

The relationship between religiosity, anxiety, depression, and resilience in women with breast cancer

Hanieh Ojaghi zadeh¹, Ali Ghaemi², Behzad Shalchi^{3,4*}

¹Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

²Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

³Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

⁴Working Group of Psychiatry and Psychology Culture-based Knowledge Development, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 31 Des 2023

Revised: 10 May 2024

Accepted: 15 May 2024

ePublished: 1 Jul 2024

Keywords:

- Religiosity
- Breast cancer
- Resilience
- Depression
- Anxiety

Abstract

Background. The aim of this study was to examine the relationship between religiosity, anxiety, depression, and psychological resilience in women with breast cancer.

Methods. This study was conducted cross-sectionally at the Cancer Patient Support Clinic in Zanjan Province (Mehraneh Specialized Clinic) in the year 2023. The sample consisted of 52 women with breast cancer. Data were collected using the Spitzer Health Questionnaire, the Spitzer Generalized Anxiety Disorder Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale, and the Huber's Religious Beliefs Scale. Data analysis was performed using independent samples t-tests, Pearson correlation coefficients, and multiple regression analysis using the backward method, as well as binary logistic regression. Statistical analysis was conducted using SPSS version 25.

Results. In this study, patients in advanced stages of cancer and patients who had undergone mastectomy were to be more religious. Additionally, symptom severity exhibited a weak but significant correlation with depression and anxiety. Religiosity showed a positive correlation with resilience, and higher religiosity scores were associated with lower levels of depression and anxiety. Regression analysis indicated that symptom severity and religious beliefs were significant predictors of resilience. Moreover, depression was significantly related to resilience, cancer stage, and anxiety, with increased resilience reducing the likelihood of depression. patients in advanced stages were 3.6 times more likely to be depressed. Furthermore, increased symptom severity, raised the likelihood of anxiety by 2.1 times, and patients experiencing depression were 67.3 times more likely to experience anxiety.

Conclusion. This study could serve as a starting point for further investigation into how religiosity, by providing social support, may aid in the psychological adjustment of cancer patients. Healthcare professionals should consider incorporating this into their treatment programs.

Practical Implications. The findings of this research may be useful for developing new psychological interventions for cancer patients.

How to cite this article: Ojaghi zadeh H, Ghaemi A, Shalchi B. The Relationship Between Religiosity, Anxiety, Depression, and Resilience in Women with Breast Cancer. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2024;2(2):160-172. doi: 10.34172/srhs.2024.014. (Persian)

* Corresponding author; Email: Shalchi.b@gmail.com.

2024 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Extended Abstract

Background

Breast cancer is one of the most significant health issues for women, especially in developed countries, leading to psychological problems such as anxiety, depression, and psychological distress. This illness increases stress and leads to psychological disorders due to its negative effects on body image and women's identity. Psychological resilience, which is defined as the ability to adapt to challenging circumstances, plays a crucial role in coping with the negative effects of cancer. Additionally, religiosity can serve as an effective supportive resource that helps reduce anxiety and increase resilience in patients. Research has shown that religiosity, alongside social and spiritual support, enhances patients' quality of life and aids their psychological adaptation. Despite the importance of this topic, there are major research gaps regarding the relationship between religiosity, mental health, and resilience in breast cancer patients. Few studies have comprehensively addressed this issue, and international research findings vary; therefore, there is a need for further investigation.

Methods

This cross-sectional study was conducted from April to July 2024 at the Cancer Patient Support Clinic in Zanjan Province (Mehraneh Specialized Clinic). Women visiting the hospital for follow-up after mastectomy or lumpectomy were chosen to participate in the study. Eligibility criteria included candidates who were 18 years or older, had undergone breast surgery, could communicate in Persian, and had adequate cognitive ability. All eligible participants completed structured questionnaires after providing written informed consent. Initially, 80 patients participated in the study; of these, 64 completed and submitted the questionnaires. Twelve patients were excluded from analysis due to incomplete data. Ultimately, the final analysis was based on 52 completed questionnaires. For data analysis, independent samples t-tests, Pearson correlation coefficient, and multiple regression analysis using a backward method were

used, along with binary logistic regression. Statistical analysis was performed using SPSS version 25.

Results

Patients in more advanced stages of cancer were more likely to be religious compared to those in earlier stages. Additionally, patients who underwent mastectomy were found to be more religious. The severity of symptoms showed a relatively weak but significant correlation with depression and anxiety. Furthermore, religiosity was positively correlated with resilience. On the other hand, religiosity scores had significant correlations with depression, anxiety, and symptom severity. A backward multiple regression analysis was conducted to identify predictors of resilience. The regression analysis variables included total religiosity scores, two dimensions (religious practices and beliefs), and symptom severity. The variables included in the regression model were symptom severity and religious beliefs. Both variables significantly predicted resilience in cancer patients. The results of the binary logistic regression analysis indicated that depression was significantly associated with resilience, cancer stage, and anxiety, such that for each unit increase in resilience, the probability of depression decreased by 0.9 units. Patients in advanced stages of cancer were 3.6 times more likely to experience depression. Moreover, anxiety was significantly associated with symptom severity and depression, with each unit increase in symptom burden leading to a 2.1-fold increase in the likelihood of experiencing anxiety. Depressed patients were 67.3 times more likely to be anxious.

Conclusion

The first finding of the research indicated a significant positive relationship between spirituality and both depression and anxiety. Religiosity acts as a coping mechanism that helps patients better manage emotional stress, providing a sense of meaning, purpose, and social support during illness. Participation in religious activities can reduce

emotional burden and enhance mental health by strengthening resilience. Cancer patients who are active in religious communities and receive social support experience fewer psychological issues, and this support contributes to increased resilience and psychological stability. The second finding revealed that an increase in religious beliefs positively impacts resilience. Studies indicate that religiosity and spirituality have a direct relationships with resilience and quality of life, and spiritual-religious interventions can significantly enhance resilience. Cancer patients actively participating in religious activities report better resilience and mental health, and religiosity helps them cope with the pressures of illness. Additionally, the increased social support received by religious patients can reduce feelings of loneliness and contribute to improved quality of life. Ultimately, religiosity helps patients feel more in control of their lives and fosters a more positive outlook on the future. The third finding of this study highlights the positive impact of resilience on mental health, showing that individuals with high resilience experienced fewer symptoms of depression. International studies have also demonstrated a negative correlation between resilience and

psychological distress, with those possessing greater resilience enjoying a better quality of life. This is particularly significant for cancer patients who face severe psychological pressures and physical changes. Resilience aids these patients in coping more effectively with challenges, utilizing social and spiritual support, which contributes to improved mental health. This research has limitations, including a small sample size and a lack of religious diversity, and future studies are suggested to include larger and more diverse samples. Overall, this study emphasizes the importance of religiosity and resilience in enhancing the quality of life for cancer patients.

Practical Applications

The findings of this research can serve as a basis for designing new psychological interventions for cancer patients. These interventions can focus on improving resilience and reducing depression and anxiety, thereby enhancing the quality of life for patients. Specifically, considering religiosity, as a supportive factor may positively impact psychological adaptation and coping with cancer-related challenges.

رابطه دینداری، اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان

هانیه اوجاقی زاده^۱، علی قائمی^۲، بهزاد شالچی^{۳،۴}

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

^۳ مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۴ کار گروه توسعه دانش روانپزشکی و روانشناسی متناسب با فرهنگ کشور.

چکیده

زمینه. هدف این مطالعه بررسی رابطه بین دینداری، اضطراب و افسردگی و تاب‌آوری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش کار. این مطالعه به صورت مقطعی در کلینیک حمایت از بیماران سرطانی استان زنجان (کلینیک تخصصی مهرانه) در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نمونه آماری شامل ۵۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان بود. داده‌ها با استفاده از مقیاس سلامت بیمار اسپیتزر و همکاران، مقیاس اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیودسون و مقیاس باورهای دینی هوپر و هوپر جمع‌آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مقایسه میانگین در دو جامعه مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش پس‌رونده، رگرسیون لجستیک دوتایی استفاده شده است. تحلیل آماری نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت.

یافته‌ها. در این مطالعه، بیماران در مراحل پیشرفته‌تر سرطان و افرادی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بودند، دیندارتر بودند. همچنین، شدت علائم با افسردگی و اضطراب رابطه معنادار ولی ضعیفی داشت. دینداری با تاب‌آوری همبستگی مثبت نشان داد و نمرات بالاتر دینداری با کاهش افسردگی و اضطراب همراه بود. تحلیل رگرسیون نشان داد که شدت علائم و باورهای دینی پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای تاب‌آوری هستند. علاوه بر این، افسردگی با تاب‌آوری، مرحله سرطان و اضطراب مرتبط بود، به‌طوری‌که افزایش تاب‌آوری احتمال افسردگی را کاهش می‌دهد و بیماران در مراحل پیشرفته ۳/۶ برابر بیشتر احتمال افسردگی دارند. همچنین، افزایش شدت علائم، احتمال اضطراب را ۲/۱ برابر بیشتر می‌کند و بیماران افسرده ۶۷/۳ برابر بیشتر احتمال دارد که مضطرب باشند.

نتیجه‌گیری. این مطالعه می‌تواند نقطه شروعی برای بررسی بیشتر این موضوع باشد که دینداری از طریق فراهم کردن حمایت اجتماعی، می‌تواند به سازگاری روان‌شناختی بیماران سرطانی کمک کند. این امر باید توسط متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرد تا در برنامه‌های درمانی آن‌ها مد نظر قرار داده شود.

پیامدهای عملی. از یافته‌های این پژوهش می‌توان در تدوین مداخلات جدید روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰
اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۲/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۲۶
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۴/۱۱

کلیدواژه‌ها:

- دینداری
- سرطان پستان
- تاب‌آوری
- افسردگی
- اضطراب

مقدمه

سرطان پستان breast cancer یک مشکل عمده بهداشتی، به‌ویژه برای زنان ساکن در کشورهای توسعه‌یافته است. برآوردها نشان می‌دهد که این نوع سرطان نزدیک به ۳۰ درصد از کل موارد ابتلا به سرطان در ایالات متحده آمریکا را تشکیل می‌دهد و عامل ۱۷ درصد از کل مرگ‌ومیرهای ناشی از سرطان است.^۱ سرطان پستان همچنین شایع‌ترین علت مرگ در میان زنان ۳۵ تا ۴۵ ساله است. علاوه بر این، در شمال اروپا و آمریکا، میزان بروز سرطان پستان

حدود ۱۰۰ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ زن در سال است و احتمال ابتلا در طول عمر برای زنان ۱ به ۹ است.^۲ در مورد شیوع بیماری در ایران آمار دقیقی موجود نیست ولی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که سرطان پستان دومین نوع سرطان شایع بوده است.^۳ نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سرطان پستان موجب نگرانی، پریشانی روان‌شناختی و اضطراب شدید در زنان می‌شود.^۴ سرطان پستان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در میان

* نویسنده مسؤول: ایمیل: Shalchi.b@gmail.com

حق تالیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز ۴.۰ (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) CC BY 4.0 منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

وجود، تاب‌آوری می‌تواند منبع ارزشمندی در مقابله با سرطان پستان باشد؛ تاب‌آوری به‌عنوان توانایی فرد در سازگاری موفق با شرایط سخت تعریف می‌شود. این ویژگی به فرد کمک می‌کند تا در برابر استرس‌های روزمره انعطاف‌پذیری نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی هماهنگ کند. در نتیجه، رویدادهای استرس‌زا نمی‌توانند به‌طور جدی به فرد آسیب برسانند. از طرف دیگر، پایین بودن تاب‌آوری می‌تواند مانع بازگشت فرد به حالت عادی پس از مواجهه با این رویدادها شود. همچنین، تاب‌آوری با سطح کمتر اضطراب، سازگاری بهتر و کیفیت زندگی بالاتر (QOL) در بیماران سرطانی مرتبط است و می‌تواند به بهبود مشکلات روانی مرتبط با سرطان کمک کند.^۸

بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند به افزایش توانمندی فرد در مواجهه با شرایط دشوار و بالینی منجر شود. به‌طوری‌که، ارتباط مثبت و معناداری بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی مشاهده می‌شود. در پژوهشی مشخص شد که در بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل مهم‌تر از سن در پیش‌بینی کیفیت زندگی عمل می‌کند. همچنین، نتایج پژوهش مسکوپیرو و همکاران نشان داد که میان دینداری درونی و ویژگی‌های تاب‌آوری روانی رابطه مثبت وجود دارد. پژوهش لی و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی، امید و تاب‌آوری به‌طور همزمان تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی ایجاد کرده و به‌طور مثبت بر آن تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، فاوسی و همکاران در مطالعه‌ای روی جمعیت آسیب‌دیده از سونامی سریلانکا نشان دادند که تاب‌آوری تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی افراد در شرایط دشوار دارد.^{۱۲}

از سویی دیگر، یکی دیگر از جنبه‌های روانی-اجتماعی که اغلب در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد غفلت قرار می‌گیرد، دینداری religiosity است که به عنوان عاملی مهم در این گروه از بیماران شناخته شده است. نگرش‌های دینداری نشان‌دهنده مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌های منابع مذهبی است که به کارگیری آن‌ها در زندگی روزمره می‌تواند انطباق‌پذیری فرد را افزایش دهد. نگرش‌های دینی برای حل مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در واقع، این نگرش بیشتر به پرسیدن می‌پردازد تا پاسخ دادن؛ به این معنا که فرد سؤالات بیشتری درباره خود، زندگی و جهان پیرامونش مطرح می‌کند. باورهای دینی بر این نکته تأکید دارند که داشتن معنا و هدف در زندگی احساس تعلق به منبعی والا، امیدواری به کمک الهی در شرایط دشوار زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله منابعی هستند که افراد دین‌دار با بهره‌مندی از آن‌ها می‌

زنان شناخته شده است که می‌تواند منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی متعددی شود.^۹ از آنجا که پستان نمادی از زنانگی، جذابیت و هویت جنسی زنان است، ابتلا به سرطان پستان تأثیرات منفی عمیقی بر تصویر بدنی زنان مبتلا می‌گذارد.^۶ آمارها نشان می‌دهند که میزان بروز سرطان پستان در ایران برای جمعیت زنان ۵/۰۵ و برای جمعیت مردان ۲/۸۰ در هر صد هزار نفر است. این میزان در کلان‌شهرها بیشتر از مناطق روستایی گزارش شده است.^۷ پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۱۰ تعداد مبتلایان به این بیماری به ۲/۲۲ برابر افزایش یابد.^۸

تقریباً برای تمام افراد مبتلا به سرطان، تشخیص بیماری مشکلات فراوانی در ابعاد شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی زندگی‌شان ایجاد می‌کند و این مشکلات می‌توانند به احساس وابستگی، کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش آسیب‌پذیری، گنجی، درد و علائم جسمانی منجر شوند و عملکردهای روزانه را تحت تأثیر قرار دهند. درد و رنج ناشی از بیماری، نگرانی‌های اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناخواسته درمان، کاهش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف، اختلالات در تصویر بدنی و مشکلات روان‌شناختی، از جمله عواملی هستند که علاوه بر 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. این بحران‌ها موجب اختلال در تعادل روانی و هماهنگی فردی می‌شوند. همچنین، بیماران مبتلا به سرطان پستان ممکن است با مشکلات مختلف سلامت روان مانند افسردگی و اضطراب روبرو شوند.^۹ تحقیقات نشان داده است بسیاری از بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی بوده‌اند و در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان داده‌اند. به بیان دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری می‌باشد زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود.^{۱۰}

تاب‌آوری روان‌شناختی Psychological resilience توانایی فرد در محافظت از خود و سلامت روانی‌اش در مواجهه با مشکلات زندگی، مانند تشخیص سرطان پستان است.^{۱۱} در طول سال‌ها، روش‌های مختلفی برای درک تاب‌آوری پیشنهاد شده است. در متون علمی مطرح شده که تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است که به افراد کمک می‌کند تا سلامت روانی خود را در مواجهه با دشواری‌های زندگی حفظ کنند، در حالی که دیگران پیشنهاد می‌کنند که تاب‌آوری یک مکانیزم تطبیقی است که به افراد کمک می‌کند تا با شرایط جدید سازگار شوند و از سلامت روانی خود محافظت کنند.^۴ با این

مطالعه انتخاب شدند. شرایط شرکت در مطالعه شامل سن ۱۸ سال یا بالاتر، انجام جراحی پستان، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، و داشتن توانایی شناختی کافی بود. تمامی شرکت کنندگان واجد شرایط پس از ارائه رضایت نامه کتبی و آگاهانه، یک پرسشنامه ساختاریافته را تکمیل کردند. در ابتدا، ۸۰ بیمار در مطالعه شرکت کردند که از این تعداد، ۶۴ نفر پرسشنامه را به طور کامل تکمیل و تحویل دادند. از میان آن‌ها، ۱۲ بیمار به دلیل ناقص بودن داده‌ها از تحلیل کنار گذاشته شدند. در نهایت، تحلیل نهایی بر اساس ۵۲ پرسشنامه وارد تحلیل آماری شد. این مطالعه مطابق با دستورالعمل‌های اخلاقی بیمارستان محل انجام پژوهش صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مقایسه میانگین در دو جامعه مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با روش پس‌رونده (Backward method)، رگرسیون لجستیک دوتایی (Binary logistic regression) استفاده شده است. تحلیل آماری نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت. در انجام این پژوهش، به طور کامل اصول اخلاق حرفه‌ای پژوهش، شامل رضایت آگاهانه، رازداری و امکان خروج داوطلبانه از پژوهش، رعایت شد.

ابزارهای پژوهش

شرکت کنندگان در پژوهش به مقیاس‌های زیر پاسخ دادند:

مقیاس سلامت بیمار (PHQ-9): این ابزار خودگزارشی ۹ آیتمی توسط Spitzer و همکاران در سال ۱۹۹۹ معرفی شده و با هدف غربالگری، تشخیص، پایش و سنجش شدت افسردگی طراحی شده است. پاسخ‌دهی به PHQ-9 بر اساس یک مقیاس چهار نقطه‌ای (از صفر تا ۳) صورت می‌گیرد و از فرد خواسته می‌شود تا به سؤالات بر اساس وضعیت خود در دو هفته گذشته پاسخ دهد. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۲۷ متغیر است و تکمیل آن کمتر از ۵ دقیقه زمان می‌برد. این ابزار در موقعیت‌های بالینی و گروه‌های سنی مختلف بررسی شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن به‌طور مناسب مستند شده است.^{۱۹} علاوه بر موقعیت‌ها و گروه‌های بالینی، PHQ-9 در جمعیت عمومی و دانشجویی نیز اعتبارسنجی شده است. در مطالعات حوزه سلامت ایران نیز از این مقیاس برای غربالگری افسردگی استفاده شده است. Farehi و همکاران (۱۴۰۰) این ابزار را مورد بررسی قرار داده و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس PHQ-9 برابر با ۰/۸۵ و ضریب همبستگی درون طبقه‌های آن ۰/۸۶ بود که به ترتیب نشان‌دهنده همسانی درونی و پایایی بازآزمایی بالای این ابزار است. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که تمام سؤالات به یک عامل مربوط می‌شوند و این عامل ۴۷/۵۹ درصد از واریانس کل را

توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی کمتر آسیب ببینند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. به طور کلی، دینداری در تمامی عواملی که می‌توانند نقشی مؤثر در زندگی داشته باشند، از جمله ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله‌ای و منابع حمایتی، نقش بسزایی دارد.^{۱۳} بسیاری از مطالعات نشان داده اند که دین و معنویت می‌توانند نقش مهمی در مقابله با سرطان، حفظ سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی داشته باشند.^{۱۴، ۱۵} به‌علاوه، استفاده از مقابله دینی و معنوی به‌عنوان یک راهبرد مهم، به‌ویژه در دوره‌های شیمی‌درمانی بیماران، مطرح می‌شود. از نظر Kasen و همکاران (۲۰۱۲)، دینداری، معنویت و شرکت در مناسک دینی می‌توانند عوامل مفید و محافظتی باشند و به افزایش تاب‌آوری در افرادی که در معرض خطر بالای افسردگی قرار دارند، کمک کنند. دینداری اغلب با تجربه و ابراز احساسات مثبتی مانند امید همراه هستند.^{۱۶} همچنین، باورهای دینی سازمان‌یافته می‌تواند به عنوان سیستمی برای ایجاد معنا در زندگی افراد، به‌ویژه در موقعیت‌های پراسترس، عمل کند. به همین دلیل، دینداری می‌تواند تاب‌آوری روانی را تقویت کرده و به افراد کمک کنند تا با دیدگاه مثبتی به چالش‌های زندگی نگاه کنند.^{۱۷} بیماران هنگام مواجهه با سرطان معمولاً دچار شوک و ضربه عاطفی پیچیده‌ای می‌شوند و تحمل این وضعیت برای آن‌ها بسیار دشوار است. از سوی دیگر، انسان‌ها در برابر شرایط سخت و خطرناک معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنند و اغلب تلاش می‌کنند در برابر این چالش‌ها مقاومت کنند، اما نتایجی که به دست می‌آورند، معمولاً غیرمنتظره است در اینگونه شرایط توسل به باورهای دینی معمولاً برای افراد آرامشی درونی را به ارمغان می‌آورد.^{۱۸}

با توجه به مطالب ذکر شده، با وجود انتشار تعداد قابل توجهی از مقالات درباره سرطان پستان، تحقیقات کمی به بررسی دینداری، سلامت روان و تاب‌آوری پرداخته‌اند. علاوه بر این، مطالعات مرتبط در ادبیات بین‌المللی نتایج متفاوتی را ارائه داده‌اند. بنابراین، نیاز به بررسی و درک بهتر این موضوع در بیماران مبتلا به سرطان پستان احساس می‌شود. هدف این مطالعه بررسی دینداری در بیماران مبتلا به سرطان پستان و تأثیر احتمالی آن بر سلامت روان و تاب‌آوری روان‌شناختی است.

روش کار

این مطالعه مقطعی بین اردیبهشت تا مرداد سال ۱۴۰۳ در کلینیک حمایت از بیماران سرطانی استان زنجان (کلینیک تخصصی مهرانه) انجام شد. زنانی که برای پیگیری پس از جراحی ماستکتومی یا لامپکتومی به بیمارستان مراجعه می‌کردند، برای شرکت در این

ایرانی برخوردار است.^{۲۲} آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش، ۰/۸۱ به دست آمده است.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC): این ابزار ابتدا توسط Conner & Davidson طراحی شد و شامل ۲۵ گویه است که با استفاده از مقیاس ۵ گزینه‌ای از هرگز تا همیشه ارزیابی می‌شود. کمپیل-سیلز و همکاران نسخه اولیه این مقیاس را با انتخاب ۱۰ گویه از میان ۲۵ گویه موجود، بر روی نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی کردند. اعتبار سازه مقیاس جدید تاب‌آوری، بر اساس تحلیل عاملی تأییدی، برای هر ده سؤال بار عاملی بین ۰/۴۴ تا ۰/۹۳ نشان داده شده است که نشان‌دهنده اعتبار سازه مطلوب و قابل قبول این مقیاس است.^{۲۳} در ایران نیز نایچ کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که ضرایب همبستگی روایی همزمان حاکی از همبستگی منفی و معنادار تاب‌آوری و پرخاشگری و همبستگی مثبت و معنادار با خودکارآمدی و رضایت از زندگی بود. مقدار آلفای کرونباخ و دومیه‌سازی اسپیرمن-برون به ترتیب برابر با ۰/۶۶ و ۰/۶۷ بود. تحلیل عاملی تأییدی در ابتدا نشان داد که از میان ۱۰ گویه مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، گویه‌های ۵ و ۸ از بارعاملی پایینی برخوردارند، بنابراین، حذف شدند. پس از این اصلاح، شاخص‌های مدل ساختارعاملی تک بعدی به خوبی برازش شدند.^{۲۴} آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس سنجش باورهای دینی (CRS-15): این مقیاس توسط Huber & Huber در سال ۲۰۱۲ با هدف ارزیابی میزان باورهای دینی و مذهبی طراحی شده است. این مقیاس شامل پنج بُعد اصلی است: (۱) اعمال عمومی، (۲) اعمال خصوصی، (۳) تجربه‌های دینی، (۴) بُعد اعتقادی، و (۵) بُعد شناختی. نمره کلی این مقیاس به عنوان شاخصی برای باور دینی افراد در نظر گرفته می‌شود. این ابزار از مطالعات مرتبط با ادیان مختلف الهام گرفته شده و در ۲۵ کشور با بیش از صد هزار شرکت‌کننده مورد استفاده قرار گرفته است، و در طراحی آن نیز ادیان دیگر مانند بودا، هندو و اسلام مدنظر قرار گرفته اند. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای است. آیتم‌هایی که کمتر رخ می‌دهند با عبارات هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، تا همیشه (۳)، درجه‌بندی شده‌اند، و آیتم‌هایی که فراوانی کمتری دارند، با عبارات اصلاً (۱)، متوسط (۲)، تا خیلی زیاد (۵) نمره گذاری می‌شوند. پایین‌ترین نمره ممکن در این مقیاس ۱۵ و بالاترین ۷۵ است. در سه تحقیق هوبر و هوبر، پایایی این مقیاس برای ابعاد فردی (خرده‌مقیاس‌ها) بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ درصد و برای کل مقیاس بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ درصد گزارش شده است.^{۲۵} Pandya (۲۰۱۴) نیز در تحقیق خود از این مقیاس استفاده کرده و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۲ درصد اعلام کرده که نشان‌دهنده

تبیین می‌کند. تحلیل عاملی تأییدی نیز تأیید کرد که همه سؤالات به یک عامل مرتبط هستند. همبستگی مثبت PHQ-9 با مقیاس افسردگی (BDI-II) ۰/۷۶، مقیاس روان‌رنجورخوبی FFI-(NEO) ۰/۵۰، مقیاس افسردگی (DASS-21) ۰/۶۴ و مقیاس عاطفه منفی (PANAS) ۰/۴۳ محاسبه شده است که نشان‌دهنده اعتبار همگرا است. از طرف دیگر، همبستگی منفی آن با مقیاس عاطفه مثبت (PANAS) $(r = -0.444)$ بیانگر اعتبار افتراقی این ابزار بود، در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ محاسبه شد.^{۲۰} آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس توسط Spitzer و همکاران در سال ۱۹۹۹ معرفی شده است. این ابزار شامل هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که برای ارزیابی وجود اختلال اضطراب فراگیر و میزان تأثیر آن بر عملکرد فرد طراحی شده است. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده از هر یک از هفت سؤال اصلی جمع شده تا نمره کل اضطراب محاسبه گردد، که در محدوده‌ای از ۰ تا ۲۱ قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس GAD-7 برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است، که نشان‌دهنده همسانی درونی بسیار بالا در نمونه‌های خارجی است. ضریب بازآزمایی این مقیاس با فاصله دو هفته ۰/۸۳ به دست آمده که بیانگر پایایی خوب مقیاس می‌باشد. اعتبار همگرای GAD-7 از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس اضطراب بک و خرده‌مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است، که نشان‌دهنده اعتبار همگرای مناسب مقیاس است.^{۲۱} در ایران نیز نتایج Naiynian و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که مقیاس GAD-7 از آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار است و ضریب پایایی آن بر اساس اجرای دوباره آزمون نیز مناسب ارزیابی شده است. در بررسی اعتبار (validity) مقیاس، نتایج نشان‌دهنده همبستگی معنادار بین مقیاس GAD-7 و مقیاس اضطراب حالتی-صفت اسپیلبرگر، برخی خرده‌مقیاس‌های فرم کوتاه ۳۶ سؤالی زمینه‌یابی سلامت عمومی (SF-36)، و خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از سیاهه نشانه‌های بالینی (SCL-90) بوده است که نشان‌دهنده اعتبار همگرای مناسب مقیاس است. همچنین، تحلیل عاملی مقیاس GAD-7 نشان داد که این مقیاس به طور کامل به یک عامل اشباع شده است. از سوی دیگر، مقایسه نمرات افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده بودند با نمره برش مقیاس و نمرات جمعیت غیر بیمار، حاکی از اعتبار تشخیصی مطلوب مقیاس است. به طور کلی، می‌توان گفت که مقیاس کوتاه سنجش اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از پایایی و اعتبار مناسبی در نمونه‌های

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است. سن شرکت‌کنندگان از ۲۷ تا ۸۷ سال متغیر بود. ۵۵/۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل بودند و بقیه مجرد یا در وضعیت دیگری قرار داشتند.

پایایی بالای این آزمون است. از نظر روایی، این مقیاس در تحقیقات Huber & Huber (۲۰۱۲) و Pandya (۲۰۱۴) از روایی بالایی برخوردار بوده.^{۲۱،۲۵} در ایران نیز Nourani Kootanaig Sadati Firouzabadi (۱۳۹۶) پایایی کلی این مقیاس ۰/۹۳ برای بعد شناختی، ۰/۸۱ برای بعد اعتقادی، ۰/۸۷ برای بعد اعمال عمومی، ۰/۷۹ برای بعد اعمال خصوصی، و ۰/۸۳ برای بعد تجربه‌های دینی به دست آمده است و روایی آن نیز مناسب ارزیابی شده است.^{۲۶} در پژوهش حاضر پایایی خرده مقیاس‌ها و کل این مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۱ به دست آمد.^{۲۷}

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و بالینی شرکت‌کنندگان

متغیر	ویژگی	فراوانی	درصد
سن	زیر ۴۰ سال	۲۵	۱۶/۹۰
	۴۱ تا ۵۰ سال	۳۴	۲۳/۰۰
	۵۱ تا ۶۰ سال	۴۷	۳۱/۸۰
	۶۱ تا ۷۰ سال	۳۵	۲۳/۶۰
	بالای ۷۱ سال	۷	۴/۷۰
وضعیت زندگی	زندگی با خانواده	۸۴	۵۵/۳۰
	زندگی بدون خانواده	۶۸	۴۴/۷۰
نوع جراحی	ماستکتومی	۱۰۷	۷۰/۴۰
	لامپکتومی	۴۲	۲۹/۶۰
مرحله سرطان	اولیه	۶۸	۴۵/۰۰
	پیشرفته	۸۳	۵۵/۰۰
نوع درمان	جراحی و شیمی درمانی	۷۲	۴۷/۴۰
	جراحی و رادیوتراپی	۲۳	۱۵/۱۰
	جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی	۵۷	۳۷/۵۰

مقایسه با بیماران در مراحل ابتدایی دین‌دار بودند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که میزان دینداری در میان انواع جراحی نیز تفاوت دارد؛ بیمارانی که تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بودند، دین‌دارتر بودند (جدول ۲).

به منظور سنجش مراحل سرطان (اولیه و پیشرفته) و نوع جراحی (ماستکتومی و لامپکتومی) از آزمون مقایسه میانگین‌ها در دو جامعه مستقل استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، نمره دینداری شرکت‌کنندگان در پژوهش در مراحل ابتدایی و انتهایی سرطان متفاوت بود؛ بیماران در مراحل پیشرفته‌تر به احتمال بیشتری در

جدول ۲. مقایسه نمره مقیاس دینداری بر اساس مرحله سرطان و نوع جراحی

مرحله سرطان و نوع جراحی	باورهای مذهبی		اعمال مذهبی		دینداری (نمره کل)	
	میانگین	معناداری	میانگین	معناداری	میانگین	معناداری
اولیه	۳/۱۴	۰/۰۲۰	۳/۲۲	۰/۰۱۲	۳/۱۷	۰/۰۱۴
پیشرفته	۳/۵۴		۳/۶۷		۳/۶۰	
ماستکتومی	۳/۶۱	۰/۰۰۱	۳/۷۴	۰/۰۰۱	۳/۶۶	۰/۰۰۱
لامپکتومی	۲/۷۸		۲/۸۱		۲/۸۰	

همچنین، مذهبی بودن با تاب‌آوری همبستگی مثبت داشت. از سوی دیگر، نمرات مذهب‌گرایی با افسردگی، اضطراب و شدت علائم همبستگی معنادار داشتند.

همبستگی متغیرها که در جدول ۳ نشان داده شده است، نشان دهنده‌ی ارتباط قوی بین افسردگی و اضطراب است. شدت علائم همبستگی معنادار نسبتاً ضعیفی با افسردگی و اضطراب دارد.

جدول ۳. همبستگی پیرسون بین افسردگی، اضطراب، شدت علائم، تاب‌آوری و مذهبی بودن

متغیرها	افسردگی	اضطراب	شدت علائم سرطان	تاب‌آوری	باورهای مذهبی	اعمال مذهبی	مذهبی گرایی (نمره کل)
افسردگی	۱						
اضطراب	۰/۷۳**	۱					
شدت علائم سرطان	۰/۲۳**	۰/۳۲**	۱				
تاب‌آوری	-۰/۴۱**	-۰/۳۷**	-۰/۴۱**	۱			
باورهای مذهبی	-۰/۲۷**	-۰/۱۸**	۰/۰۴	۰/۱۹**	۱		
اعمال مذهبی	-۰/۱۸**	-۰/۲۹**	-۰/۰۲	۰/۲۱**	۰/۵۷**	۱	
دینداری (نمره کل)	-۰/۳۷**	-۰/۳۹**	۰/۰۱	۰/۱۷**	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۱

** همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

* همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

داده شده است، متغیرهای گنجانده شده در مدل رگرسیون، شدت علائم و باورهای مذهبی بودند. همان طور که از سطح معناداری داده‌ها مشخص است، هر دو متغیر به طور معناداری تاب‌آوری بیماران سرطانی رو پیش‌بینی کردند.

تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه پس‌رونده برای شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های تاب‌آوری انجام شد. متغیرهای تحلیل رگرسیون شامل امتیاز دینداری کل، دو بعد (اعمال دینی و اعتقادات دینی) و شدت علائم بودند. در نهایت، همان‌طور که در جدول ۴ نشان

جدول ۴. عوامل پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان

ضرایب غیراستاندارد	β	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
					حد پایین	حد بالا
ثابت	۵۹/۱۴	۴/۷۴		-۰/۰۱	۴۹/۷۷	۶۸/۵۲
شدت علائم	-۷/۲۶	۱/۲۵	-۰/۴۱	۰/۰۱	-۹/۷۴	-۴/۷۹
باورهای مذهبی	۴/۴۳	۱/۲۸	۰/۲۴	۰/۰۱	۱/۸۹	۶/۶۸

مرحله پیشرفته سرطان ۳/۶ برابر بیشتر احتمال دارد که افسرده باشند. بیماران مضطرب ۶۷/۸ برابر بیشتر احتمال دارد که افسرده باشند.

علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک دوتایی نشان می‌دهد که افسردگی به طور معناداری با تاب‌آوری، مرحله سرطان و اضطراب مرتبط بوده است (جدول ۵). با هر واحد افزایش در تاب‌آوری، احتمال افسردگی به میزان ۰/۹ کاهش می‌یابد. بیماران در

جدول ۵. عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

نسبت شانس	معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
		حد پایین	حد بالا
تاب‌آوری	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۸
مرحله سرطان	۳/۶۴	۱/۱۵	۱۱/۴۹
اضطراب	۶۷/۸۲	۱۸/۰۱	۲۵۵/۴۳
ثابت	۳/۶۰		۰/۴۱۸

احتمال اضطراب به میزان ۲/۱ برابر افزایش می‌یابد. بیماران افسرده ۶۷/۳ برابر بیشتر احتمال دارد که مضطرب باشند.

علاوه بر این، اضطراب به طور معناداری با شدت علائم و افسردگی مرتبط بود (جدول ۶). با هر واحد افزایش در شدت علائم،

جدول ۶. عوامل پیش‌بینی‌کننده اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان

نسبت شانس	معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
		حد بالا	حد پایین
شدت علائم	۰/۰۳	۳/۶۶	۱/۳۰
افسردگی	۰/۰۰۰	۲۲۸/۸۴	۱۹/۸۰
ثابت	۰/۰۱		

بحث

هدف این مطالعه بررسی روابط احتمالی بین میزان دینداری، سلامت روان و تاب‌آوری روانی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. نتایج نشان داد که تاب‌آوری روانی تأثیر مثبتی بر سلامت روان این بیماران دارد. در مقابل، شدت علائم بیماری می‌تواند نشان دهنده سلامت روان ضعیف باشد. ارزیابی میزان دینداری و ترجیحات دینی در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌تواند به برنامه ریزی و اجرای یک طرح مراقبتی شخصی‌سازی شده بر اساس ارزش ها و ترجیحات بیمار کمک کند. دین و ایمان در زنان مبتلا به سرطان سینه به عنوان ابزارهای مناسبی برای مقابله با وضعیتشان شناخته شدند و باید مورد توجه حرفه‌ای‌های بهداشتی قرار گیرند. علاوه بر این، تشویق بیماران به جستجوی دین و حمایت از مشارکت آن‌ها در خدمات دینی بسیار مهم است.^{۲۸}

اولین یافته پژوهش نشان داد، رابطه معنادار منفی بین معنویت با افسردگی و اضطراب وجود دارد. این یافته با یافته‌های Wiksuarini و همکاران^{۲۹}، Maniyar و همکاران^{۳۰} و Bayani و همکاران^{۳۱} همسو است ولی با پژوهش Fradelos و همکاران^{۳۲} ناهمسو است. دینداری به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای عمل می‌کند و به بیماران کمک می‌کند تا با استرس‌های عاطفی بهتر کنار بیایند، زیرا این مکانیسم‌ها حس معنا، هدف و حمایت اجتماعی را در دوران بیماری فراهم می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که مشارکت در فعالیت‌های مذهبی یا معنوی می‌تواند بار عاطفی را کاهش داده و به بهبود سلامت روانی از طریق تقویت تاب‌آوری کمک کند. برای مثال، دینداری با سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی همراه است، زیرا بیماران از ایمان خود برای مواجهه با چالش‌های وجودی مرتبط با بیماری استفاده می‌کنند و این باعث بهبود تطابق روانی آن‌ها با بیماری سرطان می‌شود.^{۳۳ ۳۴} علاوه بر این، بیماران سرطانی که در جوامع مذهبی حضور دارند و حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، کمتر دچار مشکلات روانی می‌شوند و این حمایت‌ها به افزایش تاب‌آوری و پایداری روانی آن‌ها کمک می‌کند.^{۳۵ ۳۶}

دومین یافته این پژوهش نشان می‌دهد که افزایش باورهای مذهبی می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری افراد داشته باشد.

Momeni و همکاران^{۳۷} رابطه مثبتی بین تاب‌آوری و معنویت و همچنین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی یافته‌اند. علاوه بر این، saeidi و همکاران^{۳۸} گزارش کردند که مداخله معنوی-مذهبی می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری داشته باشد و این ارتباط مستقیمی بین مذهبی بودن، معنویت و تاب‌آوری را تقویت می‌کند. یک مطالعه بین‌المللی نیز نشان داد که باورها و تمرینات مذهبی می‌توانند به تقویت تاب‌آوری فرد کمک کنند.^{۳۹} دینداری، به معنای اعتقاد و عمل به باورهای مذهبی، می‌تواند از طریق ایجاد معنا، هدف و ارتباط با دیگران به افراد در مواجهه با بحران‌های زندگی یاری رساند.^{۴۰} در بررسی‌ای که بر روی بیماران سرطانی انجام شد، مشخص شد افرادی که به طور فعال در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، نسبت به افرادی که کمتر به دین پایبند هستند، احساس بهتری از تاب‌آوری و سلامت روانی دارند.^{۴۱} این پژوهش تأکید می‌کند که دینداری می‌تواند منبعی از امید و آرامش باشد که به بیماران کمک می‌کند تا با فشارهای ناشی از بیماری مقابله کنند. تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند که دینداری می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی کمک کند. بیماران مذهبی معمولاً از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند که این حمایت به کاهش احساس تنهایی و انزوا کمک می‌کند.^{۴۲} این حمایت اجتماعی می‌تواند به شکل‌گیری یک شبکه مثبت و مؤثر منجر شود که در طول درمان، نقش کلیدی در افزایش تاب‌آوری دارد. در نهایت، دینداری ممکن است به بیماران سرطانی کمک کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. مطالعات نشان می‌دهند که افرادی که به باورهای مذهبی پایبندند، ممکن است نگرش مثبت تری به آینده داشته باشند و در نتیجه، بهتر بتوانند با چالش‌های درمان و عوارض آن مقابله کنند.^{۴۳}

آخرین یافته مهم این پژوهش، تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان بود. نتایج نشان داد که افرادی با تاب‌آوری بالا، علائم افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. به عنوان مثال، یک مطالعه اخیر در یونان نیز همین نتیجه را گزارش کرده است.^۹ علاوه بر این، تحقیقات بین‌المللی نشان می‌دهند که بین تاب‌آوری و پریشانی روانی ارتباط معکوس وجود دارد.^{۴۴ ۴۵} اهمیت تاب‌آوری به‌ویژه در

و تغییرات در این متغیرها را در مراحل مختلف بیماری رصد کند. علاوه بر این، نیاز به بررسی عوامل دیگر مانند حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، و مکانیزم‌های روان‌شناختی مرتبط با دینداری و تاب‌آوری احساس می‌شود تا تصویر جامع‌تری از عوامل مؤثر بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان به دست آید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه شواهدی ارائه می‌دهند که دینداری و تاب‌آوری از عواملی هستند که به افزایش توانایی مقابله و حفظ سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کنند. در نتیجه‌گیری، توصیه می‌شود که مراقبت جامع و کافی که ارزش‌ها و ترجیحات مذهبی بیماران در آن گنجانده شده باشد، ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه ازمودنی‌هایی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مانند سرطان، تأکید شده است. مطالعات نشان می‌دهند که افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند، نه تنها علائم افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند، بلکه کیفیت زندگی بهتری نیز دارند.^{۴۶} این موضوع برای بیماران سرطانی که با فشارهای روانی و تغییرات جسمی زیادی روبرو هستند، بسیار حائز اهمیت است. تاب‌آوری به این بیماران کمک می‌کند تا با چالش‌های جسمانی و روانی بهتر کنار بیایند و از منابع حمایتی مانند حمایت‌های اجتماعی، معنوی و درمانی بهره‌مند شوند.^{۴۷} همچنین، نظریه تاب‌آوری بر اهمیت حمایت‌های اجتماعی و معنوی در تقویت این ویژگی تأکید می‌کند. حمایت از سوی خانواده، دوستان و جوامع دینی می‌تواند تاب‌آوری افراد را افزایش داده و به بهبود سلامت روان آن‌ها کمک کند.^{۴۸}

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت. اولاً، اندازه کوچک نمونه ممکن است بر قابلیت تعمیم نتایج تأثیر بگذارد و نتایج به‌دست‌آمده تنها به یک گروه خاص از بیماران محدود شود. که این امر می‌تواند مانع از ایجاد تعمیمات عمومی‌تر شود. همچنین، ماهیت مقطعی مطالعه، امکان بررسی تغییرات طولانی مدت در دینداری، سلامت روان و تاب‌آوری را محدود می‌کند. به علاوه، عدم تنوع در زمینه‌های مذهبی و فرهنگی ممکن است منجر به از دست رفتن دیدگاه‌های متفاوت در این زمینه شود. پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده شامل نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری از مراکز مختلف باشد تا تنوع مذهبی و فرهنگی بیشتری را شامل شود و تأثیرات خاص هر گروه مذهبی بر تاب‌آوری بررسی گردد. همچنین، انجام مطالعات طولی می‌تواند به درک بهتر و عمیق‌تری از رابطه بین دینداری و تاب‌آوری در طول زمان کمک کند.

References

1. Fusco N, Malapelle U, Criscitiello C. diagnosis and treatment of breast cancer in 2022: the rise of novel molecular biomarkers. *Frontiers in Molecular Biosciences*. 2023 Jan 4; 9:1117323. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2022.1117323>
2. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: A systematic analysis. *Lancet*. 2011; 378:1461–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61351-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61351-2)
3. Shiravand S, Hosseini MA, Rajabi S, Sedighi Pashaki M. Explaining the experiences of nurses from implementing the Health System Reform Plan. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7(4): 1-7.
4. Liu Z, Li X, Jin T, Xiao Q, Wuyun T. Effects of Ethnicity and Spiritual Intelligence in the Relationship Between Awe and Life Satisfaction Among Chinese Primary School Teachers. *Front Psychol*. 2021; 12:673832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673832>
5. Purkayastha D, Venkateswaran C, Nayar K, Unnikrishnan U. Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: A cross-sectional observational study. *Indian J Palliat Care*. 2017; 23(3): 268–73. https://doi.org/10.4103/IJPC. IJPC_6_17
6. Fann JC, Chang KJ, Hsu CY, Yen AM, Yu CP, Chen SL, et al. Impact of overdiagnosis on long-term breast cancer survival. *Cancers (Basel)*. 2019; 11:325. <https://doi.org/10.3390/cancers11030325>
7. Abachizadeh K, Moradi Kouchi A, Ghanbari Motlagh A, Koosha A, ShekarRiz Foomani R, Erfani A. Breast

- cancer in Iran: Incidence rates, distribution, and related factors. *Social Health*. 2017; 5(1): 11-21.
8. Eisa Nejad O, Heidarian M. The effectiveness of resilience training on improving the quality of life and resilience of freed prisoners of war. *Iranian J War Public Health*. 2019; 12(1): 1-9.
9. Fradelos EC, Papathanasiou IV, Veneti A, Daglas A, Christodoulou E, Zyga S, et al. Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017; 18:2545-50. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.9.2545>
10. Sarani Aliabadi P, Dashipour AR, Jafardokht Benjar H, Dehbashi I. The study of mental health on quality of life in patients with cancer. *National Conference on Modern Researches of Iran and the World in Psychology, Educational Sciences, and Social Studies*; 2017. Shiraz.
11. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015; 3:727-31. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>
12. Mollai G, Pirzadi H. Resilience and hearing impairment. *Rehabil Med*. 2015; 4(2): 144-58.
13. Jangi Aghdam K, Sardaribagher S. The impact of religious attitudes on the resilience of cancer patients. *Cancer Care Journal*. 2022; 1(2): 1-8.
14. Khodaveirdyzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, Eivazi J. Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17:4095-9.
15. Mesquita A, Chaves É, Avelino C, Nogueira D, Panzini R, Carvalho E. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2013; 21:539-45. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000200010>
16. Kasen S, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Weissman MM. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychol Med*. 2012; 42:509-19. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001516>
17. Kim S, Esquivel GB. Adolescent spirituality and resilience: Theory, research, and educational practices. *Psychol Schools*. 2011; 48:755-65. <https://doi.org/10.1002/pits.20582>
18. Aini S, Hashemi Z. The role of religious coping, spiritual intelligence, and spiritual well-being in predicting perceived stress in cancer patients. *Khatam Healing Neuroscience Journal*. 2020; 8(3): 70-9. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.70>
19. Williams JB, Spitzer RL, Kroenke K. The PHQ-9: A brief depression severity measure. *Gen Intern Med*. 2001; 16(9): 606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
20. Farahi H, Gharaei B, Aghabiyan MA, Zareq R, Pir Mohammadi MR, Najibi SM, et al. Psychometric properties of the Persian version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in students of Guilan University of Medical Sciences during the academic year 2018-2019. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2021; 27(2): 248-63.
21. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002; 32(9): 509-15. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
22. Naiynian MR, Shoaie MR, Sharifi M, Hadian M. Reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7). *Clin Psychol Pers*. 2011; 3(4): 41-50.
23. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
24. Kiani M, Taghavi D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Conner-Davidson Resilience Scale in female nursing students. *Iran J Med Educ*. 2015; 14(10): 857-65.
25. Huber S, Huber OW. The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions*. 2012; 3(4): 710-24. <https://doi.org/10.3390/rel3030710>
26. Pandya PS. In the joy of others lies our own: Altruism and social service of the Swaminarayan Sanstha (BAPS) in the United Kingdom. *Online International Interdisciplinary Research Journal*. 2014; {Bi-Monthly}.
27. Sadati Firouzabadi S, Nourani Kootanai J. Explaining the occupational resilience of teachers of exceptional students: Based on coping style and the mediating role of religious beliefs. *Exceptional Children Quarterly*. 2018; 18(1): 97-108.
28. Feher S, Maly R. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*. 1999; 8:408-16. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)10991611\(199909/10\)8:5<408::aid-pon409>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/(sici)10991611(199909/10)8:5<408::aid-pon409>3.0.co;2-5)
29. Wiksuarini E, Amrullah M, Haerani B, Khairani F. Spiritualitas dan religiusitas pada pasien kanker. *Citra Delima Sci J Citra Internat Inst*. 2023; 6(2): 145-51. <https://doi.org/10.33862/citradelima.v6i2.336>

30. Maniyar N, Sarode SC, Thakkar S, Sarode GS. Contemporary perspective of spirituality and religiosity in head and neck cancer. *Oral Oncol Rep*. 2024; 10:100389. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100389>.
31. Bayani A, Goudarzi H, Bayani A, Kochaki A. The relationship between religious orientation and anxiety and depression in students. *Psychol Health Principles*. 2008; 10(3): 209-14.
32. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, et al. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2018; 22(3): 172-7. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.78947>.
33. Greeson JM, et al. Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: Potential moderating effects of religiosity. *J Altern Complement Med*. 2015; 21(3): 166-74. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0285>
34. Koenig HG. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998; 149:1693-700. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.536>
35. Hebert R, et al. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *J Palliat Med*. 2009; 12(6): 537-45. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0250>
36. Jenkins RA, Pargament KI. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. *J Psychosoc Oncol*. 1995; 13:51-74. https://doi.org/10.1300/J077V13N01_04
37. Momeni K. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. *Int J Behav Sci*. 2012; 6(2): 97-103.
38. Seidi MS, Pour Ebrahim T, Bagherian F, Mansour L. The relationship between spirituality and resilience of families, the quality of communication in family mediation. *Psychol Models Methods*. 2011; 2(5): 63-79.
39. Javanmard GH. Religious beliefs and resilience in academic students. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 84:744-8.
40. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York: Guilford Press; 1997.
41. Weaver AJ, Flannelly KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med J*. 2004; 97(12): 1210-4. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C>
42. Oh PJ, Kim SH. The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2014; 41(5) <https://doi.org/10.1188/14.ONF.E290-E301>.
43. Atlas M, Hart TL. Appraisals of cancer, religious/spiritual coping, and hope in patients with colorectal cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2023; 41(3): 337-54. <https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2108743>.
44. Matzka M, Mayer H, Köck-Hódi S, Moses-Passini C, Dubey C, Jahn P, et al. Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: A cross-sectional observation study. *PLoS One*. 2016; 11(4) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154496>.
45. Schumacher A, Sauerland C, Silling G, Berdel WE, Stelljes M. Resilience in patients after allogeneic stem cell transplantation. *Support Care Cancer*. 2014; 22(2): 487-93. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2001-6>.
46. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci*. 2015; 38 <https://doi.org/10.1017/S0140525X1400082X>.
47. Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. A new definition of health for people and communities. In: *Handbook of adult resilience*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2010.
48. Wagnild GM. The resilience scale user's guide: For the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14). Resilience Center; 2011.