The Role of Religious Coping, Spiritual Intelligence, and Spiritual Well-being in Predicting the Perceived Stress of Patients with Cancer

Sanaz Einy[1*], Zohre Hashemi[2]

[1]Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran
[2]Department of Psychology, University of Maragheh, East Azarbaijan, Iran

Article Info:

Received: **13 Sep 2019** ***Revised:*** **31 Oct 2019** ***Accepted*****: 2 Jan 2020**

ABSTRACT

Introduction: One of the main issues facing the patients with cancer is stress and anxiety. On the other hand, religion and spiritual resources are very effective factors in mental health. The purpose of this study was to investigate the role of religious coping, spiritual intelligence, and spiritual well-being in predicting perceived stress in patients with cancer. ***Materials and Methods:*** In this descriptive cross-sectional study, 120 patients, with cancer who were admitted and treated in blood and oncology department of Imam Khomeini hospital of Ardabil in 2019, were selected as target sample. Data collection tools consisted of perceived stress scale, religious coping scale, spiritual intelligence scale, and spiritual well-being questionnaire. ***Results:*** There was a negative and significant relationship between the perceived stress with the spiritual well-being (β=-0/359: p<0/001), spiritual intelligence (β=-0/170: p<0/007), positive religious coping (β=-0/172: p<0/011) and positive and significant relationship with negative religious coping (β=0/328: p<0/001) in subjects with cancer. The spiritual well-being, religious coping and spiritual intelligence predicted 70% of variance of perceived stress scores of patients with cancer (p<0/01). ***Conclusion:*** Our findings indicate that positive and negative religious coping, spiritual intelligence, and spiritual well-being are associated with perceived stress and can explain one's attitude toward illness. Therefore, training patients to empower them in these areas have beneficial effects on their health-related quality of life.

Key words:

1. Adaptation, Psychological
2. Intelligence
3. Patients

***Corresponding Author:** Sanaz Einy

E-mail: *sanaz.einy@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

نقش مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان

ساناز عینی[1*]، زهره هاشمی[2]

[1]گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[2]گروه روانشناسی، دانشگاه مراغه، آذربایجان شرقی، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۲ شهریور ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۹ آبان ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۱۲ دی ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: یکی از عمده‌ترین مسائلی که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه‌اند، استرس و اضطراب است. از سوی دیگر مذهب و منابع معنوی عوامل بسیار تأثیرگذاری بر سلامت روان هستند. هدف از این پژوهش بررسی نقش مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان بود. مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی -توصیفی ۱۲۰ بیمار مبتلا به سرطان که در سال ۱۳۹۸ در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی اردبیل بستری و تحت درمان بودند، به‌عنوان نمونهٔ هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس استرس ادراک‌شده، مقیاس مقابلهٔ مذهبی، مقیاس هوش معنوی و پرسشنامهٔ بهزیستی معنوی بود. یافته‌ها: رابطهٔ منفی و معنی‌دار بین استرس ادراک‌شده با بهزیستی معنوی ($P<۰/۰۰۱$, $\beta=-۰/۳۵۹$)، هوش معنوی ($P<۰/۰۰۷$,$\beta =-۰/۱۷۰$)، مقابلهٔ مذهبی مثبت ($P<۰/۰۱۱$, $\beta =-۰/۱۷۲$) و رابطهٔ مثبت و معنی‌دار با مقابلهٔ مذهبی منفی ($P<۰/۰۰۱$, $\beta=۰/۳۲۸$) در افراد مبتلا به سرطان وجود دارد. بهزیستی معنوی، مقابلهٔ مذهبی و هوش معنوی ۷۰ درصد از واریانس نمرات استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلابه سرطان را پیش‌بینی کردند ($P<۰/۰۱$). نتیجه‌گیری: یافته‌های ما نشان داد که مقابلهٔ مذهبی مثبت و منفی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی با استرس ادراک‌شده رابطه داشته و می‌تواند نگرش فرد به بیماری را توضیح دهد. لذا آموزش بیماران جهت توانمندسازی آن‌ها در این زمینه‌ها تأثیرات سودمندی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها دارد.

کلید واژه‌ها:

۱. مقابله
۲. هوش
۳. بیماران

* **نویسنده مسئول:** ساناز عینی

آدرس الکترونیکی: *sanaz.einy@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

مقدمه

سال‌هاست که بیماری سرطان افراد بسیار زیادی را مورد آسیب قرار داده است و دومین علت جهانی مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد (۱). متأسفانه آمار ابتلا به این بیماری در همهٔ سنین رو به افزایش بوده و تأثیر شگرفی بر ابعاد مختلف زندگی بیماران و حتی مراقبان و اطرافیان آن‌ها دارد (۲). در سال ۲۰۱۸، تعداد ۱۸/۱ میلیون مورد جدید سرطان برآورده شده است و تعداد ۹/۶ میلیون مرگ و میر ناشی از بیماری سرطان گزارش شده است (۳). احتمال می‌رود تا سال ۲۰۳۰ با توجه به رشد جمعیت از یک سو و پیری جمعیت از سوی دیگر، معضل جهانی سرطان، سیری صعودی در پیش بگیرد (۴).

از عمده‌ترین مسائلی که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجهند، استرس و اضطراب ناشی از روبرو شدن و کنار آمدن با بیماری است. محققان مختلف دریافتند که میزان استرس ادراک‌شدهٔ[1] بیماران مبتلا به سرطان -به‌مثابهٔ یک مکانیزم تبیینی -کاهش فزایندهٔ نشانگرهای چندگانهٔ کیفیت زندگی آن‌ها را توضیح می‌دهد (۶، ۵). بر اساس مدل شناختی -تعاملی استرس[2]، ارزیابی فرد از ارتباط خود با محیط، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد استرس دارد. اگر شخص، محیط خویش را بیش از حد فشارزا تلقی و احساس کند توانایی مواجهه با موقعیت‌های دشوار را ندارد و استرس وی افزایش خواهد یافت، اما اگر بداند توانایی مقابله با رویدادهای فشارزا را دارد، استرس کمتری احساس خواهد کرد (۷)؛ همچنین افرادی که بیماری خود را به طور منفی ادراک می‌کنند، سطح بالاتری از استرس ادراک‌شده را تجربه می‌کنند (۸). یافتهٔ پژوهشی نشان می‌دهد که در افراد با سطح بالای استرس ادراک‌شدهٔ مداوم در مقایسه با افراد با سطح پایین استرس مداوم، ۱۱ درصد خطر ابتلا به سرطان بیشتر است (۹). پارگامنت[3] معتقد است که باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کنند (۱۰). مذهب نقش مهمی را در مقابله با استرس ایفا می‌کند؛ نماز و اعتقاد به خدا به‌عنوان دو نوع از عمومی‌ترین منابع مقابله همواره وجود داشته‌اند. مذهبی بودن با تأثیر بر شناخت، تأثیر بسزایی در سلامتی و کاهش استرس دارد. از این رو در این پژوهش به بررسی متغیرهایی پرداخته می‌شود که مرتبط با مذهب بوده و می‌توانند اثر استرس را تعدیل کند و نحوهٔ رفتار بیماران مبتلا به سرطان را پیش‌بینی کنند.

مقابلهٔ مذهبی[4]، راهبرد مهمی است که می‌تواند برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا مورد استفاده قرار گیرد (۱۱). مقابله یا کنار آمدن به صورت کلی عبارت است از تلاش فکری، هیجانی و رفتاری برای غلبه بر فشارهای روانی؛ این فرایندی پویا و مداوم است که فرد با تغییرات محیط سازگار می‌شود. بر همین مبنا، مقابلهٔ مذهبی روشی است که افراد به کمک آن با استرس‌های روزمره برخورد می‌کنند (۱۲). مقابلهٔ مذهبی مبتنی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند (۱۲). مقابلهٔ مذهبی دو نوع می‌باشد؛ مقابلهٔ مذهبی مثبت و مقابلهٔ مذهبی منفی. مقابلهٔ مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن‌ها، فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. برای مثال، فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت؛ اما در شکل دیگری از مقابله که بانام مقابلهٔ مذهبی منفی نام‌گذاری شده است، فرد رابطهٔ اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید. برای مثال، فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت وی را تنها خواهد گذاشت (۱۰)؛ بنابراین، همهٔ راهبردهای مقابلهٔ مذهبی مفید نیستند (۱۰). مطالعات پژوهشی مؤید این نکته است که مذهب و معنویت نقش مهمی در مقابلهٔ بیماران با سرطان دارد (۱۴، ۱۳). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بین مذهب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۱۵)؛ مذهب نقش مهمی در حالات هیجانی و کیفیت زندگی زنان کره‌ای مبتلابه سرطان پستان دارد (۱۶). نتیجهٔ مطالعهٔ زمانیان و همکاران نشان می‌دهد که در زنان مبتلا به سرطان، انواع راهبردهای مقابلهٔ مذهبی مورد استفاده با کیفیت زندگی بالا و پایین مرتبط است؛ راهبرد مقابله‌ای مثبت با کیفیت زندگی بهبودیافته و راهبرد مقابله‌ای منفی با کیفیت زندگی پایین همراه است (۱۷).

متغیر دیگری که می‌توان مرتبط با مذهب و در رابطه با استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان مورد توجه قرار داد، هوش معنوی[5] است. شواهد نشان می‌دهد که هوش معنوی یک ویژگی بسیار مهم در مدیریت استرس و مسائل مرتبط با رفتارهایی است که می‌توانند در بیماری‌های مزمن حائز اهمیت باشد (۱۸). این اصطلاح ابتدا توسط ایمونز[6] (۱۹) مطرح شد و بعد از آن زوهر و مارشال[7] (۲۰) آن را مطرح کردند. ایمونز هوش معنوی را با استفاده از اطلاعات معنوی برای حل سازگارانهٔ مشکلات زندگی و نیل به اهداف تعریف کرده است (۱۹). زوهر و مارشال بیان کرده‌اند که هوش معنوی ظرفیتی است که با آن ژرف‌ترین مفاهیم

[1] Perceived stress
[2] Cognitive-interactive model of stress
[3] Pargament
[4] Religious coping
[5] Spiritual intelligence
[6] Emmons
[7] Zohar and Marshall

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

و اهداف و برترین انگیزه‌های خود را درک می‌کنیم (۲۰). افکار مثبت و سخت‌رویی، هر دو از مؤلفه‌های معنویت هستند و با سلامت و مقاومت در برابر استرس ارتباط دارند. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیر در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمانی و رضایت از زندگی رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۱). بین هوش معنوی و میزان تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۲). آموزش مهارت‌های معنوی در پیشرفت دیدگاه بیماران سرطانی به معنویت و کاهش ضربه‌های روانی و سازگار شدن با شرایط، تأثیر بسزایی دارد (۲۳).

یکی دیگر از مفاهیم مهم مرتبط با مذهب که می‌تواند در چگونگی برخورد با مشکلات و تنش‌های ناشی از سرطان تأثیرگذار باشد، بهزیستی معنوی[8] است. بهزیستی معنوی را می‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد؛ به عبارت دیگر، بهزیستی معنوی، احساس رضایت خاطر فرد است که از خود درونی او ناشی می‌شود و ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی افراد دارد. بهزیستی معنوی دو مؤلفه دارد، بهزیستی مذهبی[9] و بهزیستی وجودی[10]. بهزیستی مذهبی به رضایت از داشتن رابطه با یک قدرت برتر اشاره دارد، در حالی که بهزیستی وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اشاره دارد (۲۴). عوارض ناشی از سرطان در بیمارانی که از بهزیستی معنوی بالاتری برخوردارند، کمتر می‌باشد. در بیماران مبتلا به سرطان، معنا در زندگی با سلامت جسمی و معنوی ارتباط مستقیم دارد. برای بیماران مبتلا به سرطان که در مرحلهٔ انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهم‌تر باشد (۲۵). بهزیستی ذهنی، وجودی و مذهبی، نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۶). تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان که بهزیستی معنوی خوبی دارند، از کیفیت زندگی بهتر (۲۵) و پذیرش بیماری خود (۲۷) برخوردار خواهند بود. در پژوهشی مشخص شد که بیماران مبتلا به سرطان پستان با نمرات بالاتر بهزیستی معنوی، سطح استرس، افسردگی و اضطراب کمتری دارند (۲۸). وانگ و لین[11] در پژوهش خود نشان دادند که بهزیستی معنوی ممکن است تأثیرات منفی سرطان بر کیفیت زندگی و تمایل به مرگ سریع را کاهش دهد (۲۹).

مروری بر پیشینهٔ پژوهشی نشان می‌دهد که پژوهش‌های متعددی همواره در پی کشف عواملی بوده‌اند که بتوانند در شرایط استرس‌زا به کمک انسان آمده و مانع آسیب‌دیدگی و اضمحلال وی در زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات زندگی شود. سرطان به‌عنوان یک عامل استرس‌زای منفی تأثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان می‌گذارد، از طرفی مذهب و منابع معنوی یک عامل اصلی در زندگی بسیاری از انسان‌ها است و می‌توان میزان دین‌داری فرد و تعهد او به آداب و تعالیم دینی و مذهبی را یکی از عوامل بسیار مؤثر و تأثیرگذار بر سلامت روان او دانست (۱۴، ۱۳)؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مقطعی و از نوع توصیفی بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را کلیهٔ بیماران مبتلابه سرطان بستری در بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. در تحقیقات همبستگی حجم نمونه به ازای هر متغیر پیش‌بین از حداقل ۵ نفر تا ۴۰ نفر پیشنهاد شده است (۳۰)؛ بنابراین به دلیل وجود ۳ متغیر پیش‌بین و پایین بودن حجم جامعه، به ازای هر متغیر ۴۰ نفر در نظر گرفته شد و در مجموع ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. معیارهای ورود شامل؛ سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی سرطان، بستری در بخش انکولوژی به مدت حداقل دو هفته و معیارهای خروج شامل؛ ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی، کبدی و کلیوی؛ سابقهٔ بیماری روانی جدی نیازمند مداخلات درمانی بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس استرس ادراک‌شده

این مقیاس به مثابهٔ یک ابزار خودگزارش‌دهی مشتمل بر ۱۴ گویه است که به وسیلهٔ کوهن[12] و همکاران (۳۱) در سال ۱۹۸۳ به‌منظور آگاهی از اینکه افراد تجارب دشوار و طاقت‌فرسای خویش را چگونه ارزیابی می‌کنند، توسعه یافت. در این مقیاس از افراد تقاضا می‌شود که بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) مشخص کنند که اغلب در طول ۱۰ هفتهٔ گذشته چه احساسی داشته‌اند. در این مقیاس پس از نمره‌گذاری معکوس گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳، از تجمیع نمرهٔ تمامی گویه‌ها برای هر فرد، نمرهٔ کلی به دست می‌آید. در این مقیاس حداقل نمرهٔ استرس ادراک‌شده صفر و حداکثر آن ۵۶ است. کسب نمرهٔ بالاتر به معنی استرس ادراک‌شدهٔ بیشتر است. در مطالعهٔ کوهن و همکاران (۳۱) ضرایب همسانی درونی برای هر یک از زیرمقیاس‌ها و نمرهٔ کلی بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد. صفایی و شکری این مقیاس را در بیماران

[8] Spiritual well-being
[9] Religious well-being
[10] Existential well-being
[11] Wang and Lin
[12] Cohen

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

سرطانی نمونهٔ ایرانی اعتباریابی کردند؛ نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش وریمکس نشان داد که نسخهٔ فارسی مقیاس استرس ادراک‌شده از دو عامل خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده تشکیل شده است (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمرهٔ کلی استرس ادراک‌شده را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۰. ۰/۷۶ به دست آوردند.

نسخهٔ کوتاه مقیاس مقابلهٔ مذهبی

این پرسشنامه توسط پارگامنت و همکاران (۱۰) در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است و به طور کلی نحوهٔ استفاده افراد از مذهب را به صورت عملی در فرایند مقابله با استرس‌های زندگی می‌سنجد. آزمون دارای دو الگوی مقابلهٔ مثبت و منفی در رویارویی با استرس‌ها است. این نسخه شامل ۷ مادهٔ مقابلهٔ مذهبی مثبت و ۷ مادهٔ مقابلهٔ مذهبی منفی است. ماده‌های مقابلهٔ مذهبی مثبت از ۷ زیرمقیاس فرم اصلی (پیوند معنوی، جست و جوی حمایت معنوی، آموزش طلبی دینی، مقابلهٔ جمعی دینی، ارزیابی مجدد نیکوکاری دینی، تمرکز دینی و تطهیر دینی) و ماده‌های مقابلهٔ مذهبی منفی نیز از ۵ زیرمقیاس فرم اصلی (نارضایتی معنوی، ارزیابی مجدد خدای تنبیه‌گر، نارضایتی دینی بین‌فردی، ارزیابی مجدد خدای شیطانی و ارزیابی مجدد قدرت خدا) انتخاب شده‌اند. شیوهٔ نمره‌گذاری به صورت لیکرت با چهار گزینه از "به هیچ وجه" تا "بسیار زیاد" انجام می‌گیرد. نمرهٔ بالا در مقیاس مثبت، نشان‌دهندهٔ سبک مقابله‌ای مثبت و نمرهٔ بالا در مقیاس منفی نشان‌دهندهٔ سبک مقابله‌ای منفی است. پارگامنت و همکاران (۱۰) همسانی درونی متوسط تا بالایی را برای مقیاس گزارش داده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برای مقیاس‌های مثبت و منفی در بیماران بستری در بیمارستان با سن بیش از ۵۵ سال به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۶۹ گزارش شده است (۱۰). شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی وجود عوامل دوگانه را تأیید کرده است. همچنین، مقادیر ضریب همسانی درونی برای راهبردهای مقابلهٔ مذهبی مثبت و منفی در بیماران سرطانی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمده است (۳۳).

مقیاس خودگزارشی هوش معنوی کینگ

این مقیاس توسط کینگ[13] در سال ۲۰۰۸، برای سنجش هوش معنوی ساخته شده است و توانایی‌های مربوط به آن را در چهار بعد اصلی ارزیابی می‌کند (۳۴). این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده است و بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. مجموع سؤالات، نمرهٔ کلی هوش معنوی را به دست می‌دهند که دامنهٔ آن از صفرتا ۹۶ متغیر است. سؤال ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده و نمرهٔ بالا نیز نشان‌دهندهٔ هوش معنوی بیشتر است. این آزمون دارای ۴ عامل تفکر وجودی انتقادی (۷ آیتم)، ارائهٔ معنی شخصی (۵ آیتم)، آگاهی متعالی (۷ آیتم) و توسعهٔ حالت هوشیاری و خودآگاهی (۵ آیتم) است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲، میانگین همبستگی درون آیتمی آن ۰/۳۴، پایایی دو نیمه‌سازی آن ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن نیز بعد از ۴ ماه ۰/۸۹ گزارش شده است. این پرسشنامه با مقیاس‌های روانشناختی نظیر پرسشنامهٔ معنای زندگی، مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس هوش هیجانی رابطه دارد که نشان‌دهندهٔ اعتبار همگرایی این پرسشنامه است (۳۴).

آزمون بهزیستی معنوی

این آزمون توسط پالوتزین و الیسون[14] در سال ۱۹۸۳ ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است که ۱۰ سؤال آن بهزیستی مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر بهزیستی وجودی فرد را می‌سنجد (۳۵). سؤالات فرد آزمون مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربهٔ فرد از رابطهٔ رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و سؤالات زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد مقیاس پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. در سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱ و سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ کاملاً مخالفم نمرهٔ ۶ گرفته است. نمرهٔ بهزیستی معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنهٔ آن بین ۲۰-۱۲۰ متغیر می‌باشد. در پایان بهزیستی معنوی افراد به سه دستهٔ پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پالوتزین و الیسون (۳۵) ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعهٔ حاضر بر اساس تتای ترتیبی برای زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ به دست آمد.

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش، ابتدا از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل موافقت‌نامه‌ای مبنی بر بلامانع بودن جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پژوهش اخذ شد و هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان امام خمینی صورت گرفت. در ابتدا ۱۲۰ بیمار مبتلا به سرطان بر مبنای تشخیص پزشک بر اساس پروندهٔ پزشکی و ملاک‌های ورود و در صورت تمایل برای شرکت در پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد.

قبل از ارائهٔ پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونهٔ مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص

[13] King
[14] Paloutzian and Ellison

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با آن‌ها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامهٔ کتبی از بیماران، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. این کار به صورت انفرادی انجام گرفت و در صورت بروز هرگونه ابهام در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، راهنمایی‌های لازم در چارچوب نحوهٔ اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، به آزمودنی ارائه شد. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونهٔ تحقیق از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود. همچنین کدهای رایج اخلاق در پژوهش‌های پزشکی شامل ۱۴،۱۳، ۲ (منافع حاصل از یافته‌ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) و کدهای ۱، ۳، ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها و نمایندهٔ قانونی او) در این پژوهش رعایت شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام و از طریق نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ انجام شد. مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. در این پژوهش، سطح معنی‌داری مورد پذیرش $P<۰/۰۵$ بود.

یافته‌ها

نمونهٔ آماری مورد مطالعه شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به سرطان با متوسط سن ۷/۳۲ ± ۴۳/۲۴ سال بود که در دامنهٔ سنی ۳۲ تا ۷۴ سال قرار داشتند. ۶۳٪ زن و ۳۷٪ مرد بودند. ۲۹ نفر (۲۴/۱۶٪) از آن‌ها مجرد و ۹۱ نفر (۷۵/۸۳٪) متأهل بودند. ۳۵ نفر (۲۹/۱۶٪) تحصیلات زیر دیپلم و ۸۵ نفر (۷۰/۸۳٪) تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. همچنین ۴۲ نفر (۳۵٪) از آن‌ها کارمند، ۴۸ نفر (۴۰٪) دارای شغل آزاد و ۳۰ نفر (۲۵٪) بیکار و بازنشسته بودند. جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان با مقابلهٔ مذهبی مثبت، هوش معنوی و بهزیستی معنوی رابطهٔ منفی و معنی‌دار و با مقابلهٔ مذهبی منفی رابطهٔ مثبت و معنی‌دار داشت ($P<۰/۰۱$).

جهت تبیین سهم مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد که نتایج آن در ادامه آمده است. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد. مقادیر به دست آمده برای Tolerance و VIF حاکی از آن بود که

جدول ۱- میانگین آماری نمرات و ماتریس همبستگی مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی، بهزیستی معنوی و استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان (۰/۰۵ >*P، ۰/۰۱ >**P).

متغیرها	میانگین±انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱. مقابلهٔ مذهبی مثبت	۱۴/۲۲±۵/۹۳	۱				
۲. مقابلهٔ مذهبی منفی	۱۴/۳۸±۶/۱۳	*-۰/۵۵	۱			
۳. هوش معنوی	۴۰/۹۶±۱۷/۸۹	**۰/۴۶	*-۰/۴۵	۱		
۴. بهزیستی معنوی	۵۲/۲۷±۱۹/۰۴	**۰/۵۹	*-۰/۵۶	*۰/۵۲	۱	
۵. استرس ادراک شده	۲۹/۰۴±۱۱/۱۱	**-۰/۶۴	*۰/۷۰	**-۰/۵۸	**-۰/۷۳	۱

جدول ۲- مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان.

متغیرها	B	SE	β	t	P
مقدار ثابت	۴۰/۳۷۰	۳/۵۹۰	-	۱۱/۲۴۴	۰/۰۰۰
بهزیستی معنوی	-۰/۲۰۹	۰/۰۴۱	-۰/۳۵۹	-۵/۱۱۶	۰/۰۰۰
مقابله مذهبی منفی	۰/۵۹۵	۰/۱۱۹	۰/۳۲۸	۴/۹۹۲	۰/۰۰۰
هوش معنوی	-۰/۱۰۶	۰/۰۳۸	-۰/۱۷۰	-۲/۷۶۶	۰/۰۰۷
مقابله مذهبی مثبت	-۰/۳۲۳	۰/۱۲۶	-۰/۱۷۲	-۲/۵۶۹	۰/۰۱۱
$P<۰/۰۰۱$ $R^2=۰/۷۰۶$ $R=۰/۸۴۰$					

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

مفروضهٔ هم خطی بودن، تخطی نشده است. چون که ارزش Tolerance تمام متغیرها بیش از حد ۰/۱ و ارزش VIFمتغیرها کمتر از ۱۰ است. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین -واتسون استفاده شد که میزان آن نشان از مستقل بودن خطاها بود.

با توجه به یافته‌های جدول ۲، مقادیر بتا نشان داد که بهزیستی معنوی بیشترین سهم و هوش معنوی کمترین سهم را در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان دارد. میزان ضریب تعیین نیز نشان می‌دهد که متغیرهای بهزیستی معنوی، مقابلهٔ مذهبی و هوش معنوی توانستند ۷۰ درصد از واریانس متغیر ملاک، یعنی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مقابلهٔ مذهبی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

نتایج ضرایب همبستگی نشان داد استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان با مقابلهٔ مذهبی مثبت رابطهٔ منفی و معنی‌دار و با مقابلهٔ مذهبی منفی رابطهٔ مثبت و معنی‌دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مقابلهٔ مذهبی مثبت و منفی واریانس استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان را تبیین می‌کنند؛ بنابراین یافته‌ها از وجود ارتباط بین مقابلهٔ مذهبی و استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی حمایت کرده‌اند. پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد، یافت نشد اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج کرد (۳۶، ۱۷-۱۳). مطالعهٔ شکری و همکاران نشان داد که راهبردهای مقابلهٔ مذهبی مثبت و منفی در رابطهٔ بین استرس ادراک‌شده و بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان، نقش تعدیل‌کننده دارند (۳۶). ضرغانی و همکاران در مطالعهٔ خود نشان دادند که بین مذهب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۱۵). همچنین در مطالعات قبلی آشکار شد که مذهب نقش مهمی در حالات هیجانی و کیفیت زندگی زنان کره‌ای مبتلا به سرطان پستان دارد (۱۶). نتیجهٔ مطالعهٔ زمانیان و همکاران نیز نشان داد که در زنان مبتلا به سرطان، انواع راهبردهای مقابلهٔ مذهبی مورد استفاده با کیفیت زندگی بالا و پایین مرتبط است (۱۷)؛ راهبرد مقابلهٔ مثبت با کیفیت زندگی بهبودیافته و راهبرد مقابلهٔ منفی با کیفیت زندگی پایین همراه است. آنو و واسکانسلز[15] معتقدند که مقابله‌های مذهبی مثبت می‌توانند مجموعه‌ای از کنش‌های سازش‌یافته را برای فرد فراهم کنند (۳۷). مورگان[16] و همکاران در مطالعهٔ خود بر روی بیماران سرطانی نشان دادند مقابلهٔ مذهبی منفی با کیفیت زندگی بدتر ارتباط دارد (۳۸). به عبارت دیگر مقابلهٔ مذهبی به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، باید و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته یکی از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظهٔ عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از استرس نجات دهد (۱۴). راهبردهای مقابله‌ای مثبت باعث می‌شود که فرد نیاز کمتری به حمایت بیرونی داشته باشد و این عامل موجب احساس توانمندی در فرد می‌شود (۱۰). بنابراین بیمارانی که در زندگی روزانهٔ خود از روش‌های مقابله‌ای مثبت مانند عفو، بخشش، جستجو برای ارتباط معنوی با خدا، دوستی با افراد مذهبی، دریافت حمایت معنوی- اجتماعی، امید داشتن، شناخت خدا به‌عنوان خیرخواه و مهربان استفاده می‌کنند و به نوعی اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سریع‌تر بهبود می‌یابند و سلامت روان بالاتری دارند. در مقابل بیمارانی که از راهبردهای مقابله‌ای منفی مانند مقابلهٔ مذهبی خودمدارانه، ناخشنودی معنوی، ناخشنودی مذهبی بین‌فردی و واگذاری مذهبی فعالانه و منفعلانه استفاده می‌کنند؛ نوعی رابطهٔ اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌کنند و بر این باورند که خداوند آن‌ها را کمک نخواهد کرد. بر اساس نظریهٔ پارگامنت راهبردهای مقابلهٔ منفی باعث استفاده از نوعی اسناد می‌شوند که این اسناد با خلق منفی و ارزیابی منفی از رفع مشکل همراه است و منجر به تنیدگی و کشمکش روانشناختی بیشتر می‌شود (۱۰).

در ارتباط با رابطهٔ بین هوش معنوی و استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی، نتایج ضرایب همبستگی نشان داد نمرهٔ هوش معنوی به طور منفی با استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی مرتبط است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که وارد کردن نمرات هوش معنوی به مدل باعث افزایش قدرت پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی شد. بنابراین یافته‌ها از وجود ارتباط بین هوش معنوی با استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی حمایت کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر (۲۳-۲۱) همخوان است. تکیه‌گاه معنوی می‌تواند تأثیر ضربه‌گیر در برابر استرس داشته باشد و همچنین میان سلامت روانی، سلامت جسمانی و رضایت از زندگی رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۱). حسین ثابت و عطایی (۳۹) در پژوهشی نشان دادند که بین هوش معنوی و استرس ادراک‌شدهٔ دانشجویان رابطهٔ منفی و معنی‌داری وجود دارد. عبدالله زاده و همکاران (۲۲) در مطالعهٔ خود نشان دادند که بین هوش معنوی و میزان تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که توجه به معنویت در حل مشکلات زندگی از دوران

[15] Ano and Vasconcelles
[16] Morgan

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

ویلیام جمیز[17] مطرح شد؛ او معتقد بود که معنویت موجب معنا در زندگی انسان شده و امری همگانی است (۲۲). هوش معنوی موجب ایجاد هدف و معنی برای زندگی می‌گردد. افرادی که احساس معنی‌داری و هدف در زندگی داشته باشند، در زمان بحران بیشتر با شرایط کنار می‌آیند و امید به خدا آن‌ها را قادر می‌سازد تا آشفتگی روانی کمتری را تجربه نمایند (۳۴). همچنین هوش معنوی به افراد کمک می‌کند تا با معنا دادن به ناملایمات، سختی‌ها را تحمل کنند و به دنبال راه‌حل‌هایی برای آن باشند و در نتیجه به زندگی خود پویایی و حرکت دهند. به‌عبارت‌دیگر، در هنگام روبرو شدن با استرس، هوش معنوی با ایجاد معنای شخصی به فرد امکان میدهد تا با ایجاد شرایط جدیدی که حتی اگر استرس‌آور و نگران‌کننده باشد، معنا یا هدفی را در آن بیابد و بتواند با شرایط جدید سازگار شود و به این طریق عامل استرس‌زا را تغییر دهد و تأثیرهای منفی آن را کاهش دهد. در واقع هوش معنوی موجب می‌شود که انسان با ملایمت و عطوفت بیشتری به مشکل‌ها نگاه کند، تلاش بیشتری برای یافتن راه‌حل داشته باشد و سختی‌های زندگی را بهتر تحمل کند (۲۳). بنابراین هوش معنوی با ایجاد بینش جدید به خود و افزایش اعتماد به نفس می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی گردد.

همچنین در مورد رابطهٔ بین بهزیستی معنوی و استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی، نتایج ضرایب همبستگی نشان داد بهزیستی معنوی به طور منفی با استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی مرتبط است. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که نمرات بهزیستی معنوی به تنهایی ۵۴ درصد از واریانس استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی را تبیین می‌کند. این یافته‌ها با مطالعات دیگر همسو است (۲۹-۲۵). تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران سرطانی که بهزیستی معنوی خوبی دارند، از کیفیت زندگی بهتر (۲۵) و پذیرش بیماری خود (۲۷) برخوردار خواهند بود. در پژوهشی مشخص شد که بیماران مبتلا به سرطان پستان با نمرات بالاتر بهزیستی معنوی، سطح استرس، افسردگی و اضطراب کمتری دارند (۲۸). وانگ و لین در پژوهش خود نشان دادند که بهزیستی معنوی ممکن است تأثیرات منفی سرطان بر کیفیت زندگی و تمایل به مرگ سریع را کاهش دهد (۲۹). این تبیین قابل ذکر است که بهزیستی معنوی از طریق شکل‌دهی یک نظام ارزشی و معنایی هدفمند مبتنی بر اعتماد به تصمیمات و حکمت خدا (به‌عنوان دانای مطلق)، نوعی مقابلهٔ معنوی/مذهبی به راه می‌اندازد و از این رو منجر به افزایش توان مقابله‌ای و سرسختی روانشناختی می‌گردد. بنابراین سامانهٔ باورهای معنوی به افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخهٔ زندگی رخ می‌دهد معنا بدهند و به زندگی اخروی که در آن این‌گونه دشواری‌ها وجود ندارد، امیدوار و خوش‌بین باشند (۲۴). شاید این موضوع به این دلیل باشد که احساس اشخاص از پدیده‌های ماوراء طبیعی می‌تواند حمایت روانشناختی فراهم کند و ممکن است یک حمایت معنوی نیز به همراه داشته باشد که نمی‌توانند به لحاظ پدیدارشناختی قابل اندازه‌گیری شود. به لحاظ ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد با بهزیستی معنوی بالا به طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌توانند رویدادهای زندگی و افکار و رفتار انسان را تغییر دهند و به نحو سودمندی به چگونگی مقابلهٔ شخصی رویدادهای نامطلوب تأثیر بگذارند (۲۷)؛ بنابراین با افزایش بهزیستی معنوی، استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان کاهش خواهد یافت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز رو به رو بود. از جمله اینکه پژوهش روی بیماران مبتلا به سرطان اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج را به سایر شهرستان‌ها با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی بیماران سرطانی در شهرهای دیگر انجام گیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. استفاده از مقیاس‌های خودگزارشی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود از روش‌های دیگر جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه (فردی، خانوادگی) و مشاهده استفاده شود تا اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر به دست آید. همچنین با توجه به پایین بودن حجم جامعهٔ در دسترس، خرده مقیاس‌های متغیرها مورد مطالعه قرار نگرفته و فقط اثر نمرهٔ کلی بررسی شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، نقش خرده مقیاس‌های متغیرهای هوش معنوی و بهزیستی معنوی، در پیش‌بینی استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی بررسی شود. در نهایت با توجه به پایین بودن حجم جامعهٔ در دسترس، امکان کنترل عوامل جانبی دیگر از جمله سطح تحصیلات، شاغل بودن، شرایط اقتصادی و حتی نوع سرطان امکان‌پذیر نبود؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی موارد مطرح شده مورد کنترل قرار بگیرد تا نتایج دقیق‌تری حاصل شود.

در مجموع می‌توان گفت که مقابلهٔ مذهبی مثبت و منفی، هوش معنوی و بهزیستی معنوی با استرس ادراک‌شده رابطه داشته و می‌تواند نحوهٔ رفتار فرد در برابر استرس را پیش‌بینی کند. لذا آموزش بیماران جهت توانمندسازی آن‌ها در این زمینه‌ها پیشنهاد

[17] William James

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، نویسندگان این مقاله از همکاری بیماران عزیز بخش خون و انکولوژی بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل و همچنین از حمایت‌های مسئولان و کارکنان بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

منابع

1. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A systematic analysis for the global burden of disease study. JAMA Oncol. 2017; 3(4):524-48.

2. Pirkhaefi A, Salehi F. Effectiveness of group logo therapy on promotion mental health of women with breast cancer. Health Psychol. 2013; 2(8):61-9.

3. Sieggel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019; 69(1): 7-34.

4. Conley C, Bishop B, Andersen B. Emotions and emotion regulation in breast cancer survivorship. Health Care. 2016; 4(3): E56.

5. Beatty L, Lee C, Wade TD. A prospective examination of perceived stress as a mediator of the relationship between life-events and QOL following breast cancer. Br J Health Psychol. 2009; 14(4):789-804.

6. Penedo FJ, Benedict C, Zhou ES, Rasheed M, Traeger L, Kava BR, et al. Association of stress management skills and perceived stress with physical and emotional well-being among advanced prostate cancer survivors following androgen deprivation treatment. J Clin Psychol Med S. 2013; 20(1): 25-32.

7. Lovell B, Moss M, Wetherell MA. Perceived stress, common health complaints and diurnal patterns of cortisol secretion in young, otherwise healthy individuals. Horm Behav. 2011; 60(3): 301-5.

8. Miceli J, Geller D, Tsung A, Hecht CL, Wang Y, Pathak R, et al. Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. Psycho-Oncol. 2019; 28(7):1513-9.

9. Song H, Saito E, Sawada N, Abe SK, Hidaka A, Shimazu T, et al. Perceived stress level and risk of cancer incidence in a Japanese population: the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. Sci Rep. 2017; 7(1): 12964.

10. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. J Clin Psychol. 2005; 61(4): 461-80.

11. Richards AE, Petrie MJ, Chapman KL. Is religious coping a moderator of perceived control and panic symptoms in african american adults? J Black Psychol. 2016; 42(2): 140-59.

12. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. J Health Psychol. 2004; 9(6): 713-30.

13. Sajadiyan AS, Haghighat S, Montazeri A, Kazemnejad A, Haghight Sh. Post diagnosis coping strategies patients with breast cancer. Iran J Breast Dis. 2011; 4(1):52-8.

14. Avestan Z, Rahmani A, Heshmati-Nabavi F, Mogadasian S, Faghani S, Azadi A. et al. Perceptions of Iranian cancer patients regarding respecting their dignity in hospital settings. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(13): 5453-8.

15. Zargani A, Nasiri M, Hekmat K, Abbaspour Z, Vahabi S. A survey on the relationship between religiosity and quality of life in patients with breast cancer: A study in Iranian muslims. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018; 5(2):217-22.

16. Jang JE, Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, et al. Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. Psycho- Oncol. 2013; 22(4):922-9.

17. Zamanian H, Eftekhar-Ardebili H, Eftekhar-Ardebili M, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Taheri-Kharameh Z, et al. Religious coping and quality of life in women with breast cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(17):7721-5.

18. Bediako SM, Neblett EW. Optimism and perceived stress in Sickle-cell disease: The role of an afrocultural social Ethos. J Black Psychol. 2011; 37(2): 234-53.

19. Emmons RA. Spirituality and intelligence: Problems and prospects. Int J Psychol Religion. 2000; 10(1): 57-64.

20. Davidson S. Cultivating spiritual intelligence to heal diseases of meaning. Contemp Nurse. 2002; 12(2): 103-5.

21. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan JA. A correlational test of the relationship between

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]

posttraumatic growth, religion and cognitive processing. J Traumatic Stress. 2000; 13(3): 521-7.

22. Abdollah zadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. The relationship between spiritual Intelligence and resiliency of patients suffering from cancer in South Khorasan State. Nurs J Vulnerable. 2015; 2(3): 15-24.

23. Moazedyan P, Bagheri M. The spiritual intelligence training to family, affective, social and Physical adjustments in breast cancer patients. Applied Counseling. 2016; 6(1): 89-110.

24. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. J Palliat Med. 2015; 18(3): 286-98.

25. Akalin A, Pinar G. Unmet needs of women diagnosed with gynecologic cancer: an overview of literature. J Palliat Care Med. 2016; 6(2): 1-6.

26. 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. Archives Breast Cancer. 2019; 6(1): 29-34.

27. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. Iran J Med Sci. 2016; 41(2): 140-4.

28. Musarezaie M, Esfahani HN, Momeni T, Karimian J. The relationship between spiritual wellbeing and stress, anxiety, and depression in patients with breast cancer. J Isfahan Med School. 2012; 30(195): 922-31.

29. Wang YC, Lin CC. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. Cancer Nurs. 2016; 39(4): 43-50.

30. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Teharn: Roshd Press; 2011.

31.Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24(4): 385-96.

32. Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: Factorial validity of the perceived stress scale in Iran. Iran J Psychiatric Nurs. 2014; 2(1):13-22.

33. Abdolkhaleghi M, Shokri O, Safayi M, Salehi R. Psychometric evaluation of the brief religious coping scale for cancer patients. Health Psychol. 2015; 4(1): 113-26.

34. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model and measure [Dissertation]. Canada: Trent University; 2008.

35. Paloutzian, RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. LA Peplau, D Perlman. Loneliness: A Sourcebook foe current theory, research, and therapy. New York: Wiley Interscience; 1982.

36. Shokri O, Salehi R, Safaie M, Abdalkhaleghi M. Perceived stress and emotional well-being: The mediating role of religious coping among Cancer Patients. J Res Psycholo Health. 2014; 8(4): 2-3.

37. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. J Clin Psychol. 2005; 61: 461-80.

38. Morgan PD, Gaston-Johansson F, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. ABNF J. 2006; 17(2): 73-7.

39. Hosseinsabet F, Ataei H. The relationship between spiritual intelligence and patience and perceived stress in undergraduate students. J Reas Religion & Health. 2016; 2(1): 26-33.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.70]