نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنای زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ

هانیه بلوچی[۱]، مریم بزرگ‌منش[۲]، آزیتا امیرفخرایی[۳]، طیبه شفاعت[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان، از جمله عوامل مهم در زندگی انسان می‌باشد که جهت بهبود بیماری‌های جسمی نیز اهمیت دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنای زندگی با سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بود.

مواد و روش‌ها: نمونه‌های این مطالعه، ۱۲۰ بیمار مبتلا به سرطان روده بزرگ در مراحل ۲ و ۳ بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس معنا در زندگی (Meaning in Life Scale یا MiLS)، مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (Spiritual Well-Being Scale یا SWBS)، مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale یا CD-RISC) و پرسش‌نامه ۲۵-Symptom Checklist (SCL-۲۵) بود.

یافته‌ها: ارتباط مثبت و معنی‌داری بین معنای زندگی، سلامت معنوی و تاب‌آوری با سلامت روان وجود داشت. شاخص‌های معنای زندگی و سلامت معنوی نمی‌توانند پیش‌بینی کننده معنی‌داری سلامت روان باشند. تاب‌آوری پیش‌بینی کننده مثبت و معنی‌دار سلامت روان بود. دیدگاه، ارزش‌ها و اهداف از مؤلفه معنی‌داری زندگی، می‌توانند منجر به افزایش تاب‌آوری و در نتیجه، افزایش سلامت روان شوند. همچنین، بین متغیرهای معنای زندگی، سلامت معنوی و تاب‌آوری با سلامت روانی بیماران رابطه معنی‌دری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: دیدگاه، ارزش‌ها و اهداف از مؤلفه معنی‌داری زندگی، می‌توانند به واسطه افزایش تاب‌آوری، باعث کاهش اختلالات روانی یا افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ شوند.

واژه‌های کلیدی: معنویت، تاب‌آوری، سلامت روان، سرطان روده بزرگ

ارجاع: بلوچی هانیه، بزرگ‌منش مریم، امیرفخرایی آزیتا، شفاعت طیبه. **نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنای زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۴): ۴۱۹-۴۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۶/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۸/۱۱

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که سالانه انواع مختلف سرطان در بیش از ۱۰ میلیون نفر تشخیص داده می‌شود و انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰، سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته است. بر اساس آمار ارایه شده از طرف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، از ۵۸ میلیون مرگ در سراسر دنیا، ۶/۷ میلیون آن‌ها به علت سرطان بوده است (۱۳ درصد) و بر اساس آمار انتشار یافته از سوی همین سازمان، ۱۳/۴ درصد مرگ و میر در ایران تا سال ۲۰۳۰ به علت سرطان خواهد بود (۱).

با وجود مشکلات روحی- روانی بیماران مبتلا به سرطان که علاوه بر مشکلات جسمی آن‌ها را تهدید می‌کند، این بیماران ممکن است در مقابله با این همه درد و رنج، تحمل خود را از دست بدهند و تاب‌آوری کمتری از خود نشان دهند. بنابراین، باید به دنبال چاره‌ای جهت افزایش تاب‌آوری و نیروی محرکه‌ای برای تقویت روحیه بیماران بود. به نظر می‌رسد که معنویت می‌تواند یکی از راهکارهای بهبود دهنده باشد. نتایج مطالعات نشان داده است که سرطان بحران معنوی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند و به عبارت دیگر، می‌توان گفت بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود (۱). بنابراین، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر، سودمند است و می‌تواند در جهت بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علایم و نتایج مثبت پزشکی مفید باشد (۱).

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، شیراز، ایران
۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، شیراز، ایران
نویسنده مسؤول: آزیتا امیرفخرایی
Email: afakhraei2002@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه سرطان در کودکان حاکی از آن است که از میان مسایل و مشکلات روان‌شناختی مطرح همبود با سرطان در کودکان و نوجوانان، افسردگی به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی شناخته شده است. افسردگی هم‌زمان با سرطان، عامل خطری در جهت کاهش میزان بقا در بیماران مبتلا به سرطان و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می‌باشد. همچنین، تأثیر منفی بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و نتیجه درمان دارد (۲).

تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل متعددی همچون عوامل فرهنگی، عقاید مذهبی و باورهای معنوی، می‌تواند با شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معکوسی داشته باشد (۳). هنگامی که سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند. نتایج چندین مطالعه نشان داده است که اعتقادات مذهبی و سلامت معنوی، بر سلامتی روان تأثیر دارد (۴). Amjad و Bokharey با انجام پژوهشی بر روی ۴۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب، دریافتند که بین راهبردهای مقابله و علایم اضطراب رابطه معنی‌داری وجود دارد (۵). نتایج تحقیق کوپانی و تقوی نشان داد که گروه درمانی معنوی- دینی با تأکید بر آموزه‌های اسلام، در کاهش اضطراب صفت و حالت دانشجویان مؤثر است (۶).

معنویت به روش جستجو، بیان معنی، هدف و ارتباط با حال، خود، دیگران، طبیعت و معنی یا امور مقدس اشاره دارد (۷). یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و افسردگی می‌باشد (۸). نتایج مطالعه Sanderson گزارش کرد که تعهد مذهبی موجب می‌شود افراد به مکانیسم‌های مقابله انطباقی متکی باشند. بسیاری از مردم، مذهب را شیوه‌ای برای مقابله با وقایع استرس‌زای عمده از جمله سرطان می‌دانند. علاوه بر این، مذهب موجب می‌شود تا برای مصیبت‌های به ظاهر بی‌معنی، نوعی معنا پیدا کنند (۹). از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روان که ارتباط بسیار نزدیکی با سلامت معنوی دارد، مفهوم معنا در زندگی (Meaning in life) می‌باشد. معنا در زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد، امر غیر قابل انکاری است (۱۰). این سازه عنصری اساسی در بهزیستی روانی- عاطفی به شمار می‌رود و به صورت سیستماتیک با ابعاد گوناگونی از شخصیت، سلامت جسمی و ذهنی، سازگاری و انطباق با استرس‌ها، مذهب و فعالیت‌های مذهبی و اختلالات رفتاری ارتباط دارد (۱۱). به همین علت، روان‌شناسان وجود معنا در زندگی را به عنوان مهم‌ترین عامل بر کنش‌های روان‌شناختی مثبت می‌دانند (۱۲).

یکی از معروف‌ترین تعاریف معنی‌داری زندگی توسط Frankl ارایه شده است. وی معتقد است، هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند، به تماشای آثار هنری و یا ادبی می‌نشیند و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند. همچنین، هنگامی که فرد احساس می‌کند به وجود و حس نیایش به یک منبع لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند، معنا را درمی‌یابد و آن را احساس می‌کند. وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند گره مشکلات زندگی را باز نماید و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند. به همین دلیل، اغلب زندگی معنی‌دار را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند (۱۳).

علاوه بر معنای زندگی، موضوع دیگری که در سال‌های اخیر جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی پیدا کرده است، تاب‌آوری می‌باشد؛ به طوری که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود. Garmezy و Masten تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نموده‌اند (۱۴). به بیان دیگر، تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۱۵). البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (۱۶).

تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این‌رو، سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال، مطالعه‌ای به این نکته اشاره کرد که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری باشد و هم به عنوان پیش‌آیند، منجر به ایجاد سطح بالاتری از تاب‌آوری شود. این مسأله ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرایندی به تاب‌آوری است. در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، برخی پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره کرده‌اند (۱۷).

به طور قطع، آن‌جا که سخن از جامعیت انسان در میان است، درمان و بهزیستی او نیازمند توجه به ابعاد گوناگون وجودی اوست. توجه به معنی‌داری برای زندگی و تاب‌آوری در فرایند زندگی افراد، موجب می‌شود تا انسان اسیر و گرفتار در یک وضعیت درماندگی، به عنوان قربانی بی‌یار و یاور و روبه‌رو شده با سرنوشتی که نمی‌توان آن را تغییر داد، وضعیت ناگوار خود را به یک کار بزرگ و یک کمال و فضیلت در سطح انسانی تغییر دهد. اکنون که تأثیر معنای زندگی و تاب‌آوری به عنوان یک متغیر مثبت و شاخص شخصیت سالم و یک تسهیل کننده بهداشت روان به اثبات رسیده است، می‌توان از تأثیرات آن به عنوان یک سپر دفاعی در برابر آسیب‌های روانی و جسمانی بهره برد (۱۷). بررسی هرچه بیشتر این تأثیر و تأثرات جهت کاهش پیامدهای بیماری‌های خاص، ضروری به نظر می‌رسد. فرضیه پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بین معنی در زندگی، سلامت معنوی و تاب‌آوری بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بود.

در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد، رابطه احساس معنابخش بودن زندگی با کیفیت آن در بیماران بررسی و با افراد غیر مبتلا مقایسه گردید. نتایج نشان داد که بین احساس معنابخش بودن زندگی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۸). بررسی رابطه همبستگی میان سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان، رابطه مستقیم و معنی‌داری را بین سلامت معنوی و امید به عنوان شاخص سلامت روان و یک شاخص تأثیرگذار مثبت در جهت شانس بهبود بیماری نشان داد (۱۹). نتایج مطالعه‌ای در مورد اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، حاکی از آن بود که معنادرمانی به شیوه گروهی، سبب کاهش اختلالات روانی از جمله شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی می‌شود (۱۹).

نتایج تحقیقی در مورد ادراک معنای زندگی و رابطه آن با سلامت روان و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

دینداری که بر روی ۲۹ دانشجوی دانشگاه شیراز و معلمان مقطع راهنمایی و متوسطه انجام شد، نشان داد افرادی که احساس معنای بالایی در زندگی داشتند، رضایتمندی بیشتری در زندگی خود احساس می‌کردند، از عزت نفس بالاتری برخوردار بودند، امید بیشتری به زندگی داشتند و نمره بالایی در مقیاس عاطفه مثبت به دست آوردند. همچنین، نتیجه‌گیری شد افرادی که نمره بالاتری در مقیاس‌های دینداری کسب نمودند و اعتقادات دینی و معنوی بیشتری داشتند، زندگی را با معنی‌تر تلقی کردند. بر اساس پژوهش مذکور، نمونه‌های مورد بررسی معنای زندگی را از منابع و فعالیت‌های متعددی به دست آورده بودند (۲۰).

نتایج مطالعه دیگری که در زمینه بررسی استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داد، مادرانی که تحت آموزش معین قرار گرفته‌اند، در افزایش تاب‌آوری و کاهش استرس به نسبت مادرانی که از این آموزش‌ها برخوردار نبوده‌اند، پیشرفت بهتری داشتند (۲۱). نتایج تحقیقات بیانگر رابطه معکوس سطح تاب‌آوری با احتقان سرطان تخمدان بود (۲۲). پژوهشی که در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری انجام شد، به این نتیجه دست یافت که ارتباط معنی‌داری بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری وجود دارد (۲۱).

در نتایج پژوهش معنای زندگی و کنار سایر عوامل مانند توانایی مقابله، بهداشت روانی و توانش فردی، تعیین کننده مهم امیدواری به عنوان نوعی پیش‌بینی آینده بهتر به شمار می‌رود (۲۳).

با توجه به شیوع سرطان و لزوم تحقیقات بین رشته‌ای، مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین سلامت معنوی و معنا در زندگی با سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه بیماران ۴۰ تا ۷۰ ساله مبتلا به سرطان روده بزرگ در مراحل ۲ و ۳ در شهر شیراز تشکیل داد. نمونه آماری متشکل از ۱۲۰ نفر بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، تشخیص سرطان روده بزرگ در مراحل ۲ و یا ۳ توسط پزشک متخصص، بستری بودن در بیمارستان، شروع شدن درمان، آگاه بودن از بیماری، حداقل تحصیلات سوم ابتدایی و داشتن علاقه و انگیزه کافی بود. عدم علاقه به همکاری، عدم آگاهی نسبت به بیماری، خارج شدن از مراحل ۲ و ۳ بیماری و نداشتن توانایی ذهنی و شناختی لازم نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزارهای تحقیق شامل مقیاس معنا در زندگی (Meaning in Life Scale یا MiLS)، مقیاس سلامت معنوی Paloutzian و Ellison (Spiritual Well-Being Scale یا SWBS)، مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale یا CD-RISC) و پرسش‌نامه ۲۵-Symptom Checklist (SCL-۲۵) بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل جدول میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی، رگرسیون ساده و چندگانه، تحلیل مسیر به روش رگرسیون سلسله مراتبی و روش Baron و Kenny مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در ادامه شرح ابزارهای مورد استفاده آمده است.

مقیاس MiLS: این پرسش‌نامه توسط Jim و همکاران در سال ۲۰۰۷ تهیه شده است و دارای ۲۰ گویه و چهار بعد شامل «دیدگاه (Life perspective)، اهداف و ارزش‌ها (Purpose)؛ تطابق (Harmony) و آرامش (Peace)؛ سردرگمی (Confusion) و پریشانی و فواید معنوی» می‌باشد. ابزار مذکور به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ تا ۵ (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) و سؤال ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سازندگان پرسش‌نامه، روایی آن را ۰/۹۳ و پایایی آن را به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۰ گزارش کردند (۲۴).

در ایران نیز روایی و پایایی مقیاس MiLS توسط بهروزی و محمدی به ترتیب با استفاده از روش تحلیل عامل و بازآزمایی (۰/۵۸) تعیین شد. آن‌ها روایی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه را برای دیدگاه‌ها، اهداف و ارزش‌های زندگی با مقدار ضریب Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)، ۰/۶۶ و ضریب کرویت Bartlett، ۱۱۹/۴۹ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش کردند. خرده مقیاس تطابق و آرامش نیز با مقدار ضریب KMO، ۰/۸۵ و ضریب کرویت Bartlett، ۴۶۸/۱۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. خرده مقیاس سردرگمی- پریشانی با مقدار ضریب KMO، ۰/۷۴ و ضریب کرویت Bartlett، ۱۵۷/۶۵ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش شد. خرده مقیاس فواید معنویت با مقدار ضریب KMO، ۰/۶۸ و ضریب کرویت Bartlett، ۱۲۷/۹۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بیان گردید. مقدار پایایی خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه MiLS برای اهداف و ارزش‌ها، تطابق و آرامش، سردرگمی- پریشانی و فواید معنویت به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ به دست آمد. بهروزی و محمدی به منظور تعیین پایایی، از روش ضریب Cronbach's alpha نیز استفاده نمودند و این مقدار را برای خرده مقیاس اهداف و ارزش‌ها، تطابق و آرامش، سردرگمی- پریشانی و فواید معنویت به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۵).

ضریب Cronbach's alpha به دست آمده برای مقیاس MiLS در پژوهش حاضر، ۰/۸۰ بود که نشان دهنده پایایی مطلوب می‌باشد.

آزمون SCL-۲۵: فرم بلند این آزمون توسط Derogatis در سال ۱۹۷۳ تهیه شده است (۲۶). نجاریان و داودی با ذکر دلیل اساسی، نسخه کوتاه SCL-۹۰-R را (SCL-۲۵) تهیه کردند و به بررسی مشخصات روان‌سنجی آن پرداختند. این آزمون از ۲۵ گویه و ۸ خرده مقیاس «جسمانی‌سازی، وسواس اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، اندیشه‌پردازی پارانوئید و روان‌گسسته‌گرایی» تشکیل شده است (۲۷). نمره‌گذاری پرسش‌نامه SCL-۲۵ به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد.

هدف پژوهش نجاریان و داودی، ساخت فرم کوتاه مقیاس SCL-۹۰-R جهت سنجش آسیب روانی عمومی بود و با انجام تحلیل عاملی، یک عامل ۲۵ ماده‌ای حاصل گردید که ماده‌هایی از هر عامل مقیاس اصلی در آن مشاهده می‌شود (به جز ماده ۶ خصومت که هیچ ماده‌ای از آن روی این عامل قرار نگرفته است). نتایج حاصل از بررسی مشخصات روان‌سنجی نشان داد که SCL-۲۵ با وجود کاهش ۶۵ ماده از مجموع ۹۰ ماده، همبستگی بسیار بالایی (۰/۹۵) با مقیاس اصلی دارد. کوتاه بودن مقیاس، همسانی درونی خوب و ضرایب اعتبار ۰/۸۸ و روایی ۰/۷۸ مبتنی بر همبستگی با برخی سازه‌های مرتبط، SCL-۲۵ (اضطراب عمومی، افسردگی، سرسختی و کمال‌گرایی) را مقیاس مناسبی برای پژوهش در جمعیت‌های غیر بیمار ساخته است (۲۷).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

ضریب Cronbach's alpha این مقیاس در تحقیق حاضر، ۰/۸۷ حاصل شد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است.

مقیاس CD-RISC این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط Connor و Davidson در سال ۲۰۰۳ جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، با مرور منابع پژوهشی سال‌های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری تهیه گردید. این مقیاس از ۲۵ گویه تشکیل شده که برای هر گویه طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (هرگز تا همیشه) در نظر گرفته شده است و از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۱۶).

محمدی در تحقیق خود جهت تعیین روایی مقیاس CD-RISC، از روش تحلیل عاملی استفاده نمود. وی تنها یک عامل با ارزش ویژه ۷/۰۳ استخراج کرد که این عامل ۲۸ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. همچنین، به منظور تعیین پایایی این مقیاس، از روش ضریب Cronbach's alpha استفاده و آن را ۰/۸۹ گزارش نمود. نتیجه تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی، وجود یک عامل کلی در مقیاس را نشان داد. ملاک استخراج عوامل، شیب منحنی Scree و ارزش ویژه بالاتر از یک بود. شاخص KMO، ۰/۹۱ و ضریب کرویت Bartlett، ۲۱۷۴ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار گزارش شد که نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤالات و ماتریس همبستگی بود (۲۸).

ضریب Cronbach's alpha این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۹۰ به دست آمده که نشان دهنده پایایی مطلوب آن می‌باشد.

SWBS این پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی توسط Paloutzian و Ellison تهیه شده است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۹). مؤمنی قلعه‌قاسمی و همکاران نیز در پژوهش خود از پرسش‌نامه SWBS استفاده نمودند و ضریب Cronbach's alpha آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند که اعتماد علمی پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱).

ضریب Cronbach's alpha این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب آن است.

یافته‌ها

۱۲۰ نفر با طیف سنی ۷۰-۴۰ سال و میانگین ۴/۶۳ ± ۶۰/۰ سال در مطالعه حاضر شرکت نمودند. مشخصه‌های توصیفی متغیرهای جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد مشارکت کنندگان بر اساس جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	
زن	۲۷ (۲۷/۸)
مرد	۹۳ (۷۲/۲)
مجموع	۱۲۰ (۱۰۰)
تحصیلات	
زیر دیپلم	۲۳ (۱۹/۱)
دیپلم	۳۰ (۲۵/۰)
کاردانی	۲۱ (۱۷/۶)
کارشناسی	۱۹ (۱۵/۹)
کارشناسی ارشد	۱۸ (۱۵/۰)
دکتری تخصصی	۹ (۷/۵)
مجموع	۱۲۰ (۱۰۰)
وضعیت تأهل	
متأهل	۷۵ (۶۲/۵)
مجرد	۱۲ (۱۰/۰)
مطلقه	۹ (۷/۵)
بیوه	۲۴ (۲۰/۰)
مجموع	۱۲۰ (۱۰۰)

جدول ۲ میانگین نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات متغیرهای پژوهش (۱۲۰ نفر)

متغیر	خرده مقیاس	میانگین ± انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
معنای زندگی	دیدگاه	۱۱/۶۳ ± ۲/۸۹	۵	۲۰
	تطابق	۲۳/۶۲ ± ۶/۱۱	۱۰	۳۵
	سردرگمی	۱۰/۳۷ ± ۴/۰۷	۴	۲۰
	فواید معنوی	۱۰/۸۷ ± ۳/۲۹	۴	۱۵
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۵۳/۰۳ ± ۲۰/۹۴	۳	۹۱
سلامت معنوی	سلامت مذهبی	۴۵/۰۱ ± ۹/۹۸	۲۲	۶۰
	سلامت وجودی	۳۹/۷۳ ± ۷/۹۶	۲۰	۵۶
اختلالات روانی	جسمانی‌سازی	۱۵/۲۷ ± ۴/۷۱	۶	۲۷
	وسواس	۶/۵۷ ± ۳/۱۵	۳	۱۵
	حساسیت بین فردی	۷/۳۴ ± ۲/۴۳	۳	۱۳
	افسردگی	۴/۷۱ ± ۲/۰۹	۲	۹
	اضطراب	۸/۳۰ ± ۲/۹۰	۳	۱۵
	هراس	۶/۹۵ ± ۳/۱۶	۳	۱۵
	پارانوئید	۲/۱۵ ± ۱/۲۸	۱	۵
	روان‌گسسته‌گرایی	۶/۴۶ ± ۲/۸۴	۳	۱۳
SCL-۲۵		۶۰/۱۹ ± ۱۸/۹۰	۲۷	۱۱۱
معنی‌داری زندگی		۴۳/۶۸ ± ۱۰/۸۶	۱۹	۶۵
سلامت معنوی		۸۴/۸۳ ± ۱۶/۲۰	۴۸	۱۱۶

SCL-۲۵: Symptom Checklist-۲۵

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق و خرده مقیاس‌های آنان

متغیرها و خرده مقیاس‌ها	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥	۱٦	۱۷	۱۸
۱- اهداف و ارزش‌ها	۱	۰/۴۲**	-۰/۲۷**	۰/۴۹**	۰/۳۸**	۰/۱۶	۰/۳۲**	-۰/۰۷	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۰/۳۲**	-۰/۱۲	-۰/۲۴*	۰/۱۱	۰	-۰/۱۵	۰/۶۶**	۰/۲۶**
۲- تطابق و آرامش		۱	-۰/۴۷**	۰/۵۲**	۰/۴۷**	۰/۳۵**	۰/۳۴**	-۰/۰۶	-۰/۲۰**	-۰/۲۲*	-۰/۳۲**	-۰/۲۲**	-۰/۱۹	-۰/۰۹	-۰/۲۰*	-۰/۲۳*	۰/۸۵**	۰/۳۸**
۳- سردرگمی و پریشانی			۱	-۰/۴۳**	-۰/۲۰*	-۰/۳۸**	-۰/۳۸**	۰/۱۹	۰/۲۵**	۰/۲۶**	-۰/۳۰**	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۱۵	۰/۲۶**	۰/۳۵**	-۰/۶۵**	-۰/۴۲**
۴- فواید معنوی				۱	۰/۲۳**	۰/۳۹**	۰/۳۷**	-۰/۱۱	-۰/۱۶	-۰/۱۶	-۰/۲۹**	-۰/۲۰*	-۰/۲۰*	۰/۰۴	-۰/۱۶	-۰/۲۰*	۰/۷۸**	۰/۴۲**
۵- تاب‌آوری					۱	۰/۱۳	۰/۲۲*	-۰/۴۱**	-۰/۳۶**	-۰/۳۷**	-۰/۴۳**	-۰/۴۱**	-۰/۳۹**	-۰/۲۲*	-۰/۳۳**	-۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۱۹
۶- سلامت مذهبی						۱	۰/۶۲**	-۰/۰۸	-۰/۱۱	-۰/۱۱	-۰/۱۲	-۰/۱۱	-۰/۱۵	-۰/۰۷	-۰/۲۸**	-۰/۱۶	۰/۴۰**	۰/۹۲**
۷- سلامت وجودی							۱	-۰/۱۸	-۰/۲۰*	-۰/۱۴	-۰/۲۹**	-۰/۱۵	-۰/۲۵**	-۰/۰۲	-۰/۱۸	-۰/۲۳*	۰/۴۱**	-۰/۸۷**
۸- جسمانی‌سازی								۱	۰/۵۱**	۰/۶۶**	۰/۶۲**	-۰/۷۴**	۰/۷۴**	۰/۴۹**	۰/۶۰**	۰/۸۹**	۰/۰۹	-۰/۱۴
۹- وسواس									۱	۰/۵۸**	۰/۴۵**	۰/۳۶**	۰/۵۰**	۰/۵۳**	۰/۶۱**	۰/۷۱**	-۰/۲۱*	-۰/۱۷
۱۰ حساسیت بین فردی										۱	۰/۵۴**	۰/۷۰**	۰/۶۰**	۰/۴۲**	۰/۶۲**	۰/۸۱**	-۰/۲۳*	۰/۱۴
۱۱- افسردگی											۱	۰/۶۶**	۰/۶۸**	۰/۲۸**	۰/۴۶**	۰/۷۵**	-۰/۳۸**	-۰/۲۲*
۱۲- اضطراب												۱	۰/۶۷**	۰/۳۱**	۰/۵۰**	۰/۸۱**	-۰/۲۵**	۰/۱۴
۱۳- هراس													۱	۰/۵۰**	۰/۵۳**	۰/۸۴**	-۰/۲۸**	-۰/۲۲*
۱۴- پارانوئید														۱	۰/۴۹**	۰/۵۹**	-۰/۰۱	-۰/۰۶
۱۵- روان‌گسسته‌گرایی															۱	۰/۷۷**	-۰/۱۹**	-۰/۲۶**
۱۶- سلامت روان کل																۱	-۰/۲۶**	-۰/۲۱
۱۷- معنای زندگی																	۱	۰/۴۴**
۱۸- سلامت معنوی																		۱

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵، **معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

جهت استفاده از آزمون رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که همگی برقرار بود. نتایج آزمون Pearson برای نشان دادن همبستگی خطی بین متغیرهای مورد نظر در جدول ۳ آمده است.

همان‌گونه که نتایج ماتریس همبستگی نشان داد، بین معنای زندگی و سلامت روان ارتباط مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. همچنین، بین سلامت معنوی و تاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، جدول ۴ نتایج میزان چولگی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ٤. آزمون نرمال بودن داده‌ها با استفاده از کشیدگی و چولگی

متغیر	چولگی		کشیدگی	
	آماره	خطای استاندار	آماره	خطای استاندار
تاب‌آوری	-۰/۱۹۲	۰/۲۴۱	-۰/۱۹۵	۰/۴۷۸
سلامت روان	۰/۱۸۰	۰/۲۴۳	-۰/۱۹۰	۰/۴۸۱
سلامت معنوی	-۰/۷۵۰	۰/۲۴۱	-۰/۱۹۳	۰/۴۷۸
معنی‌داری زندگی	-۰/۱۴۸	۰/۲۴۱	-۰/۱۸۹	۰/۴۷۸

از آن‌جا که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیرها در بازه ۲- تا ۲ قرار داشت، می‌توان گفت که این متغیرها نرمال بود.

به منظور بررسی نقش واسطه‌گری تاب‌آوری برای سلامت معنوی و معنی‌داری زندگی با سلامت روان، از روش‌های تحلیل مسیر به شیوه رگرسیون سلسله مراتبی و Baron و Kenny استفاده شد. این مراحل شامل رگرسیون هم‌زمان سلامت معنوی و معنی‌داری زندگی روی سلامت روان، رگرسیون هم‌زمان معنی‌داری زندگی، سلامت معنوی و تاب‌آوری روی سلامت روان، مقایسه مرحله یک و دو و رگرسیون هم‌زمان معنی‌داری زندگی و سلامت معنوی روی تاب‌آوری بود. جداول ۵ و ۶ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.

در مرحله اول، مؤلفه‌های معنی‌داری زندگی و سلامت معنوی برای پیش‌بینی متغیر سلامت روان وارد معادله شدند. در مرحله دوم، متغیر واسطه‌ای (تاب‌آوری) وارد گردید. نتایج نشان داد که ضریب تبیین در مرتبه اول، ۰/۱۳ و غیر معنی‌دار بود؛ در حالی که این ضریب در مرتبه دوم، ۰/۳۰ به دست آمد و معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$).

بر اساس یافته‌ها، تاب‌آوری رابطه مستقیمی با سلامت روان داشت و می‌توان به عنوان واسطه از آن استفاده نمود.

بر اساس داده‌های جدول ۶، تنها مؤلفه دیدگاه از مقیاس معنای زندگی می‌تواند تاب‌آوری را پیش‌بینی کند.

مدل نهایی پژوهش به صورت شکل ۱ آمده است. بر این اساس، دیدگاه، ارزش‌ها و اهداف می‌توانند باعث افزایش تاب‌آوری و در نتیجه، کاهش اختلالات روانی و افزایش سلامت روان شوند.

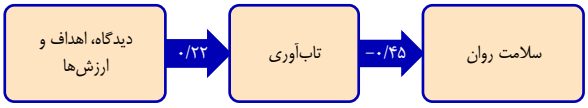
www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

جدول ۵. نتایج رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی برای آزمون نقش واسطه‌گری

	متغیر	خرده مقیاس	β	t	t	R	R^2	F	درجه آزادی	مقدار P
۱	معنی‌داری زندگی	دیدگاه	-۰/۱۱	-۰/۱۰	۰/۹۲۰	۰/۳۶	۰/۱۳	۲/۴۱۷	۶/۹۴	۰/۳۲۰
		تطابق	-۰/۵۸	-۰/۴۶	۰/۶۴۰					
		سردرگمی	۰/۲۸	۲/۳۹	۰/۱۹۰					
		فواید معنوی	-۰/۱۲	-۰/۹۲	۰/۹۳۰					
	سلامت معنوی	سلامت مذهبی	۰/۴۲	۰/۳۲	۰/۷۵۰					
		سلامت وجودی	-۰/۱۱	-۰/۸۷	۰/۳۹۰					
۲	معنی‌داری زندگی	دیدگاه	۰/۱۰	۰/۸۸	۰/۳۸۰	۰/۵۸	۰/۳۰	۵/۵۹۰	۷/۹۳	< ۰/۰۰۱
		تطابق	۰/۴۰	۰/۳۵	۰/۷۳۰					
		سردرگمی	۰/۲۸	۲/۶۰	۰/۱۱۰					
		فواید معنوی	۰/۳۴	۰/۲۹	۰/۷۷۰					
	سلامت معنوی	سلامت مذهبی	۰/۰۱	۰/۶۵	۰/۹۵۰					
		سلامت وجودی	-۰/۰۸	-۰/۶۸	-۰/۵۰۰					
	تاب‌آوری	تاب‌آوری	-۰/۴۶	-۴/۶۰	۰/۰۰۱					



شکل ۱. مدل حاصل از پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دیدگاه، ارزش‌ها و اهداف از مؤلفه معنی‌داری زندگی می‌توانند باعث افزایش تاب‌آوری و در نتیجه، کاهش اختلالات روانی و افزایش سلامت روان شوند. بنابراین، می‌توان گفت که تاب‌آوری نقش میانجی را بین دیدگاه، ارزش‌ها و اهداف با سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ ایفا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعه Bower و همکاران (۳۰) همسو بود. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که زنان مبتلا به سرطان سینه‌ای که میزان بالاتری از معنا را در زندگی دارند و اهداف مرتبط با معنا در میان آنان بالا است، مقاومت بیشتری در برابر سرطان گزارش می‌کنند و عملکرد سیستم ایمنی بهتری دارند (۳۰).

پژوهشگران این احتمال را مطرح کرده‌اند که تأثیرات تنش تا حد زیادی به کمک معنا در زندگی تعدیل می‌شود و این یافته با نظریه Owen Richard Lightsey (۳۱) همخوانی دارد. او رشد طرحواره‌های مثبت را باعث غلبه بر تنش می‌داند (۳۱). همچنین، در برخی از نظریات درمانی، به تأثیر معنا بر ایجاد ویژگی‌های مثبت مانند احساس خودکارامدی و مقابله کارامد با مشکلات از طریق تمرکز بر مسأله تأکید شده است. داشتن حس معنا و هدف در زندگی، به فرد انگیزه مقابله با استرس و سازگاری با درد، حتی درد شدید را می‌دهد (۳۲). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود که افراد با سطوح بالای معنی‌داری و داشتن اهداف و معنای تثبیت شده از خود و آینده، در هنگام رویارویی با مسایل روزمره، فقط بر جنبه‌های مشخصی از مشکل تمرکز می‌کنند؛ در صورتی که اشخاص با سطوح پایین معنا در زندگی، به محدود بودن زمان به عنوان مشکل بزرگی می‌نگرند و مشکلات فعلی را با احتمال نرسیدن به اهداف آینده پیوند می‌دهند. به این ترتیب، شخصی که سطوح بالاتری از معنی‌داری در زندگی را تجربه می‌کند، به آسانی قادر به رویارویی با شرایط سخت است. سطوح بالای معنا در زندگی نه تنها به فرد در رویارویی با دشواری‌ها کمک می‌نماید، بلکه باعث افزایش رضایت شخصی و کامیابی در فرد می‌شود. در نتیجه، می‌توان گفت که جنبه‌های خاصی از معنی‌داری مانند دیدگاه درست در مورد جایگاه و نقش خود و در دست داشتن اهداف مشخص، نقش عمده‌ای در افزایش توان فرد در مقابله با مشکلات دارد. افزایش معنی‌داری زندگی نه فقط به فرد در غلبه بر ناسازگاری‌ها کمک می‌کند، بلکه منجر به بهبود رضایت شخص از زندگی نیز می‌شود. به نظر می‌رسد این ویژگی از معنا، نقش مهمی در کمک به افراد در غلبه بر موقعیت‌های ناسازگار و مملو از تنش ایفا می‌کند.

جدول ٦. رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان برای پیش‌بینی تاب‌آوری از روی مؤلفه‌های سلامت معنوی و معنای زندگی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	β	t	t	R	R^2	F	درجه آزادی	مقدار P
تاب‌آوری	دیدگاه	۰/۲۲	۱/۹۹	۰/۰۴۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۴/۱۸	۶/۹۴	< ۰/۰۰۱
	تطابق	۰/۲۲	۱/۸۷	۰/۶۵۰					
	سردرگمی	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۸۷۰					
	فواید معنوی	۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۳۵۰					
	سلامت مذهبی	۰/۷۷	۰/۶۱	۰/۵۳۰					
	سلامت وجودی	۰/۰۹	۰/۷۳	۰/۴۶۰					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

از طرف دیگر، داشتن تاب‌آوری باعث بهبود شرایط جسمی و روحی فرد در شرایط تنش‌زا می‌شود. در واقع، تاب‌آوری به عنوان نوعی فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با داشتن موقعیت تهدید کننده تعریف شده است. این نتیجه که تاب‌آوری عامل کمک کننده‌ای به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی است، با برخی تحقیقات (۳۳) همسو می‌باشد. تاب‌آوری افسردگی را کاهش و توانایی سازگاری با درد را افزایش می‌دهد (۳۴) و به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل، به فرد امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآمدن را نیز خواهد داد که این خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی ایفا می‌کند و به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌نماید. همچنین، منجر به ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مسؤولان بیمارستان‌های امیر، نمازی و فقیهی شیراز و همچنین، تمام بیماران، پزشکان و پرستارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Momeni Ghaleghasemi T; Musarezaie A; Karimian J, Ebrahimi A. The relationship between spiritual well-being and depression in Iranian breast cancer patients. Health Inf Manage 2012; 8(8): 1007-16. [In Persian].
2. Banki Y, Abedin A, Monirpour N. Investigating role of cognitive variables in depression of children and adolescents with cancer. Journal of Health and Psychology 2011; 1(1): 111-34. [In Persian].
3. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh G. Anxiety and depression in cancer patients. research in behavioural sciences 2007; 5(2): 115-9. [In Persian].
4. Morris EL. The relationship of spirituality to coronary heart disease. Altern Ther Health Med 2001; 7(5): 96-8.
5. Amjad F, Bokharey IZ. Comparison of spiritual well-being and coping strategies of patients with generalized anxiety disorder and with minor general medical conditions. J Relig Health 2015; 54(2): 524-39.
6. Koopani S, Taghavi MR. The effectiveness of spiritual- religious group therapy based on islamic viewpoints on reducing generalized anxiety in university students. Culture in the Islamic University 2015; 5(2): 183-200. [In Persian].
7. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med 2014; 17(6): 642-56.
8. Leach MM, Lark R. Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? Pers Individ Dif 2004; 37(1): 147-56.
9. Sanderson CA. Health psychology. Hoboken, NJ: Wiley; 2012.
10. King LA, Hicks JA, Krull JL, Del Gaiso AK. Positive affect and the experience of meaning in life. J Pers Soc Psychol 2006; 90(1): 179-96.
11. Yi MS, Mrus JM, Wade TJ, Ho ML, Hornung RW, Cotton S, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. J Gen Intern Med 2006; 21(Suppl 5): S21-S27.
12. Allport GW. The individual and his religion: A psychological interpretation. New York, NY: Macmillan; 1960.
13. Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. J Soc Clin Psychol 2005; 24(3): 401-21.
14. Garmezy N, Masten AS. The protective role of competence indicators in children at risk. In: Cummings EM, Greene AL, Karraker KH, editors. Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1991. p. 151-74.
15. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. Am J Orthopsychiatry 2001; 71(3): 290-7.
16. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2): 76-82.
17. Mohammadzadeh S. Role of meaning of life in mental health. Proceedings of the National Seminar of Meaning of Life; 2009 May 5-6; Isfahan, Iran. p. 59-65. [In Persian].
18. Ghanbarzadeh M, Shahidi S, Ghadani M. The relationship between the sense of meaningful life with the quality of life in patients with breast cancer in two types of surgical treatment (radical mastectomy and paliative surgery) and its comparison with non-infected patients. Proceedings of the National Seminar of Meaning of Life; 2009 May 5-6; Isfahan, Iran. p. 44-52. [In Persian].
19. Moghimian M, Salmani F. The Study of correlation between spiritual well-being and hope in cancer patients referring to Seyyedo Shohada Training-Therapy Center of Isfahan University of Medical Sciences, 2010, Isfahan, Iran. Qom Univ Med Sci J 2012; 6(3): 40-5. [In Persian].
20. Aflaksair A, Colman P. Perception of the meaning of life and its relationship with mental health and religiosity among a group of Iranian students and teachers. Proceedings of the National Seminar of Meaning of Life; 2009 May 5-6; Isfahan, Iran. p. 46-51. [In Persian].
21. Husseini Qomi T, Salimi Bejestani H. The relationship between religious orientation and endurance among the mothers having ailing children. Ravanshenasi Va Din 2011; 4(3): 69-82. [In Persian].
22. Zagorskia L, DeGeestb K, Thakerc PH, Slavichd GM, Penedoe F, Colef S, et al. Psychological resilience is associated with markers of inflammation and angiogenesis in pre-surgical ovarian cancer patients. Brain Behav Immun 2012; 26(Suppl 1): S25.
23. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res 1988; 37(1): 6-10.
24. Jim HS, Purnell JQ, Richardson SA, Golden-Kreutz D, Andersen BL. Measuring meaning in life following cancer. Qual Life

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

Res 2006; 15(8): 1355-71.
25. Behroozi N, Mohammadi N. Investigating the relationship between the meaning of life and hope in Shiraz University Students. Proceedings of the 4th National Conference on Student Mental Health; 2008 May 21-22; Shiraz, Iran.
26. Derogatis LR. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual. New York, NY: NCS Pearson; 1975
27. Najarian B, Davoodi I. Construction and validation of a short form of the SCL-90-R (SCL-25). Journal of Psychology 2001; 5(1): 136-49. [In Persian].
28. Mohamadi M. Investigating the factors affecting swing exposure to people at risk of substance abuse [PhD Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; [In Persian].
29. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York, NY: John Wiley and Sons: 1982. p. 224-36.
30. 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. Ann Behav Med 2003; 25(2): 146-55.
31. Owen Richard Lightsey J. What leads to wellness?: The role of psychological resources in well-being. Couns Psychol 1996; 24(4): 589-735.
32. Lent RW. Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial adjustment. J Couns Psychol 2004; 51(4): 482-509.
33. Izadinia N, Amiri M, Jahromi R, Hamidi S. A study of relationship between suicidal ideas, depression, anxiety, resiliency, daily stresses and mental health among Tehran university students. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5: 1615-9.
34. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Rehabil Psychol 2010; 55(1): 23-32.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]

The Intermediate Rolle of Resilience Mediation in the Relationship between the Meaning of Life and Spiritual Health with the Mental Health in Patients with Colon Cancer

Hanieh Balochi[1], Maryam Bozorgmanesh[2], Azita Amirfakhraei[3], Tayebeh Shafaat[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Mental health is one of the vital factors in human life. Even, the mental health is important in improving the diseases of the patients. The aim of this study was to investigate the intermediate role of resilience mediation in the relationship between the meaning of life and spiritual health with mental health in patients with colon cancer.

Methods and Materials: Participants were 120 patients with colon cancer in stages 1 or 2 selected via convenience sampling method. Participants completed the Meaning in Life Scale (MiLS), Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Scale (SWBS), Conner-Davidson Resilience Scale Mils Scale (CD-RISC), and Symptom Checklist-25 (SCL-25) questionnaire.

Findings: Meaning of life and spiritual health were not able to predict mental health; but, resiliency could predict mental health in a positive and meaningful way. Values, goals, and life perspective components of meaning of life could tend to more resiliency, and result in more mental health. In addition, there were positive significant relationship between the meaning of life, spiritual health, and resilience mediation with mental health.

Conclusions: The results showed that values, goals, and life perspective components of the meaning of life can increase the resilience, and thus reduce mental disorders and increase mental health.

Keywords: Spirituality, Resiliency, Mental health, Colon cancer

Citation: Balochi H, Bozorgmanesh M, Amirfakhraei A, Shafaat T. **The Intermediate Rolle of Resilience Mediation in the Relationship between the Meaning of Life and Spiritual Health with the Mental Health in Patients with Colon Cancer.** J Res Behav Sci 2018; 15(4): 411-9.

Received: 29.08.2017 Accepted: 02.11.2017

1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Shiraz, Iran
2- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Humanities AND Young Researchers and Elite Club, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran
4- MSc Student, Department of Psychology, School of Psychology, Payame Noor University, Shiraz, Iran
Corresponding Author: Azita Amirfakhraei, Email: afakhraei2002@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.4.3.8]