

## بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

طیبه یگانه<sup>\*</sup>: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان، تنکابن

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به نقش مذهب به عنوان یک منبع مقابله با تنش در زندگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری عبارت است از تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مقیم شهرستان لنگرود که در سال ۱۳۹۱ به مراکز بهداشت و درمان این شهر مراجعه نموده بودند. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۱۳۷ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شد. از مقیاس جهت‌گیری‌های مذهبی آلپورت، مقیاس امیدواری میلر و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با امید و بهزیستی روانشناختی در بیماران سرطانی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر، مذهب و دستیابی به معنویت بخش مهمی از زندگی بیماران سرطانی را تشکیل می‌دهد و تأثیر مهمی بر سلامت و بهزیستی آنان دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اعتقادات مذهبی، امید، بهزیستی روانشناختی، سرطان پستان.

<sup>\*</sup> نشانی نویسنده پاسخگو: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، باشگاه پژوهشگران جوان، طیبه یگانه.

## مقدمه

سرطان پستان در حدود یک سوم تمام سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد (۱۰۲). چنان‌که از سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان زنان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در بین زنان یاد شده است (۵-۳).

علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی همچنان بیماری‌های سرطانی و به خصوص سرطان پستان در زنان به‌طور چشمگیری رو به گسترش است (۶). اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافلگیرکننده (۷) و نگران‌کننده (۸) است. در واقع با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند. به‌طوری‌که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روان‌شناختی وجود دارد (۹). هر چند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود، اما به‌تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند بدون این‌که عملاً به‌وجودآورنده و سازنده آنها باشند. سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می‌گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی مانند بیمار و ساختار روان‌شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی بستگی دارد و می‌تواند بر تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد (۱۰). بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود. بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است (۱۱). با بررسی تحقیقات انجام شده، به‌نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن، بیشترین تأثیر را روی امید داشته و عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود (۱۲).

امید، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن‌شناختی، کنارآمدن مؤثر و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند (۱۳). امید به عنوان یک عامل پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازش‌یافتگی مؤثر بیماران سرطانی تعریف شده است (۱۴). بنزین و برگ<sup>۱</sup> (۱۵) معتقدند امید از نظر

فیزیولوژیکی و عاطفی در مقابله کارآمد با بحران ناشی از بیماری مؤثر است. در منابع دیگر امید به عنوان یک عامل در پیش‌آگهی سیر بیماری وخیم در نظر گرفته شده است (۱۶). از تعریف‌ها چنان‌که بر می‌آید امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود. هر نوع مفهوم‌سازی از امید، ویژگی‌های چند بعدی، پویایی، آینده‌نگری و فرایندنگری آن را منعکس می‌سازد (۱۷). تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول این‌که افراد امیدوار بیشتر از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. آنها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی را انجام دهند. همچنین، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و سازش بیشتری نشان می‌دهند (۱۸). در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و دردناک و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پیگیری نمایند. این بیماران با نشانه‌های ناشی از درمان مانند از دست دادن موها، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و استفراغ بهتر کنار آمده و در صورت عود مجدد سرطان پستان نیز احتمال بیشتری دارد که تحت درمان‌های مکمل قرار گیرند (۱۹). در مرحله بهبود نیز افراد امیدوارتر با دید مثبت‌تری به زندگی‌شان می‌نگرند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های آسیب‌زا نشان می‌دهند (۲۰).

به‌طور کلی هفت ویژگی مهم برای امید در نظر گرفته شده است که می‌توان به انتظارات مثبت، جهت‌بینی آینده، هدفمندی، فعالیت، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی (۲۱) و به معنای وسیع کلمه بهزیستی روان‌شناختی اشاره نمود. بر اساس الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز<sup>۲</sup> (۲۲) سازه بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل؛ زندگی هدفمند، رابطه مثبت با دیگران، رشد شخصی، پذیرش خود، خودمختاری و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود. از این منظر، شاخص سلامتی به عنوان نداشتن بیماری تعریف نمی‌شود به‌طوری‌که به جای تأکید بر «بد» یا بیمار بودن» بر «خوب بودن» تأکید می‌شود (۲۳).

<sup>2</sup>Ryff & Keyes<sup>1</sup>Benzein & Berg

طریق آن مشکلات روانی ایجاد و یا تشدید می‌شوند نام برد (۳۰). گرچه وی بعدها موضع خویش را مورد بازبینی و اصلاح قرار داد. استیفوس - هانسن همبستگی قوی و مثبتی میان خشکی مذهبی با رفتار روان‌رنجور گزارش نمود (۳۱). از سوی دیگر ارتباط پایبندی به مذهب با سلامت بدنی و روانی (۳۲-۳۴)، تأثیر مثبت باورها و آیین‌های مذهبی بر رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و سبک زندگی (۳۶ و ۳۵) و نیز نقش مهم و مثبت باورهای دینی محکم‌تر در ارتقای بهداشت روانی، پایداری عاطفی افراد (۳۷)، کاهش تنش‌های روان‌شناختی (۳۸) و پیشگیری از رفتارهای پرخطر از جمله یافته‌هایی هستند که به وجود رابطه‌ای مثبت میان مذهب و سازش یافتگی روان‌شناختی اشاره نموده‌اند. در همین خصوص، پارگامنت (۳۹) با بررسی ۱۳۰ پژوهش گزارش نمود که ۳۴ درصد پژوهش‌های مرور شده توسط وی به رابطه مثبت بین مقابله مذهبی با سازش‌یافتگی و سلامتی روان اشاره داشته‌اند در حالی که ۴ درصد این رابطه را منفی ارزیابی نموده و ۶۲ درصد مطالعات هیچ‌گونه رابطه‌ای بین این متغیرها گزارش نکرده بودند. به هر حال به نظر می‌رسد ابهام و تناقض موجود در یافته‌های مربوط به مذهب و سازش‌یافتگی روان‌شناختی می‌تواند ناشی از اندازه‌گیری ابعاد مختلف دینداری باشد. در این میان انگیزه‌های مذهبی افراد در قالب جهت‌گیری‌های مذهبی درون‌سو و برون‌سو به عنوان دو عامل متمایز که می‌تواند دانش ما را پیرامون ارتباط میان مذهب و رفتارهای افراد افزایش دهد، در نظر گرفته می‌شود.

با توجه به مطالب ارائه شده و روشن شدن نقش کلیدی امید و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل مختلف سرطان مانند غربالگری، تشخیص، درمان، بهبودی و از طرفی شیوع بالا و در حال افزایش سرطان پستان و حساسیت نقش زنان (جمعیت در خطر) در خانواده و اجتماع، در این پژوهش نقش جهت‌گیری‌های مذهبی در تبیین امید و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است تا با روشن شدن نقش اعتقادات مذهبی در این حیطه، از مذهب به عنوان روشی مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده شود. بنابراین پژوهش حاضر، در واقع درصدد پاسخدهی به این سؤال اصلی است که آیا بین جهت‌گیری‌های مذهبی با امید و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه‌ای

بنابراین ویژگی‌هایی مانند سازش‌یافتگی، شادمانی، اعتماد به خود و ویژگی‌های مثبتی از این دست نشان‌دهنده سلامتی و بهزیستی روان‌شناختی است. در این حالت است که مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و یک نیروی عظیم برای سلامتی روان مفید و کمک‌کننده باشد. چنان که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در تحول و تکامل انسان مطرح می‌سازد (۲۴). بدین ترتیب انتظار می‌رود مذهب و دستیابی به معنویت به عنوان بخش مهمی از زندگی بیماران سرطانی، بر ارتقای سلامت و بهزیستی آنان مؤثر باشد.

مذهب می‌تواند به عنوان یک منبع مقابله با تنیدگی‌های زندگی مورد توجه قرار گیرد؛ پارگامنت<sup>۳</sup> معتقد بود که افراد در خلاء و بدون منابع با رویدادهای تنشگر زندگی روبرو نمی‌شوند بلکه آنان به سیستم باورها و اعمالی تکیه می‌کنند که عواطف ناشی از موقعیت‌های دشوار را کاهش می‌دهد. ضمن آن‌که فرد می‌تواند آنچه در حال وقوع است را به خواست خداوند که می‌خواهد او را مورد امتحان قرار داده تا به او مطلبی را بیاموزد نسبت دهد و یا موفقیت‌ها و شکست‌های روزمره را به عنوان پاداش یا تنبیه الهی در نظر بگیرد (۲۵). در بررسی ادبیات پژوهشی در این حیطه، نتایج پژوهش‌های مشابه‌ای مانند مک کلاین، روزنفلد و بریت بارت<sup>۴</sup> (۲۶) نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۶). چنان که در پژوهش لانگ، کایو و چن<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) مشاهده شد برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (۲۷). برخی محققین نیز معتقدند که معنویت سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به فرد در کنار آمدن مؤثر با سرطان کمک می‌کند (۲۸).

در مجموع رابطه بین مذهب و روان‌شناسی سازش‌یافتگی در پژوهش‌های مختلف یافته‌های متناقضی در پی داشته است برخی پژوهش‌ها این رابطه را به گونه‌ای منفی ارزیابی نموده‌اند (۲۹). الیس<sup>۶</sup> از ۱۱ شیوه مذهبی که از

<sup>3</sup>Pargament

<sup>4</sup>McClain, Rosenfeld & Breitbart

<sup>5</sup>Leung, Chiu & Chen

<sup>6</sup>Ellis

وجود دارد؟ بر این اساس، فرضیه پژوهش حاضر به این صورت تدوین یافته است که «بین جهت‌گیری‌های مذهبی با امید و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد».

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. طرح پژوهش نیز از نوع طرح‌های پیش‌بین در مطالعات همبستگی است. در این پژوهش متغیر پیش‌بین جهت‌گیری‌های مذهبی، و متغیر ملاک امید و بهزیستی روانشناختی است. جامعه آماری عبارت است از تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مقیم شهرستان لنگرود که در سال ۱۳۹۱ به مراکز بهداشت و درمان این شهر مراجعه نموده بودند. در این پژوهش، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۳۷ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. برای این منظور، با مراجعه به مراکز بهداشت و درمان شهرستان لنگرود بیماران مبتلا به سرطان پستان که مورد شیمی‌درمانی قرار داشتند، بر اساس ملاک‌های سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی سرطان، آگاهی از بیماری خود، نداشتن بیماری روانی و تمایل به شرکت در مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند.

در این پژوهش جهت سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی افراد از مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰) استفاده شد. آلپورت و راس<sup>۷</sup> این مقیاس را با داشتن ۲۱ گویه برای سنجش جهت‌گیری‌های درون‌سو و برون‌سو مذهب تهیه کردند. بر اساس نظریه آلپورت، مذهب درون‌سو، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است و عبارت از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت هدف است نه وسیله‌ای برای دستیابی به هدف‌های فردی. در حالی که مذهب برون‌سو به عنوان امری خارجی و ابزاری، با کارکرد ارضای نیازهای فردی مانند مقام و امنیت شناخته شده است. بر اساس مطالعات اولیه توسط آلپورت و راس، همبستگی جهت‌گیری برون‌سو با درون‌سو ۰/۲۱ گزارش شد (۳۹). در ایران جان‌بزرگی (۴۰) همسانی درونی این آزمون را ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۴ گزارش نمود. در پژوهش حاضر جهت بررسی پایایی این مقیاس، میزان آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری

درون‌سو ۰/۷۰ و جهت‌گیری برون‌سو برابر با ۰/۶۳ محاسبه شد.

**مقیاس امیدواری میلر (۱۹۸۸):** یک آزمون تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری در بیماران قلبی آمریکا به کار رفت. شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در آزمون میلر، دامنه امتیازهای بدست آمده از ۴۰ تا ۲۰۰ است. میلر و پاورز<sup>۸</sup> (۴۱) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۶۱ و پایایی آن را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز اعتبار و پایایی این مقیاس توسط عبدی و اسدی لاری (۴۲) مورد تأیید قرار گرفته است. درویشی (۴۳) طی پژوهشی که در مورد زنان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۹۰ و اعتبار آن را ۰/۷۹/ارزیابی نمود. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ محاسبه شد.

**پرسشنامه بهزیستی روانی کارول ریف (۱۹۸۹):** یک مقیاس ۸۴ ماده‌ای است که ۶ جنبه مجزا از بهزیستی روانی را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان براساس یک ساخت شش درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. در پژوهش ریف و شمات<sup>۹</sup> (۴۴) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران بیانی و همکاران (۴۵) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ و روایی مقیاس را نیز مناسب گزارش نمودند. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌آفرار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

<sup>۸</sup>. Miller & Powers

<sup>۹</sup>. Schmutte & Ryff

<sup>۷</sup>. Allport & Ross

## یافته‌ها

مجموع افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۱۳۷ نفر بودند که ۷۵/۴ درصد متأهل، ۱۰/۱ درصد بیوه، ۸/۳ درصد مطلقه و ۶/۲ درصد مجرد بودند. در بررسی سن افراد نمونه میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برابر با  $31/36 \pm 14/58$  (۳۶/۴۹±۱۴/۵۸) بدست آمد. از نظر تحصیلات ۳۱/۳۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی (۲/۹۱ درصد کارشناسی ارشد، ۲۰/۴۳ درصد کارشناسی، و ۸/۰۲ درصد کاردانی) و ۶۸/۶۴ درصد بدون تحصیلات دانشگاهی بودند. ۱۴ درصد از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش سابقه خانوادگی مثبت سرطان داشتند.

شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

با توجه به ماتریس همبستگی فوق بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با امید ( $r=0/24$   $p=0/000$ ) و بهزیستی روانشناختی ( $r=0/38$   $p=0/000$ ) رابطه معنادار آماری وجود دارد. بین جهت‌گیری مذهبی برون‌سو با هیچ یک از متغیرهای وابسته، رابطه معنادار آماری مشاهده نگردید.

برای تعیین سهم «جهت‌گیری مذهبی درون‌سو» در پیش‌بینی متغیرهای وابسته از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. در جدول‌های ۲ تا ۴ نتایج این تحلیل نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول ۲، ضریب همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و بهزیستی روانشناختی برابر با ۰/۳۸ است. همچنین مقدار ضریب تعیین نشان می‌دهد ۱۵٪ از واریانس‌های متغیر «بهزیستی روانشناختی» توسط «جهت‌گیری مذهبی درون‌سو» قابل تبیین است.

همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود مقدار F بدست آمده برای متغیر پیش‌بین «جهت‌گیری مذهبی درون‌سو» ۲۳/۹۸ است که با توجه به سطح معناداری نشان می‌دهد متغیر مذکور می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانشناختی باشد ( $p=0/000$ ).

بر پایه نتایج واریانس و شاخص آماری رگرسیون گام به گام، بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و بهزیستی روانشناختی، میزان T به دست آمده در جدول ۴ معنادار است و با توجه به آماره T می‌توان دریافت که «جهت‌گیری مذهبی درون‌سو» با حداکثر اطمینان ۹۹/۹ درصد، «بهزیستی روانشناختی» را پیش‌بینی می‌کند.

معادله خط رگرسیون جهت پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی از روی جهت‌گیری مذهبی درون‌سو به صورت زیر است:

بهزیستی روانشناختی =  $0/32 + 25/030$  (جهت‌گیری مذهبی درون‌سو)

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با امید و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد؛ به طوری که جهت‌گیری مذهبی درون‌سو می‌تواند «بهزیستی روانشناختی» را به‌طور معناداری پیش‌بینی نماید. نتایج پژوهش سجادیان و همکاران (۴۶) که در آن نشان داده شد نزدیک به ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان پستان از معنویت به عنوان یک راهبرد جهت سازش‌یافتگی استفاده نموده‌اند با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین پژوهش ترخان (۴۷) که در آن به اثربخشی معنادرمانی در کاهش تنیدگی ادراک شده و افزایش امید در زنان مبتلا به سرطان پستان دست یافته شد با نتایج پژوهش حاضر همسو است. یافته‌های پژوهشگران دیگری مانند نیوتن و مکین تاش<sup>۱۰</sup>، ویلیامز<sup>۱۱</sup>، کزدی<sup>۱۲</sup> و همکاران، رودریگز و هندرسن<sup>۱۳</sup>، مک‌کالوگ و ویلوگبای<sup>۱۴</sup>، و مارکز<sup>۱۵</sup> که از وجود رابطه مثبت بین تدین و مذهب با بهزیستی روانشناختی حمایت نموده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۴۸-۵۳). در کنار وجود مطالعاتی که از رابطه مثبت قوی بین مذهب و امید حمایت نموده‌اند (۵۴-۵۶)، مطالعاتی نیز مانند پژوهش ولان<sup>۱۶</sup> و همکاران وجود دارد که نشان داده‌اند رابطه معناداری بین مذهب و امید وجود ندارد (۵۷). به‌نظر می‌رسد در این میان توجه به انگیزه‌های مذهبی افراد در قالب جهت‌گیری‌های مذهبی درون‌سو و برون‌سو به عنوان دو عامل متمایز که می‌توانند در رفع چنین ابهامات و تناقض‌هایی مؤثر باشند ضروری است.

<sup>10</sup> Newton & McIntosh

<sup>11</sup> Williams

<sup>12</sup> Kezdy

<sup>13</sup> Rodriguez & Henderson

<sup>14</sup> McCullough & Willoughby

<sup>15</sup> Marks

<sup>16</sup> Vellone

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش

ردیف	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴
۱	جهت‌گیری مذهبی برون‌سو	۲۲/۷۶	۶/۳۴	۱			
۲	جهت‌گیری مذهبی درون‌سو	۳۲/۵۹	۸/۲۵	۰/۰۴	۱		
۳	امید	۱۱۸/۱۰	۱۲/۰۳	۰/۱۱	**۰/۲۴	۱	
۴	بهزیستی روانشناختی	۲۳۳/۹۶	۲۱/۵۵	۰/۰۹	**۰/۳۸	**۰/۵۳	۱

\*\*P ≤ 0/01

جدول ۲: ضرایب رگرسیونی بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و بهزیستی روانشناختی

متغیر مستقل	ضریب همبستگی رگرسیونی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل یافته	خطای برآورد استاندارد
جهت‌گیری درون‌سو	۰/۳۸	۰/۱۵۱	۰/۱۴۵	۹/۴۸

جدول ۳: نتایج واریانس پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی از روی متغیر پیش‌بین: جهت‌گیری مذهبی درون‌سو

منبع تغییرات	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.
جهت‌گیری درون‌سو	رگرسیون	۲۱۵۷/۶۸	۱	۲۱۵۷/۶۸	۲۳/۹۸	۰/۰۰۰
باقیمانده		۱۲۱۴۳/۴۲	۱۳۵	۸۹/۹۵		
مجموع		۱۴۳۰۱/۱۰	۱۳۶			

\*\*P ≤ 0/01

جدول ۴: برآورد ضرایب رگرسیونی پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضرایب غیراستاندارد			t	sig
		B	Std. Error	Beta		
بهزیستی روانشناختی	(مقدار ثابت)	۲۵/۰۳	۱/۷۴		۱۴/۳۵	۰/۰۰۰
جهت‌گیری درون‌سو		۰/۰۳۲	۰/۰۰۷	۰/۳۸۸	۴/۸۹	۰/۰۰۰

\*\*P ≤ 0/01

در جهت ارائه تبیینی دیگر می‌توان به اهمیت هماهنگی ابعاد وجودی انسان در سلامت اشاره نمود. چنان‌که فرانکل<sup>۱۸</sup> با تعریف دین به عنوان «جستجو برای معنای نهایی» معتقد است که جوهر وجودی انسان متشکل از سه عامل: معنویت، آزادی و مسئولیت است و دستیابی فرد به کمال و امور نیک از طریق معنویت میسر است. او نقش کلیدی در بهبودی فرد و جامعه را منحصر به هماهنگی سه جنبه جسمانی، روانی و مذهبی انسان می‌داند (۵۹).

در یک جمع‌بندی به‌نظر می‌رسد مذهب می‌تواند به عنوان یک منبع مقابله با تنش‌های زندگی مورد توجه قرار گیرد، چنان‌که در این پژوهش دیده شد افراد با جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با تکیه بر سیستم باورها و اعمالی که عواطف ناشی از موقعیت‌های دشوار زندگی‌شان را کاهش می‌دهد توانستند به میزان بیشتری از امید و بهزیستی روانشناختی دست یابند. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت رفتارها و عقاید برخاسته از مذهب، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد. مکانیسم ایجاد آرامش روانی از طریق مذهب به این صورت است که رفتارهایی مانند توکل به خداوند و عبادت می‌توانند با ایجاد امید، و ترغیب و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی این بیماران شوند. کارکرد مذهب در برخورد با موقعیت‌های دشوار زندگی از طریق داشتن احساس تعلق به منبع بی‌کران قدرت، امیدواری به یاری خداوند، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و داشتن معنا و هدف در زندگی بیماران میسر می‌شود (۶۰). بنابراین دین در زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان که با تنش‌های خاص این بیماری درگیرند، می‌تواند با کارکردهای مهمی مانند آرامش بخشی، امیددهی، تولید شادابی، ارائه معنای زندگی و رضایت باطن در جهت دستیابی و یا ارتقای بهزیستی روانشناختی مثر ثمر واقع شود.

از آنجا که پژوهش حاضر صرفاً به مطالعه بیماران تحت شیمی‌درمانی پرداخته است بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج با احتیاط باید صورت گیرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری دردسترس، عدم کنترل متغیرهای سن و زیاد بودن دامنه سنی بیماران، زمان ابتلا و زمان انجام پژوهش اشاره نمود.

در جهت تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به دیدگاه آلپورت<sup>۱۷</sup> (۵۸) اشاره نمود که معتقد است مذهب درون‌سو، مذهبی فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است. افراد با جهت‌گیری مذهبی درون‌سو به تعالیم مذهبی‌شان صادقانه اعتقاد دارند و تنها مذهب با بعد درون‌سو، می‌تواند سلامت روانی را بهبود بخشد. در این راستا چنان‌که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد می‌توان مذهب و معنویت را به عنوان یک عامل مهم در جهت تعدیل و کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفت. در واقع به نظر می‌رسد برای مقابله با فشار روانی ناشی از بیماری سرطان پستان، تأثیر مذهب را می‌توان به دو صورت مطرح نمود؛ از یک سو نقش مذهب را می‌توان در فرایند ارزشیابی فشار روانی مدنظر قرار داد. چنان‌که این نقش مذهب در قرآن کریم با اشاره به این‌که مؤمنان به انواع بلاها به عنوان عاملی جهت امتحان، رشد و تقویت معنوی می‌نگرند قابل استنباط است. همچنین به‌نظر می‌رسد مذهب از طریق عوامل تعدیل‌کننده پاسخ به فشار روانی مانند ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی خود فرد، راهبردهای مقابله، و منابع حمایتی بر سبک مقابله با فشار روانی بیماران تأثیر می‌گذارد. در این راستا در قرآن کریم نیز اشاره شده است که ارزیابی مؤمنان از رویدادهای تنش‌گر به آرامش روانی‌شان آسیب نمی‌زند زیرا همواره بر این باورند که چه بسا وقایع ناخوشایند منبع خیر هستند و چه بسا امور دوست داشتنی که شردند. مؤمنان مشکلات و سختی‌ها را قرین و مقدمه آسایش و گشایش می‌دانند و همواره امیدوار هستند. در واقع مجموع ویژگی‌های مطرح شده برای مؤمنان را می‌توان به عنوان یک عامل محافظت‌کننده سلامت در نظر گرفت. چنان‌که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد مذهب، با ارائه چارچوبی جامع و کامل که تعریفی همه‌جانبه از جهان هستی در بردارد، ضمن این‌که می‌تواند عرضه‌کننده افکار معناداری در هنگام مواجهه با رنج‌ها، تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها باشد، همچنین می‌تواند از طریق ایجاد یک فضای حمایتی و «منبع وحدت یافتگی اجتماعی»، بر میزان سازش‌یافتگی، حرمت‌خود و خودباوری که از عوامل حیاتی در بهداشت روانی و بهزیستی روانشناختی محسوب می‌شوند بیافزاید.

<sup>18</sup>Frankel

<sup>17</sup>Alport

سرطان پستان پرداخته شود. در نهایت از آنجا که در این مقطع از زمان روش‌های درمان معنوی و مذهبی به جایگاه علمی خاص خود آن‌طور که شایسته است دست نیافته‌اند، بنابراین انجام پژوهش‌هایی از این دست به عنوان یک ضرورت کماکان مطرح است.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش مشارکت نمودند تشکر می‌شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود به تقویت نگرش‌های مذهبی به عنوان یکی از راه‌کارهای تعدیل و کاهش مشکلات روانی این بیماران توجه شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه میزان پاسخگویی به (مراحل مختلف) درمان سرطان در بین بیماران با جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و برون‌سو پرداخته شود. با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات پیشین که مذهب را به عنوان یک منبع مقابله با تنش‌های سرطان مورد توجه قرار داده‌اند؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی رابطه بین جهت‌گیری‌های مذهبی با راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های تنظیم هیجان در زنان مبتلا به

### References

1. American Cancer Society, National cancer database (5 Year BC prognosis) 2009-2010. Last accessed April 2011 at <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/OverviewGuide/breast-cancer-overviewsurvival-rates>.
2. Dawood S, Cristofanilli M. Inflammatory breast cancer: what progress have we made? *Oncology* 2011; 25(3): 264-73.
3. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscalzo J. Cecil Essentials of Medicine. 5th ed. Trans. Ahmadi Araghi I. Tehran: Tabib and Teymourzadegan; 2001: 712-4.
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. *CA: cancer J clin* 2009; 59(4): 225-49.
5. Yousuf Sh, Mohammed Al Amoudi S, Nicolas W, Erfan Banjar H, Mohammed Salem S. Do Saudi Nurses in Primary Health Care Centres have Breast Cancer Knowledge to Promote Breast Cancer Awareness?. *APJCP* 2012; 13: 4459- 64.
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 1. 2012. Accessed at [www.nccn.org](http://www.nccn.org) on April 17, 2012.
7. Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(3): 241-7.
8. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening experiences of healthy women with pathological cervical smears. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 11(5): 417-23.
9. Pedramrazi SH, Haghghat SH, Jorban M, Parsayekta Zohreh, Hoseiniagha F. Effect of reflexology on quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *I J B D* 2013; 6(1): 23-34.
10. Luckman J, Sorensen KC. Coreprincipals & practice of medical surgical nursing, 14th edition, Philadelphia, W. B. Saunder co. Owen D.(1989). Nurses: Perspective On the meaning of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 1996.
11. Soeken K, Carson V. Responding to the spiritual needs of the choronically ill. *Nurs clin N Am* 1987; 3(2۲): 603-11.
12. Roleigh E. Sources of hope in choronic illness. *Oncology Nursing Forum* 1992; 3(16): 443-48.
13. Peterson C. Optimistic explanatory style and health . In J. Gillham (ed.) *The Science of Optimism and Hope*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press 2000.
14. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32(6): 1431-41.
15. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and



- fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med* 2005; 19(3): 234-40.
16. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs* 2002; 11(14): 977-83.
  17. McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 2008; 44(8): 1169-74.
  18. Snyder CR, Cheavens J, & Michael ST. Hopping. In C.R. Snyder (ed.), *coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press 1999.
  19. Rowland JH. Breast cancer: Psychology aspects. In E.A. Blechman & K.D. Brownell (eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press 1998.
  20. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *J Pers* 1996; 64: 899-922.
  21. Benzein E, Saveman B. One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *Int J Nurs Stud* 1998; 35: 322-9.
  22. Ryff, Carol D. Keyes Corey Lee M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited, *J Pers Soc Psychol* 1995; 69 (4): 719-27.
  23. Ryff Carol D, Singer BH, Love GD. Positive health: Connecting well-being with biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, B: Bio Sci* 2004; 359: 1383-94.
  24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, Washington, D.C 2000.
  25. Pargament KI. *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford press; 1997.
  26. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369): 1603-7.
  27. Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(5): 449-56.
  28. Bauer-Wu S, Farran CJ. Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer Survivors and healthy Women. *J Holist Nurs* 2005; 23(2): 172-90.
  29. Graff RW, Iadd CE. POI correlates of religious commitment inventory. *J clin psychol* 1971; 27: 502-4.
  30. Ellis A. is religion pathological? *Free inquiry* 1988; 18: 27-32.
  31. Spilka B, Hood JrRW, Hunsberger B, Gorsuch R. *The psychology of Religion*. 3rd Ed. New York: The Guilford press 2003.
  32. Takyi KB. Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1221-34.
  33. Ball J, Armistead L, Austin BJ. The relationship between religiosity and adjustment among African-American female, urban adolescents. *J Adole* 2003; 26: 431- 46.
  34. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2848-60.
  35. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *JHSB* 1991; 32: 80-99.
  36. Dossey L. Prayer and medical science. *Arch Inter Med* 2000; 160: 135-8.
  37. Koeing HG. Religion and older man in prison. *Inter J Geriat Psych* 1995; 10: 219-30.
  38. Park CL, Cohen LH. Religious and nonreligious coping with the death of friend. *J cog therapy rese* 1990; 17: 561-77.
  39. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967; 5: 432-43.
  40. Janbozorgi M. Effectiveness of psychological therapy with and without the Islamic religious orientation on anxious and stress in students. *J Psychol* 1999; 2: 343-68.

41. Miller JF, Powers MJ. Developments of an instrument to measure hope. *Nurs Res* 1988; 37: 6-10.
42. Abdi N, Asady Lari M. Standardization of three Hope scale, as possible measures at the end of life. *Iranian J Cancer Preve* 2011; 2: 71-7.
43. Darvishi H, study the function of mental imagination and relaxation on reduction of stress, depression and increasing life expectancy in female patients with breast cancer, (2009), Ahwaz golestan Hospital, M.A thesis, IAU, Ahwaz Branch.
44. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well- being: Reexamining methods and meaning. *J pers soc psychol* 1997; 73: 549-59.
45. Bayani A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP* 2008; 14(2): 146-51.
46. Sajjadyan AS, Haghghat SH, Montazeri A, Kazemnezhad A, Alavifili A. Post diagnosis coping strategies patients with breast cancer. *IJBD* 2011; 4(3): 52-8.
47. Tarkhan M. Efficacy of Group logo Therapy in the perceived Stress and hopelessness in Female Patients with Breast Cancer. *IJBD* 2011; 4(4): 42-50.
48. Newton AT, McIntosh DN. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *Int J Psychol Relig* 2010; 20(1): 39-58.
49. Williams A. Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of St. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Soc Scie Med* 2010; 70: 1633-40.
50. Kézdy A, Martos T, Boland V, & Horváth K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *J Adole* 2010; 11: 1-9.
51. Rodriguez CM, Henderson RC. Who spares the road? Religious orientation, social conformity, and child abuse potential. *J Child Abuse & Neglect* 2010; 34: 84-94.
52. McCullough ME, Willoughby BLB. Religion, self-regulation, self-control: Associations, explanations, and implications. *Psycho Bull* 2009; 135: 69-3.
53. Marks LD. Prayer and marital intervention: Asking for divine help ... or professional trouble? *J Soc Clin Psycho* 2008; 27: 678-85.
54. Mickley J, Soeken K. Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1993; 20(8): 1171-7.
55. Penrod J, Morse JM. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(6): 1055-63.
56. Chang LC, Li IC. The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. *J Nurs Res* 2002; 10(1): 73-82.
57. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs* 2006; 29(5): 356-66.
58. Allport GW. Behavioral science, religion, and mental health, *J Relig Health* 1963; 2: 187-97.
59. Frankel VE. *Man's search for meaning*, Boston: Beacon Press; 1975.
60. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 999-1010.