

Translation and Validation of the Persian Brief Religious Coping Scale in Women with Breast Cancer

Daryaafoon M¹, *Ahadi H², Jomehri F³, Eftekhari-Ardebili M⁴, Babaei Gh⁵

Author Address

1. PhD student of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
 2. Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
 3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
 4. Associate Professor, Mental Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
 5. Associate Professor, Department of Management, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
- *Corresponding Author Address: drhahadi@gmail.com

Received: 2019 March 4; Accepted: 2019 April 11

Abstract

Background & Objective: Cancer has many challenges in women life including adaptation to it, planning and recovery after surgical treatments, combination therapies, facing side effects of treatment, getting rid of disease or its recurrence and death expectancy in progressive cases of the disease. The present study was a methodological study with the aim of translating and determining the validity and reliability of the short form of religious adjustment scale in patients with breast cancer.

Methods: The present study was a methodological study. The target population of the present study were women with breast cancer who were referred to Tehran Jihad Center (Tehran, Iran). Simple sampling method and entry criteria included the age of 18, the ability to speak Persian, definitive diagnosis of the disease, the absence of known psychological illness and cognitive impairment, and satisfaction to participate in the research. After obtaining etic permission and coordinating with the educational center, 160 patients with entry criteria were included in the study according to the criteria, then the purpose of the plan and how it was done for the participants was explained. For data collection, Pargament et al. (2000) and demographic and medical information questionnaire (DSS) were used. Data analysis was performed using SPSS Ver.16 software at a significance level of 0.05. To translate and review the psychometric properties of the scale of the short form of religious reconciliation, after the correspondence with the designer of the questionnaire and obtaining a license, a forward-backward translation procedure was used to carry out the translation process. To this end, first two English-language professors translated into the English, two separate English translations of the English version of the questionnaire. The original Persian version of the two above translations was derived from the best translation of each question. In the next step, two English-language experts translated the final version into English again. After obtaining permission from the designer of the tool, a Persian version of the Persian version of the questionnaire was translated and retrieved and then exploratory factor analysis and internal consistency analysis were used to examine the validity and reliability of the questionnaire.

Results: A total of 82.6% of the subjects were married and 6.9% were illiterate. The mean age of the subjects was 46.94±9.94 years. The KMO sampling index in this model has a factor of 0.841. In addition, Bartlett's sprite test is 9.09% at the level of 0.0001. The factor loadings for all questions ranged from 0.612 to 0.823, which indicated that the structure of the questionnaire was well-translated. In the compilation of internal consistency, Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was 0.781, and this was 0.871 and 0.845 for the subscale of positive and negative religious consistency respectively.

Conclusion: According to the findings of the present study, the short scale of religious adjustment is a lasting instrument. It seems that this questionnaire is well suited to features such as simple scoring, proper reliability and validity, completeness in a short time and the ability to use in different situations.

Keywords: Translation, Validity, Reliability, Short Form, Religious Adaptation, Breast Cancer.

ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فرم کوتاه پرسشنامه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

مونا دریا افزون^۱، *حسن احدی^۲، فرهاد جمهری^۳، مهرداد افتخار اردبیلی^۴، غلامرضا بابایی^۵

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
 ۲. استاد گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
 ۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۴. دانشیار مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، تهران، ایران؛
 ۵. دانشیار گروه مدیریت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
- *وابانامه نویسنده مسئول: drhabadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ اسفند ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۲ فروردین ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان شایع‌تر در میان زنان و دومین علت رایج مرگ ناشی از سرطان است. پژوهش حاضر با هدف ترجمه و تعیین روایی و پایایی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع طرح‌های روان‌سنجی بود. جامعه هدف پژوهش حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز جهاد دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که با روش نمونه‌گیری هدف‌مند ۱۶۰ نفر از زنان دارای سرطان پستان انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پزشکی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) صورت گرفت. پس از کسب مجوز از طراح ابزار، با روش ترجمه-بازترجمه نسخه فارسی پرسشنامه تهیه شد؛ سپس به منظور بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل همسانی درونی به‌کار رفت و پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی از دو بعد راهبردهای سازگاری مثبت و منفی تشکیل شده است که در مجموع، ۵۶/۶۲۱ درصد واریانس را تبیین می‌کند. مقادیر ضرایب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۸۱ و برای راهبردهای سازگاری مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷۱ و ۰/۸۴۵ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی، ابزاری پایا و رواست و می‌تواند در بخش‌های پژوهشی و درمانی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: ترجمه، روایی، پایایی، مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی، سرطان پستان.

مرتبط باشد یا نباشد؛ ولی در بین گروه‌های مختلف تفاوت دارد (۱۳)؛ مثلاً مبتلایان به بیماری‌های وخیم نظیر سرطان، رویکرد معنوی بیشتری درمقایسه با سایر بیماران حتی افراد سالم از خود نشان می‌دهند (۱۴).

اگرچه تعابیر متعددی از معنویت در محیط‌های درمانی و مراقبتی وجود دارد، ساختارهای مربوط به معنویت یا احساس هدف‌مندی زندگی به‌عنوان اجزای اصلی در وضعیت سلامتی فرد مطرح هستند (۱۵)؛ مثلاً در خانم‌هایی که مبتلا به سرطان پیشرفته پستان بودند، حفظ هدف یا معنای زندگی به‌عنوان جنبه مهمی از تعالی نفس و سلامت معنوی شناخته شده است (۱۶). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان‌یافته مانند نمازخواندن یا دعاکردن، رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی دارد (۱۷-۱۹).

پژوهش‌های زیادی در زمینه رابطه مذهب با سلامت انجام شده که حاکی از رابطه مثبت مذهبی بودن با سلامت است (۲۰-۲۳). در واقع شواهدی وجود دارد که بیانگر نقش پراهمیت معنویت و مذهب در مقابله با بیماری است؛ زیرا سلامت معنوی حفاظت بیشتری را در برابر ناامیدی و یأس به‌خصوص در بیماران دچار بیماری‌های مهلک نظیر سرطان پدید می‌آورد (۱۶).

از ابزارهای طراحی شده به‌منظور سنجش سازگاری مذهبی، پرسشنامه فرم کوتاه روش‌های سازگاری مذهبی است که چهارده آیتم جهت اندازه‌گیری راهبردهای سازگاری مذهبی دارد. این مقیاس توسط کنت پارگمنت^۱ و همکاران ساخته شد (۸). هفت عبارت الگوهای مثبت و هفت عبارت الگوهای منفی سازگاری مذهبی را می‌سنجد. پرسشنامه مذکور، کوتاه و به‌آسانی مفهوم بوده و به‌طور گسترده در بسیاری از تحقیقات به‌کار رفته است (۲۴، ۲۵، ۸). ترجمه و استانداردسازی آن را تاکنون محققان زیادی از جمله در کشورهای اسپانیا، لهستان و عراق بررسی کرده و بر مبنای نتایج اغلب مطالعات، این پرسشنامه را ابزاری معتبر و پایا در فرهنگ‌های مختلف شناخته‌اند (۲۷-۲۵). این پرسشنامه تاکنون به زبان‌های متعددی ترجمه و روان‌سنجی شده است؛ لیکن باوجود تلاش محققان، گونه فارسی استاندارد شده ابزار در بیماران سرطانی یافت نشد؛ لذا هدف از پژوهش حاضر، ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از طرح روان‌سنجی بود. بعد از مکاتبه با طراح پرسشنامه فرم کوتاه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و اخذ مجوز، جهت انجام فرآیند ترجمه از روش توصیه شده^۲ استفاده شد. بدین منظور، ابتدا دو مترجم دانشگاهی با مدرک دکتری تخصصی و مسلط به زبان انگلیسی دو ترجمه جداگانه از نسخه انگلیسی پرسشنامه به زبان فارسی انجام دادند. نسخه فارسی اولیه از دو ترجمه مذکور با در نظر گرفتن بهترین ترجمه از هر سؤال به‌دست آمد. در مرحله

سرطان پستان شایع‌تر در زنان و دومین علت مرگ ناشی از سرطان (پس از سرطان ریه) در میان آنان است (۱). سرطان پستان در حدود یک‌سوم تمام سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد (۲). بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان درجات خفیف تا شدیدی از علائم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، احساس خصومت، غمگینی، احساس محرومیت و خشم را تجربه می‌کنند (۳). ابتلا به سرطان چالش‌های زیادی را در زنان برمی‌انگیزد که شامل سازگاری با خبر ابتلا به آن، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، درمان‌های ترکیبی، روبه‌رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در انواع پیشرونده بیماری است (۴). به‌دلیل ماهیت مزمن بیماری مبتلایان به سرطان و جلسات مکرر شیمی‌درمانی و درمان‌های ترکیبی، این بیماران با مشکلات متعدد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی روبه‌رو هستند و با توجه به سیر طولانی مدت بیماری مذکور و مشکلات ناشی از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵).

معنویت و فعالیت‌های مذهبی به‌عنوان منبعی مهم در سازگاری با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود (۶). سازگاری یا کنار آمدن فرآیندی مداوم و پیشرونده و حفظ‌کننده زندگی است که به‌واسطه آن فرد خود را با تغییرات مداوم محیط منطبق می‌کند (۷).

سازگاری مذهبی روشی است که انسان‌ها از شعائر و عقاید مذهبی جهت سازگاری با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می‌گیرند (۷). راهبرد سازگاری مذهبی که فرد به‌کار می‌برد، ممکن است کاهش فشار روانی را به‌دنبال داشته باشد و از این رو شیوه کنار آمدن مؤثری شناخته شود. با این حال، ماهیت چندبُعدی مقیاس مقابله مذهبی، بر این فرض استوار است که راهبردهای مقابله مذهبی می‌توانند انطباقی یا غیرانطباقی باشند و برخی از روش‌های سازگاری ممکن است مشکل را گسترده‌تر و بدتر کنند (۸).

لویین و تارگ در پژوهش خود رابطه بین اعتقادات معنوی، سلامت جسمانی، کاهش ابتلا به سرطان و افزایش طول عمر را گزارش کردند (۹). بائر-وو و فاران معتقدند که معنویت سبب معنادار شدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به وی در کنار آمدن با سرطان کمک می‌کند (۱۰). هندرسون و همکاران نیز راهبردهای به‌کارگرفته شده برای مقابله با سرطان پستان را شامل موضوعاتی مانند پرداختن به دعا و عبادت، داشتن نگرش مثبت به بیماری، امید به زنده ماندن، فعال بودن و حمایت از سوی خانواده و دوستان و گروه‌های حمایتی گزارش کردند (۱۱).

تام آشینگ و همکاران در بررسی زنان آمریکایی آسیاتبار بهره‌گیری از راهبردهای منبع اولیه حمایت و مقابله با بیماری و داشتن اعتقادات مذهبی را بیش از سایر راهبردها عنوان نمودند. به عبارت دیگر آشینگ و همکاران نشان دادند که بیماران باور داشتند بیماری آنان در دستان خداست و در نزد آن‌ها جنبه‌های مذهبی در رهایی از بیماری، مهم‌تر از دریافت خدمات بهداشتی بود (۱۲). ممکن است معنویت با باورهای مذهبی و اعمال مذهبی یا جوامع حامی آن اعمال و باورها،

2. Forward-Backward

1. Kenneth Pargament

بعد دو فرد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی با مدرک دکتری تخصصی و متفاوت از دو مترجم اولیه و بی‌اطلاع از نسخه انگلیسی پرسشنامه، نسخه نهایی تهیه شده را مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه کردند. پس از این مرحله نسخه انگلیسی اصلی با نسخه انگلیسی حاصل از ترجمه متخصصان زبان توسط تیم تحقیق با یکدیگر مقایسه شد و در نهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی نسخه نهایی فارسی تأیید گردید.

در پژوهش حاضر برای انتخاب شرکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد؛ زیرا هدف، انتخاب افرادی بود که منبعی غنی از اطلاعات باشند تا بتوانند فعالانه در پژوهش شرکت کنند و در نتیجه پژوهشگر به درک بهتر تجربه آنان دست یابد. برای تعیین روایی صوری به منظور ارزیابی فهم و درک بیماران از عبارات، از ده بیمار مبتلا به سرطان پستان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، درخصوص سؤالات پرسشنامه نظرخواهی صورت گرفت. در نهایت بنا بر نظر تیم پژوهش و بازخورد بیماران، تغییرهای لازم در نظر گرفته شد. برای بررسی روایی محتوا به شکل کیفی، از پنج نفر از متخصصان دکتری رشته روان‌شناسی سلامت، صاحب‌نظر در این زمینه درخواست شد تا پس از بررسی پرسشنامه براساس معیارهای رعایت دستور زبان و استفاده از واژه‌های مناسب و قرارگیری عبارات در جای مناسب خود نظراتشان را ارائه دهند؛ سپس پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

جامعه هدف پژوهش حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز جهاد دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ۱۶۰ زن که سرطان پستان آن‌ها تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. به منظور انتخاب این افراد پرونده بیماران که پس از عمل جراحی برای انجام شیمی درمانی به کلینیک پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کردند مورد بررسی قرار گرفت و بیماران حائز شرایط براساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن بیشتر از ۱۸ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، تشخیص قطعی بیماری توسط متخصص آنکولوژیست بر اساس نتایج آزمایش‌های پاتولوژی بیمار، ثبت شده در پرونده که به علت این تشخیص تحت عمل جراحی قرار گرفته باشند، نداشتن هرگونه سابقه اختلالات روان‌پزشکی (بر اساس اطاعات فردی درج شده در پرونده) و رضایت جهت شرکت در انجام پژوهش بود. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز هماهنگی با مرکز آموزشی درمانی، ۱۶۰ بیمار دارای شرایط ورود به طرح باتوجه به معیارها وارد مطالعه شدند. سپس هدف از اجرای طرح و نحوه انجام آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. آزمودنی‌ها پس از اطمینان یافتن درباره حفظ رازداری درخصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی مبنی بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئون اسلامی و رازداری در پژوهش شرکت کردند.

برای گردآوری داده‌ها از مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی پارگامنت و همکاران در سال ۲۰۰۵ و اطلاعات جمعیت‌شناختی و پزشکی

استفاده شد (۸). مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی پارگامنت و همکاران دارای چهارده آیت‌م جهت اندازه‌گیری راهبردهای سازگاری مذهبی مثبت و منفی است (۸). آزمون دو الگوی مقابله مثبت و منفی در رویارویی با استرس‌ها دارد. هریک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل هفت ماده آزمون سازگاری مذهبی است. شیوه نمره‌گذاری به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای از به هیچ‌وجه تا بسیار زیاد انجام می‌گیرد (دامنه نمره کل بین ۱۴ تا ۵۶ بود). همسانی درونی آزمون برابر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ است. این پرسشنامه مقیاس گسترده‌تر استفاده شده برای سنجش مقابله مذهبی بوده و پژوهش‌های بسیاری روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (۲۷-۲۵، ۸). نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که رابطه بین این آزمون حتی پس از کنترل عوامل جمعیت‌شناختی با مقیاس‌های سازگاری مانند تعالی وابسته به استرس، سلامت فیزیکی، پرسشنامه سلامت عمومی و میزان استرس معنادار است. این آزمون با اندازه‌گیری‌های کلی گرایش‌های مذهبی، همبستگی معنادار دارد و بنا بر نتایج به دست آمده پژوهشگران، فرافرنگی محسوب شده و استفاده‌شدنی برای تمام ادیان است (۸). سازگاری مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود؛ برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با رویدادی دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت؛ اما در شکل دیگر از سازگاری که با نام سازگاری منفی نام‌گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌کند؛ برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها خواهد گذاشت (۱۶). پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع درمان، مدت زمان ابتلا به سرطان و سابقه خانوادگی سرطان است که در کنار پرسشنامه سازگاری مذهبی توسط بیماران تکمیل شد.

در پژوهش حاضر، از تحلیل عاملی اکتشافی به منظور بررسی سازه عاملی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها در ابتدای تحلیل عاملی، آزمون شاخص نمونه‌گیری کیسر-مایر-الکین^۱ انجام گرفت. در این شاخص مقادیر بیشتر از ۰/۹۰۱، عالی و مقادیر بیشتر از ۰/۸۰۵، خوب تلقی می‌شود. در مرحله بعد پس از محاسبه ماتریس همبستگی بین متغیرها، استخراج عوامل صورت گرفت. دوران واریماک^۲ س^۲ به منظور ساده‌سازی و تفسیرپذیرکردن سازه‌های عاملی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی استفاده شد. در تحلیل عوامل بارهای عامل بیشتر از ۰/۴۱۱ مدنظر قرار گرفت. در این پژوهش، روش‌های نمودار شن‌ریزه^۳ و ارزش ویژه جهت تعیین تعداد عوامل سازنده مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی به کار رفت. پایایی ابزار با روش تحلیل همسانی درونی^۵ تحت بررسی قرار گرفت. جهت تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و نیز برای دو بعد، محاسبه شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

4. Eigen Value

5. Internal Consistency

1. KMO

2. Varimax Rotation

3. Scree Plot

۳ یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۸۲/۶ درصد افراد متأهل و ۹/۶ درصد بی‌سواد بودند. جدول ۱، درصد فراوانی و مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های میانگین \pm انحراف معیار سن کل افراد برابر $۹/۱۲ \pm ۴۶/۹۴$ سال بود. در مطالعه‌شده آمده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مطالعه‌شده ($n=۱۶۰$)

| مشخصات | میانگین \pm انحراف معیار |
|-------------------------------|----------------------------|
| سن (سال) | $۹/۱۲ \pm ۴۶/۹۴$ |
| مدت زمان ابتلا به سرطان (ماه) | $۳۷/۶۳ \pm ۴۳/۴۳$ |
| تعداد (درصد) | |
| وضعیت تأهل | |
| متأهل | ۹ (۵ درصد) |
| متأهل | ۱۳۲ (۸۳ درصد) |
| همسر مرده/ جدانشده | ۱۹ (۱۲ درصد) |
| وضعیت اشتغال | |
| شاغل | ۱۸ (۱۱ درصد) |
| بی‌کار | ۱۴۲ (۸۹ درصد) |
| میزان تحصیلات | |
| بی‌سواد | ۱۱ (۶ درصد) |
| ابتدایی | ۳۵ (۲۲ درصد) |
| راهنمایی | ۲۴ (۱۵ درصد) |
| دیپلم | ۵۶ (۳۵ درصد) |
| دانشگاهی | ۳۴ (۲۲ درصد) |
| وضعیت سکونت | |
| مالک | ۱۱۱ (۷۰ درصد) |
| مستأجر | ۴۹ (۳۰ درصد) |
| محل زندگی | |
| شهر | ۱۴۱ (۸۸ درصد) |
| روستا | ۱۵ (۱۲ درصد) |
| نوع درمان | |
| شیمی‌درمانی | ۱۷ (۱۱ درصد) |
| رادیوتراپی | ۲۶ (۱۷ درصد) |
| ماستکتومی | ۱۸ (۱۱ درصد) |
| لومپکتومی | ۴۸ (۳۰ درصد) |
| جراحی غدد لنفاوی | ۵۱ (۳۱ درصد) |
| سابقه سرطان در خانواده | |
| بله | ۴۲ (۲۶ درصد) |
| خیر | ۱۱۸ (۷۴ درصد) |

شاخص نمونه‌گیری KMO در این مدل تحلیل عاملی برابر $۰/۸۴۱$ بود. همچنین مقدار آماره آزمون کرویت‌بارتلت با میزان $۹۱۹/۷$ معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$). تحلیل عاملی دو عامل با ارزش ویژه بیشتر از یک را مشخص کرد که در مجموع، $۵۶/۶۲۱$ درصد واریانس را تبیین می‌کند. جدول ۲ بارهای عاملی برآورده‌شده الگوی عاملی را نشان می‌دهد.

بارهای عاملی به دست آمده در تمامی سؤالات گستره‌ای از $۰/۶۱۲$ تا $۰/۸۲۳$ را شامل شدند که حاکی از مناسب بودن ساختار پرسشنامه ترجمه‌شده بود. بارهای عاملی تمام سؤال‌ها، معنادار بودند ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲. آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد و بارهای عاملی گویه‌های زیرمقیاس‌های مقابله مذهبی

| بار عاملی | انحراف معیار | میانگین | گویه: هنگام رویارویی با حادثه‌ای منفی عامل اول: راهبردهای سازگاری مذهبی مثبت |
|--|--------------|---------|---|
| ۰/۷۴ | ۰/۷۴ | ۳/۲۹ | به دنبال ارتباط قوی‌تر با خدا هستم. |
| ۰/۸۲ | ۰/۷۱ | ۳/۳۸ | عشق و مراقبت خداوند را درخواست می‌کنم. |
| ۰/۷۲ | ۰/۷۹ | ۳/۲۸ | از خدا برای کاهش خشمم کمک می‌خواهم. |
| ۰/۸۵ | ۰/۷۹ | ۳/۲۷ | سعی می‌کنم به کمک خدا نقشه‌هایم را عملی کنم. |
| ۰/۷۵ | ۰/۷۶ | ۳/۳۲ | سعی می‌کنم ببینم چطور ممکن است خدا در این وضعیت مرا تقویت کند. |
| ۰/۷۱ | ۰/۸۲ | ۳/۳۶ | برای گناهانم طلب آمرزش می‌کنم. |
| ۰/۷۶ | ۱/۰۲ | ۳/۰۲ | به مذهب می‌پردازم تا نگرانی از مشکلاتم را متوقف کنم. |
| عامل دوم: راهبردهای سازگاری مذهبی منفی | | | |
| ۰/۷۶ | ۰/۸۵ | ۱/۴۳ | می‌ترسم خدا رهایم کند. |
| ۰/۷۳ | ۰/۹۵ | ۱/۷۱ | احساس می‌کنم به دلیل بی‌ایمانی خدا تنبیه می‌کند. |
| ۰/۸۰ | ۱/۰۳ | ۱/۹۱ | فکر می‌کنم چه کرده‌ام که خدا تنبیه می‌کند. |
| ۰/۷۴ | ۰/۷۵ | ۱/۳۶ | به محبت خدا به خودم شک می‌کنم. |
| ۰/۶۶ | ۱/۶۰ | ۱/۲۲ | فکر می‌کنم دین رهایم کرده است. |
| ۰/۷۲ | ۰/۷۷ | ۱/۳۲ | می‌گویم شیطان باعث این حادثه شده است. |
| ۰/۶۱ | ۰/۵۵ | ۱/۲۰ | به قدرت خدا شک می‌کنم. |

در محاسبه همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷۱ و ۰/۸۴۵ به دست آمد. (جدول ۳) و ۰/۷۸۱ و برای زیرمقیاس‌های سازگاری مذهبی مثبت و منفی به ترتیب

جدول ۳. تعیین پایایی زیرمقیاس‌های مقابله مذهبی

| متغیر | تعداد سؤالات | (انحراف معیار) میانگین | دامنه تغییرات نمرات در مقیاس | ضریب آلفای کرونباخ n=۱۶۰ |
|--------------------|--------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| سازگاری مذهبی مثبت | هفت | ۲۳/۳۸ (۴/۱۷) | ۲۸ تا ۷ | ۰/۸۷ |
| سازگاری مذهبی منفی | هفت | ۱۱/۴۶ (۴/۳۴) | ۲۸ تا ۷ | ۰/۸۴ |
| سازگاری مذهبی کل | چهارده | --- | --- | ۰/۷۸ |

۴ بحث

پژوهش حاضر به منظور ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیماران مبتلا به سرطان از مقابله مذهبی در مواجهه با بیماری استفاده می‌کنند و مایل هستند این مسئله مورد توجه کادر درمانی شان نیز قرار بگیرد که نتیجه آن افزایش احساس قدرت، امید و سلامت جسمانی مطلوب‌تر در بیماران است (۲۹، ۲۸، ۲۱). با وجود اهمیت این موضوع فقر اطلاعاتی موجود درباره نقش مقابله مذهبی در بین محققان ایرانی علاقه‌مند به قلمرو مطالعاتی روان‌شناسی دین و سازگاری در میان بیماران مبتلا به سرطان، ضرورت دسترسی به ابزاری برای سنجش مقابله مذهبی را در این نمونه، به مثابه یک اولویت پژوهشی اجتناب‌ناپذیر آشکار می‌کند. در پژوهش حاضر جمعیت مورد مطالعه بیماران بودند که بیشتر آن‌ها تحصیلات متوسط با میانگین سنی ۴۶ سال داشتند، متأهل بودند و بیشتر آن‌ها تحت ماسکتومی کامل یا نسبی قرار گرفته بودند. به منظور

بررسی روایی سازه پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نتایج دو عامل راهبردهای سازگاری مذهبی مثبت و منفی را نشان داد. این نتایج با یافته‌های مطالعه اصلی و دیگر مطالعات در بیماران اسپانیایی (۲۶) و عراقی (۲۷) همسو است. در مطالعه پارگامنت و همکاران که با هدف توسعه و روان‌سنجی مقیاس مقابله مذهبی در بین گروهی از دانشجویان و بیماران بستری در بیمارستان انجام شد، نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی از مفهوم‌سازی و ساخت زیر مقیاس‌ها به طور تجربی حمایت کرد. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه، نشان‌دهنده همسانی درونی زیاد عبارات ابزار بود. نتایج سایر پژوهش‌های انجام‌شده با مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ به طوری که مارتینز و سوسا در پژوهشی با عنوان «روایی و پایایی ترجمه اسپانیایی» همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ را در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۶). الهادت و همکاران نیز پایایی و روایی نسخه عربی پرسشنامه را در بین ۴۰۳ دانش‌آموز عراقی بررسی کردند

به بیماران کمک می‌کنند تا اندیشه خود را پالایش نموده و بر مشکل و تصمیم‌گیری درباره آن تمرکز کنند. به‌طورکلی این بررسی نشان داد که در رویارویی با سرطان پستان در زنان تازه‌تشخیص، نگرش مثبت و متکی بر مبارزه با بیماری و تسلیم‌نشدن به آن و الهام از مبانی مذهبی نقش بسیار مهمی دارند.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام تحقیق مساعدت کردند، به‌ویژه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

۷ بیانیه

مقاله حاضر قسمتی از پایان‌نامه دوره دکتری روان‌شناسی سلامت است و به علت محدودیت زمانی در اجرای پروژه امکان استفاده از مراکز متعدد درمانی به‌منظور جمع‌آوری داده‌های گسترده‌تر نبود.

که ضریب آلفای کرونباخ را زیاد (۰/۸۳ تا ۰/۹۲) گزارش کردند (۲۷). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مقیاس کوتاه سازگاری مذهبی ابزاری پایا و رواست. به نظرمی‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب، امکان تکمیل در زمان کوتاه و قابلیت به‌کارگیری در موقعیت‌های مختلف ابزاری مناسب است. نمونه‌گیری غیر تصادفی، محدودیت جغرافیایی و حجم اندک نمونه‌ها در این مطالعه، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بیشتر می‌تواند در ارتقای این محدودیت مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده محققان بر نمونه‌های غیربالینی و گروه‌های مختلف بیماری تمرکز داشته باشند.

۵ نتیجه‌گیری

یکی از جنبه‌های مهم در مقابله با سرطان پستان در زنان ایرانی، بهره‌گیری از رویکرد مذهبی می‌باشد که به این یافته در بررسی‌های پیشین نیز اشاره شده و از ابعاد مهم مقابله با بیماری است. راهکارهای دارای ریشه مذهبی قوی، از روش‌های فعالی هستند که

References

1. Tabarestani S, Noori-Dalooi M. Molecular genetics, diagnosis and treatment of breast cancer: review article. *Journal of Sabzevar of Medical Sciences. University.* 2010;2(56):74-87.
2. Berek JS. *Novak's Gynecology.* Lippincott Williams & Wilkins; 2002, pp: 1375-7.
3. Su J-A, Yeh D-C, Chang C-C, Lin T-C, Lai C-H, Hu P-Y, et al. Depression and family support in breast cancer patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:2389-96. doi: [10.2147/NDT.S135624](https://doi.org/10.2147/NDT.S135624)
4. Khalili N, Farajzadegan Z, Mokarian F, Bahrami F. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;18(2):105-11.
5. Zamanian H, Eftekhar-Ardebili H, Eftekhar-Ardebili M, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Taheri-Kharameh Z, et al. religious coping and quality of life in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(17):7721-5. doi: [10.7314/apjcp.2015.16.17.7721](https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.17.7721)
6. Kiaee N, Daryaafzoun M, Meybodi F, Enjedany E, Hamzelouiyani M, Babaei B, et al. The effect of spirituality and religiosity on mental health and quality of life in cancer patients. *Psychology & Health.* 2010; 25:372-3.
7. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.
8. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 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)
9. Levine EG, Targ E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. *Integr Cancer Ther.* 2002;1(2):166-74. doi: [10.1177/1534735402001002008](https://doi.org/10.1177/1534735402001002008)
10. 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. doi: [10.1177/0898010105275927](https://doi.org/10.1177/0898010105275927)
11. Henderson PD, Gore SV, Davis BL, Condon EH. African American women coping with breast cancer: a qualitative analysis. *Oncol Nurs Forum.* 2003;30(4):641-7. doi: [10.1188/03.ONF.641-647](https://doi.org/10.1188/03.ONF.641-647)
12. Tam Ashing K, Padilla G, Tejero J, Kagawa-Singer M. Understanding the breast cancer experience of Asian American women. *Psychooncology.* 2003;12(1):38-58. doi: [10.1002/pon.632](https://doi.org/10.1002/pon.632)
13. Sartori P. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nurs Times.* 2010;106(28):14-7.
14. Mousavi SR, Akdari ME. Spirituality and religion in cancer. *Ann Oncol.* 2010;21(4):907-8. doi: [10.1093/annonc/mdp604](https://doi.org/10.1093/annonc/mdp604)
15. Daaleman TP, VandeCreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA.* 2000;284(19):2514-7. doi: [10.1001/jama.284.19.2514](https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2514)
16. Ahmad F, Muhammad M binti, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: Perspectives from Malaysian muslim women. *J Relig Health.* 2011;50(1):36-45. doi: [10.1007/s10943-010-9401-4](https://doi.org/10.1007/s10943-010-9401-4)

17. Jors K, Büssing A, Hvidt NC, Baumann K. Personal prayer in patients dealing with chronic illness: a review of the research literature. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015:927973. doi: [10.1155/2015/927973](https://doi.org/10.1155/2015/927973)
18. McCaffrey AM, Eisenberg DM, Legedza ATR, Davis RB, Phillips RS. Prayer for health concerns: results of a national survey on prevalence and patterns of use. *Arch Intern Med*. 2004;164(8):858–62. doi: [10.1001/archinte.164.8.858](https://doi.org/10.1001/archinte.164.8.858)
19. Narayanasamy A, Narayanasamy M. The healing power of prayer and its implications for nursing. *Br J Nurs*. 2008;17(6):394–8. doi: [10.12968/bjon.2008.17.6.28907](https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28907)
20. Rippe EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005;116(3):311–21. doi: [10.1016/j.pain.2005.05.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008)
21. Krause N. Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journals of Gerontology: Series B*. 2003;58(3):160–70. doi: [10.1093/geronb/58.3.s160](https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.s160)
22. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015;121(21):3760–8. doi: [10.1002/cncr.29353](https://doi.org/10.1002/cncr.29353)
23. Koenig HG, Hays JC, George LK, Blazer DG, Larson DB, Landerman LR. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 1997;5(2):131–44.
24. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res*. 2012;72(2):129–35. doi: [10.1016/j.jpsychores.2011.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012)
25. Talik EB. The adolescent Religious Coping Questionnaire. Translation and cultural adaptation of Pargament's RCOPE Scale for Polish adolescents. *J Relig Health*. 2013;52(1):143–58. doi: [10.1007/s10943-011-9464-x](https://doi.org/10.1007/s10943-011-9464-x)
26. Martinez NC, Sousa VD. Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Spanish Brief Religious Coping Scale (S-BRCS). *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc*. 2011;22(3):248–56. doi: [10.1177/1043659611404426](https://doi.org/10.1177/1043659611404426)
27. Al-Hadethe A, Hunt N, Thomas S, Al-Qaysi A. Cross-Cultural Validation and Psychometric Properties of the Arabic Brief Religious Coping Scale (A-BRCS). *J Relig Health*. 2016;55(1):16–25. doi: [10.1007/s10943-014-9963-7](https://doi.org/10.1007/s10943-014-9963-7)
28. Merath K, Palmer Kelly E, Hyer JM, Mehta R, Agne JL, Deans K, et al. Patient Perceptions About the Role of Religion and Spirituality During Cancer Care. *J Relig Health*. 2019. doi: [10.1007/s10943-019-00907-6](https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6)
29. Roh S, Burnette CE, Lee Y-S. Prayer and Faith: Spiritual Coping among American Indian Women Cancer Survivors. *Health Soc Work*. 2018;43(3):185–92. doi: [10.1093/hsw/hly015](https://doi.org/10.1093/hsw/hly015)