

ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان

The Relations of Perceived Social Support and Religious Beliefs with the Post Traumatic Growth in Cancer Patients

Leila Shamkoeyan
MA in Clinical Psychology

Farah Lotfi Kashani, PhD
Islamic Azad University
Roudehen Branch

فرح لطفی کاشانی
دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد رودهن

لیلا شامکوئیان
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

Shahram Vaziri, PhD
Islamic Azad University
Roudehen Branch

Mohammad Esmail Akbari, PhD
Shahid Beheshti University of
Medical Science

محمداسماعیل اکبری
استاد دانشگاه علوم پزشکی
شهید بهشتی

شهرام وزیری
دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد رودهن

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای انجام شد. بدین منظور ۹۵ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهدای تجریش تهران و ولیعصر زنجان به شیوه نمونه‌برداری در دسترس انتخاب و به سیاهه تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای (تدیسچی و کالاهان، ۱۹۹۶)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت و دیگران، ۱۹۸۸) و سیاهه باورهای مذهبی (وزیری، ۱۳۹۱) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون (ساده و چندگانه) نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای رابطه معنادار مستقیم دارند و این دو عامل به طور مشترک ۱۳/۳ درصد از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را تبیین می‌کنند. از نتایج این پژوهش می‌توان در تدارک برنامه‌های بهبود و ارتقای سطح سلامت روانی و فراهم ساختن امکان تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای، حمایت اجتماعی ادراک شده، باورهای مذهبی، سرطان

Abstract

The purpose of the present study was to determine the relation between perceived social support and religious beliefs with post traumatic growth. Ninety five patients referring to Shohadaye-e-Tajrish Hospital of Tehran and Vali-e-Asr Hospital of Zanjan participated in the study. The participants completed the Traumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), the Perceived Social Support Scale (Zimet et al., 1988) and the Religious Beliefs Inventory (Vaziri, 2012). The data were analyzed using Pearson correlation and regression analysis (simple and multiple). The results indicated that perceived social support and religious beliefs in cancer patients had direct significant relation with post traumatic growth and these two variables jointly explained 13.3 percent of post traumatic growth. The findings suggested the perceived social support and religious beliefs can be used to provide improving plans, promoting mental health, and post traumatic growth.

Key words: post traumatic growth, perceived social support, religious beliefs, cancer

received: 5 October 2013

accepted: 6 January 2014

Contact information: L.Shamkoeyan@gmail.com

دریافت: ۹۲/۷/۱۳

پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۶

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

مقدمه

کردن^{۱۶} و کنار آمدن انتقالی^{۱۷} سوق دهد (دژکام و ضرغام‌حاجبی، ۱۳۸۸).

مدل توصیفی-کنشی^{۱۸}، روی‌آورد فرانظری فردمحور^{۱۹} و نظریه تکاملی زیستی-روانی-اجتماعی^{۲۰}، از عمده‌ترین موضع‌گیری‌های پژوهشی در زمینه تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای هستند. مدل توصیفی-کنشی که توسط تديسچی (۱۹۹۹) ارائه شده و در سال ۲۰۰۴ مورد تجدید نظر قرار گرفته، بیشتر بر فرایند ارزیابی تاکید دارد. در این دیدگاه رویدادهای آسیب‌زا به عنوان چالش‌هایی بر روان‌بنه‌های قبل از ضربه عمل می‌کند و شیوه‌های قبلی حل مسئله فرد نسبت به هیجان‌های شدید را در هم می‌شکند. این رویدادها در ابتدا موجبات آشفتگی روانی فرد را فراهم ساخته و سپس در پاسخ به این شرایط، مکانیزم‌هایی مانند نشخوار فکری^{۲۱} را به راه می‌اندازد تا از تداوم این وضعیت ممانعت به عمل آورد. تديسچی (۱۹۹۹) نشخوار فکری را فعالیتی رفتاری (عمدتاً شناختی) می‌داند که به بازسازی روان‌بنه‌های بعد از ضربه منجر می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا دریابد که چه اتفاقی افتاده است و چگونه باید به این ضربه، واکنش هیجانی نشان دهد (تديسچی و کالاهان، ۲۰۰۴). در روی‌آورد فرانظری فردمحور که عمده‌تاً توسط جوزف (۲۰۰۳) معرفی شده، انسان موجودی جهت‌یافته به سوی تلاش، رشد و دستیابی به تغییرات مثبت است و به طور ذاتی در جهت برون‌سازی شناختی تجربه‌های روانی، تحت تأثیر شرایط محیطی و اجتماعی قرار می‌گیرد (جوزف و لینلی، ۲۰۰۶). روی‌آورد تکاملی روانی-زیستی و اجتماعی که عمده‌تاً متعلق به کریستوفر (۲۰۰۴) است، تغییرات مثبت را رایج‌ترین پیامدی می‌داند که پس از مواجهه با یک ضربه محیطی ظاهر می‌شود. به عبارت دیگر، کریستوفر تغییرات مثبت را به منزله پیامد طبیعی در قبال پاسخ به یک ضربه آسیب‌زا تعریف می‌کند.

افزون بر آن، محققان به ایلوژنی* بودن تغییرات مثبت

ضربه یا تروما^۱، حادثه شدید و سهمگینی است که در طول زندگی بسیاری از افراد به وقوع می‌پیوندد (وازکیوز، سرولون، پرز-سالز، ویدال و گابریت، ۲۰۰۵) و پس از آن پریشانی و رنج بلافاصله در آنها حادث می‌شود (مهنرت و کخ، ۲۰۰۷). اما باید در نظر داشت تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای^۲ می‌تواند گاه در پی رویدادهای منفی مانند تشخیص سرطان اتفاق بیفتد، هر چند ممکن است این تغییرات زمان‌بر باشد و چندین سال به طول بیانجامد. تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای، مجموعه‌ای از تغییرات مثبت پس از ضربه حوادث ناگوار زندگی افراد است که موجب سازش‌یافتگی مطلوب فرد می‌شود (زولنر و مارکر، ۲۰۰۶). در ادبیات تروماشناسی^۳ می‌توان این تغییرات را در پنج مقوله تغییرات ادراک‌شده از خود^۴، تغییر در رابطه با دیگران، روحانیت افزایش‌یافته^۵ یا تغییر در فلسفه زندگی، افزایش هشیاری خود درباره امکانات قبلی^۶ و افزایش اندریافت از زندگی^۷ طبقه‌بندی کرد (گروباخ و رسیک، ۲۰۰۷؛ تديسچی و کالاهان، ۲۰۰۴). تغییر در فلسفه زندگی می‌تواند به عنوان یک تفسیر جدید و چشم‌انداز مثبت به زندگی نمایان شود. افرادی که این نوع تغییر را تجربه کرده‌اند ادعای درک کامل‌تر و لذت‌بخش‌تری از زندگی روزمره‌شان دارند (اشنایدر، ۲۰۱۱). تديسچی و کالاهان (۱۹۹۶) یک مدل تجربی از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای ارائه دادند. براساس این مدل، رویدادهای منفی زندگی مانند ابتلا به بیماری‌های مزمن در برخی از افراد می‌تواند منجر به نتایج مثبت شود. جوزف و لاینلی (۲۰۰۶) بر این باورند که برخلاف تصور قبلی که ضربه به عنوان عامل آسیب‌رسان به جسم، روان و روابط بین فردی تلقی می‌شد، اثرات و نشانه‌های تغییرات مثبت آن می‌تواند افراد را به سمت موضوع‌هایی چون منفعت‌یابی^۸، برومند شدن^۹، آگاهی وجودی تعالی‌یافته^{۱۰}، منافع ادراک‌شده^{۱۱}، رشد تخصصی^{۱۲}، تغییر منزلت^{۱۳}، خودتجدیدی^{۱۴}، رشد مرتبط با تنیدگی^{۱۵}، تلاش

* ایلوژن وضعیتی است که فرد با حادثه‌های منفی روبه‌رو شده و به ارزیابی مثبت در مورد آن بپردازد و مهار شخصی خود را مورد چالش قرار دهد. در این شرایط، فرد تلاش می‌کند تا ادراک مثبت از حادثه پیش‌آمده را افزایش دهد. این حالت را نمی‌توان تغییر مثبت تلقی کرد زیرا با یک تحریک کوچک، فرد به حالت اولیه خود باز می‌گردد و ارزیابی مثبت او از بین می‌رود.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| 1. trauma | 8. benefit finding | 15. stress-related growth |
| 2. post traumatic growth | 9. flourishing | 16. thriving |
| 3. Traumatology | 10. heightened existential awareness | 17. transformational |
| 4. self-perceived changes | 11. perceived benefits | 18. functional-descriptive model |
| 5. increased spirituality | 12. adversarial growth | 19. meta-theoretical person-centered perspective |
| 6. higher self-consciousness of the previous possibilities | 13. quantum change | 20. biopsychosocial-evolutionary view |
| 7. higher apperception of the life | 14. self-renewal | 21. rumination |

لیلا شامکوئیان، فرح لطفی کاشانی، شهرام وزیری، محمداسماعیل اکبری

موجب این ادراک می‌شود که او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (تیلور و دیگران، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با سرطان و شرایط تنیدگی‌زا، تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (لی، یوچونگ، بوک‌پارک و هونگ‌چانگ، ۲۰۰۴) و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای بین عوامل تنیدگی‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمانی و روانی و همچنین تقویت شناخت در افراد با کاهش تنش تجربه‌شده، موجب بهبود سلامت روانی و جسمانی و کیفیت زندگی افراد می‌شود (لنگلند، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی به مدیریت تنیدگی‌های روانی و اصلاح روان‌بنه‌ها کمک می‌کند، احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبودی را تسریع، مرگ و میر را کاهش و سلامت روانی را تامین می‌کند (آسس، فوسا، دهل و مو، ۱۹۹۷). حمایت اجتماعی با پاسخ‌های ایمنی بدن و سلامتی عمومی ارتباط دارد (بوویر، چاموت و پرگر، ۲۰۰۶) و به مثابه یک تعدیل‌کننده تجربه سوگ عمل می‌کند (استروب، زچ، استروب و اباکومکین، ۲۰۰۵). زهانگ و ورهوف (۲۰۰۲) نشان دادند حمایت خانوادگی بیمار، نیرومندترین و پایدارترین پیش‌بینی‌کننده پیروی از دستورات درمانی است. روگیرو، اسپیریتو، پُن، کویستان و مک‌گری (۱۹۹۰) معتقدند سطوح بالای حمایت اجتماعی با بهبود خودمدیریتی^۴ در بیماری‌های مزمن همراه است. ننووا، دوهامل، زمون، رنی و رد (۲۰۱۳) و بوزو، کندوگ و بایی‌کازیک-کلک (۲۰۰۹) با بررسی بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند بین تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای با حمایت اجتماعی و حوزه‌های مختلف آن رابطه معنادار وجود دارد. اشنایدر (۲۰۱۱) به تعیین سهم مهارت مقابله، حمایت‌های اجتماعی و شدت اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای در پیش‌بینی تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای کودکان و نوجوانان ناشی از توفان کاترینا^۵ پرداخت و حمایت‌های اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای معرفی کرد. نتایج پژوهش لاو و سابستون

پس از ضربه نیز اشاره کرده‌اند. در همین راستا، سومالا، اچوآ و بلنکو (۲۰۰۹) تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را یک راهبرد یا یک شیوه مقابله‌ای معرفی می‌کنند که اصلی‌ترین مکانیزم آن درون‌سازی است؛ فرد اطلاعات حاصل از ضربه را برحسب راهبردهای مقابله‌ای به صورت مثبت وارد ساختار روانی خود کرده و از این طریق در قبال تغییرپذیری خویشتن مقاومت می‌کند. تیلور و آلبرت (۱۹۹۶) که از پیشروترین نظریه‌پردازان ایلوژنی بودن اثرات مثبت ضربه‌ها هستند، در نظریه تطبیق جانبی^۱ خود بیان کرده‌اند افراد در قبال تجارب بحرانی و تغییرات ناگهانی و شدید زندگی، نیاز دارند تداوم و ثبات درونی خود را حفظ کنند. فرد هنگام مواجهه با یک موقعیت بحرانی، ادراک متفاوتی از هویت اخیر و هویت قبلی خود دارد. این امر موجب می‌شود با تحریف هویت قبلی، میزان تنش حاصل از موقعیت را تقلیل دهد. مطالعه ویدوز، جاکوپسن، بووس-جانز و فیلدز (۲۰۰۵) در مورد اسناد افراد، قبل و بعد از کاشت مغز استخوان در بیماران سرطانی، حمایت‌هایی را برای نظریه آلبرت فراهم ساخته است.

پژوهش‌ها در رابطه با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای نشان می‌دهند چنین تغییراتی در کودکان ناچیز است یا اصلاً وجود ندارد (تدیسچی، ۱۹۹۹؛ هادوین، گاردنر و پرزاولیواز، ۲۰۰۶) و با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد (گروباخ و رسیک، ۲۰۰۷) و در زنان و مردان متفاوت است (ویدوز و دیگران، ۲۰۰۵).

برخی از ویژگی‌های شخصیتی، محیطی یا مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند به عنوان عوامل موثر بر تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای مطرح شوند که موجب دست‌یابی به مهارت‌های مقابله‌ای و سازش‌یافتگی در برابر عوامل تنیدگی‌زا از جمله حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۲ (اسکروز، هلگسون، ساندرمن و رانچور، ۲۰۱۰) و باورهای مذهبی^۳ (اکبری، لطفی‌کاشانی، فلاح، کشمیر و آذرگش، ۲۰۱۲) می‌شوند.

حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی دارد (ساراسون، ۱۹۸۸) که با ایجاد تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی، اضطراب را کاهش می‌دهد، فرصت خودشکوفایی و رشد را برای فرد فراهم می‌کند (قنوتیان، جمشیدی‌میانرود و نوروزی‌دهمیران، ۱۳۸۱) و

بهبودی روان‌شناختی و سبک زندگی (دوسی، ۲۰۰۰)، ارتقای بهداشت روانی و پایداری عاطفی (کوئینگ و دیگران، ۱۹۹۷)، کاهش تنیدگی‌های روان‌شناختی و مرگ و میر (راسیک، روبین‌سون، بولتون، بین‌ونیو و سارین، ۲۰۱۱) و پیشگیری از رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد و الکل (مارسیگلیا، کولیس، نیری و پارسایی، ۲۰۰۵) نشان داده شده است. انسان هنگام مناجات، به خداوند پناه می‌برد و بازگو کردن مشکلات اضطراب‌زا، سبب تخلیه هیجانی، اطمینان به خویشتن، حس امیدواری، احساس امنیت و ایجاد آرامش در فرد می‌شود (لاتوره، ۲۰۰۴). در همین راستا، اسپیکلا و دیگران (۱۹۸۵) نیز مشخص ساختند مذهب در فرایند مقابله با مشکلات، با ایجاد معنا برای زندگی، در افراد احساس مهار را هنگام مواجهه با موقعیت‌های مختلف ایجاد می‌کند. کالاهان، کانن، تدیسچی و مک‌میلان (۲۰۰۰) نیز دریافتند پردازش شناختی افرادی که دارای باورهای مذهبی هستند آنها را به سطح قابل توجهی از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای می‌رساند. تامبر، شرم و سیمسون (۲۰۱۰) و دناهور و دیگران (۲۰۱۳) نیز دریافتند باورهای مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان و خانواده‌های آنها قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای است. ویچمن‌اسکی و مگ‌یار-اسل (۲۰۰۹) و مک‌گینز (۲۰۱۱)، بدین نتیجه رسیدند که داشتن اعتقادات مذهبی قوی، بازایی سلامتی را در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تسریع می‌سازد، چرا که افراد به کمک این باورها برای مقابله با تنیدگی. توانایی بیشتر برای رسیدن به تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را به دست می‌آورند. بلیزی و دیگران (۲۰۱۰) با بررسی رابطه بین نژاد، دینداری و تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان پستان دریافتند زنان امریکایی آفریقایی‌تبار، سطوح بالاتری از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را نسبت به زنان سفیدپوست گزارش کردند.

مذهبی بودن، اسناد مذهبی و کنار آمدن مذهبی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی برای تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای است (پارک، ۲۰۰۶؛ پولوتیزین و پارک، ۲۰۰۵؛ تدیسچی و کالاهان، ۲۰۰۴). پروفیت، کانن، کالاهان و تدیسچی (۲۰۰۷)

نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده در اتخاذ راهبردهای سازش‌یافته برای تحمل رنج و درد از سوی جوانان نجات‌یافته از سرطان و پرورش و توسعه تجارب تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای، از اهمیت بسزایی برخوردار است. باسل و نایوس (۲۰۱۰) در یک مطالعه دو مرحله‌ای، پیش‌بین‌های سازش‌یافتگی و رنج دوره شیمی‌درمانی و تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را دو سال بعد از ابتلا به بیماری سرطان در زنان، مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست‌یافتند که حمایت اجتماعی و راهبردهای شناختی مذهب، عوامل تعدیل‌کننده در بازسازی، پذیرش، سازش‌یافتگی و کاهش حالت‌های خستگی و آشفتگی در بیماران هستند. هلگسون و کوهن (۱۹۹۶) با مطالعه بیماران مبتلا به سرطان دریافتند، حمایت از سوی دیگران مانند سپری در مقابل پیامدهای منفی بیماری و درمان بیماران عمل می‌کند. به عقیده این مؤلفان نظریه پردازش شناختی-اجتماعی، یک چهارچوب سودمند برای بررسی تأثیر زمینه‌های اجتماعی در تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای است. در این نظریه، تعامل‌های حمایت اجتماعی می‌توانند باعث تسهیل یا مانع پردازش شناختی دستیابی به تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای شود.

باورهای مذهبی نیز می‌تواند یکی دیگر از عوامل مؤثر بر تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای باشد. شولز (۲۰۰۲) باورهای مذهبی و معنویت را تجربه ارتباط معنادار با خود، دیگران، جهان و یک قدرت برتر از طریق واکنش‌ها، روایت‌ها و رفتار تعریف می‌کند. این دو با یکدیگر همپوشی دارند (بالبونی و دیگران، ۲۰۰۷) و چهارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آنها، انسان می‌تواند معنا، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی و مرگ را درک کند (اسپیکلا، شاور و کرک‌پاتریک، ۱۹۸۵) و با ایجاد امید، خوش‌بینی افراد را افزایش دهد (صدری و جعفری، ۱۳۸۹). بسیاری از پژوهش‌ها حاکی از رابطه دین با احساس‌ها و عواطف مثبت در زندگی هستند (رجایی، بیاضی و حبیبی‌پور، ۱۳۸۸). برخی از روان‌شناسان مانند جیمز (۱۹۸۵)، آلپورت (۱۹۵۰)، یونگ (۱۹۸۸) به نقش درمانی و تأثیرات مثبت باورهای مذهبی بر زندگی افراد اشاره دارند. تأثیر باورها و آیین‌های مذهبی بر رضایت از زندگی،

گذشت حدود شش تا هفت ماه از تشخیص سرطان، نرسیدن بیماری سرطان به سطح چهارم و داشتن تجربه درمان‌های مختلف مانند جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی. دامنه سنی بیماران ۱۴ تا ۷۲ سال با میانگین ۳۹/۵ سال و انحراف استاندارد ۱/۱۵۶ بود. ۸۵ درصد بیماران زن و بیشترین فراوانی مربوط به بیماران مبتلا به سرطان پستان (۴۴/۱ درصد)، سرطان روده (۸/۸ درصد)، لنفوم و هوچکین (هر کدام ۷/۴ درصد)، سارکوم، آندومتر و معده (مجموعاً ۱۵/۴ درصد) و سایر موارد (۱۶/۹ درصد) بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

سیاهه تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای^۱ (PTGI): تدیسچی و کالاهان، (۱۹۹۶). این سیاهه که به سنجش نتایج مثبت از تجربه یک رویداد منفی زندگی می‌پردازد، مشتمل بر ۲۱ گزاره در مقیاس لیکرت با دامنه صفر (اصلاً) این تغییر را نتیجه بحران نمی‌دانم) تا پنج (خیلی زیاد) این تغییر را به میزان مقیاس شیوه‌های جدید، تغییر در ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی است. تدیسچی و کالاهان (۱۹۹۶) اعتبار بازآزمایی کل این سیاهه را ۰/۷۱، همسانی درونی آن را ۰/۹۰ و همسانی درونی مقیاس‌های آن را ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ گزارش کردند و روایی سازه این سیاهه را تأیید کردند. اعتبار این سیاهه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای ماده‌ها با یکدیگر است.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۲ (MSPSS): زیمت^۳، دالم^۴، زیمت^۵ و فارلی^۶ ۱۹۸۸ نقل از فیشر و کونکوران، (۲۰۰۶). این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای معتبر است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد مهم، حیطه خانواده و دوستان را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد سه‌گانه افراد مهم، خانواده و دوستان در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ به دست آمد (شکری، فراهانی، کرمی‌نوری و مرادی، ۱۳۹۱). اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ محاسبه شد.

سیاهه باورهای مذهبی^۷ (وزیری، ۱۳۹۱ نقل از شامکوئیان،

بر این باورند که عقاید دینی می‌تواند به عنوان بخشی از تلاش در جهت یافتن معنا در زندگی مهم باشد. چنین عقایدی، چهارچوب سودمندی برای تبیین این امر که چرا موقعیت‌های چالش‌برانگیز شکل می‌گیرند و نحوه برخورد با این چالش‌ها، چه پیامدهایی را به دنبال دارد، تدارک می‌بیند. امی و پارک (۲۰۰۷) در تحقیق خود نشان دادند بیماران که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند و در زندگی روزانه خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جست و جو ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی و اجتماعی، امیدداشتن و شناخت خدا به عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روانی بیشتری دارند. افزون بر آن، باورهای مذهبی، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهبود رفتارهای مربوط به سلامت (استراوتبرجد، شما، کوهن و کاپلان، ۲۰۰۱) و اثر چشمگیری در تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای دارد (سیدمحمودی، رحیمی و محمدی، ۲۰۱۱).

با توجه به تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده (بوزو و دیگران، ۲۰۰۹) و باورهای مذهبی (بلیزی و دیگران، ۲۰۱۰) و بررسی تأثیر همزمان این دو متغیر (باسل و نایوس، ۲۰۱۰) به عنوان دو ویژگی روان‌شناختی تأثیرگذار بر تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماری‌های مزمن، پژوهش حاضر با هدف تعیین چگونگی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی بر تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و از نظر روش، از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش مشتمل بر کلیه زنان و مردان مبتلا به انواع سرطان در شهرستان‌های تهران و زنجان در سال ۱۳۹۱ بود. از این جامعه، ۹۵ بیمار مبتلا به سرطان از بین مراجعان بیمارستان‌های شهدای تجریش تهران، ولیعصر (عج) زنجان و موسسه خیریه مهرانه زنجان به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود افراد به این پژوهش عبارت بود از

- | | | |
|---|------------------|--------------------------------|
| 1. Post Traumatic Growth Inventory (PTGI) | 4. Dahlem, N.W. | 7. Religious Beliefs Inventory |
| 2. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) | 5. Zimet, S. G. | |
| 3. Zimet, G. D. | 6. Farley, G. K. | |

لطفی کاشانی، وزیری و اکبری، ۱۳۹۱). این سیاهه با ۹ ماده و براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. اعتبار این سیاهه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ به دست آمد و روایی محتوای آن به تأیید دو استاد متخصص رسیده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون

گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهند همبستگی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای مثبت معنادار است.

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای مورد بررسی

متغیر	M	SD	۱	۲
۱. تغییرات مثبت پس از ضربه	۷۴/۰۲	۱۳/۵۴۳	-	
۲. حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۳۵/۰۵	۹/۷۹۴	۰/۳۲۶**	
۳. باورهای مذهبی	۲۸/۲۸	۵/۷۶۶	۰/۲۴۵*	۰/۲۶۴**

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

۱۳/۳ درصد از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را به طور معنادار تبیین می‌کنند. مقادیر F محاسبه‌شده در گام اول (۱۱/۰۴۹) و در گام دوم (۷/۰۸۲) معنادار بودن مدل رگرسیون را آشکار کردند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند حمایت اجتماعی ۱۰/۶ درصد از تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را به طور معنادار تبیین می‌کند. در گام دوم با اضافه شدن متغیر باورهای مذهبی، دو متغیر به طور مشترک

جدول ۲

خلاصه تحلیل واریانس گام به گام برای پیش‌بینی تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای

متغیر	df	SS	MS	F	R ^۲
گام اول					
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۱	۱۸۳۰/۷۱۹	۱۸۳۰/۷۱۹	۱۱/۰۴۹*	۰/۱۰۶
باقی‌مانده	۹۳	۱۵۴۰۹/۲۳۹	۱۶۵/۶۹۱	-	
کل	۹۴	۱۷۲۳۹/۹۵۸	-		
گام دوم					
حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی	۲	۲۳۰۰/۱۵۵	۱۱۵۰/۰۷۸	۷/۰۸۲*	۰/۱۳۳
باقی‌مانده	۹۲	۱۴۹۳۹/۸۰۳	۱۶۳/۳۹۸	-	
کل	۹۴	۱۷۲۳۹/۹۵۸	-		

*P<۰/۰۱

این یافته می‌تواند به نقش حمایت اجتماعی در کاهش تنیدگی اشاره کرد. اقدامات حمایتی، نحوه مقابله با تنیدگی را بهبود می‌بخشد و درک حمایت‌های موجود باعث می‌شود موقعیت تهدیدآمیز کمتر تنیدگی‌زا ارزیابی شود. در واقع حمایت اجتماعی ادراک‌شده به بیمار مبتلا به سرطان کمک می‌کند زودتر به تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای دست یابد چرا که این تغییرات مثبت می‌تواند باعث تغییر در روابط بین فردی و قدرشناسی بیشتر از اعضای خانواده و دوستان، صمیمیت و نوع‌دوستی شود (جوزف و لاینلی، ۲۰۰۶). تندیسی (۱۹۹۹) معتقد است تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای یک احساس مطلوب و رضایت‌بخش از خود، احساس شایستگی و رفتار ارتجالی هنگام

بحث

هدف این پژوهش تعیین میزان ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی در ایجاد تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج، رابطه معنادار حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای را نشان داد که این یافته با یافته‌های استروب و دیگران (۲۰۰۵)، اشنايدر (۲۰۱۱)، آسس و دیگران (۱۹۹۷)، باسل و نایوس (۲۰۱۰)، بوویر و دیگران (۲۰۰۶)، تیلور و دیگران (۲۰۰۴)، روگیرو و دیگران (۱۹۹۰)، زهانگ و ورهوف (۲۰۰۲)، قنوتیان و دیگران (۱۳۸۱)، لنگلند (۲۰۱۱)، لی و دیگران (۲۰۰۴) و نووا و دیگران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین

بنابراین باورهای مذهبی در بطن حمایت اجتماعی قرار گرفته و با توجه به مسائل فرهنگی و اعتقادی در نمونه مورد پژوهش، متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند سهم قابل توجهی از متغیر باورهای مذهبی را در تبیین تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای توضیح دهد.

اگر از زاویه روی‌آوردهای نظری موجود در مورد تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای به این پدیده نگاه شود، این نکته آشکار می‌شود که برای رسیدن به تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای باید منابعی موجود باشد که امکان بازسازی روان‌بنه‌های پس از ضربه را میسر سازند تا فرد شیوه جدیدی را در رابطه با موضوع‌ها پیدا کند. محدود بودن نمونه از نظر موقعیت مکانی و مقطعی بودن جمع‌آوری اطلاعات از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شوند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، ارتباط متغیرهای دیگر با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای نیز مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان به شناخت دقیق‌تری از این پدیده دست یافت.

منابع

- رجایی، ع.، بیاضی، م. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶ (۲۲)، ۹۷-۱۰۷.
- شامکوئیان، ل.، لطفی کاشانی، ف.، وزیری، ش. و اکبری، م. ا. (۱۳۹۱). تعیین سهم خودکارآمدی، باورهای مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی رشد پس از تروما در بیماران سرطانی. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- شکری، ا.، فراهانی، م.، کرمی‌نوری، ر. و مرادی، ع. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹ (۳۴)، ۱۴۳-۱۵۶.
- صدری، ج. و جعفری، ع. (۱۳۸۹). بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۲ (۳)، ۱۲۳-۱۲۸.
- قنوتیان، م.، جمشیدی‌میانرود، ل. و نوروزی‌دهمیران، و.

مواجهه با چالش‌های زندگی، تغییر در روابط بین فردی به طور خاص، روابط نزدیک‌تر با افراد خانواده و افراد مهم دیگر، آشتی‌گرایی، نوع‌دوستی بیشتر، حساسیت فزون‌یافته نسبت به دیگران و پذیرش بیشتر کمک و کمک به دیگران را ایجاد می‌کند.

افزون بر آن، این پژوهش نشان داد بین باورهای مذهبی و تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای رابطه مستقیم وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (برای مثال، استراوبرج و دیگران، ۲۰۰۱؛ امی و پارک، ۲۰۰۷؛ بلیزی و دیگران، ۲۰۱۰؛ پروفیت و دیگران، ۲۰۰۷؛ پولوتیزین و پارک، ۲۰۰۵؛ تامبر و دیگران، ۲۰۱۰؛ دناهور و دیگران، ۲۰۱۳؛ سیدمحمودی و دیگران، ۲۰۱۱؛ کالاهان و دیگران، ۲۰۰۰؛ مک‌گینز، ۲۰۱۱؛ ویچمن‌اسکی و مگ‌یار-اسل، ۲۰۰۹؛ هلگسون و کوهن، ۱۹۹۶) همخوانی داشت. یک توجیه احتمالی برای این یافته آن است که وقتی افراد معتقدند منبعی از قدرت و انرژی وجود دارد که آنها را دوست می‌دارد و می‌توانند به آن تکیه کنند و هر زمان که بخواهند قادر هستند با او سخن بگویند، احساس خودمهارگری بر وقایع پیدا می‌کنند و کمتر دچار ترس و نگرانی از عواقب بیماری می‌شوند. با سیر زمانی بیماری (مزمین یا حاد) راحت‌تر کنار آمده و کمتر دستخوش افکار و هیجان‌های منفی می‌شوند. شواهد نشان می‌دهند ارتباط بین باورهای مذهبی و تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای انکارناپذیر است (پارک، ۲۰۰۶). می‌توان این‌طور بیان کرد که تعمیق و تازه کردن روی‌آورد و فلسفه زندگی در این افراد، رنگ و بوی مذهبی دارد. این افراد مدعی نزدیک شدن به خدا، سطح بالایی از ایمان، تعهد بیشتر به الزامات دینی و عمل به مناسک مذهبی هستند.

در نهایت، اضافه کردن متغیر باورهای مذهبی به مدل ارتباط حمایت اجتماعی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای نشان داد ضریب تعیین متغیرها افزایش یافته است اما حضور متغیر باورهای مذهبی در الگو معنادار نبود. این یافته با یافته‌های مطالعات ولن، رگا، گالتی و کوهن (۲۰۰۶) همخوانی دارد. شاید بتوان گفت افراد مبتلا به سرطان در بطن باورهای مذهبی به دنبال یک حامی مقتدر و پشتیبانی قدرتمند هستند.

- survivors. *Journal of Health Psychology*, 15 (4), 615-626.
- Bozo, O., Gündođdu, E., Büyükasik-Colak, C. (2009).** The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-post-traumatic growth relationship in post-operative breast cancer patients. *Journal Health Psychology*, 14 (7), 1009-1020.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Pereger, T. V. (2006).** Percieved stress, internal resources and social support as determinats of health among young adults. *Quality of Life Research*, 13, 161-170.
- Bussell, V. A., & Naus, M. J. (2010).** A longitudinal investigation of coping and post-traumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28 (1), 61-78.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000).** A correlational test of the relationship between post-traumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 521-527.
- Christopher, M. (2004).** A broader view of trauma: A bio-psycho-social evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 75-98.
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Daley, K., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Carroll, S., Triplett, K. N., Calhoun, L. G., Cann, A. & Powell, B. L. (2013).** A longitudinal investigation of post-traumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medicin Settings*, 20 (1), 13-24.
- (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سلامت روان با تفکر پارانویید و حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز .
- دژکام، م. و ضرغام‌حاجبی، م. (۱۳۸۸). استتجاله: مطالعه و بررسی پاسخ‌های انطباقی به ضربه. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۰(۳)، ۱۷-۳۲.
- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A., & Moe, T. J. (1997).** Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian radium hospital. *European Journal of Cancer*, 33 (10), 1597-1604.
- Akbari, M. E., Lotfi Kashani, F., Fallah, R., Keshmir, F., & Azargashb, E. (2012).** Post-traumatic growth in breast cancer. *Middle East Journal of Cancer*, 3 (2 & 3), 35-44.
- Allport, G. W. (1950).** *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan.
- Amy, A. I., & Park, C. L. (2007).** Psychosocial mediation of religious copying styles. *Pe-rsonality & Social Psychology Bulletin*, 33 (6), 867-882.
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, G. (2007).** Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (5), 555-560.
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., Baumgartner, K. B., & Ballard-Barbash, R. R. (2010).** Post-traumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer

- chiatric Care*, 40 (1), 2-40.
- Langeland, E. (2011).** The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 830-837.
- Lee, E. H., Yae Chung, B., Boog Park, H., & Hong Chung, K. (2004).** Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (5), 425-433.
- Love, C., & Sabiston, C. M. (2011).** Exploring the links between physical activity and post-traumatic growth in young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 20 (3), 278-286.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Nieri, T., & Parsai, M. (2005).** Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 585-598.
- McGinnis, C. K. (2011).** *Finding the silver lining: Post-traumatic growth after traumatic brain injury*. Thesis, Chestnut Hill College in Pennsylvania.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007).** Prevalence of acute and post-traumatic disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology*, 16 (3), 181-188.
- Nenova, M., Duhamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013).** Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psychooncology*, 22 (1), 195-202.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005).** *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. **Dossey, L. (2000).** Prayer and medical science. *Archives of Internal Medicine*, 160, 135-138.
- Fischer, J., & Concoran, K., (2006).** Measures for clinical practice and research: *Adults* (vol. 2) Oxford University Press Inc.
- Grubaugh, L. A., & Resick, A. P. (2007).** Post-traumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 10, 1-14.
- Hadwin, J. A., Garner, M., & Perez-Olivas, G. (2006).** The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 876-894.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996).** Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlation, and intervention research. *Health Psychology*, 15 (2), 135-148.
- James, W. (1985).** *The varieties of religious experience: A case study in human nature*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Joseph, S. (2003).** Person-centered approach to understanding post-traumatic stress. *Person-Centered Practice*, 11, 70-75.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006).** Comment: positive psychology versus the medical model? *American Psychologist*, 61(4), 332-333.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B., & Landerman, L. R. (1997).** Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5 (2), 131-144.
- La Torre, M. A. (2004).** Prayer in psychotherapy: An important consideration. *Perspectives in Psy-*

- Schuls, E. k. (2002).** *The meaning of spirituality in the lives and adaptation processes of individuals with disabilities.* Unpublished Doctoral Dissertation, Texas Whomas University, Denton, Texas.
- Seidm Mahmoodi, J., Rahimi, C., & Mohamadi, N. (2011).** Resiliency and religious orientation: Factors contributing to post-traumatic growth in Iranian subjects. *Iranian Journal of Psychiatry, 6* (4), 145-150.
- Spikla, B., Shaver, P., & Kirkpatrick, L. (1985).** A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion, 24* (1), 1-20.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Chohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001).** Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine, 23* (1), 68-74.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005).** Does social support help in bereavement? *Journal Social and Clinical Psychology, 24* (7), 1030-1050.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009).** Post-traumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review, 29* (1), 24-33.
- Taylor, S. E., & Albert, D. A. (1996).** Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality, 64* (4), 873-898.
- Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004).** Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology, 87* (3), 354-362.
- New York: Guilford press.
- Park, S. (2006).** Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of post-traumatic growth and developmental resources. *Personality and Individual Differences, 67*, 156-168.
- Proffitt, D., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2007).** Judeo-Christian clergy and personal crisis: Religion, posttraumatic growth and well being. *Journal of Religion and Health, 46* (2), 219-231.
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011).** Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research, 45* (6), 848-854.
- Ruggiero, L., Spirito, A., Bond, A., Coustan, D., & McGarey, S. (1990).** Impact of social support and stress on compliance in women with gestational diabetes. *Diabetes Care, 3* (4), 441-443.
- Sarason, I. G. (1988).** Social support personality and health .In M. Janniss (ed.), *Individual differences, stress and health psychology*, (pp. 109-128). New York: Springer.
- Schexnaildre, A. M. (2011).** *Predicting post-traumatic growth: Coping, social support, and post-traumatic stress in children and adolescents after hurricane katrina.* Master thesis, Louisiana State University.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010).** Type of social support matters for prediction of post-traumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology, 19* (1), 46-53.

- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005).** Predictors of post-traumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health psychology, 24*, 266-273.
- Wiechman Askay, S., & Magyar-Russell, G. (2009).** Post-traumatic growth and spirituality in burn recovery. *International Review of Psychiatry, 21* (6), 570-579.
- Young, C. (1988).** New age spirituality. *Self Society, 16* (5), 195-201.
- Zhang, J. J., & Verhoef, M. J. (2002).** Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science & Medicine, 55* (10), 1795-1802.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988).** Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52* (1), 30-41.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006).** Post-traumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.
- Tedeschi, G. R. (1999).** Violence transformed: Post-traumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior, 4* (3), 319-341.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996).** The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9* (3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004).** The Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Thombre, A., Sherman, A. C., & Simonton, S. (2010).** Religious coping and post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients in India. *Journal of Psychosocial Oncology, 28* (2), 173-88.
- Vazquez C., Cervellón P., Pérez-Sales P., Vidales D., & Gaborit M. (2005).** Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador. *Anxiety disorders, 19*, 313-328.
- Vellone, E., Rega, M. L., Galletti, C., & Cohen, M. Z. (2006).** Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing, 29* (5), 356-366.