

مقاله‌ی پژوهشی

نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی در رابطه‌ی بهزیستی معنوی و امید
در بیماران مبتلا به سرطان

خلاصه

مقدمه: اگر چه سرطان، سلامت روان را تحت تاثیر قرار می‌دهد اما به نظر می‌رسد بزرگ‌ترین مسئله در زمان بروز این بیماری، حس یاس و ناامیدی است. هدف این پژوهش، بررسی تاثیر بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناسی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر امید در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی، از بین مراجعه‌کنندگان زن مبتلا به سرطان در دامنه‌ی سنی ۷۵-۱۷ سال به مجتمع درمانی تخصصی و فوق تخصصی باغبان شهر ساری در پاییز ۱۳۹۳، تعداد ۱۹۸ نفر به طور داوطلب با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مقیاس بهزیستی معنوی، مقیاس سرسختی اهواز، مقیاس حمایت اجتماعی و مقیاس امید شنایدر بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه‌ی ۲۲ و AMOS-20 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که تاثیر مستقیم ($P=0/001$) و غیر مستقیم ($P=0/016$) بهزیستی معنوی بر امید بیماران مبتلا به سرطان، مثبت و معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: در بیماران زن مبتلا به سرطان، تاثیر مثبت بهزیستی معنوی بر امید، از طریق نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده، قابل تبیین است.

واژه‌های کلیدی: امید، بهزیستی، حمایت اجتماعی، روان‌شناختی،

سرسختی، سرطان، معنویت

زینت مهدیان

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت‌الله آملی، آمل، ایران

*مجید غفاری

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه مازندران،

بابلسر، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر،

ایران

m.qaffari@umz.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۰۵

تاریخ تایید: ۹۴/۱۰/۰۱

پی‌نوشت:

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی است. موضوع پژوهش ارتباطی با منافع نویسندگان ندارد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است. از همکاری مرکز درمانی فوق تخصصی باغبان ساری و نیز بیماران ارجمند داوطلب برای شرکت در پژوهش قدردانی می‌گردد.

مقدمه

سرطان با بیش از ۱۰۰ نوع تومور بدخیم می‌تواند در تمامی گروه‌های قومی، نژادی، سنی، جنسی و گروه‌های اقتصادی و اجتماعی پدیدار شود و در واقع تمامی انسان‌ها امکان ابتلا به این بیماری را دارند، طوری که در کشورهای پیشرفته، دومین و در کشورهای رو به پیشرفت، چهارمین علت مرگ و میرها به شمار می‌آید (۱). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور به پذیرش درمان طولانی‌مدت با داروهای شیمی‌درمانی می‌شود. بستری‌های متعدد مانع از ادامه‌ی زندگی طبیعی بیمار می‌شود و عوارض جانبی شیمی‌درمانی توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از او سلب می‌کند.

در این میان، امید، افراد را قادر می‌سازد تا با دیدی گسترده‌تر، وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببینند (۱). آثار مفید امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلفی تایید شده است. به عنوان مثال، همبستگی مثبت امید با عاطفه‌ی مثبت، احساس خودارزشمندی، حرمت خود و همبستگی منفی با افسردگی و به طور کلی با عاطفه‌ی منفی نشان داده شده است (۲). اگر چه سرطان، سلامت روان را تحت تاثیر قرار می‌دهد اما به نظر می‌رسد بزرگ‌ترین مسئله در این زمان برای بیمار، حس یاس و ناامیدی است (۳). بر اساس برخی پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر بیماری‌های مزمن، بیشترین تاثیر را بر امید داشته باشد (۴). بیشتر گزارش‌های مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است زیرا این بیماری عامل تهدیدکننده‌ی امید است. از این رو پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای بیماران سرطانی و نزدیکان آن‌ها حایز اهمیت خواهد بود. بیماران با درجات متفاوتی از امید، از ناامیدی کامل تا امید در مراحل مختلف بیماری، در انتظار همه چیز حتی معجزه، در پی درمان بوده و تمایل دارند تا در جهت پیش‌بینی‌های خود حرکت کنند. امید، ساز و کار سازگاری مهمی در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان است و به عنوان یک عامل پیچیده‌ی چندبعدی و قدرتمند در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می‌شود (۵). حمایت اطرافیان، مذهب، پذیرش بیماری، شخصیت، آگاهی از خود و شناخت وضعیت خود به بهترین شکل نسبت به دیگران، از جمله عواملی هستند که در ارتقای امید بیماران بسیار کمک‌کننده می‌باشند (۶)، طوری که این افراد به شیوه بهتری از منابع سازگاری استفاده می‌کنند (۷). امید از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بیماری را تحمل کنند و به عنوان یک عامل در پیش‌بینی سیر بیماری‌های وخیم شناخته می‌شود (۸). برعکس، ناامیدی به عنوان تحمل وضعیتی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی قابل باور نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (۸). تفکر

امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول این که افراد امیدوار بیشتر بر واقعیت متمرکز می‌شوند و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. آن‌ها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری^۱ سرطان مانند ماموگرافی^۲ را انجام دهند و در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (۹). در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و طاقت‌فرسا و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود، مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پی‌گیری کنند. این بیماران با نشانه‌هایی که از درمان ناشی می‌شود، مثل از دست دادن موها، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و استفراغ، راحت‌تر کنار آمده و در صورت عود مجدد سرطان نیز احتمال بیشتری دارد که به فکر درمان‌های اضافی لازم باشند (۱۰). در مرحله‌ی بهبود نیز افراد امیدوارتر، نسبت به زندگی‌شان افکار مثبت‌تری دارند و هم‌چنین گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های تروماتیک از خود نشان می‌دهند (۱۱).

یکی از بنیان‌های شکل‌گیری امید در فرد، وجود معنا در زندگی است (۱). بهزیستی معنوی^۳، یکی از ابعاد معنویت است. بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۱۲). اخیراً معنویت، مورد مطالعه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است و تعریف آن موجب اختلاف نظر بین محققان شده است. در یک تعریف جامع، معنویت بسیاری از سازه‌ها از جمله دینداری، مشارکت با اجتماعات مذهبی، آموزه‌های مذهبی و معنوی، مقابله‌ی مذهبی و بهزیستی معنوی را دربرمی‌گیرد (۱۳). یک تعریف کاربردی از بهزیستی معنوی، اولین بار توسط موبرگ و بروسک^۴ ارائه شد (۱۲). بر اساس نظر آن‌ها بهزیستی معنوی شامل دو بعد می‌شود. بعد اول بهزیستی مذهبی^۵ است و با ارتباط فرد با یک قدرت برتر در یک سیستم خاص باورهای مذهبی ارتباط دارد و بعد دوم، بهزیستی وجودی^۶ می‌باشد که احساس فرد از معنی‌داری و هدفمندی زندگی است. بهزیستی معنوی یک عنصر روانی-اجتماعی و یک عنصر مذهبی را شامل می‌شود. بهزیستی مذهبی-که عنصر مذهبی است- نشانه‌ی ارتباط با یک قدرت برتر، یعنی خداوند است و بهزیستی وجودی- که عنصر روانی/اجتماعی است- نشانه‌ی احساس فرد است این که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد (۱۴). هم بهزیستی مذهبی و هم بهزیستی وجودی شامل

¹Screening²Mammography³Spiritual Well-Being⁴Moberg and Bruseck⁵Religious Well-Being⁶Existential Well-Being

که موجب می‌شود فرد، معنا و هدفمندی زندگی را در یابد. کنترل، باوری است که مبنی بر این که می‌توان رویدادهای زندگی و پیامدهای آن را پیش‌بینی و کنترل کرد و یا حتی آن‌ها را تغییر داد و مبارزه‌جویی عبارت است از این باور که تغییر، جنبه‌ای عادی از زندگی است و وضعیت‌های مثبت یا منفی که به سازگاری‌های مجدد نیاز دارند، نه تنها تهدیدی برای امنیت و آسایش فرد نیستند بلکه فرصتی برای رشد و یادگیری بیشتر هستند (۲۲). سرسختی روان‌شناختی، باعث افزایش احساس عزت نفس در افراد شده و به نوبه‌ی خود، مقاومت آنان را در برابر فشارهای روانی، افزایش می‌دهد (۲۳). پژوهش‌ها نشان داده است که سرسختی روان-شناختی با امید، رابطه دارد (۲۴). بین سرسختی روان‌شناختی و امید به زندگی، همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد و در وضعیت تنش‌زا کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند در مقایسه با کسانی که از سرسختی پایین‌تری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند (۲۴). بنابراین در این پژوهش سرسختی روان‌شناختی، میانجی ارتباط بهزیستی معنوی و امید به زندگی فرض شده است.

دریافت حمایت از جانب دیگران در میان بیماران سرطانی مانند سپری در مقابل پیامدهای منفی بیماری و درمان عمل می‌کند و بنابراین ارتباط نیرومندی با عملکرد روان‌شناختی بیمار برقرار می‌کند (۲۵). به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی به هنگام وقوع تنش مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از پدیدار شدن نشانه‌های روان‌پزشکی پیشگیری کرده و نیز شدت نشانه‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (۲۶). پاسخ‌های ملموسی که شخص از دیگران دریافت می‌کند، تحت عنوان حمایت اجتماعی تعریف شده است (۲۷). این پاسخ‌ها می‌تواند به صورت تایید یا بازشناسی اعمال ارزشمند شخص و تایید نگرش‌های وی توسط دیگران باشد. حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان به هنگام درگیری افراد با سرطان و شرایط تنش‌زا، تحمل مشکلات را برای بیماران آسان می‌کند (۲۷) و با ایفای نقش واسطه‌ای بین عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمانی، موجب ارتقای کیفیت زندگی افراد می‌شود (۲۷). طبق برخی گزارش‌ها، نیرومندترین و پایدارترین پیش‌بینی‌کننده‌ی پیروی از دستورات درمانی، حمایت خانوادگی بیمار است (۲۷). حمایت اجتماعی با امید، رابطه‌ی مستقیم دارد و با افزایش حمایت اجتماعی امید نیز افزایش می‌یابد (۲۸). یک متغیر اصلی در تعریف از امیدواری در بیماران سرطانی، حمایت از طرف خانواده، دوستان و کسانی که از بیماری سرطان نجات یافته‌اند، بوده است (۲۹). نتیجه به دست آمده در یک مطالعه‌ی دومرحله‌ای که پیش‌بین‌های سازش‌یافتگی و رنج دوره‌ی شیمی‌درمانی را دو سال بعد از ابتلا به بیماری سرطان در زنان مورد بررسی قرار داد، این بود که حمایت

تعالی و حرکت فراتر از خود می‌باشند. بعد بهزیستی مذهبی ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند در حالی که بعد بهزیستی وجودی ما را فراتر از خودمان و به سوی دیگران و محیط‌مان سوق می‌دهد. از آن جایی که انسان به عنوان نظامی یکپارچه عمل می‌کند این دو بعد در عین حال که از هم جدا هستند با هم تعامل و همپوشی دارند و در نتیجه ما احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی می‌کنیم (۱۴). بهزیستی معنوی، حالتی از سلامتی است که بیانگر احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و موجودی برتر است (۱۵). بهزیستی معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین افراد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. وقتی بهزیستی معنوی به خطر بیفتد، این امکان وجود دارد که فرد دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود که خود می‌تواند سازگاری در زندگی، به ویژه حیات جاوید فرد را دچار مشکل کند (۱۶). نتایج ۳۵۰ مطالعه نشان داده است که افراد دارای بهزیستی معنوی، شیوه‌ی زندگی سالم‌تری دارند، امیدوارترند، از ثبات روانی بیشتری برخوردارند و رضایت بیشتری از زندگی خود دارند (۱۷). با توجه به تحقیقات به عمل آمده، معنویت پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان به شمار می‌رود (۱۸، ۱۹). معنویت، با نشانگان پزشکی و روان‌شناختی در ارتباط است و هم‌چنین در بهبود نشانگان نقش دارد (۲۰). در نتیجه معنویت با برایندهای باارزش زندگی که مثبت و شادی‌بخش هستند در ارتباط است و موجب تقویت امید به آینده در فرد می‌شود (۲۰). سلامت معنوی به قدری بر ناامیدی و پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر دارد که حتی ممکن است آرامش معنوی و مذهبی برای بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، مهم‌تر از سلامت جسمی‌شان باشد. بنابراین این پژوهش متغیر بهزیستی معنوی را از پیش‌بین‌های امید در بیماران سرطانی فرض کرده است.

کوباسا^۱ (۲۱)، سرسختی^۲ را یک ویژگی شخصیتی می‌داند که در هنگام رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی، به عنوان یک منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند. او با استفاده از نظریه‌های وجودی در شخصیت، سرسختی را مجموعی از باورها در مورد خود و جهان حاضر تعریف می‌کند که از سه مولفه‌ی تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده و در عین حال یک ساختار واحد است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مولفه‌ی مرتبط با هم منشا می‌گیرد. تعهد، با بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند خانواده، شغل و روابط بین فردی درآمیخته است

¹Kobasa²Hardiness

سن ۱۵ سال به عنوان ملاک ورود در نظر گرفته شد. پس از حذف پاسخ‌نامه‌های ناقص، تعداد نهایی آزمودنی‌ها به ۱۹۸ نفر رسید. پژوهشگر پس از هماهنگی با دانشگاه و مجتمع درمانی، جهت ارایه‌ی توضیحات لازم و جلب همکاری پزشکان محترم، اقدام نمود. ابزارهای پژوهش به صورت دفترچه‌ای تنظیم شد. طی نامه‌ی کوتاهی در ابتدای دفترچه‌ی سئوالات، به شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد ماهیت پژوهش، رعایت محرمانه ماندن پاسخ‌ها و داوطلبی بودن شرکت در پژوهش ارایه گردید. بیماران داوطلب، در زمان انتظار برای ملاقات با پزشک به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی امید اشنايدر^۲: مقیاس ۱۲ گویه‌ای اشنايدر (۳۸) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده است و شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه^۳ و انگیزش^۴ می‌باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. گذرگاه یا مسیرها جزء شناختی امید و نشان‌دهنده‌ی توان فرد در خلق راه‌های معقول برای دستیابی به اهداف است و انگیزش یا تفکر عامل، جزء انگیزشی امید و نشان‌دهنده‌ی برداشت شخصی در مورد توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است (۳۸). برای پاسخ دادن به هر گویه، طیف لیکرت از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سئوالات ۵، ۷، ۱۱ و ۳ نمره‌گذاری نشده و مربوط به حواس‌پرتی هستند. گویه‌های ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه و گویه‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس انگیزش می‌باشد. نمره‌ی امید، حاصل جمع این خرده-مقیاس است. بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد. پژوهش‌ها ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی را برای این مقیاس گزارش نموده‌اند (۳۸). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اشنايدر در جامعه‌ی ایرانی مورد تایید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ در بررسی پایایی آن از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد (۳۹). در این پژوهش پایایی مقیاس امید از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های گذرگاه و انگیزش به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ محاسبه شد.

ب- مقیاس بهزیستی معنوی^۵: برای سنجش روان‌شناختی ادراک فرد از بهزیستی معنوی ساخته شد (۴۰). این مقیاس ۲۰ گویه‌ای و خودسنجی، شامل دو خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی (RWB، گویه‌های فرد) و بهزیستی وجودی (EWB، گویه‌های زوج) می‌باشد. خرده‌مقیاس

اجتماعی و راهبردهای شناختی مذهب، عوامل تعدیل‌کننده در بازسازی، پذیرش، سازش‌یافتگی و کاهش حالت‌های خستگی و آشفتگی در بیماران هستند (۲۹).

علاوه بر سلامت جسمی، اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تاثیر بارز حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامتی و آسایش روانی را تایید نموده‌اند (۳۰). بررسی اثرات حمایت اجتماعی و دین‌داری به عنوان شیوه‌های انطباق با اضطراب، حاکی از آن است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر اضطراب همبستگی دارد و بیشترین تاثیر دین‌داری در کاهش اضطراب، از طریق حمایت اجتماعی صورت گرفته است که این امر نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد (۳۱). با توجه به اهمیت نقش امید در بهبود کیفیت زندگی و پذیرش درمان در بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف بررسی عوامل تاثیرگذار بر امید در بیماران مبتلا به سرطان، رابطه‌ی بین بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و امید را مورد بررسی قرار داده است. در این پژوهش فرض بر این است که سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی، میانجی تاثیر بهزیستی معنوی بر امید هستند.

روش کار

در پژوهش حاضر، مدل مفهومی روابط بین بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و امید از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری آزمون شد. از میانگین و انحراف استاندارد جهت توصیف یافته‌ها استفاده شد. پایایی ابزارها با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۳۲) بررسی شد. جهت ارزیابی شاخص‌های برازش مدل مفهومی، از آماره‌های مجذور خی نسبی (χ^2/DF)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI) و ریشه‌ی میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) استفاده شد. زمانی مدل مورد قبول است که مقدار شاخص‌های NFI، GFI و CFI بالاتر از ۰/۹۰ باشد (۳۳). هم‌چنین حداقل مقدار مورد قبول برای RMSEA، حداکثر ۰/۰۸ گزارش شده است (۳۴) که مقادیر کمتر از ۰/۰۵ ایده‌آل در نظر گرفته می‌شوند (۳۵). در مورد مجذور خی نسبی، مقادیر کمتر از ۲ تا ۳ مورد قبول گزارش شده است (۳۶، ۳۷).

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام بیماران زن دارای تشخیص پزشکی انواع سرطان مجتمع درمانی تخصصی و فوق تخصصی باغبان شهر ساری در پاییز سال ۹۳ می‌باشند. تعداد دویست و ده نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان^۱ انتخاب شدند. گذشتن حداقل یک ماه از زمان تشخیص بیماری، حداقل سطح تحصیلات پایان دوره‌ی ابتدایی و حداقل

²Snyder Hope Scale

³Pathway

⁴Motivation

⁵The Spiritual Well-Being Scale

¹Convenience

حمایت اجتماعی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، و ۰/۹۱ محاسبه کردند (۴۳). نتایج مطالعه‌ی برآور^۲ و همکاران، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ساختار سه‌عاملی (دیگران مهم، خانواده و دوستان) برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد (۴۴). ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه‌های (دیگران مهم، خانواده و دوستان) در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، و ۰/۹۱ به دست آمد (۴۵). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های حمایت ادراک شده از سوی خانواده، حمایت ادراک شده از سوی دوستان به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۱، و ۰/۸۷ محاسبه شد.

نتایج

میانگین سن افراد شرکت‌کننده در این پژوهش $45/18 \pm 11/71$ سال بود (دامنه‌ی سن = ۷۵-۱۷ سال). از نظر تاهل، ۹۲ درصد شرکت‌کنندگان، متاهل و ۸ نفر نیز مجرد بودند. هم‌چنین ۱۳۲ نفر (۶۵٪) در سطح تحصیلی زیردیپلم/دیپلم، ۶۳ نفر (۳۳٪) در سطح تحصیلی کاردانی و کارشناسی و ۴ نفر (۲٪) در سطح تحصیلی کارشناسی ارشد قرار داشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و ماتریس ضرایب همبستگی بین آن‌ها را نشان می‌دهد. برازش مدل مفروض این پژوهش، با استفاده از برآورد حداکثر درست‌نمایی^۳ و روش خودگردان‌سازی^۴ مبتنی بر ۵۰۰۰ نمونه و با سطح فاصله‌ی ۹۵ درصد (برای سنجش میانجی‌گری از طریق برآورد تاثیرات ویژه‌ی غیرمستقیم در مدل) (۴۶)، شاخص‌های کلی مطلوبی را نشان داد (شکل ۱). از آنجا که مقادیر d^2 به طور قابل تمایزی مجزا نبودند (۴۷)، از لحاظ دورافتادگی چندمتغیری نیز مشکلی وجود نداشت.

RWB چگونگی درک بهزیستی معنوی را در ارتباط فرد با خدا می‌سنجد و خرده‌مقیاس EWB به عنوان بعد روانی-اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و چگونگی کیفیت سازگاری فرد با خود، جامعه و محیط را می‌سنجد. پاسخگویی سؤالات بر اساس طیف لیکرت در ۶ سطح (۱: کاملاً موافقم) تا (۶: کاملاً مخالفم) قرار دارد. حداقل نمرات ۲۰ و حداکثر نمرات ۱۲۰ است که از جمع نمرات به دست می‌آید. گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۶ و ۱۸ به طور معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی SWBS و خرده‌مقیاس‌های آن ۰/۸۷ برای کل مقیاس، ۰/۸۴ برای بهزیستی وجودی و ۰/۸۴ برای بهزیستی مذهبی محاسبه شده است (۱۳). بررسی اعتبار سازه‌ی SWBS با روش تحلیل عاملی تاییدی، شاخص‌های برازش مطلوبی را برای نسخه‌ی فارسی SWBS نشان داد (۱۴). در این پژوهش پایایی SWBS و خرده‌مقیاس‌های EWB و RWB از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

ج- پرسش‌نامه‌ی سرسختی/اهواز: این مقیاس توسط کیامرثی ساخت و اعتباریابی شد (۴۱) و دارای ۲۷ ماده می‌باشد. هر ماده دارای چهار گزینه پاسخ است که شامل هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات می‌باشد و به ترتیب نمره‌های ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌گیرند. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی برابر با ۰/۸۴ گزارش شده است (۴۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ نشان دهنده‌ی پایایی مطلوب این مقیاس بود.

د- مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس چندبعدی حمایت ادراک شده (۴۲)، مرکب از ۱۲ گویه است که سه مولفه‌ی حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ گویه)، حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم (۴ گویه) و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ گویه) را سنجش می‌کند. تمام گویه‌های این مقیاس، بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) درجه‌بندی شدند. هماهنگی درونی ماده‌های مقیاس

¹ Multidimensional Scale Of Perceived Social Support

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ماتریس ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش و مولفه‌های آن‌ها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
بهزیستی مذهبی	۱										
بهزیستی وجودی	۰/۵۳ ^{***}	۱									
بهزیستی معنوی	۰/۸۷ ^{***}	۰/۸۸ ^{***}	۱								
سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۹ ^{***}	۰/۵۱ ^{***}	۰/۴۶ ^{***}	۱							
حمایت ادراک شده از دیگران مهم	۰/۱۸ [°]	۰/۲۷ ^{***}	۰/۲۶ ^{***}	۰/۳۶ ^{***}	۱						
حمایت ادراک شده از خانواده	۰/۲۵ ^{***}	۰/۴۰ ^{***}	۰/۳۷ ^{***}	۰/۳۵ ^{***}	۰/۶۳ ^{***}	۱					
حمایت ادراک شده از دوستان	۰/۰۸	۰/۲۶ ^{***}	۰/۲۰ ^{***}	۰/۳۲ ^{***}	۰/۴۰ ^{***}	۰/۳۶ ^{***}	۱				

² Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat

³ Maximum Likelihood (ML) estimation

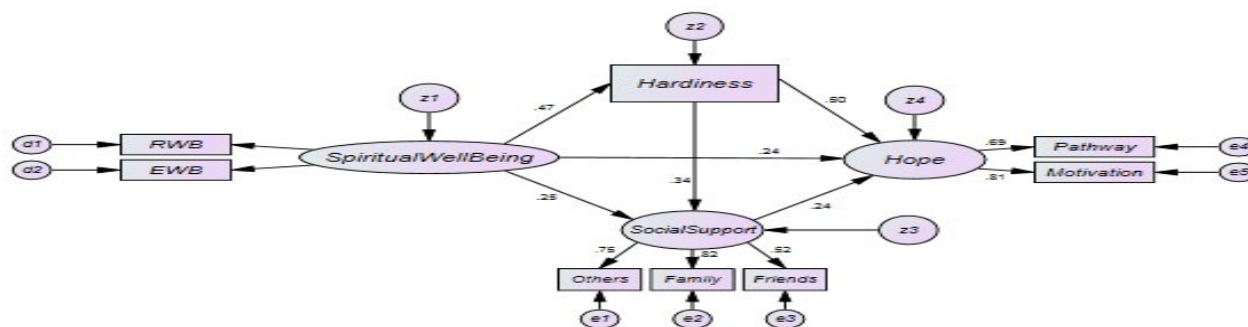
⁴ Bootstrapping procedure

										حمایت اجتماعی ادراک شده		
	۱	۰/۸۱ ^{***}	۰/۸۰ ^{***}	۰/۷۸ ^{***}	۰/۴۳ ^{***}	۰/۳۳ ^{***}	۰/۳۸ ^{***}	۰/۲۰ ^{***}				
	۱	۰/۴۴ ^{***}	۰/۳۹ ^{***}	۰/۳۳ ^{***}	۰/۳۲ ^{***}	۰/۴۶ ^{***}	۰/۳۹ ^{***}	۰/۴۶ ^{***}	۰/۲۲ ^{***}	گذرگاه		
	۱	۰/۵۶ ^{***}	۰/۴۳ ^{***}	۰/۳۸ ^{***}	۰/۳۳ ^{***}	۰/۲۹ ^{***}	۰/۶۱ ^{***}	۰/۳۴ ^{***}	۰/۴۷ ^{***}	انگیزش		
	۱	۰/۹۲ ^{***}	۰/۸۴ ^{***}	۰/۴۹ ^{***}	۰/۳۸ ^{***}	۰/۳۴ ^{***}	۰/۶۲ ^{***}	۰/۴۱ ^{***}	۰/۵۲ ^{***}	امید		
	۳۱/۴۰	۱۵/۷۱	۱۵/۶۸	۴۷/۷۳	۱۴/۵۸	۱۶/۸۳	۱۶/۳۰	۷۷/۱۱	۸۵/۱۵	۳۸/۹۲	۴۶/۲۳	میانگین
	۴/۵۲	۲/۹۳	۲/۱۸	۷/۴۳	۳/۹۳	۲/۷۰	۲/۶۷	۱۰/۴۵	۱۲/۰۲	۷/۰۴	۶/۷۰	انحراف معیار

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

همان گونه که در جدول ۱ ارائه شده است، تمامی ضرایب همبستگی به جز ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده از دوستان با بهزیستی مذهبی ($P = 0.22$, $r = 0.08$) و انگیزش با بهزیستی مذهبی

همان گونه که در جدول ۱ ارائه شده است، تمامی ضرایب همبستگی به جز ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده از دوستان با بهزیستی مذهبی ($P = 0.22$, $r = 0.08$) و انگیزش با بهزیستی مذهبی



شکل ۱- ضرایب استاندارد مستقیم مدل مفهومی روابط بین بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و امید

یادداشت: $\chi^2/DF = 2/49$, $P = 0.001$, $GFI = 0.95$, $CFI = 0.96$, $NFI = 0.93$, $RMSEA = 0.077$

نتایج حاصل از روش خودگردان‌سازی با سطح فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد، نشان داد که ضرایب تاثیر غیر مستقیم بهزیستی معنوی بر حمایت اجتماعی ($P = 0.16$, $CI: 0.07-0.29$) و امید ($P = 0.002$, $CI: 0.033-0.48$) $P = 0.22$, $CI: 0.01$) معنی‌دار بود. ضریب تاثیر غیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی بر امید ($P = 0.08$, $CI: 0.01-0.22$) نیز معنی‌دار بود. یافته‌های مربوط به تاثیرات کل نشان داد که بهزیستی معنوی بر سرسختی روان‌شناختی ($P = 0.47$, $CI: 0.27-0.62$)، حمایت اجتماعی ادراک شده ($P = 0.01$, $CI: 0.21-0.59$) و امید ($P = 0.01$, $CI: 0.37-0.74$)، هم‌چنین ضرایب تاثیر کل سرسختی روان‌شناختی بر حمایت اجتماعی ادراک شده ($P = 0.34$)، $P = 0.05$, $CI: 0.12-0.53$) و امید ($P = 0.05$, $CI: 0.40-0.73$) معنی‌دار بود. با توجه به جدول ۲، ضریب تاثیر کل حمایت اجتماعی ادراک شده بر امید ($P = 0.24$, $CI: 0.03-0.48$) نیز معنی‌دار است. مدل مذکور ۶۴ درصد واریانس امید (از طریق بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی)، ۲۲ درصد واریانس حمایت اجتماعی (از طریق بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی) و ۲۶ درصد واریانس سرسختی روان‌شناختی (از طریق بهزیستی معنوی) را تبیین نمود.

همانگونه که اطلاعات شکل ۱ نشان می‌دهد بهزیستی معنوی بر سرسختی روان‌شناختی ($P = 0.53$, $p = 0.001$)، حمایت اجتماعی ادراک شده ($P = 0.25$, $p = 0.013$) و امید ($P = 0.34$, $p = 0.009$) تاثیر مثبت مستقیم دارد. هم‌چنین ضرایب تاثیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی بر حمایت اجتماعی ادراک شده ($P = 0.34$) و امید ($P = 0.50$) در سطح معنی‌داری $P = 0.01$ معنی‌دار بود. با توجه به شکل ۱، ضریب تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر امید ($P = 0.24$) نیز در سطح $P = 0.08$ معنی‌دار است. در جدول ۲ برآورد ضرایب تاثیر غیر مستقیم و کل گزارش شده است.

جدول ۲- برآورد ضرایب تاثیر غیر مستقیم و کل مدل میانجی روابط

بین بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و امید

متغیر	اثر		متغیر	اثر
	ملاک	پیش‌بین		
بهزیستی معنوی	سرسختی روان‌شناختی	۰/۴۷	بهزیستی معنوی	سرسختی روان‌شناختی
بهزیستی معنوی	حمایت اجتماعی	۰/۴۱	بهزیستی معنوی	حمایت اجتماعی
بهزیستی معنوی	امید	۰/۵۷	بهزیستی معنوی	امید
سرسختی روان‌شناختی	حمایت اجتماعی	۰/۳۴	سرسختی روان‌شناختی	حمایت اجتماعی
سرسختی روان‌شناختی	امید	۰/۵۸	سرسختی روان‌شناختی	امید
حمایت اجتماعی	امید	۰/۲۴	حمایت اجتماعی	امید

بحث

در این پژوهش مدل مفهومی روابط بهزیستی معنوی، سرسختی روان-شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و امید در بیماران زن مبتلا به سرطان آزمون شد. نتایج ارایه شده حاکی از برازش مدل مفهومی پیشنهادی با داده‌ها بود. به طور کلی می‌توان گفت در بیماران زن سرطانی، امید از طریق تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بهزیستی معنوی (از طریق نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده)، تاثیر مستقیم و غیر مستقیم سرسختی روان‌شناختی (از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده) و تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده، قابل تبیین است. مدل مذکور ۶۴ درصد واریانس امید را از طریق بهزیستی معنوی، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی تبیین نمود. هم‌راستا با یافته‌های این پژوهش، گزارش شده است که معنویت بر اساس نتایج پژوهش‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان به شمار می‌رود (۱۸، ۱۹). از آن جا که بهزیستی معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین افراد فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۱۶)، می‌توان گفت که می‌تواند با مسایل روان‌شناختی از جمله احساس تنهایی، افسردگی و نیز از دست دادن معنا در زندگی در ارتباط باشد و از این رو تاثیر مستقیمی بر سازگاری در زندگی، به ویژه حیات جاوید فرد داشته باشد. به ویژه در مورد ارتباط متغیرهای معنوی/مذهبی گزارش شده است که بهبود ویژگی معنویت، با کاهش و تسکین نشانگان پزشکی و روان‌شناختی ارتباط دارد و موجب تقویت امید می‌گردد و برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی هم مهم‌تر باشد (۲۰). تبیین دیگری که در مورد تاثیر مثبت بهزیستی معنوی بر امید می‌توان ارایه داد، نقش مهم آن در در سازگاری با شرایط تنش‌زا است. طبق برخی گزارش‌ها، بیمارانی که در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی-اجتماعی، امید داشتن، شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند و به نوعی اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند (۲۸). در همین راستا، یافته‌ها نشان داده است که اعتقادات معنوی/مذهبی موجب به‌کارگیری مقابله‌ای مذهبی در برابر شرایط تنش‌زا می‌گردد (۴۹). بنابراین، در تبیین تاثیر مثبت بهزیستی معنوی بر سرسختی روان‌شناختی، از آن جا که سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی شخصیتی است که در هنگام رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی، به عنوان یک منبع مقاومت

و سپر محافظ عمل می‌کند (۲۱)، می‌توان این گونه برداشت کرد که بهزیستی معنوی از طریق شکل‌دهی یک نظام ارزشی و معنایی هدف‌مند مبتنی بر اعتماد به تصمیمات و حکمت خدا (به عنوان دانای مطلق)، نوعی مقابله‌ای معنوی/مذهبی به راه می‌اندازد و از این رو منجر به افزایش توان مقابله‌ای و سرسختی روان‌شناختی (تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی) می‌گردد. بنابراین دور از ذهن نیست که تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی ناشی از بهزیستی معنوی منجر به افزایش تاب‌آوری و نیز امیدواری در افراد به خصوص در حین مبارزه با یک بیماری صعب‌العلاج گردد. چنان که پژوهش‌های گذشته سرسختی روان‌شناختی را با عزت نفس و مقاومت در برابر فشارهای روانی (۲۳)، امید (۲۴) و سلامت روان بالاتر در وضعیت-های تنش‌زا (۲۴) مرتبط دانسته‌اند. در واقع نظام معنایی حاصل از بهزیستی معنوی، منجر می‌گردد که افراد سرسخت در برخورد با مشکلات زندگی از روش‌های مقابله‌ای که سازگارانه‌تر است، استفاده کنند و رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل بدانند و بر این باور باشند که با تلاش می‌توانند آن چه را که در پیرامون‌شان رخ می‌دهد، تحت تاثیر قرار دهند و بر همین اساس، افراد سرسخت تغییرات زندگی را تهدیدی برای امنیت خود تلقی نمی‌کنند.

هم‌چنین تاکید شده است که یکی از تفاوت‌های بین مذهب و معنویت این است که مذهب، یک سری اعتقادات خاص یک دین خاص و عضویت در اجتماعات مذهبی و شرکت در آیین‌ها و مراسمات مذهبی را دربرمی‌گیرد که همین اجتماع، نوعی حمایت اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند (۴۸). ارتباط بین مذهب با حمایت اجتماعی در برخی پژوهش‌ها گزارش شده است (۴۹). بنابراین، می‌توان چنین تبیین کرد که مذهب با ایجاد شبکه‌های اجتماعی، یک نقش حمایت اجتماعی گونه در سلامت روانی بازی می‌کند و وجود اعضای گروه‌های مذهبی می‌تواند تا حدی یک منبع حمایت‌بخش و روان‌شناختی باشد.

از سوی دیگر، در کنار نقش مثبت بهزیستی معنوی بر حمایت اجتماعی، یافته‌ها حاکی از آن است که اشخاص سرسخت در ارتباطات بین فردی فعال‌تر و قاطع‌ترند و به نزدیکی با اشخاصی که از سرسختی بالایی برخوردارند، تمایل دارند (۵۰). از این رو می‌توان این گونه تبیین کرد که سرسختی روان‌شناختی مبتنی بر بهزیستی معنوی، منجر به بالا رفتن سطح مثبت‌اندیشی و تفسیر مبتنی بر چالش (و نه تهدید) از موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود و از این رو فرد در جهت یافتن راه حل‌های کارآمد به احتمال بیشتری ممکن است جذب حمایت‌های دیگران و به ویژه افراد سرسخت دیگر گردد. اهمیت این یافته در این است که طبق گزارش‌ها، دریافت حمایت از جانب دیگران در میان بیماران سرطانی مانند سپری در برابر پیامدهای منفی بیماری و درمان عمل می‌کند و

توجه به متغیرهایی چون ویژگی‌های شخصیتی، مقابله‌ی مذهبی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و از این دست برای پژوهش‌های آتی در این زمینه پیشنهاد می‌گردد. تحلیل‌های گسترده‌ای می‌توان در این زمینه ارائه کرد. پژوهشگران می‌توانند مبانی نظری حاصل از این پژوهش را ملاک قرار بدهند و بر اساس آن، فرضیه‌های متعددی را مطرح و آزمون کنند. به بیان دیگر با توجه به این که این پژوهش بنیادی است می‌تواند سر‌مشا پژوهش‌های دیگر قرار گیرد. با توجه به این که سازه‌ی بهزیستی معنوی به باورهای فرهنگی و مذهبی ما خیلی نزدیک است، پژوهش در این حوزه می‌تواند نقش مهمی در تبیین مسایل روان‌شناختی در طول درمان بیماری‌های صعب‌العلاج در فرهنگ ایران باشد. در پژوهش‌های بعدی می‌توان از نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن دوره‌های رشدی مختلف استفاده نمود. به کارگیری نتایج این پژوهش می‌تواند در مشاوره با بیماران سرطانی و خانواده‌های ایشان مورد استفاده قرار گیرد. هم‌چنین، استفاده از مدل این پژوهش می‌تواند به عنوان یک موضوع آموزشی-درمانی برای پزشکان و روان‌پرستاران توصیه گردد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد، در بیماران زن مبتلا به سرطان، تاثیر مثبت بهزیستی معنوی بر امید، از طریق نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده قابل تبیین است.

بنابراین ارتباط نیرومندی با عملکرد روان‌شناختی بیمار دارد (۲۵) و حمایت و مهار به عنوان متغیرهای اصلی بر امیدواری زنان مبتلا به سرطان، تاثیر دارند و نیز یک متغیر اصلی در تعریف زنان مبتلا به سرطان از امیدواری، حمایت از طرف خانواده، دوستان و کسانی که از بیماری سرطان نجات یافته‌اند، بوده است (۳۰). از این رو می‌توان گفت که سرسختی روان‌شناختی میانجی تاثیر مثبت بهزیستی معنوی بر حمایت اجتماعی است و حمایت اجتماعی ادراک شده منجر به اتخاذ راهبردهای سازش یافته برای تحمل رنج و درد از سوی بیماران می‌گردد زیرا طبق برخی گزارش‌ها، بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی همانند سرطان، موجب ایجاد ناامیدی و تنهایی همراه با تغییر دادن شیوه‌ی زندگی بیمار و خانواده می‌شوند و حمایت اجتماعی ادراک شده کمک بزرگی به کنار آمدن با بیماری می‌کند (۵۱). از این رو می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند میانجی تاثیر مثبت بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی حاصل از آن بر امید باشد. در تعمیم یافته‌های این پژوهش باید متذکر شد که این پژوهش از نوع مقطعی بود و داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص به دست آمد و جامعه‌ی مورد پژوهش و نیز حجم نمونه یکی از محدودیت‌های این پژوهش است. هم‌چنین در این پژوهش، برای سنجش متغیرها روش خودسنجی به کار گرفته شد و از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌های مورد نظر استفاده گردید. استفاده از یک روش سنجش، می‌تواند یکی از محدودیت‌های این پژوهش باشد. علاوه بر این،

References

- Moghimian M, Salmani F. [The study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyed-o-Shohada training-therapy center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010]. Qom University of Medical Sciences Journal 2012; 6(3): 40-45. (Persian)
- Taheri M, Poormohammadrezayi Tajrishi M, Soltani Bahram S. [Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability]. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 1(53): 24-35. (Persian)
- 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]. J Res Clin Psychol Counsel 2008; 10(1): 172-184. (Persian)
- Schjolberg T, Dodd M, Henriksen N, Rustoen T. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer out patients. Journal of Palliative and Supportive Care 2011; 9 (1): 63- 72.
- Alfred A. Personality and Psychotherapy. Firoozbakht M, Sazmand AH, Translator. 2nd ed. Tehran: Danje Publication; 2003. p. 45-51.
- Hong IW, Ow R. Hope among terminally ill patients in Singapore: An Exploratory Study. Soc Work Health Care 2007; 45(3): 85-106.
- Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. Cancer Nurs 2004; 27(4): 320-4.
- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E. [Relationship between spiritual well-being, religion and hope among patients with cancer]. Journal of Nursing and Midwifery Tehran university Of Medical Sciences 2011; v: 17, N: (3): 27-37. (Persian)
- Coppock TE, Owen JJ, Zagarskas E, Schmidt M. The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. Journal of Psychotherapy Research (2010); 20(6): 619-626.
- Rowland JH. Breast cancer: Psychology aspects. In E.A. Blechman & K.D. Brownell (eds.), Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook. New York: Guilford Press 1998: 577-587.
- Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. Journal of Personality 1996; 64: 899-922.
- Moberg D, Brusek P. Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. Social Indicators Research Volume 1978; 5(1): 303-23.
- Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization measurement. Journal of Psychology and Theology 1983; 11: 330-340.
- Ghaffari M, Fatehizadeh M, Ahmadi A, Ghasemi V, Baghban I. Predictors of Family strength: An integrated spiritual/religious-resilient perspective to understanding the healthy/strong family. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2013; 7(2): 57-67.

15. Gomez R, Fisher J W. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 1975-1997.
16. Craven RF, Hirmler CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003: 1383-92.
17. Shahidi SH, Hamdie M. [Principles and Basis of Mental Health]. 5th ed. Tehran: SAMT; 2002. (Persian)
18. Davis B. Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical Nursing Research* 2005; 14(3): 253-272.
19. Moss EL, Dobson KS. Psychology, spirituality, and end-of-life care: an ethical integration? *Can Psychol* 2006; 47(4): 284-299.
20. Nadi M, Sajjadian A. [The analytical relations between spiritual concept with spiritual well-being, mental happiness, satisfaction with life, psychological flourishing, hope for future and purposefulness in the university students]. *Tolu-E-Behdasht* 2012; 10 (3-4): 54-68. (Persian)
21. Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 45: 839-850.
22. Sharifi K, Arizi H, Namdari K. [A study of the relationship between family functioning and psychological hardiness of high school students in Isfahan]. *CPAP* 2005; 1(10): 85-94. (Persian)
23. Subramanian S, Vinothkuma M. Hardiness personality, self-esteem and occupational stress among it professionals. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2009; 35: 48-56.
24. Zahed Bablan A, Ghasempour A, Hassanzade S, Akbari E. [The relationship between psychological hardiness, forgiveness, and hope in athletes]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2012; 11(5): 449-460. (Persian)
25. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlation, and intervention research. *Health Psychology* 1996; 15(2): 135-148.
26. Gina Pistulka RN, Hae-Ra Han RN, Hyun Jeong Park RN. Acculturation stress, social support and depression among the korean american immigrant elderly in mayland. *The 130th Annual meeting of APHA* 2002.
27. Shamkoeyan L, Lotfi Kashani F, Shahram V, Esmaeil M. [The relations of perceived social support and religious beliefs with the traumatic growth in cancer patients]. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists* 2014; 10(39): 285-295. (Persian)
28. Bastani F, Sayahi S, Haghani H. [Social support and relationship with hope among mothers of a child with leukemia]. *J Clin Nurs Midwifery* 2012; 1(1): 23-32. (Persian)
29. Khodapanahi M, Saleh sedghpoor B, Asghari A, Harirchi I, Katibaei J. [The structural relationships between social support and hope in patients with cancer]. *Journal of Psychology* 2010; 14: 284-298. (Persian)
30. Cornman JC, Goldman N, Gleit D, Weinstein M, Chang M. Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health* 2003; 15(4): 616-644.
31. Hughes JW, Tomlinson A, Blumental J, Sketch MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annual Behavior Medicine* 2004; 28(3): 179-185.
32. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. New York: Harper and Row International; 1970.
33. Byrne BM. *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994.
34. Hu LT, Bentler PM. Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995: 76-99.
35. Steiger JH. Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivar Behav Res* 1990; 25: 173-180.
36. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. NY: Guilford Press; 1998.
37. Ullman JB. *Structural equation modeling*. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 2001: 653-771.
38. Snyder CR, Peterson C. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press 2000.
39. Zahed Bablan Z, Ghasempour A, Hassanzade S. [The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope]. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2011; 3(46): 12-19. (Persian)
40. Paloutzian RF, Ellison CW. *Spiritual Well-being Scale*, In P.C. Hill & R.W. Hood (Eds.), *Measures of Religiosity* (p. 382-385). Birmingham, AL: Religious Education Press 1982.
41. Kiyamersi A, Najariyan B, Mehrabi zade H. [Construction and Validation of a measure of psychological hardiness]. *Journal of Psychology* 1998; 7(2): 271-284. (Persian)
42. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52: 30-41.
43. Fischer J, Concoran K. *Measures for clinical practice and research: Adults* (vol. 2), Oxford University Press Inc 2006.
44. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49(2): 195-201.
45. Parpouchi B, Ahmadi M., Sohrabi F. [The relationship of religiousness and social support with life satisfaction among university students]. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2013; 14(3): 60-68. (Persian)
46. Hayes AF. *Beyond Barron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium*. *Commun Monogr* 2009; 76: 408-20.
47. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS* (2nd ed.). New York: Routledge; 2010.
48. Pargament K, Ensing S, Falgout k, Olsen H, Reilly B, Van Haitama K, Warren R. God help me: Religious coping efforts as predictors of outcomes of significant negative life events. *American Journal of Community Psychology* 1990; 18: 794-824.
49. Brookes, MV. Health-related hardiness and chronic illness. *Nursing Forum* 2003; 38: 11-20.
50. Maddi SR. *Issues and intervention in stress mastery*. In (ED). *Personality and disease*. Friend man, S. H (ED). *Personality and Disease*. New York: Mc Graw 1990: 122-152.
51. Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer* 2011; 20(4): 733-739.