

بررسی رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی و امید

مرضیه مؤمن نسب^۱، راضیه نوذری^۲، سید سعید نجفی^{۳*}

۱- دانشیار، دانشکده پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳- مربی، دانشکده پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۲ / بهار ۱۴۰۰ / مسلسل ۸۷

چکیده

دریافت مقاله: ۹۹/۱۱/۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱/۱۴

مقدمه: تشخیص سرطان تجربه‌ای ناخوشایند است. اما بیماران ممکن است تجربیات مثبتی نیز داشته باشند که به آن رشد پس از سانحه می‌گویند. این مطالعه با هدف تعیین میزان رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان و ارتباط آن با امید و حمایت اجتماعی انجام شد. مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بزرگسال مبتلا به سرطان گوارشی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به علوم پزشکی شیراز بود. نمونه پژوهش شامل ۱۱۲ بیمار مبتلا به سرطان گوارشی بودند که در ماه‌های اردیبهشت تا مرداد ۱۳۹۷ به مراکز درمانی انکولوژی امیر، درمانگاه شهید مطهری و درمانگاه امام رضا (ع) مرجع نمودند و به روش در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با چهار پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک، مقیاس رشد پس از سانحه، پرسشنامه حمایت اجتماعی و مقیاس امید میلر جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS 23 و با استفاده از آمار استنباطی شامل آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و مدل رگرسیون خطی و در مواردی که متغیرها از توزیع نرمان برخوردار نبودند، از معادل ناپارامتری آزمون‌های فوق انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره رشد پس از سانحه $81/37 \pm 15/64$ بود. میانگین و انحراف معیار نمره امید و حمایت اجتماعی نیز به ترتیب $195/20 \pm 24/92$ و $97/39 \pm 11/73$ بود. رشد پس از سانحه ارتباط مستقیم و معناداری با حمایت اجتماعی ($r=0/636$) و امید ($r=0/687$) داشت ($p<0/001$). امید ($\beta=0/613$) نسبت به حمایت اجتماعی ($\beta=0/192$) تأثیر بیشتری بر رشد پس از سانحه داشت. بحث و نتیجه‌گیری: بیماران مبتلا به سرطان، از رشد پس از سانحه در سطح خوب برخوردار بودند. با توجه به ارتباط رشد پس از سانحه با حمایت اجتماعی و امید، ارائه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند با القای امید و فراهم نمودن حمایت اجتماعی به بیماران مبتلا به سرطان کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: سرطان گوارشی، رشد پس از سانحه، امید، حمایت اجتماعی.

*آدرس مکاتبه: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه.

پست الکترونیک: najafisa@sums.ac.ir

مقدمه

تشخیص سرطان تجربه‌ای ناخوشایند است و دامنه‌ای از علائم جسمی و انواع ناراحتی‌های روانی مانند انکار، خشم، احساس گناه، اضطراب و افسردگی را به همراه دارد (۱). در پی تشخیص سرطان، اضطراب و استرس یک واکنش مشترک و شایع است و برای برخی از افراد مقابله با تشخیص و درمان می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های ناتوانی مانند اضطراب، افسردگی و بحران‌های اجتماعی و معنوی شود که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد روزمره دارد (۲). علیرغم تمام مشکلات و عوارض، بیماران سرطانی ممکن است تجربیات مثبتی نیز داشته باشند که به آن رشد پس از سانحه (post traumatic growth) می‌گویند (۳). رشد پس از سانحه یک حس قوی از خود و ارزش‌ها، بلوغ روانشناختی و همدلی است و بهبود روابط بین فردی، مشارکت بیشتر در فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی بیشتر برای آینده را افزایش می‌دهد (۴). رشد پس از سانحه در نتیجه مبارزه با بحران‌های بسیار پیچیده در زندگی ایجاد می‌شود و با جستجوی معنا حاصل می‌شود (۳). رشد پس از سانحه برای توصیف تجربیات مثبتی به کار می‌رود که در پنج حوزه به رشد فرد منجر می‌شود و شامل درک والاتر از زندگی، احساس تغییر در اولویت‌ها و اهداف، روابط گرم‌تر و صمیمی‌تر با دیگران، افزایش احساس قدرت درونی، ارتقای معنویت و یافتن راه‌ها و امکانات جدید می‌باشد (۵).

نتایج مطالعه پرز نشان داد که بیماران که ۹ سال از پیوند کبد آنها گذشته است رشد پس از سانحه را تجربه کرده‌اند (۶). بر اساس نتایج مطالعه شارما و همکاران رشد پس از سانحه در اکثریت بیماران مبتلا به سرطان سینه دیده شده است (۷). در مطالعه کورمیسو و همکاران در بازماندگان مبتلا به سرطان ۵ سال پس از اتمام درمان سطح پایینی از رشد پس از سانحه دیده شده است (۸).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد از طریق یافتن معنا می‌تواند به دستیابی به رشد پس از سانحه کمک کند امید می‌باشد. امید ساختاری چند بعدی است که موجب افزایش همبستگی و ارتباط با دیگران، حس شایستگی شخصی، توانایی مقابله، رفاه روانی و همچنین یافتن معنا در زندگی می‌شود (۹).

نتایج مطالعه حیدرزاده و همکاران نشان داد که بین امید و رشد پس از سانحه در بیماران سالمند مبتلا به سرطان ارتباط معنی دار مثبت وجود دارد (۱۰). همچنین مطالعه هولمان و همکاران نشان داد که والدین کودکان مبتلا به سرطان که امید بیشتری داشتند رشد پس از سانحه بیشتری را تجربه کردند (۱۱).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر رشد پس از سانحه تأثیرگذار باشد حمایت اجتماعی (social support) است. پاسخ‌های ملموسی که شخص از دیگران دریافت می‌کند، تحت عنوان حمایت اجتماعی تعریف می‌شود (۱۲). وانگ و ژانگ حمایت اجتماعی را تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی تعریف کرده و معتقدند که این تبادلات برای فرد مورد نظر سودمند و دارای اهمیت بوده و حاوی نوعی اطلاعات است که به شخص باور اعتماد و احترام، عشق و علاقه و تأیید اطرافیان را می‌دهد (۱۳).

نتایج مطالعه تانریورد نشان داد که رشد پس از سانحه با حمایت اجتماعی ارتباط معنا دار مثبتی داشته است (۱۴). مطالعه نیسا و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی وابستگی مثبتی با راهبردهای مقابله‌ای فعال دارد و ممکن است قوی‌ترین عامل برای رشد پس از سانحه باشد (۱۵). مطالعه یوونگ و همکاران نیز نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق کاهش استرس درک شده دستیابی به رشد پس از سانحه را تسهیل می‌نماید (۱۶). اما مطالعه‌ای که ارتباط این دو عامل را در بیماران مبتلا

ماه از تشخیص بیماری، نداشتن اختلال شناختی یا روانی شناخته شده، داشتن قدرت درک و پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه، آگاهی از تشخیص پزشکی خود و تشخیص سرطان گوارشی به عنوان سرطان اولیه و معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و داشتن کولوستومی و ایلئوستومی بود.

در این مطالعه برای جمع‌آوری اطلاعات از چهار پرسشنامه‌ی خصوصیات دموگرافیک، مقیاس رشد پس از سانحه (post-traumatic growth inventory (PTGI))، مقیاس امید میلر (Miller hope scale) (MHS) و پرسشنامه حمایت اجتماعی (social support appraisals (SS-A) scale) استفاده شد. خصوصیات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و خصوصیات بالینی شامل طول دوره بیماری و نوع درمان بود.

مقیاس رشد پس از سانحه یک مقیاس خودسنجی است که در سال ۱۹۹۶ توسط تدسکی و کالهن (۱۷) تدوین شده و دارای ۲۱ گویه است. پاسخ‌ها در یک مقیاس لیکرت شش نقطه‌ای (۰ = هیچ تغییری را تجربه نکردم تا ۵ = تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم) قرار دارد. در این پرسشنامه حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۵ می‌باشد. فرم اصلی این پرسشنامه از ۵ خرده مقیاس تشکیل شده که عبارتند از: ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، قدردانی از زندگی، احتمالات جدید و تغییرات معنوی می‌باشد.

ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه ۰/۹ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ برآورد شده است (۱۷). در مطالعه حاضر از نسخه فارسی این پرسشنامه استفاده شد که در مطالعات مختلف در ایران استفاده شده و روایی و پایایی آن تأیید شده است. پایایی این آزمون در مطالعه محمودی و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ و برای کل

به سرطان گوارشی در ایران مورد بررسی قرار دهد یافت نشد.

با توجه به وجود اجتناب‌ناپذیر سوانح و حوادث در زندگی انسان‌ها، به نظر می‌رسد زمینه‌سازی برای تبدیل پیامدها از اختلال استرس پس از سانحه به رشد پس از سانحه ضروری است. این امر به خصوص در مورد بیماران مبتلا به سرطان که با یک رویداد تهدید کننده زندگی و مشکلات متعدد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مواجه می‌باشند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. به نظر می‌رسد شناسایی عوامل مؤثر در این زمینه می‌تواند در تسهیل این فرآیند تأثیر داشته باشد. نظر به تأثیر زمینه فرهنگی- مذهبی بر تجربیات معنوی لازم است که رشد پس از سانحه در بافت‌های فرهنگی- اجتماعی مختلف و در راستای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر آن مورد مطالعه قرار گیرد و از آنجا که معمولاً مطالعات متمرکز بر انواع مختلف سرطان‌ها می‌باشند، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی و امید انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که بخشی از یک مطالعه بزرگتر می‌باشد. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان گوارشی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۱۲ بیمار مبتلا به سرطان گوارشی بودند که در ماه‌های اردیبهشت تا مرداد ۱۳۹۷ به بیمارستان انکولوژی امیر و درمانگاه‌های امام رضا(ع) و شهید مطهری مراجعه نمودند و به روش در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه تانریورد و همکاران (۱۴) با در نظر گرفتن $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ و با احتساب ۱۵٪ ریزش، تعداد ۱۱۲ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص قطعی ابتلاء به سرطان گوارشی، تمایل به شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۶

پرسشنامه نیز ۰/۹۲ گزارش شد (۱۸). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرنباخ آن برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. ابزار دیگر پرسشنامه حمایت اجتماعی بود که توسط واکس و همکاران در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت‌های اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ گویه است و سه حیطه خانواده، دوستان و دیگران را در برمی‌گیرد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد =۵) تنظیم شده است. در این آزمون دامنه امتیازات کسب شده از ۲۳ تا ۱۱۵ متغیر می‌باشد (۱۹). پایایی ورژن فارسی این پرسشنامه در مطالعه چرخیان در مقیاس کل با ضریب همبستگی ۰/۷۷ تأیید شد (۲۰). برای تعیین سازگاری درونی این ابزار در پژوهش حاضر نیز با ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۸ تأیید شد. مقیاس امید میلر که برای بررسی سطح امید در نمونه‌ها استفاده شد، در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار لیکرت پنج درجه‌ای (بسیار مخالف=۱ تا بسیار موافق=۵) تنظیم شده است و دامنه امتیازات از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد. ۱۲ جمله از این پرسشنامه از گویه‌های منفی تشکیل شده که به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۹). در تحقیق غلامی و همکاران ضرایب پایایی ورژن فارسی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ بود (۲۱). پایایی ابزار در پژوهش حاضر نیز با ضریب آلفای کرنباخ معادل ۰/۹۴ تأیید شد.

پس از تصویب طرح، اخذ تأییدیه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز (کد: IR.SUMS.REC.1397.6)، انجام مقدمات کار و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه، ابتدا نمونه‌ها بر اساس معیار ورود به مطالعه و بر اساس

نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس پژوهشگر ضمن معرفی خود به آنان به بیان اهداف مطالعه پرداخت و از آنان رضایت نامه آگاهانه اخذ نمود. سپس فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌های رشد پس از سانحه، امید و حمایت اجتماعی توسط ایشان تکمیل شد. برای بیماران بیسواد و کم سواد پرسشنامه به وسیله مصاحبه و توسط پژوهشگر تکمیل شد و برای بیماران باسواد به شکل خود ایفایی تکمیل شد. نمونه-گیری تا رسیدن به حجم نمونه لازم ادامه یافت. در مجموع ۱۲۹ پرسشنامه تکمیل شد که تعداد ۱۷ مورد به علت کامل نبودن حذف شد. سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS 23 و با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و مدل رگرسیون خطی و در مواردی که متغیرها از توزیع نرمان برخوردار نبودند، از معادل ناپارامتری آزمون‌های فوق انجام شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن بیماران $50/62 \pm 10/09$ سال بود و اکثریت (۵۰٪) در سن ۳۶-۵۵ سال بودند. اکثریت بیماران مرد (۵۲/۷٪)، متأهل (۹۲/۹٪)، دارای تحصیلات بالای دیپلم (۳۳٪) و ساکن شهر (۷۵/۹٪) بودند. همچنین اکثریت بیماران تحت درمان با ترکیبی از روش‌های درمانی شامل شیمی درمانی، پرتودرمانی و جراحی (۷۵٪) بوده و بین ۶ ماه تا یک سال از زمان تشخیص بیماریشان گذشته بود (۵۷/۱٪) (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره رشد پس از سانحه $15 \pm 6/4$ و $81/37$ بود. میانگین و انحراف معیار نمرات امید و حمایت اجتماعی نیز به ترتیب $24/92 \pm 195/20$ و $39/73 \pm 97/11$ بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که رشد

پس از سانحه با جنسیت ($p=0/029$) و محل زندگی و بیماران ساکن شهر نسبت به بیماران ساکن روستا از ($p=0/022$) ارتباط معنی دار داشت. مردان نسبت به زنان رشد پس از سانحه بیشتری برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار رشد پس از سانحه بر اساس خصوصیات فردی بیمار

متغیر	طبقه	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	P-value
جنس	مرد	۵۹ (۵۲/۷)	۸۴/۴۲ (۱۴/۴۵)	*./029
	زن	۵۳ (۴۷/۳)	۷۷/۹۸ (۱۶/۳۳)	
تأهل	متاهل	۱۰۴ (۹۲/۹)	۸۱/۹۲ (۱۴/۸۸)	***./075
	زیر دیپلم	۴۱ (۳۶/۶)	۵۱/۷۹ (۱۶/۹۸)	
	دیپلم	۳۴ (۳۰/۴)	۸۲/۶۱ (۱۵/۵۳)	
تحصیلات	بالای دیپلم	۳۷ (۳۳)	۸۲/۲۹ (۱۴/۳۶)	**./034
	شاغل	۳۵ (۳۱/۳)	۸۵/۵۴ (۱۲/۲۰)	
	خانه دار	۴۰ (۳۵/۷)	۷۸/۵۲ (۱۶/۱۸)	
	بیکار	۱۷ (۱۵/۲)	۷۸/۲۳ (۱۱/۸۲)	
محل زندگی	بازنشسته	۲۰ (۱۷/۸)	۸۲/۴۵ (۲۱/۱۷)	*./022
	روستا	۲۷ (۲۴/۱)	۷۵/۴۰ (۱۸/۱۷)	
	شهر	۸۵ (۷۵/۹)	۸۳/۲۷ (۱۴/۳۵)	
طول دوره درمان	۶ ماه تا ۱ سال	۶۴ (۵۷/۱)	۸۱/۷۱ (۱۶/۱۴)	**./035
	۱ تا ۲ سال	۳۱ (۲۷/۷)	۸۳/۲۹ (۱۷/۲۵)	
	۲ سال >	۱۷ (۱۵/۲)	۷۶/۵۸ (۹/۰۲)	
نوع درمان	شیمی درمانی	۲۸ (۲۵)	۷۸/۹۶ (۱۷/۴۱)	*./039
	ترکیبی از درمان ها	۸۴ (۷۵)	۸۲/۱۷ (۱۵/۰۳)	

*t-test, **ANOVA, ***Kruskal-Wallis

طبق آزمون همبستگی اسپیرمن بین حمایت اجتماعی و رشد پس از سانحه ارتباط مستقیم و نسبتاً قوی وجود دارد ($p < 0/001$)، به طوری که هرچه میزان درک بیماران از حمایت اجتماعی افزایش یابد، میزان نمره رشد پس از سانحه نیز افزایش پیدا می کند. این آزمون همچنین بین ابعاد ارتباط با دیگران، احتمالات جدید و تغییرات معنوی با میانگین نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنادار مستقیم نشان داد ($p < 0/001$).

نتایج نشان داد که طبق آزمون همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی و ابعاد قدردانی از زندگی و قدرت شخصی نیز ارتباط معنادار وجود دارد. حمایت اجتماعی بیشترین ارتباط را به ترتیب در ابعاد ارتباط با دیگران ($r=0/571$)، قدرت شخصی ($r=0/560$) و احتمالات جدید ($r=0/512$) داشت و کمترین ارتباط مربوط به قدردانی از زندگی ($r=0/399$) و تغییرات معنوی ($r=0/434$) بود. طبق آزمون همبستگی اسپیرمن میانگین ابعاد حمایت اجتماعی نیز با رشد پس از سانحه در بیماران ارتباط مستقیم داشت ($p < 0/001$). رشد پس از سانحه بیشترین ارتباط را با بعد دوستان ($r=0/617$) و کمترین ارتباط را با بعد خانواده ($r=0/459$) در حمایت اجتماعی داشت (جدول ۲).

طبق آزمون همبستگی اسپیرمن بین امید و رشد پس از سانحه ارتباط مستقیم و قوی وجود داشت ($p=0/001$)، به طوری که هرچه میزان امید در بیماران افزایش یابد میزان نمره رشد پس از سانحه نیز افزایش پیدا می کند. این آزمون همچنین بین ابعاد ارتباط با دیگران، احتمالات جدید و تغییرات معنوی ارتباط معنادار مستقیم نشان داد ($p < 0/001$).

طبق آزمون همبستگی پیرسون بین امید و ابعاد قدردانی از زندگی و قدرت شخصی نیز ارتباط معنادار دیده شد. امید بیشترین ارتباط را به ترتیب در ابعاد قدرت شخصی ($r=0/795$)، احتمالات جدید ($r=0/668$) و تغییرات معنوی ($r=0/587$) داشت و کمترین ارتباط مربوط به قدردانی از زندگی ($r=0/444$) و ارتباط با دیگران ($r=0/534$) بود (جدول ۳).

جدول ۲. ارتباط میانگین نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن با حمایت اجتماعی در بیماران

دیگران	دوستان	خانواده	حمایت اجتماعی	
p<۰۰۰۱ r=۰/۶۰۰	p<۰۰۰۱ r=۰/۶۱۷	p<۰۰۰۱ r=۰/۴۵۹	p<۰۰۰۱ r=۰/۶۳۶	رشد پس از سانحه
p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۰۹	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۰۳	p<۰/۰۰۱ r=۰/۳۸۲	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۱۲	احتمالات جدید
p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۳۸	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۵۹	p<۰/۰۰۱ r=۰/۳۷۶	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۷۱	ارتباط با دیگران
p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۲۹	p<۰/۰۰۱ r=۰/۴۹۰	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۸۲	p<۰/۰۰۱ r=۰/۵۶۰	قدرت شخصی
p<۰۰۰۱ r=۰/۳۰۸	p<۰۰۰۱ r=۰/۴۸۴	p<۰۰۰۱ r=۰/۳۲۰	p<۰۰۰۱ r=۰/۳۹۹	قدردانی از زندگی
p<۰۰۰۱ r=۰/۴۱۰	p<۰۰۰۱ r=۰/۲۶۲	p<۰۰۰۱ r=۰/۳۸۸	p<۰۰۰۱ r=۰/۴۳۴	تغییرات معنوی

جدول ۳. ارتباط میانگین نمره رشد پس از سانحه با امید در بیماران

P-value	ضریب همبستگی	میانگین نمره امید	میانگین نمره رشد و ابعاد	
۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۷	۱۹۵/۲۰	۸۱/۳۷	رشد پس از سانحه
۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۸	۱۹۵/۲۰	۱۸/۶۷	احتمالات جدید
۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۴	۱۹۵/۲۰	۲۶/۵۰	ارتباط با دیگران
۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵	۱۹۵/۲۰	۱۶/۰۸	قدرت شخصی
۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۴	۱۹۵/۲۰	۱۱/۸۰	قدردانی از زندگی
۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۷	۱۹۵/۲۰	۸/۳۱	تغییرات معنوی

بحث و نتیجه گیری

ابتلا به سرطان یک حادثه تروماتیک است اما فقط پیامدهای منفی به همراه ندارد بلکه گاهی پیامد آن رسیدن به رشد پس از سانحه می باشد. رشد پس از سانحه تغییرات مثبت در عملکرد افرادی را که قبل از تروما موفق بوده اند، توصیف می کند و نشان می دهد چنین افرادی موقعی که با تروما روبرو می شوند، رشد کرده و در سطوح عملکرد به کارکرد اولیه و حتی فراتر از آن بازگشت می کنند (۱۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماران مبتلا به سرطان در جامعه ایرانی از سطح نسبتاً بالای رشد پس از سانحه برخوردار بودند. در سایر مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن (۶،۲۲)، بیماران مبتلا به سرطان (۷،۲۳) و مراقبین بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان (۱۱،۲۴) نیز سطوح مختلف رشد پس از سانحه گزارش شده است. هرچند میانگین نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن در مطالعه حاضر از میانگین بدست آمده در برخی مطالعات ذکر شده که در سایر کشورها انجام شده بود

طبق آزمون رگرسیون چندگانه بین سه متغیر رشد پس از سانحه، حمایت اجتماعی و امید در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). طبق نتایج در صورت ثابت بودن میزان امید، اگر یک واحد به نمره حمایت اجتماعی اضافه شود، $0/256$ واحد به نمره رشد پس از سانحه افزوده می شود. همچنین در صورت ثابت بودن نمره حمایت اجتماعی اگر یک واحد به نمره امید اضافه شود $0/385$ واحد به نمره رشد پس از سانحه افزوده می شود. امید ($\beta = 0/613$) تأثیر بیشتری نسبت به حمایت اجتماعی ($\beta = 0/192$) بر رشد پس از سانحه داشته است (جدول ۴).

جدول ۴. ارتباط چند سویه رشد پس از سانحه، حمایت اجتماعی و امید در بیماران

نام متغیر	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	R square	Sig
	B	β		
حمایت اجتماعی	۰/۲۵۶	۰/۱۹۲	۰/۵۵۰	p=۰/۰۱۷
امید	۰/۳۸۵	۰/۶۱۳		p<۰۰۰۱

تواند در مقابله موثر با شرایط ناشی از بیماری تاثیرگذار باشد (۲۸).

مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره حمایت اجتماعی و رشد پس از سانحه ارتباط معنی دار مستقیم وجود دارد. نتایج مطالعات دیگر هم نشان داده است که رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط مثبت معنی دار با حمایت اجتماعی ادراک شده دارد (۸، ۱۴، ۲۹، ۳۰). به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نیروی مقابله برای رویارویی موفقیت آمیز در مواجهه با چالش و تنیدگی محسوب می‌شود.

یافته‌های مطالعه نیسا و همکاران نشان داد که استراتژی‌های مقابله فعال و تطبیقی و حمایت اجتماعی ممکن است قوی‌ترین عامل رشد پس از سانحه باشد و همچنین حمایت اجتماعی وابستگی مثبتی با راهبردهای مقابله‌ای فعال دارد. به عبارتی اگر افراد به جای در نظر گرفتن نگرش منفعل به طور فعال در موقعیت‌های استرس‌زا قرار گیرند، احتمال وقوع رشد پس از سانحه افزایش می‌یابد (۱۵).

حمایت اجتماعی بیشترین ارتباط را به ترتیب در ابعاد ارتباط با دیگران، قدرت شخصی و احتمالات جدید داشت و کمترین ارتباط مربوط به قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی بود. منظور از حمایت اجتماعی قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران و توسعه روش‌های مقابله مثبت با عوامل استرس‌زا مانند سرطان و یافتن مزایا و معنا در این رویداد می‌باشد (۳۱). بنابراین وجود ارتباط آن با رشد پس از سانحه در بعد احتمالات جدید که باعث درک بهتر از امکانات و پیامدهای مختلف زندگی می‌شود و همچنین بعد ارتباط با دیگران دور از ذهن نیست.

از سوی دیگر رشد پس از سانحه بیشترین ارتباط را با حمایت اجتماعی در بعد دوستان و کمترین ارتباط را با بعد خانواده داشت. موریس معتقد است که حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده به کنار آمدن با بیماری کمک

(۷، ۲۳) بیشتر بوده است. ممکن است دلیل این امر زمینه معنوی- مذهبی جامعه ایرانی باشد (۲۵). به نظر می‌رسد مذهب و معنویت یکی از راهکارهای اصلی برای تطابق با بیماری سرطان در جامعه ایران باشد که در آن اغلب رویدادها و حوادث بر اساس باورها و عقاید مذهبی تفسیر می‌شود (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی بین رشد پس از سانحه با جنسیت و محل زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد. مردان و بیماران ساکن شهر از رشد پس از سانحه بیشتری برخوردار بودند. بین رشد پس از سانحه با سایر خصوصیات فردی و بالینی بررسی شده ارتباط معنی دار وجود نداشت. هرچند برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند. در مطالعه زوالن نتایج نشان داد که زنان بیشتر از مردان رشد پس از سانحه را تجربه کردند (۲۷). تفاوت در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت در شرایط فرهنگی و اجتماعی و همچنین خصوصیات فردی و بالینی بیماران باشد.

همچنین مشخص شد که بیماران ساکن شهر نسبت به بیماران ساکن روستا از میزان رشد پس از سانحه بیشتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد افراد ساکن شهر دسترسی بهتری به منابع درمانی از قبیل دارو و مراکز درمانی دارند در حالی که بیماران ساکن روستا بخش زیادی از وقت خود را در مسیر رفت و آمد به شهر جهت بستری و تهیه دارو می‌گذرانند که می‌تواند بر جوانب مختلف فردی و اجتماعی آنها تأثیر منفی داشته باشد و در نهایت بر میزان رشد پس از سانحه در آنها تاثیرگذار باشد. در حالی که ساکنین شهر زمان بیشتری برای ارتباط با دیگران و جستجوی معنا دارند.

نتایج نشان داد حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مورد مطالعه در سطح خوبی بوده است. شاید به این دلیل است که جامعه ایرانی یک جامعه جمع‌گرا است و پیوندهای خانوادگی و اجتماعی بسیار قوی دارد که می‌

ترتیب با ابعاد قدرت شخصی، احتمالات جدید و قدردانی از زندگی و کمترین همبستگی را با بعد ارتباط با دیگران نشان داد (۱۰).

اسنایدر و همکاران، امید را مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون می‌دانند. در واقع امید عاملی برانگیزاننده است و افراد را قادر می‌سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتایج مثبت می‌انجامد. امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما ناامیدی، نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۳۷).

بر اساس نتایج امید تأثیر بیشتری نسبت به حمایت اجتماعی بر رشد پس از سانحه داشت. شاید یکی از دلایل این باشد که امید به عنوان یک نیروی دورنی تعریف شده است (۳۶) که ریشه در فرد دارد و بدون حمایت اجتماعی نیز امید می‌تواند وجود داشته باشد. اما حمایت اجتماعی ریشه در محیط داشته و اگر بیمار امید نداشته باشد با وجود داشتن حامیان بسیار، ممکن است حمایت اجتماعی ادراک شده وی در سطح پایین باشد.

با توجه به نتایج فوق پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت باید به سلامت بیماران در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توجه نموده و تمهیدات لازم جهت تسهیل دستیابی آنان به رشد پس از سانحه را بخصوص از طریق القای امید و تقویت حمایت اجتماعی فراهم نمایند.

محدودیت این مطالعه این بود که ماهیت مزمن بیماری، خستگی، بی‌حوصلگی و وضعیت روحی و روانی نمونه‌های مورد پژوهش ممکن است بر پاسخ‌دهی آنها تأثیرگذار باشد که کنترل آن از توان پژوهش‌گر خارج بوده است. این مطالعه رشد پس از سانحه و متغیرهای آن را در افراد بالای ۱۸ سال مورد بررسی قرار داده است و در تعمیم این نتایج به نوجوانان و گروه‌های سنی پایین‌تر

می‌نماید (۳۲) که می‌تواند منجر به رشد پس از سانحه شود. جامعه ایران یک جامعه جمع‌گرا می‌باشد و در آن ساختارهای جمعی و گروهی مانند نهاد خانواده ارزش و اهمیت ویژه‌ای دارد و بر همکاری و همبستگی اجتماعی تأکید می‌شود (۲۸). به همین دلیل است که حمایت اجتماعی در جامعه ایرانی در سطح بالا می‌باشد.

مطالب فوق تأیید می‌کند که حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان یک ابزار مناسب و در دسترس در برنامه‌های مداخله‌ای برای افزایش بهبودی و سلامت روانی - معنوی به کار برد (۳۳).

در مطالعه حاضر سطح امیدواری بیماران مبتلا به سرطان گوارشی در سطح بالا محسوب می‌شود. در مطالعه طائی و همکاران نیز امید در بیماران مبتلا به سرطان سینه در سطح نسبتاً بالایی گزارش شده است (۳۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره امید و رشد پس از سانحه ارتباط معنی‌دار مستقیم و نسبتاً قوی وجود داشت. امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند به عنوان یک عامل شفاف‌دهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (۳۵). همچنین یک نیروی درونی است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر کند که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند (۳۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران امید بیشترین رابطه را به ترتیب بر ابعاد قدرت شخصی، احتمالات جدید و تغییرات معنوی داشته است و کمترین ارتباط در بعد قدردانی از زندگی دیده شد. در مطالعه حیدرزاده و همکاران که به بررسی رشد پس از سانحه، امید و افسردگی در بیماران سالمند مبتلا به سرطان پرداختند، بین امید و رشد پس از سانحه ارتباط معنی‌دار مثبت دیده شد. همچنین امید بیشترین ارتباط را به

امام رضاع) شیراز و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

باید احتیاط شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی رشد پس از سانحه و عوامل مرتبط با آن را در سایر بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار دهند.

هرچند که بروز سرطان یک سانحه است و بیماران در معرض آسیب‌های ناشی از رویدادهای تروماتیک می‌باشند و استرس و مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند، اما ممکن است جنبه‌های رشد و تغییران مثبت را نیز در آنها مشاهده کرد. یافته‌ها حاکی از این است که بیماران مبتلا به سرطان گوارشی از رشد پس از سانحه خوبی برخوردار بودند. آنها همچنین از سطوح بالای امید و حمایت اجتماعی برخوردار بودند. این دو متغیر ارتباط مثبت نسبتاً قوی و معناداری با رشد پس از سانحه داشتند.

حمایت اجتماعی در بیماران بیشترین همبستگی را با رشد پس از سانحه در ابعاد ارتباط با دیگران، قدرت شخصی و احتمالات جدید داشته و از طریق بعد دوستان بیشترین همبستگی را ایجاد می‌نمود. امید نیز بر رشد پس از سانحه در ابعاد قدرت شخصی، احتمالات جدید و تغییرات معنوی بیشترین ارتباط را داشت.

ارائه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند با توجه به نتایج این مطالعه در جهت تقویت امید و حمایت اجتماعی برنامه‌ریزی نمایند تا رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان تسهیل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود روانشناسان و روان پرستاران کارآموده در مراکز درمانی مداخلات موثر در این زمینه را برای بیمار و خانواده در راستای افزایش سطح امید و حمایت اجتماعی ارائه نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه خانم راضیه نوذری در مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی-جراحی بوده و توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب و حمایت مالی شده است (شماره: ۱۸۵۳۳). بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مدیریت بیمارستان انکولوژی امیر و درمانگاه‌های شهید مطهری و

References

1. Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(3):235-44.
2. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Buchmann LO, Compas B, Deshields TL, et al. Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2013;11(2):190-209.
3. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*: Routledge; 1998.
4. Arpawong TE, Oland A, Milam JE, Ruccione K, Meeske KA. Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2013;22(10):2235-44.
5. Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*: Routledge; 2018.
6. Pérez-San-Gregorio MÁ, Martín-Rodríguez A, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML, Pérez-Bernal J, Conrad R, et al. Post-traumatic growth and its relationship to quality of life up to 9 years after liver transplantation: a cross-sectional study in Spain. *BMJ open*. 2017;7(9):e017455.
7. Sharma A, Zhang J. Predictors of post traumatic growth among breast cancer patients in Nepal. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*. 2017;4(2):9-17.
8. 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):1087-96.
9. Miller JF PM. Development of an instrument to measure hope. *Journal of Nursing Research*. 1988;37(1):5.
10. Heidarzadeh M, Dadkhah B, Gholchin M. Post-traumatic growth, hope, and depression in elderly cancer patients. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5:455-61.
11. Hullmann SE, Fedele DA, Molzon ES, Mayes S, Mullins LL. Posttraumatic growth and hope in parents of children with cancer. *Journal of psychosocial oncology*. 2014;32(6):696-707.
12. Kashani FL, Shamkoeyan L, Esmail M, Vaziri S. The relations of perceived social support and religious beliefs with the post traumatic growth in cancer patients. *Developmental psychology: Iranian psychologists*. 2014;10(39):285-95.
13. Wang S, Zhang DJCiHB. The impact of perceived social support on students' pathological internet use: The mediating effect of perceived personal discrimination and moderating effect of emotional intelligence. 2020;106:106247.
14. Tanriverd D, Savas E, Can G. Posttraumatic growth and social support in Turkish patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(9):4311-4.
15. Nisa SU, Rizvi T. Influence of Social Support and Coping Strategies on Post-

- traumatic Growth in Cancer Patients. *International Journal of Research in Social Sciences*. 2015;5(5):518-31.
16. Yeung NC, Lu Q. Perceived Stress as a Mediator Between Social Support and Posttraumatic Growth Among Chinese American Breast Cancer Survivors. *Cancer nursing*. 2018;41(1):53-61.
 17. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9(3):455-71.
 18. Seyyed Mahmoudi J RC, Mohammadi J. Psychometric properties of posttraumatic growth questionnaire. *Quarterly Journal of Methods and Psychological Models*. 2013;3(12):16.
 19. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*. 1986;14(2):195-218.
 20. Charkhian A, Fekrazad H, Sajadi H, Rahgozar M, Abdolbaghi MH, Maddahi S. Relationship between health-related quality of life and social support in HIV-infected people in Tehran, Iran. *Iranian journal of public health*. 2014 Jan;43(1):100.
 21. Gholami M PG, Sudan M. Effect of Semantic Therapy on Familial Therapy on the Life and General Health of Thalassemic Patients. *Journal of Applied Psychology*. 2009;11(42):18.
 22. Rahimi R HM, Hasanzadeh R. Post-traumatic growth among patients with myocardial infarction. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2015;4(2):9.
 23. Walsh DM, Morrison TG, Conway RJ, Rogers E, Sullivan FJ, Groarke A. A model to predict psychological-and health-related adjustment in men with prostate cancer: the role of post traumatic growth, physical post traumatic growth, resilience and mindfulness. *Frontiers in psychology*. 2018;9:136.
 24. Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. *Frontiers in psychology*. 2014;5:1342.
 25. Heydarzadeh M M-sF, Alavi-majd H, Mirzaie HR, Tahmasebi M. . . 2015;25(76):33-41. [Study of post cancer induced growth dimensions in patients rescued from it Comprehensive]. *nursing and midwifery*. 2015;25(76):9.
 26. Farsi Z, Dehghan Nayeri N, Negarandeh R. Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing & health sciences*. 2010;12(4):485-92.
 27. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Jenewein J, Buchi S. Posttraumatic growth in cancer patients and partners—effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psycho-oncology*. 2010;19(1):12-20.

28. Shakiba a, Bahrami f, Kave FZ. The study of the factorial structure and psychometric properties of the Auckland individualism-collectivism scale. 2011;20(30).
29. Aflakseir A, Soltani S, Mollazadeh JJIJoCM. Posttraumatic growth, meaningfulness, and social support in women with breast cancer. 2018;11(10).
30. Ahmadi Z, Mehrabi HAJJoPNI. Relationship between social support and resilience with posttraumatic growth: the mediating role of stress coping styles. 2020;5(9):1-13.
31. Rajandram RK, Jenewein J, McGrath C, Zwahlen RA. Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. Supportive Care in Cancer. 2011;19(5):583-9.
32. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott JL. Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. Supportive Care in Cancer. 2012;20(4):749-56.
33. Shin SH, Lee S. Caregiver social support for children involved with child welfare: correlates and racial/ethnic variations. Journal of Public Child Welfare. 2011;5(4):349-68.
34. Taei Z, MogadamTabriz F, Sheikhei N. The effect of dimension of social support on hope and loneliness in patients with breast cancer. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2015;13(6):473-80.
35. Khodaei S, Dastjerdi R, Haghghi F, Saadatjoo Sa KA. The effects of group cognitive-behavioral therapy on depression in cancer patients. J Birjand Univ Med Sci. 2011;18(3):183-90.
36. (persian) AJCHPTbmSTV-.
37. Snyder CR, Lopez SJ. Handbook of positive psychology: Oxford university press; 2001.

Post-Traumatic Growth among Patients with Gastrointestinal Cancer and Its Association with Social Support and Hope

Momennasab M¹, Nouzari R², Najafi SS^{3*}

1. Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2. Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3. Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, najafisa@sums.ac.ir

Received: 23 Jun 2021

Accepted: 3 April 2021

Abstract

Background: Diagnosis of cancer is a traumatic experience. But cancer patients may have some positive experiences that are called post traumatic growth (PTG). The aim of this study was to determine the rate of post-traumatic growth in cancer patients and its relationship with social support and hope.

Materials and Methods: The present descriptive correlational study was conducted during May-August 2018 in Shiraz, Iran. Population included of 112 all adult patients with gastrointestinal cancer who referred to medical centers affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Data collection instruments included a demographic information form, post-traumatic growth inventory, social support appraisals scale, and Miller hope scale. The data were analyzed by SPSS software (version 23.0). $P < 0.05$ was considered statistically significant. Analytical data were analyzed using the Pearson correlation coefficient, sample t test, one-way analysis of variance independent and multiple regression analysis. In the case of non-normal distribution, the equivalent nonparametric analysis was used.

Results: The mean score (SD) for PTG was 81.37(15.64) which is considered as high level. The mean score (SD) for hope, and SS was 195.20 (24.92), and 97.39 (11.37), respectively. A significant positive correlation was found between PTG and both hope ($r=0.687$, $P < 0.05$) and SS ($r=0.636$, $P < 0.05$). The results of the multiple regression analysis showed a significant relationship between PTG, SS, and hope ($P < 0.05$). According to multiple regression analysis hope had a higher effect on PTG ($\beta=0.613$) compared to SS ($\beta=0.192$).

Conclusion: The results showed a good level of PTG among the cancer patients. Regarding the association between PTG with the perceived SS and hope, health care providers can help their patient by hope instillation and providing social support.

Keywords: Gastrointestinal cancer, Post-traumatic growth, Social support, Hope.

***Citation:** Momennasab M, Nouzari R, Najafi SS. Post-Traumatic Growth among Patients with Gastrointestinal Cancer and Its Association with Social Support and Hope. *Yafte*. 2021; 23(2):46-58.