

پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس شکرگزاری و حمایت

اجتماعی ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان خون

سیده زهرا موسوی^۱، *محمدعلی گودرزی^۲، سیدمحمدرضا تقوی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

۲. استاد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

۳. استاد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۵/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۳/۱۰)

Prediction of Post Traumatic Growth Based on Gratitude and Perceived Social Support in Women with Blood Cancer

Seyede Zahra Mousavi¹, *Mohammadali Goodarzi², Seyed Mohammadreza Taghavi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Shiraz University.

2. Professor in Clinical Psychology, Shiraz University.

3. Professor in Clinical Psychology, Shiraz University.

Original Article

(Received: Aug. 09, 2018 - Accepted: May. 31, 2019)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Blood cancer is the fifth common cancer in adults that can be threatening. The aim of this study was to predict the Post Traumatic Growth based on gratitude and social support in women with blood cancer. **Methods:** The research design was correlational with a predictive aim based on regression method. 82 women with blood cancer were recruited from both inpatients and outpatients' settings in Namazi hospital and Mottahari clinic using convenient sampling procedure. Measures were Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi and Calhoun, 1996), the Gratitude Questionnaire (Goodarzi, Noori & Marzooghi, 1393) and Perceived Social Support Questionnaire (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). **Findings** gratitude and social support were significantly correlated with Post Traumatic Growth and prediction was also significant. **Conclusion:** it can be concluded that promoting gratitude in these patients and providing social support for them might contribute to Post Traumatic Growth.

Keywords: Post Traumatic Growth, Gratitude, Perceived social support, Blood cancer.

چکیده

مقدمه: سرطان خون، پنجمین سرطان رایج در بزرگسالان است که می‌تواند برای فرد تهدیدکننده باشد. هدف از مطالعه حاضر، پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس شکرگزاری و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به این بیماری بود. **روش:** طرح تحقیق مطالعه حاضر از نوع همبستگی و پیش‌بینی بر اساس روش‌های رگرسیون است. در این پژوهش، ۸۲ نفر از زنان مبتلا به سرطان خون بستری و سرپایی در بخش‌های بیمارستان نمازی و درمانگاه مطهری، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه‌های رشد پس از آسیب (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶)، شکرگزاری (گودرزی، نوری و مرزوقی، ۱۳۹۳) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸)، استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین شکرگزاری و حمایت اجتماعی با رشد پس از آسیب رابطه معناداری وجود دارد و این متغیرها می‌توانند به طور معناداری رشد پس از آسیب را پیش‌بینی کنند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که آموزش‌های مبتنی بر ارتقای شکرگزاری در این بیماران و تأمین حمایت اجتماعی برای آنان، می‌تواند زمینه‌ی ایجاد رشد پس از آسیب را ایجاد کند.

واژگان کلیدی: رشد پس از آسیب، شکرگزاری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، سرطان خون.

*نویسنده مسئول: محمدعلی گودرزی

*Corresponding Author: Mohammadali Goodarzi

Email: goodarzimohammadali@gmail.com

مقدمه

آسیب‌زا یا فقدان جدی می‌تواند منجر به بعضی مزایا مانند بازسازی تجربه و تغییرات مثبت در نگرش نسبت به زندگی گردد که به آن، رشد پس از آسیب^۲ گفته می‌شود. در رابطه با این مفهوم، نظریه‌هایی ارائه شده است. مثلاً، در مدل رشد پس از آسیب کالهن و همکاران (۲۰۱۰)، بیان شده که تجربه‌ی نشخوار فکری خودآیند، پیشایند فرایند نشخوار فکری عمدی می‌گردد. تداوم افکار خودآیند ممکن است فرایند جستجو برای یافتن اثر تجربه‌ی استرس‌زا را در فرد، آغاز کند تا به این طریق، معنی موجود در آن را درک کند (به نقل از گرو^۳، ۲۰۱۴). همچنین طبق رویکرد وجودی، اگرچه واقعیت‌های بیرونی، آزادی ما را در عمل محدود می‌کنند؛ با این حال واقعیت‌های درونی هستند که آزادی ما درباره‌ی نحوه‌ی بودنمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (کری^۴، ۱۳۹۵). به‌طوری‌که طبق نظر فرانکل^۵ (۱۳۹۷)، آنچه انسان‌ها را از پا درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست؛ بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است و معنا تنها در لذت، شادمانی و خوشی نیست، بلکه در رنج و مرگ هم می‌توان معنایی یافت. در راستای اهمیت این نظریه‌ها، فراتحلیلی نشان داد که بین رشد پس از آسیب با سلامت فیزیکی و روان‌شناختی، رابطه معناداری وجود دارد (ساویر، آیرز و فیلد^۶، ۲۰۱۰). به طور کلی، نتایج تحقیقات گذشته (بایلی، سلوود و ویسلی^۷، ۲۰۱۴؛ گرو، ۲۰۱۴؛

سرطان خون، پنجمین سرطان رایج شناخته می‌شود که شامل مغز استخوان و سیستم لنفاوی می‌شود. در حالت عادی، سلول‌های سفید خون به‌گونه‌ای کنترل‌شده و با توجه به نیازهای بدن، رشد می‌کنند و تقسیم می‌شوند؛ اما سرطان خون، این روند را مختل می‌کند و رشد سلول‌های خونی را خارج از کنترل می‌کند. این نوع سرطان، ۴ نوع اصلی دارد که شامل لوسمی میلوئیدی حاد و مزمن و لوسمی لنفوئیدی حاد و مزمن می‌شود (زند و همکاران، ۱۳۸۹). نشانه‌های شایع و هشداردهنده‌ی این بیماری شامل تورم غدد لنفی، تب یا عرق شبانه، عفونت‌های مکرر، احساس ضعف یا خستگی، به سهولت دچار خون‌ریزی یا کبود شدن، برآمده شدن شکم یا احساس ناراحتی در شکم، از دست دادن وزن به دلیل نامشخص و درد استخوان‌ها یا مفاصل می‌شود (صفری فرد، ۱۳۹۳).

با توجه به تهدیدکننده بودن این بیماری برای افراد مبتلا، تشخیص آن می‌تواند آثار منفی برای وضعیت روانی فرد، به دنبال داشته باشد. از آن جا که وضعیت روانی فرد می‌تواند وضعیت جسمی او را تحت تأثیر قرار دهد، پرداختن به عواملی که می‌توانند در بهبود وضعیت روان-شناختی بیمار، نقش داشته باشند، حائز اهمیت است. یکی از مفاهیم مهمی که در این زمینه مطرح گردید، رشد پس از آسیب است که توسط تدسچی و کالهن^۱ (۱۹۹۶) مطرح شد. این محققان بیان کردند که تجربه‌ی یک رویداد

2. Posttraumatic growth (PTG)
3. Gerwe
4. Kerry
5. Frankl
6. Sawyer, Ayers & Field
7. Baillie, Sellwood & Wisely

1. Tedeschi & Calhoun

شده است (شجاعی، گودرزی و تقوی، ۱۳۹۵؛ لی و همکاران، ۲۰۱۲)؛ و در پژوهش دوپری، مک کی، اونیل و آگوت^۴ (۲۰۱۸)، رابطه مثبتی بین شکرگزاری و سلامت روان گزارش شده است. به این معنا که هرچه شکرگزاری در افراد بیشتر باشد، احتمال اختلالات روانی از جمله افکار و قصد خودکشی در آنان کاهش و احتمال سلامت روان در آنان افزایش می‌یابد. همچنین، در پژوهش‌های بشر پور، وجودی و عطارد (۱۳۹۳) و سلمانی، نعمت اله زاده ماهانی، شهبازی، استوار و گنجی (۱۳۹۵)، به نقش مثبت جهت‌گیری مذهبی درونی و تجارب معنوی در کیفیت زندگی و تاب‌آوری افراد بیمار، و در پژوهش نوروزی (۱۳۹۱) به ارتباط مثبت دینداری با رشد پس از آسیب اشاره شده است. همچنین در نتیجه‌ای مشابه در پژوهش هارلبات و دیتیمیر^۵ (۲۰۱۶) به نقش معنویت در وضعیت روانی زنان بی‌خانمان اشاره شده است. به‌علاوه ریچی، روت لونا و ون تونگران^۶ (۲۰۱۷) نشان دادند که شکرگزاری می‌تواند امیدواری و شادکامی را به‌طور مثبت پیش‌بینی کند. در نتیجه بر اساس پیشینه‌های ذکر شده، شکرگزاری می‌تواند در ارتقای روانی فرد از جمله رشد پس از آسیب، نقش داشته باشد. از طرفی با توجه به پیشینه موجود مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی با شکرگزاری و رشد پس از آسیب در تعدادی از پژوهش‌ها، نقش حمایت اجتماعی نیز به‌عنوان پیش‌بینی کننده رشد پس از آسیب بررسی می‌شود.

محرابی، حاجیان، سیمبار، هوشیاری و زاپری، ۲۰۱۵؛ سید محمودی، ۱۳۸۸؛ افلاک سیر و منافی، ۲۰۱۷) نشان داده است که رشد پس از آسیب در بهبود وضعیت روانی و حتی جسمی بیماران مختلف از جمله بیماران دچار سوختگی، بیماران قلبی، سرطان، ایدز، MS^۱ و ... عامل کمک‌کننده‌ای می‌باشد. بنابراین، شناسایی عواملی که بتوانند در پیش‌بینی رشد پس از آسیب، نقش داشته باشند، حائز اهمیت است چراکه می‌تواند در جهت بهبود وضعیت جسمی و روانی افراد بیمار مؤثر باشد.

بر اساس پیشینه‌های موجود، عوامل مذهبی می‌توانند در ارتقای روانی فرد، نقش داشته باشند که یکی از این عوامل، شکرگزاری می‌باشد.

شکرگزاری به ادراک ذهنی از مزایا و نعمت-هایی اشاره دارد که می‌تواند به مهربانی یا لطف افراد دیگر، نسبت داده شود (مک کلاف، کیل پاتریک، امونس ولارسون^۲، ۲۰۰۱). طبق نظریه ایجاد و توسعه هیجان‌های مثبت به نظر می‌رسد که شکرگزاری، ظرفیت‌های فرد برای اعمال آنی را گسترش می‌دهد و باعث ایجاد تحمل در افراد می‌گردد؛ بنابراین، رشد و توسعه در زندگی‌شان را ارتقا می‌دهد (لی، ژانگ، لی، لی و یه^۳، ۲۰۱۲).

در این زمینه پژوهش‌هایی وجود دارد که از یافته‌های آن‌ها به‌طور قیاسی می‌توان وجود رابطه بین شکرگزاری و رشد پس از آسیب را حدس زد. به‌طور مثال، در تعدادی از پژوهش‌ها، رابطه‌ی منفی بین شکرگزاری با اختلال‌های روانی، یافت

4. Duprey, McKee, O, Neal & Algoe
5. Harlbut & Ditmeyer
6. Richie, Root Luna & Van Tongeran

1. Multiple Sclerosis
2. McCollough, Kilpatrick, Emmons, & Larson
3. Li, Zhang, Li, Li, & Ye

اشاره شده است؛ به این معنا که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، انتظار کیفیت زندگی بالاتر، توان حل مسئله بیشتر و امید به زندگی بیشتری در افراد بیمار وجود دارد. به‌علاوه، در پژوهش یو و همکاران^۶ (۲۰۱۴)، به رابطه مثبت حمایت اجتماعی با رشد پس از آسیب در زنان نابارور اشاره شده است. همچنین، پژوهش محمودی (۱۳۹۷) نشان داد که افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکروز، حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالایی برای سازگاری با بیماری خود دارند.

در مورد ارتباط حمایت اجتماعی با شکرگزاری که در پژوهش حاضر به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین رشد پس از آسیب انتخاب شده‌اند نیز چندین تحقیق انجام شده است. در پژوهش وود، مالتبی، گیلت، لینلی و جوزف^۷ (۲۰۰۸) شکرگزاری به سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی ادراک‌شده، کاهش استرس و افسردگی انجامید. از سوی دیگر، در پژوهش ژو و وو^۸ (۲۰۱۶) نتیجه به این صورت بود که حمایت اجتماعی از طریق شکرگزاری بر رشد پس از آسیب، تأثیر می‌گذارد. در پژوهش نیک منش، امام هادی و میرعبداللهی (۱۳۹۲) نیز بین معنویت و حمایت اجتماعی با رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان پستان، رابطه مثبتی گزارش شد؛ یعنی در سطوح بالاتر معنویت و حمایت اجتماعی، احتمال رشد پس از آسیب در این افراد، افزایش می‌یابد.

با توجه به نتایج پژوهش‌های داخلی و

حمایت اجتماعی به وجود افرادی در زندگی فرد که مورد اعتماد هستند و از او مراقبت می‌کنند و او را مورد توجه قرار می‌دهند، اشاره دارد (ساراسون و همکاران^۱، ۱۹۸۳؛ به نقل از سید محمودی، ۱۳۸۸). مدل پردازش شناختی اجتماعی تدسچی و کالهن (۲۰۰۴) از طرفی بر اهمیت پردازش شناختی در ایجاد رشد پس از آسیب و از طرفی هم بر اهمیت نقش تعاملات اجتماعی در تسهیل یا بازدارنده‌های شناختی سازگاران، تأکید می‌کند (دونگ و همکاران^۲، ۲۰۱۷). همچنین طبق مدل میان نسلی بوئن، سلامت فرد در گرو تعادل بین تمایز و صمیمیت است و بر اساس مدل بافتاری ناگی^۳، گاهی نشانه‌ها وقتی به وجود می‌آیند که اعتماد و دلسوزی در خانواده افت می‌کند (گولدنبرگ و گولدنبرگ^۴، ۱۳۹۴).

در مورد حمایت اجتماعی، در تعدادی از پژوهش‌ها به رابطه‌ی مثبت بین حمایت اجتماعی و رشد پس از آسیب، اشاره شده است (موسوی و وطن خواه، ۱۳۹۴؛ مایران^۵، ۲۰۱۶)؛ یعنی هرچه افراد حمایت اجتماعی بیشتری را از جانب اطرافیان خود ادراک کنند، احتمال رشد پس از آسیب در آنان افزایش می‌یابد. در پژوهش‌های عبداللهی، زرانی و فتح‌آباد (۱۳۹۶)، حسن زاده، علی اکبری دهکردی و خمسه (۱۳۹۱) و رحمانی، زمان زاده، افروز و عبدالله زاده (۱۳۹۶) به ارتباط مثبت حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی، حل مسئله و امید به زندگی در بیماران

1. Sarason et al
2. Dong et al
3. Nagy
4. Gvldnrbg & Gvldnrbg
5. Mirean

6. Yu et al
7. Wood, Maltby, Gillet, Linley, & Joseph
8. Zhou & Wu

از جمله ملاک‌های ورود به این پژوهش؛ ابتلا به سرطان خون، زن بودن، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای پاسخگویی به سؤالات، سنین ۱۸ تا ۶۵ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های خروج از پژوهش هم شامل این موارد بود: مرد بودن، سن کمتر از ۱۸ سال و بالاتر از ۶۵ سال، بی‌سواد بودن، نداشتن رضایت آگاهانه برای تکمیل پرسشنامه‌ها، به‌تازگی تشخیص داده‌شده (کمتر از ۱ ماه).

ترتیب قرارگیری پرسشنامه‌ها به‌صورت چرخشی بود. با توجه به این‌که برای پاسخگویی به این سؤالات، فقط علامت‌گذاری یک گزینه لازم بود، فشار زیادی به آزمودنی‌ها وارد نمی‌شد، اما برای حفظ اخلاق در مورد بیماران، سؤالات توسط پژوهشگر یا همراه وی، خوانده می‌شد و یا اجازه‌ی پاسخگویی در دو نوبت به آن‌ها داده شد. بعد از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، برای تحلیل یافته‌های پژوهش، از میانگین و انحراف استاندارد برای به دست آوردن یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی و اصلی و از رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام- نرم‌افزار SPSS¹-21 برای پاسخ به پرسش این پژوهش استفاده گردید.

در این پژوهش، از ۴ پرسشنامه استفاده شده است:

۱. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی را می‌سنجد.

خارجی ذکرشده مبنی بر نقش عوامل معنوی و مذهبی از جمله شکرگزاری و همچنین حمایت اجتماعی بر وضعیت روان‌شناختی مثبت و رشد پس از آسیب و ارتباط منفی آن‌ها با اختلالات روانی و همچنین به دلیل اهمیت بررسی رشد پس از آسیب در کمک به وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان خون که در پژوهش‌های قبلی بررسی نشده است، پژوهش حاضر در صدد بررسی آن است که متغیرهای شکرگزاری و حمایت اجتماعی، قادر به تبیین چه میزان از رشد پس از آسیب هستند و کدام یک از ابعاد آن‌ها در این پیش‌بینی، سهم بیشتری را دارا هستند.

روش

این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی و جزء طرح‌های رگرسیونی است. جامعه آماری این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان خون مراکز درمانی شهر شیراز می‌باشند که از این میان، ۸۲ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای این منظور، مجوز لازم برای حضور در بیمارستان نمازی و درمانگاه مطهری از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مراکز نام‌برده، دریافت شد و پس از آن با حضور در این مراکز در فاصله‌ی چهارماهه‌ی بهمن ماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ و با تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط هر فرد و توضیح مختصر در مورد هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار می‌گرفت.

1. Statistical Package for Social Sciences

نیمه آزمون در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب اسپیرمن براون، $0/87$ به دست آمد. به‌علاوه همبستگی بالایی بین رشد پس از آسیب، عوامل آن و شخصیت قائل شده‌اند و بین رشد پس از آسیب و خوش‌بینی، معنویت و دیگر ابعاد شخصیت به‌جز روان رنجور خویی، رابطه‌ی مثبتی به دست آمده است (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶).

۳. پرسشنامه شکرگزاری: این پرسشنامه، یک ابزار خودسنجی ۲۶ سؤالی است که توسط گودرزی، نوری و مرزوقی (۱۳۹۳) ساخته و هنجاریابی شد و دارای ۳ خرده‌مقیاس زیر است: شکرگزاری اخلاقی (قدر داشته‌ها، صلح، سلامتی، ایثار دیگران و خدا را دانستن)، شکرگزاری درونی (توکل، استمرار شکرگزاری در شرایط نامساعد) و شکرگزاری افعالی (رفتارها و الگوهای فکری مربوط به شکرگزاری). روش نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) می‌باشد. بعضی از سؤالات هم به‌صورت معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند (۱، ۳، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰). ضرایب همسانی درونی برای مقیاس کلی و خرده‌مقیاس‌های شکرگزاری اخلاقی، درونی و افعالی در پژوهش شجاعی، گودرزی و تقوی (۱۳۹۵)، به ترتیب $0/87$ ، $0/84$ ، $0/80$ و $0/78$ و در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس کلی و خرده‌مقیاس‌های ذکرشده به ترتیب $0/86$ ، $0/65$ ، $0/80$ و $0/81$ به دست آمد. همچنین، پایایی دو نیمه آزمون برای این مقیاس در پژوهش حاضر با

۲. پرسشنامه رشد پس از آسیب: در سال ۱۹۹۶ در ایالات‌متحده توسط تدسچی و کالهن ساخته شد. این آزمون، ۲۱ ماده دارد که در یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (۰=هیچ تغییری را تجربه نکرده‌ام تا ۵=تغییر زیادی را تجربه کرده‌ام) نمره‌گذاری می‌شود و آزمودنی برای هر ماده، یکی از این ۶ درجه را علامت‌گذاری می‌کند که به‌گزینه‌ی اول (نه)، نمره‌ی صفر و به‌گزینه‌های دوم تا ششم، نمرات ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۱۰۵ بوده و نمره‌ی بیشتر، نشان‌دهنده‌ی رشد بیشتر است. این پرسشنامه از ۵ خرده‌مقیاس تشکیل شده که شامل رابطه با دیگران (صمیمی‌تر شدن)، فرصت‌های جدید (استفاده از فرصت‌های جدید یا تغییر در مسیر زندگی)، قدرت شخصی (احساس غلبه بر مشکلات زندگی)، تغییرات معنوی (ارتقای رشد معنوی و درگیری با اکتشاف وجودی) و درک معنی زندگی (درک بیشتر ارزش زندگی یا تغییر در اولویت‌های زندگی) می‌باشد (حیدر زاده، رسولی، محمدی شاه بلاغی، میرزایی و طهماسبی، ۲۰۱۴). میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)، $0/90$ و در پژوهش نیک منش، میرعبداللهی و امام هادی (۱۳۹۲)، $0/98$ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی، $0/91$ و برای خرده‌مقیاس‌های فرصت‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی به ترتیب $0/81$ ، $0/76$ ، $0/77$ ، $0/55$ و $0/68$ به دست آمد. همچنین، میزان پایایی دو

جمعیت شناختی، این نتایج به دست آمد: میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش، ۵۰/۴۱ و انحراف استاندارد آن، ۱۲/۲۲ بود. از نظر وضعیت تأهل، ۱۲ نفر (۱۵ درصد) مجرد، ۶۴ نفر (۷۸ درصد) متأهل و ۶ نفر (۷ درصد) بیوه بودند. میانگین رشد پس از آسیب در هریک از آن‌ها به ترتیب ۷۵/۵۸، ۶۷/۸۹ و ۵۵/۸۳ می‌باشد؛ اما با توجه به آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، این تفاوت، معنادار نیست ($F=2/08$ و $p=0/13$).

از نظر سطح تحصیلات، ۲۹ نفر (۳۷ درصد) ابتدایی، ۱۷ نفر (۲۱/۲۵ درصد) راهنمایی، ۱۷ نفر (۲۱/۲۵ درصد) دبیرستان یا دیپلم، ۸ نفر (۱۰ درصد) فوق‌دیپلم، ۶ نفر (۷ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۳ درصد) فوق‌لیسانس داشتند. میانگین رشد پس از آسیب در هر یک از آن‌ها به ترتیب ۶۶/۳۵، ۶۶/۶۲، ۶۹/۲۳، ۷۸/۱۲، ۷۹/۱۶ و ۵۳/۵۰ می‌باشد؛ اما با توجه به تحلیل واریانس یک‌راهه، این تفاوت، معنادار نیست ($F=1/11$ و $p=0/35$).

از نظر وضعیت اقتصادی، ۶۳ نفر (۸۲ درصد) درآمد ماهانه‌ی کمتر از ۲ میلیون تومان، ۱۱ نفر (۱۴ درصد) درآمد بین ۲ تا ۵ میلیون و ۳ نفر (۴ درصد) درآمد بیشتر از ۵ میلیون داشتند. میانگین رشد پس از آسیب برای هر یک از آن‌ها به ترتیب ۶۳/۲۷، ۶۹/۲۲ و ۶۵/۶۶ می‌باشد؛ اما با توجه به تحلیل واریانس یک‌راهه، این تفاوت، معنادار نیست ($F=0/46$ و $p=0/62$).

نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد رشد پس از آسیب، شکرگزاری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد آن‌ها را نشان می‌دهد.

استفاده از ضریب اسپیرمن براون، ۰/۸۳ به دست آمد. روایی همگرایی آن با مقیاس نگرش‌های مذهبی مسلمانان، ۰/۵۹؛ و روایی واگرایی آن با مقیاس افسردگی بک، ۰/۶۷- به دست آمد (شجاعی، گودرزی و تقوی، ۱۳۹۵).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS¹): این مقیاس یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس، میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالف تا کاملاً موافق می‌سنجد (تمنائی فر، لیث و منصوری نیک، ۱۳۹۲). احمدی طهور سلطانی، کرمی نوری، احدی و مرادی (۱۳۹۲)، ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس خانواده، ۰/۸۶؛ دوستان، ۰/۸۴؛ فرد خاص، ۰/۶۰

و کل، ۰/۸۶ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس‌های ذکرشده به ترتیب، ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۸۶ به دست آمد. به علاوه، در پژوهش حاضر، پایایی دو نیمه آزمون برای این مقیاس با استفاده از ضریب اسپیرمن براون، ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

با توجه به تحلیل‌های توصیفی مربوط به متغیرهای

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2. Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و ابعاد آنها

مقیاس	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
رشد پس از آسیب	رشد پس از آسیب	۶۸/۱۳	۱۹/۶۹
	ارتباط با دیگران	۲۱/۸۷	۷/۰۹
	فرصت‌های جدید	۱۵/۲۹	۵/۸۸
	قدرت شخصی	۱۲/۸۷	۴/۵۶
	تغییرات معنوی	۷/۹	۲/۳۹
شکرگزاری	درک ارزش زندگی	۱۰/۱۸	۳/۳۶
	شکرگزاری	۷۴/۰۴	۱۳/۵۹
	شکرگزاری اخلاقی	۲۹/۵۶	۴/۰۱
	شکرگزاری درونی	۲۵/۴۷	۸/۲۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	شکرگزاری افعالی	۱۹/۰۱	۴/۳۵
	حمایت اجتماعی	۶۳/۸۱	۱۳/۹۴
	حمایت خانواده	۲۴/۸	۴/۴۷
	حمایت دوستان	۱۸/۰۴	۷/۵۳
	حمایت شخص خاص	۲۰/۹۶	۵/۰۹

جدول ۲، مربوط به ماتریس همبستگی خرده مقیاس‌های شکرگزاری و حمایت اجتماعی با رشد پس از آسیب و خرده مقیاس‌های آن است. طبق این جدول، رشد پس از آسیب با حمایت اجتماعی و

جدول ۲. ماتریس همبستگی ابعاد رشد پس از آسیب با شکرگزاری و حمایت اجتماعی و ابعاد آنها

مؤلفه‌ها	رشد پس از آسیب	ارتباط با دیگران	فرصت‌های جدید	قدرت شخصی	تغییرات معنوی	ارزش زندگی
شکرگزاری	۰/۳۳۹**	۰/۲۴۲*	۰/۲۶۱*	۰/۳۳۲**	۰/۳۷۴**	۰/۳۰۶**
شکرگزاری اخلاقی	۰/۰۰۴	-۰/۰۳۴	-۰/۰۰۳	۰/۰۳۰	۰/۰۰۳	۰/۰۵۵
شکرگزاری درونی	۰/۳۷۶**	۰/۳۰۷**	۰/۲۷۳*	۰/۳۵۷**	۰/۴۴۸**	۰/۲۷۷*
شکرگزاری افعالی	۰/۳۴۶**	۰/۲۰۶	۰/۳۰۳**	۰/۳۳۵**	۰/۳۱۷**	۰/۳۸۰**
حمایت اجتماعی	۰/۴۴۹**	۰/۴۰۴**	۰/۴۰۱**	۰/۳۴۷**	۰/۳۶۵**	۰/۳۴۷**
حمایت خانواده	۰/۴۷۳**	۰/۳۴۴**	۰/۳۶۸**	۰/۴۷۵**	۰/۴۴۶**	۰/۴۴۱**
حمایت دوستان	۰/۳۱۶**	۰/۳۶۲**	۰/۳۳۴**	۰/۱۴۸	۰/۱۵۳	۰/۱۹۰
حمایت شخص خاص	۰/۳۴۷**	۰/۲۶۹*	۰/۲۸۰*	۰/۳۱۳**	۰/۳۸۱**	۰/۲۸۰*

**معناداری در سطح ۰/۰۱

*معناداری در سطح ۰/۰۵

سطح ۰/۰۱ و با سه خرده مقیاس دیگر در سطح ۰/۰۵، ارتباط مثبت معناداری دارد.

با رعایت پیش فرض هم خطی چندگانه، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی هم‌زمان در جدول ۳ نشان می‌دهد که ۴۳٪ از واریانس رشد پس از آسیب، بر اساس خرده مقیاس‌های شکرگزاری و خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی با ضریب همبستگی چندگانه‌ی ۰/۶۶، تبیین می‌شود که با توجه به معناداری F در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ ($F=۹/۶۹$)، این تحلیل معنادار است؛ اما با توجه به معنادار نبودن بتا برای هر یک از خرده مقیاس‌های شکرگزاری درونی، حمایت دوستان و حمایت شخص خاص، هر یک از این خرده مقیاس‌ها به تنهایی قادر به پیش‌بینی رشد پس از آسیب نیستند.

طبق یافته‌های رگرسیون خطی چندگانه به روش گام‌به‌گام که در جدول ۴ نشان داده شده است، ۳ گام، ارائه شده است. در گام اول، حمایت خانواده در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ ($F=۲۳/۰۷$)، قادر به تبیین ۲۲٪ از واریانس رشد

شکرگزاری و ابعاد آن‌ها به‌جز بعد شکرگزاری اخلاقی، رابطه مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ دارد. متغیر شکرگزاری با قدرت شخصی، تغییرات معنوی و درک ارزش زندگی، رابطه‌ی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ و با ارتباط با دیگران و فرصت‌های جدید، رابطه‌ی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۵ دارد. شکرگزاری اخلاقی با هیچ‌یک از خرده مقیاس‌های رشد پس از آسیب، رابطه ندارد. شکرگزاری درونی با همه‌ی ابعاد رشد پس از آسیب، رابطه مثبت معناداری دارد و شکرگزاری افعالی با همه‌ی ابعاد به‌جز ارتباط با دیگران، رابطه‌ی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ دارد. حمایت اجتماعی کلی و حمایت خانواده، ارتباط مثبت معناداری با رشد پس از آسیب و همه خرده مقیاس‌های آن در سطح ۰/۰۱ دارند. حمایت دوستان با ارتباط با دیگران و فرصت‌های جدید، رابطه مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ دارد اما با سه خرده مقیاس دیگر، رابطه‌ای ندارد. حمایت شخص خاص هم با قدرت شخصی و تغییرات معنوی در

جدول ۳. رگرسیون هم‌زمان رشد پس از آسیب بر اساس متغیرهای پیش‌بین

متغیر پیش‌بین	R2	R	F	P	B	Beta	T	P
شکرگزاری اخلاقی	۰/۴۳	۰/۶۶	۹/۶۹	۰/۰۰۰	-۱/۹۶	-۰/۳۹	-۳/۱۴	۰/۰۰۲
شکرگزاری درونی					۰/۴۲	۰/۱۷	۱/۷۲	۰/۰۸۸
شکرگزاری افعالی					۲/۱۹	۰/۴۸	۳/۴۶	۰/۰۰۱
حمایت خانواده					۱/۵۹	۰/۳۶	۲/۸۹	۰/۰۰۵
حمایت دوستان					۰/۴۶	۰/۱۷	۱/۷۷	۰/۰۸۰
حمایت شخص خاص					-۰/۲۶	-۰/۰۶	۰/۵۰	۰/۶۱۳

حمایت خانواده، شکرگزاری درونی و حمایت دوستان با ضریب همبستگی چندگانه‌ی ۰/۵۸، قادرند در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ ($F=۱۳/۱۶$)، ۳۳٪ از واریانس رشد پس از آسیب را تبیین نمایند که با توجه به میزان بتا، به ترتیب متغیرهای حمایت خانواده ($\beta=۰/۳۴$)، شکرگزاری درونی ($\beta=۰/۲۹$) و در نهایت حمایت دوستان ($\beta=۰/۱۹$)، نقش مهم‌تری را در این پیش‌بینی دارند.

پس از آسیب است ($\beta=۰/۴۷$). در گام دوم، حمایت خانواده و شکرگزاری درونی با ضریب همبستگی چندگانه‌ی ۰/۵۴، قادرند در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ ($F=۱۷/۰۲$)، رشد پس از آسیب را پیش‌بینی کنند. این گام، قادر به تبیین ۳۰٪ از واریانس رشد پس از آسیب است. با توجه به میزان بتا، حمایت خانواده ($\beta=۰/۴۱$) نسبت به شکرگزاری درونی ($\beta=۰/۲۸$)، نقش بیشتری در پیش‌بینی رشد پس از آسیب دارند. در گام سوم؛

جدول ۴. رگرسیون گام‌به‌گام رشد پس از آسیب بر اساس متغیرهای پیش‌بین

گام	متغیر پیش‌بین	R2	R	F	P	B	Beta	T	P
اول	حمایت خانواده	۰/۲۲	۰/۴۷	۲۳/۰۷	۰/۰۰۰	۲/۰۸	۰/۴۷	۴/۸۰	۰/۰۰۰
دوم	حمایت خانواده شکرگزاری درونی	۰/۳۰	۰/۵۴	۱۷/۰۲	۰/۰۰۰	۱/۸۰	۰/۴۱	۴/۲۴	۰/۰۰۰
سوم	حمایت خانواده شکرگزاری درونی حمایت دوستان	۰/۳۳	۰/۵۸	۱۳/۱۶	۰/۰۰۰	۱/۵۱	۰/۳۴	۳/۴۲	۰/۰۰۱
								۲/۹۵	۰/۰۰۴
								۳/۱۲	۰/۰۰۳
								۲/۰۲	۰/۰۴۶

نتیجه‌گیری و بحث
مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس شکرگزاری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان خون، انجام گرفت.
طبق یافته‌های به‌دست‌آمده از مدل رگرسیون گام‌به‌گام در پژوهش حاضر، شکرگزاری به خصوص بعد شکرگزاری درونی، قادر به پیش‌بینی مثبت رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان خون می‌باشد. این یافته با یافته‌های شجاعی، گودرزی و تقوی (۱۳۹۵) و وود و همکاران (۲۰۰۸) و لی و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد؛ چرا که در این پژوهش‌ها به نقش منفی شکرگزاری در اختلالات روانی از جمله افسردگی، استرس و افکار و قصد خودکشی اشاره شده است. از آنجا که اختلالات روانی در جبهه مخالف عوامل روانشناختی مثبت از جمله رشد پس از آسیب قرار دارند، نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مبنی بر نقش مثبت شکرگزاری از جمله شکرگزاری درونی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس یافته‌های ذکرشده، قابل توجیه است. همچنین، این نتیجه از طریق نظریه‌ی ایجاد و توسعه‌ی هیجان‌های مثبت قابل تبیین است؛ یعنی وجود شکرگزاری در افراد از جمله شکرگزاری درونی که با توجه به تعریف مفهومی آن شامل توکل و توجه به جنبه‌های مثبت

نتیجه‌گیری و بحث
مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس شکرگزاری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان مبتلا به سرطان خون، انجام گرفت.
طبق یافته‌های به‌دست‌آمده از مدل رگرسیون گام‌به‌گام در پژوهش حاضر، شکرگزاری به خصوص بعد شکرگزاری درونی، قادر به پیش‌بینی مثبت رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان خون می‌باشد. این یافته با یافته‌های شجاعی، گودرزی و تقوی (۱۳۹۵) و وود و همکاران (۲۰۰۸) و لی و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد؛ چرا که در این پژوهش‌ها به نقش منفی

رویدادها می‌شود، باعث می‌شود که افراد با اعتقاد قلبی به خداوند، به جنبه‌های مثبت بیماری پیش‌آمده و معنای موجود در آن فکر کنند و از همین طریق، احتمال پذیرش نسبت به بیماری خود در آنان افزایش می‌یابد. بنابراین، علی‌رغم آزاردهنده و تهدیدکننده بودن سرطان خون، این افراد، آن را تحمل می‌کنند و از نظر روان‌شناختی به سطحی بالاتر یا برابر با قبل از بیماری دست می‌یابند که همان رشد پس از آسیب است.

همچنین طبق نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمده است، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به خصوص حمایت ادراک‌شده از جانب خانواده و دوستان نقش مهمی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان خون دارد. این یافته با یافته‌های سید محمودی (۱۳۸۸)، نیک منش (۱۳۹۲) و یو و همکاران (۲۰۱۴)، همسو می‌باشد. در این پژوهش‌ها به نقش منفی حمایت اجتماعی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه و نقش مثبت آن در پیش‌بینی رشد پس از آسیب اشاره شده است. با توجه به اینکه اختلال استرس پس از سانحه مفهوم مقابل رشد پس از آسیب می‌باشد، نقش منفی حمایت اجتماعی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه نیز می‌تواند توجیه‌کننده و همسو با نتیجه پژوهش حاضر باشد. نتیجه این پژوهش از لحاظ نظری نیز هماهنگ با مدل پردازش شناختی اجتماعی تدسچی و کالهن (۲۰۰۴) است که علاوه بر اهمیت پردازش شناختی، به نقش تعاملات اجتماعی در تسهیل یا بازداری فرایندهای شناختی سازگاران، تأکید می‌کند.

(دونگ و همکاران، ۲۰۱۷). به این معنا که هرچه فرد حمایت اجتماعی بیشتری را از جانب اطرافیان خود درک کند، پشتوانه‌ی نیرومندی را در پیش روی خود برای مقابله با بیماری ادراک می‌کند. در نتیجه، با وجود تهدیدکننده بودن بیماری خود با آن راحت‌تر کنار می‌آید و رشد پس از آسیب را با احتمال بیشتری تجربه می‌کند. همچنین، این نتیجه با مدل بافتاری ناگی (گولدنبرگ و گولدنبرگ، ۱۳۹۴) نیز همسو است که بر نقش حمایت خانواده به عنوان یکی از عوامل در پیشگیری از آسیب روانی تأکید می‌کند. بنابراین، در زنانی که مبتلا به بیماری تهدیدکننده‌ای همچون سرطان خون شده‌اند، احساس دریافت حمایت اجتماعی از سوی اطرافیان از جمله اعضای خانواده و دوستان می‌تواند باعث احساس حضور پناهگاهی امن و عدم وجود احساس تنهایی در فرد گردد. این حمایت، تأمین‌کننده‌ی بافتی امن برای فرد بیمار است که در آن، فرصتی برای بازسازی شناختی و معنایابی در حادثه را فراهم می‌سازد. در این بافت حمایتی، فرد احساس پذیرفته شدن از سوی خانواده و دوستان خود، حتی با وجود ابتلا به این بیماری را دارد. بنابراین، نگرانی فرد از این موضوع، کاهش می‌یابد و انرژی روانی وی، معطوف به فکرکردن درمورد حادثه‌ی پیش‌آمده می‌شود. در نتیجه، وی راحت‌تر می‌تواند روی کمک به دیگران، حساب باز کند و درمورد هیجانات خود، راحت‌تر با خانواده و دوستان، صحبت می‌کند. در نهایت، این شرایط، تجربه کردن رشد پس از آسیب را تسهیل می‌کند.

همچنین طبق نتیجه دیگری که از پژوهش حاضر به دست آمده است، حمایت اجتماعی ادراک‌شده به خصوص حمایت ادراک‌شده از جانب خانواده و دوستان نقش مهمی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان خون دارد. این یافته با یافته‌های سید محمودی (۱۳۸۸)، نیک منش (۱۳۹۲) و یو و همکاران (۲۰۱۴)، همسو می‌باشد. در این پژوهش‌ها به نقش منفی حمایت اجتماعی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه و نقش مثبت آن در پیش‌بینی رشد پس از آسیب اشاره شده است. با توجه به اینکه اختلال استرس پس از سانحه مفهوم مقابل رشد پس از آسیب می‌باشد، نقش منفی حمایت اجتماعی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه نیز می‌تواند توجیه‌کننده و همسو با نتیجه پژوهش حاضر باشد. نتیجه این پژوهش از لحاظ نظری نیز هماهنگ با مدل پردازش شناختی اجتماعی تدسچی و کالهن (۲۰۰۴) است که علاوه بر اهمیت پردازش شناختی، به نقش تعاملات اجتماعی در تسهیل یا بازداری فرایندهای شناختی سازگاران، تأکید می‌کند.

بستری، می‌تواند در ایجاد این حمایت و کمک به بهبود وضعیت روانی آن‌ها کمک‌کننده باشد. از جمله محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت، می‌توان به احتمال تمرکز پایین بعضی از بیماران در حین پاسخگویی به پرسش‌ها و یا تأثیر اظهارنظر همراه بیمار در پاسخگویی وی به پرسش‌ها، اشاره کرد.

سپاسگزاری

در نهایت از تمام بیماران که با وجود رنج جسمی و روانی ناشی از این بیماری، در اجرای این پژوهش، همکاری نمودند، پرسنل محترم بیمارستان نمازی و درمانگاه مطهری، همراهان این بیماران و تمام کسانی که در این پژوهش ما را یاری دادند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

با توجه به نقش مهم شکرگزاری به خصوص شکرگزاری درونی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان خون که در پژوهش حاضر مشخص شد؛ پیشنهاد می‌شود که آموزش مؤلفه‌های مذهبی مرتبط با شکرگزاری در این بیماران، انجام شود تا با ارتقای شکرگزاری در این افراد، زمینه‌ی رشد پس از آسیب، فراهم شود. همچنین، با توجه به اهمیت حمایت اجتماعی به خصوص حمایت خانواده و سپس حمایت دوستان در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در این بیماران، پیشنهاد می‌شود که جلسات گروهی برای خانواده‌های زنان مبتلا به سرطان خون توسط روان‌شناسان برگزار شود تا نسبت به چگونگی تأمین حمایت برای این بیماران، آموزش داده شود. همچنین، به‌کارگیری روان‌شناس برای این بیماران در بخش‌های

منابع

تمنائی فر، م. ر.، لیث، ح.، و منصوری نیک، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با خودکارآمدی در دانش‌آموزان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)*، ۱(۲۸)، ۳۱-۳۹.

حسن زاده، پ.، علی اکبری دهکردی، م.، و خمسه، م. ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۱(۲)، ۲۱-۱۲.

احمدی ظهور سلطانی، م.، کرمی نوری، ر.، احدی، ح.، و مرادی، ع. ر. (۱۳۹۲). روابط ساختاری بین امیدواری با سبک‌های دلبستگی، ارزشمندی زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و جهت‌گیری هدف تسلطی در دانشجویان. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱(۱)، ۱-۱۰.

بشرپور، س.، وجودی، ب.، و عطارد، ن. (۱۳۹۳). ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم جسمانی سازی در زنان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۳(۱۰)، ۹۷-۸۰.

- رحمانی، آ.، زمان زاده، و.، افروز، ر.، و عبدالله زاده، ف. (۱۳۹۶). حمایت اجتماعی مهیا شده توسط خانواده و دوستان و ارتباط آن با امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی امام خمینی (ره) اردبیل. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۱)، ۶۵۱-۶۴۲.
- زند، ع. م.، ایمانی، ص.، سعادت، م.، برنا، ح.، ضیایی، ر.، و هنری، ح. (۱۳۸۹). تأثیر سن، جنس و گروه خونی بر بروز انواع سرطان خون. *مجله پزشکی کوثر*، ۱۵(۲)، ۱۱۴-۱۱۱.
- سلمانی، خ.، نعمت اله زاده ماهانی، س. س.، شهبازی، س.، استوار، ز.، و گنجی، ل. (۱۳۹۵). مقایسه سبک‌های اسناد، تجارب معنوی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۲۰-۵.
- سید محمودی، س. ج. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای، خوش‌بینی، عاطفه مثبت و حمایت اجتماعی و شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مبتلا به HIV مثبت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، شیراز.
- شجاعی، ز.، گودرزی، م. ع.، و تقوی، س. م. (۱۳۹۵). پیش‌بینی علائم اختلالات روانی بر مبنای ایمان مذهبی و شکرگزاری. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۲)، ۵۴-۴۳.
- صفری فرد، ع. ا. (۱۳۹۳). کتاب‌های سلامتی، سرطان خون (جلد پنجم). نسخه الکترونیک. Ketabesabz.com، ۲۷/۲/۱۳۹۳.
- عبداللهی، ش.، زرانی، ف.، و فتح آباد، ج. (۱۳۹۶). نقش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال مزمن کلیه. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۶(۴)، ۵۲-۳۱.
- فرانکل، و. ا. (۱۳۹۷). *انسان در جستجوی معنی*. (ترجمه مهین میلانی و نهضت صالحیان). تهران: نشر درسا.
- کری، ج. (۱۳۹۵). *نظریه و کاربرست مشاوره گروهی*. (ترجمه کیانوش زهرا کار، فرشاد محسن زاده، احمد حیدر نیا، علیرضا بوستانی پور و عباس سامی). تهران: نشر ویرایش.
- گودرزی، م. ع.، مرزوقی، ر.، و نوری، ا. (۱۳۹۳). ساخت و اعتباریابی مقیاس شکرگزاری اسلامی ایرانی در دانشجویان ایرانی. *اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۶۲)، ۱۲۹-۱۲۰.
- گولدنبرگ، ه.، و گولدنبرگ، آ. (۱۳۹۴). *خانواده‌درمانی*. (ترجمه مهرداد فیروز بخت). تهران: رسا.
- محمودی، ه. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خوددلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی. *فصلنامه*

- ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز. ۲۱-۳۴. علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱ (۲۵)،
- موسوی، س. و. و وطن‌خواه، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رشد پس از سانحه بر اساس دین‌داری، معنی زندگی و حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳)، ۳۳-۴۱.
- نیک منش، ز. (۱۳۹۲). پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس معنویت و حمایت‌های اجتماعی در افراد مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۶(۲)، ۴۲-۳۵.
- نیک منش، ز.، امام هادی، م. ع.، و میر عبدالمهی، ن. (۱۳۹۲). پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس متغیرهای معنویت، حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت در گروه‌های مختلف سنی مبتلا به سرطان سینه. *مجله پژوهش*.
- نوروزی، ص. (۱۳۹۱). نقش رضایت زناشویی، سرسختی روان‌شناختی، دینداری اضطراب صفت در پیش‌بینی رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان سینه. *پایان‌نامه کارشناسی*
- symptoms in emerging adults: the roles of mindfulness and gratitude. *Mental Health & Prevention*, 12, 1-9.
- Gerwe, E. J. (2014). Intrusive and deliberate rumination predict posttraumatic growth in members enrolled in a cardiovascular rehabilitation program. *Theses and Dissertations*, 5, 1-66.
- Harlbut, J., & Ditmeyr, M. (2016). Defining the meaning of spirituality through a qualitative case study of sheltered homeless women. *Nursing for Woman's Health*, 20(1), 52-62.
- Heidarzadeh, M., Rasouli, M., Mohammadi Shahbolaghi, F., Alavi Majd, H., & Tahmasebi, M. (2014). Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 5(1), 23-49.
- Aflakseir, A., & Manafi, F. (2017). Posttraumatic growth and its relationship with cognitive emotion regulation strategies in multiple sclerosis patients in Shiraz. *Practice in Clinical Psychology*, 6(1), 57-61.
- Baillie, S. E., Sellwood, W., & Wisely, J. A. (2014). Post traumatic growth in adults following a burn. *Burns*, 40, 1089-1096.
- Dong, X., Li, G., Liu, C., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. (2017). The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 47-52.
- Duprey, E. B., McKee, L. G., O'Neal, C. W., & Algoe, S. B. (2018). Stressful life events and internalizing

- Li, D., Zhang, W., Li, X., Li, N., & Ye, B. (2012). Gratitude and Suicidal ideation and suicide attempts among Chinese adolescents: direct, mediated and moderated effects. *Journal of Adolescence, 35(1)*, 55-66.
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., Kilpatrick, Sh. D., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin, 127(2)*, 249-266.
- Mehrabi, E., Hajian, S., Simbar, M., Houshyari, M., & Zayeri, F. (2015). Posttraumatic growth: a qualitative analysis of experiences regarding positive psychological changes among Iranian women with breast cancer. *Electronic Psysician, 1*, 1239-1246.
- Mirean, C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal, 53 (1)*, 1-8.
- Richie, F. J., Root Luna, L. M., & Van Tongeran, D. R. (2017). Gratitude predicts hope and happiness: a two-study assessment of traits and states. *The Journal of Positive Psychology, 43*, 1-12.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 436-447.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9(3)*, 455-471.
- Wood, A. M., Maltby, J., Gillet, R., Linely, P. A., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality, 42*, 854-871.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research, 215*, 401-405.
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). Understanding the roles of gratitude and social support in posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: a longitudinal study. *Personality and Individual Differences, 101*, 4-8.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52(1)*, 30-41.