مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال ششم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۲

پیش بینی رشد پس از آسیب بر اساس معنویت و حمایت‌های اجتماعی در افراد مبتلا به سرطان سینه

زهرا نیک منش*: دانشیارگروه روانشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان

نسرین میرعبدالهی: کارشناس ارشد روانشناسی

محمد علی امام هادی: دانشیار گروه پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

مقدمه: سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است. تشخیص سرطان سینه، عامل استرس‌زای مهمی می‌باشد، به طوری که این بیماران سطوح بالینی آشفتگی شامل اختلال استرس پس از آسیب، افسردگی و اضطراب را گزارش می‌کنند. رشد پس از آسیب، تجربه تغییر فردی مثبت در رویارویی با بحران یا رویداد آسیب‌زا است. مطالعات تجربی روابطی را میان بعضی از متغیرها از جمله معنویت، دینداری و حمایت اجتماعی با سلامت روانی در گروه‌های متفاوت و جمعیت‌های مختلف نشان می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس معنویت و حمایت‌های اجتماعی در افراد مبتلا به سرطان سینه می‌باشد.

روش بررسی: روش تحقیق همبستگی از نوع پیش بینی است. نمونه شامل ۱۰۶ بیمار مبتلا به سرطان سینه است که به شیوه سرشماری از سه بیمارستان شهر تهران در بازه زمانی آذر تا اسفند سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های رشد پس از آسیب (PTGI)، سنجش معنویت (SQ) و حمایت اجتماعی (MOS) بوده است. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری همبستگی و رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که رابطه رشد پس از آسیب با معنویت ۰/۶۷ و با حمایت اجتماعی ۰/۶۶ است. علاوه بر این یافته‌ها رگرسیون گام به گام نشان داد متغیر معنویت به تنهایی ۰/۴۵ و در گام دوم معنویت و حمایت اجتماعی روی هم ۰/۵۳ رشد پس از آسیب را پیش بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان استنباط کرد که معنویت و حمایت اجتماعی بر رشد پس از آسیب بیماران دارای سرطان سینه تاثیر دارند و با آموزش و مداخلاتی که شامل افزایش سطح معنویت و حمایت اجتماعی گردند، می‌توان میزان رشد پس از آسیب بیماران را ارتقا بخشید.

واژهای کلیدی: رشد پس از آسیب، معنویت، حمایت اجتماعی، سرطان سینه.

* نشانی نویسنده پاسخگو: زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، زهرا نیک منش

نشانی الکترونیک: nikmanesh@ped.usb.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های سخت در علم پزشکی و یک عامل مرگ و میر انسان‌ها می‌باشد. سرطان به یک گروه از بیماری‌هایی که از رشد سلولی غیرطبیعی کنترل نشده بوجود می‌آید، اطلاق می‌شود. اگر این سلول‌های سرطانی به رشد خود ادامه دهند، بافت‌های سالم اطراف را با دخالت در کارکرد طبیعی آن ناحیه، از بین می‌برند. انواع سرطان از انواع متفاوت سلول ناشی می‌شود و در میزان رشد، علائم و پاسخ به درمان فرق می‌کنند. برای بسیاری از مردم، تجربه تشخیص و درمان منجر به پیدا شدن علائم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود که به عنوان عوامل آسیب‌زا شناخته می‌شود (۱).

رشد پس از آسیب، تجربه تغییر فردی مثبت ناشی از رویارویی با بحران یا رویداد آسیب‌زا است. رشد پس از آسیب ممکن است تجربه آسیب روانی را خنثی نکند، ولی ممکن است، علیرغم تجربیات دلخراش، بسیاری از افراد، معنی و مقصودی جدید یابند که آنها را به تغییرات فردی مثبت تشویق کند (۲). رشد پس از آسیب که اغلب رشد مرتبط با استرس، تعدیل مثبت، انطباق مثبت، موفقیت، موهبت و رشد نام می‌گیرد، توسط تدسچی و کالهون[1] (۱۹۹۵) به عنوان تغییرات چشمگیر در شناخت و هیجانات پنداشته شد که به تغییرات در رفتار نیز ختم می‌شود (۱) .

مطالعاتی که به بررسی تجربیات آسیب‌زای مختلف پرداخته است، نشان داده که گزارش‌های رشد پس از آسیب شایع می‌باشد. این مطالعات روی هم رفته تا پنج دسته پیامد رشد را آشکار می‌سازند که تغییرات روان-شناختی، میان فردی و گرایش زندگی را نشان می‌دهند. این دسته‌بندی‌ها شامل تغییرات ادارکی در خویشتن، تغییر روابط با دیگران، افزایش معنویت یا تغییرات در فلسفه زندگی، افزایش آگاهی از احتمالات جدید و قدردانی بیشتر از زندگی می‌شوند (۳).

بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی[2]، معنویت شامل تعالی، ارتباط داشتن، هدف و ارزش‌هایی می‌شود (به عنوان مثال ایمان، بخشندگی، قدردانی، حس تعلق، و عشق) که در افراد با پیشینه‌های متفاوت قومی، فرهنگی و مذهبی مشترک می‌باشد (۴). شواهد تجربی نشان می‌دهد معنویت همبستگی مثبتی با طول عمر و کیفیت زندگی دارد. تاثیر معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی به ویژه برای افرادی برجسته است که آسیب ناشی از تشخیص سرطان و تقلای متعاقب آن را با کنار آمدن با بیماری تجربه می‌کنند. محققان دریافتند که عوامل معنوی در بیماران سرطان سینه با بهزیستی جسمانی، شیوه مثبت کنار آمدن و رضایتمندی بالاتر از زندگی ارتباط دارد. شواهد تجربی نشان می‌دهد معنویت همبستگی مثبتی با طول عمر و کیفیت زندگی دارد (۵). مذهب و معنویت می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفابخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه سرطان خود را ادراک کنند (۶).

گاتلیب[3] (۱۹۸۳) حمایت اجتماعی را به عنوان توصیه یا اطلاعات کلامی و غیرکلامی، کمک ملموس یا اقدامی تعریف می‌کند که توسط اعضای نزدیک خانواده عرضه می‌شود یا از حضور آنها عاید می‌شود و اثرات رفتاری یا هیجانی سودمندی بر دریافت کننده دارد (۷). حمایت اجتماعی تعریف می‌شود به عنوان حضور افرادی که فرد به آنها اطمینان می‌کند و احساس می‌کند به عنوان یک فرد، توسط آنها مورد احترام و اهمیت است. رضایت از حمایت اجتماعی، طی شرایط استرس‌زا، همانند تشخیص سرطان، منبع روان‌شناختی مهمی به حساب آورده می‌شود (۸). کدزی، گیماه، اینا و ایزه (۲۰۱۰)[4] دریافتند تعداد دوستان نزدیک، حمایت اجتماعی و فراوانی مشارکت اجتماعی رابطه مثبت و مستقیمی با سلامت خود ارزیابی شده دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معکوسی با عاطفه منفی دارد و خطر بیماری قلبی- عروقی، مرتبط با خلق و خوی افسرده را تضعیف می‌کند و احتمالا خطر مرگ و میر را کاهش می‌دهد. فرض شده که بخشی از مزیت حمایت اجتماعی در توانایی بالقوه آن برای میانجی‌گری در پاسخ به استرس می‌باشد (۹). مرور مقالات، شواهد طولی و مقطعی فراوانی را برای نقش مهم حمایت اجتماعی در سلامت روانی فراهم آورده است. از میان انواع مختلف حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی، نقش مهمی در بازیابی کارکرد، بعد از سکته مغزی ایفا می‌نماید (۱۰). دانشمندان

[1] .Tedesch & Calhoun
[2] .World Health Organization
[3].Gottlieb
[4]. Kodzi, Gyima., Emina, Ezeh

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

چندین سال است که رابطه مثبتی بین حمایت اجتماعی و سلامت تشخیص داده‌اند. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از معروف ترین و ممتازترین طریقه‌های کنارآمدن با تنهایی و ناامیدی به ثبت رسیده است (۱۱).

پهلیوان، اوالا، اوالا، سینس و کامیکی[5] (۲۰۱۱) در تحقیقی اظهار داشتند که بیماری‌های تهدید کننده زندگی همانند سرطان موجب ایجاد ناامیدی و تنهایی با تغییر دادن شیوه زندگی بیمار و خانواده می‌شوند. حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده به کنار آمدن با بیماری کمک می‌کند. این محققین، همچنین رابطه مثبتی میان ناامیدی و تنهایی و رابطه منفی بین تنهایی، ناامیدی و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده نیز یافتند (۱۲). تجزیه و تحلیل ۱۰۳ مطالعه درباره رشد پس از آسیب نشان داد که خوش‌بینی، حمایت اجتماعی، معنویت، کنارآمدن از طریق مقبولیت، ارزیابی مجدد، مذهب و طلب حمایت اجتماعی با رشد پس از آسیب در بزرگسالان ارتباط دارد (۱۳).

با توجه به مطالب مذکور، به نظر می رسد مداخلاتی که بهزیستی معنوی و حمایت اجتماعی را افزایش می دهند، به بیماران مبتلا به سرطان امکان می‌دهد تا اهداف زندگی و اولویت‌ها را مجددا ارزیابی نمایند. بنابراین تحقیق حاضر با هدف پیش‌بینی رشد پس از آسیب توسط معنویت و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شده است و در پی پاسخ به این سوال است که کدامیک از متغیرهای معنویت و حمایت اجتماعی نقش موثرتری در پیش بینی رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی- همبستگی از نوع پیش بینی است. جامعه آماری، شامل بیماران مبتلا به سرطان سینه (تحت درمان) مراجعه کننده به سه بیمارستان شهر تهران در بازه زمانی چهار ماهه آذر تا اسفند ۱۳۹۰ می‌باشد. تعداد ۱۰۶ بیمار از ۳ بیمارستان آیت‌الله طالقانی، شهدای تجریش و لقمان حکیم، به صورت نمونه‌برداری به روش آماری ساده (سرشماری) انتخاب شدند. بدین معنی که کلیه بیماران مونث سرطان سینه که حداقل بین ۶ تا ۱۲ ماه از تشخیص تا درمان آنها گذشته بود و حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشتند، وارد مطالعه شدند. پس از کسب رضایت بیماران جهت شرکت در پژوهش، پرسش نامه‌های رشد پس از آسیب (PTGI)، معنویت (SQ) و حمایت اجتماعی (MOS)، به کمک پرستار بخش و یا شخص محقق تکمیل شد. در نهایت تعداد ۱۰۵ پرسش نامه قابل بررسی بود و حدود ۱۰ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شد.

به منظور بررسی نقش معنویت و حمایت اجتماعی در پیش بینی رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان سینه از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه رشد پس از آسیب[6](PTGI):

در سال ۱۹۹۶ توسط تدسچی و کالهون به منظور ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنه صفر (من این تغییر را به عنوان نتیجه بحران نمی دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان نتیجه بحران می‌دانم) تشکیل شده است. این پرسشنامه دارای ۵ زیر مقیاس می‌باشد که عبارتند از: شیوه‌های جدید (۵ ماده)، در ارتباط با دیگران (۷ ماده)، قدرت شخصی (۴ ماده)، ارزش زندگی (۳ماده) و تغییر معنوی (۲ ماده). نمرات مقیاس‌ها به وسیله جمع نمرات عبارات در هر عامل حساب می‌شود. نمره نهایی مقیاس برای PTGI قابل محاسبه است. ارزیابی اولیه PTGI، همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۹۰ و همسانی درونی زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه از آلفای ۰/۶۷ تا آلفای ۰/۸۵ گزارش شد. لورین، بونت- آنتیجنتس و فلورین[7] آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در پژوهش خود ۰/۹۳ گزارش نمودند (۱۴). در ایران نیز برای به دست آوردن روایی صوری توسط محقق، متن پرسشنامه ترجمه شده توسط سه نفر از متخصصین روانشناسی مورد بررسی و تایید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۸ به دست آمد.

پرسشنامه معنویت (SQ):

[5]. Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinc, Camci

[6]. Posttraumatic Growth

[7]. Lelorain, Bonnaud-Antignac, Florin

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

در سال ۲۰۰۹ توسط پارسیان و دونینیگ[8]، به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت بوده و ۴ زیر مقیاس: خودآگاهی[9] (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی زندگی[10] (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی[11] (۵ عبارت) و نیازهای معنوی[12] (۹ عبارت) را می‌سنجد. حداقل نمره در این پرسشنامه برابر با ۲۹ و حداکثر نمره برابر با ۱۱۶ می‌باشد (۱۵). ضریب آلفای کلی آزمون ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیر مقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۸۰ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است. علاوه بر این، اعتبار این پرسشنامه از طریق روش‌های اعتبار محتوا، صوری و سازه نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این بررسی نشان دهنده اعتبار خوب این پرسشنامه در روش‌های ذکر شده بود (۱۵). در پژوهش-های قبلی در ایران، پیراسته مطلق (۱۳۹۰) علاوه بر بررسی روایی صوری پرسشنامه ترجمه شده توسط متخصصین روانشناسی، ضریب آلفای کرونباخ را برای پرسشنامه در پژوهش خود ۰/۹۳ گزارش نمود (۱۶). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی (MOS):

در سال ۱۹۹۱ توسط استوارت و شربورن[13] به منظور استفاده در زمینه یابی پیامدهای پزشکی ساخته شد و پس از آن در پژوهش‌های دیگر از آن استفاده شده است. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: حمایت ملموس (۴ عبارت)، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت هیجانی (۴ عبارت)، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، اطلاع رسانی (۴ عبارت)، که راهنمایی، اطلاع رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد، مهربانی (۳ عبارت)، که ابزار عشق و علاقه را می‌سنجد و تعامل اجتماعی مثبت (۴ عبارت)، که وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ وقت=۱ امتیاز، به ندرت=۲ امتیاز، گاهی اوقات=۳ امتیاز، اغلب=۴ امتیاز، همیشه =۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر زیر مقیاس نمرات عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی نیز همه امتیازات با هم جمع می‌شوند. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش‌های قبلی در ایران، پایایی زیر مقیاس‌های این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۹ به دست آمد.

یافته‌ها

الف) داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق:

ویژگی‌های (دموگرافیک) جمعیت شناختی بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است که بیشترین فراوانی و درصد مربوط به گروه سنی ۴۵-۳۶ سال است و از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به گروه بی‌سواد و سیکل است.

چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه مبتلایان به سرطان سینه، میانگین معنویت ۸۵/۲۲ و میانگین حمایت اجتماعی ۶۷/۱۳ می باشد.

برای پاسخ به سوال پژوهش، از آزمون همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

[8]. Parsian., Dunning
[9]. Self-Awareness
[10]. Importance of spiritual beliefs life
[11]. Spiritual activates
[12]. Spiritual needs
[13]. Sherbourne, Stewart

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

جدول۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران سرطان پستان

متغیرها	گروه ها	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۳۵	۳۲	۱۵/۶
	۳۶-۴۵	۵۵	۲۶/۸
	۴۶-۶۰	۱۹	۹/۳
تحصیلات	بی سواد و سیکل	۴۷	۲۲/۹
	دبیرستان و دیپلم	۴۳	۲۱
	فوق‌دیپلم و لیسانس	۱۵	۷/۳

جدول۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای رشد پس از آسیب، معنویت و حمایت اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رشد پس از آسیب	۶۴/۴۵	۱۲/۳۳
معنویت	۸۵/۲۲	۲۱/۴۴
حمایت اجتماعی	۶۷/۱۳	۱۷/۷۶

جدول۳: نتایج همبستگی رشد پس از آسیب با معنویت و حمایت اجتماعی

متغیر	رشد پس از آسیب	معنویت	حمایت اجتماعی
حمایت اجتماعی	۰/۶۶**	۰/۶۳**	۱
معنویت	۰/۶۷**	۱	
رشد پس از آسیب	۱		

** (p<۰/۰۱)

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که رشد پس از آسیب با معنویت (r=۰/۶۷) و حمایت اجتماعی (r=۰/۶۶) رابطه مثبت و معنی داری دارد.

نتایج مربوط به رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رشد پس از آسیب در جدول ۴ آمده است.

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رشد پس از آسیب نشان می‌دهد که در گام اول متغیر معنویت به تنهایی ۰/۴۵ از تغییرات رشد پس از آسیب را پیش بینی می‌کند و در گام دوم معنویت و حمایت اجتماعی روی هم ۰/۵۳ متغیر رشد پس از آسیب را پیش بینی می‌کنند. یعنی حمایت اجتماعی توانسته است به تنهایی ۰/۱۳ به این پیش بینی اضافه کند.

بنابراین، معنویت (Beta=۰/۶۷ ,p<0/05) و حمایت اجتماعی (Beta=۰/۳۹ ,p<0/05) ارتباط مثبت و معنی‌داری با رشد پس از آسیب دارد و پیش بینی کننده رشد پس از آسیب می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته تحقیق حاضر در اهمیت پیش‌بینی‌کنندگی نقش معنویت و حمایت اجتماعی در رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به سرطان سینه حمایت‌ها و شواهد تجربی را بدست آورده است، چنانکه شواهد نشان می‌دهد معنویت همبستگی مثبتی با طول عمر و کیفیت زندگی دارد. تاثیر معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی به ویژه برای افرادی برجسته است که آسیب ناشی از تشخیص سرطان و تقلای متعاقب آن را با کنار آمدن با بیماری خود تجربه می‌کنند. محققان دریافتند که عوامل معنوی در بیماران سرطان سینه با بهزیستی جسمانی، شیوه مثبت کنار آمدن و رضایتمندی بالاتر از زندگی ارتباط دارد (۵) و مذهب و معنویت می‌توانند ابزار کنار آمدن، منابع قدرت، شفابخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه سرطان خود را ادراک کنند (۶).

بازنگری برخی مقالات، شواهدی نشان داده‌اند مبنی بر این که مذهب و معنویت منجربه تطابق هیجانی بهتر با سرطان می‌شود. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد معنویت می‌تواند به عنوان منبع حمایت عمل کند و نیروی درونی را فراهم آورد که به افراد کمک کند موقعیت‌های استرس شدید را درک نمایند. سطوح بالاتر عقیده مذهبی و معنویت در

جدول۴: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رشد پس از آسیب

گام‌ها	متغیرهای پیش بین	R	R^2	Adjusted R Square	Beta	t	F(df)
۱	معنویت	۰/۶۷	۰/۴۵	۰/۴۵	۰/۶۷**	۹/۳۴	۸۷/۲۵ ** (۱۰۴،۱)
۲	معنویت	۰/۷۴	۰/۵۴	۰/۵۳	۰/۴۲**	۴/۹۴	۶۲/۲۰
	حمایت اجتماعی				۰/۳۹**	۴/۵۴	** (۱۰۳،۲)

متغیر ملاک: رشد پس از آسیب، (p<۰/۰۱) **

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

افراد در حال بهبودی، با پاسخ‌های انطباقی‌تر کنار آمدن، تاب آوری بالاتر در مقابل استرس، جهت‌گیری خوش بینانه به زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر و سطوح پایین‌تر اضطراب ارتباط دارد. علاوه بر آن رابطه میان پاسخ‌های موثر کنار آمدن و معنویت بویژه میان زنان قوی می‌باشد (۱۸). جعفری، نجفی، سهرابی، دهشیری، سلیمانی و حشمتی در پژوهشی با هدف پیش‌بینی رضایتمندی از زندگی از طریق بهزیستی معنوی و امید در بیماران سرطانی تفاوت چشمگیری میان بهزیستی ناشی از معنویت، امید و رضایتمندی از زندگی یافتند و نتیجه گرفتند، بهزیستی ناشی از معنویت و امید نقش مهمی در رضایتمندی از زندگی و تطابق روانشناختی دارند (۱۹). احمد، بنی محمد و امیر عبداللهی، در تحقیقی بر بیماران مسلمان سرطان سینه یافتند که معنویت ممکن است بطور معنی‌داری، بر اینکه چگونه افراد یاد می‌گیرند با سرطان زندگی کنند تاثیر گذارد (۲۰). تروینو[14]، آرکمباست[15]، سکاستر[16]، ریچاردسون[17]، مویی[18]، رابطه میان کنار آمدن مذهبی و بهزیستی روانی را در بازماندگان سرطان مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که کنار آمدن مذهبی منفی با آشفتگی بیشتر و رشد پس از آسیب ارتباط دارد. کنار آمدن مذهبی مثبت با رشد پس از آسیب بیشتر ارتباط دارد. جنس، نژاد و وابستگی مذهبی عوامل پیش‌بینی چشمگیری در کنار آمدن مذهبی مثبت و منفی هستند (۲۱). گارلیک، وال، گرون و کومپان[19]، نشان دادند که درمان تلفیقی روانی معنوی[20] ممکن است بهزیستی را ارتقا دهد و رشد پس از آسیب را در بیماران سرطان سینه موجب گردد (۲۲). زنانی (۲۴ نفر) که درمان تلفیقی روانی معنوی، ارزیابی‌های رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی را تکمیل کردند، بهبودهایی را در زیر مقیاس‌های بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی کارکردی و همچنین بهبودهایی در پرسشنامه رشد پس از آسیب نشان دادند (۲۱). این نتایج هماهنگ با نتایج این پژوهش می‌باشند.

همچنین مطرح شده است که بیماری‌های تهدید کننده زندگی همانند سرطان موجب ایجاد ناامیدی و تنهایی و تغییر شیوه زندگی بیمار و خانواده می‌شوند. حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده به کنار آمدن با بیماری کمک می‌کند. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از معروف‌ترین و ممتازترین طریقه‌های کنارآمدن با تنهایی و ناامیدی به ثبت رسیده است (۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان مهیا بودن افرادی که فرد به آنها اطمینان می‌کند و در نتیجه احساس می‌کند مورد احترام است و اهمیت دارد، در سلامت ذهنی و جسمی و سازگاری هیجانی نقش دارد و مقبولیت اجتماعی بیشتری را موجب می‌شود (۸). حمایت اجتماعی می‌تواند بر ارزیابی‌های شناختی شخص و باورهایش درباره جهان تاثیر گذارد (۱). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد روابط اجتماعی اثر محافظت کننده‌ای برای بیماران قلبی ایفا می‌کند. کرزای[21] و همکاران یافتند که تعداد دوستان نزدیک، حمایت اجتماعی و فراوانی مشارکت اجتماعی رابطه مثبت و مستقلی با سلامت خود ارزیابی شده و رابطه معکوسی با عاطفه منفی دارد و خطر بیماری قلبی-عروقی، مرتبط با خلق و خوی افسرده را تضعیف می‌کند و احتمالا خطر مرگ و میر را کاهش می‌دهد (۹). بازنگری مقالات، شواهد طولی و مقطعی فراوانی را برای نقش مهم حمایت اجتماعی در سلامت روانی فراهم آورده است. از میان انواع مختلف حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی نقش مهمی در بازیابی کارکرد، بعد از سکته مغزی ایفا نماید (۱۰). فقدان حمایت اجتماعی عامل پیش بینی کننده مهمی برای پذیرش مجدد در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران با نارسایی مزمن قلبی می‌باشد (۱۲). حمایت اجتماعی توسط برخی محققان به عنوان یک عامل مهم در رشد پس از آسیب یا بهبود اختلال استرس پس از سانحه شناسایی شده است و بازماندگان با حمایت اجتماعی کمتر نشانه‌های بیشتر اختلال استرس پس از سانحه را گزارش می‌دهند. موریس، کامبرز، کامبل، دیر و دون[22] نشان دادند که برنامه‌های حمایتی همسالان براساس فعالیت‌های ورزشی یا چالش برانگیز در بهبود سلامت زنان با تشخیص سرطان سینه موثر است (۲۳). لی، پارک، لی و همکاران[23] اظهار داشتند

[14].Tre vino
[15].Archambault
[16].Schuster
[17].Richardson
[18].Moye
[19]. Garlick, Wall, Corwin, Koopman
[20].Psycho-Spiritual Integerative Therapy
[21].Kodzi
[22]. Morris, Chambers', Campbell, Dwyer, Dunn
[23]. Lee Park Lee, et al

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

که حمایت اجتماعی ممکن است اثر رویدادهای استرس‌زای زندگی را بر وضعیت روانی بیماران سرطان سینه تحت تاثیر قرار دهد. این محققان نشان دادند که همه زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی و خلق و خوی افسرده ساز میان بیماران سرطان سینه به مقدار چشمگیری یک سال پس از تشخیص، به نسبت زمان تشخیص پایین‌تر بودند (۸). یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ با یافته‌های قبلی است.

بنابراین، می‌توان استنباط کرد معنویت و حمایت اجتماعی نقش حیاتی در فرایند رشد پس از آسیب ایفا می‌کنند. معنویت می‌تواند باعث یافتن معنی جدید در زندگی شود و به افراد کمک نماید تا بر سردرگمی و اختلال شناختی خود غلبه نمایند. حمایت اجتماعی از سوی خانواده به فرد بیمار کمک می‌کند تا با بیماری کنار آید. بنابراین، با آموزش روش‌های حمایت روان شناختی به خانواده‌ها و تشکیل جلسات مشاوره گروهی مبتنی بر معنویت می‌توان در جهت رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان سینه گامی موثر برداشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم نمونه مورد مطالعه و استفاده از روش همبستگی و رگرسیون، است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در حد امکان تعداد نمونه مورد پژوهش گسترده‌تر باشد و همچنین از روش مداخله‌ای جهت انجام پژوهش استفاده شود.

تقدیر و تشکر

از بیماران و پرستارانی که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی خانم نسرین میر عبدالهی به راهنمایی دکتر زهرا نیک منش و مشاوره دکتر محمد علی امام هادی است.

References

1. Moor J. Cancer and Posttraumatic Growth. PhD Thesis. University of Southampton 2010 UK.

2. Smith SG, Cook S L. Are Reports of Posttraumatic Growth Positively Biased?. Journal of Traumatic Stress 2004; 17(4): 353-8.

3. Grubaugh AL, Resick PA. Posttraumatic Growth in Treatment-seeking Female Assault Victims, Psychiatr Q 2007; 78:145-55.

4. Giovagnoli AR, Meneses RF, Martins da Silva A. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy & Behavior 2006; 9:133-39.

5. 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.

6. Barton BM, Smit E, Frain J, Loggins C. Advance Center in Underserved Populations. Seminars in Oncology Nursing 2010; 26(3):157-67.

7. Armstrong MI, Lefcovitch SB, Ungar MT. Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. Journal of Child and Family Studies 2005; 14(2): 269-81.

8. Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, Lee KS, Chung KW, Kim SW. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. Support Care Cancer 2011; 19: 1379-92.

9. Kodzi IA, Gyimah SO, Emina J, Ezeh AC. Religious Involvement, Social Engagement, and Subjective Health Status of Older Residents of Informal Neighborhoods of Nairobi. Journal of Urban Health 2010; 88: 370-80.

10. Vandervoort D. Quality of Social Support in Mental and Physical Health. Current Psychology 1999; 18(2): 205-22.

11. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]

cancer. Support Care Cancer 2011; 20(4): 733-9.

12. Löfvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived Loneliness and Social Support in Patients with Chronic Heart Failure. European Journal of Cardiovascular Nursing 2009; 8: 251–258.

13. Myerson DA, Grant KE, Carter JS, Kilmer RP. Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. Clinical Psychology Review 2011; 31: 949-64.

14. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long Term Posttraumatic Growth after Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health. J Clin Psychol Med Settings 2010; 17:14-22.

15. Parsian N, Dunning T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. Global journal of health science 2009; 1(1).

16. Peraste A. The Roll of Spirituality, Awareness and Attitude toward AIDS disease in Feeling of suffering AIDS disease Dissertation of M.A. in general Psychology, The University of Sistan & Baluchestan 2011.

17. Shyua YL, Tangc WR, Liang J, Weng LJ. Psychometric Testing of the MOS Social Support Survey on a Taiwanese sample 2005. Available at: www.nursing-research-editor.com/authors/.../OMRManuscript.pdf.

18. Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction, Evaluation and Program Planning 2008; 31:113-23.

19. 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.

20. Ahmad F, Binti Muhammad M, Amir Abdullah A. Religion and Spirituality in Coping with Advanced Breast Cancer: Perspectives from Malaysian Muslim Women. J Relig Health 2011; 50: 36-45.

21. Trevino KM, Archambault E, Richardson JS, Moye J. Religious Coping and Psychological Distress in Military Veteran Cancer Survivors. J Relig Health 2011; 1-12.

22. GarlickM., Wall K, Corwin D, KoopmanC. Psycho-Spiritual Integrative Therapy for Women with Primary Breast Cancer. J Clin Psychol Med Settings 2011; 18: 78-90.

23. Morris BA, Chambers' SK, Campbell M, Dwyer M, Dunn J. Motorcycles and breast cancer: The influence of peer support and challenge on distress and posttraumatic growth. Support Care Cancer 2011; 20(8): 1849-58.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.4.7]