

# پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس ابعاد نیروی اراده در بیماران ۶۵-۵۰ ساله مبتلا به سرطان خون

سیده زهرا موسوی<sup>۱</sup>، محمدعلی گودرزی<sup>۲\*</sup>، سید محمدرضا تقوی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
۲. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استاد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** مفهوم رشد پس از آسیب در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران و متخصصان بالینی قرار گرفته است. هرچند مطالعات قبلی رشد پس از آسیب را در نجات‌یافتگان از بیماری سرطان گزارش داده‌اند، در مورد عوامل تسهیل‌کننده یا تشدیدکننده رشد پس از آسیب در این بیماران پژوهش‌های کمی انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس ابعاد نیروی اراده در بیماران ۶۵-۵۰ ساله مبتلا به سرطان خون در شهر شیراز انجام شد.

**روش:** جامعه آماری شامل بیمارانی بودند که جهت درمان به بیمارستان نمازی یا درمانگاه مطهری شیراز در طول سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۷ مراجعه داشتند و توسط پزشک متخصص، تشخیص سرطان خون دریافت کردند. از بین این بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۱ بیمار انتخاب شدند. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه رشد پس از آسیب (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) و پرسشنامه نیروی اراده (گودرزی، تقوی و کفه زاده، ۱۳۹۵)، استفاده گردید. برای تحلیل آماری از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و گام‌به‌گام استفاده شد.

**نتایج:** بر اساس یافته‌های آزمون همبستگی پیرسون، نیروی اراده با رشد پس از آسیب و همه‌ی ابعاد آن، رابطه‌ی مثبت معناداری در سطح ۰/۰۱ داشت. همچنین، رشد پس از آسیب با نیروی اراده و همه‌ی ابعاد آن رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار داشت. بر اساس تحلیل‌های رگرسیون گام‌به‌گام، تنها بعد «خودکنترلی» قادر به پیش‌بینی معنادار رشد پس از آسیب بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** ارتقای بعد «خودکنترلی» نیروی اراده می‌تواند در افزایش رشد پس از آسیب، نقش داشته باشد. بنابراین، به کار بردن مداخلاتی برای ارتقای «خودکنترلی» می‌تواند در این زمینه، کمک‌کننده باشد.

**کلیدواژه‌ها:** رشد پس از آسیب، نیروی اراده، خودکنترلی، سرطان خون

\*Email: goodarzimohammadali@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

نشریه علمی

روان‌شناسی  
بالینی  
و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴  
بهار و تابستان ۱۳۹۹  
صص: ۸۹-۹۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer  
2020  
pp.: 89-97

## مقدمه

اخیراً محققان آگاه شده‌اند که سازگاری مثبت، لزوماً در غیاب پریشانی روانی ایجاد نمی‌شود و خیلی از افراد با وجود بیماری جسمی مثل سرطان، سازگاری مثبتی را گزارش می‌کنند [۱]. یکی از مفاهیمی که در روان‌شناسی مثبت در سال‌های اخیر، مطرح شده است، مفهوم رشد پس از آسیب<sup>۱</sup> می‌باشد که توسط تدسچی و کالهن<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) مطرح گردید [۲]؛ به این صورت که تجربه‌ی یک رویداد 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 گفته می‌شود [۳]. در حوزه‌ی رشد شناختی، طرح‌واره به‌عنوان نقشه‌ی انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است [۴]. از طرفی طبق مدل تدسچی و کالهن از رشد پس از آسیب، رویدادهای آسیب‌زا به طرح‌واره‌های فرد حمله می‌کنند و باعث فعال شدن فرایندهای شناختی می‌شوند که منجر به تغییرات فردی می‌گردد [۵]؛ به این معنا که فرد پس از یک رویداد آسیب‌زا، درگیر یک چالش شناختی می‌گردد که در صورت بازسازی شناختی، رشد پس از آسیب را تجربه می‌کند. نظریه دیگری که با مفهوم رشد پس از آسیب، مرتبط است، رویکرد وجودی می‌باشد. رویکرد وجودی یک رویکرد پویاست که به چهار دغدغه‌ی غایی که ریشه در وجود انسان‌ها دارد؛ یعنی آزادی، تنهایی، بی‌معنایی و مرگ، توجه می‌کند. طبق این رویکرد، تنها از طریق صراحت و باز بودن نسبت به عقاید و سردرگمی‌هاست که می‌توانیم با معماهای غیرقابل فهم و حل زندگی روزانه‌ی خود که دل‌مشغولی‌ها و رنج‌های طاقت‌فرسایی را به ما تحمیل می‌کند، مواجه شویم. مواجهه با مرگ، یکی از مواردی است که به ما فرصتی برای کشف معنای زندگی می‌دهد [۶]. یعنی فرد باید با این دغدغه‌ها از جمله دغدغه‌ی مرگ، روبرو شود و با آگاهی از آن، معنای موجود در آن را در پس رنج‌های موجود، کشف کند. فرانکل<sup>۳</sup> نیز به وجود معنا در رنج و وظیفه‌ی انسان مبنی بر کشف این معنا، اشاره کرده است [۷] که از طریق کشف این معنا، رشد پس از آسیب می‌تواند در فرد رخ دهد. بر اساس فرایند ارزش‌گذاری ازگانیسمی نیز در طول یک حادثه‌ی تروماتیک، فرد اطلاعات جدید مرتبط با آسیب را یکپارچه می‌کند و آن را با الگوهای موجود خود از جهان، شبیه می‌کند

یا خود را با آن منطبق می‌کند [۸]؛ به این معنی که یا فرد بر اساس روش‌های خود در موقعیت‌های قبلی با آن حادثه برخورد می‌کند یا به روش جدیدی که منطبق بر رویداد است واکنش نشان می‌دهد و از این طریق، رشد را تجربه می‌کند. رشد پس از آسیب در پژوهش‌های مختلف در مورد رویدادهای مختلفی، بررسی شده است که از جمله‌ی این رویدادها، انواع بیماری‌ها از جمله سرطان می‌باشد [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲].

در بین این پژوهش‌ها، پژوهش بر روی بیماران مبتلا به سرطان خون، بسیار اندک است. سرطان خون یکی از انواع سرطان است که تشخیص آن ممکن است برای فرد تهدیدکننده محسوب شود. در حالت عادی، سلول‌های سفید خون به‌گونه‌ای کنترل شده 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. در لوسمی حاد، مغز استخوان، سلول‌های سفید نابالغ زیادی را تولید می‌کند و تولید طبیعی آن را متوقف می‌کند و منجر به فقدان توانایی فرد برای رویارویی با بیماری می‌شود. این سلول‌های سرطانی همچنین بر سلول‌های قرمز خون و پلاکت‌ها نیز اثر می‌گذارند. این بیماری شامل ۴ نوع لوسمی میلوئیدی حاد<sup>۴</sup>، لوسمی لنفوئیدی حاد<sup>۵</sup>، لوسمی میلوئیدی مزمن<sup>۶</sup> و لوسمی لنفوئیدی مزمن<sup>۷</sup> می‌باشد.

برخلاف سایر انواع سرطان‌ها، سرطان خون یک تومور جامد توپر نیست که پزشک بتواند با عمل جراحی آن را خارج نماید. در واقع، مغز استخوان، منبع این مشکل است. لذا درمان این نوع از سرطان، بسیار پیچیده‌تر است [۱۳]. در یک پژوهش داخلی [۱۴] و یک پژوهش خارجی [۱۵] بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان، تفاوت وجود داشت. این نتایج حاکی از آن بود که به دلیل درمان‌های پیچیده‌تر در سرطان خون نسبت به سایر انواع سرطان و کیفیت زندگی متفاوت (شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی) در انواع مختلف سرطان؛ مسائل روان‌شناختی در انواع مختلف سرطان با یکدیگر، متفاوت است و نمی‌توان نتایج به‌دست‌آمده در یکی از انواع را به انواع دیگر، تعمیم داد. از طرفی، پژوهش در مورد مسائل روان‌شناختی مرتبط با سرطان خون، بسیار اندک است؛ به‌گونه‌ای که در یکی از پژوهش‌ها، توجه نکردن به مسائل روانی بیماران مبتلا به

<sup>1</sup> Posttraumatic growth (PTG)

<sup>2</sup> Tedeschi & Calhoun

<sup>3</sup> Frankl

<sup>4</sup> Acute Myelogenous Leukemia (AML)

<sup>5</sup> Acute Lymphocytic Leukemia (ALL)

<sup>6</sup> Chronic Myelogenous Leukemia (CML)

<sup>7</sup> Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)

و از طریق تقویت رشد پس از آسیب می‌توان برای بیماران مبتلا به سرطان خون انگیزه‌های قوی‌تری برای مقابله با بیماری فراهم نمود. چون در تحقیقات گذشته نقش عامل مهم و حیاتی نیروی اراده با ابعاد پنج‌گانه آن در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان (به‌ویژه سرطان خون) بررسی نشده است، یافته‌های این پژوهش حائز اهمیت شایانی می‌باشد.

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی و در شمار طرح‌های مبتنی بر پیش‌بینی بر اساس احتمالات آماری با روش‌های رگرسیونی است.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه‌ی آماری شامل بیماران ۶۵-۵۰ سال مبتلا به سرطان خون در مراکز درمانی شهر شیراز بود.

**ب) نمونه پژوهش:** برای انتخاب نمونه، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۱ نفر از این بیماران (زن و مرد) که در بیمارستان نمازی و درمانگاه مطهری شهر شیراز به‌صورت بستری و سرپایی طی دوره زمانی بهمن ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ حضور داشتند، انتخاب شدند. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: تشخیص یکی از انواع سرطان خون توسط متخصص، بودن در محدوده سنی ۶۵-۵۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و ملاک‌های عدم شمول عبارت بودند از: تشخیص اختلالات روانی، تشخیص بیماری‌های جسمانی دیگر به‌جز سرطان، نداشتن سواد خواندن و نوشتن.

### ابزارهای پژوهش

برای اجرای این پژوهش از ۳ پرسشنامه زیر استفاده شد: (۱) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و میزان درآمد را می‌سنجد.

(۲) پرسشنامه رشد پس از آسیب: در ایالات متحده توسط تدسچی و کالهن (۱۹۹۶) 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

سرطان خون را یکی از معضلات در تشخیص و درمان این بیماران دانسته‌اند [۱۶]. بنابراین، پژوهش در مورد شناخت عواملی که بتوانند با رشد پس از آسیب در این بیماران مرتبط باشند، حائز اهمیت فراوانی است؛ چراکه می‌تواند منجر به مداخلات و پیشنهادهایی برای تسریع رشد پس از آسیب شود که در بهبود وضعیت روانی و در نتیجه وضعیت جسمی بیمار، مفید واقع شود. یکی از این عوامل، نیروی اراده<sup>۱</sup> است. اراده به معنای ظرفیت درونی و فردی برای تصمیم‌گیری و عمل آزادانه و یک عمل آگاهانه است که در آن، فرد تصمیم می‌گیرد رفتاری را انجام دهد یا از انجام دادن آن، اجتناب کند و نیروی اراده به معنای کنترل خود و توانایی ایستادگی در برابر وسوسه‌ها تعریف شده است [۱۷]. نظریه جایگاه کنترل راتر<sup>۲</sup> به مفهوم نیروی اراده نزدیک است. در این نظریه، افرادی که با منبع کنترل درونی مشخص می‌شوند، اعتقاد دارند تقویتی که آن‌ها دریافت می‌کنند تحت کنترل رفتارها و ویژگی‌های خود آن‌هاست و آن‌هایی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، تصور می‌کنند که تقویت توسط دیگران، سرنوشت یا شانس، کنترل می‌شود [۱۸].

در این زمینه، پژوهشی که بتواند مستقیماً ارتباط رشد پس از آسیب و نیروی اراده را نشان دهد وجود ندارد، اما پژوهش‌هایی وجود دارد که می‌تواند به ارتباط رشد پس از آسیب و نیروی اراده مربوط باشد. در تعدادی از پژوهش‌ها به اعتقاد فرد به کمک خداوند در بهبود وضعیت روانی اشاره شده است [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲] و در تعداد دیگری از پژوهش‌ها، به ارتباط منفی کنترل خود و افسردگی و ارتباط مثبت کنترل خود و اراده و عملکرد تحصیلی بهتر افراد، اشاره شده است [۲۳، ۲۴]. طبق تعریف ارائه‌شده از مفهوم رشد پس از آسیب و نظریه‌های ذکرشده‌ی مرتبط با آن، رشد پس از آسیب به تغییرات شناختی مثبت در وضعیت روانی فرد اشاره دارد. بنابراین، عواملی که با بهبود وضعیت روانی و کاهش آسیب روانی افراد ارتباط داشته باشند، به‌طور بالقوه می‌توانند رشد پس از آسیب را تقویت کنند. با توجه به ارتباط اراده‌ی فرد با بهبود عملکرد و کاهش افسردگی و ارتباط اعتقاد فرد به اراده الهی با بهبود وضعیت روانی در تحقیقات گذشته، پیش‌بینی می‌شود که مفهوم نیروی اراده مطرح‌شده در پژوهش حاضر (با مؤلفه‌های خودکنترلی، انگیزه دینی، کنترل درونی، شجاعت و مسؤولیت‌پذیری) با رشد پس از آسیب نیز مرتبط باشد. در صورتی که سهم مؤثری برای نیروی اراده در پیش‌بینی رشد پس از آسیب به دست آید، با تقویت نیروی اراده می‌توان به رشد پس از آسیب کمک کرد

<sup>1</sup> Will power

<sup>2</sup> Rotter

(۱) کمی مخالفم، (۲) نه موافقم نه مخالف، (۳) کمی موافقم و (۴) کاملاً موافقم. بعضی از ماده‌ها هم به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (ماده‌های ۱، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸ و ۲۹).

ضرایب همسانی درونی پرسشنامه نیروی اراده و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۴ بود. بالاترین ضریب همسانی درونی مربوط به خرده مقیاس خودکنترلی و نمره کلی نیروی اراده و پایین‌ترین ضریب همسانی درونی مربوط به خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری بود که علت پایین بودن این ضریب، تعداد کم سؤالات مربوط به آن، ذکر شده است. بقیه خرده مقیاس‌ها از پایایی مطلوبی برخوردار بودند. ضرایب پایایی باز آزمایی به‌دست‌آمده در فاصله دو هفته، ۰/۸۶ و در فاصله سه هفته، ۰/۹۰ گزارش شد. روایی مطلوب این مقیاس هم از همبستگی آن با پرسشنامه منع کنترل راتر (۰/۴۲-) و مقیاس صبر (۰/۶۵)، مشهود است [۱۷]. همچنین، در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی، ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های خودکنترلی، انگیزه دینی، کنترل درونی، شجاعت و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۴ و ۰/۵۲ به دست آمد.

### شیوه انجام پژوهش

برای توزیع پرسشنامه‌ها ابتدا از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مجوز لازم دریافت شد. سپس، با حضور در این مراکز و توضیح مختصر در مورد هدف پژوهش، با تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد. برای رعایت اصول اخلاقی در مورد این بیماران، در صورت خستگی به آن‌ها اجازه‌ی تکمیل پرسشنامه‌ها در دو نوبت داده می‌شد و یا پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر یا همراه بیمار برای وی خوانده می‌شد و با توجه به نظر وی، تکمیل می‌گردید.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌راهه، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و گام‌به‌گام) با استفاده از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس»<sup>۳</sup> استفاده شد.

### نتایج

یافته‌های مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی به شرح زیر است: میانگین سنی افراد حاضر در پژوهش، ۵۹/۷۱

درجه را علامت‌گذاری می‌کند که به گزینه‌ی اول، نمره‌ی صفر و به گزینه‌های دوم تا ششم، نمرات ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۱۰۵ است و نمره‌ی بیشتر، نشان‌دهنده‌ی رشد بیشتر است و نمره‌ی کمتر، رشد کمتر. این پرسشنامه از ۵ خرده مقیاس 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 [۱۰]. میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در یک پژوهش [۲]، ۰/۹۰ و در پژوهش دیگر [۹]، ۰/۹۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی، ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های فرصت‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۵۶ و ۰/۴۹ 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 وجود دارد [۲].

**۳ پرسشنامه نیروی اراده:** این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۵۱ ماده‌ای است که توسط گودرزی، تقوی و کفه زاده (۱۳۹۵)، ساخته شد و در جامعه ایرانی هنجاریابی شد. این پرسشنامه از ۵ خرده مقیاس زیر، تشکیل شده است: «خودکنترلی» (ایستادگی، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی، عبرت از گذشته و نظارت بر خود) «انگیزه دینی» (کمک گرفتن از خدا با اعمالی مثل نماز، قرائت قرآن، دعا، توکل و دوری از گناه) «کنترل درونی» (نسبت دادن موفقیت‌ها و پیشرفت‌ها به اراده خود تا عوامل بیرونی و پذیرش شکست) «شجاعت» (احساس حاکمیت بر سرنوشت خود، دفاع از حق، ایستادگی در مقابل ظالم) و «مسئولیت‌پذیری» (انجام کارها به نحو مطلوب، احساس ناراحتی از کارهای غیرمسئولانه، تلاش برای بهبود کارها). مقدار ضریب «کی. ام. او.»<sup>۱</sup>، ۰/۹۰ و آزمون کرویت بارلت<sup>۲</sup> نیز در سطح  $P < 0/0001$  معنی‌دار بود. همچنین مقدار ارزش ویژه برای خرده مقیاس‌های ذکرشده پس از چرخش واریانس به ترتیب ۱۲/۸۴، ۴/۲، ۲/۵۹، ۱/۹۷ و ۱/۷۳ به دست آمد. این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای به ترتیب زیر نمره‌گذاری می‌شود: (۰) کاملاً مخالفم،

<sup>۱</sup> Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

<sup>۲</sup> Bartlett's test of sphericity

<sup>۳</sup> Statistical package for social sciences (SPSS)

یا دیپلم، ۳ نفر (۳/۱ درصد) فوق دیپلم و ۷ نفر (۷/۳ درصد)، تحصیلات لیسانس داشتند. از نظر میزان درآمد، ۸۱ نفر (۸۳/۵ درصد) درآمد دو میلیون تومان و کمتر، ۱۴ نفر (۱۴/۵ درصد) بین دو تا پنج میلیون و ۲ نفر (۲ درصد) درآمد پنج میلیون و بیشتر داشتند.

( $5/005 =$  انحراف استاندارد) بود. ۴۹ نفر (۴۸/۵ درصد) از شرکت کنندگان را زنان و ۵۲ نفر (۵۱/۵ درصد) از آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت تأهل، ۵ نفر (۵ درصد) مجرد، ۸۹ نفر (۸۸ درصد) متأهل و ۷ نفر (۷ درصد) در وضعیت طلاق یا مرگ همسر قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۹ نفر (۵۱ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۱۳ نفر

جدول ۱. تفاوت رشد پس از آسیب از نظر متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	آزمون	سطح معناداری
سن	$p=0/043$	۰/۳۳
جنسیت	$t=-46/1$	۰/۱۴
وضعیت تأهل	$F=2/66$	۰/۰۷
میزان تحصیلات	$F=1/06$	۰/۳۷
میزان درآمد	$F=0/55$	۰/۵۷

همچنین، بین سن شرکت کنندگان و رشد پس از آسیب، رابطه معناداری وجود نداشت.

با توجه به جدول ۱، میانگین رشد پس از آسیب در بین دو جنس، بین وضعیت تأهل‌های مختلف، بین سطوح مختلف تحصیلات و بین درآمدهای مختلف، تفاوت معناداری نداشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رشد پس از آسیب و نیروی اراده و ابعاد آن‌ها

مقیاس	متغیرها	M	SD
رشد پس از آسیب	رشد پس از آسیب	۶۷/۷۷	۱۹/۲۹
	رابطه با دیگران	۲۲/۱۴	۶/۸۲
	فرصت‌های جدید	۱۴/۸۳	۵/۸۵
	قدرت شخصی	۱۲/۷۷	۴/۶۹
	تغییرات معنوی	۷/۵۵	۲/۲۳
	درک ارزش زندگی	۱۰/۴۶	۳/۳۳
نیروی اراده	نیروی اراده	۱۳۸/۰۹	۲۶/۹۵
	خودکنترلی	۶۶/۶۲	۱۵/۶۷
	انگیزه دینی	۲۲/۵۵	۴/۷۲
	کنترل درونی	۲۲/۷۵	۷/۶۹
	شجاعت	۱۷/۳۰	۶/۸۶
	مسئولیت پذیری	۱۵/۴۵	۳

این جدول، شرکت کنندگان پژوهش، درجات بالاتر از متوسط رشد پس از آسیب و نیروی اراده را نشان داده‌اند.

یافته‌های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار رشد پس از آسیب، نیروی اراده و ابعاد آن‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس بر اساس یافته‌های جدول ۳، نیروی اراده و همه ابعاد آن با رشد پس از آسیب و همه ابعاد آن، رابطه مثبت معناداری دارد اما بعد «شجاعت» نیروی اراده، تنها با رشد پس از آسیب و ابعاد «ارتباط با دیگران» و «درک ارزش زندگی» رشد پس از آسیب، رابطه مثبت معناداری دارد.

جدول ۳. همبستگی رشد پس از آسیب و ابعاد آن با نیروی اراده و ابعاد آن

مؤلفه‌ها	رشد پس از آسیب	ارتباط با دیگران	فرصت‌های جدید	قدرت شخصی	تغییرات معنوی	درک ارزش زندگی
نیروی اراده	۰/۵۶۶**	۰/۴۵۹**	۰/۴۱۴**	۰/۶۱۲**	۰/۳۶۳**	۰/۵۰۳**
خودکنترلی	۰/۵۴۸**	۰/۴۵۲**	۰/۳۹۹**	۰/۶۲۳**	۰/۲۹۳**	۰/۴۷۳**
انگیزه دینی	۰/۴۷۸**	۰/۳۶۱**	۰/۳۳۹**	۰/۴۷۵**	۰/۴۸۴**	۰/۴۳۶**
کنترل درونی	۰/۳۲۴**	۰/۲۵۰*	۰/۲۷۷*	۰/۳۵۶**	۰/۲۴۷*	۰/۲۹۸**
شجاعت	۰/۲۲۷*	۰/۲۰۹*	۰/۱۹۵	۰/۱۹۵	۰/۰۶۸	۰/۲۲۴*
مسئولیت‌پذیری	۰/۳۹۵**	۰/۲۹۷**	۰/۲۶۴**	۰/۴۴۱**	۰/۳۳۸**	۰/۳۶۶**

\*معناداری در سطح ۰/۰۵

\*\*معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴. رگرسیون هم‌زمان رشد پس از آسیب بر اساس ابعاد نیروی اراده

متغیر پیش‌بین	R <sup>2</sup>	R	F	P	B	Beta	T	P
خودکنترلی	۰/۳۴	۰/۵۸	۹/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۳۴	۰/۲۷	۱/۸۷	۰/۰۶۵
انگیزه دینی					۰/۹۲	۰/۲۲	۱/۹۲	۰/۰۵۷
کنترل درونی					۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۲۸	۰/۷۰۱
شجاعت					۰/۳۷	۰/۱۳	۱/۲۹	۰/۱۹۷
مسئولیت‌پذیری					۰/۶۰	۰/۰۹	۰/۸۳	۰/۴۰۷

چندگانه‌ی ۰/۵۸، قادر است ۳۴ درصد از واریانس رشد پس از آسیب را تبیین نماید. اما از آن جایی که سهم هر یک از این ابعاد به‌تنهایی در این پیش‌بینی، مشخص نشده است، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز استفاده گردید.

بر اساس یافته‌های جدول ۴ و با رعایت پیش‌فرض‌های رگرسیون، مدل کلی ابعاد نیروی اراده برای پیش‌بینی رشد پس از آسیب با توجه به میزان F در سطح  $p < 0.001$ ، معنادار است ( $F=9.86$ ). این مدل با ضریب همبستگی

جدول ۵. رگرسیون گام‌به‌گام رشد پس از آسیب بر اساس ابعاد نیروی اراده

متغیر پیش‌بین	R <sup>2</sup>	R	F	P	B	Beta	T	P
خودکنترلی	۰/۳۰	۰/۵۴	۴۲/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۰/۵۴	۶/۵۲	۰/۰۰۰

۲۶، ۲۷، ۲۸)، سطح تحصیلات مختلف (همسو با [۲۹، ۲۷]) و میزان درآمدهای مختلف (همسو با [۲۸، ۲۷، ۲۶]) وجود نداشت. طبق این نتیجه، متغیرهای جمعیت شناختی ذکرشده، قادر به تفکیک شرکت‌کنندگان این پژوهش از لحاظ میزان رشد پس از آسیب نمی‌باشند.

از نتایج همبستگی پیرسون مربوط به رابطه‌ی مثبت و معنادار رشد پس از آسیب با نیروی اراده و همه‌ی ابعاد آن، می‌توان این‌گونه استنباط کرد که هر چه نیروی اراده و ابعاد آن، افزایش یابند، رشد پس از آسیب نیز افزایش می‌یابد. با توجه به تعاریف ذکرشده مربوط به ابعاد نیروی اراده (خودکنترلی، انگیزه دینی، کنترل درونی، شجاعت و مسئولیت‌پذیری)، این نتیجه به این معناست که هرچه ویژگی‌های ایستادگی، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی؛ توکل به خدا؛ نسبت دادن موفقیت‌ها به خود و پذیرش شکست؛ دفاع از حق و مسئولیت‌پذیری در فرد بیشتر باشد؛ احتمال رشد پس از آسیب در وی افزایش می‌یابد. این نتایج با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها که مبنی بر ارتباط مثبت ۵ بعد ذکرشده

بر اساس یافته‌های جدول ۵، ابعاد نیروی اراده وارد معادله‌ی رگرسیون گام‌به‌گام شدند. اما همه‌ی ابعاد به‌جز «خودکنترلی»، از معادله خارج شدند. در نهایت، تنها یک مدل برای پیش‌بینی رشد پس از آسیب بر اساس خودکنترلی ارائه گردید. با توجه به معناداری میزان  $F (F=42.59)$  در سطح  $p < 0.001$ ، خودکنترلی قادر است ۳۰٪ از واریانس رشد پس از آسیب را با میزان بتای ۰/۵۴، پیش‌بینی نماید.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی ابعاد نیروی اراده در رشد پس از آسیب در بیماران ۶۵-۵۰ ساله‌ی مبتلا به سرطان خون در شهر شیراز بود. بر اساس یافته‌های جمعیت شناختی، سن آزمودنی‌ها با رشد پس از آسیب، رابطه معناداری نداشت که این یافته، همسو با یافته‌ی تعدادی از پژوهش‌ها [۲، ۸] می‌باشد. همچنین، از نظر تجربه ی رشد پس از آسیب، تفاوتی بین دو جنس (همسو با [۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳])، وضعیت تأهل‌های مختلف (همسو با [۱۰،

حاضر دارد. با وجود این، در هیچ یک از پژوهش‌های گذشته در زمینه نقش ابعاد مختلف نیروی اراده در رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان خون تحقیقی انجام نشده است و نتایج این پژوهش از تازگی برخوردار می‌باشد. همچنین، از همسویی کلی نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات دیگر در زمینه‌هایی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و غیره می‌توان این پیشنهاد را مطرح کرد که سازه نیروی اراده و به‌ویژه بعد «خودکنترلی» به‌عنوان متغیرهای فراتشخیصی قابل طرح است، چراکه این سازه‌ها می‌توانند در کنترل اختلالات مختلف روانی ذی نقش باشند. همچنین، این نتایج با مدل تدسچی و کالهنون از رشد پس از آسیب هماهنگ است؛ زیرا این مدل مطرح می‌کند که بلافاصله بعد از وقوع ضربه روانی، یک فعالیت نشخوار ذهنی غیرارادی به‌صورت خودکار و غیرارادی شروع می‌شود و فرد در ذهن خود، صحنه‌ی تروما یا ضربه‌ی روانی را به‌طور مکرر مرور می‌کند؛ اما بعد از مدتی، این فعالیت نشخوار به‌صورت ارادی درمی‌آید و فرد در این فرایند، به دنبال معنا و تفسیری برای حادثه است [۸]؛ یعنی با تبدیل شدن نشخوار فکری از غیرارادی به ارادی، فرد احساس کنترل بر وضعیت روانی خود می‌کند و در نتیجه، احساس می‌کند که خودش بر زندگی خود، حاکم است و کنترل دارد؛ نه این که بیماری وی، او را تحت کنترل قرار دهد. فردی که خودکنترلی بالایی دارد، به دلیل برخورداری از خصوصیات همچون ایستادگی، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی، پایداری در تصمیمات، تمرکز بر کارها، عبرت‌آموزی از گذشته، دوراندیشی، نظارت بر خود و تقویت خود؛ مغلوب بیماری سختی مثل سرطان خون نمی‌گردد. درواقع، فرد با نشخوار فکری و معنایابی در این بیماری، پایداری و مقاومت در برابر بیماری و جهت دادن به زندگی باقیمانده‌ی خود به دلیل کنترل بر خود؛ نه تنها تسلیم بیماری خود نمی‌شود؛ بلکه رشد پس از آسیب را نیز تجربه می‌کند. بنابراین، از آنجاکه رشد پس از آسیب می‌تواند در بهبود وضعیت روانی فرد نقش داشته باشد و با توجه به تعامل وضعیت روانی و جسمی، توجه کردن به عامل خودکنترلی در پژوهش‌های آزمایشی آینده به‌عنوان پیشاینده مهم رشد پس از آسیب، از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به تعیین‌کننده بودن عامل خودکنترلی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، مداخلاتی در رابطه با ارتقای خودکنترلی، تنظیم و در مورد بیماران ۶۵-۵۰ ساله‌ی مبتلا به سرطان خون، اجرا گردد و در صورت مؤثر بودن در رشد پس از آسیب، به‌عنوان یکی از مداخلات مؤثر یا به‌عنوان بخشی از سایر مداخلات برای این بیماران، استفاده شود. همچنین، با توجه

نیروی اراده با صبر؛ ارتباط مثبت منبع کنترل درونی را تر و مذهب با سلامت روان و ارتباط مثبت نیروی اراده با خودتنظیمی و عملکرد بهتر دانش آموزان است، همسو می‌باشد [۱۷، ۲۴، ۳۰].

از طرفی، طبق تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای تشخیص ابعاد مؤثرتر نیروی اراده در این پیش‌بینی و حذف متغیرهای کم‌تر مؤثر، تنها متغیر «خودکنترلی» از بین ابعاد نیروی اراده، قادر به پیش‌بینی معنادار رشد پس از آسیب است و به‌تنهایی، ۳۰٪ از واریانس رشد پس از آسیب را تبیین می‌کند که قدرت تبیین‌کننده آن تنها ۴٪ کمتر از مدل کلی است. بنابراین، از بین ابعاد نیروی اراده، بعد «خودکنترلی»، متغیر تعیین‌کننده و مهمی در پیش‌بینی رشد پس از آسیب می‌باشد. حذف سایر ابعاد نیروی اراده برای پیش‌بینی رشد پس از آسیب در تحلیل رگرسیون -برخلاف معنادار شدن ارتباط همه ابعاد نیروی اراده با رشد پس از آسیب در همبستگی پیرسون- نشان از نقش تعیین‌کننده‌تر بعد خودکنترلی در این پیش‌بینی است که باعث خارج شدن چهار بعد دیگر نیروی اراده از این تحلیل، شده است. مراجعه به سؤالات بعد «خودکنترلی» نشان داد که این بعد شامل پاسخ به پرسش‌هایی است که باور فرد را در مورد حاکمیت بر سرنوشت خودش می‌سنجند: برای مثال: «۲۴- ناکامی‌های گذشته نمی‌تواند مانع تصمیم من برای رسیدن به هدفم باشد» [۳۱-هروقت تصمیم گرفته‌ام راه مشخصی برای اقدام انتخاب کنم، خیلی بهتر از تسلیم شدن به سرنوشت بوده است]. بنابراین، به نظر می‌رسد که اگر فرد به‌طور واقع بینانه، قدرت کنترل بر سرنوشت خودش را حفظ کند و به جای تسلیم شدن در برابر مشکلات دست به اقدام‌های سازنده بزند از رشد پس از آسیب بیشتری برخوردار خواهد بود. به همین لحاظ می‌توان گفت جوهر نیروی اراده که به بقیه عناصر آن نیرو می‌بخشد «قدرت خودکنترلی» است و فرد با داشتن این نیرو به خودی خود واجد سایر ابعاد نیروی اراده نیز خواهد بود. چون بعد «خودکنترلی» نیروی اراده در پرسشنامه‌های مطرح در زمینه سنجش اراده وجود ندارد و این سازه منحصر به پرسشنامه ایرانی نیروی اراده [۱۷] می‌باشد، یافته‌های مشابهی که رابطه این بعد از نیروی اراده را با سازه‌های مختلف روان‌شناختی بررسی کرده باشند وجود ندارد. با این حال، در پیشینه مطالعاتی، رابطه منفی سازه‌هایی مانند منبع کنترل درونی را تر، خود کارآمدی و تنظیم هیجان با افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه و رابطه مثبت همین سازه‌ها با کیفیت زندگی و مدیریت درد در شماری از پژوهش‌ها [۲۳، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳] نشان از اثربخش بودن ابعاد مختلف نیروی اراده بر سلامت روانی و همسویی نتایج محققین دیگر با نتایج پژوهش

Burns: Vol 40: PP.1089-1096.

۹- نیک منش، زهرا؛ امام هادی، محمدعلی و میر عبدالهی، نسرين (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 و سلامت، دوره ۳، شماره ۲، صص ۳۶۲-۳۵۵.

10- 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: Vol 5, No 1: PP.23-49.

11- 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: Vol 7, No 5: PP.1239-1246.

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: Vol 30: PP.436-447.

۱۳- زند، علی محمد؛ ایمانی، صابر؛ سعادت، مجتبی؛ برنا، حجت؛ ضیایی، ربابه و هنری، حسین (۱۳۸۹). تأثیر سن، جنس و گروه خونی بر بروز انواع سرطان خون. مجله پزشکی کوثر، دوره ۱۵، شماره ۲، صص ۱۱۴-۱۱۱.

۱۴- شبان، مرضیه؛ منجمد، زهرا؛ مهران، عباس و حسن‌پور دهکردی، علی (۱۳۸۳). ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی. فصلنامه حیات، سال ۱۰، شماره ۲۲، صص ۸۴-۷۹.

15- Vedat, I., Perinan, G., Seref, K., Anmet, O. & Fikret, A. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. Cancer Nursing: Vol 22, No 6: PP.490-495.

۱۶- بخشی بی‌نیاز، رامین؛ مرتضوی، یوسف؛ طاهرخانی، رضا؛ دهقان نژاد، نرگس؛ مصطفایی، لیلا؛ سفیدی، فاطمه و آزاد، مهدی (۱۳۹۲). بررسی چالش‌ها و نیازهای بیماران مبتلا به لوسمی در فرایند تشخیص و درمان سرطان خون در ایران از دیدگاه متخصصین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۲۲، شماره ۹۱، صص ۷۲-۶۱.

۱۷- گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سید محمدرضا و کفه زاده، ستوده. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ایرانی نیروی اراده. گزارش طرح پژوهشی بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز.

به اهمیت این موضوع، پیشنهاد می‌شود که از نیروهای روان‌شناس در این بخش‌ها استفاده شود تا بتوانند در ارتقای وضعیت روان‌شناختی این بیماران از جمله ارتقای خودکنترلی و در نتیجه، ارتقای رشد پس از آسیب، کمک‌کننده باشند.

### تقدیر و تشکر

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ریاست محترم بیمارستان نمازی و درمانگاه مطهری شیراز، سوپروایزر و سایر پرسنل بخش‌های مربوطه در این مراکز که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و از بیماران عزیزی که در پاسخگویی به سؤالات، صبورانه ما را همراهی نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### منابع

1- Scignaro, M., Sani, F., Wakefield, J. R., Bianchi, E., Magrin, M. E. & Gangeri, L. (2016). Post traumatic growth enhances social identification in liver transplant patients: a longitudinal study. Journal of Psychosomatic Research: Vol 188: PP.28-32.

2- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress: Vol 9, No 3: PP.455-471.

3- Losiac, W. & Nikiel, J. (2014). Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. Health Psychology Report: Vol 2, No 4: PP.256-262.

۴- یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۴). طرحواره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی، جلد اول، چاپ پنجم، ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.

5- Tedeschi, R. G. (2011). Post traumatic growth in combat veterans. J Clin Ps ycho Med Settings: Vol 18: PP.137-144.

۶- کری، جرال (۱۳۹۵). نظریه و کاربرد مشاوره گروهی، ویرایش هشتم، ترجمه کیانوش زهرا کار، فرشاد محسن زاده، احمد حیدر نیا، علیرضا بوستانی پور و عباس سامی. تهران: ویرایش.

۷- فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۹۷). انسان در جستجوی معنی، چاپ چهل و هشتم، ترجمه مهین میلانی و نهضت صالحیان. تهران: درس.

8- Baillie, S. E., Sellwood, W. & Wisely, J. A. (2014). Post traumatic growth in adults following a burn.



- support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *European Journal of Oncology Nursing*: Vol 29: PP. 47-52.
- 29- Ochoa, C., Gasellas-Grau, A., Vives, J., Font, A. & Borrás, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*: Vol 17: PP.28-37.
- ۳۰- نقیعی، سید ابوالحسن؛ حسینی، حمزه؛ یزدانی، جمشید؛ شفیعی، سیده رقیه و خراسانی، فاطمه (۱۳۹۲). رابطه منبع کنترل و مذهبی بودن با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۹. *مجله دین و سلامت*، دوره ۱، شماره ۱، صص ۸-۱.
- 31- Karstoft, K. I., Armour, C., Elklit, A. & Solomon, Z. (2015). The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure. *Journal of Anxiety Disorder*: Vol 32: PP.89-94.
- ۳۲- آقا محمدی، سمیه؛ کجباف، محمد باقر؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، احمد و کاظمی، زینب (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی دختران فراری: پژوهش مورد منفرد. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، دوره ۲، شماره ۶، صص ۶۸-۵۷.
- ۳۳- گلایی، نازنین؛ عبداللهی، محمدحسین و شاهقلیان، مهناز (۱۳۹۵). رابطه تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با مدیریت درد در افراد دچار سردرد مزمن. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، دوره ۱۴، شماره ۱، صص ۷۰-۶۱.
- ۱۸- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی الن (۱۳۸۳). نظریه‌های شخصیت، ویرایش دوم، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ویرایش.
- ۱۹- کریمی فر، مسعود؛ روح‌الامینی، مرضیه سادات؛ دین‌پرور، احسان و سهرابی اسمرود، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های معنوی بر مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت در نوجوانان. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، سال ۴، شماره ۷، صص ۱۳۶-۱۱۳.
- ۲۰- فاضل، مرتضی؛ سلیمی بجزستانی، حسین؛ فرحبخش، کیومرث و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۶). ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراند تئوری. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال ۸، شماره ۲۹، صص ۷۹-۱۰۵.
- 21- James, A.G. & Fine, M, A. (2015). Relations between youth's conceptions of spirituality and their developmental outcomes. *Journal of Adolescence*: Vol 43: PP.171-180.
- 22- Harlbut, J. & Ditmeyr, M. (2016). Defining the meaning of spirituality through a qualitative case study of sheltered homeless women. *Nursing for Women, s Health*: Vol 20, No 1: PP.52-62.
- 23- Jaswal, S. & Dewan, A. (1997). The relationship between locus of control and depression. *Journal of Personality and Clinical Studies*: Vol 13, No 1-2: PP.25-27.
- 24- Job, V., Walton, G.M. Bernecker, K. & Dweck, C.S. (2015). Implicit theories about willpower predict self regulation and grades in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*: Vol 108, No 4: PP.637-647.
- 25- Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality and coping with stress among late adolescents: a meaning making perspective. *Journal of Adolescence*: Vol 45: PP.196-203.
- 26- Wang, M. L., Liu, J. E., Wang, H., Chen, L. & Li, Y. (2014). Posttraumatic growth and associated socio-demographic and clinical factors in Chinese breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*: Vol 18: PP.478-483.
- 27- Baglama, B. & Atak, I. E. (2015). Relationship between Posttraumatic Growth and Demographic and Clinical Factors among Turkish Cypriot Breast Cancer Survivors. *Social and Behavioral Sciences*: Vol 205: PP.709-716.
- 28- 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