

پیش‌بینی سلامت روان بر اساس راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی

سمیرا غلامی*^۱، سهیلا آرانی شانی^۲

چکیده:

مقدمه: سرطان یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که امروز زندگی بشر را مورد تهدید جدی قرار داده است که علاوه بر علائم جسمی بر روی فرد موجب بروز علائم روانی می‌گردد و سلامت روان افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت روان بر اساس راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. روش پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نوع تحلیلی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به انواع سرطان که جهت انجام شیمی درمانی به مراکز شیمی درمانی شیراز در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده‌اند، بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۳۵ نفر از آنان انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۹۷)، مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت (۲۰۰۰) و مقیاس خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج متغیرهای راهبرد مقابله دینی و خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی تغییرات سلامت روان در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بودند. همچنین از بین مؤلفه‌های راهبرد مقابل دینی، راهبرد مقابله دینی منفی دارای بیشترین تأثیر منفی در سلامت روان بیماران بود.

نتیجه‌گیری: راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در سلامت روان بیماران سرطانی مؤثر هستند، از این جهت ارتقای این متغیرها در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی، راهبردهای مقابله، سرطان، سلامت روان، شیمی درمانی، علائم جسمی و روانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱۱

استناد: غلامی س، آرانی شانی س. پیش‌بینی سلامت روان بر اساس راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۳۷(۱): ۶۷-۷۷

^۱- نویسنده مسئول، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

farhad0874@gmail.com

arani.2548@gmail.com

^۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران،

مقدمه:

تشخیص سرطان^۱ تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث می‌شود، تحصیل، شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال شده، منجر به ویرانی زندگی بیمار گردد. این تأثیرات به خصوص جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی را شامل می‌شود (۱). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود (۲). سرطان به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، بطوریکه ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سمت‌وسوی اختلالات روانی می‌کشاند (۳). با توجه به طبیعت پیچیده این بیماری، راهکارهای مختلفی برای درمان آن از قبیل جراحی، رادیو درمانی، شیمی درمانی^۲، ژن درمانی و ایمنی درمانی، مورد استفاده قرار گرفته است (۴). شیمی درمانی، به‌عنوان یکی از رایج‌ترین روش‌های درمان این بیماری شناخته می‌شود. اما متأسفانه یافته‌های پیشین پژوهشگران، حاکی از آن است که اغلب داروهای شیمی درمانی، دارای اثرات جانبی و سمی هستند که موجب اختلال در عملکرد بافته‌ای سالم می‌شود (۵). به‌منظور پیشگیری از شیوع اختلالات روانی اقدامات پیشگیرانه باید شناسایی و به‌مورد اجرا گذاشته شوند. از آنجائی که هرگونه دخالت در زمینه مسائل روانی محتاج شناخت کافی از روان انسان بوده و تنها خداوند است که شناخت کاملی از روان انسان دارد از این‌رو احکام و دستورات دینی نشأت گرفته از علم الهی می‌تواند اطلاعات جامعی در مورد روان انسان ارائه داده و راهنمای کاملی برای حفظ سلامت روانی باشد (۶).

امروزه نقش مذهب^۳ و مراقبت‌های معنوی در پیشگیری و درمان مشکلات بهداشت روانی و اختلالات روانی مورد توجه قرار زیادی گرفته است. مذهب جنبه مهمی از زندگی افراد و نحوه مقابله آن‌ها را در مواجهه با مشکل زندگی تشکیل می‌دهد (۷). امروزه بیش از هر زمان دیگر نیازمند تفکر و اندیشه در باب تأثیرگذاری اعتقادات دینی بر تمامی امور احساس می‌شود پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که مذهب و سلامت روانی و حتی جسمانی با یکدیگر رابطه‌ای مستقیم دارند و روی‌آوری محققین به مذهب و مطالعه روان‌شناختی آن در دهه‌های اخیر روزافزون بوده است (۸).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر بهبود سلامت روان خودکارآمدی^۴ است. بدون شک عوامل متعددی بر سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارند، عواملی همچون خودکارآمدی به افراد کمک می‌کنند تا با شرایط استرس‌زا کنار بیایند (۹). باورهای خودکارآمدی اشاره به فرآیندهای خودتنظیمی^۵ دارد. باورهای خودکارآمدی منعکس‌کننده مفهوم‌سازی ساختارهای دانش‌اند که فرآیندهای ارزیابی و به نوبه خود، رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۰). بندورا خودکارآمدی را اعتماد فرد در مورد توانایی خود در موفقیت در کسب نتیجه مطلوب در شرایطی مشخص تعریف و آن را تعیین‌کننده میزان تلاش و پایداری و دوام افراد در مقابله با موانع و تجربیات نامطلوب تعریف کرده است (۱۱). از نظر بندورا خودکارآمدی یک فرآیند ذهنی است که در طول دوره تحولی رشد انسان شکل می‌گیرد و شامل

۱. cancer

۲. chemotherapy

۳. religious

۴. self-efficacy

۵. self-regulation

شناسایی هدف، برآورد تلاش و توانایی‌های لازم برای رسیدن به آن اهداف و پیش‌بینی نتیجه آن است. افراد دارای خودکارآمدی بالا به توانایی‌های خود باور دارند و برای رسیدن به هدف خود پافشاری می‌کنند و تسلیم نمی‌شوند (۱۲).

با توجه به مواردی که به آن اشاره گشت خودکارآمدی و راهبردهای مقابله دینی با سلامت روان در ارتباط هستند اما تاکنون هیچ مطالعه‌ای به بررسی متغیرهای ذکر شده در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی نپرداخته است با توجه به وضعیت خاص بیماران تحت شیمی درمانی و عدم وجود مطالعه قبلی در این زمینه پژوهش حاضر باهدف بررسی پیش‌بینی سلامت روان بر اساس راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی انجام گرفته است. باباپور و همکاران (۱۳) به بررسی رابطه ساختاری نگرش مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خستگی روانی در بیماران سرطانی پرداختند بر اساس نتایج آنان جهت‌گیری مذهبی به‌واسطه تأثیرات مهمی که در زندگی افراد دارد، یک روش مقابله‌ای مؤثر در برابر بیماری‌هایی همچون سرطان است و با بهبود نگرش مذهبی بیماران، می‌توان راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشید و موجب کاهش احساس خستگی در بیماران شد. در پژوهش دیگر خضولو همکاران (۱۴) طی پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی مدل مبتنی بر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که مدل مبتنی بر خودکارآمدی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌گردد. در پژوهشی دیگر عظیم زاده تهرانی و همکاران (۱۵) بیان داشتند که بین روش‌های مقابله اسلامی با سازگاری با بیماری و تحمل درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بر اساس نتایج کرشا و همکاران (۱۶) خودکارآمدی موجب بهبود سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و مراقبین آنها شد. بر اساس نتایج پژوهش هردیتنلی و پارامستری (۱۷) فشار روانی می‌تواند بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر بگذارد. مقابله مذهبی رابطه بین فشار روانی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان را تعدیل می‌کند. بر اساس نتایج ملسین و همکاران (۱۸) دین و معنویت نقش ویژه‌ای در مدیریت بیماران مسن مبتلا به سرطان داشته باشد زیرا با افزایش سن علاقه به معنای زندگی و موفقیت‌های معنوی افزایش می‌یابد. به‌طور کلی دین و معنویت با تحمل بهتر بیماری‌های مزمن و تجربه مراقبت رضایت‌بخش‌تر در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خانواده‌های آنها همراه است.

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت روان بر اساس راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر به روش هدف کاربردی و از نوع تحلیلی-همبستگی بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به انواع سرطان که جهت انجام شیمی درمانی به مراکز شیمی درمانی شیراز در سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده‌اند، بود. نمونه‌ی مورد مطالعه با توجه به پژوهش‌های پیشین شامل ۱۳۵ نفر از اعضای جامعه آماری بوده است. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بوده، به این صورت که محقق با معرفی بخش روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز به مراکز انکولوژی دولتی و خصوصی در شهر شیراز به مدت سه ماه مراجعه کرده و با کسب اجازه از آن‌ها افراد نمونه را انتخاب کرده و سپس پرسشنامه‌های مورد نظر را اجرا نموده است.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (۱۹۹۷). پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و همکاران (۱۹) یک «پرسشنامه سرندي» مبتنی بر روش خودسنجی است و شامل ۲۸ گویه است که ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی (۷-۱)، اضطراب و بی‌خوابی (۱۴-۸)، نارساکنش‌وری اجتماعی (۲۱-۱۵)، افسردگی و خیم (۲۸-۲۲) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گلدبرگ و همکاران (۱۹) برای این مقیاس

^۱. Goldberg's General Health Questionnaire

ضریب همبستگی با پرسشنامه چند جنبه ای مینه سوتا ۵۴/۰ و ضریب اعتبار ۸۸/۰ گزارش کردند. تقوی (۲۰) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در جامعه ایرانی ۹۰/۰ و روایی آن را ۵۵/۰ گزارش کرد.

مقیاس مقابله مذهبی^۱ پارگامنت (۲۰۰۰). مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت (۲۱) شامل ۱۰۰ گویه است که ۱۷ خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نسخه کوتاه ۱۴ گویه‌ای برگرفته از فرم اصلی و بلند آن مشخص‌کننده سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی است. هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله مذهبی هستند. مقیاس‌های مثبت شامل گویه‌های ۱ تا ۷ و مقیاس‌های منفی شامل گویه‌های ۸ تا ۱۴ هستند. مطیعی و همکاران (۲۲) همبستگی این ابزار را با مقیاس جهت‌گیری مذهبی برابر با ۰/۶ به عنوان شاخصی از روایی همگرایی ابزار و ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ گزارش کردند.

مقیاس خودکارآمدی^۲ شرر و همکاران (۱۹۸۲). مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران (۲۳) شامل ۱۷ گویه است که خودکارآمدی را در یک طیف لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ نمره‌گذاری می‌شود و کسب نمره بالاتر در این ابزار حاکی از خودکارآمدی بیشتر است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ ۸۶/۰ را برای مقیاس خودکارآمدی عمومی به‌دست آوردند. در ایران اصغرنژاد و همکاران (۲۴) جهت بررسی روایی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده کردند و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود سه عامل در این مقیاس بوده و نتایج تحلیل عاملی تأییدی جهت آزمون فرضیه مبین وجود یک الگوی تک عاملی مقیاس خودکارآمدی بود. برای بررسی اعتبار مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر از آزمون آماری ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه آن برابر با ۸۳/۰ بدست آمد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های موجود، از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات افراد گروه نمونه در هر یک از مقیاس‌ها استفاده شده است و همچنین در بخش آماری استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام به‌وسیله SPSS24 استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج پژوهش حدود ۶۱/۵ درصد از اعضای نمونه را زنان تشکیل داده‌اند و ۳۸/۵ درصد از اعضا نمونه را مردان تشکیل دادند. نتایج حاصل از بررسی سطح تحصیلات بیماران نشان داد. از مجموع ۱۳۸ بیماران زن و مرد حاضر در نمونه مورد مطالعه ۳۷ نفر دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۲۳ نفر سیکل، ۴۰ نفر دیپلم، ۲۷ نفر فوق دیپلم و لیسانس و ۸ نفر فوق لیسانس و بالاتر هستند. در کل باید گفت که ۲۷/۴ درصد از افراد نمونه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۱۷ درصد سیکل، ۲۹/۶ درصد افراد دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۵/۹ درصد فوق لیسانس و بالاتر می‌باشند. از این بین ۲۴ زن دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۱۷ زن سیکل، ۲۳ زن دیپلم، ۱۷ زن فوق دیپلم و لیسانس و ۲ زن فوق لیسانس و بالاتر هستند. در مردان به ترتیب ۱۳، ۶، ۱۷، ۱۰ و ۶ نفر دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، سیکل، دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر بودند.

نتایج حاصل از همبستگی بین سلامت روان و متغیرهای پژوهش

بر اساس نتایج حاصل از رابطه بین خودکارآمدی و سلامت روان بیماران رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح یک درصد وجود داشت. همچنین بین راهبرد مقابله دینی و سلامت روان بیماران رابطه مثبت و معنی‌داری در سطح پنج درصد وجود داشت. بنابراین خودکارآمدی و راهبرد مقابله دینی با سلامت روان ارتباط معنی‌داری دارند.

^۱. Religious Coping Scale

^۲. Self-Efficacy Scale

جدول ۱. همبستگی بین سلامت روان و متغیرهای پژوهش

Table 1. Correlation between mental health and research variables

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	مقدار پیرسون	ضریب	سطح معناداری
خودکارآمدی	سلامت روان	پیرسون	۰/۳۶۰**	۰/۰۰۱	
راهبرد مقابله دینی	سلامت روان	پیرسون	۰/۱۸۹*	۰/۰۵	

برای آزمودن این فرضیه از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شده است، بدین صورت که راهبردهای مقابله دینی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و سلامت روان به عنوان متغیر ملاک وارد معادله‌ی رگرسیون شدند. جدول ۲. شاخص‌های آماری مدل رگرسیون و جدول ۳. ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان توسط متغیر راهبرد مقابله دینی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. مدل رگرسیون و شاخص‌های آماری راهبرد مقابله دینی برای پیش‌بینی سلامت روان

Table: 2. Regression model and statistical indicators of religious coping strategy to predict mental health

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری
۱	۶۵۱۵/۰۲	۵	۱۳۰۳/۰۰	۷/۱۷	۰/۰۰۱

جدول ۳- ضرایب رگرسیون مؤلفه‌های مقابله دینی برای پیش‌بینی سلامت روان

Table 3- Regression coefficients of religious coping components to predict mental health

متغیر	ضریب بتا	T	سطح معناداری	R	R ²	خطای برآورد
ثابت		۳/۲۲	۰/۰۰۲			
اعمال دینی	۰/۰۲	۰/۲۷	۰/۷۸۵			
ارزیابی خیرخواهانه	۰/۰۵	۰/۴۷	۰/۶۳۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۱۳/۴۷
راهبرد مقابله منفی	۰/۳۸	۳/۷۱	۰/۰۰۱			
راهبرد مقابله فعال	-۰/۲۰	-۱/۸۳	۰/۰۶۸			
راهبرد مقابله منفعل	-۰/۰۱	-۰/۱۰	۰/۹۱۳			

همان گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد به منظور بررسی تأثیر مؤلفه‌های مقابله دینی از روش تحلیل رگرسیون به روش همزمان، یک مدل ارائه شده است. از بین راهبردهای مقابله دینی، راهبرد مقابله منفی قادر به پیش‌بینی سلامت روان در سطح ۰/۰۰۱ است

و مؤلفه‌های اعمال دینی، ارزیابی خیرخواهانه، مقابله فعال و مقابله منفعل تأثیر معناداری در پیش‌بینی سلامت روان بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی نداشتند. در مجموع ۲۱ درصد از واریانس سلامت روان توسط راهبرد مقابله منفی تبیین می‌شود، به عبارت دیگر بیمارانی که از راهبرد مقابله منفی استفاده می‌کنند، سلامت روان کمتری دارند.

برای آزمودن این فرضیه از تحلیل رگرسیون به روش همزمان استفاده شده است، بدین‌صورت که خودکارآمدی به عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت روان به عنوان متغیر ملاک وارد معادله‌ی رگرسیون شدند. جدول ۴. شاخص‌های آماری مدل رگرسیون و جدول ۴. ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان توسط متغیر خودکارآمدی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. مدل رگرسیون و شاخص‌های آماری خودکارآمدی برای پیش‌بینی سلامت روان

Table 4. Regression model and statistical indices of self-efficacy to predict mental health

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
خودکارآمدی	۳۸۸۰/۷۳	۱	۳۸۸۰/۷۳	۱۹/۸۱	۰/۰۰۱

جدول ۴. ضرایب رگرسیون خودکارآمدی برای پیش‌بینی سلامت روان

Table 4. Regression coefficients of self-efficacy to predict mental health

متغیر	ضریب بتا	T	سطح معناداری	R	R ^۲	خطای برآورد
ثابت		۸/۶۷	۰/۰۰۱			
خودکارآمدی	-۰/۳۶	-۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۱۳	۱۳/۹۹

همان‌طور که نتایج موجود در جدول ۴-۱۱ نشان می‌دهد خودکارآمدی به‌طور معناداری پیش‌بینی کننده‌ی سلامت روان در بیماران مبتلابه سرطان تحت شیمی درمانی است ($P < ۰/۰۰۱$ و $B = -۰/۳۶$). همچنین این نتایج نشان می‌دهد که حدود ۱۳ درصد از واریانس سلامت روان توسط خودکارآمدی تبیین می‌شود. به عبارت دیگر افرادی که خودکارآمدی بالاتری دارند، سلامت روان بالاتری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی پیش‌بینی سلامت روان بر اساس رضایت زناشویی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

نتایج حاصل از بررسی و تجزیه تحلیل داده‌های فرضیه اول پژوهش نشان می‌دهد که از بین راهبردهای مقابله دینی تنها راهبرد مقابله دینی منفی به‌طور مثبت و معنادار به پیش‌بینی سلامت روان بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی می‌پردازد، به این معنا که استفاده از راهبرد مقابله دینی منفی با کاهش سلامت روان در ارتباط است و اعمال دینی، ارزیابی خیرخواهانه، راهبرد مقابله فعال و راهبرد مقابله منفعل تأثیر معناداری در پیش‌بینی سلامت روان بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی نداشته‌اند. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های بابا پور و همکاران (۱۳)، عظیم زاده تهرانی و همکاران (۱۵)، هردیتلی و پارامستری (۱۷) و ملسین و همکاران (۱۸) همسو است. نتایج حاصل از این بررسی کاملاً قابل انتظار است زیرا همان‌طور که پارگامنت و همکاران (۲۱) بیان می‌دارند راهبرد مقابله مذهبی منفی (روگردانی از مذهب) نمایانگر رابطه کمتر ایمن با خدا، دیدگاه بدبینانه و نامطمئن به دنیا و ستیزه‌جویی مذهبی در چالش برای جستجوی معناست و با پیامدهای منفی، مانند افسردگی، آشفتگی هیجانی، سلامت جسمی و کیفیت زندگی پایین و حل مسئله ضعیف همراه است. از طرفی دیدگاه منفی نسبت به خدا یک نوع کشمکش و تعارض دینی است که منجر به احساس سردرگمی و نومی‌دی از ارتباط با خدا و احساس خشم نسبت به او می‌شود. وقتی افراد برای حل مشکل خود به خدا روی

<https://sanad.iaui.ir/Journal/fhj/Article/1210251>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.7.4

می‌آورند، معتقدند که مشکل آنها قابل تغییر است و این امر امکان کنترل موقعیت را افزایش می‌دهد، حال اگر این قضیه معکوس باشد این احساس کنترل از بین می‌رود و تبدیل به یاس و ناامیدی می‌شود و سلامت روان فرد کم می‌شود. با این وجود بخش دیگری از نتایج که مربوط به اعمال دینی، ارزیابی خیرخواهانه و راهبرد مقابله فعال و راهبرد مقابله منفعل است که می‌توان آنها را به‌طور کلی در قالب راهبرد مقابله دینی مثبت در نظر گرفت، نقش معناداری در پیش‌بینی سلامت روان بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی نداشت. افراد دارای مذهب درونی، افرادی منعطف و بدون تعصب هستند که می‌توانند پاسخ‌های هیجانی خودکار خود را کنترل کنند و متناسب با رشد معنوی خود از قدرت کنترل بالاتری برخوردارند. مذهب ضمن تأیید توجه به عواطف و هیجانات مثبت سفارش‌های بسیاری در مورد پیروی از عقل دارد و بر خردورزی تأکید می‌کند (۲۵). بدیهی است که مقابله دینی مثبت اثر آسیب‌زای رویدادهای منفی را تعدیل می‌کند و سازش یافتگی با این رویدادها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هنگامی که افراد از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی استفاده می‌کنند، قادر هستند باوجود تجربه‌ی شرایط بسیار ناگوار بیماری، معنا و مفهوم تازه‌ای در زندگی خود بیابند و شرایط روحی و روانی بهتری را تجربه کنند. نکته‌ی دیگر این‌که به دلیل آسیب‌های شدید ناشی از ابتلا به بیماری، فرد از قدرت کافی در کنترل شرایط نامساعد اطراف خود برخوردار نیست درحالی‌که با به‌کارگیری سبک‌های مقابله مذهبی می‌تواند سرنوشت زندگی خود را به قدرت خداوند واگذار کرده و احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشد. حال آنکه نتایج پژوهش مغایر با مطالب ذکر شده است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که افراد عادی هنگامی که با حادثه‌ی ناگواری به‌ویژه مرگ قریب‌الوقوع خود مواجه می‌شوند دچار حالت‌های شدیدی از ناامیدی و فشار روانی می‌شوند که سیستم شناختی - رفتاری و سبک مقابله‌ی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و افراد از سیستم مقابله‌ی هیجان مدار و منفی استفاده می‌کنند. از طرفی فرد مذهبی در بحران‌ها به عبادت و ستایش خدا می‌پردازد و برای رهایی از فشار روانی و دریافت یک شفای مقدس به مکان‌های مذهبی می‌رود که این امر به دلیل شرایط خاص بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی و عوارض جسمی بسیار سخت این بیماران و همچنین نشخوارهای ذهنی با مرگ صورت نمی‌گیرد. البته این حال نمی‌تواند گذرا باشد و پس از بهبود وضعیت جسمانی و تسکین درد این بیماران از بین می‌رود.

نتایج از بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های فرضیه دوم پژوهش نشان می‌دهد که متغیر خودکارآمدی تأثیر معناداری در پیش‌بینی سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی داشته است. نتایج حاصل از این فرضیه با یافته پژوهش کرشا و همکاران (۱۶) همسو است. خودکارآمدی توانایی است که در آن خرده مهارت‌های رفتاری، عاطفی، اجتماعی و شناختی باید سازمان‌دهی شده و برای اهداف بی‌شمار به‌طور مؤثر هماهنگ شوند. خودکارآمدی، جریان‌های عاطفی، هیجانی و شناختی که انتقال دانش و توانایی‌ها، به عمل ماهرانه را تحت نفوذ دارند، فعال می‌سازد (۲۶). خودکارآمدی ادراک شده پیمان‌های برای سنجش میزان مهارت‌های یک فرد در یک حوزه نیست، بلکه باور فرد در این زمینه است که با در اختیار داشتن مجموعه‌ای از مهارت‌ها و تحت شرایط مختلف چه کاری از دستش بر می‌آیند؛ به عبارت دیگر بین این موضوع که فرد چه مهارت‌هایی را دارا است و این مسئله که با داشتن این مهارت‌ها و تحت شرایط مختلف چه اقدامی انجام خواهد داد. تفاوت دارد (۲۷). یعنی فرد ممکن است علیرغم دارا بودن مهارت‌های لازم برای انجام یک عمل و علیرغم اشراف بر نحوه انجام آن عمل، به دلیل داشتن باورهای خودکارآمدی ضعیف، عملکرد ناموفقی داشته باشد. اشخاص با خودکارآمدی بالا علاقه و انگیزش درونی به کار و تمایل به افزایش تلاش خود دارند. در مقابله با موانع، پشتکار بیشتری از خود نشان می‌دهند و بسیار مؤثر عمل می‌کنند (۲۸). به نظر می‌رسد اگر بیماران مبتلا به سرطان خودکارآمدی بالایی داشته باشند تحمل بیماری برایشان آسان‌تر و به دنبال آن از توانمندی بهتر برخوردار می‌شوند و کمتر احساس ناکامی می‌کنند. سازش با موقعیت را افزایش و احساس تنیدگی و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد. در یک جمع‌بندی کلی

می‌توان گفت متغیرهای راهبرد مقابله دینی و خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی تغییرات سلامت روان در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی هستند بنابراین توجه مراکز درمانی و خانواده‌ها باید در تقویت موارد اشاره شده تلاش نمایند.

محدودیت پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، کنترل نشدن متغیرهایی چون وضعیت اجتماعی-اقتصادی به دلیل صرفه جویی در زمان و هزینه بود که تعمیم یافته‌های پژوهش را با محدودیت مواجه سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی متغیرهایی چون وضعیت اجتماعی-اقتصادی نیز کنترل شود. علاوه بر این‌ها محدودیت دیگر و اصلی این پژوهش استفاده صرف از پرسشنامه‌ها آن‌هم استفاده از پرسشنامه‌های کشورهای غربی به لحاظ نبود پرسشنامه‌هایی مطابق با فرهنگ ایران بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی پرسشنامه‌هایی مطابق با زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی ایران ساخته و علاوه بر پرسشنامه‌ها از مشاهده و مصاحبه بالینی برای سنجش متغیرهای این پژوهش استفاده شود.

کاربرد پژوهش

راهبردهای مقابله دینی و خودکارآمدی در سلامت روان بیماران سرطانی مؤثر هستند، از این جهت ارتقای این متغیرها در این بیماران پیشنهاد می‌شود.

تضاد منافع

نویسنده یا نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضاد منافعی در رابطه با نویسندگی و یا انتشار این مقاله ندارند.

سپاسگزاری

از تمام شرکت کنندگان در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1. Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2015;58(2):96-105. D.O.I: [10.22038/MJMS.2015.4370](https://doi.org/10.22038/MJMS.2015.4370) [IN PERSIAN]
2. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. Gynecol Oncol. 2008;111(1):144-50. D.O.I [10.1016/j.ygyno.2008.06.034](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.06.034)
3. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Oppong Asante K. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. Patient Education and Counseling. 2019;102(7):1357-63. DOI:[10.1016/j.pec.2019.02.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.014)
4. Panahi A, Nakhaee Sistani R, Sadeghizadeh M. Evaluation of Apoptosis Induction on Gastric Cancer AGS Cells Made by Polymer Nano Curcumin. Journal of Police Medicine. 2012;1(3):200-7. <http://jpmed.ir/> [in Persian]
5. El-Awady RA, Semreen MH, Saber-Ayad MM, Cyprian F, Menon V, Al-Tel TH. Modulation of DNA damage response and induction of apoptosis mediates synergism between doxorubicin and a new imidazopyridine derivative in breast and lung cancer cells. DNA Repair. 2016;37:1-11.

<https://sanad.iau.ir/Journal/fhj/Article/1210251>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.7.4 

6. Roshaninejad M, Omrannasab M, Kamali P, Hassanzadeh M. Association between religious beliefs and mental health of students. Iran Journal of Nursing. 2001;13(25):28-35. URL: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-249-en.html>, [in Persian]
7. Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A, Ghanbari-Homayi S. Marital Adjustment and Its Relationship with Religious Orientations Among Iranian Infertile and Fertile Women: A Cross-Sectional Study. Journal of Religion and Health. 2019;58(3):965-76. <https://www.jstor.org/stable/45213926>
8. Jalalian N, Geramipoor M, Borhali M. Investigating the mediating role of mental health in the relationship between Religious beliefs and organizational health (Case Study: public universities in Tehran). Counseling Culture and Psychotherapy. 2016;7(27):129-47. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2016.6787> [in Pwersian]
9. Nabavi SS, Sohrabi F, Afrooz G, Delavar A, Hosseinian S. Relationship between self-efficacy and mental health among teachers:the role of perceived social support. rph. 2017;11(2):50-68. D.O.R. [20.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5](https://doi.org/10.1001.1.20080166.1396.11.2.1.5)
10. Milioni M, Alessandri G, Eisenberg N, Castellani V, Zuffianò A, Vecchione M, et al. Reciprocal Relations Between Emotional Self-Efficacy Beliefs and Ego-Resiliency Across Time. J Pers. 2015;83(5):552-63. D.O.I: [10.1111/jopy.12131](https://doi.org/10.1111/jopy.12131)
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Worth Publishing Ltd; 1997.
12. Bandura A. Toward a psychology of human agency. Perspectives on Psychological Science. 2006;1(2):164-80. DOI:[10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x)
13. Babapour J, Zeinali S, Zarezade F, Nejati B. The structural association of religious attitude and coping style with quality of life and fatigue in cancer patients. Journal of Health and Care. 2016;18(1):45-54. URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-436-en.html>
14. Khezerlou H, Akbari M, Jadidi H, Sinai B. Evaluating the effectiveness of a pain self-efficacy model on quality of life in patients with cancer. Journal of Health and Care. 2019;21(2):108-16. DOI:[10.29252/jhc.21.2.108](https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.108)
15. Azimzadeh N, Bayazi MH, Shakerinasab M. The relationship between islamic coping methods and psychological well-being with adaptation and pain tolerance in patients with breast cancer. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020;9(33):145-60. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.48867.4584>
16. Kershaw T, Ellis KR, Yoon H, Schafenacker A, Katapodi M, Northouse L. The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. Annals of Behavioral Medicine. 2015;49(6):901-11.
17. Harlianty R, Paramastri I. The role of religious coping as a moderator of the relationship between psychological burden and quality of life among caregiver of women with breast cancer. Journal of Psychological Perspective. 2020;2(2):71-8.
18. Milstein G, Palitsky R, Cuevas A. The religion variable in community health promotion and illness prevention. Journal of Prevention & Intervention in the Community. 2020;48(1):1-6. DOI:[10.47679/jopp.022.12200006](https://doi.org/10.47679/jopp.022.12200006)

19. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*. 1997;27(1):191-7. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
20. Thaghavi MR. Study of validity and reliability of Public Health Questionnaire. *Psychological Journal*. 2002;5(4):381-95. <https://www.researchgate.net/publication/256840200>
21. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56(4):519-43. DOI: [10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
22. Motiei M, Nouhi S, Rezvani A. Study of the role of childhood trauma in predicting coping styles, identity and religious coping in adulthood. *Journal of Psychology New Ideas*. 2022;11(15):1-13. URL: <http://jnip.ir/article-1-639-en.html> [in Persian]
23. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*. 1982;51(2):663-71. DOI: [10.2466/pr0.1982.51.2.663](https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663)
24. Asgharnejad T, Ahmadi Dah Ghotbeddini M, Farzad V, Khodapanahi MK. Study of psychometric characteristics of Serer General Self-Efficacy Scale. *Journal of Psychology*. 2006;10(3):262-74.
25. Toloo Takmili Torabi N, Vakili P, Fattahi Andebil A. Presenting causal model in explaining the relationship between self-differentiation and forgiveness with marital satisfaction based on the mediating role of religious orientation. *Journal of counseling research*. 2021;20(78):80-107. [20.1001.1.23223065.1399.10.1.5.1](https://doi.org/10.1001.1.23223065.1399.10.1.5.1)
26. French DP. Self-efficacy and health. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015: 509-14.
27. Usher EL, Morris DB. Self-efficacy. Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology: Elsevier; 2022.
28. Schunk DH, DiBenedetto MK. Self-efficacy: Education aspects. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015: 515-21. DOI: [10.1016/B978-0-08-097086-8.92019-1](https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.92019-1)