

Role of Personality Factors and Religious Beliefs in Resiliency of Patients with Esophageal Cancer

Haghi H^{*1}, Nazemi A², Karimollahi M³

1. Student Research Committee, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2. Young Researchers and Elite Club, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.

3. Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989146826269 E-mail: h.haghigermi2008@gmail.com

Received: Apr 10, 2016

Accepted: Oct 4, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: Esophageal cancer is the sixth common cancer in Iran. Ardabil province is located on the esophagus cancer belt worldwide. Moreover, this province is considered as a region with high incidence of esophageal cancer in Iran. This study examined the role of personality factors and religious beliefs in resiliency of disease among patients with esophageal cancer in the city of Ardabil.

Methods: This study was a descriptive and correlational research. The study population included all patients with esophageal cancer that were referred to Imam Khomeini hospital, Aras Clinic and Shafa Parto Chemotherapy Clinic during the first six months of 2015. Of the patients, 80 patients with esophageal cancer were selected to the study by convenience sampling. To collect the data, Connor-Davidson Resilience questionnaire, personality dimensions of McCrae and Costa questionnaire, religious beliefs spirituality of Hall and Edwards's questionnaire were used. In the end, data analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression in SPSS (ver. 21).

Results: There was a significant relationship between religious beliefs and personality dimensions and resiliency in patients with esophageal cancer. In addition, there were negative relationship between resilience and religious beliefs in the most components such as knowledge, enlarge, harvest management and overall score spirituality and positive relationship with the frustration and instability. Between resiliency with neuroticism, extroversion negative correlation with the agreement, there was a significant positive relationship between conscientiousness. Almost 73% of the variance of resiliency is explained by spirituality and 69% of the variance of the variables of neuroticism, extraversion, flexibility, agreeableness and conscientiousness are explained by the predictor variables.

Conclusion: As the result, we can claim that with increasing religious beliefs, resiliency of cancer patients goes up. With decreasing of neuroticism and extraversion, religious beliefs go up. In contrast, with improvement agreement and dutifully, religious beliefs also go up. Therefore, religious beliefs and five aspects of personality can predict resiliency of disease in patients with esophageal cancer. These results provide important implications for health professionals in the field of pathology and treatment.

Keywords: Personality Factors, Religious Beliefs, Resiliency, Esophageal Cancer.

نقش عوامل شخصیتی و اعتقادات مذهبی در تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری

حسن حق‌گرمی^{1*}، عالیه ناظمی²، منصوره کریم‌اللهی³

1. کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
2. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
3. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: 09146826269 ایمیل: h.haghigermi2008@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سرطان مری ششمین سرطان در ایران است و استان اردبیل بر روی کمربند سرطان مری واقع شده و یکی از شایع‌ترین مناطق بروز سرطان مری در ایران می‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عوامل شخصیتی و اعتقادات مذهبی در تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری شهر اردبیل بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان مری شهر اردبیل بود که در نیمه اول سال 1394 به بیمارستان امام خمینی (ره)، کلینیک ارس و کلینیک شیمی درمانی شفا پرتو اردبیل مراجعه کرده بودند. از بین مراجعین 80 بیمار مبتلا به سرطان مری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر-دیویدسون، پرسشنامه ابعاد شخصیتی مک‌کری و کوستا و پرسشنامه اعتقادات مذهبی معنویت‌ها و ادواردز استفاده شد. در نهایت داده‌های به دست آمده به کمک SPSS-21 و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین اعتقادات مذهبی و ابعاد شخصیت با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان مری همبستگی معناداری وجود داشت. همچنین بین تاب‌آوری با اکثر مولفه‌های اعتقادات مذهبی از قبیل آگاهی، بزرگنمایی، مدیریت برداشت و با نمره کلی معنویت رابطه مثبت و با ناامیدی و بی‌ثباتی رابطه منفی وجود داشت. بین تاب‌آوری با روان‌آزردگی، برونگرایی رابطه منفی و با توافق و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$) و حدود 73 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت و 69 درصد واریانس متغیرهای روان‌آزردگی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، دلبخیربودن، وظیفه‌شناسی توسط متغیر معنویت پیش‌بینی می‌شود.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت با بالا رفتن اعتقادات مذهبی، تاب‌آوری بیماران سرطانی بالا می‌رود و با پایین بودن روان‌آزردگی و برونگرایی اعتقادات مذهبی بالا می‌رود و بالعکس با بالا رفتن توافق و وظیفه‌شناسی اعتقادات مذهبی نیز بالا می‌رود. بنابراین می‌توان گفت اعتقادات مذهبی و ابعاد پنجگانه شخصیت می‌تواند تاب‌آوری را در بیماران مبتلا به سرطان مری پیش‌بینی کند. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه آسیب‌شناسی و درمان این بیماران در اختیار متخصصین قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: عوامل شخصیتی، اعتقادات مذهبی، تاب‌آوری، سرطان مری

پذیرش: 95/7/13

دریافت: 95/1/22

مقدمه

بالا دارد (1). سالانه 386 هزار مرگ در سال در زمینه سرطان مری گزارش می‌شود (2). این سرطان در دنیا روی نواحی جغرافیایی خاصی بیش از همه متمرکز است که کمربند سرطان مری نامیده می‌شود. این کمربند از شمال چین شروع شده و از سمت غرب و مرکز آسیا به شمال ایران ختم می‌شود،

سرطان به طور فزاینده‌ای عامل مهم مرگ در دهه‌های آینده در جهان خواهد بود و انتظار می‌رود تعداد موارد جدید به 15 میلیون نفر در سال 2020 افزایش یابد. با اینکه سرطان مری جزء 10 علت شایع سرطان در جهان نیست اما در بعضی نواحی جغرافیایی خاص شیوع

بنابراین پنج استان شمالی ایران شامل اردبیل، گیلان، مازندران، گلستان و خراسان شمالی روی کمر بند سرطان مری قرار دارند (4,3). در حالی که ابعاد زیستی-پزشکی آن مورد توجه و مطالعه بسیاری از متخصصان، صاحب نظران و پژوهشگران قرار داشته، جنبه های روانی-اجتماعی آن بویژه در کشور ما کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (1). یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان تاب آوری است. تاب آوری به این مسئله می پردازد که فرد علی رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند (3). تاب آوری یکی از موضوعات مطالعه شده بوسیله روانشناسی مثبت نگر است که به عنوان یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف می شود. به بیان دیگر تاب آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (5,6). نتایج حاصل از پژوهش یاملی¹ و همکاران که به بررسی تاب آوری در میان تمام بیماران زنجیره سرطان پرداخته بودند بیان داشتند که سرطان تمام ابعاد زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد و بخش عمده ای از مشکلاتی که این بیماران با آن دست و پنجه نرم می کنند مشکلات روحی و روانی آنها می باشد، در نتیجه بررسی تاب آوری که یک عنصر مهم از مراقبت های روانی بیمار است می تواند به ترویج نتایج مثبت روانی قبل، در طی و بعد از سرطان کمک کند (7).

در سبب شناسی سرطان دیدگاه های مختلفی وجود دارد. پژوهش های مختلف نشان داده اند که بیماری سرطان با برخی از ویژگی های شخصیتی رابطه دارد و شخصیت ممکن است در شکل گیری و بروز سرطان

تأثیر داشته باشد (8). یکی از نظریه های مربوط به ابعاد شخصیت مدل پنج عاملی شخصیت رابرت مک کری و بل کوستا² است. مدل پنج عامل شخصیت، افراد را به پنج بعد روان رنجوری، برون گرایی و وظیفه شناسی، دلبذیری و انعطاف پذیری تقسیم می کند. هر یک از افراد بر حسب ویژگی های شخصیتی خود طبق این مدل می توانند نگرش و گرایش خاصی نسبت به جنبه های مختلف زندگی داشته باشند (9). نتایج مطالعات مختلف بر روی ویژگی های شخصیتی حاکی از این است که بیماران سرطانی میزان آسیب، نگرانی و در خود فرورفتگی، خشم، احساس گناه و عدم اظهار وجود بیشتری گزارش نموده و در این افراد هیجان های مثبت مانند هیجان پذیری، تعمق، تکانش گری، درگیر بودن و شایستگی کمتر مشاهده می شود (10). بررسی رابطه ابعاد شخصیت و ابتلا به سرطان توسط زینالی و همکاران نشان داد نمرات ابعاد شخصیت، پائین تر و آسیب پرهیزی در بیماران سرطانی بطور معناداری نسبت به افراد بهنجار بالاتر بود. در نتیجه افراد مبتلا به سرطان دارای عواطف و شناخت های منفی بوده و نیازمند مداخلات روانشناسی هستند. با این وجود آگاه سازی مردم بخصوص کسانی که در معرض ابتلا به این بیماری هستند با عواملی که به عواطف و شناخت های منفی منجر می شود مفید بوده و این آگاهی نقش بسزایی در جهت افزایش طول عمر و بهزیستی بقیه عمر افراد سرطانی دارد (11).

تشخیص بیماری سرطان، می تواند بحران های معنوی زیادی را در فرد ایجاد کند (12). اگرچه مفاهیم معنویت و مذهب رابطه نزدیکی با هم دارند اما الزاماً یکسان نیستند و ممکن است معنویت با باورهای مذهبی، اعمال مذهبی یا

¹ Yamile² Robert McCrae and Paul Costa

روش پژوهش حاضر با توجه به اهداف و ماهیت پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان مری شهرستان اردبیل در سال 1394 تشکیل می‌دهند. حجم نمونه مورد نظر طبق رابطه کوآکران برابر 80 نفر برآورد شد. پژوهشگر با ارائه معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل خود را به مدیران و سرپرستان بیمارستان امام خمینی (ره)، کلینیک ارس و کلینیک شفا پرتو جهت شروع نمونه‌گیری معرفی کرد. با توجه به وضعیت جسمی بیماران سرطانی جلب رضایت آنها برای همکاری با پژوهش دشوار بود بنابراین از روش نمونه‌گیری در دسترس برای نمونه‌گیری استفاده شد. شرط ورود افراد به این پژوهش تشخیص قطعی بیماری از سوی پزشک متخصص و نیز تمایل داوطلبانه افراد برای شرکت در پژوهش حاضر بود در نهایت داده‌های به دست آمده به کمک SPSS-21 و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کانر- دیویدسون

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) شامل 25 گویه می‌باشد که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار در سال 1386 در ایران تهیه شد. ضریب آلفای کرونباخ 0/78 و پایایی آن برابر 0/73 بود (17). برای هر گویه، طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. روایی (به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا) و

جوامعی که حامی آن اعمال و باورها هستند مرتب باشد یا نباشد، ولی در بین گروه‌های مختلف تفاوت دارد (13). به عبارت دیگر مذاهب، نسخه‌های اختصاصی‌تری از بیان معنوی هستند. مذاهب، نظام‌های اعتقادی (و نه فقط اعتقادات) می‌باشند که رسوم، نمادها و جوامع خاص خودشان را دارند (14). لذا منابع مذهبی و معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان، منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند. این منابع باعث سازگاری با اثرات گوناگون تشخیص و درمان به ویژه شیمی‌درمانی می‌شوند بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مناسب پزشکی سودمند باشند (15). همچنین نتایج مطالعات صفاری و همکاران با عنوان نقش مذهب در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که مذهب در حضور عوامل دموگرافیک و نمره عملکردی بیمار به طور معناداری کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی می‌کند و با تقویت باورهای مذهبی در این بیماران شاید بتوان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را تا حد قابل توجهی بهبود بخشید (16). با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر در پی پاسخ به دو فرضیه به شرح زیر می‌باشد:

1. بین عوامل شخصیتی با تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری شهر اردبیل ارتباط معنادار وجود دارد.
2. بین اعتقادات مذهبی با تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری شهر اردبیل ارتباط معنادار وجود دارد.

روش کار

بالا تر نشان دهنده وضعیت ضعیفتر اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی است. این پرسشنامه دارای سه بعد شامل اعمال مذهبی ساختار یافته، اعمال مذهبی غیر ساختاریافته و مذهب درونی است و در ایران نیز این پرسشنامه هنجاریابی شده و همبستگی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/71 و پایایی باز آزمایی آن 0/74 است (21). در بررسی انجام شده روایی پرسشنامه بعد از ترجمه از نظر روایی محتوا و صوری تأیید شده و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ 0/93 تعیین گردید (22).

یافته‌ها

نتایج جدول 1 نشان می‌دهد اکثریت افراد (27/5%) در رده سنی 60 سال و بالاتر قرار داشته و بیشتر شرکت کنندگان (3/46) دارای تحصیلات لیسانس بودند.

طبق جدول 2 میانگین (و انحراف معیار) آگاهی 73/11 (11/26)، پذیرش واقعی 21/25 و (4/33)، ناامیدی 12/33 و (3/95)، بزرگنمایی 26 (3/80)، بی‌ثباتی 24/16 (2/40) و مدیریت برداشت 21/42 (3/06) بود. میانگین (و انحراف معیار) آزمودنی‌ها روان‌آزردگی برابر 36/58 (6/24)، برون‌گرایی 15/80 (4/38)، باز بودن 21/36 (2/51)، سازگاری 18/41 (4/30) و وظیفه‌شناسی 14/71 (3/47) می‌باشد. همچنین نتایج جدول 2 نشان می‌دهد میانگین (و انحراف معیار) تاب‌آوری برابر با 60/58 (11/51) می‌باشد.

وضعیت	گروه بندی	درصد
دامنه سنی	40-45	2/5
	46-50	11/25
	51-60	27/5
تحصیلات	بالاتر از 60	58/75
	زیر دیپلم	13/8
	فوق دیپلم	30
	لیسانس	46/3

پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است (17). سلیمی به منظور تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده و ضریب پایایی حاصله را برابر با 0/98 گزارش کرده است (3).

پرسشنامه ابعاد شخصیتی

این پرسشنامه توسط مک کری و کوستا¹ در سال 1985 ساخته شد (18). گروهی فرشی و همکاران این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرده اند. این تست یکی از تست‌های مهم شخصیتی است که براساس تحلیل عوامل ساخته شده و شامل 60 ماده است که 5 عامل اصلی (بعد روان‌رنجوری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی، دلپذیری و انعطاف‌پذیری) و 6 خصوصیت در هر عامل را می‌سنجد. در این تست برای هر عامل 12 سوال اختصاص یافته است، ماده‌ها به صورت 5 گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف، کاملاً مخالف) است و نمره‌های 0 تا 4 به این گزینه‌ها تعلق می‌گیرد (19). پایایی این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی روی 64 نفر به فاصله 2 هفته برای 5 عامل به ترتیب 0/87، 0/84، 0/79، 0/80 و 0/82 و نیز ضریب آلفای کرونباخ پنج عامل به ترتیب 0/76، 0/65، 0/59، 0/48 و 0/75 گزارش شده است (20).

پرسشنامه شاخص مذهبی

پرسشنامه شاخص مذهبی دانشگاه داک که شامل پنج آیتم می‌باشد توسط کوئینگ² و همکاران در سال 1988 طراحی شده است. پاسخ‌های این سؤالات بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از بیش از یکبار «نمره 1» تا هرگز «نمره 6» متغیر می‌باشد. بنابراین نمره

¹ Costa & McCrea

² Koenig

0/001	**0/373	شخصیت
** سطح معناداری در 0/01		

نتایج جدول 3 نشان می‌دهد بین تاب‌آوری با اکثر مولفه‌های اعتقادات مذهبی از قبیل آگاهی (r=0/624)، بزرگنمایی (r=0/527)، مدیریت برداشت (r=0/623) و با نمره کلی معنویت رابطه مثبت (r=0/432) وجود داشت، به عبارتی دیگر هر چقدر آگاهی، بزرگنمایی، مدیریت برداشت و با نمره کلی معنویت بیماران سرطانی بالاتر باشد، تاب‌آوری آنها در برابر بیماری نیز بالاتر است و بالعکس. و نیز بین تاب‌آوری با ناامیدی (r=-0/714) و بی‌ثباتی (r=-0/306) رابطه منفی وجود داشت. یعنی هر چقدر حس ناامیدی و بی‌ثباتی در بیماران سرطانی بالاتر برود تاب‌آوری آنها برعکس پایین‌تر می‌آید. ولی بین تاب‌آوری با مولفه پذیرش واقعی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد. همچنین نتایج جدول فوق نشان داد بین تاب‌آوری با روان‌آزردگی (r=0/721)، برونگرایی (r=-0/640) رابطه منفی و با سازگاری (r=0/741) و وظیفه‌شناسی (r=0/565) رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. یعنی هر چقدر روان‌آزردگی و برونگرایی فرد پایین باشد تاب‌آوری او بالاتر هست و بالعکس؛ و هر چقدر بیماران سرطانی از سازگاری و وظیفه‌شناسی بالاتری برخوردار باشند تاب‌آوری آنها نیز بالاتر خواهد بود.

10	فوق لیسانس و بالاتر	
31/3	خوب	وضعیت اقتصادی
36/3	متوسط	
32/5	بد	
25	مجرد	وضعیت تاهل
75	متاهل	
67/5	مرد	جنسیت
32/5	زن	

جدول 2. میانگین و انحراف معیار اعتقادات مذهبی، ابعاد شخصیت و تاب‌آوری و زیر مولفه‌های آن

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	73/11	11/26
پذیرش واقعی	21/25	4/33
ناامیدی	12/33	3/95
بزرگنمایی	26	3/80
بی‌ثباتی	24/16	2/40
مدیریت برداشت	21/42	3/06
اعتقادات مذهبی	180/06	18/90
روان‌آزردگی	36/58	6/24
برونگرایی	15/80	4/38
باز بودن	21/36	2/51
توافق	18/41	4/30
وظیفه‌شناسی	14/71	3/47
شخصیت	106/87	10/42
تاب‌آوری	60/58	11/51

جدول 3. تعیین ضریب همبستگی بین تاب‌آوری و ابعاد اعتقادات مذهبی

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معناداری
آگاهی	**0/624	0/000
پذیرش واقعی	0/037	0/744
ناامیدی	**0/714	0/000
بزرگنمایی	**0/527	0/000
بی‌ثباتی	**0/306	0/006
مدیریت برداشت	**0/623	0/000
اعتقادات مذهبی	**0/432	0/000
روان‌آزردگی	**0/721	0/000
برونگرایی	**0/640	0/000
باز بودن	-0/173	0/125
توافق	**0/741	0/000
وظیفه‌شناسی	**0/565	0/000

جدول 4. تحلیل رگرسیون چند متغیری اعتقادات مذهبی در پیش بینی تاب‌آوری

مدل		ss	df	ms	F	P
رگرسیون		7690/656	7	1098/665	28/366	0/000
باقیمانده		2788/732	72	38/732		
کل		1079/388	79			

P	T	ضرایب استاندارد		ARS	R2	R	متغیرهای پیش بین
		BETA	SE				
0/18	2/411	-	24/304	58/608	-	-	ثابت
0/000	07/044	0/624	0/091	0/638	0/381	0/389	آگاهی
0/000	-7/574	-0/687	0/241	-1/824	0/641	0/650	پذیرش واقعی
0/002	-3/279	-0/337	0/300	-0/983	0/681	0/693	نامیدی
0/604	-0/521	-0/076	0/439	-0/229	0/678	0/694	بزرگنمایی
0/289	-1/068	-0/074	0/332	-0/354	0/679	0/699	بی‌ثباتی
0/012	-2/578	-0/490	0/715	-1/843	0/701	0/724	مدیریت برداشت
0/107	1/632	1/666	0/621	1/015	0/708	0/734	معنویت

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه در جدول 4 نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، برداشت) به صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری هستند ($p < 0/000$). ضرایب رگرسیون استاندارد شده آگاهی ($\beta = 0/624$ ، $t = 07/044$)، واقعی ($\beta = -0/687$ ، $p < 0/000$)، نامیدی ($t = -7/574$)، نامیدی ($\beta = -0/337$ ، $t = -3/279$)، مدیریت برداشت ($\beta = -0/490$ ، $p < 0/012$)، معنویت ($t = 1/632$) معنادار می‌باشند. بنابراین متغیرهای آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، مدیریت برداشت سهم معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند و حدود 73 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت تبیین می‌شود و با توجه به مقادیر بتا، آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، مدیریت برداشت می‌توانند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند.

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه در جدول 5 نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی) به صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری هستند ($p < 0/000$). ضرایب رگرسیون استاندارد شده روان آزرده‌گی ($\beta = 0/721$ ، $t = 9/189$)، برونگرایی ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، باز بودن ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، سازگاری ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$)، وظیفه‌شناسی ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$) معنادار می‌باشند. بنابراین متغیرهای روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی سهم معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند و حدود 73 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت تبیین می‌شود و با توجه به مقادیر بتا، آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، مدیریت برداشت می‌توانند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند.

جدول 5. تحلیل رگرسیون چند متغیری عوامل شخصیتی در پیش بینی تاب‌آوری

مدل		ss	df	ms	F	P
رگرسیون		7321/981	5	1464/396	34/321	0/000
باقیمانده		3157/407	74	42/668		
کل		10479/388	79			

P	T	ضرایب استاندارد		ARS	R2	R	متغیرهای پیش بین
		BETA	SE				
0/000	5/982	-	9/164	54/818	-	-	ثابت
0/000	9/189	-0/721	0/145	1/329	0/514	0/52	روان آزرده‌گی
0/000	-4/360	-0/362	0/218	-0/951	0/605	0/615	برونگرایی
0/343	-0/954	0/070	0/335	-0/320	0/604	0/619	باز بودن
0/000	4/049	0/488	0/322	-1/305	0/671	0/688	سازگاری
0/105	1/643	0/199	0/401	0/658	0/678	0/699	وظیفه‌شناسی

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه در جدول 5 نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی) به صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری هستند ($p < 0/000$). ضرایب رگرسیون استاندارد شده روان آزرده‌گی ($\beta = 0/721$ ، $t = 9/189$)، برونگرایی ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، باز بودن ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، سازگاری ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$)، وظیفه‌شناسی ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$) معنادار می‌باشند. بنابراین متغیرهای روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی سهم معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند و حدود 73 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت تبیین می‌شود و با توجه به مقادیر بتا، آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، مدیریت برداشت می‌توانند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند.

نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چندگانه در جدول 5 نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی) به صورت ترکیبی قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری هستند ($p < 0/000$). ضرایب رگرسیون استاندارد شده روان آزرده‌گی ($\beta = 0/721$ ، $t = 9/189$)، برونگرایی ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، باز بودن ($\beta = -0/362$ ، $p < 0/000$)، سازگاری ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$)، وظیفه‌شناسی ($\beta = -0/488$ ، $t = -4/049$) معنادار می‌باشند. بنابراین متغیرهای روان آزرده‌گی، برونگرایی، باز بودن، سازگاری، وظیفه‌شناسی سهم معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند و حدود 73 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت تبیین می‌شود و با توجه به مقادیر بتا، آگاهی، پذیرش واقعی، نامیدی، مدیریت برداشت می‌توانند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند.

در تجربه با سلامت روان شناختی رابطه دارند (24). چالسه طی پژوهشی به نقش واسطه‌ای بخشایش در رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان شناختی نوجوانان پرداخت. یافته‌ها بیانگر این بود که بعد روان-رنجوری از ابعاد پنج عاملی شخصیت پیش بین منفی بر بهزیستی روانشناختی بود و ابعاد برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناختی هم بطور مثبت پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روانشناختی بودند. در نهایت می‌توان گفت که ابعاد مثبت شخصیتی با فعال‌کردن عواطف مثبت بر بخشایش و فرایندهای بخشایش موثر بوده و از این طریق می‌توانند بر بهزیستی روانشناختی تاثیرگذار باشند (25). لذا اکثر پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که ابعاد مثبت شخصیتی برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، سازگاری و انعطاف‌پذیری در تجربه با تاب‌آوری رابطه دارند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که این ابعاد شخصیتی پیامدهای مثبتی را برای فرد به دنبال دارند. از سوی دیگر بعد روان‌رنجوری به خاطر اینکه با اضطراب، استرس، افسردگی و سایر علائمی که باعث کاهش میزان تاب‌آوری افراد می‌شد همراه است عواطف و هیجانات منفی را به دنبال خواهد داشت. با در نظر گرفتن فرضیه پژوهش، که بین اعتقادات مذهبی با تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری رابطه مثبت معناداری وجود دارد پس می‌توان خاطر نشان کرد که نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون با فرضیه مذکور مطابقت دارد. پس می‌توان گفت فرضیه اول پژوهش مورد تایید قرار گرفت و همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بین مولفه‌های معنویت زیر مولفه‌های آگاهی، ناامیدی، بزرگنمایی، بی‌ثباتی و مدیریت برداشت نیز با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان رابطه

معنادار بود. بنابراین متغیرهای روان‌آزردگی، برون‌گرایی و دلپذیربودن سهم معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری دارند و حدود 69 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای معنویت تبیین می‌شود و با توجه به مقادیر بتا روان‌آزردگی، برون‌گرایی و دلپذیربودن می‌توانند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری پیش‌بینی کنند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ابعاد عوامل شخصیتی (روان‌رنجور خویی (N)، برون‌گرایی (E)، باز بودن (O)، توافق (A) و وظیفه‌شناسی (C) با تاب‌آوری سرطان مری شهر اردبیل ارتباط معنادار وجود داشت و همانطور که در جداول ضریب همبستگی مشاهده شد نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین تاب‌آوری با روان‌آزردگی رابطه مثبت معنی‌دار، با برون‌گرایی رابطه منفی معنی‌دار، سازگاری و وظیفه‌شناسی رابطه منفی معنی‌دار و شخصیت رابطه منفی معنی‌دار وجود داشت و همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که 69 درصد واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای پیش‌بین (عوامل شخصیتی) تبیین می‌شود. این یافته همگام با نتایج پژوهش‌های مختلف، عوامل شخصیتی را تاثیرگذار در تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مری می‌داند. نتایج مطالعات هیس¹ نشان داد که از بین پنج عامل بزرگ شخصیت، برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده وضعیت تاب‌آوری افراد بودند (23). لارسن² و همکاران نیز در پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیدند که ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، وظیفه‌مداری، سازگاری و انعطاف‌پذیری

¹ Heis

² Larsen

بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. مذهب تأثیر مثبت بر سلامت روان، به ویژه سلامت روان افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی دارد. در حالی‌که افراد دارای جهت‌گیری بیرونی نه تنها سودی نمی‌برند بلکه به دلیل باورهای ناپایدار و نگاه ابزاری و سودمندانه به دین، نتایج منفی دامن‌گیر آنها خواهد شد. با توجه به این کارکردها به نظر می‌رسد از آن جایی که افراد دارای مذهب درونی کسانی هستند که اعتقادات و نگرش‌های مذهبی قویتری داشته و به خدا و نیروی ایمان خود اعتماد واقعی دارند و دارای باورهای مذهبی و عمیق‌تر و درونی‌تر شده‌ای هستند مذهب برایشان به هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی دارای کارکرد شناختی و ارزشی است (13).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین عوامل شخصیتی و اعتقادات مذهبی با تاب‌آوری در افراد مبتلا به سرطان مری رابطه معنی‌داری وجود داشته و با بالا رفتن اعتقادات مذهبی، تاب‌آوری بیماران سرطانی بالا می‌رود و با پایین آمدن نمره ابعاد پنج‌گانه شخصیت تاب‌آوری بیماران بالا می‌رود. پس می‌توان اذعان داشت که اعتقادات مذهبی و ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تاب‌آوری را در این بیماران پیش‌بینی می‌کند بنابراین در برنامه‌ریزی‌هایی که جهت ارتقای تاب‌آوری افراد مبتلا به سرطان مری از سوی مسئولین زیربط و مراقبین بهداشتی انجام می‌شود، لزوم توجه بیشتر به مولفه‌های عوامل شخصیتی و اعتقادات مذهبی ضروری به نظر می‌رسد.

در مورد پژوهش حاضر باید توجه داشت همه محدودیت‌هایی که تحقیقات عرصه علوم انسانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد، این

مثبت‌معناداری داشتند و همچنین تاب‌آوری توسط معنویت و مولفه‌های آن قابل‌پیش‌بینی است. اهمیت و نقش فعالیت‌های دینی و مذهبی در تاب‌آوری بیماران به وسیله نتایج تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و همچنین همبستگی بین تاب‌آوری و اعتقادات مذهبی مثبت می‌باشد. معنویت با تغییر در نگرش و سبک زندگی منجر به یک سلسله عواطف و احساسات مثبت می‌گردد که از طریق سیستم ایمنی برای سلامتی مفیدند. از جمله این عواطف می‌توان به صبر، توکل، رحمت، اطمینان، خشوع، تسلیم، رضا و... اشاره نمود که اسلام به خوبی از عهده تبیین آنها برآمده است. کوئینگ و همکاران نیز در تحقیقی نشان دادند که تاب‌آوری انسان، با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد. افرادی که اعتقادات مذهبی قویتری دارند، سازگاری بهتری با موقعیتهای استرس‌دارند و هنگام بیماری سریع‌تر از افراد غیرمذهبی بهبود پیدا می‌کنند. مذهب بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده می‌کند و خلاهای اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می‌کند، امید و قدرت را در فرد تحکیم نموده و خصوصیات اخلاقی، معنوی را در فرد و اجتماعات استحکام داده، پایگاه بسیار محکمی برای انسان در برابر مشکلات و مصائب و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (21). داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زایی، بهره‌مندی از حمایت‌های معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی و بیماری، آسیب کمتری را متحمل شوند (27). از این رو می‌توان گفت افراد مذهبی در موقعیتهای مختلف سازش بهتری از خود نشان می‌دهند. در واقع، مذهبی بودن می‌تواند آثار

افزایش اعتبار بیرونی، پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بالاتری انجام گیرد تا نتایج قابل‌دیت تعمیم بالاتری پیدا کند و استفاده از نتایج این پژوهش در مراکز مشاوره‌ای و بیمارستان‌ها، کلینیک‌های پرتو درمانی و مراکز زیربیط از پیشنهادات دیگر این پژوهش می‌باشد.

تشکر و قدر دانی

از همکاری صمیمانه پرسنل بیمارستان امام خمینی، کلینیک ارس و کلینیک شفا پرتو شهر اردبیل و کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش صادقانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از آنجایی که این مقاله منتج از یک طرح مصوب می‌باشد از حمایت‌های مادی و معنوی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل سپاسگذاری می‌گردد.

پژوهش را نیز شامل می‌شود. از جمله اینکه پرسشنامه‌ها، تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش بود که جنبه خود گزارشی دارد و امکان سوگیری در پاسخ دادن به سوالات وجود دارد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای تحقیق بر روی نمونه در دسترس بود. طولانی و وقت‌گیر بودن پاسخ دادن به سوالات از مشکلات دیگر در مسیر اجرای پژوهش حاضر بود. موقعیت‌های ویژه فردی مانند خستگی، اضطراب و وضعیت روحی و روانی و شلوغی مراکز بهداشتی-درمانی در نحوه پاسخگویی واحدهای مورد پژوهش تاثیر خواهد داشت. بنابراین برای بدست آوردن نتایج با تعمیم پذیری و اعتبار بیشتر پیشنهاد می‌شود از مصاحبه‌های بالینی نیمه ساختاریافته و مشاهده رفتار درکنار پرسشنامه‌ها استفاده گردد. پیشنهاد می‌شود که جهت

References

- 1- Samir V, Mary F, William Small J. The Role of combined radiation and chemotherapy in the treatment of esophageal Cancer. *J research in personality* 2007; 10(2): 22-31. Available from URL:<http://www.cancernews.com>.
- 2- Sardar D. Esophageal cancer third most common mortality in Turkamans. *Emerg Infect Dis* [serial online] Turkamans medical. URL: <http://turkmenmedical.persianblog.ir/post.2005:735>.
- 3- Salimie-Bajestani H., Shafieaabadi a., Etemadi A., Ahmaei kh. Compare the effectiveness of cognitive restructuring counseling Adler and allegory based on mental health, resilience and hope the students of psychology Tabatabai. Completed a doctorate in counseling psychology, *Journal of Behavioral Sciences*, 2012, 6(3), 237-243. [Persian]
- 4- Raghimi M, Ramezani- Mojaveri M. Esophageal cancer with medical geology aspect in Golestan province, Iran. *J Gorgan Uni Med Sci*. 2007, 8(4):50-57. [Persian]
- 5- Neenan M. Developing resilience: A cognitive-behavioral approach. *J Development and psychopathology* 2009; 2: 425-444.
- 6- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 4 (50):290-295. [Persian].
- 7- Yamile M, Jean C , Javiera M G, Kerryn W, Joyce P , Abby R. Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. Published in final edited form as: *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18 (1): 93-101.
- 8- Pervin L, Cervone D. Personality theory and research. *J Health Science* 2010; 3(4): 45-54.
- 9- Gholizadeh Z. Barzegari L, Gharibi H. Babapoor-Kheirodini J. Inspecting the NEO-FFI personality factor and marital satisfaction. *Clinical Psychology and Personality* 2010; 17 (43): 57-66. [Persian].
- 10- Asvadi A, Ahrafien P, Zeinali SH, Imani M, Shabanluyi R. Studying personality profile in cancer and normal people. *J Hamadan University of Medical Sciences* 2010; 16: 26-30. [Persian]

- 11- Zainali S, Gerami N, Bayrami M, Canaat Z. The relationship between personality dimensions and cancer, according to the Challenge and Character Inventory. The Scientific J Kurdistan University of Medical Sciences (SJKUMS) 2012; 17 (4), 61-67. [Persian]
- 12- Highfield MF. Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. J Cancer Nursing 1992; 15: 1-8.
- 13- Sartori, P. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? J Nurs Times 2010; 106 (28):14-7.
- 14- Hamrick N, Diefenbach MA. Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. J Palliat Support Care 2006; 4 (4):345-55.
- 15- Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources. J Alternative Therapies in Health and Medicine 2003; 9: 64-71.
- 16- Saffari M, Zeidi M, Pakpour AH. Role of religious beliefs in quality of life of patients with cancer. Hakim Research journal 2012; 15 (3), 243-250. [Persian]
- 17- Hossinie-Qomei, Abrahamie-Qavam S, Olomei Z. Effectiveness of resilience training on level of quality of life of mothers whose 10- 13 years old children suffer from cancer in Imam Khomeini hospital Of Tehran .J Clinical Psychology Studies 2010; 1(1), 76-100. [Persian]
- 18- Costa PT, McCrea R. Influence of extraversion and on neuroticism subjective well- being: happy and unhappy people. J personality and social psychology 1985; 28 (4): 668-678.
- 19- Grosi-Farshi T, Bakhshipour A, Mani A. The relationship between personality and happiness among students of Tabriz University. J Psychology 2004; 1(1): 143-157. [Persian]
- 20- Attari Y.A., Amman-Allahi A, Mehrabizadeh M. The relationship between personality characteristics and interpersonal factors-family and marital satisfaction in employees' offices in Ahwaz J Education and Psychology 2006; 13 (3):81-108. [Persian]
- 21- Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. Am J Psychiatry 2014; 154 (6):885-6.
- 22- Baljani E , Khashabi J , Amanpour E , Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. Hayat 2011; 17 (3): 27-37. [Persian]
- 23- Heis D. Happiness is everything or is it? Exploration of the meaning of psychological well-being. J personality and social psychology 2003; 6:1069-1081.
- 24- Larsen C, Eid G. Psychological well-being and health contributions of positive psychology. J of Clinical and Health Psychology 2013; 5: 15-27.
- 25- Chalmeh R. Assessment of adequacy of psychometric measure of resilience in the Adel-Abad prison in Shiraz. J Methods and psychological models 2011:1 (4): 31-43. (Persian)
- 26- Lesio CA. Accountability for mental health counseling in schools. Rochester Institute of Technology RIT Scholar Works, Rochester Institute of Technology RIT Scholar Works, Thesis/Dissertation Collections 2007. Available at: <http://scholarworks.rit.edu/theses>, accessed at August 22, 2007