

Predicting Existential Anxiety Based on Spirituality, Post-Traumatic Growth, and Perceived Suffering Among Cancer Patients in Tabriz, Iran

Solmaz Beikzali: Ph.D. student in psychology, department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. beikzali28144@gmail.com

Ali Khademi*: Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. dr_ali_khademi@yahoo.com

Ali Shakerdulugh: Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. a.shaker@iaurmia.ac.ir

Abstract

Introduction: This study aimed to predict existential anxiety based on spirituality, post-traumatic growth, and perceived suffering among cancer patients in Tabriz, Iran.

Methods: This study employed a descriptive-correlational design. The study population consisted of all cancer patients in Tabriz in 2024. A total of two hundred patients diagnosed with colon, prostate, breast, or lung cancer were selected using purposive sampling. Data were collected using the Existential Anxiety Questionnaire developed by Good and Good(1974), the Spirituality Questionnaire Parsian and Dunning(2002), the Posttraumatic Growth Inventory Tedeschi and Calhoun(1996), and the Perception of Suffering Questionnaire developed by Schulz et al.(2010). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis in SPSS, version sixteen.

Results: The findings showed that spirituality and post-traumatic growth were significantly and negatively correlated with existential anxiety, whereas perceived suffering was significantly and positively correlated with existential anxiety. These variables were able to predict forty-seven percent of the variance in existential anxiety among cancer patients.

Conclusions: Given that spirituality, post-traumatic growth, and perceived suffering can predict existential anxiety, the development of intervention programs aimed at reducing existential anxiety among cancer patients is recommended.

Keywords

Existential Anxiety, Spirituality, Post-Traumatic Growth, Perception of Suffering, Cancer

*Corresponding Author

Study Type: Original

Received: 08 Feb 2025

Accepted: 06 Dec 2025

Please cite this article as follows:

Beikzali S, Khademi A, and Shakerdulugh A. Predicting existential anxiety based on spirituality, post-traumatic growth, and perceived suffering among cancer patients in Tabriz, Iran. *Quarterly Journal of Social Work*. 2023; 13 (4); 52-60

پیشبینی اضطراب وجودی براساس معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج در بیماران سرطانی شهر تبریز

سولماز بیک‌زالی: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. beikzali28144@gmail.com

علی خادمی*: گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. dr_ali_khademi@yahoo.com

علی شاکردولق: گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. a.shaker@iaurmia.ac.ir

واژگان کلیدی

اضطراب وجودی،
معنویت، رشد پس از
آسیب، ادراک رنج،
سرطان

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۵

چکیده

پیشگفتار: این پژوهش با هدف پیشبینی اضطراب وجودی با معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج در بیماران سرطانی شهر تبریز انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن دربرگیرنده تمامی بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که تعداد دویست بیمار با تشخیص سرطان روده بزرگ، پروستات، سینه و ریه به وسیله نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌های اضطراب وجودی گود و گود۱۹۷۴، معنویت پاریسیان و دونینگ ۲۰۰۲، رشد پس از سانحه تدسچی و کالهون ۱۹۹۶، ادراک رنج اسکالز و همکاران ۲۰۱۰ گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم‌افزارهای SPSS16 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد معنویت، رشد پس از آسیب با اضطراب وجودی همبستگی منفی و معنادار و با ادراک رنج، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و متغیرهای مذکور توانایی پیشبینی چهل و هفت درصد واریانس اضطراب وجودی بیماران سرطانی را دارند.

پی‌آمد: با توجه به این که معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج توانایی پیشبینی اضطراب وجودی را دارند؛ لذا طراحی برنامه‌های مداخله‌ای به منظور کاهش اضطراب وجودی بیماران سرطانی پیشنهاد می‌شود.

سولماز بیک‌زالی، علی خادمی و علی شاکردولق. پیشبینی اضطراب وجودی براساس معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج در بیماران سرطانی شهر تبریز. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۳؛ ۱۳ (۴): ۵۲-۶۰

نحوه استناد به مقاله

چکیده

سرطان عارضه‌ای است که در آن سلول‌های غیرطبیعی به صورت کنترل نشده از طریق خون یا لنف به بافت‌های مجاور یا سایر نقاط بدن تکثیر می‌یابند. در حال حاضر سرطان سومین علت مرگ و میر بعد بیماری‌های قلبی است. [۱] از اوایل تا اواسط بزرگسالی، میزان مرگ و میر در اثر سرطان ده برابر می‌شود. درمورد سرطان‌هایی که هر دو جنس را مبتلا می‌کند مردان معمولاً آسیب‌پذیرتر از زنان هستند و این تفاوت ممکن است به علت ساخت ژنتیکی، قرارگرفتن در معرض انواع عوامل سرطانزا در نتیجه سبک زندگی یا شغل و گرایش به تاخیر کردن در مراجعه به پزشک باشد. [۲] رابطه جایگاه اجتماعی-اقتصادی با سرطان بسته به محل آن تفاوت دارد، اما میزان مرگ در اثر سرطان با کاهش جایگاه اقتصادی-اجتماعی افزایش می‌یابد و در اقلیت‌های قومی و کم درآمد بسیار بالاست. [۳] علت اصلی سرطان هنوز ناشناخته مانده است، اما در مجموع تعامل پیچیده وراثت، پیری زیستی و محیط در سرطان دخالت دارد. در کل مهمترین عامل خطر ساز برای ابتلا به سرطان سن است. مردان در طول حیاتشان چهل و چهار درصد و زنان سی و هشت درصد خطر ابتلا به سرطان دارند. [۴] از جمله عواملی که در نتیجه آگاهی فرد از مرگ و خطر بالقوه تهدیدکننده بیماری سرطان به وجود می‌آید، اضطراب وجودی است. چنانچه زمانی که هستی بیماران سرطانی در معرض خطر و نیستی قرار می‌گیرد، احتمالاً مساله‌های وجودی خود را نشان می‌دهند و بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان تمایل دارند درباره این مساله‌های صحبت کنند. [۵] اضطراب وجودی دلوپسی نهایی و تشکیل دهنده ماهیت اصل زندگی که دربرگیرنده خصوصیت‌هایی از قبیل تنهایی بنیادین و فقدان قطعیت می‌باشند. [۵] مطالعات اخیر نقش اضطراب وجودی و نگرانی‌های مرتبط با آن را در بیماری سرطان مورد تایید قرار دادند. برای مثال، مطالعه نیکوی کوپس و همکارانش [۶] نشان داد که بین اضطراب وجودی و تلقی بدبینانه نسبت به زندگی رابطه مثبت و معنادار و بین اضطراب وجودی و تلقی مثبت به زندگی رابطه منفی و معناداری در بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد. تحقیقاتی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد گاهی تجربه تشخیص بیماری سرطان منجر شکلگیری تغییرات مثبت در افراد با پدیده رشد پس از آسیب می‌شود. [۷ و ۸]. رشد پس از آسیب به تجربه ذهنی و روان‌شناختی مثبتی اشاره دارد که پس از وقوع یک حادثه سخت، ایجاد شده و نتیجه مبارزه فرد علیه یک حادثه استرس‌زا می‌باشد. [۹] شواهدی وجود دارد که ارتباط بین اضطراب وجودی را با رشد پس از آسیب گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال، مطالعه رباط میلی و همکاران [۱۰] نشان داد که مولفه‌های رشد پس از آسیب باعث پیشبینی شش ممیز سی و نه صدم درصد از واریانس نشانه‌های اضطرابی شد. همچنین، از بین مولفه‌های رشد پس از آسیب، دو مولفه ارزش زندگی و ارتباط با دیگران به صورت منفی و معنادار، نشانه‌های اضطراب را در بیماران مبتلا به سرطان پستان پیشبینی کردند. معنویت به عنوان دیگر متغیر مورد بحث در این پژوهش، از جمله حوزه‌های پیشرفت بیماران پس از رویایی با سانه سرطان می‌باشد [۱۱] و به نظر می‌رسد تجربه‌های معنوی بیماران سرطانی در اشتیاق آن‌ها نسبت به یک واقعیت فرامادی نمایانگر می‌شود؛ لذا، می‌توان معنویت را به عنوان رابطه شخصی با وجود متعالی و قدرت لایزال تعریف نمود. [۱۲] شواهد اخیر نشان‌دهنده همبستگی معنویت با اضطراب وجودی در بیماران سرطانی بود. [۱۳] به طوری که هدایتی‌زاده عمران و همکاران [۱۴] نشان دادند که بین اضطراب مرگ و معنویت رابطه وجود نداشت، اما بین اضطراب مرگ و ابعاد معنویت رابطه وجود داشت. سطح اضطراب مرگ بیماران بیشترین همبستگی را با بعد فعالیت‌های معنوی و کمترین همبستگی را با بعد نیازهای معنوی داشت، بدین معنی که با افزایش نمره بعد فعالیت‌های معنوی، سطح اضطراب مرگ بیماران کاهش می‌یافت. مهدوی و همکاران [۱۵] نیز دریافتند که همبستگی معنادار و منفی بین بهزیستی روانی، وجودی و مذهبی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه وجود دارد.

آخرین متغیر مورد بررسی این پژوهش ادراک رنج است که طی دهه‌های گذشته مورد توجه پژوهشگران سرطان قرار گرفته است. ادراک رنج، حالتی از اندوه و پریشانی شدید مرتبط با رویدادهایی است که دست نخوردگی و کلیت فرد را تهدید می‌کند و موجب کاهش کیفیت زندگی از طریق نگرانی‌های جسمانی، روان‌شناختی، وجودی، خانوادگی، فردی و یا مشکلات مرتبط با سلامت می‌گردد. [۱۶] شواهد اخیر همبستگی ادراک رنج بیماران سرطانی را با اختلالات روانپزشکی و اضطراب وجودی مورد تایید قرار داده‌اند. به عنوان مثال، آرورا و همکاران [۱۷] نشان دادند که بین نمرات ادراک درد سرطان با اضطراب و افسردگی همبستگی مثبت وجود داشت. رستمی و همکاران [۱۸] دریافتند که بین اضطراب، افسردگی و استرس با تاب‌آوری رابطه معکوس و با ادراک درد رابطه مثبت وجود دارد. بین تاب‌آوری و ادراک درد رابطه معکوس

وجود دارد. همچنین اضطراب، افسردگی و استرس با واسطه‌گری تاب‌آوری بر ادراک درد نقش پیشبینی‌کنندگی دارد. علی‌رغم وجود چنین مطالعاتی، در خصوص بررسی همبستگی اضطراب

وجودی با معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج به‌ویژه بر روی جمعیت بیماران سرطانی در کشور ما مطالعه‌ای انجام نگرفته است. لذا، این پژوهش با هدف پیشبینی اضطراب وجودی با معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج در بیماران سرطانی شهر تبریز انجام شد.

روش

این پژوهش توصیفی-همبستگی به کد اخلاق به‌شماره IR.IAU.URMIA.REC.1403.188 بود و جامعه‌آماری آن دربرگیرنده تمامی بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳ می‌باشد که در مراکز درمانی سرطان براساس معاینات جسمی و آزمایشگاهی تشخیص قطعی بیماری سرطان را دریافت کرده بودند. با توجه به این که مطالعات علوم اجتماعی به ازای هر متغیر پیشبین نیازمند پانزده نمونه آماری می‌باشد [۱۹] لذا در این پژوهش تعداد دویست بیمار دارای تشخیص سرطان روده بزرگ، پروستات، سینه و ریه مطابق با ملاک‌های ورود و خروج مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

سنج‌های ورود و خروج

ورود: تشخیص سرطان روده بزرگ، پروستات، سینه و ریه به‌علت شیوع بالای این نوع سرطان‌ها مطابق با گزارش انجمن سرطان آمریکا ۲۰۱۸ براساس معاینات جسمانی و آزمایشگاهی متخصصان آنکولوژی؛ دامنه سنی بین چهل الی هفتاد و نه سالگی صرف‌نظر از جنسیت به‌علت بالا بودن مرگ‌ومیر در این سنین مطابق با گزارش انجمن سرطان آمریکا، [۲۰] نداشتن سابقه ابتلا به اختلالات روانی شدید همچون اختلالات طیف اسکیزوفرنی و اختلالات شناختی براساس پرونده بیمارستانی بیماران و یا سایر اختلالات روانی که به نحوی در انجام پژوهش تداخل ایجاد کنند. داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت شرکت پژوهش. **خروج:** شرکت در برنامه‌های پژوهشی همزمان و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها.

ابزار

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه، از چک لیست مشخصات دموگرافیک، مقیاس اضطراب وجودی گود و گود ۱۹۷۴، پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ ۲۰۰۹، پرسشنامه رشد پس از آسیب تدسچهی و کالهون ۱۹۹۶، پرسشنامه ادراک رنج اسکالز و همکاران ۲۰۱۰ استفاده شد.

مقیاس اضطراب وجودی گود و گود ۱۹۷۴: این مقیاس برای سنجش اضطراب وجودی طراحی شده است و دارای سی و دو سوال و چهار خرده مقیاس اضطراب معنا، اضطراب مسوولیت، اضطراب تنهایی و اضطراب مرگ است که نمره‌گذاری آن در یک مقیاس دو درجه‌ای صحیح برابر یک تا غلط برابر صفر صورت می‌گیرد و دامنه نمرات مقیاس بین صفر تا سی و دو قرار دارد، کسب نمره بیشتر بیانگر کمتر بودن اضطراب وجودی شخص است. گود و گود، [به نقل از ۲۱] پایایی کل این مقیاس را به روش ضریب آلفای کرونباخ صفر هشتاد و نه صدم محاسبه کردند. در کشور ما اعتماد و همکاران [۲۱] همبستگی این مقیاس را به روش دونیمه‌سازی صفر ممیز هفتاد و هشت صدم و پایایی کل مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ صفر ممیز هشتاد و پنج صدم گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ صفر ممیز هشتاد و هشت صدم برآورد شد.

پرسشنامه معنویت پارسیان و دونینگ ۲۰۰۹: این پرسشنامه به‌منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد طراحی شد و دارای بیست و نه سوال و چهار خرده مقیاس به شرح خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت‌های معنوی، نیازهای معنوی است. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از کاملاً مخالفم برابر یک تا کاملاً موافقم برابر چهار نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به‌ترتیب برابر با بیست و نه و صد و شانزده می‌باشد. پارسیان و دونینگ [۲۲] روایی این پرسشنامه را مطلوب ارزیابی کرده و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت اعتقادات معنوی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی را به‌ترتیب صفر ممیز نود و یک صدم، صفر ممیز نود و یک صدم، صفر ممیز هشتاد و هشت صدم و صفر ممیز هشتاد و نه صدم گزارش کردند. نیک‌منش [۲۳] پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ صفر ممیز نود و سه صدم گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی کل

پرسشنامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ صفر ممیز هشتاد و نه صدم برآورد شد.

پرسشنامه رشد پس از آسیب تدسجهی و کالهون ۱۹۹۶: این پرسشنامه برای اندازه گیری پیامدهای مثبت تجربه شده توسط افرادی که ترومایی را تجربه کرده اند، ساخته شده است و شامل بیست و یک سوال و پنج خرده مقیاس شامل ارتباط با دیگران، امکانات جدید، قدرت فردی، تغییرات روحی و ارزش زندگی است که در یک مقیاس شش درجه ای از صفر برابر من این تغییر را به خاطر تاثیر تروما نمی دانم، تا پنج برابر من این تغییر را به میزان خیلی زیادی به عنوان تاثیر تروما می دانم اندازه گیری می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا صد و پنج قرار دارد. تدسجهی و کالهون [۲۴] پایایی این پرسشنامه را برای کل خرده مقیاس ها در دامنه ای بین صفر ممیز شصت و هفت صدم تا صفر ممیز هشتاد و پنج صدم و همسانی درونی و ضریب بازآزمایی آن به ترتیب صفر ممیز هفتاد و شش صدم و صفر ممیز هفتاد و نه صدم گزارش کردند. جواهری و همکاران [۲۵] در مطالعه ای، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ صفر ممیز هشتاد و نه صدم برآورد کردند. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ صفر ممیز نود صدم برآورد شد.

پرسشنامه تجربه و ادراک رنج اسکالز و همکاران ۲۰۱۰: این پرسشنامه برای سنجش تجربه و تجربه نکردن رنج ساخته شده است و دارای سی و سه سوال و سه خرده مقیاس رنج جسمانی با نمره گذاری براساس یک مقیاس چهار درجه ای اط صفر برابر هرگز تا سه برابر همیشه، رنج روان شناختی با نمره گذاری براساس یک مقیاس چهار درجه ای؛ از صفر برابر خیلی کم تا سه برابر خیلی زیاد و رنج وجودی - معنوی با نمره گذاری براساس یک مقیاس پنج درجه ای از صفر یا خیلی کم تا چهار یا خیلی زیاد می باشد. دامنه نمرات این مقیاس بین سی و سه ال صد و چهل و یک قرار دارد و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده رنج ادراک شده بیشتر است. اسکالز و همکاران [۲۶] پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سه گروه آمریکایی - آفریقایی جسمانی صفر ممیز شصت و سه صدم، روان شناختی صفر ممیز نه دهم و وجودی - معنوی صفر ممیز هشتاد و شش صدم، سفیدپوستان جسمانی صفر ممیز چهل و سه صدم، روان شناختی صفر ممیز هشتاد

و هفت صدم و وجودی - معنوی صفر ممیز هشتاد و چهار صدم و اسپانیایی ها جسمانی صفر ممیز شش دهم، روان شناختی صفر ممیز هشتاد و پنج صدم و وجودی - معنوی صفر ممیز هشتاد و سه صدم گزارش کردند. در پژوهش باباحسنی و همکاران [۲۷] میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه صفر ممیز هشتاد و شش صدم و در خرده مقیاس های رنج جسمانی صفر ممیز هشتاد و پنج صدم، رنج روان شناختی صفر ممیز هشتاد و سه صدم و رنج وجودی - معنوی صفر ممیز هشتاد و دو صدم به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ صفر ممیز هشتاد و شش صدم برآورد شد.

در مدت دو ماه تمام داده ها گردآوری شد و حضور پژوهشگر در بیمارستان ها و مراکز درمانی تاکید مکرر به شرکت کنندگان باعث شد که آن ها به صورت کامل و دقیق به سوالات پاسخ دهند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آن ها تکمیل شد و پژوهشگر به آن ها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود. در این پژوهش سطح معنی داری صفر ممیز پنج صدم در نظر گرفته شد و داده ها با استفاده از روش آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و استنباطی از جمله آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزارهای SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.



در این پژوهش دویست بیمار سرطانی شرکت کردند که ویژگی های جمعیت شناختی آن ها در جدول شماره یک درج شد. آزمون مجذور کای تفاوت معنادری را بین ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان نداد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب وجودی، معنویت، رشد پس از آسیب، ادراک رنج و مولفه های آن ها در بین بیماران سرطانی در جدول شماره دو آمده است. پیش از استفاده از رگرسیون گام به گام پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا مفروضه چندهم خطی یا استقلال متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. چندهم خطی به همبستگی

جدول (۱) مقایسه وضعیت جمعیت‌شناختی

بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳				
متغیر	گروه	فراوانی	درصد	P
جنسیت	مرد	۱۲۶	۶۳	۰/۵۵۴*
	زن	۷۴	۳۷	
سن (سال)	۴۰ الی ۵۰	۶۳	۳۱/۵	۰/۲۵۱*
	۵۱ الی ۶۰	۱۰۱	۵۰/۵	
	۶۱ الی ۷۰	۲۵	۱۲/۵	
	۷۱ الی ۷۹	۱۱	۵/۵	
وضعیت اقتصادی - اجتماعی	خیلی ضعیف	۳۳	۱۶/۵	۰/۴۱۲*
	ضعیف	۷۵	۳۷/۵	
	متوسط	۶۶	۳۳	
	خوب	۱۹	۹/۵	
	خیلی خوب	۷	۳/۵	

آزمون مجذور کای، $P < ۰/۰۵$ * اختلاف معنادار

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای و خرده مقیاس‌های آن‌ها در بین بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
اضطراب وجودی	اضطراب معنا	۱۵/۰۷	۲/۲۰
	اضطراب مسئولیت	۱۳/۱۱	۲/۸۷
	اضطراب تنهایی	۱۱/۰۹	۲/۰۵
	اضطراب مرگ	۱۳/۰۰	۲/۰۳
معنویت	نمره کل	۱۹/۸۲	۶/۹۱
	خودآگاهی	۲۷/۴۸	۵/۴۳
	اهمیت اعتقادات معنوی	۱۲/۵۶	۲/۳۰
	فعالیت‌های معنوی	۱۵/۰۵	۲/۷۹
رشد پس از آسیب	نمره کل	۷۴/۹۱	۱۸/۳۸
	ارتباط با دیگران	۲۰/۴۰	۵/۷۸
	امکانات جدید	۱۵/۷۰	۴/۳۲
	قدرت فردی	۱۲/۶۴	۳/۶۰
ادراک رنج	تغییرات روحی	۱۰/۵۸	۲/۲۹
	ارزش زندگی	۹/۲۰	۱/۲۵
	نمره کل	۴۶/۵۱	۱۲/۴۸
	رنج جسمانی	۱۲/۴۵	۵/۲۴
	رنج روانشناختی	۱۶/۴۳	۶/۲۱
	رنج وجودی-معنوی	۱۴/۳۵	۵/۲۴
	نمره کل	۸۲/۰۱	۱۷/۷۶

جدول (۳) همبستگی معیارها با اضطراب وجودی در

بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳				
معیار	معنویت	رشد پس از آسیب	ادراک رنج	اضطراب وجودی
معنویت	۱			
رشد پس از آسیب	۰/۱۲۰**	۱		
ادراک رنج	-۰/۱۴۴**	-۰/۰۶۰	۱	
اضطراب وجودی	-۰/۱۴۷**	-۰/۱۸۳**	۰/۲۹۵**	۱

ضریب همبستگی پیرسون، $P < ۰/۰۵$ * اختلاف معنادار

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه ملاک از روی متغیرهای پیشین معنویت،

رشد پس از آسیب و ادراک رنج در بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳									
مدل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	R	R ^۲	ΔR ^۲	S. E
رگرسیون	۱۰۶۴/۲۰۷	۳	۳۵۴/۷۳۶	۵۹/۳۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲	۰/۴۷۶	۰/۲۱۸	۲/۴۴۳
باقیمانده	۱۱۷۰/۵۴۸	۱۹۶	۵/۹۷۲						
کل	۲۲۳۴/۷۵۵	۱۹۹							

جدول (۵) ضرایب رگرسیون استاندارد شده و بررسی معناداری این

ضرایب در بیماران سرطانی شهر تبریز در سال ۱۴۰۳					
متغیرها	B	خطای استاندارد	β	t	P
عرض از مبدا	۳/۴۷۰	۰/۸۸۴		۳/۹۲۵	۰/۰۰۱
معنویت	-۰/۳۸۹	۰/۰۹۷	-۰/۲۷۵	-۳/۹۹۷	۰/۰۰۱
رشد پس از آسیب	-۰/۲۴۵	۰/۰۹۰	-۰/۱۸۴	-۲/۷۳۴	۰/۰۰۷
ادراک رنج	۰/۲۷۸	۰/۰۳۹	۰/۴۰۵	۷/۱۲۴	۰/۰۰۱

بالای بین متغیرهای پیشین اشاره می‌کند، در صورتی که همبستگی دو متغیری بین دو متغیر پیشین بیشتر از صفر ممیز هفت دهم باشد، از این پیش فرض تخطی شده است. مقادیر مربوط به چندهم خطی عبارت است از تولورانس و VIF، که مقدار تولورانس باید بالاتر از صفر ممیز یک دهم و مقدار VIF کمتر از ده باشد [۱۹]. با توجه به این که شاخص تولورانس همه متغیرهای پیشین بالاتر از یک دهم و مقادیر VIF کلیه متغیرها کمتر از ده بود، بنابراین از مفروضه چندهم خطی تخطی نکردیم. در مطالعات علوم اجتماعی در حدود پانزده مشارکت کننده به ازای هر متغیر پیشین برای انجام یک معادله معتبر نیازمند است. پیشفرض داده‌های پرت را با استفاده از نمودار پراکندگی می‌توان نشان داد. داده‌های پرت به مواردی اطلاق می‌گردد که پسماندهای استاندارد در نمودار پراکندگی بیشتر از سه ممیز سه دهم و کمتر از منفی سه ممیز سه دهم داشته باشد [۳۲]. با توجه به این که مشخص شد پس ماندها، توزیعی تقریباً مستطیلی شکل داشتند و داده‌های پرت موجود در نمودار پراکندگی کمتر از آن است که به عنوان تخطی از این پیشفرض محسوب گردد، چرا که هیچ پسماند استاندارد بیش از سه ممیز سه دهم و کمتر از منفی سه ممیز سه دهم وجود نداشت، لذا داده پرتی در توزیع داده‌ها وجود نداشت. برای بررسی همبستگی معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج با اضطراب وجودی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. چنانچه در جدول شماره سه ملاحظه می‌گردد، اضطراب وجودی با معنویت $r = -۰/۱۴۷$ ، $p = ۰/۰۰۱$ و رشد پس از آسیب $p = ۰/۰۰۱$ ، $r = -۰/۱۸۳$ همبستگی منفی و معناداری دارد و صرفاً اضطراب وجودی با متغیر ادراک رنج $r = ۰/۲۹۵$ ، $p = ۰/۰۰۱$ همبستگی مثبت و معناداری دارد. برای پیشینی اضطراب وجودی از روی متغیرهای معنویت، رشد

پس از آسیب و ادراک رنج از رگرسیون چندگانه به صورت گام به گام استفاده شد. در گام اول، معنویت و در گام‌های بعدی رشد پس از آسیب و ادراک رنج وارد معادله شده و معناداری خود را در طی این دو گام حفظ کردند. با توجه به جدول شماره چهار در تبیین اضطراب وجودی از روی معنویت، رشد پس از آسیب و ادراک رنج مجموع متغیرهای پیشبین $R^2 = 0/476$ از واریانس متغیر ملاک را پیشبینی می‌نماید. همچنین میزان F مشاهده شده برای کل متغیرهای پژوهش در سطح صفر ممیز پنج صدم معنادار است که نشان می‌دهد متغیرهای فوق بر اضطراب وجودی اثر معناداری دارد.

در ادامه ضرایب رگرسیون استاندارد نشده و استاندارد شده و بررسی معناداری این ضرایب در جدول شماره پنج گزارش شد؛ بدین ترتیب که اثر معنویت $\beta = -0/275$ ، $p = 0/001$ ، رشد پس از آسیب $\beta = -0/184$ ، $p = 0/007$ ، و ادراک رنج $\beta = 0/405$ ، $p = 0/001$ بر اضطراب وجودی و در سطح صفر ممیز پنج صدم معنادار است.

بحث و نتیجه

مطابق با اولین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که بین اضطراب وجودی با معنویت بیماران سرطانی همبستگی منفی وجود دارد و معنویت توانایی پیشبینی اضطراب وجودی را دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات مهدوی و همکاران [۱۵] مبنی بر همبستگی معنادار و منفی بین بهزیستی روانی، وجودی و مذهبی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه؛ هدایتی زاده عمران و همکاران [۱۴] مبنی بر ارتباط معکوس بین اضطراب مرگ و ابعاد معنویت بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی؛ نیکوی کوپس و همکاران [۶] مبنی بر رابطه منفی بین اضطراب وجودی با تلقی مثبت نسبت به زندگی بیماران سرطانی همسو است. لذا، شواهد تجربی وجود دارد که نشان می‌دهد یکی از حوزه‌های پیشرفت افراد پس از رویایی با سانحه سرطان، افزایش معنویت می‌باشد [۵] و تاثیر معنویت به‌ویژه برای آن دسته از بیمارانی برجسته‌تر است که آسیب ناشی از تشخیص سرطان و تقلا متعاقب آن را با کنار آمدن با بیماری تجربه می‌کنند. لذا، معنویت می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، منابع قدرت، شفابخشی و امید را فراهم سازد و به افراد کمک کند تجربه سرطان خود را ادراک کرده و اضطراب وجودیشان را کاهش دهند. مطابق با دومین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که بین اضطراب وجودی با رشد پس از آسیب بیماران سرطانی همبستگی منفی وجود دارد و رشد پس از آسیب توانایی پیشبینی اضطراب وجودی را دارد. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات لیو و همکاران [۲۸] مبنی بر ارتباط منفی بین اضطراب وجودی با رشد پس از آسیب و همچنین رباط میلی و همکاران [۱۰] مبنی بر پیشبینی شش ممیز سی و نه صدم درصد از واریانس نشانه‌های اضطرابی براساس مولفه‌های رشد پس از آسیب در بیماران مبتلا به سرطان پستان همسو می‌باشد. شواهد اخیر نشان داده که تشخیص بیماری سرطان ممکن است سبب شکلگیری تغییرات مثبت افراد با پدیده رشد پس از آسیب شود. [۸] رشد پس از سانحه ممکن است فرصتی برای به‌کارگیری قدرت شخصی و بروز تغییرات روحی مثبت فراهم آورد، به‌طوری که فرد با کشف ارزش‌های جدید در زندگی، علائق و مسیر جدید در زندگی، در اهداف زندگی خود تجدیدنظر کرده و سعی می‌کند تا از امکانات زندگی بهترین استفاده را نماید و با دیگران به‌ویژه مراقبان خود ارتباط بیشتری برقرار کنند که این عوامل می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش اضطراب وجودی شود. افرادی که نیاز به یافتن مسیر جدید در زندگی و قدر دانستن زندگی را پیدا نکردند، سطح پاینتری از تهدید ادراک شده و متعاقباً سطح پاینتری از رشد پس از سانحه دارند و اضطراب وجودی بیشتری را تجربه می‌کنند. [۲۹] دیگر یافته این پژوهش نشان داد که بین اضطراب وجودی با ادراک رنج بیماران سرطانی همبستگی مثبت وجود دارد و ادراک رنج توانایی پیشبینی اضطراب وجودی را دارد. این یافته با رستمی و همکاران [۱۸] مبنی بر رابطه مثبت اضطراب، افسردگی و استرس با ادراک درد بیماران مبتلا به درد مزمن و رئیسی و همکاران [۳۰] مبنی بر رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و نشانه‌های اضطراب درد با فاجعه‌سازی درد بیماران سرطانی همسو است. مطابق با دیدگاه کوئینگ [۳۱] فرد پس از تشخیص ابتلا به بیماری سرطان دچار اضطراب وجودی می‌گردد. چنانچه نخستین سوالی که از خود می‌پرسد این است که چرا من؟ ممکن است برای بهبودی‌اش شروع به دعا و نیایش بکند. چرا که همچنان در مرحله انکار بیماری و موقعیتش به سر می‌برد. از آنجایی که به دعا و درخواستش برای شفا یافتن پاسخی داده نمی‌شود، سوالات دیگری پرسیده می‌شود: آیا خدا اصلاً نگران من هست؟ آیا خدا این قدرت را دارد که تغییری در وضعیت من به‌وجود بیاورد؟ پس از ابتلا به بیماری‌های مزمنی مثل سرطان شخص متوجه می‌شود که برای نجات زندگی خویش کاری از دستش برنمی‌آید و از طرفی ممکن است احساس

پیشنهاده‌ها: پیشنهاد می‌شود دیگر مطالعات با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی موضوع مورد بحث در این پژوهش را بر روی سایر بیماران سرطانی (برای مثال، سرطان خون، استخوان و ...) در سایر شهرها انجام دهند.

سپاسگزاری: مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۸ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

سهم نویسندگان: تمامی نویسندگان سهم مشترکی در اجرا، جمع‌آوری اطلاعات و نگارش مقاله داشتند.

حمایت مالی: کلیه هزینه‌های اجرای پژوهش توسط نویسنده اول انجام شده و ارگان خاصی از این طرح حمایت مالی نکرده است.

تضاد منافع: نویسندگان گواهی می‌کنند که هیچ نوع تضاد منافع (چه بین نویسندگان مقاله با یکدیگر و چه با افرادی خارج از تیم نویسندگان و چه با سازمان‌ها دیگر) وجود ندارد.

کند خداوند او را به‌خاطر گناہانی که قبلاً انجام داده است، توسط این بیماری تنبیه می‌کند. همه این عوامل می‌تواند در تشدید این امر که شخص نسبت به زندگی حال خود و همچنین آنچه که در آینده اتفاق خواهد افتاد، تأثیر بگذارد و باعث افزایش تجربه درد و رنج ناشی از بیماری سرطان شود.

راه‌بست‌ها: انجام پژوهش صرفاً بر روی بیماران با تشخیص سرطان روده بزرگ، پروستات، سینه و ریه در سطح شهر تبریز، دسترسی نداشتن به فهرست کامل جامعه مورد مطالعه و ناممکن بودن نمونه‌گیری تصادفی از جمله مهمترین محدودیت این پژوهش را تشکیل می‌دادند

منابع

References:

1. Nikmanesh Z. Prediction of posttraumatic growth base on of spirituality and social support in patients with breast cancer. Iranian journal of breast diseases. 2013; 6 (2) :35-42. [Persian] https://ijbd.ir/browse.php?a_id=275&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
2. American Cancer Society. Cancer facts and figures. Atlanta, GA. 2018, <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2018.html>
3. WHO, International Agency for Research on Cancer. The global initiative for cancer registry development. Accessed February; 2021:16. <https://gicr.iarc.fr/>
4. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. Psychooncology. 2006;19: 46-53. <https://research.rug.nl/en/publications/type-of-social-support-matters-for-prediction-of-posttraumatic-gr/>
5. Van Bruggen V, Vos J, Westerhof G, Bohlmeijer E, Glas G. Systematic review of existential anxiety instruments. Journal of Humanistic Psycholog. 2015;55(2):73201. <https://psycnet.apa.org/record/2015-08785-003> <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022167814542048>
6. Nikooy Kupas E, Rahmani B, Maghsoodlou Esterabadi B, Younesi S J, Zamaninejad S. The relationship between existential anxiety and core self-evaluation in predicting life orientation of patients with cancer. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2018; 9 (3) :467-473. [Persian] <https://journal.nkums.ac.ir/article-1-1288-en.html>
7. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2017;17(1):28-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30487878/>
8. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, Chou KR. A large-scale survey on trauma, burn-out, and posttraumatic growth among nurses during the covid-19 pandemic. International Journal of Mental Health Nursing. 2022;30(1):102-116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33107677/>
9. Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, Annunziata MA. Posttraumatic growth and cancer: A study 5 years after treatment end. Supportive Care in Cancer. 2017; 25(4):1087-1096. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28013416/>
10. Robatmili S, Posht Koohi M, Vazayfi Shahrivar M. Evaluation of Anxiety Symptoms based on Ambiguity Tolerance and Post Traumatic Growth among Breast Cancer Patients. Health Psychology. 2022; 11(43):163-178.
11. Hadian M, Rahgoi A, Fallahi-Khoshknab M, Vahedi M. The relationship between death anxiety with spiritual health and social support in women with breast cancer. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 2024; 12 (4) :91-102 [Persian] <https://ijpn.ir/article-1-2350-en.html>
12. Giovagnoli AR, Meneses RF, Martins da Silva A. The contribution of spirituality to quality of life in

- focal epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2006; 9:133-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16707278/>
13. Symonds LL, Yang L, Mande MM, Mande LA, Blow AJ, Osuch JR, Boivin MB, Giordani B, Haan PS, Smith SS. (2011). Using pictures to evoke spiritual feelings in breast cancer patients: Development of a new paradigm for neuroimaging studies. *J Relig Health*; 50:(2), 437-46. <https://www.jstor.org/stable/41349799>
14. Hedayatzadeh-Omran A, Janbabaie G, Faraji Emafti M, Noroozi A, Kolagari S, Modanloo M. Relationship between spirituality and death anxiety in patients with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2018; 27 (156) :98-108. [Persian] <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10471-en.html>
15. Mahdavi A, Jenaabadi H, Mosavimoghadam SR, Shojaei Langari SS, Gholamali Lavasani M, Madani Y. Relationship Between Mental, Existential, and Religious Well being and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. *Arch Breast Cancer*. 2019;6(1):29-34. [Persian]
16. Yarmohammadi Vassel M, Jokar F, Farhadi M, Zoghi Paydar M. Structural model of relationships between integrative self-knowledge, perception of suffering and quality of life among cancer patients (stages 3 & 4). *Research in Psychological Health* 2020; 14 (2) :1-19. [Persian] https://rph.khu.ac.ir/article_9635.html?lang=en
17. Arora A, Saini SK, Nautiyal V, Verma SK, Gupta M, Kalra BP, Ahmad M. Cancer pain, anxiety, and depression in admitted patients at a tertiary care hospital: A prospective observational study. *Indian J Palliat Care*. 2019;25(4):562-566. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31673213/>
18. Rostami H, Ahmadi E, Noori I, Andalib R. The relationship between anxiety, stress and depression with pain perception with the mediating role of resilience in patients with chronic pain in a military hospital. *Journal of Military Psychology*; 2022;13(49):39-64. [Persian] <https://www.magiran.com/paper/2432515/the-relationship-between-anxiety-stress-and-depression-with-pain-perception-with-the-mediating-role-of-resilience-in-patients-with-chronic-pain-in-a-military-hospital?lang=en>
19. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction. 8nd ed. USA: Longman Publishing; 2007: 451-452. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1035831>
20. Cancer Screening Overview (PDQ®)—Patient Version. National Cancer Institute. (13 January 2018). Retrieved 28 March 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26389447/>
21. Etemad J, Dehghan Manshadi Z, Mozafari N. Investigation on psychometric properties of existential anxiety questionnaire in elderly. *The Journal of Gerontology*, 2017; 1 (3) :39-48. [Persian] <https://joge.ir/article-1-76-en.html>
22. Parsian N, Dunning AM T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global Journal of Health Science*. 2009;1(1):780-789. <https://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/1104>
23. Nikmanesh Z. Prediction of posttraumatic growth base on of spirituality and social support in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2013; 6 (2) :35-42. [Persian] https://ijbd.ir/browse.php?a_id=275&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
24. Tedeschi RG, Calhoun G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996;9(3):455-471. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/>
25. Javaheri A, Esmaily A, Vakili M. The relationship between post traumatic growth and the meaning of life in COVID-19 survivors: The mediating role of spiritual wellbeing. *Rooyesh-e Ravanshenasi Journal(RRJ) Psychological Journal*. 2022;10(11):87-98. [Persian] <https://frooyesh.ir/article-1-3065-en.html>
26. Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH, Beach SR, Martire LM, Dodds A, Hebert RS, Zdaniuk B, Cook TB. Measuring the experience and perception of suffering. *Gerontologist*. 2010; 50(6): 774-784. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20478899/>
27. Babahasani KH, Amini N, Shafiabadi A, Deireh E. The effectiveness of existential group therapy on the experience and perception of suffering, emotion regulation, and happiness in migraine patients. *Scientific Journal of Social Psychology*. 2020; 8:295-309. [Persian] <https://sanad.iau.ir/en/Journal/psychology/Article/924830>
28. Liu L, Cheng L, Qu X. From existential anxiety to post-traumatic growth. *Annals of Tourism Research*. 2023; 99:103548. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10000268/>
29. Smith SG, Cook S L. Are Reports of posttraumatic growth positively biased? *Journal of Traumatic Stress*. 2019;17(4): 3538. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15462544/>
30. Raiisi F, Raiisi H, Kolivand M. (2022). Predicting Pain Catastrophizing based on Pain Anxiety Symptoms and Cognitive Flexibility in Cancer Patients. *The International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*; 7(3):772-777. [Persian] https://ijmpp.modares.ac.ir/article_20207.html
31. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*. 2004;97(12):1194-200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15646757/>
32. Pallant J. SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS. Routledge, london, UK. 2013 <https://www.routledge.com/SPSS-Survival-Manual-A-Step-by-Step-Guide-to-Data-Analysis-Using-IBM-SPSS/Pallant/p/book/9781041096535>