشناس پرستاری

## مقدمه

بیماری‌های مزمن مثل سرطان تغییرات همیشگی در زندگی افراد ایجاد می‌کنند (۱). علی‌رغم پیشرفت‌های علوم پزشکی، بیماری سرطان همچنان رو به افزایش است (۲). اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان برای افراد یک تجربه غافلگیرکننده و نگران‌کننده است (۳و۴). شایع‌ترین بحران در این حالت احساس یأس و ناامیدی است (۵). به طوری‌که پژوهش‌ها نشان می‌دهند سرطان نسبت به سایر بیماری‌های مزمن، بیشترین تأثیر را روی امید داشته و یکی از عوامل اصلی تهدیدکننده امید محسوب می‌شود (۵) و این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهند بین فشارهای روانی و رشد تومورهای بدخیم رابطه‌ی مثبت وجود دارد (۶).

افراد امیدوار تشخیص و درمان سرطان را با پریشانی کمتر و سازش بیشتر تحمل می‌کنند (۷) و به احتمال بیشتری درمان را پیگیری می‌کنند و در مرحله بهبودی به جنبه‌های مثبت عوامل آسیب‌زا گرایش بیشتری دارند (۸). عوامل و معیارهای زیادی با میزان امید بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد. احساس خوب بودن، تطابق با بیماری (۹)، خستگی (۱۰)، وضعیت سلامتی (۱۱)، کیفیت زندگی و سلامت معنوی (۱۲) از جمله این موارد می‌باشند. اما عامل مهم دیگری که به نظر می‌رسد با امید افراد ارتباط داشته باشد، باورهای مذهبی بیماران است.

مذهب به عنوان یک منبع مقابله با تنیدگی‌های زندگی (۵) می‌تواند با تطابق با سرطان (۱۳-۱۵)، کیفیت زندگی (۱۶)، سلامت بدنی و معنوی (۱۷و۱۸)، بهزیستی روان‌شناختی، سبک زندگی و رضایت از زندگی (۱۹و۲۰) ارتباط داشته باشد. البته یافته‌های متناقضی نیز در زمینه ارتباط مذهب با برخی معیارهای روان‌شناختی گزارش شده است (۲۰و۲۱). لذا با توجه به فرهنگ مردم ایران که به مسائل مذهبی اهمیت زیادی می‌دهند و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت امید در بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی و امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام گردید.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح تحلیلی است. در این پژوهش متغیر ملاک، امید و متغیر پیش‌بینی، باورهای مذهبی است. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به یکی از مراکز شیمی‌درمانی و رادیو‌تراپی شهر رشت در سال ۱۳۸۸ می‌باشد. در این پژوهش با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۵ بر اساس پژوهش مشابه (۲۲)، حجم نمونه حدود ۲۱۰ نفر تعیین شد که با اضافه کردن احتمال ۱۰٪ ریزش، عدد نهایی ۲۳۱ نفر در نظر گرفته شد. پس از هماهنگی با مسئولین مرکز آموزشی درمانی مربوطه، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، کلیه بیماران مبتلا به سرطان بالای ۱۸ سال و بدون ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، مراجعه‌کننده به مرکز

شیمی‌درمانی و رادیو‌تراپی که رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه را داشتند، از اردیبهشت تا اوایل آذرماه وارد مطالعه شدند. ابزار پژوهش یک پرسشنامه سه قسمتی بود. قسمت اول دربرگیرنده مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، نوع سرطان و مدت زمان تشخیص بود. قسمت دوم پرسشنامه باورهای مذهبی آلپورت بود. این پرسشنامه ۲۱ عبارت چهارگزینه‌ای لیکرتی دارد. ۱۲ عبارت اول آن باورهای مذهبی بیرونی و ۹ عبارت بعدی باورهای مذهبی درونی را بررسی می‌نمایند. باورهای مذهبی درونی با اصول و اعتقادات درونی شده و سازمان یافته اشاره دارد و باورهای مذهبی بیرونی به صورت‌ها و نمادهای بیرونی و ظاهری مذهب مانند نماز خواندن و غیره دلالت دارد. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های ایرانی مشابه تأیید شده بود و آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۶۵٪-۷۵٪، باورهای مذهبی درونی ۶۳٪-۷۰٪ و باورهای مذهبی بیرونی ۶۳٪-۷۰٪ گزارش شده است (۵-۲۳-۲۵). در قسمت سوم ابزار، امید بیماران با استفاده از شاخص امید هرث مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار ۱۲ عبارت ۴ گزینه‌ای لیکرتی (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۴) دارد. نمره گذاری عبارات ۳ و ۶ به صورت معکوس بود. روایی و پایایی این ابزار نیز در مطالعات مشابه تأیید شده بود (۸۲-۱۸۲/۰۶۷-۰۹۵) (۹و۵). امتیاز کلی شاخص امید هرث بین ۱۲ تا ۴۸ بوده و امتیاز بالاتر بیانگر امید بالاتر بیماران است.

داده‌های جمع‌آوری شده با نسخه ۱۳ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. برای بیان میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفی از آمار توصیفی استفاده شد. از آزمون کولموگورواسمیرنوف برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده گردید. ارتباط سنجی بین متغیرها با ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. سپس متغیرهای معنی‌دار به منظور تعیین عوامل پیشگویی‌کننده وارد آنالیز رگرسیون خطی به روش قدم به قدم گردید. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ نظر گرفته شد.

**ملاحظات اخلاقی:** این پژوهش پس از هماهنگی با مسئولین ذیربط انجام شد. محقق پس از معرفی خود و بیان اهداف، به شرکت‌کنندگان اطمینان داد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و نیازی به قید نام نیست.

## یافته‌ها

بررسی ۲۲۰ پرسشنامه قابل استفاده، میانگین سنی نمونه‌ها را  $49/96 \pm 12/38$  سال نشان داد. اکثر بیماران (۵۳/۲٪) مؤنث بوده و بیشترین انواع سرطان شامل سیستم گوارشی (۴۱/۴٪) و ژنیکولوژی (۳۰/۴٪) بود. میانگین مدت زمان تشخیص بیماری (۱۳/۶۴ ± ۳/۲۵) ماه و میانگین امید بیماران (۳۷/۰۶ ± ۳/۷۴) از محدوده ۱۲ تا ۴۸ گزارش شد. نتایج ارتباط سنجی متغیرها در

جدول شماره (۱) ارائه شده است. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد از بین متغیرهای وارد شده، باورهای مذهبی کلی حدود ۱۲ درصد و باورهای مذهبی بیرونی حدود ۴ درصد از تغییرات

واریانس امید را توجیه می کنند. نتایج آزمون رگرسیون قدم به قدم در جدول شماره (۲) خلاصه شده است.

جدول ۱. ارتباط سنجی بین متغیرها با ضریب همبستگی پیرسون

امید	باور مذهبی	درونی	بیرونی	سن	جنس	نوع سرطان	مدت زمان تشخیص
۱	۰/۵۸**	۰/۳۸	۰/۵۲*	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۴۸***	۰/۶۱***
	۱	۰/۶۱	۰/۷۰	۰/۳۹	۰/۴۵	۰/۳۱	۰/۴۲
		۱	۰/۵۹*	۰/۴۸	۰/۴۲	۰/۳۴	۰/۲۸
			۱	۰/۰۹	۰/۳۶	۰/۲۸	۰/۵۷
				۱	۰/۴۲	۰/۷۶**	۰/۸۴***
					۱	۰/۷۹**	۰/۷۶*
						۱	۰/۶۸*
							۱

\* P < ۰/۰۵  
\*\* P < ۰/۰۱  
\*\*\* P < ۰/۰۰۱

طبق نتایج این جدول امید بیماران با مدت زمان تشخیص، نوع سرطان و باورهای مذهبی ارتباط آماری مثبت و معنی داری دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون رگرسیون قدم به قدم در پیش بینی امید بیماران مبتلا به سرطان

متغیرهای پیشگویی کننده	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	خطای برآورد
مدت زمان تشخیص	۰/۰۲	۰/۰۱	۸/۰۴
باورهای مذهبی کل	۱۲/۵۳	۱۱/۹۸	۵/۶۱
باورهای مذهبی بیرونی	۴/۲۸	۴/۰۱	۷/۰۹

باورهای مذهبی حدود ۱۲٪ تغییرات واریانس امید در بیماران را توجیه می کند.

## بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی با امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. طبق یافته های پژوهش میانگین نمره امید  $37/06 \pm 3/74$  از محدوده ۱۲ تا ۴۸ بود. اکثر مطالعاتی که امید را در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کرده اند، یک عدد میانگین و در محدوده  $\pm 1$  SD محدوده ابزار را برای آن گزارش کرده اند (۱۲، ۱۵، ۲۶). البته امید کم (۲۷) نیز در پژوهش های مرتبط به چشم می خورد. همانطور که ذکر گردید، کاهش امیدواری یکی از رایج ترین اختلالات روان شناختی پس از شنیدن تشخیص سرطان می باشد (۵). در نتیجه میانگین کسب شده در این مطالعه دور از انتظار نبود. در این پژوهش همچنین مدت زمان تشخیص با امید رابطه آماری منفی داشت. این یافته در سایر پژوهش های مشابه نیز گزارش گردیده است (۱۲ و ۱۵ و ۲۷). به نظر می رسد با گذشت زمان که بیماران متحمل عوارض درمان و استرس فراوان ویزیت، آزمایش و پیگیری بیماری می شوند و به پیامد مورد انتظار خود دست نمی یابند، به مرور امید خود را از دست می دهند.

ارتباط بین امید و باورهای مذهبی در این مطالعه مثبت و معنی دار به دست آمد ( $P < ۰/۰۱$  و  $r = ۰/۵۸$ ). این یافته مشابه

با یافته های پژوهش های قبلی می باشد (۲۸-۳۲). البته در چندین مطالعه عدم وجود ارتباط بین این دو متغیر (۳۳-۳۵) نیز گزارش شده است. در اکثر مطالعات مرتبط این گونه نتیجه گیری کرده اند که اعتقاد درونی به وجود یک منبع حامی و کمک کننده، در مواقعی باعث افزایش امیدواری در شرایط بحرانی می شود (۲۲). ولی در این پژوهش فقط باورهای بیرونی مذهبی ارتباط مثبت و معنی داری با امید داشت و توانسته بود ۴ درصد از واریانس تغییرات امید را توجیه کند. این یافته با دیدگاه آلپورت که معتقد است تنها بعد درونی باورهای مذهبی با سلامت روان ارتباط دارد، مغایر است (۵).

در این پژوهش نمود ظاهری مذهب مانند نماز خواندن، رفتن به مسجد و غیره با امیدواری بالای بیماران ارتباط بیشتری داشت. احتمال می رود وقتی افراد کارهای فوق را انجام می دهند، احساس می کنند که قدم مفیدی در راه رسیدن به ناجی و حامی واقعی برداشته اند و همین امر امید آنان را افزایش می دهد. مطالعه پورغزنین و غفاری روی مددجویان گیرنده پیوند کلیه نیز بین انجام تکالیف دینی با میزان امید رابطه آماری معنی دار و مثبتی را نشان داد ( $P = ۰/۰۰۱$  و  $r = ۰/۵۲$ ) (۲۷). کیانی و همکارانش می گویند افراد دارای جهت گیری بیرونی

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که امید اکثر بیماران مبتلا به سرطان در حد متوسط می باشد. با توجه به اهمیت امید در بیماران مذکور، تقویت امید در آنها ضروری به نظر می رسد. با توجه به این که در این پژوهش مذهب و به خصوص باورهای مذهبی بیرونی رابطه معنی دار و مثبتی با سطح امید بیماران داشت؛ به نظر می رسد تسهیل شرایط بروز نمادهای مذهب بیرونی برای بیماران ضروری است. ایجاد نمازخانه در محیطهای درمانی، برگزاری کلاسهای مذهبی، نصب پوسترهای مذهبی با پیام های امید دهنده در محیط های درمانی از جمله مواردی است که به نظر می رسد، می تواند بر امید بیماران مبتلا به سرطان تأثیر مثبت بگذارد. هرچند که در مطالعه حاضر یک پمفلت حاوی روش های سازگاری مناسب با مشکلات، به عنوان قدردانی به شرکت کنندگان تقدیم گردید.

**تعارض منافع:** هیچ گونه تعارض مالی و غیر مالی بین نویسندگان و افراد ثالث وجود ندارد و کلیه هزینه های این تحقیق با توافق نویسندگان تقبل شده است.

### تقدیر و تشکر

محققین بر خود لازم می دانند تا از مسئولین محترم مرکز همکاری کننده، تمامی بیمارانی که علی رغم مشکلات و دردهای زیاد، با صبر و حوصله تمام پرسشنامه ها را تکمیل نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

باورهای مذهبی از دین به عنوان وسیله ای برای مشارکت در گروه قدرتمند و به دست آوردن حمایت، راهنمایی، جایگاه اجتماعی و یک مکانیسم دفاعی استفاده می کنند (۳۶) و به نظر می رسد همین عامل منجر به افزایش امید در این بیماران می شود. ارتباط معنی دار باورهای مذهبی درونی با امید در پژوهش های میکلی (Mickley) و همکاران و همچنین پژوهش یگانه اعلام شده است که هر دو مطالعه ی فوق، فقط روی زنان و صرفاً در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود (۳۴ و ۳۵). با توجه به این که در این مطالعه نیز میانگین امید بیماران با سرطان ژنیکولوژی کمتر از سایر انواع سرطان بود ( $F=0.39$  و  $P<0.05$  vs  $36/92 \pm 3/67$  و  $39/01 \pm 4/76$ ). به نظر می رسد بررسی تأثیر دقیق انواع سرطان به خصوص سرطان ژنیکولوژی بر میزان امید بیماران، بررسی انواع سرطان در افرادی با انواع تبعیت های خاص مذهبی و بالاخره بررسی تغییرات باورهای مذهبی افراد قبل و بعد از تشخیص سرطان در تفسیر دقیق یافته فوق می تواند مؤثر باشد.

از محدودیت های این پژوهش روش نمونه گیری غیر تصادفی (در دسترس) بوده است. انجام مطالعاتی با نمونه گیری تصادفی در جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می گردد. به علاوه هرچند که پوشش دهی وسیع اثر انواع تشخیص ها نکته قوت مطالعه حاضر بوده است؛ ولی پیشنهاد می شود مطالعات دیگری به صورت اختصاصی تر و روی انواع سرطان های شایع و نادر صورت بگیرد. در این مطالعه برای پیشگیری از خستگی مشارکت کنندگان، سؤالات مشخصات دموگرافیکی محدود گردید، ولی پیشنهاد می شود در پژوهش های مشابه عوامل فردی - اجتماعی بیشتری بررسی شود.

### References

1. Simpson MR. " God Healed Me": Religious Responses to Events in the Cancer Trajectory of Breast Cancer Survivors in Central Appalachia: University of Kentucky; 2001.
2. Bevers TB, Anderson BO, Bonaccio E, Buys S, Daly MB, Dempsey PJ, et al. Breast cancer screening and diagnosis. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2009;7(10):1060-96.
3. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening Experiences of healthy women with pathological cervical smears. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11(5):417-23.
4. Akyüz A, Güvenç G, Üstünsöz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. Journal of nursing scholarship. 2008;40(3):241-7.
5. یگانه ط، بررسی نقش جهت گیریهای مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری های پستان ایران. ۱۳۹۲؛۳(۳):۴۷-۵۶.
6. Ahmadi SA, Shahabizade F, Dastjerdi R. Study Mindfulness.Based Interventions Effectiveness on Depression for Cancer Patients. International Journal of Science and Engineering Investigations. 2013; 2(22):78-81.
7. Snyder CR. Coping: The psychology of what works: Oxford University Press; 1999.
8. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. Journal of personality. 1996;64(4):899-922.
9. McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. European Journal of Cancer. 2008;44(8):1169-74.

10. Schjolberg TK, Dodd M, Henriksen N, Rustoen T. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliative and Supportive Care*. 2011;9(01):63-72.
۱۱. شاکری نیا الف. رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی. *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۹۱؛ ۷ (۱): ۷-۱۵.
۱۲. بالجانی الف، خشابی ج، امانپور الف، عظیمی ن. بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *حیات*. ۱۳۹۰؛ ۱۷ (۳): ۲۷-۳۷.
13. Granero-Molina J, Díaz Cortés M, Márquez Membrive J, Castro-Sánchez A, López Entrambasaguas O, Fernández-Sola C. Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience? *European journal of cancer care*. 2014;23(3):300-9.
14. Ahmad F, binti Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of religion and health*. 2011;50(1):36-45.
15. Ragsdale JR, Hegner MA, Mueller M, Davies S. Identifying Religious and/or Spiritual Perspectives of Adolescents and Young Adults Receiving Blood and Marrow Transplants: A Prospective Qualitative Study. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2014.
16. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, VanderWeele TJ, et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *J Support Oncol*. 2012 10(2):81-7.
17. Takyi BK. Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDS preventive and protective behavior. *Social science & medicine*. 2003;56(6):1221-34.
18. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11):2848-60.
19. Dossey L. Prayer and medical science: a commentary on the prayer study by Harris et al and a response to critics. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(12):1735-8.
20. Spilka B, Hood RW, Hunsberger B, Gorsuch R. *The psychology of religion: An empirical approach*: Guilford Press; 2003.
21. Mazzotti E, Mazzuca F, Sebastiani C, Scoppola A, Marchetti P. Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2011;19(12):1931-7.
22. Hasson. Ohayon I, Braun M, Galinsky D, Baider L. Religiosity and Hope: A Path for Women Coping With a Diagnosis of Breast Cancer. *Psychosomatics*. 2009;50:525-33.
23. Nesabeh M. *The role of religious beliefs in mental health*. Shiraz: Shiraz University; 2004.
۲۴. یعفری ح. ارتباط بین باورهای مذهبی داخلی و بیرونی با استرس و مقایسه آن بین زنان و مردان در تهران، پایان نامه ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز؛ ۱۳۸۰.
25. Bazgir L. The relationship between religious orientation and mental health improvement length in Patients admitted to Taleghani hospital in Ahvaz. Ahvaz: Islamic Azad University; 2002.
۲۶. عبدی ن، تقدسی م ح، نقدی س. بررسی اثربخشی مداخلات ارتقا دهنده امید در بیماران مبتلا به سرطان شهرستان سنندج در سال ۱۳۸۶. *ارمغان دانش*. ۱۳۸۸؛ ۳(۵۵): ۷۲-۷۷.
۲۷. پورغزنین ط، غفاری ف. بررسی ارتباط امید و عزت نفس در مددجویان گیرنده پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد سال ۱۳۸۱-۸۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۳۸۴؛ ۱۳(۱): ۵۷-۶۱.
28. Dew R, Daniel S, Goldston D, McCall W, Kuchibhatla M, Schleifer C, et al. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of affective disorders*. 2010;120(1):149-57.
۲۹. حسینی قمی ط، سلیمی بجستانی ح، ذاکری ن. ارتباط جهت گیری مذهبی و امیدواری با اضطراب سلامت در زنان پرستار بیمارستان امام خمینی (ره) تهران. *پژوهش پرستاری*. ۱۳۹۳؛ ۹ (۱): ۱۷-۲۴.
30. Chang L.C, Li I.C. The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. *Journal of Nursing Research*. 2002;10(1):73-82.
۳۱. نوایخش م، پوریوسفی ح. نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان، پژوهش های دینی. ۱۳۸۵؛ ۱۴(۴): ۷۱-۹۴.
32. Neenan M. *Developing resilience: A cognitive-behavioural approach*: Routledge; 2009.
33. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*. 2006;29(5):356-66.
34. Mickley J, Soeken K, editors. *Religiousness and hope in Hispanic and Anglo American women with breast cancer*. *Oncology Nursing Forum*; 1993.
35. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1992;24(4):267-72.
۳۶. کیانی ژ، اسکندری ح. تأثیر داستان بر افزایش مهارت فلسفه ورزی و پرسش گری دانش آموزان. *فصلنامه مطالعات برنامه درسی*. ۱۳۸۶؛ ۲ (۷): ۱-۳۶.