Military Caring Sciences **Original Article**

10.22034/12.2.6

OPEN ACCESS

The Relationship between Spiritual Health and Hope with Resilience in Patient with Cancer

Erjaei. A[1]
Salawati Ghasemi. Sh[1]
*Sheikhzakaryaee. N[1]
Aziz Rasouli. M[2]

*1 -(*Corresponding Author) Nursing and Midwifery School, kaurdistan University of Medical Science,Sanandaj,Iran, Email:n.zakaryaie@gmail.com*

2- Medicine School, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

ABSTRACT

Introduction: Cancer exerts profound physical and psychological impacts on the lives of patients; therefore, attention to spiritual well-being, hope, and resilience in individuals diagnosed with cancer becomes essential.

Objective: The present study was conducted with the aim of determining the relationship between spiritual well-being and hope with resilience among cancer patients in the oncology ward of Tohid Hospital, Sanandaj, in 2022.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 250 eligible cancer patients who attended the oncology ward of Tohid Hospital, Sanandaj, in 2022. Data collection instruments included a demographic questionnaire, the Connor-Davidson Resilience Scale (2003), the Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Scale (1983), and Snyder's Hope Scale (1991). Participants were recruited through convenience sampling. After data collection, statistical analyses were performed using Stata 16 software, applying the Mann–Whitney U test, Kruskal–Wallis test, Spearman's correlation, and multiple regression analysis. A significance level of 0.05 was considered

Results: According to the findings, spiritual well-being and its dimensions (religious well-being and existential well-being) were significantly correlated with resilience ($r=0.549$, $P<0.001$). An increase in spiritual well-being and its dimensions was associated with a significant and meaningful improvement in resilience among cancer patients. Furthermore, higher levels of hope were also significantly associated with greater resilience ($r=0.340$, $P<0.001$).

Conclusion: In light of the findings, resilience was found to be associated with both hope and spiritual well-being among cancer patients. Therefore, it is recommended that, based on the results of this study, appropriate educational interventions be implemented to promote spiritual well-being and enhance hope, with the aim of improving psychological well-being, strengthening resilience, and fostering better adaptation throughout the course of illness and treatment.

Keywords: Cancer, Hope, Resilience, Spiritual Health

Cite this article: SheikhZakaryaee N, Salawati Ghasemi Sh, Aziz Rasouli M, Erjaei A. The Relationship between Spiritual Health and Hope with Resilience in Patient with Cancer. Military Caring Sciences. 2025; 12 (2): 160-171.
Received: 2023/07/31 Received in revised form: 2024/01/08 Accepted: 2024/01/13 Published: 2025/06/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences.

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه سلامت معنوی و امید با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان

آرمان ارجاعی[1]
شهناز صلواتی قاسمی[1]
*ندا شیخ ذکریایی[1]
محمد عزیز رسولی[2]

۱- دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک n.zakaryaie@gmail.com

۲- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان از لحاظ جسمی و روانی تأثیر زیادی در زندگی فرد بیمار دارد؛ بنابراین توجه به سلامت معنوی، امید و تاب‌آوری در فرد مبتلا به سرطان اهمیت پیدا می‌کند.

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و امید با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان در بخش انکولوژی بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی، بر روی ۲۵۰ بیمار مبتلا به سرطان واجد شرایط، مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۴۰۱، انجام شد. ابزار گردآوری پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و پرسشنامه امید اسنایدر و همکاران بود. شرکت‌کنندگان، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار stata نسخه ۱۶، با استفاده از آزمون‌های آماری، من ویتنی یو، کروسکال والیس، همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی، سلامت وجودی) با تاب‌آوری، ارتباط معناداری داشت (P=۰/۰۰۱، r= ۰/۵۴۹) و با افزایش سلامت معنوی و ابعاد آن، تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان به طور معنادار و قابل‌توجهی افزایش‌یافته بود؛ همچنین با افزایش امید، تاب‌آوری به‌طور معناداری افزایش یافت (P=۰/۰۰۱، r= ۰/۳۴۰).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، تاب‌آوری با امید و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان رابطه داشت. لذا، پیشنهاد می‌گردد با توجه به نتیجه این مطالعه، آموزش‌های لازم در جهت ارتقای سلامت معنوی و افزایش امید با هدف بهبود وضعیت روان‌شناختی و تقویت تاب‌آوری و سازگاری، در طول بیماری و روند درمان بیماران انجام شود.

کلمات کلیدی: امید، تاب‌آوری، سرطان، سلامت معنوی

استناد: شیخ ذکریایی ندا ، صلواتی قاسمی شهناز، عزیز رسولی محمد، ارجاعی آرمان. بررسی رابطه سلامت معنوی و امید با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۴؛ ۱۲(۲): ۱۷۱- ۱۶۰.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۹ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۳ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۰۹

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا.

© نویسندگان.

CC BY NC

مقدمه

در سال‌های اخیر شـــیوع سرطان افزایش‌یافته است. این بیماری بـــا تأثیر بر ابعاد مختلف ســـلامت جســـمی، روانـــی و اجتماعی زندگی انســـان‌ها باعث شده است که ســـرطان به عنوان مشکل عمده بهداشـــتی قرن شناخته می‌شـــود (۱). میزان بروز سالیانه سرطان در جهان از ۱۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ میلادی به ۲۵ میلیون نفر در ســـال ۲۰۳۰ خواهد رســـید که بیش از ۷۰ درصد آن در کشـــورهای درحال‌توســـعه رخ می‌دهد (۲). آمار مبتلایان به ســـرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند، سرطان بعد از بیماری‌هـــای قلبی عروقی دومین علت مرگ‌ومیر در ایران اســـت (۳). بیماران مبتلا به انواع ســـرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی هســـتند که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم ســـازگاری با بیماری و کاهـــش اعتماد به نفس تا اختلالات احساســـی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است. همچنین شکســـت در تشـــخیص و درمان به موقع افسردگی در بیماران مبتلا به ســـرطان آثار زیانبـــاری ازجمله کاهش کیفیت زندگی، تأثیر منفی بر ظرفیت بیمار نسبت به پذیرش درمان‌های جســـمی، کاهش تاب‌آوری و امید، کاهش بقا و درنهایت افزایش مرگ بیماران را به دنبال دارد (۴)

تشـــخیص بیماری ســـرطان، بحران‌های معنایی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند و در یک‌کلام، بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود و این امر منجر به شـــکل‌گیری مفهوم سلامت معنوی در بیماران مبتلا به ســـرطان شده است. سلامت معنوی را می‌توان به عنوان یک حس ارتباط با دیگـــران، درک معنا و اهداف و ارتباط با یک قدرت برتـــر تعریف کرد که به افراد کمـــک می‌کند بهتر زندگی کنند و با دنیای اطراف خود تعامل مؤثرتری داشته باشند. سلامت معنوی زمانی ایجاد می‌شـــود که افراد به طـــور داوطلبانه قدرت معنـــوی خود را از طریـــق دعا، آرامش و ارتباط بـــا افراد هم‌فکر تقویـــت کنند و از یک راهنما و مطالعه معنـــوی یاد بگیرند (۵). ســـلامت معنوی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی اســـت. سلامت مذهبی بیانگر ارتباط باخدا و یک قدرت بی‌نهایت اســـت و سلامت وجودی بیان‌کننده ارتباط ما با دیگران، محیط و با درون خودمان اســـت که می‌توان آن را توانایی یکپارچه نمودن ابعاد مختلف وجود انســـان دانســـت (۶). تجربه زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بُعد مهم و برجسته یک زندگی ســـالم است و مطالعات نشان داده‌اند که معنویت و عقاید مذهبی نقش مرکزی و مهمی در ســـازگاری با بیماری ســـرطان داشته و در بیماران مبتلا به ســـرطان موجب زندگـــی هدف‌دار و معنادار می‌شـــود. بیمارانی که ســـلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خودســـازگار شوند و حتی مراحل آخـــر بیماری خود را به خوبی بگذراننـــد (۵,۷). با توجه به اینکه مشـــکلات روان‌شـــناختی مبتلایان به سرطان نســـبت به سایر بیماری‌ها بیشـــتر است، این مشکلات می‌تواند بر کیفیت زندگی، اعتقادات مذهبی، اقدام به خودکشی، طولانی شدن مدت بستری، طول عمر و امید به زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد (۷).

یکـــی دیگر از متغیرهایی که در حـــوادث تنش‌زای زندگی نقش اساســـی ایفا می‌کند، امید است. امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌ســـازد تا با چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی، خود را ببینند. عدم امید بیماران مبتلا به سرطان به زندگی، تغییر در روابط با اطرافیان و حتی گاهی ســـست شـــدن باورها و اعتقادات قلبی همه از مسائلی است که می‌تواند خود بیمار و حتی خانواده او را در ادامه روند درمان دچار مشـــکل کند (۸). بیماری ســـرطان توانایی و قدرت جســـمانی و روانی فرد را دچار مشکل می‌کنـــد که منجر به کاهش اعتماد بـــه نفس و امیدواری در فرد می‌شـــود. ازآنجاکه بیمار در طول بیماری جسمی خود، نمی‌تواند کارایی‌های همیشـــگی جسمانی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالیت‌هایش محدود می‌گردد، این وضعیت، او را دچار اضطراب، خشـــم و افسردگی می‌کند و او را با استرس و بحران روانی مواجه می‌سازد (۹). امید ازجمله شاخص‌های مهمی است که نه‌تنها خود متأثر از مؤلفه‌های متعددی اســـت، بلکه بیانگر وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشـــتی هر جامعه نیز هست (۱۰). امید عاملی شـــفادهنده، پویا و قدرتمند است و به‌عنوان یکی از منابع مقابله برای ســـازگاری با رویدادهای پرتنش ایفای نقش می‌کند. امید به افراد کمک می‌کند تا خود را فراتر از موقعیت کنونی ببینند (۱۱). افرادی که دارای امیدواری بالا هســـتند، نسبت به آن‌هایی که امیدواری کمتری دارند، توانایی بیشـــتری برای پیاده‌ســـازی استراتژی ســـازگاری و مقابله‌ای با بحران‌ها را دارند. آن‌هایی که امید بیشـــتری دارند، قادر به مفهوم‌سازی اهداف به صورت واضح بوده و احســـاس اعتماد به نفس و قابلیت بیشتری برای مدیریت مؤثر بر عوامل استرس‌زا دارند و به خوبی می‌دانند که برای مقابله

با هر استرسی باید برنامه خاصی داشته باشند (۱۲).

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که باعث سازگاری مؤثر با تغییرات و عوامل تنش‌زا شـــده و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات اســـت که موجب سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با شـــرایط تهدیدکننده می‌شود. ســـرطان بیماران را با چالش‌های متعددی مواجه می‌ســـازد و تاب‌آوری عامل مهمی اســـت که به ســـازگاری با ســـرطان کمک می‌کند و عوامل بیولوژیکی، فردی و اجتماعـــی در میزان تاب‌آوری بیماران مبتلا به ســـرطان مؤثر هســـتند (۱۳). تاب‌آوری به افراد قدرت می‌دهد تا با مشـــکلات پیش رو مقابله‌ی ســـالم داشـــته باشـــند و باعث طولانی شـــدن زندگی و امیدوارشـــان بـــه زندگی و درنتیجه ابـــزاری مهم برای مبارزه بایاس و ناامیدی است. بیماران مبتلا به سرطان برخوردار از ســـطوح بالاتری از تاب‌آوری، راهبردهـــای مقابله‌ای انطباقی و ســـازگارانه تری را نیز از خود نشان می‌دهند و از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار هســـتند. افراد تاب آور، احساس ناامیدی و تنهایـــی کمتری دارند و در برابر مشـــکلات تحمل خوبی از خود نشان می‌دهند. به‌کارگیری تاب‌آوری در مراقبت‌ها باعث می‌شود افراد، مشـــارکت‌کننده فعال و ســـازنده محیط پیرامونی باشد که موجب برقراری تعادل زیســـتی، روانی، معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز شود (۱۴، ۱۵).

با توجه به شیوع روزافزون ســـرطان و تأثیر سوء آن برتاب آوری بیماران ســـرطانی و خلأ تحقیقاتـــی در این خصوص و همچنین تمرکـــز بســـیاری از مطالعات بـــر پیامدهای منفی ســـرطان و ازآنجایی‌که مداخلات پزشـــکی در ارتباط با بیماران صعب‌العلاج تا به حال به طور کامل نتوانســـته‌اند جوابگوی مشـــکلات پیش روی آنان باشـــند. در این راســـتا، مطالعه حاضـــر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و امید با تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی- همبســـتگی حاضر از آذرماه تا اسفندماه ۱۴۰۱ در بخش انکولوژی بیمارستان توحید سنندج انجام گرفت. تعداد ۲۵۰ بیمار مبتلا به سرطان دارای شرایط ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای محاسبه تعداد نمونه بر اســـاس مطالعه کاواک و همکاران؛ (۱۶) و بر اساس فرمول زیر با در نظر گرفتن همبستگی ۰/۲ بین متغیر وابسته (تاب‌آوری) با متغیرهای مستقل (سلامت معنوی و امید)، حجم نمونه‌ای ۱۹۴ نفری برآورد شد که با احتساب ریزش نمونه‌ها، تعداد ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفت.

$$n=\left(\frac{1/96+0/84}{0/2}\right)^2+3=\left(\frac{2/8}{0/2}\right)^2=196+3=199\sim250$$

$$Z_{1-\alpha/2}=1/96$$

$$Z_{1-\beta}=0/84$$

$$R=0/2$$

معیارهای ورود به مطالعه شـــامل ســـن ۷۵-۱۸ سال، تشخیص قطعی ابتلا به بیماری سرطان توسط پزشک، عدم ابتلا به بیماری مزمن دیگر به غیر از بیماری سرطان، عدم وجود مشکلات روانی شـــناخته شده بر اساس پرونده بســـتری فرد در فاصله شش ماه گذشته و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. از معیارهای خروج از مطالعه شـــامل تکمیل ناقص پرسشنامه توسط بیماران بود.

در ایـــن پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشـــنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشـــنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor & Davidson)، پرسشنامه ســـلامت معنوی پالوتزین و الیسون (Paloutzian & Ellison)، پرسشنامه امید اسنایدر (Snyder) و همکاران اســـتفاده شـــد. پرسشـــنامه تاب‌آوری، توسط کانر و دیویدسون (Connor & Devidson) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشـــار و تهدید، طراحی شـــد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرســـت) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۴۱)؛ بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تـــا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. این آزمون دارای پنج عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. در ویژگی‌های روان‌ســـنجی، پایایـــی خارجی: کانر و دیویدســـون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تـــاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط محمدی، در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد هنجاریابی شده است و روایی و پایایی ابزار مورد تأیید قرارگرفته است که آلفای کرونباخ آن (۰/۸۹) بود (۱۷). در مطالعه حاضر از آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه تاب‌آوری ۰/۸۱ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود.

پرسشنامه سلامت معنوی توسط پالوتزین و الیسون (Paloutzian

& Ellison) طراحی شد یک پرسشنامه حاوی بیست گویه است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت شش‌قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. این مقیاس به دو عامل سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هرکدام ده عبارت را شامل شده و نمره ده را به خود اختصاص می‌دهد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیرگروه می‌باشد که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود. مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان بدین‌صورت، سلامت معنوی در حد پایین: ۴۰-۲۰ سلامت معنوی در حد متوسط: ۹۹-۴۱ و سلامت معنوی در حد بالا ۱۲۰-۱۰۰ دسته‌بندی نمود. در مطالعه سید فاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص گردید. پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۲) مورد تأیید قرار گرفت (۱۸). در مطالعه حاضر از آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه سلامت معنوی، ۰/۸۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار بود.

پرسشنامه امید توسط اشنایدر (Snyder) و همکاران که دارای دوازده گویه است و برای پانزده سال به بالا طراحی شد (۱۹). از این گویه ها، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، چهار عبارت انحرافی است. شیوه نمره‌گذاری در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است جملاتی بدین شرح نوشته‌شده‌اند (بسیار مخالفم=۱، مخالفم=۲، بی‌تفاوت ۳، موافقم=۴، بسیار موافقم=۵) هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند امتیاز کسب می‌کند. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه از یک تا پنج تغییر می‌کند. در آزمون اسنایدر دامنه امتیازات کسب‌شده از ۶۰-۱۲ متغیر می‌باشد. اسنایدر و همکاران برای پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. الکساندر و آن گبوزی (Alexander and Anne Gbozzi)، ضریب اعتبار پرسشنامه را (۰/۷۴) گزارش کردند. پایایی و روایی پرسشنامه، در مطالعه لطفی کاشانی و همکاران، بر اساس یک مطالعه نیمه تجربی بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان به دست آمد. پژوهش‌های زیادی از پایایی و روایی این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امید حمایت می‌کنند. پایایی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و روایی آزمون – باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر بود (۲۰). در مطالعه حاضر از آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه امید ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور پاسخ به سؤالات و آزمون فرضیات، پس از اطمینان از عدم نرمالیته داده‌ها با آزمون کولموگراف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) و شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk)، از تحلیل آماری من ویتنی یو (Mann Whitney U) جهت مقایسه میانگین ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری، سلامت معنوی و امید بیماران مبتلا به سرطان برحسب جنسیت، محل سکونت، سابقه سرطان در خانواده، برخورداری از حمایت عاطفی اطرافیان و ارتباط با خدا با فعالیت‌های معنوی انجام شد. آنالیز مقایسه میانگین ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری، سلامت معنوی و امید با سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد خانواده، پوشش بیمه، مدت‌زمان ابتلا به سرطان و نوع سرطان با آزمون نا پارامتری کروسکال والیس (Kruskal- Wallis) اجرا شد. همچنین ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) و امید با تاب‌آوری از طریق آزمون همبستگی اسپیرمن بررسی و تحلیل شد و به منظور بررسی و پیشگویی متغیر وابسته تاب‌آوری با متغیرهای مستقل امید و سلامت معنوی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار stata نسخه ۱۶ انجام شد.

مطالعه حاضر، حاصل طرح پژوهشی مصوب با کد اخلاق IR.MUK.REC. ۱۴۰۱.۲۳۶ دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد. در ابتدای پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه توسط بیماران تکمیل شد و به بیماران اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه باقی می‌ماند. پژوهشگران نیز به مفاد بیانیه هلسینکی (Helsinki) و کمیته اخلاق نشر (COPE) که از ملاحظات اخلاقی موردتوجه در مطالعه حاضر بودند؛ پایند بودند. جهت انجام پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار مشارکت‌کنندگان در مطالعه قرار گرفت و پس از توضیحات کافی در مورد نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات مطرح‌شده، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در بیماران بی‌سواد نیز، محقق پس از خواندن هرکدام از سؤالات و گزینه‌های پرسشنامه‌ها، پاسخ‌های مدنظر این بیماران را علامت می‌زد. محقق تا پایان

تکمیل پرسشنامه، جهت پاسخگویی به سؤالات و رفع هرگونه ابهام حضور داشت.

یافته‌ها

مطابق یافته‌ها، اکثریت واحدهای پژوهش مرد (۵۷/۲ درصد)، با سن بیشتر از ۶۰ سال (۳۷/۲ درصد)، متأهل (۸۶/۴ درصد)، بی‌سواد (۵۵/۶ درصد)، بیکار و خانه‌دار (۳۶ درصد) با درآمد ۱ تا ۲ میلیون تومان در ماه، ساکن شهر (۷۰/۴ درصد)، دارای بیمه تأمین اجتماعی (۳۷/۶ درصد) و بیمه سلامت (۳۷/۶ درصد)، عدم سابقه سرطان در خانواده (۶۸ درصد)، مدت‌زمان ابتلا به سرطان (۴۵/۶ درصد)، ابتلا به سرطان گوارش (۳۱/۲ درصد)، حمایت عاطفی اطرافیان (۹۱/۶ درصد)، انجام امورات معنوی و مذهبی (۹۷/۶ درصد) بودند؛ (جدول ۱)

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی بیماران مورد مطالعه

ردیف	متغیر	طبقه‌بندی	تعداد	درصد
۱	جنسیت	مرد	۱۴۳	۵۷/۲
		زن	۱۰۷	۴۲/۸
۲	سن (سال)	کمتر از ۳۰	۱۳	۵/۲
		۴۰-۳۰	۳۸	۱۵/۲
		۵۰ -۴۱	۵۵	۲۲
		۶۰ -۵۱	۵۱	۲۰/۴
		بیشتر از ۶۰	۹۳	۳۷/۲
۳	وضعیت تأهل	مجرد	۲۱	۸/۴
		متأهل	۲۱۶	۸۶/۴
		مطلقه	۶	۲/۴
		بیوه	۷	۲/۸
۴	سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۳۹	۵۵/۶
		ابتدایی	۴۲	۱۶/۸
		راهنمایی	۱۸	۷/۲
		دیپلم	۳۴	۱۳/۶
		دانشگاهی	۱۷	۶/۸
۵	وضعیت اشتغال	بیکار	۹۰	۳۶
		شاغل	۳۸	۱۵/۲
		خانه‌دار	۹۰	۳۶
		کارمند	۸	۳/۲
		بازنشسته	۲۴	۹/۶
۶	میزان درآمد ماهانه (میلیون تومان)	کمتر از ۱	۱۱	۴/۴
		۲-۱	۱۳۰	۵۲
		۴-۲	۷۶	۳۰/۴
		بیشتر از ۴	۳۳	۱۳/۲
۷	محل سکونت	شهر	۱۷۶	۷۰/۴
		روستا	۷۴	۲۹/۶

ادامه جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیکی بیماران مورد مطالعه

ردیف	متغیر	طبقه‌بندی	تعداد	درصد
۸	پوشش بیمه	تأمین اجتماعی	۹۴	۳۷/۶
		بیمه سلامت	۹۴	۳۷/۶
		نیروهای مسلح	۸	۳/۲
		سایر بیمه‌ها	۱۹	۷/۶
		نداشتن بیمه	۳۵	۱۴
۹	نوع سرطان	سرطان خون و لنف	۶۱	۲۴/۴
		سرطان گوارش	۷۸	۳۱/۲
		سرطان سینه	۳۹	۱۵/۶
		سایر سرطان‌ها	۷۲	۲۸/۸
۱۰	مدت‌زمان ابتلا به سرطان (سال)	کمتر از ۱	۱۷	۶/۸
		۱-۲	۱۱۴	۴۵/۶
		۲-۴	۹۹	۳۹/۶
		بیشتر از ۴	۲۰	۸
۱۱	سابقه سرطان در خانواده	بلی	۸۰	۳۲
		خیر	۱۷۰	۶۸
۱۲	برخورداری از حمایت عاطفی اطرافیان	بلی	۲۲۹	۹۱/۶
		خیر	۲۱	۸/۴
۱۳	انجام امورات معنوی و مذهبی	بلی	۲۴۴	۹۷/۶
		خیر	۶	۲/۴

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی (۰/۵۱± ۴/۵۳)، سلامت مذهبی (۰/۵۹± ۵/۲۰) و سلامت وجودی در شرکت‌کنندگان در پژوهش، (۰/۶۳± ۳/۸۷) بودند. بعد سلامت مذهبی با مقدار ۵/۲۰ به طور قابل‌توجهی بیشتر از سلامت وجودی با مقدار ۳/۸۷ بود که نشان داد سلامت مذهبی شرکت‌کنندگان در پژوهش بیشتر از سلامت وجودی بود. میانگین و انحراف معیار امید در شرکت‌کنندگان در پژوهش، (۰/۳۶± ۳/۷۳) بود. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در شرکت‌کنندگان در پژوهش، (۰/۶۲± ۲/۶۰) بود (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری، سلامت معنوی و ابعاد آن و امید در بیماران مبتلا به سرطان مورد مطالعه

ردیف	پرسشنامه (مقیاس)	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
۱	تاب‌آوری (۴-۰)	تاب‌آوری	۲/۶۰	۰/۶۲
۲	سلامت معنوی (۶-۰)	سلامت مذهبی	۵/۲۰	۰/۵۹
		سلامت وجودی	۳/۸۷	۰/۶۳
		سلامت معنوی	۴/۵۳	۰/۵۱
۳	امید (۵-۰)	امید	۳/۷۳	۰/۳۶

از آزمون همبستگی اسپیرمن انجام شد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با تاب‌آوری ارتباط و همبستگی معناداری دارند (P=۰/۰۰۱ و r= ۰/۵۴۹) و با افزایش سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی)، تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان به طور معنادار و قابل‌توجهی افزایش می‌یابد. همچنین با افزایش امید، تاب‌آوری به طور معناداری افزایش یافت (P=۰/۰۰۱ و r= ۰/۳۴۰)، (جدول ۳).

جدول ۳- تحلیل ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن و امید با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان توحید سنندج

متغیر	سلامت مذهبی		سلامت وجودی		سلامت معنوی		امید	
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۰/۳۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰	۰/۰۰۱

به منظور بررسی و تحلیل ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) و امید با تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان، آزمون رگرسیون چندگانه توأم انجام و کلیه متغیرها به مدل وارد شدند. با توجه به نتایج جدول ۴، مقدار R۲ نشان می‌دهد که ۵۰ درصد تغییرات تاب‌آوری توسط این متغیرها تبیین می‌گردد. همچنین با توجه به مقدار آماره F که برابر با ۴۸/۲۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۰۱؛ خطی بودن روابط بین متغیرهای سلامت معنوی و ابعاد آن و امید با تاب‌آوری نشان داده می‌شود (جدول ۴).

جدول ۴- آماره‌های مربوط به مدل رگرسیون متغیرهای سلامت معنوی و امید با متغیر تاب‌آوری

متغیر	ضریب تعیین	مقدار آماره	سطح معناداری
سلامت معنوی و امید با تاب آوری	۰/۵۰	۴۸/۲۲۲	۰/۰۰۱

پیش‌بینی نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل واردشده (سلامت معنوی و امید) با متغیر وابسته (تاب‌آوری) نشان داد، متغیر سلامت معنوی جزء متغیرهای خارج شده از محاسبات رگرسیونی قرارگرفته است. ارتباط متغیر بعد سلامت وجودی (P= ۰/۰۰۱) در آزمون رگرسیون انجام‌شده با تاب‌آوری بیماران معنادار شده است اما اثرات متغیرهای بعد سلامت مذهبی (P= ۰/۱۰۴) و امید (P= ۰/۶۹۳) معنادار نبوده و تأثیری در پیشگویی متغیر وابسته (تاب‌آوری) ندارند (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای ابعاد سلامت معنوی و امید با متغیر تاب‌آوری

متغیر	ضریب	خطای استاندارد	ضریب تغییرات	سطح معنی‌داری
ثابت	-۰/۱۲۴	۰/۳۹۷	-	۰/۷۵۵
سلامت مذهبی	۰/۰۸۷	۰/۰۵۳	۰/۰۸۳	۰/۱۰۴
سلامت وجودی	۰/۲۳۴	۰/۰۵۹	۰/۲۳۷	۰/۰۰۱
امید	-۰/۰۷۴	۰/۱۸۷	-۰/۰۴۴	۰/۶۹۳

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی و امید با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. در تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به بررسی رابطه سلامت معنوی با تاب‌آوری، یافته‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با تاب‌آوری ارتباط و همبستگی معناداری

وجود دارد بـــه طوری که با افزایش ســـلامت معنوی و ابعاد آن (ســـلامت مذهبی و سلامت وجودی)، تاب‌آوری بیماران مبتلا به ســـرطان به طور معنادار و قابل توجهی افزایش می‌یابد. سلامت معنوی، از مؤلفه‌هایی اســـت که ابعاد مختلف جســـمی و روانی و اجتماعی را باهم هماهنگ کرده و جهت ســـازگاری با مشکلات لازم است. در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ازجمله سرطان، وجـــود این مؤلفه می‌تواند تا حد زیادی بـــر میزان تحمل فرایند مزمـــن روانی و جســـمی بیماری در این بیماران مؤثر باشـــد. در اکثر مطالعات بررسی‌شده نتایجی همسو با نتایج مطالعه حاضر به دســـت آمده است. ساندرسون (Sanderson) نشان داد که تعهد مذهبی و معنویت موجب می‌شود افراد به مکانیسم‌های انطباقی متکی باشند و تاب‌آوری بالاتری داشته باشند. در مطالعه دیگری که توســـط بوور (Bower) و همکاران انجام گرفت آن‌ها به این نتیجه دســـت یافتند که زنان مبتلا به ســـرطان سینه که درک معنوی بالاتری دارند و میزان بالاتری از معنا را دریافت می‌کنند، مقاومت بیشـــتری در مقابل ســـرطان گزارش کرده‌اند (۲۱). در مطالعـــه توانایی و همـــکاران، مطالعه‌ای با هـــدف "تعیین رابطه تاب‌آوری و ســـلامت معنوی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مراحـــل انتهایی" انجام دادند، نتایج نشـــان داد که تاب‌آوری مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مراحل پایانی، به وسیله سلامت معنوی آن‌ها قابل پیش‌بینی بوده و سلامت معنوی و تاب‌آوری با یکدیگر رابطه معنادار دارند و ســـلامت معنوی قادر به پیش بینی تاب‌آوری بود. در واقع به واسطه‌ی سلامت معنوی می‌توان کاهش یا افزایش تاب‌آوری را پیش‌بینی نمود (۲۲).

در پژوهش دیگری که توســـط دارمیان و جـــوادی انجام گرفت، نقش ســـلامت معنوی و تاب‌آوری در همه‌گیـــری کووید ۱۹ بر آســـیب‌پذیری روانی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بین میزان آســـیب‌پذیری روانی افراد و سلامت معنوی ارتباط معنادار آماری وجود داشـــت؛ بـــه افزایش تاب‌آوری و ســـلامت معنوی می‌تواند آســـیب‌پذیری روانی را کاهش دهد (۲۳). در مطالعه‌ای که توســـط ابراهیمی و همکاران با هدف "تعیین رابطه ســـلامت معنوی با تاب‌آوری در بیماران همودیالیزی" انجام شد، رابطه بین سلامت معنوی و تاب‌آوری مستقیم و معنی‌دار بود (۲۴). به نظر می‌رســـد افراد با میزان بالای سلامت معنوی در هنگام رویارویی با مشکلات، بر جنبه‌هایی بیشـــتری از مشکل تمرکز می‌کنند و سازگارتر هســـتند. درصورتی‌که افراد با سطح معناداری پایین به مشکلات با دید منفی‌تری می‌نگرند و ممکن است سازگاری کمی از خود نشـــان دهند؛ بنابراین افزایش میزان ســـلامت معنوی در زندگی نه فقـــط به فرد در غلبه بر ناســـازگاری‌ها کمک می‌کند بلکه به بهبود رضایت شـــخصی از زندگی کمک‌کننده می‌باشـــد. غیرهمســـو با یافته‌های مطالعه حاضر، رگوئرا گارسیا و همکاران، مطالعـــه‌ای با هـــدف "تعیین رابطه بین فعالیت بدنی، احســـاس انسجام، تاب‌آوری و مقابله در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (اماس) در طـــول همه‌گیری کووید-۱۹"را انجـــام دادند؛ که بر اســـاس نتایج، بین تاب‌آوری و ســـلامت مذهبی کـــه جزء ابعاد سلامت معنوی است، همبستگی معناداری وجود نداشت (۲۵).

همچنیـــن در تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به بررســـی رابطه امید با تاب‌آوری، یافته‌ها نشان داد که امید با تاب‌آوری، ارتباط و همبستگی معناداری دارند به طوری که با افزایش امید، تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان به طور معناداری افزایش می‌یابد. افرادی که در زندگی خود تاب‌آوری بالایی دارند، رویکرد مثبتی به زندگی داشـــته و امید بالایی دارند. امید به داشتن زندگی بهتر، منجر به بهبود و ارتقای تطابق و سازگاری در فرد می‌گردد و افراد امیدوار، محرک‌های قوی‌تر و انرژی بیشـــتری برای پیشـــبرد اهداف خود داشـــته و این امر ســـبب بالا رفتن انگیزه برای شرکت فعالانه در فرایندهای حل مسئله، سازگاری و انعطاف‌پذیری آنان که همان تاب‌آوری اســـت، می‌شود. می‌توان انتظار داشـــت که در شرایط بیماری ســـرطان، افراد با تاب‌آوری بالا و تنظیم هیجانی مناسب، امید بالاتری را تجربه کنند. در ســـال‌های اخیر روانشناســـان به ســـازه امید به عنوان نقطه قوت روان‌شناختی نگریسته که هم به بـــالا رفتن تاب‌آوری افراد کمک می‌کند و هم در پرورش و ایجاد سلامت روانی مؤثر است. به نظر می‌رسد بیماران با تاب‌آوری بالا، امید بالاتری دارند. وقتی تاب‌آوری به صورت مثبت و ســـازنده در فرد وجود داشته باشـــد، می‌تواند امید افراد را پیش‌بینی کند. به بیان بهتر، می‌توان گفت که تاب‌آوری بالا و داشـــتن احساســـات مثبت، امید را در زندگی فرد بهبود می‌بخشد.

همســـو با نتایج ارتباط امیـــد با تاب‌آوری در بیمـــاران مبتلا به ســـرطان، مطالعه محمد زاده و جهانـــداری (۲۶)، کریمیان آبدر و کریمی افشـــار (۲۷) و سولانو (Solano) و همکاران (۲۸) بود. در مطالعه‌ی محمد زاده و جهان داری که با هدف "تعیین رابطه

بیـــن تاب‌آوری و تنظیم هیجانی با امید در بین ســـربازان" انجام شـــد، نتایج نشان داد که تاب‌آوری، توان پیش‌بینی امید سربازان را دارد (۲۶). در مطالعـــه کریمیـــان آبدر و کریمی افشـــار که با هـــدف "تعیین رابطه تاب آوری باکیفیـــت زندگی و امید مادران کودک ناشنوا" انجام شد، نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری با امید مادران کودکان ناشنوا رابطه معنادار آماری وجود داشت (۲۷). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ازآنجایی‌که تاب‌آوری بیشتر ویژه شـــرایط سخت و ناگوار است و برخوردار بودن از این قابلیت، تاب و تحمل افراد در برابر مشـــکلات اجتماعی، عاطفی و جسمانی را افزایش می‌دهد. از طریق تاب‌آوری بالا، افراد احساســـات خود را کنترل و با شیوه موفق‌تری در سازش با تجربه‌های منفی زندگی، موفقیت بیشـــتری خواهند داشت و در مقایســـه با افرادی که از تاب‌آوری پایینی برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه می‌کنند. سولانو (Solano) و همکاران، نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند، بین تاب‌آوری و امید در بیماران مبتلا به ســـرطان پیشرفته روده بزرگ متاستاتیک ارتباط وجود دارد، به طوری که بیمارانی که تاب‌آوری کمتری داشـــتند امید کمتری داشـــتند و بیشتر در معرض گزارش سطوح بالاتر رنج قرار داشتند (۲۸). در پژوهش دیگری که توسط صالحی دوست و همکاران، انجام شد، بین امید و تاب‌آوری دانشـــجویان، رابطه معنادار آماری مستقیم وجود داشت (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر نشـــان داد که بین ســـلامت معنوی و امید با تاب‌آوری رابطه معنادار آماری وجود داشت. به طوری که تقویت ســـلامت معنوی و ارتقای امید، باعـــث افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. بررســـی نتایج حاصل از انجام مطالعه، می‌تواند به دانش ما در زمینه‌های روان‌شـــناختی و پیشگیری و درمان بیماری‌های مزمن و روش‌هـــای مقابله با آن کمک‌کننده باشد. همچنین انجام پژوهش در این زمینه، توانایی بهبود زندگی بیمـــاران را تقویـــت کند و منجر به افزایـــش کیفیت زندگی این بیماران شـــود و در نتیجـــه می‌تواند در کنـــار روش‌های درمانی مورد اســـتفاده قرار گیرد. پیشـــنهاد می‌شود که با در نظر گرفتن ســـلامت معنوی به عنوان یکی از فاکتورهای مهم ســـلامتی در بیماران مبتلا به ســـرطان، به افزایش تاب‌آوری بیماران مذکور و تســـریع روند بهبودی آنان کمک گردد. پرستاران، علاوه بر بهبود شرایط سلامت جسمانی بیماران در بهبود شرایط روحی و روانی و معنوی بیماران ســـرطانی نیز نقشی مهمی دارند. آنان با ایجاد ارتباط قوی، ارائه حمایت روحی و روانی، آگاه کردن این بیماران به ارتباط ســـلامت معنوی و امید در جهت بالا بردن تاب‌آوری و سازگاری با شرایط سخت بیماری که با آن مواجهه هستند و ارائه مراقبت‌های مناسب، می‌توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را بهبود بخشـــند و در روند درمان مؤثرتر، نقش بسزایی ایفا کنند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این اســـت که با توجه به اینکه تنها ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بود و جنبه خود گزارشی داشت؛ به علت خستگی، بی‌حوصلگی، درد ناشی از بیماری و عدم تمرکز کافی بیماران در پاسخ به سؤالات به علت دریافت داروهای شیمی‌درمانی، سعی بر آن شد که در زمانی که بیماران استراحت کرده بودند و تمایل به پر کردن پرسشنامه داشتند که بیشتر عصرها بود، پرسشنامه جهت پر کردن به آن‌ها داده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش داخلی جراحی است که در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۳۰ با شماره ۱۴/۴۲۵۵۰/۱۰۳۵۱ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان به تصویب رسیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و اعضا محترم هیئت‌علمی گروه پرســـتاری، پرســـنل محترم مرکز آموزشی- درمانی توحید ســـنندج و بیماران و خانواده‌های عزیزشان که همکاری خود را از ما دریغ نکردند، کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

تضاد منافع

بدین وســـیله نویســـندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: Presentation, investigation and management. British Journal of Hospital Medicine. 2022; 83(2): 1-7. DOI:10.12968/hmed.2021.0459
2. Hasani F, Rezazadeh M, Ganbari Panah A, Khoshkabar A. Effectiveness of schema therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses with marital boredom symptoms. Community Health Journal. 2022; 16(2): 71-81. (Persian) DOI:10.22123/CHJ.2022.237680.1530.
3. Khanjani Z, Bashirpoor Khosroshahi K, Bahadori J. The comparative study of personality traits, stress, and depression on individuals suffering from cancer and normal individuals. Studies in Medical Sciences. 2013; 23(6): 619-27. (Persian) http://umj.umsu.ac.ir/article-1-1569-en.html.
4. Bagheri Zanjani Asl Monfared L, Entesar Foumany G. The effectiveness of group based hope-therapy on increasing resilience and hope in life expectancy in patients with breast cancer. Journal of Health Promotion Management. 2016; 5(4): 58-64. (Persian) URL: http://jhpm.ir/article-1-682-en.html
5. Kestenbaum A, McEniry KA, Friedman S, Kent J, Ma JD, Roeland EJ. Spiritual AIM: Assessment and documentation of spiritual needs in patients with cancer. Journal of Health Care Chaplaincy. 2022; 28(4): 566-77. DOI:10.1080/08854726.2021.2008170
6. Ghaderi A, Tabatabaei SM, Nedjat S, Javadi M, Larijani B. Explanatory definition of the concept of spiritual health: A qualitative study in Iran. J Med Ethics Hist Med. 2018; 11: 3. PMID: 30258553
7. Rabitti E, Cavuto S, Iani L, Ottonelli S, De Vincenzo F, Costantini M. The assessment of spiritual well-being in cancer patients with advanced disease: Which are its meaningful dimensions? BMC Palliative Care. 2020; 19(1): 26. DOI:10.1186/s12904-020-0534-2
8. Estakhri Z, Tajikzadeh F, Kazemi SA. Comparison of the role of religious beliefs in hopefulness and quality of life among cancer and non-cancer patients. Journal of Religion and Health. 2017; 4(2): 1-11. (Persian) http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-333-en.html
9. Ellison CG, Walker AB, Glenn ND, Marquardt E. The effects of parental marital discord and divorce on the religious and spiritual lives of young adults. Social Science Research. 2011; 40(2): 538-51. DOI:10.1016/j.ssresearch.2010.10.010
10. Sepahmansour M, Katebi M. Comparison of health hardness and hope in patients with diabetes and breast cancer. Health Psychology. 2019; 8(31): 155-68. (Persian) DOI:10.30473/hpj.2019.44544.4279
11. Dasht Bozorgi Z, Homaei R. The relationship between self-compassion, social support and hope with subjective well-being of nursing students. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;12(6): 37-44. (Persian) DOI:10.21859/ijnr-12065
12. Sabzevari M, Karamati M, Nasimi S. Correlation between religious orientation and hope with life satisfaction. Journal of Islamic Lifestyle Centered on Health. 2019; 3(2): 91-7. (Persian) URL: https://www.islamiilife.com/article_189512.html?lang=en
13. Lau J, Khoo AMG, Ho AHY, Tan KK. Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. Psycho-Oncology. 2021; 30(7): 1029-40. DOI:10.1002/pon.5666
14. Bajelan M, Zadeh Mohammadi A, Ghorban Jahromi R. Determining the effectiveness of unity-oriented treatment on death anxiety and resiliency in cancer patients. Journal of Applied Psychology. 2022;16(3):112-93. (Persian) DOI:10.52547/APSY.2021.222982.1097
15. Deshields TL, Asvat Y, Tippey AR, Vanderlan JR. Distress, depression, anxiety, and resilience in patients with cancer and caregivers. Health Psychology. 2022; 41(4): 246. DOI:10.1037/hea0001170.
16. Kavak F, Ozdemir A, Dural G. The relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal cancer. Current Psychology. 2021; 40(4): 1788-94. DOI:10.1007/s12144-018-0116-0
17. Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei A, Jokar B, Porshahbaz A. Resilience factors in individuals at risk for substance abuse. Journal of Psychology. 2006; 1(2-3): 203-24. (Persian) http:// www.sid.ir/paper/120410/en
18. Syed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Effect of prayer on the spiritual health of cancer patients. Payesh. 2007; 5(4): 295-304. (Persian) URL: http://payeshjournal.ir/article-1-732-en.html
19. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 60(4): 570. DOI:10.1037/0022-3514.60.4.570.
20. Kashani FL, Vaziri S, Akbari ME, Zeinolabedini N, Sanaei H, Jamshidifar Z. The effectiveness of creating hope on distress of women with breast cancer. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014; 159: 201-5. (Persian) DOI:10.1016/j.sbspro.2014.12.357
21. Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JL. Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. Annals of Behavioral Medicine. 2003; 25(2): 146-55. DOI:10.1207/S15324796ABM2502_11
22. Tavanaie A, Rajabi M, Bitarafan M. The relationship between resilience and spiritual health in the Caregivers of Patients with End Stage Cancer. Islamic Studies in Health. 2020. (Persian) 23. Darmian ME, Javadi SV. Study the role of spiritual health and resilience in pandemic COVID-19 on psychological vulnerability. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2022; 24(5): 349-54. DOI:10.22038/JFMH.2022.21014.
24. Ebrahimi A, Yadollahpour M, Akbarzadeh Pasha A, Seyedi-Andi S, khafri S. The relationship between spiritual health

and resilience in hemodialysis patients. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2021; 23(1): 135-41. DOI:10.22088/jbums.23.1.135. (Persian)

25. Reguera-García MM, Liébana-Presa C, Álvarez-Barrio L, Alves Gomes L, Fernández-Martínez E. Physical activity, resilience, sense of coherence and coping in people with multiple sclerosis in the situation derived from COVID-19. International journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(21):8202. DOI: 10.3390/ijerph17218202.
26. Mohammadzadeh M, jahandari P. The relationship of resilience and emotional regulation with Hope among soldiers. Military Caring Sciences. 2019; 6(3): 198-206. (Persian) DOI:10.29252/mcs.6.3.5
27. Karimian B, Karimi Afshar E. The relationship of resilience with quality of life and life expectancy of the mothers of deaf children. Nursing and Midwifery Journal. 2022;19(11): 888-96. (Persian) DOI:10.52547/unmf.19.11.888
28. Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: A pilot study with metastatic colorectal cancer patients. BMC Palliative Care. 2016; 15(1): 70. DOI:10.1186/s12904-016-0139-y
29. Salehi Doust Z, Paiman Pak F, Pashaei L, Hatami H. Salehidoust Z, Peimanpak F, Pashaei L, Hatami HR. Relationship of resiliency against stress with humor and hope for future in collegiate girls. Women and Study of Family. 2013; 6(22): 99-115. (Persian) URL: https://sid.ir/paper/206313/en