MEJDS. 2020; 10:78.

Published online 2020 May **Research Article**

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

Daryaafzoon M[1], *Ahadi H[2], Jomehri F[3], Eftekhar-Ardebili M[4], Babaei Gh[5]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۷۸.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

ترجمه و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فرم کوتاه پرسشنامهٔ 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 طباطبایی، تهران، ایران؛

۴. دانشیار مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، تهران، ایران؛

۵. دانشیار گروه مدیریت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** drhahadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ اسفند۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ فروردین۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان سرطان شایع‌تر در میان زنان و دومین علت رایج مرگ ناشی‌از 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.

روش‌بررسی: این مطالعه از نوع طرح‌های روان‌سنجی بود. جامعهٔ 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 پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی و پزشکی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ در سطح معناداری (α=۰/۰۵) صورت گرفت. پس از کسب مجوز از طراح ابزار، با روش ترجمه- بازترجمه نسخهٔ فارسی پرسشنامه تهیه شد؛ سپس به‌منظور بررسی روایی و پایایی پرسشنامه، روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل همسانی درونی به‌کار رفت و پرسشنامهٔ 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 درمجموع، ۵۶/۶۲۱درصد واریانس را تبیین می‌کند. مقادیر ضرایب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۷۸۱ و برای راهبردهای سازگاری مثبت و منفی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷۱ و ۰/۸۴۵ به‌دست 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.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

۱ مقدمه

سرطان پستان سرطان شایع‌تر در زنان و دومین علت مرگ ناشی‌از 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، روبه‌روشدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در انواع پیشروندهٔ 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 باتوجه به سیر طولانی‌مدت بیماری مذکور و مشکلات ناشی‌از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد (۵).

معنویت و فعالیت‌های مذهبی به‌عنوان منبعی مهم در سازگاری با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود (۶). سازگاری یا کنارآمدن فرآیندی مداوم و پیشرونده و حفظ‌کنندهٔ زندگی است که به‌واسطهٔ 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 ازاین‌رو شیوهٔ کنارآمدن مؤثری شناخته شود. با این حال، ماهیت چندبُعدی مقیاس مقابلهٔ مذهبی، بر این فرض استوار است که راهبردهای مقابلهٔ مذهبی می‌توانند انطباقی یا غیرانطباقی باشند و برخی از روش‌های سازگاری ممکن است مشکل را گسترده‌تر و بدتر کنند (۸).

لوین و تارگ در پژوهش خود رابطهٔ بین اعتقادات معنوی، سلامت جسمانی، کاهش ابتلا به سرطان و افزایش طول عمر را گزارش کردند (۹). بائر ـ وو و فاران معتقدند که معنویت سبب معنادارشدن زندگی برای فرد می‌شود و از این طریق به وی در کنارآمدن با سرطان کمک می‌کند (۱۰). هندرسون و همکاران نیز راهبردهای به‌کارگرفته‌شده برای مقابله با سرطان پستان را شامل موضوعاتی مانند پرداختن به دعا و عبادت، داشتن نگرش مثبت به بیماری، امید به زنده‌ماندن، فعال‌بودن و حمایت از سوی خانواده و دوستان و گروه‌های حمایتی گزارش کردند (۱۱).

ـ تام آشینگ و همکاران در بررسی زنان آمریکایی آسیاتبار بهره‌گیری از راهبردهای منبع اولیهٔ 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، 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 پیشرفتهٔ پستان بودند، حفظ هدف یا معنای زندگی به‌عنوان جنبهٔ 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، رابطهٔ مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی دارد (۱۹ ـ ۱۷).

پژوهش‌های زیادی در زمینهٔ رابطهٔ مذهب با سلامت انجام شده که حاکی‌از رابطهٔ مثبت مذهبی‌بودن با سلامت است (۲۳ ـ ۲۰). درواقع شواهدی وجود دارد که بیانگر نقش پراهمیت معنویت و مذهب در مقابله با بیماری است؛ زیرا سلامت معنوی حفاظت بیشتری را دربرابر ناامیدی و یأس به‌خصوص در بیماران دچار بیمارهای مهلک نظیر سرطان پدید می‌آورد (۱۶).

از ابزارهای طراحی‌شده به‌منظور سنجش سازگاری مذهبی، پرسشنامهٔ فرم کوتاه روش‌های سازگاری مذهبی است که چهارده آیتم جهت اندازه‌گیری راهبردهای سازگاری مذهبی دارد. این مقیاس توسط کنت پارگامنت[1] و همکاران ساخته شد (۸). هفت عبارت الگوهای مثبت و هفت عبارت الگوهای منفی سازگاری مذهبی را می‌سنجد. پرسشنامهٔ مذکور، کوتاه و به‌آسانی مفهوم بوده و به‌طور گسترده در بسیاری از تحقیقات به‌کار رفته است (۸، ۲۴، ۲۵). ترجمه و استانداردسازی آن را تاکنون محققان زیادی ازجمله در کشورهای اسپانیا ، لهستان و عراق بررسی کرده و برمبنای نتایج اغلب مطالعات، این پرسشنامه را ابزاری معتبر و پایا در فرهنگ‌های مختلف شناخته‌اند (۲۷ ـ ۲۵). این پرسشنامه تاکنون به زبان‌های متعددی ترجمه و روان‌سنجی شده است؛ لیکن باوجود تلاش محققان، گونهٔ فارسی استانداردشدهٔ 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 روش‌بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از طرح روان‌سنجی بود. بعد از مکاتبه با طراح پرسشنامهٔ فرم کوتاه سازگاری مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و اخذ مجوز، جهت انجام فرآیند ترجمه از روش توصیه‌شده[2] استفاده شد. بدین‌منظور، ابتدا دو مترجم دانشگاهی با مدرک دکتری تخصصی و مسلط به زبان انگلیسی دو ترجمه جداگانه از نسخهٔ انگلیسی پرسشنامه به زبان فارسی انجام دادند. نسخهٔ فارسی اولیه از دو ترجمهٔ مذکور با درنظرگرفتن بهترین ترجمه از هر سؤال به‌دست آمد. در مرحلهٔ

[1]. Kenneth Pargament

[2]. Forward-Backward

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

بعد دو فرد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی با مدرک دکتری تخصصی و متفاوت از دو مترجم اولیه و بی‌اطلاع از نسخهٔ انگلیسی پرسشنامه، نسخهٔ نهایی تهیه‌شده را مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه کردند. پس از این مرحله نسخهٔ انگلیسی اصلی با نسخهٔ انگلیسی حاصل از ترجمهٔ متخصصان زبان توسط تیم تحقیق با یکدیگر مقایسه شد و درنهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی نسخهٔ 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 درنتیجه پژوهشگر به درک بهتر تجربهٔ آنان دست یابد. برای تعیین روایی صوری به‌منظور 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 بنابر نظر تیم پژوهش و بازخورد بیماران، تغییرهای لازم در نظر گرفته شد. برای بررسی روایی محتوا به‌شکل 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 پرسشنامهٔ نهایی تنظیم شد.

جامعهٔ هدف پژوهش حاضر، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز جهاد دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری مبتنی‌بر هدف، ۱۶۰ زن که سرطان پستان آن‌ها تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب این افراد پرونده بیمارانی که پس از عمل جراحی برای انجام شیمی درمانی به کلینیک پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کردند مورد بررسی قرار گرفت و بیماران حائز شرایط بر اساس 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 نحوهٔ انجام آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. آزمودنی‌ها پس از اطمینان یافتن دربارهٔ حفظ رازداری درخصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی مبنی‌بر حفظ اطلاعات فردی و رعایت شئونات 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 مقابلهٔ مثبت و منفی در رویارویی با استرس‌ها دارد. هریک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل هفت ماده‌آزمون سازگاری مذهبی است. شیوهٔ نمره‌گذاری به‌صورت 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 استفاده‌شده برای سنجش مقابلهٔ مذهبی بوده و پژوهش‌های بسیاری روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند (۲۷ـ۲۵، ۸) . نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که رابطهٔ بین این آزمون حتی پس از کنترل عوامل جمعیت‌شناختی با مقیاس‌های سازگاری مانند تعالی وابسته به استرس، سلامت فیزیکی، پرسشنامهٔ سلامت عمومی و میزان استرس معنادار است. این آزمون با اندازه‌گیری‌های کلی گرایش‌های مذهبی، همبستگی معنادار دارد و بنابر نتایج به‌دست‌آمدهٔ پژوهشگران، فرافرهنگی محسوب شده و استفاده‌شدنی برای تمام ادیان است (۸). سازگاری مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجه‌شدن 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 رابطهٔ اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌کند؛ برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها خواهد گذاشت (۱۶). پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع درمان، مدت‌زمان ابتلا به سرطان و سابقهٔ خانوادگی سرطان است که در کنار پرسشنامهٔ سازگاری مذهبی توسط بیماران تکمیل شد.

در پژوهش حاضر، از تحلیل عاملی اکتشافی به‌منظور بررسی سازهٔ عاملی مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها در ابتدای تحلیل عاملی، آزمون شاخص نمونه‌گیری کیسر–مایر–الکین[1] انجام گرفت. در این شاخص مقادیر بیشتر از ۰/۹۰۱، عالی و مقادیر بیشتر از ۰/۸۰۵، خوب تلقی می‌شود. در مرحلهٔ بعد پس از محاسبهٔ ماتریس همبستگی بین متغیرها، استخراج عوامل صورت گرفت. دوران واریماکس[2] به‌منظور 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[3] و ارزش ویژه[4] جهت تعیین تعداد عوامل سازندهٔ مقیاس فرم کوتاه سازگاری مذهبی به‌کار رفت. پایایی ابزار با روش تحلیل همسانی درونی[5] 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 نسخهٔ ۱۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

1. KMO
2. Varimax Rotation
3. Scree Plot
4. Eigen Value
5. Internal Consistency

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

۳ یافته‌ها

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

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

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

شاخص نمونه‌گیری KMO در این مدل تحلیل عاملی برابر ۰/۸۴۱ بود. همچنین مقدار آمارهٔ 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 درمجموع، ۵۶/۶۲۱درصد واریانس را تبیین می‌کند. جدول ۲ بارهای عاملی برآوردشدهٔ الگوی عاملی را نشان می‌دهد. بارهای عاملی به‌دست‌آمده در تمامی سؤالات گستره‌ای از ۰/۶۱۲تا۰/۸۲۳ را شامل شدند که حاکی‌از مناسب‌بودن ساختار پرسشنامهٔ ترجمه‌شده بود. بارهای عاملی تمام سؤال‌ها، معنادار بودند (p<۰/۰۰۱).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

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

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

در محاسبهٔ همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷۱ و برای زیرمقیاس‌های سازگاری مذهبی مثبت و منفی به‌ترتیب ۰/۸۴۵ و ۰/۷۸۱ به‌دست آمد. (جدول ۳)

جدول ۳. تعیین پایایی زیرمقیاس‌های مقابلهٔ مذهبی

متغیر	تعداد سؤالات	(انحراف‌معیار) میانگین	دامنهٔ تغییرات نمرات در مقیاس	ضریب آلفای کرونباخ n=۱۶۰
سازگاری مذهبی مثبت	هفت	۲۳/۳۸ (۴/۱۷)	۷تا۲۸	۰/۸۷
سازگاری مذهبی منفی	هفت	۱۱/۴۶ (۴/۳۴)	۷تا۲۸	۰/۸۴
سازگاری مذهبی کل	چهارده	----	----	۰/۷۸

۴ بحث

پژوهش حاضر به‌منظور 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 موردتوجه کادردرمانی شان نیز قرار بگیرد که نتیجه آن افزایش احساس قدرت ، امید و سلامت جسمانی مطلوب‌تر در بیماران است (۲۱،۲۸،۲۹). با وجود اهمیت این موضوع فقر اطلاعاتی موجود دربارهٔ نقش مقابلهٔ 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 مقابلهٔ مذهبی را در این نمونه، به مثابهٔ یک اولویت پژوهشی اجتناب‌ناپذیر آشکار می‌کند.

در پژوهش حاضر جمعیت موردمطالعه بیمارانی 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. به‌منظور بررسی روایی سازهٔ پرسشنامه، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. نتایج دو عامل راهبردهای سازگاری مذهبی مثبت و منفی را نشان داد. این نتایج با یافته‌های مطالعهٔ اصلی و دیگر مطالعات در بیماران اسپانیایی (۲۶) و عراقی (۲۷) همسو ست. در مطالعه پارگامنت و همکاران که با هدف توسعه و روان‌سنجی مقیاس مقابلهٔ 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 مطالعهٔ حاضر همخوانی دارد؛ به‌طوری‌که 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

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 تعمیم پذیری 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 ریشهٔ مذهبی قوی، از روش‌های فعالی هستند که به بیماران کمک می‌کنند تا اندیشهٔ خود را پالایش نموده و بر مشکل و تصمیم‌گیری دربارهٔ 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 پایان‌نامهٔ دورهٔ دکتری روان‌شناسی سلامت است و به علت محدودیت زمانی در اجرای پروژه امکان استفاده از مراکز متعدد درمانی به‌منظور جمع آوری داده‌های گسترده‌تر نبود.

References

1. Tabarestani S, Noori-Daloii 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
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
6. Kiaee N, Daryaafzoun M, Meybodi F, Enjedany E, Hamzelouiyan 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
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
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
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
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
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]

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
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
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
20. Rippentrop 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
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
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
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
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
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.
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.55.4]