



## Posttraumatic Growth in Cancer Patients: Effect of Psychological, Spiritual, and Mental Dimensions and Hope

Raheme Salehi<sup>1\*</sup>, Gholam Reza Dehshiri<sup>2</sup>

1\*. Ph.D. student in Psychology, allameh tabatabaei University,

2. Assistant Professor in Psychology, Alzahra University

**Citation:** Salehi R, Dehshiri GR. Posttraumatic Growth in Cancer Patients: Effect of Psychological, Spiritual, and Mental Dimensions and Hope. Journal of Research in Psychological Health, 2018; 12 (2): 1-13. [Persian]

### Highlights

- There is a positive and meaningful correlation between post-traumatic growth and psychological, spiritual, and mental well-being as well as hope.
- The best predictive factor of post-traumatic growth is existential well-being, which is one of the components of spiritual well-being.
- Psychological well-being and hope pathways' components have a meaningful role in the prediction of post-traumatic growth.

### Abstract

Post-traumatic growth can have a positive effect on the process of cancer treatment. The aim of this study was to investigate the post-traumatic growth relationship with spiritual well-being, subjective well-being, psychological well-being and hope in cancer patients. A Sample of 225 cancer patients selected by convenience sampling method. The measures used in this study were silver lining questionnaire, spiritual well-being scale, and well-being index WHO-5, satisfaction with life scale, positive affect and negative affect scale and hope scale. The obtained data analyzed by Pearson correlation and multiple regression statistical tests. The results showed a positive and meaningful correlation between post-traumatic growth and psychological, spiritual, and subjective well-being as well as hope. Furthermore, psychological well-being and existential well-being, as one of the components of spiritual well-being, in addition to hope pathways' components have a meaningful role in the prediction of post-traumatic growth. The results illustrate that post-traumatic growth in cancer patients could increase by education and interventions.

**Key words:** cancer, post-traumatic growth, well-being, hope

## رشد پس‌آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان: نقش ابعاد روانی، معنوی، ذهنی و امیدواری

راحمه صالحی<sup>۱</sup>، غلامرضا دهشیری<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۱۱

## یافته‌های اصلی

- رشد پس‌آسیبی با بهزیستی معنوی، بهزیستی ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد.
- بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رشد پس‌آسیبی، بهزیستی وجودی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی معنوی است.
- بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌ی گذرگاه‌های امیدواری نقش معناداری در پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی دارند.

## چکیده

رشد پس‌آسیبی در بیماری سرطان می‌تواند اثرات روانی مثبتی در روند درمان داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی رشد پس‌آسیبی با بهزیستی معنوی، بهزیستی ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بود. اعضای نمونه را ۲۲۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان تشکیل می‌دهند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه‌ی مسیر نقره‌ای، مقیاس بهزیستی معنوی، شاخص بهزیستی سازمان جهانی بهداشت، مقیاس رضایت از زندگی و عاطفه‌ی مثبت و منفی و امیدواری بود. داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه، تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که رشد پس‌آسیبی با متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، معنوی، ذهنی و امیدواری رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد و متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی وجودی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی معنوی و مؤلفه‌ی گذرگاه‌های امیدواری نقش معنی‌داری در پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی دارند. این نتایج نشان می‌دهد که می‌توان با آموزش و مداخلات، میزان رشد پس‌آسیبی را در بیماران مبتلا به سرطان ارتقا بخشید.

واژگان کلیدی: سرطان، رشد پس‌آسیبی، بهزیستی، امیدواری

۱. (نویسنده مسئول). دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Raheme.salehi@gmail.com

۲. استادیار روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

## مقدمه

با توجه به شیوع روزافزون سرطان، محققان به دنبال کشف عواملی هستند که رویارویی فرد با این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، آهسته و به تدریج آغاز شده و برای مدت طولانی ادامه می‌یابد (۲). تشخیص سرطان، به معنای شروع تجربه‌ای است که پایان مشخصی ندارد و تأثیرات روان‌شناختی بسیار زیادی را ایجاد می‌کند (۳). بسیاری از تحقیقات پیامدهای منفی روان‌شناختی به دنبال سرطان را بررسی کرده‌اند. مسیر این تجربه‌ی تهدیدکننده‌ی زندگی ممکن است با مشکلات فیزیکی و روان‌شناختی‌ای همراه باشد که در نتیجه‌ی مشکلات عملکردی، ترس، نبود اطمینان و اضطراب به وجود می‌آید (۴، ۶)؛ همچنین این بیماری می‌تواند به عنوان یک رویداد آسیب‌زا باعث بسیاری از احساسات منفی مانند خشم، خصومت، افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب (۷) و اختلال استرس پس‌آسیبی (۱) شود. اثرات مضر تشخیص سرطان و درمان آن بر سلامت روانی و کیفیت زندگی به مدت طولانی گزارش شده است (۸)؛ از سوی دیگر تحقیقات زیادی دریافتند که به دنبال تجارب تهدیدکننده‌ی زندگی مانند بیماری سرطان، افراد تغییرات روان‌شناختی مثبتی نشان می‌دهند که از آن تحت عنوان رشد پس‌آسیبی یاد می‌شود (۱، ۹، ۱۰-۱۳). با توجه به مدل رشد پس‌آسیبی<sup>۱</sup> تغییرات مثبت در چندین حوزه قابل مشاهده است: ۱. خودپنداره (ارزیابی جدید قدرت شخصی و انعطاف‌پذیری) ۲. قدردانی از امکانات جدید در زندگی ۳. روابط اجتماعی (احساس نزدیکی عاطفی با دیگران به خصوص خانواده و دوستان) ۴. فلسفه‌ی زندگی (مرتب‌سازی مجدد ارزش‌ها و اولویت‌ها) ۵. بهبود معنویت (افزایش شرکت در فعالیت‌های مذهبی).

رشد پس‌آسیبی و پریشانی باهم اتفاق می‌افتند و رشد پس‌آسیبی و سازگاری روان‌شناختی از هم مستقل هستند (۵). رشد پس‌آسیبی نتیجه‌ی تجربه‌ی فرد از رویدادی آسیب‌زا است که فرد به رشدی فراتر از سطح قبلی عملکرد خود دست می‌یابد و تغییرات زندگی طولانی و بینش عمیق‌تری را تجربه می‌کند. بر اساس این مدل، رویداد آسیب‌زا عمیقاً حس

امنیت و آسیب‌ناپذیری فرد، اهداف و اینکه چطور استرس‌های احساسی خود را کنترل کند، مختل می‌کند و بعد از این شوک احساسی، فعالیت یادآوری با هدف جست‌وجو برای معنی، با توجه به آن چیزی که اتفاق افتاده و مدیریت احساس شروع می‌شود (۱۴).

نتایج فراتحلیل در این زمینه نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان که رشد پس‌آسیبی را تجربه کرده‌اند، با موفقیت بیشتری به بیماری خود واکنش نشان می‌دهند، سلامت جسمی، ذهنی، روانی بهتری را گزارش می‌کنند و نشانه‌های کمتری از پریشانی و استرس پس‌آسیبی دارند و همچنین رفتارهای سالم‌تر و انطباق بیشتری با درمان‌های جسمی و آنکولوژی دارند (۱۱، ۱۵). رشد پس‌آسیبی به طور خودکار نتیجه‌ی پس از تروما یا آسیب نیست و تعدادی از عوامل تأثیرگذار هستند که به عنوان تغییرات مثبت زندگی درک می‌شوند. تشخیص، درمان‌های بعدی، عود بیماری، طبیعت در حال تغییر استرس‌ها را ایجاد می‌کند و بیماران و بهبودیافتگان از سرطان را یک جامعه‌ی منحصر به فرد برای بررسی نتایج پس از آسیب و تروما می‌کند (۱۶). برخی ویژگی‌های تجربه‌ی سرطان ممکن است فرصت‌هایی برای رشد پس از آسیب را فراهم کند. اول، پس از تشخیص سرطان، تهدید اولیه‌ای که وجود دارد این است که سرطان همیشه وجود خواهد داشت یا دوباره عود خواهد کرد و همیشه این ابهام برای فرد وجود دارد. این ابهام در آینده اگرچه می‌تواند تحریک‌کننده‌ی اضطراب بالایی باشد، در مقابل ممکن است در فرد نگاه متفاوت به زندگی و تغییر در اولویت‌ها و ارزش‌ها را به وجود آورد (۱۷). دوم، سرطان و درمان آن زندگی معمول را برای یک دوره‌ی طولانی از زمان مختل می‌کند. برای ماه‌ها، کسانی که مبتلا به سرطان هستند ممکن است فعالیت‌های عادی را با توجه به خستگی، تهوع، درد، برنامه‌های ملاقات شلوغ، فشار مالی یا ناراحتی عاطفی، منطبق کنند. با گذشت زمان، افراد با ساختن یک ایدئال جدید و تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه جنبه‌هایی از زندگی را می‌خواهند ادامه بدهند یا تغییر دهند یا به طور متفاوتی اولویت‌بندی کنند، مواجه می‌شوند. بازم این ممکن است به

پس آسیبی می‌رسند، متغیرهای مرتبط با رشد پس آسیبی و پیش‌بینی‌کننده‌های آن و عوامل قابل‌تغییری که تسهیل‌گر رشد پس آسیبی هستند، از اهمیت زیادی برخوردار است. مرور شواهد تجربی مختلف نشان می‌دهد که محققان با هدف پاسخ به این سؤال بر نقش برخی منابع اطلاعاتی مانند مذ‌هب، بهزیستی معنوی و وجودی (۲۵-۲۹)، تاب‌آوری (۳۰، ۳۱)، امیدواری و خوش‌بینی (۸، ۳۲) و راهبردهای مقابله‌ی موقعیتی (۳۳)، بهزیستی ذهنی (۳۴، ۳۵) و بهزیستی روان‌شناختی (۳۶، ۳۴) تأکید کرده‌اند. باین‌وجود یافته‌های مربوط به ارتباط بین رشد پس آسیبی و بهزیستی ناهم‌سان است. بعضی از مطالعات ارتباط مثبت با نتایج سازگاری پیدا کردند و برخی دیگر رابطه‌ی منفی پیدا کردند یا هیچ رابطه‌ی پیدا نکردند (۱۹). باوجود آنکه در مطالعات مختلفی به بررسی رشد پس آسیبی و همچنین رابطه‌ی بین آن و متغیرهای مختلف پرداخته شده است، اما همچنان تلاش برای پاسخ به این سؤال که کدام‌یک از متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند نقش پیش‌بینی‌کننده برای رشد پس آسیبی داشته باشند، از اهمیت کاربردی زیادی برخوردار است. با توجه به شیوع بالای سرطان و اهمیت دسترسی به منابع مناسب در فرد مبتلا به سرطان در انطباق با بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران و نقش مهم رشد پس آسیبی، دانستن پیش‌بین‌های رشد پس آسیبی به متخصصان حوزه‌ی سلامت، برای اجرای برنامه‌های مداخله‌ی هدفمند برای افزایش تطابق و رشد پس آسیبی کمک می‌کند. بر این اساس، محققان در پژوهش حاضر می‌کوشند تا رابطه‌ی رشد پس آسیبی را با بهزیستی معنوی، بهزیستی ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری مطالعه کنند و نیز به بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی هر یک از متغیرهای مذکور روی رشد پس آسیبی می‌پردازند.

## روش

### الف) جامعه و نمونه

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی مرکز درمانی شهدای تجریش شهر تهران تشکیل داده‌اند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مبتلا بودن به یکی از انواع بیماری‌های سرطان و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج

افزایش احساس جهت داشتن زندگی، قدردانی و معنا در زندگی منجر شود (۱۸). سوم، بسیاری از مبتلایان به سرطان نیاز به مراقبت فیزیکی و جسمی بیشتر، کمک‌های عملی و حمایت عاطفی بیشتر از معمول از دوستان و خانواده دارند. درحالی‌که برخی از آن‌ها در شبکه‌های اجتماعی خود قادر هستند که این نیازها را برآورده کنند؛ ولی برای بسیاری از بیماران تجربه‌ی انزوای اجتماعی یا طرد شدن از طرف کسانی که آن‌ها را پشتیبانی می‌کردند، رایج است. این تجربه‌ی های بین‌فردی مثبت و منفی ممکن است بیماران مبتلا به سرطان را به ارزیابی مجدد ارتباطشان با دیگران، درک بیشتر و بهبود رضایت آن‌ها در بعضی روابطشان سوق دهد. چهارم، سرطان افراد را با مرگشان مواجه می‌کند و افراد یک بحران وجودی را تجربه می‌کنند و ممکن است بیشتر روی معنای زندگی، هدفشان در دنیا، اعتقادشان به خدا (یا فقدان آن) و معنویت متمرکز شوند (۱۷، ۱۸). در ادبیات پژوهشی درباره‌ی چگونگی مفهوم‌سازی رشد پس آسیبی بحث وجود دارد: رشد به‌عنوان نتیجه‌ی مقابله با یک رویداد تنش‌زا و مشابه با بهزیستی یا به‌عنوان یک فرایند مقابله با ناسازگاری که ممکن است به انطباق مثبت منجر شود اما از نظر مفهومی متمایز از آن است (۱۹). این رشد می‌تواند واقعی در نظر گرفته شود، اگر تغییرات مثبت آشکار را به‌صورت کلی درک کنند؛ در مقابل آن، ثابت می‌شود این رشد غیرواقعی است، اگر به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی برای کاهش پریشانی عاطفی مرتبط با تشخیص بیماری و درمان آن استفاده شود؛ همچنین تحقیقات انجام‌شده نشان داده که رشد پس آسیبی ارتباطی به وجود اختلال‌های افسردگی و اضطراب در بیماران ندارد و هم «رشد» و هم «ناراحتی عاطفی» ممکن است به‌صورت موازی وجود داشته باشند (۲۰، ۲۱). همسو با گروه کثیری از شواهد تجربی، در مواجهه با چنین نتایجی طرح این سؤال که در رویارویی با تجربه‌ی تنیدگی‌زای بیماری سرطان، کدام عوامل درون‌فردی زمینه‌ی شکل‌دهی برای رشد پس آسیبی را فراهم می‌آورند، یک اولویت پژوهشی انکارناپذیر است (۲۲-۲۴). در مطالعات مختلفی وجود و نقش مهم رشد پس آسیبی به‌مثابه‌ی یک منبع عظیم مقابله‌ای در کانون توجه محققان مختلف بوده است (۱۹، ۱۷)؛ اما همچنان تلاش برای پیدا کردن روابط یا راه‌هایی که به نتایج مثبت مثل رشد

این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شده است.

### مقیاس بهزیستی معنوی<sup>۲</sup>

این مقیاس شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی است. سؤالات فرد آزمون مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه‌ی بیمار از رابطه‌ی رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و سؤالات زوج مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. شیوه‌ی نمره‌گذاری سؤالات از ۱ تا ۶ است و از طریق نمره‌گذاری این مقیاس نمره‌ی کل بهزیستی معنوی به دست می‌آید. ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۵۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی، بهزیستی مذهبی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۱ محاسبه شد.

### مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)

مقیاس رضایت از زندگی<sup>۳</sup> برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی که به‌طور نظری بر اساس مقایسه‌ی شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین‌شده، طراحی شده است. این مقیاس دارای ۵ ماده است که میزان رضایتمندی کلی فرد را از زندگی می‌سنجد و هر ماده از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب همسانی درونی و پایایی آزمون، مناسب گزارش شده است (۳۸). پایایی این مقیاس در این پژوهش نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است.

### برنامه‌ی عاطفه‌ی مثبت و منفی<sup>۴</sup> (PANAS)

به‌منظور بررسی بُعد عاطفه‌ی بهزیستی ذهنی، از پرسشنامه‌ی عاطفه‌ی مثبت و منفی بیست سؤالی استفاده شد که هیجان‌ها و احساسات مختلفی را توصیف می‌کنند و هر یک در یک مقیاس عاطفه‌ی مثبت یا یک مقیاس عاطفه‌ی

عبارت بودند حال بد جسمی و روانی که شرکت در مطالعه را با محدودیت مواجه می‌ساخت. در گروه نمونه‌ی مطالعه حاضر ۱۲۷ نفر سرطان سینه، ۱۶ نفر سرطان رحم و تخمدان، ۸ نفر تومور مغزی، ۷ نفر سرطان پرستات، ۱۹ نفر سرطان روده‌ی بزرگ، ۱۴ نفر سرطان بیضه و ۳۴ نفر سایر انواع سرطان را داشتند و نیز برای درمان ۶۶ نفر شیمی‌درمانی، ۱۸ نفر رادیوتراپی، ۹ نفر جراحی و ۱۲۵ نفر از شیوه‌های ترکیبی استفاده می‌کردند. به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس، از این جامعه ۲۲۵ بیمار ۱۷۵ زن با میانگین سنی ۴۸/۲۳ سال (انحراف معیار=۱۸/۵۲، ۷۵-۱۹) و ۵۰ مرد با میانگین سنی ۵۱/۳۶ سال (انحراف معیار=۱۷/۹۶، ۷۹-۲۱) انتخاب شدند.

### ب) ابزار

#### ۱- پرسشنامه‌ی مسیر نقره‌ای<sup>۱</sup>

پرسشنامه‌ی مسیر نقره‌ای (SLQ) به‌منظور بررسی ابعاد رشد پس‌آسیبی در پی بیماری ساخته شده است و در آن از افراد خواسته می‌شود در مورد جوانب مثبت تجربه‌ی بیماری خود فکر کرده و میزان موافقت یا مخالفت خود با این ۳۸ جمله را با استفاده از یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۵) کاملاً موافق نشان دهند (۵۰). در پژوهش حاضر، از نمره‌گذاری پیوسته استفاده شد و با جمع نمره‌ی ۳۸ سؤال، نمره‌ی کل پرسشنامه به دست آمد (۳۷). همسانی درونی این پرسشنامه در گروهی از بیماران ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۰ گزارش شده است (۵۰). در این پژوهش، ابتدا نسخه‌ی اصلی انگلیسی پرسشنامه‌ی مسیر نقره‌ای تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روان‌شناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد؛ سپس با استفاده از فرایند ترجمه‌ی معکوس، نسخه‌ی فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره‌ی ترجمه‌ی برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه‌ی فارسی SLQ تهیه شد. به‌منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سؤالات در یک نمونه‌ی مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره‌ی محتوای و قابلیت فهم سؤالات بررسی شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی

3. Satisfaction with Life Scale  
4. Positive Affect And Negative Affect Schedule

1. Silver Lining Questionnaire  
2. spiritual Wellbeing

تفکر عامل و مسیره‌ها و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۶۱، ۰/۶۴ و ۰/۷۵ محاسبه شده است.

#### یافته‌ها

جدول ۱ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را در بیماران نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین رشد پس‌آسیبی با بهزیستی روانی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ( $r=0/50, p<0/01$ ) و همچنین بین رشد پس‌آسیبی و بهزیستی معنوی ( $r=0/51, p<0/01$ ) و مؤلفه‌های آن، بهزیستی وجودی ( $r=0/55, p<0/01$ )، بهزیستی مذهبی ( $r=0/39, p<0/01$ ) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

همچنین نتایج آزمون نشان داد، رشد پس‌آسیبی با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی نیز همبستگی دارد. بین رشد پس‌آسیبی با عاطفه‌ی مثبت ( $r=0/34, p<0/01$ ) و رضایت از زندگی ( $r=0/27, p<0/01$ )، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و با عاطفه‌ی منفی ( $r=-0/18, p<0/05$ ) رابطه‌ی منفی و معنی‌داری با دارد.

طبق داده‌های جدول بین رشد پس‌آسیبی و امیدواری نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $r=0/41, p<0/01$ ) و با مولفه‌ی تفکر عامل امید ( $r=0/35, p<0/01$ ) و مولفه‌ی گذرگاه‌های امید ( $r=0/38, p<0/01$ ) نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد. به‌طور کلی، بالاترین همبستگی بین رشد پس‌آسیبی با بهزیستی وجودی و بهزیستی روانی ( $r=0/55$ ) است و کمترین همبستگی بین رشد پس‌آسیبی و عاطفه‌ی منفی با ( $r=-0/18$ ) است.

به‌منظور بررسی اینکه کدام یک از متغیرها نقش پیش‌بینی‌کننده را در تبیین رشد پس‌آسیبی دارد، از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود، سه متغیر بهزیستی وجودی، بهزیستی روانی و گذرگاه‌ها در مدل نهایی وجود دارند و به‌طور معناداری ۰/۴۰ از واریانس رشد پس‌آسیبی را

منفی گروه‌بندی می‌شود. شرکت‌کنندگان تمام گویه‌ها را روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. برای هر شرکت‌کننده، نمره‌ی کلی عاطفه‌ی مثبت از طریق جمع نمره‌های شرکت‌کننده در هر یک از ده صفت توصیف‌گر هیجان‌های مثبت و نمره‌ی کلی عاطفه‌ی منفی، از طریق جمع نمره‌های شرکت‌کننده در هر یک از ده صفت توصیف‌گر هیجان‌های منفی محاسبه می‌شود (۵۲). در مطالعه‌ی حاضر، ضرایب همسانی درونی عاطفه‌ی مثبت و منفی برای مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

#### شاخص بهزیستی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>

یک مقیاس کوتاه پنج‌سؤالی خودگزارش‌دهی است و میزان بهزیستی مثبت را در طی دو هفته براساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از ۰ (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۲۵ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی بالاتر است و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی افسردگی است. اگر نمره‌ی خام زیر ۱۳ باشد نشان‌دهنده‌ی بهزیستی ضعیف و افسردگی بالاست (۵۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای بهزیستی روان‌شناختی، ۰/۹۲ محاسبه شده است.

#### مقیاس امیدواری

مقیاس امید براساس نظریه‌ی امید اسنایدر طراحی شده است (۵۳). این مقیاس، امید را به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً ثابت ارزیابی می‌کند و دارای ۲ خرده‌مقیاس، یکی تفکر عامل (اراده برای دستیابی به هدف) و دیگری مسیره‌ها (مسیره‌های دستیابی به اهداف) است و مقیاسی ۱۲ سؤالی با لیکرت هشت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف، نمره‌ی ۱ تا کاملاً موافق، نمره‌ی ۸ است. دامنه‌ی نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. این مقیاس در همه‌ی افراد از جمله بیماران روانی و برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات مختلف ارزیابی شده و در تمام موارد ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس بالای ۰/۷۰ را نشان داده است. روایی این ابزار ۰/۶۹ گزارش شده است. پایایی این مقیاس در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس

متغیر به تنهایی  $0/04$  از واریانس رشد پس آسیمی را تبیین می‌کند.

متغیر مسیرها نیز نقش مثبت و معنی‌داری، در پیش‌بینی رشد پس آسیمی دارد ( $b = 0/18, t = 2/54, P < 0/01$ ). این متغیر به تنهایی  $0/02$  از واریانس رشد را تبیین می‌کند و متغیرهای دیگر، چون نقش معنی‌داری در پیش‌بینی نداشتند، وارد معادله نشدند.

تبیین می‌کنند ( $F(3, 144) = 32/72, P < 0/001, R^2 = 0/40$ )، متغیر بهزیستی وجودی بیشترین نقش را در پیش‌بینی رشد پس آسیمی دارد و به‌عنوان متغیر اول وارد معادله‌ی پیش‌بینی شده است ( $\beta = 0/32, t = 3/36, P < 0/001$ ). این متغیر به تنهایی  $0/34$  از واریانس رشد پس آسیمی را تبیین می‌کند.

متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز نقش مثبت و معنی‌داری در پیش‌بینی رشد دارد ( $\beta = 0/27, t = 3/11, P < 0/002$ ). این

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مقیاس‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱. رشد پس آسیمی	۱										
۲. بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۵**	۱									
۳. عاطفه‌ی منفی	-۰/۱۸*	-۰/۳۳**	۱								
۴. عاطفه‌ی مثبت	۰/۳۴**	۰/۴۲**	-۰/۱۴*	۱							
۵. رضایت از زندگی	۰/۲۷**	۰/۴۳**	-۰/۳۲**	۰/۳۱**	۱						
۶. بهزیستی معنوی	۰/۵۱**	۰/۴۴**	-۰/۳۷**	۰/۴۶**	۰/۴۱**	۱					
۷. بهزیستی مذهبی	۰/۳۹**	۰/۳۴**	-۰/۲۲**	۰/۳۹**	۰/۱۷*	۰/۸۸**	۱				
۸. بهزیستی وجودی	۰/۵۵**	۰/۵۹**	-۰/۴۲**	۰/۴۶**	۰/۵۳**	۰/۹۰**	۰/۶۲**	۱			
۹. امیدواری	۰/۴۱**	۰/۲۳**	-۰/۲۵**	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۵۴**	۱		
۱۰. تفکر عامل	۰/۳۵**	۰/۲۴**	-۰/۲۴**	۰/۵۲**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	۰/۳۷**	۰/۴۹**	۰/۸۸**	۱	
۱۱. مسیرها	۰/۳۸**	۰/۱۹**	-۰/۲۰**	۰/۴۱**	۰/۲۵	۰/۴۶	۰/۴۰	۰/۴۶	۰/۸۹	۰/۵۷	۱
میانگین	۱۴۰/۵۰	۱۲/۸۹	۲۴/۹	۳۵/۹۶	۲۱/۹۶	۹۱/۴۸	۵۰/۵۵	۴۲/۳۴	۵۴/۳۱	۲۶/۷۷	۲۷/۵۵
انحراف استاندارد	۲۱/۸۷	۷/۳۲	۷/۲۴	۶/۰۷	۶/۷۸	۱۷/۳۵	۸/۴۳	۹/۴۲	۷/۱۹	۳/۹۹	۴/۰۹

\* $P < 0/05$  \*\* $P < 0/01$ 

جدول ۲. خلاصه‌ی تحلیل رگرسیون رشد پس آسیمی از روی متغیرهای پیش‌بین

متغیر	B	خطای استاندارد	$\beta$	R	$R^2$	$R^2\Delta$
بهزیستی وجودی	۰/۷۲*	۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۵۸	۰/۳۴*	
بهزیستی روانی	۰/۸۲*	۰/۲۶	۰/۲۷	۰/۶۱	۰/۳۸*	۰/۰۴*
مسیرها	۱/۱۱*	۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۶۴	۰/۴۰*	۰/۰۲*

## بحث و نتیجه‌گیری

مبتلا به سرطان است. نتایج تحقیق نشان داد که رابطه‌ی معناداری بین بهزیستی معنوی، ذهنی، روان‌شناختی، امید و رشد پس آسیمی وجود دارد. تحقیقات زیادی در مورد مواجهه

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رشد پس آسیمی برای ساس بهزیستی معنوی، ذهنی، روان‌شناختی و امیدواری در بیماران

فرایند به این معنی است که یکی از ویژگی‌های مصیبت‌ها، این است که چگونگی نگاه فرد به خودش و دنیا عوض می‌شود و یکی از راه‌هایی که افراد با رویدادهای آسیب‌زا مواجه می‌شوند، تلاش برای پیدا کردن معنا از طریق دین یا معنویت است و همچنین باورهای معنوی یا مذهبی بر معنای مرگ تأثیر می‌گذارد (۲۹).

تحقیقات نشان دادند که رشد پس‌آسیبی و پریشانی به‌طور مستقل و مخالف با معنی زندگی و رضایت از زندگی ارتباط دارند (۵). جست‌وجو برای معنی به دنبال مصیبت انطباقی است و وجود معنا با تغییرات مثبت بالاتر بعد از تروما و تغییرات منفی کمتر ارتباط دارد (۱۸). افرادی که زندگی معنوی فعالی دارند از نظر ذهنی سالم‌تر هستند. این افراد تمایل دارند خودشان را دوست‌داشتنی و شایسته ببینند و می‌توانند خدا را در زندگی‌شان بیابند که آن‌ها را هدایت می‌کند و زمانی که نیاز دارند آن‌ها را حمایت می‌کند (۴۵). مؤلفه‌های بهزیستی وجودی مانند روابط بین‌فردی، داشتن هدف در زندگی و ترکیب این بعد با اعمال مذهبی در ارتقا و افزایش امید در افراد مبتلا به بیماری مزمن نقش مهمی دارد. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که بیماران دارای بهزیستی معنوی و امید بالاتر رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند نماز برای بهبود کیفیت زندگی و سرزندگی را انجام می‌دهند (۲۶). داشتن هدف و امید در دستیابی به آن، به زندگی فرد معنا می‌دهد و او را در مسیر منحصربه‌فرد خودش در زندگی قرار می‌دهد. امید و معنا در زندگی رابطه دارند؛ به‌طوری که امید را به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های معنی در نظر می‌گیرند (۴۶). معنا یا داشتن این حس که زندگی فرد معنا دارد، شامل این اعتقاد است که فرد باید یک نقش یا هدف منحصربه‌فرد در زندگی انجام دهد. این همراه با مسئولیت‌پذیری برای زندگی است و اینکه فرد بتواند پتانسیل کامل شخصی خود را شکوفا کند، به دست آوردن حس صلح، قناعت و به تعالی رسیدن از طریق ارتباط با چیزی بزرگتر از خود است (۲۰). مدل‌های مفهومی مفیدی برای معنا داشتن در ارتباط با رویدادهای تروماتیک و مقابله توصیف شده است. معنا به‌عنوان یک گرایش کلی به زندگی، معناداری شخصی، علیت، مکانیسم‌های مقابله و به‌عنوان نتیجه توصیف شده است (۹). اهمیت اساسی مقابله مبتنی بر معنا، دوباره ارزیابی کردن رویداد

با تشخیص و درمان بیماری سرطان، به‌مثابه‌ی یک تجربه‌ی استرس‌زا، از نقش رشد پس‌آسیبی به‌عنوان تسهیل‌کننده‌ی سازگاری با بیماری و رابطه‌ی آن با متغیرهای دیگر و نقش عوامل روانی در تسهیل رشد پس‌آسیبی حمایت کرده‌اند (۸، ۳۲، ۳۹، ۴۰، ۱۷).

همچنین نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد که بهزیستی وجودی به‌تنهایی ۳۴ درصد از تغییرات در رشد پس‌آسیبی را توضیح می‌دهد و متغیر بهزیستی روان‌شناختی به‌تنهایی ۴ درصد و مولفه‌ی مسیرها به‌تنهایی ۲ درصد از تغییرات در رشد پس‌آسیبی را توضیح می‌دهند و به‌طور کلی این سه متغیر ۴۰ درصد از تغییرات در رشد پس‌آسیبی را تبیین می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین رشد پس‌آسیبی و بهزیستی معنوی و مؤلفه‌های آن (بهزیستی وجودی و بهزیستی مذهبی) رابطه‌ی مثبتی وجود دارد و همچنین بهزیستی وجودی پیش‌بینی‌کننده‌ی رشد پس‌آسیبی است و به‌تنهایی ۳۴ درصد از تغییرات در رشد پس‌آسیبی را توضیح می‌دهد. مذهب و معنویت می‌تواند در رشد و سازش به‌دنبال بیماری، مفید باشد؛ به این دلیل که مذهب یک نظام عقیدتی، فکری و نگرشی درباره‌ی حوادث فشارآور فراهم می‌سازد که ناراحتی را کاهش داده و افراد را قادر به یافتن معنایی در حوادث فشارآوری که با آن مواجه شده‌اند می‌نماید (۴۳).

معنویت یکی از عوامل مهم در حفظ سلامت و بهزیستی و همچنین مقابله با بیماری است. امید و بهزیستی معنوی دو عامل مهم در فرایند مواجهه با بیماری و بهزیستی فرد با بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی است؛ بنابراین می‌توان گفت که امید و معنویت می‌تواند باعث افزایش بهزیستی و انطباق فرد با عوامل استرس‌زای مرتبط با بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی شود (۴۲). بهزیستی وجودی که یکی از مؤلفه‌های بهزیستی معنوی است، به‌عنوان ارتباط مشخص با جهان تعریف می‌شود و شامل احساس معنی، رضایت و هدف در زندگی می‌شود و در واقع احساس فرد در مورد اینکه او چه کسی است، چه انجام می‌دهد، چرا و کجا را نشان می‌دهد (۴۴). معنا داشتن یک اصل اساسی مقابله است. بازسازی معنا به این علت که تروما با تهدید کردن یا تخریب کردن دیدگاه فرد نسبت به خود و جهان عمل می‌کند، ضروری است. این



پس‌آسیبی دارد. این را می‌توان با استفاده از رابطه‌ی قوی بین این بخش از امید با توانایی فرد در دوباره شکل‌دهی و تولید راهبردهای مثبت در موقعیت‌های منفی که رشد پس‌آسیبی را به وجود می‌آورد، تبیین کرد؛ همچنین پژوهش‌هایی که بر تأثیر امیدواری بر غلبه بر بیماری‌ها صورت‌گرفته نشان داده که امید می‌تواند و سیله‌ی مؤثری برای مبارزه و فائق آمدن بر اختلالات خلقی ملایم، اضطراب، بی‌اشتیاقی و کمرغبندی و عموماً حالت‌های ناشی از احساس ناتوانی و بی‌تعلقی باشد که همین تأثیرات مثبت می‌تواند سازگاری و رشد را نیز به‌دنبال داشته باشد (۸).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بهزیستی روان‌شناختی با رشد پس‌آسیبی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد و به‌تنهایی ۴ درصد از تغییرات رشد پس‌آسیبی را تبیین می‌کند. مطالعات نشان دادند افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند، احتمالاً رابطه‌ی مثبت با دیگران، نگرش مثبت به خود، هدفمندی در زندگی و تاب‌آوری بالا در برابر مشکلات دارند و از آنجا که این ویژگی‌ها از مؤلفه‌های رشد پس‌آسیبی است، بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند رشد پس‌آسیبی را در بیماران پیش‌بینی کند (۳۴، ۳۶). با وجود آنکه، نتایج مطالعه‌ی حاضر، اطلاعات ارزشمندی را درباره‌ی رابطه‌ی رشد پس‌آسیبی با متغیرهای بهزیستی معنوی، بهزیستی ذهنی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری و تعیین نقش آنها در پیش‌بینی رشد پس‌آسیبی در بین بیماران مبتلا به سرطان فراهم کرده است، اما برخی از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، تعمیم‌پذیری نتایج آن را با محدودیت مواجه می‌کند. اول، نتایج مطالعه‌ی حاضر همچون بسیاری از مطالعات دیگر به‌دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی به جای مطالعه‌ی رفتار واقعی ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر کسب تأیید اجتماعی و پرهیز از بدنامی مربوط به بی‌کفایتی فردی ترغیب کند؛ به بیان دیگر، به‌منظور تأیید مقیاس‌های خودگزارشی از مشاهده‌ی رفتاری و دیگر شاخص‌های بالینی استفاده نشد. دوم، در مطالعه‌ی حاضر به‌منظور تعیین رابطه‌ها، از یک طرح مقطعی<sup>۱</sup> استفاده شد؛ بنابراین، تکرار و بسط این یافته‌ها

به صورت مثبت و جواب به این سؤال که «چرا» و «چرا من» است؛ همچنین دو سطح از معنا توصیف شده است: معنای کلی و معنای موقعیتی. برخلاف این مفهوم کلی یا موقعیتی، در دیدگاه معنادرمانی، معنا به صورت حالت در نظر گرفته می‌شود؛ افراد می‌توانند از احساس ضعیف بودن روحیه و نداشتن ارزش در زندگی به سمت شناخت معنای شخصی و هدف حرکت کنند که اجازه می‌دهد زمان باقی‌مانده را ارزش‌گذاری کنند. مفهوم معنا به‌عنوان حالت به‌طور بالقوه به مسئولیت‌پذیری برای درمان اشاره می‌کند و همچنین درد و رنج به‌عنوان سکوی پرش بالقوه برای یافتن معنا در زندگی عمل می‌کند (۴۸)؛ از این رو، تشخیص یک بیماری کشنده ممکن است به‌عنوان یک بحران که آشفتنگی و ناامیدی در آن تجربه می‌شود، در خود فرصتی برای رشد و معنا نیز داشته باشد. رشد پس‌آسیبی ممکن است فرصت برای کشف اشکال جدیدی از معنا در زندگی، تجدیدنظر به حس از هدف را به وجود آورد که این می‌تواند به سطوح بالاتر رضایت از زندگی و سلامت روانی منجر شود. افرادی که نیاز به یافتن معنای جدید پیدا نکردند، سطح پایین‌تر از تهدید ادراک‌شده را دارند و متعاقباً سطح پایین‌تر رشد پس از آسیب را دارند و رضایت از زندگی کمتری را نشان می‌دهند (۴۹). درمان تلفیقی روانی معنوی ممکن است بهزیستی را ارتقا دهد و رشد پس از آسیب را در بیماران سرطان سینه موجب گردد (۵۵، ۴۰)؛ بنابراین، می‌توان استنباط کرد معنویت نقش حیاتی در فرایند رشد پس از آسیب ایفا می‌کند. معنویت می‌تواند باعث یافتن معنای جدید در زندگی شود و به افراد کمک نماید تا بر سردرگمی و اختلال شناختی خود غلبه کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رشد پس‌آسیبی با امید رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد و مولفه‌ی مسیرها یا گذرگاه‌های امید رشد پس‌آسیبی را پیش‌بینی و ۲ درصد از تغییرات رشد پس‌آسیبی را تبیین می‌کند.

تحقیقات نشان داد که امید و خوش‌بینی به‌طور مثبت با رشد پس‌آسیبی رابطه دارد و همچنین مولفه‌ی مسیرهای امید به‌طور شایسته‌ی توجهی افزایش رشد پس‌آسیبی را تعیین می‌کند و از مولفه‌ی تفکر عامل سهم بیشتری در رشد

۱. cross-sectional

اینکه دین و/ یا معنویت ممکن است به رشد پس‌آسیبی بیانجامد، یا اینکه رشد پس‌آسیبی به یک تغییر و تحول در دین و/ یا معنویت منجر می‌شود. در زمینه‌ی پژوهشی پیشنهاد می‌شود در حد امکان تعداد نمونه‌ی مورد پژوهش گسترده‌تر باشد و از روش مداخله‌ای جهت انجام پژوهش استفاده شود و همچنین بهتر است این پژوهش روی بیماری‌های مزمن دیگر مانند ام‌اس و ایدز انجام شود تا امکان مقایسه بین بیماری‌ها، فراهم شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر روی بهبودیافتگان از سرطان اجرا شود تا دیده شود این رشد با گذر زمان ثابت بوده یا صرفاً در یک موقعیت استرس‌زا به‌عنوان روشی دفاعی استفاده شده است و همچنین پیشنهاد می‌شود رشد پس‌آسیبی در بهبود وضعیت جسمانی سنجیده شود که به دلیل عدم دسترسی به پرونده‌های پزشکی این کار برای ما امکان‌پذیر نشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود محققان بعدی این کار را انجام دهند.

در زمینه‌ی کاربردی از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان برای ارتقای رشد پس‌آسیبی در بیماران استفاده کرد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر می‌توان گفت که متخصصان بالینی و بهداشت باید بیشتر روی متغیرهای بهزیستی معنوی به‌خصوص بهزیستی وجودی و داشتن هدف و معنی و همچنین امید به‌منظور انطباق بیشتر با بیماری و ارتقای سطح سلامت و رشد پس از بیماری کار کنند.

### سپاسگزاری

در پایان از تمامی همکاران و کارکنان محترم بیمارستان شهیدای تجریش تهران برای همکاری در پیشبرد این پژوهش شکر می‌کنیم.

مستلزم به‌کارگیری طرح‌های طولی است. علاوه بر این با توجه به نقش تعدیل‌کننده‌ی مرحله‌ی بیماری<sup>۱</sup> در پیش‌بینی پدیده‌های چندگانه‌ی مواجهه با تجارب استرس‌زا در بین بیماران سرطانی، آزمون رابطه بین رشد پس‌آسیبی با متغیرهای روانی دیگر در بین بیماران سرطانی به‌مثابه‌ی تابعی از مرحله‌ی بیماری، یک اولویت پژوهشی مهم است. در پژوهش حاضر بیماران، به دلیل شرایط پزشکی خاصی که دارند پاسخگویی کاملی به سؤالات نداشتند و تعداد بسیار زیادی از پرسشنامه‌ها ناقص پر شده بود؛ همچنین به دلیل نبود اطلاعات جمعیت‌شناختی از شرکت‌کنندگان، درآمد یا نژاد و سطح اجتماعی اقتصادی آن‌ها بررسی نشده است. در نتیجه‌ی این امر، نمی‌توان به بررسی اثرات این متغیرها بر رشد پس‌آسیبی در بیماری پرداخت. به دلیل محرمانه بودن، دستیابی به تاریخچه‌ی پزشکی شرکت‌کنندگان برای مشخص کردن وجود مشکلات همراه پزشکی، سلامت جسمی یا روانی و نوع درمان یا دارویی که داشتند یا اکنون در معرض آن بودند، امکان‌پذیر نبود. این‌ها عوامل مهمی هستند که می‌توانستند توانایی دادن بینش‌هایی عمیق‌تر نسبت به ادراکات رشد در زندگی این افراد به شدت بیماری را داشته باشند؛ به علاوه، ما پیش‌آگهی بیماران را در مورد بیماریشان کنترل نکردیم و وجود متاستاز را نیز بررسی نکردیم، این مسئله می‌توانست بر رشد پس‌آسیبی به‌ویژه در آن دسته از افرادی که این پیش‌آگهی در مورد آن‌ها قطعی نبود، تأثیر بگذارد. به دلیل نبود اطلاعات از طرف آن دسته از افرادی که از شرکت کردن در این پژوهش امتناع کردند، پژوهشگر قادر به بررسی وجود هیچ‌گونه تفاوت جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان و غیر شرکت‌کنندگان نبود. باید خاطر نشان شود که نبود این اطلاعات جمعیت‌شناختی مهم، ایرادی اساسی در روش‌شناسی این پژوهش محسوب می‌شود. در نهایت، این پژوهش از نوع همبستگی و رگرسیون بوده است و این ارتباط علت و معلول بین متغیرها را مشخص نمی‌کند؛ مثلاً ارتباط علت و معلولی بین مذهب، معنویت و رشد پس از آسیب مشخص نیست و

## References

1. Ruini C, Vescovelli F. The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*. 2012; 14(1): 263-274.
2. Willener R, Hantikainen V. Individual Quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urologic Nursing*. 2005; 25 (2).
3. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, & Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017; 17(1): 28-37.
4. Haberkorn J, Burbaum, C, Fritzsche K, Geser W, Fuchs D, Ocaña-Peinado F M, & Schubert C. Daytoday cause-effect relations between cellular immune activity, fatigue and mood in a patient with prior breast cancer and current cancer-related fatigue and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2013; 38: 2366-2372.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*. 2004; 15(1): 1-18.
6. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*. 2001; 20: 176-185.
7. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, Todd BL, Feuerstein M. It is not over when it's over: Long-term symptoms in cancer survivors-a systematic review. *Internal Journal of Psychiatry in Medicine*. 2010; 40(2): 163-181.
8. Ho S, Rajandram R K, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*. 2011; 47 (2):121-124.
9. Park CL, Edmondson D, Blank TO. Religious and Non-Religious Pathways to Stress-Related Growth in Cancer being. *Psychology and Health*. 2009; 20 (2):175-192.
10. Ochoa C, Castejon V, Sumalla EC, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: Vicarious or secondary growth? *Terapia Psicológica*. 2013; 31: 81-92.
11. Sawyer A, Ayers S, Field AP. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 436-447.
12. Salehi R, Shokri O, Safaie M, Abdolkhaleghi M. Perceived Stress and Emotional Well-Being: The mediating role of Religious coping among Cancer Patients. *Journal of research in psychological health*. 2014; 8 (4):2-3.[Persian]
13. Patou M, Moradi A, Allahyari A A, Payandeh M. psychometric properties of the version of the Mini- Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) in patients with cancer. *rph*. 2015; 9 (1):3-3
14. Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, Annunziata MA. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer*. 2016; 46(11): 1230-1237.
15. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74: 797-816.
16. Morris BA. Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2010; 20(11):1176-83
17. Tallman BA. Anticipating posttraumatic growth from cancer: a patient and collateral perspective. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Iowa; 2011.202.
18. Joseph S, Linley P. Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. Hoboken, NJ: Wiley; 2008.
19. Husson O, Zebrack B, Block R, Embry L, Aguilar C, Hayes-Lattin B, Cole, S. Posttraumatic growth and well-being

- among adolescents and young adults (AYAs) with cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*. 2017; 25(9): 2881–2890.
20. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29:24–33.
  21. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(5):626-653.
  22. Holt CL, Wang M Q, 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: 437–448.
  23. Hirsch JK, Floyd AR, Duberstein PR. Perceived health in lung cancer patients: the role of positive and negative affect. *Quality of Life Researches*. 2012; 21:187–194.
  24. Shamkoeyan L, Lotfi Kashani F, Vaziri S, Esmaeil M. The relations of perceived social support and religious beliefs with the post traumatic growth in cancer patients. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*. 2014; 1 (39):285-295. [Persian]
  25. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2009; 12 (6): 537-545.
  26. Lavery ME, O’Hea EL. Religious/spiritual coping and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions. *Mental Health, Religion & Culture*. 2010; 13 (1): 55–65.
  27. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, and Nelson C, Olden M. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2010; 19(1): 21–28.
  28. Linley PA, Joseph S. Meaning in Life and Posttraumatic Growth journal of loss and trauma. 2011; 16: 150-159.
  29. Cadell S, Regehr C, Hemsworth D. Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2003; 73(3): 279-287.
  30. Cohen M, Baziliansky S, Beny A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Geriatric Oncology*. 2014; 5 (1): 33-39.
  31. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance resilience Among Breast cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast resilience*. 2011; 11 (6): 364-368.
  32. Harding S, Sanipour F, Moss T. Existence of benefit finding and posttraumatic growth in people treated for head and neck cancer: a systematic review. *PeerJ*. 2014; 2(1): 256
  33. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2012; 1: 1–8.
  34. McDonough MH, Sabiston CM, Wrosch C. Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-anchology*. 2013; 23(1).
  35. Joseph S, Maltby J, Wood AM, Stockton H, Hunt N, Regel S. The Psychological Well-Being—Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): Reliability and validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012; 4(4):420-428.
  36. Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JWW, Poll-Franse LVvd. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*. 2009; 24(5): 583-595.
  37. Stoßber J, Dette DE. Comparing continuous scoring and dichotomised scoring of the balanced inventory of desirable responding. *Journal of*

- Personality Assessment.2002; 78: 370–389.
38. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*.1985; 49(1): 71–75.
  39. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *Hayat*.2011; 17 (3):27-37. [Persian]
  40. Garlick M, Wall K, Corwin D, Koopman C. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *J Clin Psychol Med Settings*.2011; 18(1): 78-90.
  41. Nikmanesh Z, Mirabdolahi N, Emamhadi M. Prediction of posttraumatic growth base on of spirituality and social support in patients with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2013; 6:2, 35-45. [Persian]
  42. Landis BJ. Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*.1996; 17: 217-321.
  43. Symonds LL, Yang L, Mande MM, Mande LA, Blow AJ, Osuch JR, Boivin MB, Giordani B, Haan PS, Smith SS. Using Pictures to Evoke Spiritual feelings in Breast Cancer Patients Development of a New Paradigm for Neuroimaging Studies. *J Relig Health*. 2011; 50: 437-46.
  44. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization measurement. *Journal of psychology and Theology*. 1983; 11(2): 330-340.
  45. Emmons,A. Is Spirituality Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern.*International journal for the psychology of religion*. 2000; 10(1): 3-26
  46. Feldman DA, Snyder CR. Hope and meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and clinical Psychology*. 2005; 41(6): 1045-1053.
  47. 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(1): 1362-6.
  48. Frankl VE. *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press; 1963.
  49. Triplett KN, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Reeve CL. Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2011.
  50. Sodergren SC, Hyland ME. What are the positive consequences of illness? *Psychology and Health*.2000; 15; 85–97.
  51. Dehshiri Gh, Mousavi SF. An Investigation into Psychometric Properties of Persian Version of World Health Organization Five Well-being Index. *Journal of clinical psychology*. 2016; 8(2): 67–75. [Persian]
  52. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 47: 1063-1070.
  53. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. *Hope and health: measuring the will and the way*. NY: Pergamon Press; 1991.
  54. Simon CE, Crowther M, Higgerson H. The stage-specific role of spirituality among African American Christian women throughout the breast cancer experience. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2007; 13: 26–34.
  55. Safarzade A, Roshan R, Shams J. Effectiveness of Stress Management and Relaxation Training in Reducing the Negative Affect and in Improving the Life Quality of Women with Breast Cancer. *Journal of research in psychological healths*. 2013; 6(4): 21-35. [Persian]
  56. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley-Interscience; 1982. 224–237.