

The Structural Association of Religious Attitude and Coping Style with Quality of Life and Fatigue in Cancer Patients

Babapour J¹, Zeinali Sh*², Zarezade F¹, Nejati B²

1-Department of Psychology, School of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

2-Department of Hematology and Oncology, Hematology and Oncology Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989144108154 E-mail: shirinzeinali@yahoo.com

Received: Jan 11, 2016 Accepted: Apr 27, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: Cancer makes various changes in quality of life and coping styles and it is supposed that religious attitude of cancer patients has fundamental role in these factors. This study aimed to investigate the structural association between religious attitudes-coping style and quality of life - fatigue in cancer patients.

Methods: This research was a correlational study and research population consists of all cancer patients who had come to Shahid Ghazi Hospital, Tabriz in 2014. From the above-mentioned population, 140 subjects have been selected through available non-random sampling. Patients completed Shahidi and Frajneya's religious attitude, WHO quality of life, Lazarous and Folkman coping style, and Deriis fatigue questionnaires. Data were analyzed using structural equations model (LISREL) version 8.75 and SPSS v. 19.

Results: The results showed religious attitude and coping style have significant association with quality of life and fatigue ($p=0.001$). Also equation-structural relationship between religious attitude, coping style, quality of life and fatigue were significant. On the other word, religious attitude can predict quality of life and fatigue with meditating role of coping style. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA=0.05) and Comparative Fit Index (CFI=0.95) were showed that supposed model is suitable in predicting quality of life, fatigue and coping style with dependent role of religious attitude .

Conclusion: Because of the important role of religious attitude in daily life of people, they play important role in confronting disease such as cancer. Enhancing religious attitude in cancer patients will improve the coping style and quality of life and the sense of fatigue would be reduced.

Keywords: Religious Attitude, Coping Style, Quality of Life, Fatigue, Cancer

رابطه ساختاری نگرش مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خستگی روانی در بیماران سرطانی

جلیل باباپور^۱، شیرین زینالی^{۲*}، فاطمه زارع زاده^۱، بابک نجاتی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه هماتولوژی و آنکولوژی، مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۱۰۸۱۵۴ ایمیل: shirinzeinali@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سرطان موجب تغییرات متعدد در کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران می‌گردد که در این میان به نظر می‌رسد نگرش‌های مذهبی بیماران سرطانی نقش مهمی در این مولفه‌ها داشته باشند. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ساختاری نگرش مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خستگی روانی در بیماران سرطانی بود. **روش کار:** این پژوهش از نوع همبستگی با جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید قاضی تبریز در سال ۱۳۹۳ بود. از بین این افراد ۱۴۰ نفر بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران پرسشنامه‌های نگرش مذهبی شهیدی و فرج‌نیا، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن، و ارزیابی خستگی دیوریس را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از SPSS-19 و مدل سازی معادلات ساختاری (لیزرل) نسخه ۸/۷۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نگرش مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خستگی روانی رابطه معنادار وجود داشت ($p=0/001$) و روابط علی- ساختاری نگرش مذهبی با راهبردهای مقابله‌ای، راهبردهای مقابله با کیفیت زندگی و خستگی معنی‌دار بود. به عبارتی نگرش مذهبی قادر به پیش بینی کیفیت زندگی و خستگی در بیماران سرطانی به واسطه راهبردهای مقابله‌ای است. شاخص برازندگی تطبیقی ($RMSEA=0/05$) و متوسط باقیمانده استاندارد شده ($CFI=0/95$) حاکی از مطلوبیت مدل مفروض در تبیین خستگی روانی، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای از طریق متغیر مستقل نگرش مذهبی است.

نتیجه گیری: جهت گیری مذهبی به واسطه تأثیرات مهمی که در زندگی افراد دارد، یک روش مقابله‌ای موثر 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.

واژه‌های کلیدی: نگرش مذهبی، راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی، خستگی روانی، سرطان

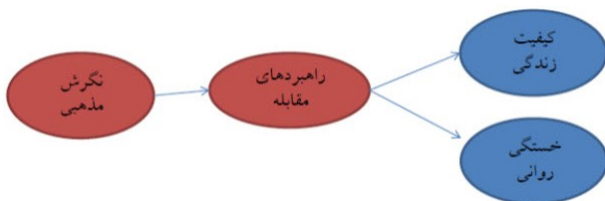
دریافت: ۹۴/۱۰/۲۱ پذیرش: ۹۵/۲/۸

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد (۱). تشخیص سرطان برای بسیاری از بیماران واقعه‌ای ترسناک و مصیبت‌بار بوده (۲) و منجر به بروز حالات روانشناختی و خستگی روانی در آنها می‌گردد (۳). خستگی ناشی از تشخیص و درمان

سرطان حالت ذهنی رنج‌آور و شدیدی است که موجب کاهش توانایی و عملکرد فرد در کارکردهای فیزیکی و روانی می‌شود و با خواب و استراحت کاهش نمی‌یابد (۴). همچنین کاهش میزان کیفیت زندگی از عواقب تشخیص این بیماری است (۵). در واقع کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده داشته، در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و

روانی و راهبردهای مقابله‌ای می‌گردد. مک کلاین^۲ و همکاران نیز معتقدند سلامت معنوی و مذهبی اثری قوی بر روی شرایط روانی، جسمی و محیطی بیماران سرطانی دارد (۱۳). چنان‌که لانگ^۳ و همکاران بیان می‌دارند در بیماران سرطانی که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (۱۴). همچنین به نظر می‌رسد تاثیر نگرش مذهبی بر روی کیفیت زندگی و خستگی روانی بیماران سرطانی با راهبردهای مقابله‌ای مرتبط باشد، چرا که نگرش‌های مذهبی متنوع مرتبط با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار و هیجان مدار است (۷). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده سوال اصلی پژوهش این است که آیا نگرش مذهبی به واسطه راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خستگی روانی در بیماران سرطانی مرتبط است؟ مدل فرضی زیر نحوه تاثیر نگرش مذهبی بر کیفیت زندگی و خستگی روانی بیماران سرطانی را به واسطه راهبردهای مقابله‌ای نشان می‌دهد و هدف پژوهش حاضر بررسی مطلوب بودن مدل فرضی ارائه شده است (مدل ۱).



مدل ۱. نقش نگرش مذهبی بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خستگی روانی

اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار تلقی می‌شود (۶). از طرفی پیشینه مطالعاتی نشان داده بیماران سرطانی از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای سازگاری با بیماری خود استفاده می‌کنند که شامل راهبرد مذهبی (پذیرش بیماری به عنوان مشیت خداوند، دیسترس معنوی)، تفکر در مورد بیماری (تفکر مثبت، نظر مثبت، امید، فراموشی عمدی، تفکر منفی، ناامیدی، ترس، اختلال در تصویرذهنی)، پذیرش حقیقت بیماری و عوامل اجتماعی و فرهنگی و در آخر حمایت اجتماعی است. به نظر می‌رسد اعتقادات مذهبی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای نقش مهمی ایفا می‌کند (۷). اعتقادات مذهبی جنبه‌های خاصی از دینداری است که نقش مؤثری در سلامت روان دارد و فرد را در برابر افسردگی محافظت می‌نماید (۸). مذهب سیستم سازمان یافته‌ای از باورها، شامل سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسومات و مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ تر به خدا یا یک قدرت برتر است (۹). بالبنی^۱ و همکاران با بیان این که باورهای مذهبی در مقابله با بیماری سرطان نقش مهمی بازی می‌کنند بین عقاید مذهبی و کیفیت زندگی رابطه مستقیم عنوان نمودند (۱۰). همچنین مطالعات نشان می‌دهد بین سبک‌های مقابله‌ای و ادراک از خدا ارتباط وجود دارد (۱۱). مومنی و همکاران در مدل خود بیان می‌دارند معنویت و راهبردهای مقابله‌ای قادر به پیش بینی معنا دار کیفیت زندگی است (۱۲). به نظر می‌رسد نگرش و اعتقادات مذهبی در بیماران سرطانی منجر به تغییر در کیفیت زندگی، انرژی

² McClain

³ Leung

¹ Balboni

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بوده و جامعه آماری کلیه بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید قاضی شهر تبریز در پاییز ۱۳۹۴ بودند که از بین آنها ۱۴۰ نفر بصورت در دسترس انتخاب شدند؛ بدین صورت که در کلینیک سرپایی، بیمارانی که اعلام همکاری می نمودند پرسشنامه ها را از آزمونگر دریافت می نمودند. بر طبق فرمول کوکران اگر جامعه بیماران مراجعه کننده در سه ماه به طور متوسط ۵۰۰ نفر باشد، تعداد نمونه ۱۳۸ نفر می باشد که در این مطالعه ۱۵۰ نفر انتخاب شدند که در نهایت ۱۴۰ پرسشنامه تحلیل شد (۱۵).

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

معیارهای ورود به مطالعه تشخیص بیماری سرطان، اطلاع فرد از نوع و شدت بیماری، تحصیلات بالای راهنمایی، قرار گرفتن در فرایند درمان سرطان و معیارهای خروج داشتن بیماری های جسمانی همراه (از جمله ام اس، کم خونی شدید، بیماری های قلبی- عروقی و کلیوی، داخلی و...) بود. در تحقیق حاضر به منظور پایبندی به اصول اخلاقی از آزمودنی ها نام خواسته نشد. همچنین امکان انصراف از ادامه تکمیل پرسشنامه نیز در زمان دلخواه فراهم بود. در مطالعه حاضر برخی عوامل روند مطالعه را مخدوش نمودند. از جمله عدم همکاری برخی بیماران در تکمیل کامل پرسشنامه، که افراد فوق از مطالعه کنار گذارده شدند.

پرسشنامه نگرش مذهبی^۱

این پرسشنامه توسط شهیدی و فرج نیا در ایران ساخته شده و به سنجش رشد مذهب می پردازد و حاوی ۴۳ سؤال ۵ گزینه ای به روش «نمره گذاری لیکرت» است و دارای دو زیر مقیاس کلی «نگرش مذهبی» و «توانایی مذهبی» است. برای هریک از سؤالات پرسش نامه ۵ گزینه شامل پاسخ های ذیل در نظر گرفته شده است: «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «تا حدودی موافقم»، «مخالفم» و «کاملاً مخالفم» در نظر گرفته شد. در این پرسشنامه، نمره گذاری مربوط به پاسخ ها به صورت ۴ برای «کاملاً موافقم»، ۳ برای «موافقم»، ۲ برای «تا حدودی موافقم»، ۱ برای «مخالفم» و ۰ برای «کاملاً مخالفم» در نظر گرفته شد و طیف نمرات بین صفر تا ۱۷۲ قرار داشت و کسب نمره بالا حاکی از نگرش مذهبی قوی تر بود (۱۶). روایی صوری و محتوایی سؤالات از طریق نظرخواهی از ۱۹ نفر از استادان متخصص مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن به فاصله زمانی ۵ هفته ۰/۶۱ بدست آمد. همچنین همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲

این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط کارگروه سازمان بهداشت جهانی در ۲۶ سؤال ساخته شده و توسط یوسفی (۱۳۸۹) در ایران استاندارد شده است. سوال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سوال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می دهد. سؤالات بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطة مرتبط با سلامت یعنی: الف- حیطة سلامت جسمانی

¹ Religious Attitude Inventory

² World Health Organization Quality of Life Questioner

مثبت، مدیریت مدبرانه، مسئولیت پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی، و چهار سبک هیجان مدار شامل رویارویی مستقیم، خویشتن‌داری، اجتنابی و انکار را بررسی می‌کند. در این نسخه هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود (از ۰ = اصلاً استفاده نکرده‌ام تا ۳ = به میزان زیادی از آن استفاده کرده‌ام). طیف نمرات در سبک حل مسئله و سبک هیجان مدار بین صفر تا ۹۹ بوده و کسب نمره بالا در هر خرده مقیاس حاکی از استفاده زیاد از راهبرد مقابله‌ی مذکور است. لازاروس و فولکنن ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های سبک مسئله مدار از ۶۰ تا ۷۰ درصد و برای خرده مقیاس‌های سبک هیجان مدار ۶۶ تا ۷۹ درصد گزارش کردند. در ایران قدمگاهی و دژکام (به نقل از شمسایی، ۱۳۹۰) ضریب همسانی درونی را با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ ۶۱ تا ۷۹ درصد و پایایی بازآمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته ۵۹ تا ۸۳ درصد گزارش کردند (۲۱). در نهایت داده‌های بدست آمده به از طریق SPSS-19 و مدل سازی معادلات ساختاری (لیزرل) LISREL نسخه ۸/۷۵ تحلیل گردید.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد ۵۸ درصد (۸۲ نفر) شرکت کنندگان مونث و ۴۲ درصد (۵۸ نفر) مذکر بودند. ۲۱ درصد (۳۰ نفر) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۴۱ درصد (۵۸ نفر) تحصیلات دیپلم، ۲۳ درصد (۳۲ نفر) تحصیلات لیسانس و ۱۵ درصد (۲۰ نفر) تحصیلات بالای لیسانس داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران مورد مطالعه $53/9 \pm 3/2$ بود. در جدول ۱ ضرایب مسیر متغیرهای نگرش

(فیزیکی)، ب- حیطة روانشناختی، ج- حیطة روابط اجتماعی، د- حیطة محیط زندگی، می‌پردازد. نمره‌گذاری در این پرسشنامه به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (اصلاً یا خیلی بد=۱ تا خیلی خوب یا بطور کامل=۵) بوده و نمره بالا حاکی از کیفیت زندگی مناسب است. روایی صوری مقیاس مناسب و اعتبار آن $0/93$ بدست آمده است (۱۷).

پرسشنامه خستگی روان^۱

این مقیاس توسط دیوریس^۲ و همکاران (۲۰۰۹) ساخته شده دارای ۱۰ آیتم است و برای ساخت آن از چندین مقیاس ارزیابی کننده خستگی در بیماران سرطانی استفاده شده است (۱۸). این آزمون به شیوه لیکرت از نمره ۱ برای هرگز تا نمره ۵ برای همیشه نمره گذاری می‌گردد و دارای دو زیرمولفه جسمی و روانی است. طیف نمرات بین ۵۰ تا ۱۰۰ بوده و نمرات بالاتر حاکی از خستگی روانی زیاد است. مطالعه دیوریس و همکاران نشان داد که این مقیاس از ضرایب روایی خوبی برخوردار بوده و اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ $0/90$ گزارش شد (۱۸). در مطالعه بیرامیو همکاران روایی آزمون- بازآزمون این مقیاس $0/87$ به دست آمد (۱۹).

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای

این پرسشنامه یک آزمون ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس و فولکنن^۳، ۱۹۸۴) توسط لازاروس و فولکنن (۲۰) ساخته شده و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌بردند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه چهار سبک حل مسئله شامل ارزیابی مجدد

¹ Fatigue Assessment Scale

² De Vries

³ Lazarus & Folkman

مذهبی و راهبردهای مقابله بر روی خستگی و کیفیت زندگی ارائه شده است.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	خستگی	کیفیت زندگی	راهبردهای مقابله
نگرش مذهبی	-.۰/۵**	.۰/۴۵**	.۰/۶۹**
راهبردهای مقابله	-.۰/۵**	.۰/۳۴*	

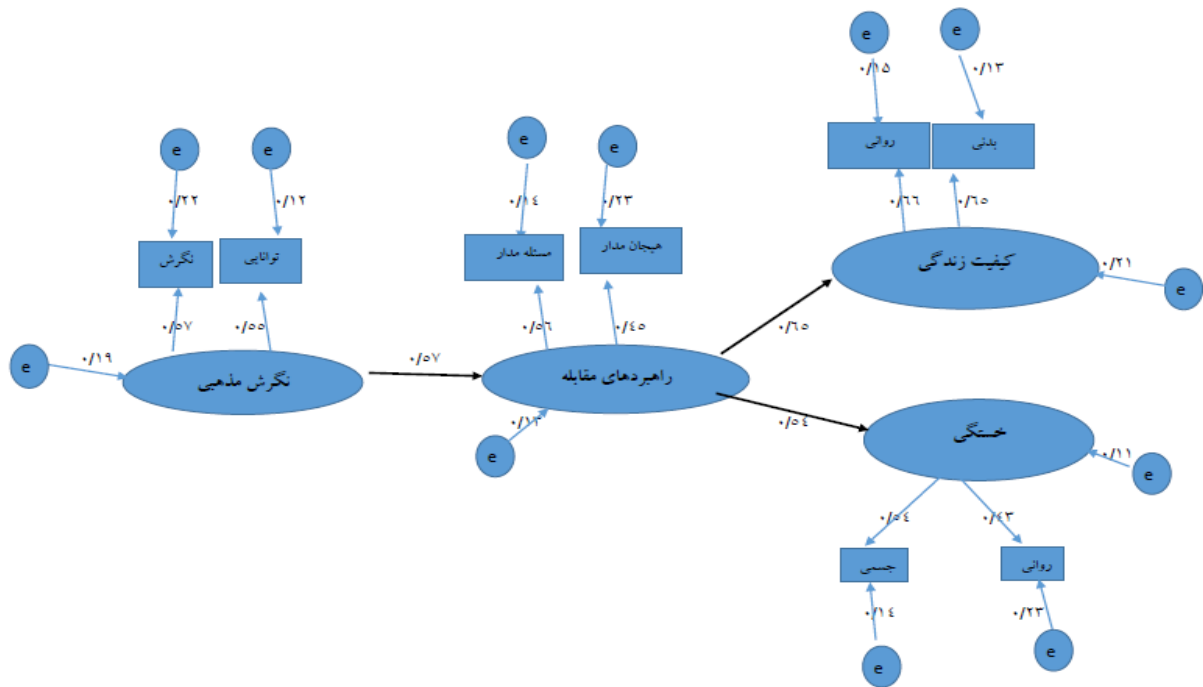
* $p < ۰/۰۵$ و ** $p < ۰/۰۰۱$

همانطوری که در جدول مشاهده می‌شود نگرش مذهبی با راهبردهای مقابله‌ای ($B = ۰/۲۲$, $p = ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت معنادار داشت؛ به عبارتی با افزایش نگرش مذهبی بر میزان راهبردهای مقابله‌ای نیز افزوده می‌شد. همچنین راهبردهای مقابله‌ای با خستگی ($B = ۰/۱$, $p = ۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($B = ۰/۳$, $p = ۰/۰۵$) رابطه معنادار داشت که این رابطه بین متغیر راهبردهای مقابله با خستگی منفی و بین متغیر راهبردهای مقابله با کیفیت زندگی مثبت بود. به عبارتی با افزایش میزان راهبرد مقابله‌ای بر میزان کیفیت زندگی افزوده شده و از میزان خستگی روانی کاسته می‌شد. چنان که پیش‌تر عنوان شد جهت برازش مدل نظری با مدل اندازه‌گیری شده از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده گردید. در این راستا ابتدا متغیر نگرش مذهبی به عنوان متغیر برون‌زاد مکنون و متغیر راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیرهای درون‌زاد مرتبه اول و متغیرهای کیفیت زندگی و خستگی روانی به عنوان متغیر درون‌زاد مرتبه دوم وارد معادله شدند. نتایج

مدلیابی و مسیرهای علی- ساختاری در مدل ۲ ارائه شده است. در این نمودار سازه‌های نهان با دایره، و نشانگرها با مربع ترسیم شده‌اند. بر اساس این مدل، روابط علی- ساختاری نگرش مذهبی ($Y = ۰/۵۷$ ، $p = ۰/۰۰۱$) با راهبردهای مقابله‌ای و راهبردهای مقابله‌ای ($Y = ۰/۶۵$ ، $p = ۰/۰۰۱$) با کیفیت زندگی و خستگی ($Y = ۰/۵۴$ ، $p = ۰/۰۰۱$) معنی‌دار است. به عبارتی مدل حاضر نشان می‌دهد که مسیر علی نگرش مذهبی بر راهبردهای مقابله‌ای تأثیرگذار است.

همچنین مسیر علی راهبردهای مقابله‌ای بر کیفیت زندگی و خستگی روانی موثر است و از این رو می‌توان گفت که مسیر علی نگرش مذهبی به واسطه راهبردهای مقابله بر کیفیت زندگی و خستگی روانی موثر است. جدول ۲ شاخص‌های شناخته شده برازش مدل را نشان می‌دهد.

نتایج نشان داد مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد چرا که ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۶) قرار دارد. نسبت X^2/df در حد مطلوب (کمتر از ۵) قرار دارد. شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش نسبی (RFI) و شاخص توکر- لویس (TLI) در حد مطلوب (بیشتر از ۰/۹۰) قرار دارند.



مدل ۲. ضرایب برآورد شده استاندارد نشانگرها و سازه‌های مدل

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش مدل معادلات ساختاری

TLI	RFI	NFI	CFI	AGFI	GFI	P	X ² /df	df	X ²	RMSEA
۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۴	۳۲۲	۱۲۸۸/۵۶	۰/۰۵

بحث

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد نگرش مذهبی به واسطه راهبردهای مقابله‌ای با خستگی روان و کیفیت زندگی رابطه معنادار داشت. رابطه معنادار بین نگرش مذهبی با راهبردهای مقابله در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است (۲۲،۲۳). نتایج مطالعه تحلیل ساختاری کراک^۱ نشان می‌دهد نگرش مذهبی رابطه مستقیم و غیرمستقیم با راهبردهای مقابله‌ای داشته و پیش‌بینی‌کننده آن است (۲۳). ضریب مسیر

نگرش مذهبی و راهبرد مقابله‌ای نشان می‌دهد که با افزایش میزان نگرش مذهبی بر میزان استفاده از راهبردها افزوده می‌شود. پژوهش سجادیان و همکاران نشان می‌دهد نزدیک به ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان پستان از مذهب به عنوان یک راهبرد جهت سازش یافتگی استفاده می‌نمایند (۲۴). در جهت تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به دیدگاه آلپورت اشاره نمود که معتقد است مذهب و نگرش مذهبی مساله‌ای فراگیر، دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده

^۱ Krok

است. افراد با جهت‌گیری مذهبی درون‌سو به تعالیم مذهبی‌شان صادقانه اعتقاد دارند و تنها مذهب واقعی می‌تواند سلامت روان را بهبود بخشد (۲۵). در این راستا چنان که نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد، می‌توان مذهب را به عنوان یک عامل مهم در جهت تعدیل و کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفت (۲۶، ۲۷). رمیز^۱ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند نگرش‌های مذهبی یک راهبرد مقابله‌ای در برابر استرس‌های روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران کلیوی است. نتایج این مطالعه نشان داد راهبردهای مقابله‌ای مذهبی با نشانگان اضطراب و افسردگی در این بیماران همبسته است. همچنین راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت با کیفیت زندگی بهتر نیز مرتبط بود (۲۸). رابطه معنادار بین راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است (۲۹، ۳۰). ضریب مسیر راهبرد مقابله و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که با افزایش میزان راهبردهای مقابله‌ای با راهبردهای مقابله‌ای مرتبط بود (۳۱). پرایس^۳ و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی بیماران صرعی نشان دادند بین راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی در این بیماران رابطه وجود داشت و استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار موجب کاهش احساس کیفیت زندگی می‌گردد (۳۱). پرایس^۳ و همکاران نیز در مطالعه خود بر روی بیماران سرطانی بیان نمودند در شش ماه آخر زندگی این بیماران کیفیت زندگی مختل می‌گردد و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند این کیفیت زندگی را تغییر دهد (۳۲). در تبیین این امر باید به الگوی لازاروس و فولکمن اشاره کرد که در فرایند مقابله فرد با استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مشکل استفاده می‌کند،

یعنی راه‌های مقابله با مشکل بررسی شده و در واقع با یافتن راه حل مناسب برای مشکل، رضایت روانشناختی برای افراد حاصل می‌شود (۲۰) و در نتیجه رضایت بیشتری را برای افراد فراهم می‌سازد. و نهایتاً استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار افزایش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت (۳۳). رابطه معنادار بین راهبردهای مقابله‌ای با خستگی در مطالعات پیشین نیز تأیید شده است (۳۴). ضریب مسیر راهبرد مقابله و خستگی نشان می‌دهد که با افزایش میزان راهبردها از میزان خستگی کاسته می‌شود. کراسول^۴ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بین راهبردهای مقابله‌ای و سندرم خستگی روانی ارتباط وجود داشته و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت موجب کاهش نشانه‌های خستگی روانی می‌شود (۳۵). ری^۵ معتقد است که سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی فرد در میزان خستگی روانی فرد تأثیر دارد. به نظر می‌رسد استفاده مکرر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار منجر به احساس هیجان‌ات منفی و خستگی جسمی و روحی در بیماران می‌گردد. از طرفی استفاده مناسب از این سبک‌ها در بهبود خستگی روحی و روانی بیماران موثر است (۳۴).

از آنجا که پژوهش حاضر صرفاً به مطالعه بیماران تحت درمان در کلینیک سرپای پرداخته است، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم کنترل بر زمان ابتلا به بیماری و مدت زمان درمان سرطان اشاره نمود.

¹ Ramirez

² Cronje

³ Price

⁴ Creswell

⁵ Ray

نتیجه گیری

در مجموع این پژوهش بر اهمیت مذهب و نگرش مذهبی بر روی سبک‌های مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خستگی روانی اشاره دارد. با شیوع روزافزون تشخیص بیماری سرطان و درمان‌های طولانی مدت و طاقت فرسای آن کیفیت زندگی فرد تحت تاثیر قرار گرفته و بیمار احساس خستگی روانی خواهد نمود. وجود یک نگرش مذهبی قوی و مثبت فرد را در تشخیص و درمان کمک نموده و باعث می‌گردد تا فرد نگرش مثبتی به بیماری خود داشته باشد و به جای استفاده از راهبردهای هیجان مدار از روش‌های مقابله‌ای مسأله مدار برای مواجهه با بیماری خود استفاده کند و به تدریج احساس کیفیت زندگی مطلوبی داشته باشد و به جای احساس خستگی روانی بالا، با اطمینان و نگرش مثبت روند درمان را ادامه

داده و به فرجام بیماری خود دید منطقی داشته باشد. بنابراین به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های جسمی بیماری سرطان، درمان‌های روانشناختی برای بهبود شرایط جسمی، روانی و محیطی فرد و مشاوره‌های مذهبی برای تقویت بنیان‌های مذهبی فرد کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کلیه همکاران از جمله همکاران دفتر تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

- 1- Bisht M, Bist SS, Dhasmana DC, Saini S. Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. *Indian Journal of Medical Pediatrics Oncology* 2010; 31(4):121-5.
- 2- Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, kata J, woods TE, Schneider KL. A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: feasibility and health benefits. *Journal of Psycho-oncology* 2002; 11(5): 447- 56.
- 3- Haghghat SH. The effect of reflexology on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. *Iranian Journal of Breast Disease* 2013; 6(1): 23-34. [Persian]
- 4- Wayne AB, Ancoli S. Breast cancer and Fatigue. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2008; 3(1): 61-71.
- 5- Leung S, Lee T, Chien C, Chaop, Tsai V and Fang F. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *Cancer* 2011; 11:128-138
- 6- Wedding U, Pientka L, Hoffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. *Journal of Cancer* 2007; 43(15):2203-10.
- 7- Taleghani F. Coping strategies in breast cancer woman. PhD dissertation, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran 2005[Persian]
- 8- Jansena K, Motleya R, Hoveya J. Anxiety, depression and students' religiosity. *Journal of Cancer Research* 2010; 13(3):267-271
- 9- Walsh F. Religion, spirituality, and the family: Multipath perspectives. *Spiritual resources in family therapy* (2nd Ed), New York: Guilford Press; 2009.
- 10- Balboni T, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet J R, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical Oncology* 2007; 25(5):555-560
- 11- Schafer CA, Gorsuch RL. Psychological adjustment and religiousness: the multivariate belief motivation theory of religiousness. *Journal for the scientific study of religion* 1991; 30: 244-254.
- 12- Momeni Kh, Shahbazzadeh A. Relationship between spirituality, resiliency and coping strategies with quality of life in students. *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 6(2): 90-97. [Persian]

- 13- 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.
- 14- Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of Pain Symptom Management* 2006; 31(5): 449-56.
- 15- Meyers L, Ghamest G, Gharinu J. Multivariate applied research. Translated by: Sharifi H. Tehran: Roshd press. 2012 [Persian]
- 16- Shahidi Sh, Faraj-Neya S. Standardization of spirituality scale. *Journal of psychology* 2012; 5 (3): 97-115. [Persian]
- 17- Yoosefi A, Ghasemi G, Sarafzadeghan N, Shika M, Rabie K, Baghaye A. Standardization of quality of life scale. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Mental Health* 2009; 3: 217-239. [Persian]
- 18- De Vries J, Van der Steeg AF, Roukema JA. Trait anxiety determines depressive symptoms and fatigue in woman with an abnormality in the breast. *British Journal of Health Psychology* 2009; 14: 143- 157.
- 19- Beirami M, Zeinali SH, Ashrafiyan P, Nikan Far A. The role of state anxiety in predicting fatigue and depression in cancer patients. *Journal of Breast disease* 2013; 6(2):50-58
- 20- Lazarus R S, Folkman S. Stress up appraisal and coping. New York: Springer. 1984
- 21- Shamsaye M. Efficacy of life skill training on mother coping strategies. MA thesis of Psychology,, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen barnch. Tehran, 2011
- 22- Malekpur M. The relationship between religious attitude and coping styles. MA thesis of psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht branch , Marvdasht, 2013. [Persian]
- 23- Krok D. Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence* 2015; 45: 196–203
- 24- Sajjadyan AS, Haghghat SH, Montazeri A, Kazemnezhad A, Alavifili A. Post diagnosis coping strategies of patients with breast cancer. *Journal of Breast Diseases* 2011; 4(3): 52-58. [Persian]
- 25- Rodriguez CM, Henderson RC. Who spares the road? Religious orientation, social conformity, and child abuse potential. *Journal of Child Abuse & Neglect* 2010; 34: 84-94. [Persian]
- 26- Newton AT, McIntosh DN. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *Psychology Religious* 2010; 20(1): 39-58.
- 27- Kézdy A, Martos T, Boland V, Horv?th K. Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence* 2010; 11: 1-9
- 28- Ramirez S, Macêdo D, Sales P, Figueiredo S, Daher E, Ara?jo S, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Psychosomatic Research* 2012; 72(2): 129–135
- 29- Kheirabadi GH, Bagherian R, Nemati K. The effectiveness of coping strategies training on symptoms among patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Isfahan Medical School* 2010; 28(110): 473-483 [Persian]
- 30- Maleki L, Hosseini H, Khalilian A, Thghavi T. Effect of psychoeducaion on quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2007; 5 (1): 39-44 [Persian]
- 31- Cronje G, Pretorius C. The coping styles and health-related quality of life of South African patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Journal of Epilepsy & Behavior* 2013; 29(3): 581–584
- 32- Price M, Bell M, Sommeijer D, Friedlander M, Stockler M, DeFazio A, et al. Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: A prospective population-based study over the last year of life. *Journal of Gynecologic Oncology* 2013; 130(1): 162–168
- 33- Lim JW. Effect of religiosity, spirituality and social support on quality of life. *Oncology Nurse Forum* 2009; 36(6): 699-708
- 34- Ray C, Jefferies S, Weir W. Coping and other predictors of outcome in chronic fatigue syndrome: A 1-year follow-up. *Psychosomatic Research* 1997; 43(4): 405–415
- 35- Creswell C, Chalder T. Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51(4): 607–610

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.