

## تقدیر و تشکر

سپاس خداوندی را که اول است و قبل از او اولی نبوده و آخر است و بعد از او آخری وجود ندارد. آن که دیده بینایان از روئیتش ناتوان و اندیشه توصیف کنندگان از وصفش عاجز است. حال که با یاری خداوند حکیم این فصل از زندگی علمی خود را با موفقیت سپری کرده ام، برخود لازم می دانم که از راهنمایی های اساتید فرزانه ام، سرکار خانم دکتر زهره خسروی و سرکار خانم دکتر مه سیمما پور شهریاری که راهنمایی و مشاوره این پروژه را عهده دار بودند و راهنمایی های آنها هدایت گر من در این مسیر بود، قدردانی و تشکر نمایم.

همچنین از اساتید ارجمندم، سرکار خانم دکتر سیمین حسینیان، دکتر سوسن سیف، دکتر طیبه زندی پور و همه اساتید بزرگواری که افتخار شاگردی آنها را داشته ام، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران سرطانی دو شهر اهواز و تهران می‌باشد. نمونه این پژوهش متشکل از ۱۰۰ بیمار سرطانی (۵۰ زن و ۵۰ مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از طریق چهار ابزار، پرسشنامه احساس گناه، پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه تصور از خدا (RSI) و پرسشنامه امیدواری مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون t مستقل استفاده شده است. نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که بین افسردگی و احساس گناه مرضی، تصور از خدا (مثبت و منفی) و امیدواری همبستگی معنادار وجود دارد. علاوه بر این، نتیجه آزمون رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد اولین عاملی که سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی امیدواری (به صورت معکوس) دارد عامل تصور منفی از خدا و دومین عامل تصور منفی و مراقبت خداوند است. همچنین احساس گناه مرضی سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارد.

به طور کلی پژوهش حاضر نشان می‌دهد با افزایش تصور مثبت از خداوند، احساس گناه مرضی و افسردگی کاهش یافته و امیدواری افزایش می‌یابد و با افزایش تصور منفی از خدا، احساس گناه مرضی و افسردگی افزایش یافته و امیدواری کاهش می‌یابد.

**کلیدواژه‌ها:** احساس گناه مرضی، تصور از خدا، افسردگی، امیدواری و بیماران سرطانی

صفحه	عنوان
	<b>چکیده</b>
	<b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>
۱	مقدمه
۵	بیان مسئله
۹	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۱	اهداف پژوهش
۱۲	پرسش‌های پژوهش
۱۳	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها
	<b>فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش</b>
۱۷	مقدمه
۱۷	الف) مبانی تئوریک پژوهش
۱۷	سرطان
۱۹	تاریخچه سرطان
۲۳	زیست‌شناسی سرطان
۲۴	دوره رشد
۲۵	پیش‌آگهی، سبب‌شناسی و شیوع سرطان
۲۶	تشخیص و درمان سرطان
۲۸	شیوه‌های مقابله با سرطان
۳۳	اثرات روانی اجتماعی سرطان
۳۶	جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی در سرطان‌ها
۴۱	افسردگی
۴۱	ماهیت افسردگی
۴۲	علائم افسردگی
۴۴	شیوع
۴۴	افسردگی و سرطان
۴۷	احساس گناه
۴۷	احساس گناه مرضی و غیر مرضی
۵۰	شرم و احساس گناه
۵۴	رشد احساس گناه
۵۵	سبب‌شناسی احساس گناه
۵۶	شرم، گناه، جنسیت، مذهب و فرهنگ
۵۸	تصور از خدا

## فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۵۸	تاریخچه‌ای از نظرات و بررسی‌های روانشناختی پیرامون دین
۶۲	سازه تصور از خدا
۶۳	رشد تصور از خدا
۶۷	مفهوم خدا و تصور از خدا
۶۸	تصور از خدا، مذهب، نیایش و سرطان
۷۰	امیدواری
۷۴	امید و امیدواری در بحران‌ها
۷۵	رابطه تصور از خدا، امیدواری، افسردگی، احساس گناه و سرطان
۷۸	بررسی مفاهیم افسردگی، احساس گناه، امیدواری و تصور از خدا در دیدگاه‌های مختلف
۷۸	دیدگاه روانکاوی
۷۸	۱. زیگموند فروید
۸۰	۲. اریک اریکسون
۸۴	۳. آلفرد آدلر
۸۵	۴. نظریه روابط موضوعی
۸۸	دیدگاه کردارشناسی
۸۸	جان بالبی
۹۲	دیدگاه شناختی
۹۲	۱. الگوی شناختی بک
۹۳	۲. الگوی درماندگی آموخته شده
۹۴	۳. نظریه اسناد
۹۶	۴. آلبرت الیس
۹۶	۵. رابینسون
۹۹	۶. آشنایدر
۱۰۰	۷. دیدگاه تبدیل
۱۰۲	دیدگاه اسلام
۱۰۵	(ب) مروری بر تحقیقات انجام شده
۱۱۸	جمع‌بندی
۱۲۰	فرضیات پژوهش
	<b>فصل سوم: طرح تحقیق</b>
۱۲۱	مقدمه

## فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱۲۱	روش تحقیق
۱۲۱	جامعه پژوهش (آماري)
۱۲۱	حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۱۲۲	روش جمع‌آوری اطلاعات
۱۲۲	ابزارهای سنجش، پایایی و روایی
۱۲۳	۱. پرسشنامه احساس گناه
۱۲۵	۲. پرسشنامه افسردگی بک
۱۲۸	۳. پرسشنامه تصور از خدا
۱۲۹	۴. پرسشنامه امیدواری
۱۳۰	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
	<b>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش</b>
	مقدمه
۱۳۱	
۱۳۲	الف) اطلاعات توصیفی پژوهش
۱۳۴	ب) اطلاعات استنباطی پژوهش
	<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری</b>
	مقدمه
۱۴۴	
۱۴۵	یافته‌های مربوط به فرضیات پژوهش
۱۵۵	یافته‌های جانبی پژوهش
۱۵۷	محدودیت‌های پژوهش
۱۵۸	پیشنهادات
۱۵۹	فهرست منابع و مأخذ
	پیوست‌ها

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۱۳۲	جدول شماره ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی آزمودنی ها
۱۳۲	جدول شماره ۴-۲: توزیع فراوانی جنسیت آزمودنی ها
۱۳۳	جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی وضعیت تاهل آزمودنی ها
۱۳۳	جدول شماره ۴-۴: توزیع فراوانی شهرها
۱۳۳	جدول شماره ۴-۵: توزیع فراوانی وضیت سن آزمودنی ها
۱۳۵	جدول شماره ۴-۶: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای احساس گناه (ساله و مرضی)، افسردگی، تصور از خدا و امیدواری در بیماران سرطانی
۱۳۷	جدول شماره ۴-۷: نتایج تحلیل واریانس مربوط به پیش بینی امیدواری از روی نوع تصور از خدا
۱۳۸	جدول شماره ۴-۸: نتایج ضریب رگرسیون امیدواری از روی تصور از خدا
۱۳۹	جدول شماره ۴-۹: نتایج ضریب همبستگی متغیرهای امیدواری، احساس گناه مرضی، افسردگی و نوع تصور از خدا
۱۴۰	جدول شماره ۴-۱۰: نتایج تحلیل واریانس مربوط به پیش بینی افسردگی از روی احساس گناه مرضی
۱۴۱	جدول شماره ۴-۱۱: نتایج ضریب رگرسیون افسردگی از روی احساس گناه مرضی
۱۴۱	جدول شماره ۴-۱۲: نتایج ضرایب همبستگی افسردگی، احساس گناه مرضی، امیدواری و نوع تصور از خدا در گام اول و دوم
۱۴۲	جدول شماره ۴-۱۳: آزمون t مستقل بین آزمودنی های زن و مرد در متغیرهای افسردگی، احساس گناه، نوع تصور از خدا و امیدواری
۱۴۳	جدول شماره ۴-۱۴: آزمون t مستقل بین آزمودنی های زن و مرد در متغیرهای افسردگی، احساس گناه، نوع تصور از خدا و امیدواری

# فصل اول

## کلیات پژوهش

این اعتقاد که جنبه‌های روانی و رفتارها بر روی سلامت و در بروز بیماری‌ها مؤثر هستند از هزاران سال پیش وجود داشته است. جوامع بدوی بیماری‌ها و امراض را به اعمال ناشی از روح شیطانی یا خدایان نسبت می‌دادند، آنها معتقد بودند که خشم و غضب خدایان منجر به بروز افکار یا رفتارهای بیمارگونه در انسان می‌شود. این طرز تلقی را می‌توان اولین نظریه تعاملی بین ذهن و بدن محسوب کرد. نظریه تعاملی در طی سال‌های متمادی مورد پذیرش بود و به تدریج جنبه‌های علمی آن پیشرفت کرد. با شکوفایی فلسفه یونان و ظهور اندیشمندانی چون سقراط و افلاطون دیدگاه تعاملی جای خود را به نظریه دوگانگی ذهن و بدن داد. سقراط معتقد بود که ذهن با روح ماهیتی جدا از بدن محسوب می‌گردد و این طرز تلقی تا ظهور دیدگاه ملاصدرا، بسیاری از فلاسفه اسلامی را نیز متأثر ساخت. (مسترز<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۷)

در قرون نوزدهم و بیستم، با تأکید برخی پزشکان بر نقش عوامل رفتاری و هیجانی در سلامت و بیماری، پایه‌های محکم دیدگاه دوگانگی ذهن و بدن تا حدی متزلزل گردید. زیگموند فروید بر نقش فرایندهای ناهشیار در جسم و کارکرد هیجانی و تأثیر کارکردهای روانی بر روی سلامت تأکید داشت. در سمپوزیوم رابطه بین روانشناسی و آموزش پزشکی (۱۹۱۱) جان واتسن پدر رفتارگرایی معاصر ابراز کرد که عوامل روانی و رفتاری می‌توانند بر روی فرایندهای بیماری مؤثر باشند، به همین جهت پیشنهاد کرد که پزشکان اطلاعات بیشتری را در این زمینه کسب نمایند (همان). با وجود تأکید این اندیشمندان بر دیدگاه تعاملی، تا سال‌های اخیر این دیدگاه چندان مورد توجه قرار نگرفت و حداقل به سه دلیل عمده مدل بیماری در طی این سال‌ها تغییر نکرد. اول اینکه مدل بیماری تأثیر بسزایی در پزشکی قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم بر جای گذاشت. طی این دوره بیماری‌های عفونی بخش قابل ملاحظه‌ای از علل مرگ و میر را در بر داشت و مدل بیماری به طور چشمگیری در ریشه‌کن کردن آنها موفق



بود. ثانیاً، گرچه در طی این سال‌ها افراد زیادی بر نقش عوامل روانی و رفتاری در بروز بیماری‌ها تأکید داشتند، اما این ادعا در حد اظهارنظر باقی ماند و از طریق پژوهش‌های تجربی پیگیری نشد، ثالثاً رضایت جامعه پزشکی و افراد جامعه از شرایط موجود و دستاوردها و کشفیات مهم علم زیست‌پزشکی و پیشرفت تکنولوژی در این زمینه باعث شد تا در این مدت مدل بیماری همچنان اهمیت خود را حفظ نماید. اما در طی سال‌های اخیر به تدریج نقش هر یک از این عوامل دستخوش تغییر شده است. در حال حاضر مشکلات اساسی در زمینه سلامتی، از بیماری‌های عفونی مثل سینه‌پهلو به بیماری‌های مزمنی مثل بیماری‌های قلبی و سرطان تغییر کرده است. از طرفی در حال حاضر حجم قابل ملاحظه‌ای از پژوهش‌ها مدارکی را دال بر نقش اساسی عوامل روانی و رفتاری در پیشرفت و دوره بیماری و همچنین سلامت جسمی فراهم آورده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیش از نیمی از مرگ و میرهای ناشی از ۱۰ علت عمده مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا، با رفتار و زندگی افراد ارتباط دارد. (میلر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳؛ به نقل از مسترز و همکاران ۱۹۸۷).

همه این مسائل شرایط را برای بوجود آوردن مدل زیستی-روانی-اجتماعی به منظور تبیین علت بروز بیماری‌ها و درمان آنها مهیا ساخته است. این مدل سلامت شخص را در گرو تعامل پیچیده عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی می‌داند. براساس این دیدگاه ارتباط دائم جنبه‌های روانی و رفتارهای بین فردی و فرایندهای فیزیولوژیکی، زمینه‌ساز بیماری یا سلامت محسوب می‌شود (استوکلز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

در این مدل ذهن و بدن از هم متمایز نمی‌شوند و هر دو بر سلامت جسمی و روانی فرد تأثیر دارند. با تکیه بر این رویکرد حوزه‌های بین رشته‌ای مثل طب رفتاری و روانشناسی سلامت مورد توجه روزافزون قرار گرفتند. طب رفتاری علوم زیست‌پزشکی و رفتاری را با هم پیوند داده و از دانش و تکنیک‌هایی در ارتباط با فهم سلامت جسمی و بیماری همچنین

1- Miller

2- Stokols

پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها استفاده می‌کند. روانشناسی سلامت نیز شامل کلیه اقدامات تخصصی، علمی و آموزشی در حوزه روانشناسی می‌شود که در آن به حفظ سلامتی، پیشگیری، درمان بیماری‌ها و شناسایی عواملی که باعث بروز بیماری‌ها می‌شوند، می‌پردازد. (فورستین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸)

سرطان<sup>۲</sup> یکی از بیماری‌های مزمنی است که مورد توجه حوزه‌های فوق (علوم رفتاری، زیست‌پزشکی و روانشناسی سلامت) می‌باشد و در چند دهه اخیر از علل عمده مرگ و میر در جوامع بشری بوده و به همین دلیل بسیار مورد توجه قرار گرفته است. (فاستر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲).

تشخیص سرطان بحرانی همراه با تنش در همه افراد ایجاد می‌کند. این بحران به این دلیل است که بیشتر افراد عادت ندارند مکانیزم‌های حل مسئله را در بحران‌های وابسته به سرطان و در جایی که سردرگمی‌های شناختی وجود دارد، به کار برند. شما واقعاً نمی‌دانید درباره مسئله چگونه فکر کنید و واقعیت را چگونه ارزیابی کنید؟ یا نتایج یک بحران را چگونه فرموله (مشخص) کنید. ارائه اطلاعات ضروری است ولی به دلیل شوک و ناآشنایی با موقعیت، پذیرش مشکل است؛ در نتیجه یک بحران عمومی فرد را به سوی یک موقعیت غیرعادی و همراه با حالات پانیک<sup>۴</sup> هدایت می‌کند. (کلارک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

برای بیشتر بیماران سرطانی، سرطان فقط یک بحران نیست، بلکه زنجیره‌ای از بحران-هاست. یک عامل وابسته در هر یک از بحران‌ها معمولاً ترس و عدم اطمینان خاطر همراه با آنهاست. عوامل متعددی در بهبودی یا پیشرفت سرطان دخیل هستند. از جمله فاکتورهای مؤثر در بهبودی یا پیشرفت بیماری در این گونه بیماران امید است. امیدواری مجموعه‌ای از

1- Ferestin

2- cancer

3- Foster

4- Panic

5- Clark

مفاهیم پیچیده‌ای است که اغلب توسط بسیاری از مردم از جمله متخصصان بهداشتی به روشنی درک شده است. (نولند، اس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از عوامل مداخله‌کننده، نقش تصویری است که بیمار از آفریدگار خود دارد. برخی بیماران، بیماری را به عنوان یک تنبیه و مجازات برای گناهان و معاصی گذشته در نظر می‌گیرند و در نتیجه احساس گناه می‌کنند (فرانک، استرومبورگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴؛ نقل از نصری، ۱۳۷۲).

بعضی نسبت به خدا خشمگین می‌شوند و متعاقباً حمایتی را که در گذشته از اعتقادات مذهبی بدست آورده بودند، از دست می‌دهند یا بعداً احساس گناه می‌کنند و از خشم غیر منطقی‌شان شرمند می‌شوند (فریدمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از همان منبع).

عوامل مداخله‌گر دیگری نیز در سیر بهبودی یا عدم بهبودی این بیماری وجود دارد که در پژوهش حاضر سعی به بررسی برخی از آنها شده است. پژوهش حاضر بررسی مقدماتی در زمینه مسئله‌ی پیچیده است و در آن ارتباط بین احساس گناه پاتولوژیک (مرضی) و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفته است.

1- Nuland, S.

2- Frank & Stromborg

3- Fridman

### بیان مسئله

تجربه سرطان و درمان آن احتمالاً چالش برانگیزترین استراسوری است که یک فرد ممکن است با آن مواجه شود. واکنش‌های افراد به این بیماری متفاوت است. برخی مردم غمگین، محزون، دلسرد و حتی افسرده می‌شوند، برخی از بی‌انصافی و بی‌عدالتی سرنوشت خشمگین خواهند شد و افراد دیگر در خصوص مفاهیم حتمی بیماری برای خودشان، افراد مورد علاقه-شان و آینده‌شان نگران خواهند شد. ترس، اضطراب، پشیمانی و سایر هیجانات ناراحت‌کننده ممکن است پیامد آن باشند. اثر دیگر سرطان ناراحتی‌های جسمی است. بیشتر بیماران درد، خستگی و خواب‌آلودگی را تجربه خواهند کرد. ممکن است تصور بدنی دچار دگرگونی گردد و فرد ممکن است احساس عدم جذابیت و بی‌ارزشی کند. بیشتر بیماران گزارش می‌کنند که خانواده و دوستان به طور متفاوتی با آنان رفتار می‌کنند. در کشورهای فاقد مراقبت بهداشت همه‌گیر، داشتن سرطان می‌تواند برای فرد گران تمام شود. هزینه‌های همراه با رفت و آمد و اقامت برای درمان، ویزیت‌های پزشکان، داروها، تغذیه و حقوق‌های از دست رفته به سرعت افزایش پیدا می‌کند و فشار قابل ملاحظه‌ای را بر بیماران و خانواده‌هایشان تحمیل می‌کند. (کرای<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از نصری، ۱۳۷۲)

تشخیص سرطان نه تنها باعث وارد شدن چالش زیادی به فرد مبتلا می‌شود، بلکه کنش‌های بین فردی وی را نیز مختل می‌کند. (پاتریسیا، اگاتر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از ندایی، ۱۳۸۰).

روانپزشکی و روانشناسی در کنترل و اداره کردن بیماران مبتلا به سرطان نقش مهمی را بر عهده دارند. متخصصین سرطان و روانپزشکان هر دو بر فائق آمدن یک تابو تجربه دارند. روانپزشکی با بعد معنوی و نیروهای نامرئی سر و کار دارد، در حالی که آنکولوژی با مرگ یا حلقه‌ای که به مرگ می‌انجامد. (همان منبع). افسردگی یکی از واکنش‌های متداول افراد به تشخیص سرطان است و رابطه افسردگی و بیماری سرطان یکی از حوزه‌های فعال مطالعاتی

1- Carey

2- Patrícia & Ogater

درباره ارتباط عوامل روانی- اجتماعی و سرطان محسوب می‌شود. در بین حالت‌های عاطفی، تأکید بیشتر بر روی افسردگی، شاید به دلیل ارتباط نزدیکی است که با استرس دارد. به بیان دیگر افسردگی واکنشی در مقابل استرس‌ها محسوب می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند که استرس و افسردگی تأثیرات هورمونی و ایمنی مشابهی را بر ارگان‌یسم بر جای می‌گذارند. (لینکینز و کامستوک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

از طرفی به دلیل اینکه یکی از فرضیه‌های مهم درباره بروز بیماری سرطان، از دست دادن یک رابطه عاطفی و نزدیک است و از دیدگاه‌های مختلف این فقدان می‌تواند زیربنای بروز افسردگی باشد، اهمیت بررسی رابطه بین سرطان و افسردگی افزایش یافته است. همچنین براساس بررسی‌های اخیر، افسردگی با کارکرد ضعیف سیستم ایمنی بدن ارتباط مستقیم دارد (ویس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲).

احساس گناهکاری، خشم و ترس از دیگر واکنش‌های بیماران نسبت به این بیماری است. بیمار ممکن است بیماری را مجازاتی برای خود در نظر گرفته و دچار احساس گناه شود. احساس بی‌ارزشی، پستی، غیر قابل بخشش بودن و توجه بیش از حد به خشم و قهر خداوند و عدم توانایی در جبران اشتباهات واقعی ممکن است او را به ورطه افسردگی و گاهی خودکشی کشانده و به طور کامل سلامت روانش را مختل می‌کند. (به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

فنیسون و کوپر<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) در پژوهش خود دریافتند افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند نسبت به خودشان، دیگران و خداوند خشمگین شده، احساس گناه کرده و سلامت روانی و دردهای آنها تحت تأثیر این حس قرار می‌گیرد و از سبک‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری استفاده می‌کنند. (به نقل از ریپنتراپ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

1- Linkins,R.&Comstock

2- Weiss

3- Finnesson & Cooper

4- Rippentrop,A. & etal

احساس اندوه، یاس و ناامیدی از دیگر پاسخ‌های روانشناختی است که افراد در مواجهه با رویدادهای تهدیدآمیز از جمله سرطان از خود نشان می‌دهند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که ناامیدی می‌تواند نقش مهمی در آسیب‌پذیری افراد نسبت به سرطان ایفا کند (به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۰).

وقتی که انسان دردمند و تنها، از کمک دیگران در کاهش دردهای جسمی یا روانی خود راه به جایی نمی‌یابد و هنگامی که امید بهبودی از بیمار مبتلا به ضایعه‌ای مزمن و پیش‌رونده سلب می‌شود، تنها راهی که برای نجات از اضطراب افسردگی و دردهایش باقی می‌ماند یاری گرفتن از نیرویی بالاتر و قدرتی است که توان تحمل خود را در تسکین دردها افزایش می‌دهد این نیرو فرد را امیدوار می‌کند. بر این اساس رابینسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) امید را یکی از پایه‌های اساسی عملکرد روانی می‌داند که رونق‌دهنده دستاوردهای زندگی می‌باشد. امید توانایی باور احساس بهتری از آینده است و با نیروی مؤثر فرد سیستم فعالیتی را تحریک کرده و دریچه‌های تازه‌ای از زندگی را به روی فرد می‌گشاید.

با توجه به نتایج پژوهش‌ها، امیدواری عاملی مؤثر در سازگاری بیماران و کاهش سطوح استرس و آشفتگی روانی آنها می‌باشد. (بی، ار، فرال و همکاران، ۱۹۹۸).<sup>۲</sup>

امیدواری اهمیت ویژه‌ای در کاهش رنج‌های افراد مبتلا به سرطان دارد و محققان به همبستگی قوی بین عامل ارتباط با خداوند و امیدواری دست یافتند (کوپمینرز و همکاران، ۱۹۹۷).<sup>۳</sup>

به نظر می‌رسد که یکی دیگر از عوامل مرتبط در برخورد با بیماری و شرایط بحرانی ایمان به خداوند و نوع تصویری است که افراد نسبت به آفریدگار خود دارند. روبرتس<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) در

1- Rabinson

2- B.,R.,Ferrel & etal

3- Koopmeiners & etal

4- Roberts

بررسی که بر روی بیماران سرطانی انجام داد دریافت که ایمان آنها به خداوند باعث افزایش امیدواری‌شان شده و آنها را در مقابله با موقعیت‌های غیر قابل کنترل زندگی توانمند می‌سازد.

تیزدال<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) تصور افراد از خداوند را یکی از عوامل تأثیرگذار بر رابطه افراد با خداوند می‌داند. (نقل از اسچاپ-چانکر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). براساس یافته‌های گرینوی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) تصویری که از خدا در افراد می‌تواند شکل بگیرد به تصور مثبت و منفی از خدا تقسیم می‌شود. در تصور مثبت از خدا، خدا بصورت مهربان، حمایتگر، راهنما، خیرخواه و ... تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش‌دهی داشته باشد و در تصور منفی از خدا، خدا با مفاهیم منفی نظیر تنبیه‌گر، طردکننده، خشمگین، نامهربان و ... تصور می‌شود که باعث می‌شود افراد نومی‌دی، تنفر، احساس گناه و خلق منفی را تجربه کنند. بر این اساس به نظر می‌رسد که نوع تصور افراد از خداوند می‌تواند به صورت مثبت یا منفی با واکنش‌های افراد نسبت موقعیت‌های بحرانی و تهدیدآمیز زندگی، از جمله بیماری‌ها، همبسته باشد و در تعارضات جسمانی- روانی که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجهند ایفای نقش کند. بیماری که قدرت و اراده الهی را باور داشته باشد به راحتی می‌تواند با آرام حاصل از بیماری مقابله کند و بر بسیاری از واکنش‌های روانی منفی از جمله یأس، ناراحتی، خشم، افسردگی و غیره فائق آید. (جعفری، ۱۳۶۹).

به طور کلی با توجه به مسائل و مشکلات عدیده‌ای که تشخیص سرطان به دنبال خواهد آورد، هرگونه تلاشی جهت شناسایی و رفع عوارض ناشی از آن قابل توجه است. لذا پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی مناسب است که آیا بین عوامل روانشناختی مورد بحث رابطه‌ای وجود دارد و به این منظور به بررسی رابطه میان عوامل تصور از خداوند و احساس گناه مرضی با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان می‌پردازد.

1- Tisdale

2- Schaap-Jonker

3- Greenway, A .P

## اهمیت و ضرورت پژوهش

سرطان بیماری مزمنی است که توسط بسیاری از مردم ترسناک و خطرناک تلقی می‌شود. روزانه افراد زیادی در اقصی نقاط جهان قربانی این بیماری می‌گردند. به دلیل ماهیت مخرب سرطان سالیانه منابع هنگفتی صرف تلاش برای یافتن راههای بهبودی و علاج بیماری یا حداقل طولانی کردن عمر افرادی که مبتلا به سرطان هستند می‌شود. در ایالات متحده امریکا سالانه در حدود ۱/۲ میلیون سرطان تشخیص داده می‌شود. نرخ زندگی ۵ ساله برای همه انواع سرطان‌ها ۰/۵۹ است و ۸/۲ میلیون نفر با سرطان زندگی می‌کنند و هر سال از هر ۴ نفر امریکایی یک نفر به این دلیل می‌میرد. (Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2000)

چنین تشخیصی همه ابعاد زندگی فرد را به چالش می‌کشد: ابعاد فیزیکی، عاطفی و معنوی. در ضمن پژوهشگران رابطه‌ی قوی بین توکل بیماران به عقاید مذهبی و عملکرد مؤثر در سازگاری با سرطان یافته‌اند. (هالند<sup>۱</sup> و همکاران ۱۹۹۹). ایمان می‌تواند به رنج فرد چارچوب معناداری بدهد تا فرد معنایی نسبت به منشأ خود بدست آورد و احساسات ناامید کننده خود را کنترل کند. (فرینگ، میلر و شاو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷)

با توجه به اینکه سرطان در بسیاری از مواقع غیر قابل اجتناب است و از طرفی یکی از بحث برانگیزترین موارد در حوزه پزشکی و رشته‌های وابسته می‌باشد، لذا با توجه به اهمیت موضوع و جدی بودن آن هر گونه تلاشی در جهت شناخت، پیشگیری و درمان آن صورت گیرد فی‌نفسه حائز اهمیت می‌باشد.

امروزه مطالعات و پژوهش‌ها بیانگر این مطلبند که عوامل روانشناختی می‌تواند نقش مهمی

در سیر و فرجام بیماری ایفا کند (گریرو همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از نصری: ۱۳۷۲).

1- Holland, & etal

2- Ferhning, & Miller, Shaw

3- Gareer, & eatl



از آنجا که واکنش‌های روانشناختی بیماران نسبت به تشخیص سرطان از حالات خلقی تا حالات بالینی نظیر افسردگی، اضطراب و حتی خودکشی می‌تواند متغیر باشد لذا ضرورت انجام پژوهش در زمینه عوامل مرتبط با مسائل روانشناختی بیماران اهمیت می‌یابد و با توجه به اینکه پژوهشگر در طی جستجوهای خود به پژوهشی که به بررسی ارتباط بین متغیرهای احساس گناه مرضی تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان برخورد نکرده است، لذا ضروری می‌داند که به بررسی ارتباط متغیرهای احساس گناه مرضی، افسردگی، تصور از خدا و امیدواری در این بیماران بپردازد و سهم هر یک از عوامل احساس گناه مرضی و تصور از خدا با متغیرهای افسردگی و امیدواری برآورده شود تا بتوان با کشف عوامل مرتبط با متغیرهای مورد بحث گام‌هایی را جهت انجام بررسی‌های عمیق‌تر و عملی‌تر برداشت.

## اهداف پژوهش

بیشتر مطالعات در دو دهه اخیر نقش عوامل روانی و شخصیتی را در بیماری‌های جسمی از جمله سرطان مؤثر می‌دانند. با توجه به اینکه عوامل روانشناختی و جسمانی در تعامل با یکدیگر به صورت متقابل اثرگذار می‌باشند، لذا در این پژوهش به بررسی واکنش‌ها و ابعاد روانشناختی وابسته به بیماری سرطان پرداخته شده است. از جمله ابعاد روانشناختی که در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان مورد بحث قرار می‌گیرند احساس گناه مرضی، تصور از خدا، افسردگی و امیدواری می‌باشند. بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه میان عوامل احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان است.

تعیین سهم هر یک از عوامل احساس گناه مرضی و تصور از خدا (تصور مثبت و منفی از خدا) در پیش‌بینی افسردگی و امیدواری بیماران از موارد دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر است.

روشن است که اهداف پژوهش‌های روانشناختی تنها یک سویه و در جهت ارائه راهکارهایی برای بیماران روانی نیست، بلکه گامی در جهت ارائه راهکارهایی برای بیماران جسمی نیز هست. از آنجا که در طول تاریخ روانشناسی، روانشناسان به رابطه جسم و روان توجه نموده‌اند، لذا با انجام این تحقیق و تحقیقات مشابه می‌توان گامی مثبت در جهت شناسایی تعاملات جسمانی- روانی مرتبط با این بیماری برداشت و به راهکارهای مناسبی جهت مقابله با مسائل همراه با این بیماری نایل آمد.

پرسش‌های پژوهش

۱- آیا بین احساس گناه مرضی و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد؟

۲- آیا بین تصور از خدا (تصور مثبت و منفی) با افسردگی بیماران سرطانی رابطه

وجود دارد؟

۳- آیا بین تصور از خدا (تصور مثبت و منفی) با امیدواری بیماران مبتلا به سرطان

رابطه وجود دارد؟

۴- آیا احساس گناه مرضی، تصور از خدا و افسردگی در پیش‌بینی امیدواری بیماران

مبتلا به سرطان مهم تعیین‌کننده‌ای دارند؟

۵- آیا احساس گناه مرضی، تصور از خدا (تصور مثبت و منفی) و امیدواری در پیش-

بینی افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سهم تعیین‌کننده‌ای دارند؟

## تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

### سرطان<sup>۱</sup>:

سرطان واژه عمومی است که به تمامی تومورهای بدخیم اطلاق می‌شود. تومور بدخیم توده سلولی غیر طبیعی و بی‌هدف است که به میزبان آسیب می‌رساند. اصطلاح سرطان، نئوپلازی و بدخیمی در ادبیات محاوره‌ای معادل هم به کار می‌روند. بیماری که سرطان نامیده می‌شود به وسیله چهار ویژگی مشخص می‌گردد که چگونگی تفاوت عمل سلول‌های سرطانی را با سلول‌های طبیعی نشان می‌دهد (هاریسون<sup>۲</sup>، ۱۳۶۹).

۱- کلونالیتی<sup>۳</sup>: در اکثر موارد سرطان از یک سلول بنیادی واحد نشأت می‌گیرد که جهت ایجاد تجمعی از سلول‌های سرطانی تکثیر می‌یابد.

۲- خودمختاری<sup>۴</sup>: رشد سلول‌های سرطانی به وسیله عوامل مؤثر فیزیکی و شیمیایی طبیعی در محیط تنظیم می‌شود.

۳- آناپلازی<sup>۵</sup>: فقدان تمایز سلولی هماهنگ و طبیعی.

۴- متاستاز<sup>۶</sup>: سلول‌های سرطانی توان انتشار و رشد غیر مداوم را به سایر نقاط بدن بدست می‌آورند.

منظور از بیماری سرطان در پژوهش حاضر بیمارانی هستند که توسط پزشک متخصص در بیماری سرطان با توجه به انواع آزمایشات طب هسته‌ای، اندوسکپی، تومور مارکر، فلورسکپی، اولتراسوند، رادیوایمونولوژی، CT اسکن، اسکن PET و MRI تشخیص داده شده و دارای پرونده پزشکی در بیمارستان‌های شفاء اهواز و امام خمینی تهران (بخش کانسر) می‌باشند و

1- Cancer

2- Harison

3- clonality

4- autonomy

5- anaplasia

6- metastasis

حداقل دو بار شیمی‌درمانی شده‌اند. سرطان در این پژوهش به معنای عام آن مدنظر است و سرطان عضو خاصی از بدن مدنظر نمی‌باشد.

### افسردگی<sup>۱</sup>:

واژه افسردگی در بسیاری از نوشته‌ها به صورت مبهم مطرح شده است. این امر به دلیل به کارگیری این واژه به عنوان حالتی خلقی، مجموعه‌ای از نشانه‌ها و سندرم‌های بالینی می‌باشد (کوین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶؛ به نقل از ویس<sup>۳</sup> ۱۹۹۲).

به طور کلی افسردگی را به عنوان خلق ملال‌آور تعریف می‌کنند که با احساس غمگینی، ناامیدی، درماندگی، بی‌ارزشی، تنهایی و اغلب گناه مشخص می‌شود. از دست دادن وزن، آشفتگی در خواب و گریه کردن از علائم افسردگی به شمار می‌روند. علت افسردگی براساس نشانه‌های آن مشخص می‌گردد، که آیا یک احساس طبیعی است یا یک اختلال بالینی محسوب می‌شود. در افسردگی بالینی خلق ملال‌آور غالب و بسیار شدید است و برای چندین هفته، ماه و حتی سال دوام می‌یابد. (ویس، ۱۹۹۲).

منظور از افسردگی در پژوهش حاضر نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در پرسشنامه افسردگی بک (BDI) دریافت می‌کنند.

### احساس گناه<sup>۴</sup>:

کلاس<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) احساس گناه را خودسرزندی و پشیمانی از رفتار شخصی تعریف کرده، زمانی که فرد از یک اصل اخلاقی مهم تخلف کرده باشد که البته این اصل از مذهب آمده است (به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

احساس گناه به دو بخش آسیب‌شناختی و غیر آسیب‌شناختی تقسیم می‌شود:

1- depression

2- Quin

3- Weiss

4- Guilt Feeling

5- klass

- احساس گناه آسیب‌شناختی، در فرد احساس ناخوشایندی ایجاد می‌کند که پیامد آن استرس، اضطراب و افسردگی، در نتیجه به خطر افتادن سلامت روان است.

- احساس گناه غیر آسیب‌شناختی، در فرد احساس ناخوشایندی ایجاد می‌کند که پیامد آن توجه بیشتر به خود، توانایی‌ها، نقص‌ها و حرکت رو به رشد و کمال است (همان منبع).  
منظور از احساس گناه در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در پرسشنامه احساس گناه (ضرابیها، ۱۳۸۲) دریافت می‌کنند.

### تصور از خدا<sup>۱</sup>:

مفهوم تصور از خدا تجربه فردی مؤثری از خدا یا نشانه‌ای درونی است. در کل مفهوم تصور از خدا به تجارب عاطفی و نه تجارب عینی بر می‌گردد. احساسات و عواطف در این رابطه مهمتر از شناخت‌ها هستند (لورنس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ ریزتو<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹).

تصور از خدا در پژوهش حاضر نمره‌ای است که آزمودنی‌ها در پرسشنامه تصور از خدا (RSI) (گرینوی، ۲۰۰۳؛ ترجمه خسروی ۱۳۸۴) دریافت می‌کنند.

### امیدواری<sup>۴</sup>:

امیدواری به شیوه‌های متفاوتی قابل تعریف است:

- امید از مجموعه‌ای از تجارب اساسی (فطری) بشری تشکیل شده است و کارکردهای آن به عنوان شیوه‌ای برای احساس کردن، رفتار کردن و راهی برای ارتباط با خود و جهان است (فاران و پاپویچ، ۱۹۹۵)<sup>۵</sup>.

- امیدواری به معنی جاذبه‌ای از زندگی شخصی (بقای فرد) و توانایی فرد بری به کارگیری سطحی از تأثیر بر دنیای پیرامونی است (ویسمن<sup>۶</sup>، ۱۹۷۲؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

1- Image of God

2- Lawrence

3- Rizzuto

4- hopefulness

5- Farran and Papovich

6- Weisman, A.

امیدواری در پژوهش حاضر نمره‌ای است که آزمودنی در پرسشنامه امیدواری (خسروی، ۱۳۸۴). دریافت می‌کند.

فصل دوم  
مبانی نظری و پیشینه  
پژوهش



مقدمه

در این فصل به بررسی مبانی تئوریک و پژوهشی مفاهیم موضوع مورد نظر اشاره می‌شود. در بخش مبانی تئوریک به بررسی مفاهیم و تئوری‌های عمده در این زمینه می‌پردازیم و در بخش مروری بر تحقیقات انجام شده به بررسی پژوهش‌هایی که تاکنون در این حوزه صورت گرفته خواهیم پرداخت.

با توجه به اینکه متغیرهای پژوهش حاضر در ارتباط با مفهوم سرطان مورد بررسی قرار گرفتند لذا بحث را با این مفهوم آغاز می‌کنیم.

الف) مبانی تئوریک پژوهش

مفهوم سرطان<sup>۱</sup>

سرطان بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری‌ها، از آن می‌ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خیلی می‌ترساند و بیشتر مردم، مرگ ناشی از آن بیشتر تصور می‌کنند (بوریش، و میروتیزو و مارو<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ به نقل از سارافینو<sup>۳</sup>، ۱۳۸۴).

سرطان هنگامی رخ می‌دهد که سلول‌ها دچار ناهنجاری شده و بدون نظم شروع به تکثیر نمایند. به طور معمول سلول‌ها برای تولید سلول بیشتر، تقسیم می‌شوند اما زمانی که بدن به آنها نیاز دارد، در میزان مناسب این تقسیمات صورت می‌گیرد. ولی سلول‌های سرطانی به سرعت تکثیر می‌یابند. اگر این تقسیمات بدون نظم و قانون باشد، انبوهی از بافت‌ها شروع به شکل‌گیری می‌کنند که آن را تومور می‌نامند. تومورها می‌توانند خوش‌خیم یا بدخیم (سرطانی) باشند. سلول‌ها در تومورهای بدخیم به بافت نزدیک خود حمله کرده و آن را از بین می‌برند و یا از تومور جدا شده و در جریان خون به حرکت در می‌آیند و یا به غدد لنفاوی در قسمت‌های

1- cancer

2- Meyerowitz & Marraw

3- Sarafino

مختلف بدن رفته و تومورهای جدید در نقاط مختلف بدن تشکیل می‌دهند. گسترش سرطان به این صورت متاستاز<sup>۱</sup> نامیده می‌شود. (فیلیپس، ۱۹۹۵)<sup>۲</sup>.

بر حسب اطلاعات موجود، میزان علت‌های تازه و درجات مرگ و میر مخصوص سرطان در کشورهای متعدد جهان در دوره نسبتاً زیادی از زمان جمع شده‌اند. هر چند که دانشمندان هنوز مسائل بسیاری را در ارتباط با سرطان کشف نکرده‌اند اما در زمینه علت بوجود آمدن سرطان، عوامل روانی-اجتماعی و بیولوژیکی را مهم می‌دانند. در زمینه رابطه عوامل روانی-اجتماعی و سرطان مقالات بسیاری نوشته شده است که برخی تجارب استرس‌آمیز زندگی، بخصوص فقدان و جدایی، پیش از شروع بالینی نئوپلاسم‌های مختلف از جمله سرطان گردن رحم، لوسمی و لنفوم در خیلی موارد مشاهده گردیده است. بنابراین استرس و رویدادهای دارای بار هیجانی زیاد به میزان فراوان در این نوع ناراحتی دیده می‌شود. رویدادهای ضربه‌آور از نظر هیجانی شامل دوره‌ای از فقدان، انکار، خشم، سرخوردگی، ناامیدی و افسردگی است که سبب افزایش آسیب‌پذیری فرد مبتلا می‌شود. رویدادهای افسردگی‌زا ممکن است منجر به در پیش گرفتن روشی در زندگی شود که با سلامت روانی و جسمی فرد منافات دارد (سادوک<sup>۳</sup>، کاپلان<sup>۴</sup>/پورافکاری، ۱۳۶۹).

برخی پزشکان و متخصصان بر این باورند که برخی احساسات و اعتقادات مثبت همچون داشتن ایمان محکم یا برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و یا بهره‌مندی از سایر عوامل کاهش‌دهنده فشارهای روانی بتواند رشد تومورهای بدخیم را به عقب اندازد یا حتی به کلی متوقف کند، چنانکه در مورد توقف خود به خود رشد بعضی از سرطان‌ها دیده شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۷۹).

1- Metastasis

2- Phillips

3- Sadok

4- Kaplan

## تاریخچه سرطان

### الف) تاریخچه علمی سرطان:

تاریخچه سرطان عموماً به سه دوره تقسیم می‌شود:

اولین و طولانی‌ترین مرحله آن به نام «دوران مطالعه نظری و ظاهری» بیماری است. این مرحله از شروع زندگی بشر تا اواسط قرن هیجدهم طول کشیده است. تمام اطلاعات این دوره ظاهری و بدون اساس علمی و آزمایش تجربی بوده است. مأخذ این اطلاعات متکی به لوحه‌های تاریخی و مدارک قدیمی است که از نقاط مختلف عالم توسط محققان و باستان‌شناسانی که در زمینه مسائل قدیمی کاوش می‌کنند، بدست آمده است. اولین مدرکی که در دست می‌باشد حاوی اطلاعاتی است که از «پاپيروس»<sup>۱</sup> معروف به «ابرس»<sup>۲</sup> متعلق به ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد بدست آمده است. در این پاپيروس که به سال ۱۸۷۳ توسط باستان‌شناس آلمانی، ابرس، از حفاریات مصر بدست آمده چنین نوشته شده است:

«تومورهای سطحی بدن که اکثراً غیرقابل درمان می‌باشد، دارای انواعی هستند که خمیرهای ارسنیکی در بهبود آنها مؤثر است».

۵۰۰ سال قبل از میلاد بقراط حکیم چندین نوع تومور سرطانی را شناخته و اولین پزشکی بود که کلمه «کانسر» را برای تومورهای خوش‌خیم و «کارسینوما»<sup>۳</sup> را برای تومورهای بدخیم به کار برد. در قرن دوم میلادی جالینوس درباره علت سرطان بحث کرد و علت آن را غلبه صفرا دانسته است. در سال ۱۷۴۰ میلادی اولین بیمارستان مخصوص سرطانی‌ها در فرانسه افتتاح شد.

1- papyrus

2- Ebers, G.M

3- Carcinoma

دومین دوره و تقریباً از اواسط قرن هیجدهم آغاز شده است. در این زمان انواع گوناگون سرطان‌ها مورد مطالعه قرار گرفت و مسأله تشخیص بالینی، آسیب‌شناسی و درمان آن دنبال شد.

در سال ۱۷۶۱ مورگان<sup>۱</sup> پاتولوژی جدید را بنیان‌گذاری کرد و بیماری سرطان را شرح داد. تا سال ۱۸۷۷ میلادی انواع سرطان‌ها و مسأله بافت‌شناسی که بوسیله میکروسکوپ و رنگ‌آمیزی آنها، موضوع «لوسمی‌ها»<sup>۲</sup>، تئوری ژنتیک بودن و نیز مسأله پیوند سرطان به حیوانات مورد مطالعه قرار گرفت. سومین مرحله تجسسات آزمایشگاهی است که منجر به پیشرفت‌های کنونی گردیده است. این دوره تا حل نهایی مسأله سرطان ادامه خواهد یافت. در این دوره عامل اصلی بیماری سرطان و نحوه درمان و پیشگیری آن و بالاخره نجات بشر از این بیماری مورد مطالعه قرار می‌گیرند. می‌توان گفت اطلاعاتی که در قرن اخیر در مورد موضوع سرطان بدست آمده به مراتب از تمام ادوار زندگی بشر بیشتر بوده است.

این دوره از سال ۱۸۹۰ شروع می‌شود. از این تاریخ بود که موضوع پیوند سرطان‌ها، ویروس موزائیک، اشعه ایکس، مواد «کانسرین»<sup>۳</sup>، رادیوم، روش کشت بافت‌ها، قانون توارث موش‌ها و سرطان‌های ویروسی حیوانات مورد مطالعه قرار گرفتند. از سال ۱۶۲۰ به بعد موضوع سرطان و هورمون‌ها و سرطان‌های تجربی مورد بحث واقع شدند. از سال ۱۹۴۰ به بعد مواد سرطان‌زا بیشتر مورد مطالعه قرار گرفتند و به کمک فیزیک اتمی و میکروسکوپ الکترونی مطالعات دنبال می‌شود. (صفایی، ۱۳۴۳؛ به نقل از جعفری ۱۳۶۹).

امروزه با وجود اینکه تعدادی از عوامل ایجادکننده سرطان‌ها شناخته شده‌اند (مانند سن، استعداد ابتلا، ارث، تغذیه، محیط زیست و ویروس‌ها) ولی هنوز عامل واحدی به عنوان ایجادکننده قطعی سرطان شناسایی نشده است. در این راستا به موازات پیشرفت دانش پزشکی

1- Morgan

2- leukaemia

در زمینه روش‌های تشخیص در مراحل اولیه بیماری، استفاده از تجهیزات پیشرفته آزمایشگاهی و تصویربرداری بر پایه اصول مهندسی و ابداع روش‌های نوین درمانی برای درمان و ریشه‌کنی سرطان در چند دهه اخیر نیز در کانون توجه قرار گرفته است و لذا هر روزه شاهد پیشرفت محققین در کشف داروهای جدید و نتایج درمانی بهتر هستیم. درمان سرطان امروزه در سطح مولکولی و سلولی مورد نظر است و شناسایی ژن معیوب و ژن درمانی وقوع انقلاب جدیدی را در دانش پزشکی نوید می‌دهد. شناخت انواع سرطان، علائم ایجاد کننده، علائم هشدار دهنده و راه‌های مبارزه با ابتلا به آن امروزه برای همه افراد جامعه لازم است؛ تا با تشخیص به موقع به درمان موفق نائل آییم (اصفهانی، ۱۳۸۰).

### ب) تاریخچه روانشناختی سرطان :

در قرن دوم میلادی گالن متوجه شد که اشخاص مالیخولیایی در مقایسه با دمو می‌مزاج‌ها<sup>۱</sup> بیشتر مستعد ابتلا به سرطان می‌باشند. در قرون هجدهم و نوزدهم، بسیاری از پزشکان دریافتند که سرطان بیشتر به دنبال مصائب و بحران‌های زندگی، به ویژه در افرادی که ما امروزه افسرده می‌نامیم بروز می‌کند.

معدلک پیش از روانشناسی نوین برای تغییر جهان‌بینی بیمار افسرده‌خو، کار چندانی نمی‌توانستند انجام دهند. علی‌رغم اکتشافات بی‌سابقه قرن بیستم درباره‌ی ذهن، پزشکی به شکل غریبی در به کارگیری این یافته‌ها برای درک بهتر سرطان اکراه داشته است. (به نقل از سبحانی‌فرد، ۱۳۸۰).

الیدا و اونز<sup>۲</sup>، یکی از شاگردان یونگ، در سال ۱۹۲۶ راه را با اثر خود به نام «مطالعه روان-شناختی سرطان» هموار کرد. اما این تأثیر تقریباً به طور کامل نادیده گرفته شد. کتاب به روشنی احتمال بروز سرطان را با سنخ شخصیتی که معنای زندگی را کاملاً از سایرین یا در

1 - sang uinedispoitions

2 - Elida, Evans

بیرون از خود می‌جوید، نشان می‌دهد. زمانی که این پیوند (با سایرین یا محیط) بر هم می‌ریزد، بیماری از راه می‌رسد. اوزن نتیجه می‌گیرد، سرطان همچون اکثر بیماری‌ها نماد این نکته است که در زندگی بیمار مسئله یا مسائلی در راستای درست قرار ندارد و هشدار به فرد است که جاده دیگری را برگزیند. (همان منبع).

امروزه در نتیجه مطالعات لوشان، دکتر کارولین، توماس<sup>۱</sup> و سایرین (۱۹۴۶) و می‌توانیم پرونده روانشناختی نسبتاً کاملی از افرادی که احتمال ابتلا به سرطان در آنها بسیار بالاست بدست آوریم. گسترده‌ترین و کاملترین تصویر از مسائل روانشناختی بیماری سرطان از طرف درمانگرانی ارائه شده است که به صورت فردی با بیماران سرطانی کار می‌کنند و در نتیجه می‌توانند دانش عمیقی از زندگی بیمار را در ارتباط با بیماریش داشته باشند. (به نقل از سیگل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰).

آرتور اشمیل<sup>۳</sup> با استفاده از یک آزمون ساده روانشناختی بر روی گروه بزرگی از زنان که تعدادی به سرطان دهانه رحم قبلاً بودند، توانست با کندوکاو حس نومیدی و شکست عاطفی جدید را در زندگی ۳۶ مورد مبتلا به سرطان بدخیم از ۵۱ درصد تشخیص دهد.

برخی از مطالعات ارزشمند در این رابطه توسط کارولین، بدل توماس از دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز صورت گرفته است. او سرطان را به منظور مقایسه در مطالعه‌اش گنجانید؛ زیرا در ابتدا گمان می‌برد که این بیماری عامل روانی ندارد. معذک داده‌ها نتایج فوق‌العاده و غیر قابل انتظاری را نشان داد. خصوصیات کسانی که مبتلا به سرطان شده بودند تقریباً با آن دسته از دانشجویانی که بعدها دست به خودکشی زدند یکی بود. تقریباً تمامی بیماران سرطانی در سراسر زندگی خود در ابراز عواطف، به ویژه عواطف پرخاشگرانه که با نیازهای شخصی آنها ارتباط داشت در مضیقه بودند. او همچنین دریافت که با استفاده از

1 - Lushan & Carrolin & Tomas, etal.

2 - siegel

3 - Arthur shmale

طرحها و نقاشی‌هایی که افراد در رابطه با یکی از آزمون‌ها ترسیم می‌کنند می‌توان بخش‌هایی از بدن را که سرطانی خواهد شد پیش‌بینی کرد. (همان منبع).

### زیست‌شناسی سرطان

سرطان یک بیماری منفرد نیست، بلکه به عنوان نامی برای توصیف اشکال بیماری‌زای نئوپلازی<sup>۱</sup> به کار می‌رود. نئوپلازی، نوعی روند بیماری است که با تزاید کنترل نشده سلولی منجر شونده به یک توده یا تومور (نئوپلاسم)<sup>۲</sup> مشخص می‌شود. به هر حال برای اینکه نئوپلاسم را سرطان محسوب کنیم باید بدخیم هم باشد یعنی رشد آن کنترل شده نباشد و تومور قادر به تهاجم به بافت‌های مجاور یا گسترش (متاستاز دهی) به نواحی دورتر یا هر دو باشد (سلول‌هایی که متاستاز نمی‌دهند سرطانی نمی‌باشند، بلکه به آنها تومورهای خوش‌خیم اطلاق می‌شود، هر چند اندازه و محل آنها ممکن است برای بیمار هر معنایی جز خوش‌خیم بودن بدهد).

سه شکل از سرطان وجود دارد:

سارکوم‌ها<sup>۳</sup>: که در آنها تومور از یک بافت مزانشیمی مانند استخوان، ماهیچه یا بافت همبند به وجود آمده است.

کارسینوم‌ها<sup>۴</sup>: که از بافت اپی‌تلیال مانند سلول‌های مفروش کننده روده، نایژه‌ها، یا مجاری غدد پستانی ایجاد می‌شوند.

بدخیمی‌های خونی و لنفاوی: مانند لوکمی‌ها<sup>۵</sup> و لنفوم‌ها که در سرتاسر مغز استخوان، دستگاه لنفاوی و خون محیطی گسترش می‌یابند.

---

1- neoplasia  
2- Neoplasm  
3- sarcomas  
4- carsinomas  
5- Locemia

در داخل هر یک از گروه‌های اصلی، تومورها را برحسب مکان، نوع بافت تظاهر بافت‌شناختی و درجه بدخیمی طبقه‌بندی می‌کنند. نئوپلازی که نوعی تجمع غیر طبیعی سلول‌هاست به علت عدم تعادل بین تزاید و فرسایش سلولی ایجاد می‌شود. سلول‌ها با گذر از چرخه سلولی و انجام میتوز تزاید می‌یابند، در حالی که فرسایش سلولی به علت مرگ برنامه‌ریزی شده سلولی، از طریق نوعی روند طبیعی قطعه قطعه شدن DNA و خودکشی سلولی که به آن آپوپتوز اطلاق می‌شود، سلول‌ها را از یک بافت خارج می‌کند. (تامپسون و تامپسون<sup>۱</sup> ۱۳۸۱).

### دوره رشد:

در مورد هر دو تومور بدخیم و خوش‌خیم زمان طولانی از یک تا سی سال قبل از رشد تومور را می‌توان با بررسی فیزیکی، توسط اشعه ایکس، بررسی ایزوتوپی یا آزمایشات شیمیایی و ایمن‌شناسی فهمید. هر شکلی از سرطان میزان رشد مخصوص به خود و الگوی تقسیمی خاص خود را دارد. بعضی سرطان‌ها در همان محل باقی می‌مانند و نوعی دیگر به هورمون‌های خونی و یا لنف جایی که به نقاط دور بدن منتقل شوند، هجوم می‌برند. سرطان‌ها در بطن و قفسه سینه دیر کشف می‌شوند، زیرا مجبورند به اندازه‌ای برسند که نشانه‌هایی را به وجود آورند برای مثال بیشتر انواع سرطان‌های رحم (تخمدان) آرام و پنهان هستند، تا زمانی که به میزان کافی رشد کرده تا قسمتی متورم و دردی در بطن به وجود آورند و متأسفانه تا امروز این نوع سرطان تنها در مرحله پیشرفته قابل تشخیص است. (ارنست، اچ و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۰).

1- Thompson & Thompson

2- Ernest. H. & etal



## پیش‌آگهی، سبب‌شناسی و شیوع سرطان

پیش‌آگهی سرطان بستگی به این دارد که سرطان و محل آن چقدر زود تشخیص داده شود. (ASC<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ باتیستا و گروار<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸؛ ویلیامز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از سارافینو<sup>۴</sup>، ۱۳۸۴). سرطان ناشی از عمل متقابل عوامل ژنتیکی و محیطی است، استرس نیز می‌تواند در ایجاد و گسترش این بیماری نقش تحریک‌کننده داشته باشد. عوامل محیطی شامل مصرف دخانیات، نوع رژیم غذایی، پرتوافشانی، وجود مواد خطرناک در محل کار و خانه می‌شود. بعضی از محققان ارتباطی میان عفونت‌های ویروسی و ایجاد برخی از سرطان‌ها از قبیل کبد و دهانه رحم یافته‌اند. (لاسلو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۷؛ ویلیامز، ۱۹۹۰؛ به نقل از همان منبع).

معمولاً خطر بروز سرطان با بالا رفتن سن به ویژه از میانسالی به بعد افزایش می‌یابد. در همه انواع سرطان، میزان بروز بیماری از ۴۰ تا ۸۰ سالگی، چهار برابر می‌شود. خطر بروز سرطان در آمریکا با جنس رابطه دارد. بجز سرطان پوست عمده‌ترین سرطان‌هایی که به تازگی تشخیص داده شده در مردان سرطان پروستات و در زنان سرطان پستان و برای هر دو جنس سرطان ریه و کورکتال است. (ASC، ۱۹۹۶، به نقل از همان منبع). ارتباط میان سرطان و عوامل فرهنگی-اجتماعی در اطلاعات مربوط به مرگ و میرهای ناشی از سرطان برای سیاهپوستان دو برابر آمریکایی‌های آسیایی، آمریکایی‌های بومی و اسپانیایی زبان‌هاست و میزان مرگ و میر سفیدپوستان در حد بینابینی است. (USDHHS<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از همان منبع). اگر چه میزان بروز سرطان در میان سیاهپوستان و سفیدپوستان آنقدرها تفاوت ندارد، معمولاً سرطان سیاهپوستان دیرتر تشخیص داده می‌شود (ASC، ۱۹۹۶؛ ایلی<sup>۷</sup> و همکاران،

1- American Cancer Society

2- Battista &amp; Grover

3- Williams

4- Sarafino

5- Loslo

6- United State Department of Health and Human Servies

7- ILi

۱۹۹۴؛ به نقل از همان منبع). همچنین تفاوت‌های ملی در شیوع سرطان وجود دارد، برای مثال سرطان ریه در انگلستان شایع‌تر از نیجریه است و سرطان معده در ژاپن بیش از اوگاندا شیوع دارد. (AMA<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از همان منبع).

سرطان دومین علت مرگ و میر در آمریکا به شمار می‌رود و میزان مرگ و میر ناشی از آن به میزان ثابت در حال افزایش است. (ASC، ۱۹۹۶؛ لاسلو، ۱۹۸۷؛ USDHHS، ۱۹۸۶، به نقل از همان منبع). بخشی از این افزایش ممکن است به دلیل کاهش میزان مرگ و میر بیماری‌های قلبی در همین دوره باشد. هر سال سرطان جان بیش از ۵۲۰۰۰۰ آمریکایی را می‌گیرد و ۱/۳ میلیون فرد مبتلای جدید تشخیص داده می‌شود. در حدود نیمی از افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند، می‌توانند انتظار داشته باشند که بیش از ۵ سال عمر کنند. اکثر این افراد شفا می‌یابند و حقیقتاً امید به زندگی در آنان شبیه به افرادی است که کاملاً سرطان نداشته‌اند. اگر چه ممکن است سرطان همه جای بدن را گرفتار کند؛ از سال ۱۹۵۰ به بعد تقریباً افزایش مرگ و میر ناشی از سرطان مربوط به نئوپلاسم یک قسمت بدن یعنی ریه است. (ASC، ۱۹۹۶، به نقل از همان منبع).

### تشخیص و درمان سرطان

با شناخت علائم خطر سرطان و انجام دادن آزمایش‌های منظم می‌توان احتمال تشخیص زودرس سرطان را افزایش داد. (به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴).

روند تشخیص سرطان شامل سه مرحله است: اول، انجام آزمایش خون یا ادرار برای پی بردن به وجود سرطان، یا تشخیص علائم اولیه‌ای از قبیل مقادیر غیر طبیعی هورمون‌ها یا آنزیم‌ها.

دوم: تصاویر رادیولوژی به وسیله اشعه ایکس یا سایر روش‌ها که به پزشک یاری می‌دهد تا ساختار اعضای داخلی را ببیند و وجود تومور را بررسی کند.

1- American Medical Association

سوم: پزشک با برداشتن تکه‌ای از بافت مشکوک، بیوسپی یا نمونه‌برداری انجام می‌دهد. هدف مطلوب در درمان سرطان، شفای کامل یعنی رهایی کامل فرد از سرطان است. دستیابی به این هدف مطلوب، وقتی امکان‌پذیر است که همه قسمت‌های سرطانی پیدا شده و از بین برود. (گیتون، ۱۹۸۵؛ لاسلو، ۱۹۸۷؛ همان منبع).

اگر همه بافت‌های سرطانی از بین نرود، ممکن است علائم بیماری برای مدتی ناپدید شده و پس از چند وقت دوباره بازگردد.

به طور کلی سه گونه درمان برای سرطان وجود دارد:

جراحی، پرتو درمانی<sup>۱</sup> و شیمی‌درمانی<sup>۲</sup>؛ که درمان‌های بیولوژیکی، ژن‌درمانی و درمان‌های ترکیبی را می‌توان به آنها اضافه کرد. (جان‌وود هریس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱) و (کورتنی. ام و تونسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). در انتخاب نوع درمان، بیمار و پزشک به چندین عامل از قبیل: اندازه و محل نئوپلاسم، اینکه متاستاز داده یا نه و اثر درمان بر کیفیت زندگی بیمار توجه می‌کند (مور و همکاران<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴).

با توجه به اینکه نمونه آماری پژوهش حاضر از میان بیمارانی که تحت شیمی‌درمانی بودند گزینش شده است؛ در این قسمت، این روش به اختصار شرح داده می‌شود.

### شیمی‌درمانی:

امروزه شیمی‌درمانی در درمان بسیاری از تومورهای جامد (Replication) استفاده شده و درمان نخستین لوسمی و برخی لنفو مه‌است. شیمی‌درمانی اکنون از جنبه تسکینی خارج شده و در برخی سرطان‌های خاص باعث درمان قطعی و در برخی دیگر باعث کنترل طولانی مدت می‌شود (بخشی، ۱۳۸۰).

1- radiation

2- chemotherapy

3- john wood Harris

4- Courteny .M. & Townsend

5- Moor & etal

در شیمی‌درمانی، داروهای قوی که به صورت خوراکی یا تزریقی مصرف می‌شوند، در بدن به گردش می‌افتند و سلول‌هایی را که به سرعت تکثیر می‌یابند از بین می‌برند. (بوریش و لایلز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳؛ لاسلو، ۱۹۸۷؛ ویلیامز، ۱۹۹۰؛ نقل از سارافینو، ۱۳۸۴).

البته هدف موردنظر سلول‌های سرطانی هستند که اغلب‌شان به سرعت تکثیر می‌یابند. یکی از مشکلات شیمی‌درمانی این است که داروهای موجود، انواع خاصی از سلول‌های طبیعی را که به سرعت تقسیم می‌شوند، نیز می‌کشند. مثل سلول‌های مغز استخوان، پوشش دهان و دستگاه گوارش و فولیکول‌های مو به خصوص روی سر. برخی از رژیم‌های شیمی‌درمانی به مدتی طولانی ادامه پیدا می‌کنند و عوارض نامناسب فراوانی از جمله کاهش ایمنی نسبت به عفونت، ایجاد زخم در دهان، ریزش مو، حالت تهوع و استفراغ و آسیب به اعضای داخلی را به همراه می‌آورند. (AMA، ۱۹۸۶؛ USDHHS، ۱۹۸۳؛ ویلیامز، ۱۹۹۰؛ همان منبع).

### شیوه‌های مقابله با سرطان

فریدمن و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۷۵) مقابله را راه‌های هشیارانه یا ناهشیارانه سر و کار دار داشتن با استرس و تغییر اهداف شخصی تعریف نموده‌اند، در حالی که پیرلین و اسکولر<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) آن را به عنوان «هر پاسخی به استرس‌های موقعیتی که برای جلوگیری، اجتناب یا کنترل آشفتگی عاطفی صورت می‌گیرد» تعریف کرده‌اند (به نقل از فیلیپ و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰).

بیماری‌های مزمن از جمله سرطان در واقع به عنوان استرس‌های مزمن مطرح می‌گردند، استرس سرطان، استرسی است که از خصوصیت کنترل‌پذیری برخوردار نیست و به همین خاطر شیوه‌های مقابله‌ای نمی‌توانند این استرس را رفع نمایند، ولی استرس سرطان همراه با یک سری اثرات جسمی، روانی-اجتماعی است که هر فرد به شیوه‌های مختلف با این اثرات مقابله می‌کند. بیماران با تشخیص اولیه سرطان، پریشانی و آشفتگی روانشناختی و تجربه می‌-

1- Burish & Laylz  
2- Freedman & etal  
3- Pearlline & scoler  
4- Filipp & etal

کنند. بعضی ممکن است در یک حالت بحران باشند. تشخیص انواع واکنش‌های روانشناختی تجربه شده و روش‌های مقابله مورد استفاده مانند وجود آوردن مداخلات مؤثر برای بهبودی کیفیت زندگی و افزایش استفاده از رژیم‌های درمانی سودمند است و امکان دارد کیفیت ادامه زندگی را بهبود بخشند. (فاووزی و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

بیشتر ادبیات مبتنی بر مقابله با سرطان به وسیله مشاهدات مکرر محققینی چون شاندرز، فاین سنگیر، کوب، آبرامز<sup>۲</sup> (۱۹۵۱) و ساترلند<sup>۳</sup> (۱۹۵۲) دچار تحول گردید. در توصیف واکنش‌های بیماران سرطانی، این نویسندگان توجه کردند که بیشتر بیماران مکانیسم‌های دفاعی را در سازگاری با بیماری‌شان استفاده می‌کنند.

مکانیسم‌های مهم و شناخته شده در بیماران سرطانی براساس مطالعات ماستروویتو<sup>۴</sup> (۱۹۷۴)، میلتنون<sup>۵</sup> (۱۹۷۳)، کاتز، واینر، گالاگر و هلمن<sup>۶</sup> (۱۹۷۰) و پک<sup>۷</sup> (۱۹۷۲) عبارتند از: انکار<sup>۸</sup>، جابه‌جایی<sup>۹</sup>، برون‌فکنی<sup>۱۰</sup>، سرکوبی<sup>۱۱</sup>، رجعت<sup>۱۲</sup> و همانندسازی<sup>۱۳</sup>. مکانیسم دفاعی انکار تقریباً در هر مطالعه‌ای آشکار شده است و به همین خاطر بیشتر تحقیق‌های مبتنی بر مقابله بر آن به عنوان یک دفاع تأکید کرده‌اند. (به نقل از بوریس و برادلی، ۱۹۸۳).

پک (۱۹۷۳) در مطالعه‌ای کشف کرد که انکار یکی از مفاهیم بی‌نهایت معمول مقابله می‌باشد حتی بیماران در حال بهبودی نیز نشان داده‌اند که از انکار استفاده می‌کنند. (به نقل از همان منبع).

- 1- Fawzy
- 2- Shands, Finesinger, Cobb, Abrams
- 3- Satherland
- 4- Mastrovito
- 5- Milton
- 6- Katz, weiner, Gallagher, Hellman
- 7- peck
- 8- Denial
- 9- Displacement
- 10- Projection
- 11- Suppression
- 12- Regression
- 13- Identification

این مطالعات مشاهدات بالینی را حمایت می‌کند که مکانیسم‌های دفاعی بویژه انکار در بیماران سرطانی با یک سلسله وسیع از ویژگی‌های شخصیتی همراه می‌باشد. (همان منبع). در زمینه تأثیر عوامل متعدد دیگر در سازگاری روانی، راس و گری<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) تحقیق را به منظور پی بردن به عواملی که در بیماران مبتلا به بیماری‌های درمان-ناپذیر و رو به مرگ موجب سازگاری‌شان با روند بیماری می‌شود انجام دادند. بیماران مورد پژوهش آنان در ویژگی‌های زیر مشترک بودند: ۱- احتمال وقوع مرگ آنها در عرض یک سال حتمی بود، ۲- هیچ درمان شناخته شده‌ای برای آنان وجود نداشت. ۳- بیماران به وخامت بیماری خود آگاه بودند. ۸۴ بیمار به مدت ۸ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی‌های آماری نشان داد که هر چه بیمار از ابتلایش به بیماری درمان‌ناپذیر در رنج و اندوه بیشتری باشد، از سازگاری روانی کمتری برخوردار است. از لحاظ مذهب، بیماران مسیحی نسبت به بیماران غیر مسیحی سازگاری روانی بیشتری داشتند. همچنین سطح تحصیلات همبستگی آماری مثبتی با سازگاری روانی‌شان داشت. غالب بیماران زندگی را بی‌ارزش و بی‌مفهوم می‌دانستند. (به نقل از جهانمیری، ۱۳۶۸).

اسچفر موس<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) بیان کردند که بکارگیری وظایف و مهارت‌های سازشی (مواجهه) تحت تأثیر سه عامل می‌باشند:

- ۱- عوامل شخصی و جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، طبقه اجتماعی و مذهب.
- ۲- عوامل محیطی، اجتماعی، فیزیکی همانند دارا بودن شبکه اجتماعی و محیطی.
- ۳- عوامل مرتبط با بیماری همانند از ریخت افتادگی.

اسچفر موس (۲۰۰۰) پیشنهاد کرد که بیماری‌های فیزیکی از قبیل سرطان می‌توانند به عنوان بحران در نظر گرفته شوند، آنها ذکر کردند که بیماری باعث تغییرات ذیل می‌شود:

---

1- Roos & Gary  
2- Schaefer. Moos

- ۱- تغییر در هویت: مثل از نان‌آور بودن به سمت شخصی با یک اختلال و بیماری.
- ۲- تغییر در محل و موقعیت: بیماری ممکن است منجر به انتقال شخص به محیط جدید همچون بیمارستان شود.
- ۳- تغییر در نقش: یک تغییر و تحول از بزرگسال غیر ابسته به فردی منفعل و وابسته.
- ۴- تغییر در حمایت اجتماعی: بیماری ممکن است باعث تنهایی و انزوا از دوستان و خانواده شود.

۵- تغییرات در آینده: مثل درگیری داشتن با آینده بچه‌ها (جین اگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

اندرو کنیر، ارنست روزنباوم و روزنباوم<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) در مدلی به طور خلاصه ۱۰ استراتژی مواجهه با سرطان را ارائه دادند. در این مدل وقتی فرد دچار سرطان می‌شود در مواجهه با اهداف با چالش‌های بسیاری رو به رو می‌شود. برخی از آنها پزشکی و فیزیکی، برخی عاطفی و برخی دیگر بین فردی و روحانی هستند و در هر حال کیفیت زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. در مدل ارائه شده فرد می‌تواند با این چالش‌ها سازگار شده و توانایی تغییر همراه با تجربه سرطان را بدست آورد. این استراتژی‌ها عبارتند از:

- ۱- مواجهه با واقعیت بیماری. ۲- امیدوار و خوش‌بین بودن. ۳- تناسب و توازن واکنش‌های هیجانی. ۴- ابراز هیجانات. ۵- دسترسی به منابع حمایتی. ۶- پذیرش وضعیتی مشارکتی. ۷- یافتن معنایی مثبت. ۸- معنویت، ایمان و نیایش. ۹- حفظ عزت نفس. ۱۰- پذیرش مرگ<sup>۳</sup> (C.S.C، ۲۰۰۶).

در پژوهشی که کرن فلدو تامپسون<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) به نقل از کلارک، بوست ویک و رمانز<sup>۵</sup>، (۲۰۰۳) اثرات مداخله گروهی را بر واکنش‌های بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار دادند،

1- Ogden. J

2- Andrew kneier, Ernest Rosenbaum and Isadora R. Rosenbaum

3- Cancer Coping Strategies

4- Korn feld & Thompson

5- Clark, Bostwick, Rummans

دریافتند که بیماران پس از انجام تمرین‌های گروه‌درمانی علائم روانی کمتری را گزارش کردند، آنها افسردگی، نگرانی، اضطراب، انزوا و ناامیدی کمتر و علائم جسمانی کمتری را از بی-اشتهایی، آماس معده و خستگی نسبت به گروه کنترل نشان دادند. یکی دیگر از عواملی که مکانیسم‌های مقابله‌ای مورد استفاده بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اعتقادات، معیارها، ارزش‌ها و انتظارات فرهنگی است. با توجه به اینکه نمونه آماری پژوهش حاضر از جمعیت مسلمان انتخاب شده‌اند لذا نگاهی مختصر به دیدگاه اسلام در این زمینه می‌اندازیم.

ایمان و اعتقاد به خداوند در اسلام معنی و مفهوم ارزنده‌ای دارد. ایمان به عنوان بالاترین سرمایه زندگی قلمداد شده است و سرمایه‌های دیگر زندگی همچون سلامت روح و روان از آن تأثیر می‌پذیرد. از آثار مهم ایمان سلامت جسم و جان است. حضرت علی(ع) درباره تقوا می‌فرماید:

«تقوا دوی بیماری روحی و شفای امراض جسمانی شماست.» (مطهری، مجموعه گفتارها؛

۱۳۶۱).

فرد با ایمان از مشقت‌های دنیا واهمه‌ای ندارد و به ظواهر دنیوی اهمیت چندانی نمی‌دهد چرا که معتقد است مرگ پایان زندگی نیست. این مهم را می‌توان از آیات قرآن استنباط نمود: «همانا زندگی این دنیا جز بازیچه و سرگرمی بیش نیست، به درستی که آخرت زندگی حقیقی انسان‌هاست» (سوره عنکبوت، آیه ۱۵۴).

«بازگشت به سوی پروردگارت است»

(سوره علق، آیه ۸).

با توجه به آیات و احادیث نمونه‌ای که اشاره شد می‌توان چنین استنباط کرد که هر فرد مسلمان به سلاح برنده‌ای چون ایمان مجهز است و با همین سلاح به نبرد با سختی‌ها و ناملایمات می‌رود چرا که باور دارد خداوند به وسیله بلاها و شداید امتحان می‌کند، و از این طریق هر کسی را به کمال لایق آن می‌رساند. خداوند امتحان نمی‌کند که وزن واقعی و درجه‌ی



معنوی و اندازه شخصیت کسی معلوم شود بلکه آزمایش می‌کند یعنی فرد را در معرض بلایا و شدايد قرار می‌دهد که بر وزن واقعی و درجه معنوی شخصیت آن بنده افزوده شود. (مطهری، ۱۳۶۱).

### اثرات روانی-اجتماعی سرطان

زندگی با تشخیص و درمان هر بیماری مزمنی، منابعی از استرس روانی و اجتماعی را برای فرد مبتلا به همراه دارد. (N.B.C.C<sup>1</sup>، ۲۰۰۴).

سرطان نیز همانند بیماری‌های مزمن، شامل رشته‌ای از خطرهای و مشکلات پیوسته در حال تغییر است که اغلب در طی زمان شدت می‌یابند. سرطان باعث ایجاد استرس‌های منحصر به فردی برای بیمار و خانواده‌اش می‌شود. این بیماران سرطان را قاتل حقیقی خود و مرضی که به درد، ناتوانی و تغییر شکل منجر می‌شود، تلقی می‌کنند. حتی در میان بیمارانی که بهبود می‌یابند و در ماه‌ها یا سال‌های اول به خوبی سازگاری پیدا می‌کنند، ترس از برگشت بیماری وجود دارد و اگر بیماری باز گردد، بعضی افراد به سبب ترس‌شان از نظر روانی فلج می‌شوند. (میکس و مندلسون<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴)

در پژوهشی که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه به عمل آمد مشاهده گردید که این بیماران نسبت به تشخیص بیماری دچار شوک شدند و در طول درمان تغییراتی در وضعیت بدنی، نقش‌های اجتماعی و عملکردی خود نشان دادند، بسیاری از زنان علائمی از حالات غمگینی، اضطراب، بی‌حوصلگی، خشم، ترس، سوگ و حالاتی از قبیل انزوای اجتماعی و شکست در روابط خانوادگی و دوستانه را گزارش دادند. (مسی و پاپ کین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸).

نانسی<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) می‌نویسد: از آن جایی که سرطان در درمان مدرن از صورت کشنده سریع به بیماری مزمن تبدیل شده است. بیماران سرطانی دارای نگرانی‌هایی درباره موضوعات زیر از

1-National Breast Cancer Center

2- Mix & Mandelson

3- Massie & Popkin

4- Nancy

جمله نگرانی شخصی، ناراحتی درباره نشانه‌های بیماری، وابستگی به دیگران، مسائل مالی، وضع خانواده، دوستان، مسائل دینی و مذهبی زندگی خویش دارند. مردان بیمار مبتلا به سرطان بیشتر درباره وابستگی اجتماعی، مقداری هم درباره دین و مذهب و مسائل مربوط به معیشت زندگی فکر می‌کنند، از طرفی نگرانی همسران آنها بیشتر در مورد مسائل شخصی و معیشتی است. (جعفری، ۱۳۶۹).

میزان پذیرش سرطان از سوی فرد بر نتایج درمان و روند بیماری مؤثر است. در افرادی که به شدت به استرس دچارند و سازگاری ندارند، فعالیت دستگاه ایمنی بدن اندک است و بعضی از شواهد نشان می‌دهد که اگر عملکرد دستگاه ایمنی مختل شود، سرعت پیشرفت بیماری فزونی می‌گیرد (کیکات، گلاسر و گلاسر، ۱۹۸۶؛ لوی و همکاران، ۱۹۸۵؛ رد و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹ به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴).

با وجود تمام استرس‌های همراه سرطان، اغلب بیماران انعطاف‌پذیری دارند و سازگاری منطقی نشان می‌دهند. بیشتر تحقیقات نشان می‌دهد که حتی در میان بیماران سرطانی بستری، کمتر از نیمی از افراد، مشکلات روحی جدی دارند و اغلب این مشکلات مانند اضطراب و خلق و خوی افسرده گذار هستند و معمولاً به روان‌درمانی پاسخ می‌دهند (بوریش، میرتیزو، کری و مارو، ۱۹۸۷؛ به نقل از همان منبع)<sup>۲</sup>.

ممکن است میزان بروز مشکلات روحی زیاد بنماید، اما چند مسئله را باید در نظر داشت: اول، این تحقیقات در خصوص بیماران بستری صورت گرفته است و بستری شدن در بیمارستان به خودی خود اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد.

دوم، حدود یک چهارم از بیماران بستری، صرف نظر از علت بستری شدن خود، مشکلات هیجانی دارند که اغلب این مشکلات پیش از بیماری ظاهر می‌شود. مشکلات عاطفی بیماران از

1- Kikat, Glaser & Glaser; Loy & etal; Red & etal

2- Burish, Mirotiz, Gary & Marraw

بسیاری عوامل جدا از بیماری آنان ناشی می‌شود. عواملی مثل قرار گرفتن و در معرض دیگر حوادث مهم استرس‌زا و بهره‌مند نبودن از حمایت اجتماعی در زندگی. سرانجام آنکه اغلب روانشناسان این امر را برای فرد سرطانی طبیعی می‌دانند، که افسردگی و اضطراب وی افزایش یابد. با در نظر گرفتن شرایط خاص زندگی این بیماران، نتیجه‌گیری در این باره که این واکنش‌ها چه وقت مناسب و چه وقت نادرست است، دشوار به نظر می‌رسد و به معیارهای قراردادی بستگی دارد. (همان منبع).

سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، به بسیاری از جنبه‌های بیماری و شرایط روانی اجتماعی آنان بستگی دارد. برای مثال، دستیابی بیماران به سازگاری جسمانی، به سن و شرایط روانی اجتماعی آنان بستگی دارد؛ به نظر می‌رسد که میانسالان یا بزرگسالانی که ناتوانی جسمی بیشتری دارند، از افراد مسن یا کسانی که ناتوانی‌شان کمتر است، خیلی بیشتر احساس ناراحتی می‌کنند.

(ونیوکور<sup>۱</sup>، تریث<sup>۲</sup>، و فیوکور- کاپلان<sup>۳</sup> و ساتاریانو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ نقل از همان منبع).

بیشتر بیمارانی که دچار افسردگی شدید می‌شوند افرادی هستند که به علت بیماری یا درد، از نظر جسمی کاملاً ناتوان شده‌اند (بوریش، کری و مارو، ۱۹۸۷؛ اسپیکل، سندز و کوپمن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴؛ نقل از همان منبع).

بیماران دچار مشکلات روانی می‌شوند که ناشی از تغییر در روابط آنها با خانواده و دوستانشان است. در بعضی موارد ممکن است بیمار از روابط اجتماعی دوری گزیند، چرا که به دلیل بیماری احساس زشتی یا خجالت می‌کند، بویژه اگر شکل بدنش به طور آشکاری تغییر

1- Vinocur

2- Threath

3- Vinocur- Kaplan

4- Satariano

5- Spiegel.D., Saldas. S., koopman. C

کرده باشد (مکیس و مندلسون، ۱۹۷۹؛ به نقل از همان منبع). اما دو علت دیگر احتمالاً بیشتر شایعند:

نخست، شرایط جسمی و درمان بیمار ممکن است مانع ملاقات او با دیگران شود. دوم، امکان دارد مردم از فرد دوری کنند، گرچه این مسئله گاهی اوقات بر اثر ترس و جهل پیش می‌آید، مثلاً وقتی که افراد تصور می‌کنند سرطان مسری است، اما گاهی اوقات علل دیگری وجود دارند. برای مثال، دوستان و خانواده فرد ممکن است بخواهند در حضور بیمار، سرخوش و خوش‌بین باشند، در حالی که احساس غم و آسیب‌پذیری دارند (ورتمن و دانکل<sup>۱</sup>؛ شتر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از همان منبع).

### جنبه‌های روانشناختی و روانپزشکی در سرطان‌ها

یکی از بحث برانگیزترین موضوع پژوهش‌ها، رابطه میان نوع شخصیت و آمادگی برای ابتلا به بیماری سرطان است. محققین معتقدند که شخصیت مستعد برای سرطان دارای خصوصیات مشخصی است و ویژگی‌های آن به شرح ذیل می‌باشد:

آنان به سرطان با درماندگی و ناامیدی واکنش نشان می‌دهند، بی‌تفاوت بوده و عکس‌العمل‌های هیجانی خود را سرکوب می‌نمایند (آیزنک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۰). کیزن<sup>۴</sup> (۱۹۶۶) ذکر می‌کند که ارتباطی بین شخصیت افراد و سرطان وجود دارد و گزارش داد که افراد سیگاری که مبتلا به سرطان ریه بودند در بروز و خروج هیجان‌اتشان دچار فقر بودند و احتمالاً تیپ شخصیتی C داشته‌اند. تیپ شخصیتی C شامل افراد آرام، ناامید، افرادی که احساس بیچارگی و بی‌کسی می‌کنند و هیجان‌ات خود را سرکوب می‌کنند. (به نقل از ندایی، ۱۳۸۰).

1- Vortman & Dankel

2- Sheter

3- Eysenck

4- Kissen

از ۲۰۰۰ سال پیش پزشکان پی برده‌اند که بین فشارهای روانی و رشد تومورهای بدخیم رابطه مستقیمی وجود دارد. در قرن نوزدهم پزشکان بریتانیا اعتقاد داشتند که پریشان‌حالی مهمترین عامل مولد سرطان است و بعدها افزایش موارد سرطان به فشارهای روانی که تحفه شیوه‌های مدرن زندگی است ربط داده شد. طبق آنچه که در خبرنامه «استرس» نشریه انستیتو استرس آمریکا به چاپ رسیده است، مطالعاتی که طی پنج دهه گذشته صورت گرفته به شکل متقاعد کننده‌ای نشان داده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند بدون آنکه عملاً بوجود آورنده و سازنده آنها باشد. به همین ترتیب مشاهده شده است که با کاهش فشارهای روانی رشد غدد سرطانی در حیوانات آزمایشگاهی فروکش کرده و طول زندگی مبتلایان به سرطان را افزایش داده است به طوری که آن را بیماری سازشی نامیده‌اند (سبحانی فرد، ۱۳۸۰).

گلدمن در سال ۱۷۰۷ پیشنهاد کرد که سرطان با بدبختی‌ها و بلاهای زندگی ارتباط دارد (جین اگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

زیگانس<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) نشان داد پژوهش‌هایی که با استفاده از مقیاس دگرگونی زندگی صورت گرفته است بیانگر رابطه‌ای پایدار بین تعداد رویدادهای فشارزای زندگی آدمی با سلامت جسمانی و هیجانی است. به بیان دیگر افرادی که رویدادهای استرس‌زای زندگی را بیش از حد معمول تجربه نمایند نسبت به مشکلات روانی بیماری‌های گوناگون از سرماخوردگی تا سرطان آسیب‌پذیر هستند. (برستین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از پورشهباز، ۱۳۷۲).

استرس نقش مهمی در شروع اختلال‌های روانی و روان‌تنی دارد. استرس‌های شدید و مزمن و یا غیر قابل کنترل، تغییراتی در نظام‌های شیمیایی به ویژه منوآمین‌ها ایجاد و از طریق

1- Ogdan.J

2- Zigans

3- Brestin

پپتیدهای عصبی، موجب تغییر میزان انعطاف‌پذیری این نظام‌ها می‌گردد (وهاب زاده، ایوب مالک، ملیح خراسانی، ۱۳۷۷).

لندن اسلگر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۳ مطالعه‌ای انجام داد که طی آن گزارش کرد در صورت تحت کنترل درآوردن استرسورها (منابع فشار روانی) شاهد کاهش گسترش میزان تومورها می‌باشیم. به عبارت دیگر اگر استرسورها کنترل شوند میزان گسترش تومورها کاهش می‌یابد. خلاصه‌ای از یافته‌های مختلف نشان می‌دهد که آشفتگی‌های روانشناختی و استرس‌ها، وقایع منفی زندگی چه حاد و چه مزمن به طور طبیعی با نقص در سیستم ایمنی بدن در افراد غیر سرطانی ارتباط دارد، یافته‌ها نشان می‌دهد که استرسورهای حاد می‌توانند باعث ایجاد تغییراتی در سیستم ایمنی بدن شوند. البته تعدادی از استرسورهای مزمن از قبیل ادامه یافتن آشفتگی‌های هیجانی، شکسته شدن یا فروپاشی تکالیف زندگی، تجزیه و فروپاشی ارتباطات اجتماعی و کاهش یافتن کیفیت زندگی افراد و بیماران مبتلا به سرطان مطالعه شده است (باربارا. ال. اندرسون، ۱۹۹۹).<sup>۲</sup>

برای اغلب مردم تشخیص سرطان بدترین خطری است که یک پزشک می‌تواند به آن‌ها بدهد. گرچه سرطان یکی از بیماری‌های مزمن قابل درمان است (انسیتوی ملی سرطان آمریکا<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴؛ به نقل از نصری، ۱۳۷۲).

سرطان بیماری است که تغییر تصور زندگی، تهدید به کاهش عملکرد فرد و تهدید به تغییرات ظاهری را موجب می‌شود. (سارافینو، ۱۳۸۴).

خواه ناخواه فرد نشانه‌های روانی را پس از ابتلا به سرطان بروز می‌دهد. اغلب مردم مجموعه‌ای از واکنش‌های معمول را به این موقعیت استرس‌زا نشان می‌دهند. نخست بیشتر بیماران مراحل گوناگون پاسخ‌های هیجانی را نسبت به تشخیص پشت سر می‌گذرانند. اولین

1 - La den slager

2 - BarBara.L.Anderson

3 - National Cancer Institute

واکنش معمول یک حالت شوک یا ناباوری است. انکار یا بازداری<sup>۱</sup> دفاع‌های معمول مورد استفاده برای از خود دور کردن استرس تشخیص هستند. (گریر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از نصری، ۱۳۷۲).

به دنبال شوک اولیه تشخیص، بیشتر بیماران تعدادی عواطف ناخوشایند از جمله اضطراب، غمگینی، خشم و یا احساس گناه نشان می‌دهند. (هلند<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷، گریر، ۱۹۸۲؛ به نقل از همان منبع).

اختلال‌های اشتها و خواب ممکن است اتفاق بیافتند و مراحل گریه کردن و ناتوانی برای ادامه جریان‌های روزانه زندگی اغلب بوجود می‌آید. این واکنش‌ها به نسبت‌هایی از اختلال روانی در بعضی بیماران منتهی می‌گردد. (به نقل از بوریس و همکاران، ۱۹۸۷).

دومین موضوع معمول این است که بیماران معمولاً علت بیماریشان را جستجو می‌کنند (چیزی که بواسطه آن بتوانند خودشان را سرزنش کنند). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بعضی بیماران، بیماری را به عنوان تنبیه و مجازات برای گناهان و معاصی گذشته در نظر می‌گیرند و در نتیجه احساس گناه می‌کنند (فرانک، استرومبورگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۴؛ به نقل از نصری، ۱۳۷۲).

بعضی نسبت به خدا خشمگین می‌شوند و متعاقباً حمایتی را که در گذشته از اعتقادات مذهبی بدست آورده بودند از دست می‌دهند، یا بعداً احساس گناه می‌کنند و از خشم غیر منطقی‌شان شرم‌منده می‌شوند (فریدمن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از همان منبع).

سومین واکنش معمول به سرطان احساس از دست دادن کنترل است (پرین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳، گریر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲، تایلور<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از همان منبع). زمانی که فرد به سرطان مبتلا می‌شود

1- Suppression

2- Greer

3- Holland

4- Frank, Stromborg

5- Friedman T

6- Pruyne

احتمال کمتری دارد که بتواند شخصاً تسلط یا کنترلی بر بیماری بدست آورد. بیشتر مداخله‌های درمانی نمی‌توانند بوسیله خود بیماران انجام شوند و برخلاف سایر بیماران با بیماری‌های مزمن دیگر که می‌توانند مسئول برنامه‌های درمانی خود باشند، بیماران سرطانی اغلب برنامه‌های مشابه این‌ها را کمتر می‌توانند انجام دهند، زیرا به آنچه که اعضای تیم پزشکی به آنها توصیه می‌کنند راضی هستند. از این رو مبارزه‌جویی برای تسلط و کنترل بویژه برای افرادی که قبلاً نیازی را برای حفظ کنترل بر زندگی نشان داده بود ممکن است مشکل باشد (فولکمن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳، ورتمن و دونکل - اسکیتتر<sup>۴</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از همان منبع).

به طور کلی مراحل مختلف روحی و روانشناختی فرد در حال احتضار از نظر کوبلر راس شامل موارد زیر است: انکار، انزوا، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش. البته این مراحل همیشه به ترتیب اتفاق نمی‌افتد و ممکن است با یکدیگر توأم باشند. مدت مرحله ممکن است از چند ساعت تا چند ماه متغیر باشد (کوبلر راس، به نقل از حجاران، ۱۳۶۸).

مطالعه‌ای وسیع از بیماران سرطانی در یک جمعیت بستری و سرپایی وقوع ۵۱ درصد اختلالات روانپزشکی را در آنها گزارش کرده است. بزرگترین گروه تشخیص اختلالات انطباقی (۶۸٪) و سپس افسردگی اساسی (۱۳٪) و دلیریوم (۸٪) بوده است. مطالعات دیگر فقط براساس جمعیت بستری وقوع بالای اختلال افسردگی اساسی را تا (۲۴٪) گزارش داد (دیماتو/موسوی اصل، ۱۳۷۸).

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که در بیماران مبتلا به سرطان دیده می‌شود. وظیفه درمانگر تشخیص و درمان این اختلال است. در واقع هدف اصلی تسهیل بخشیدن و بالا بردن ظرفیت سازگاری بیماران و کمک کردن به آنها در به کارگیری منابع بیرونی است (سیمون وین، ۱۹۹۹). عوامل خطر ساز برای گسترش افسردگی شامل تاریخچه خانوادگی،

1- Greer

2- Taylor

3- Folkman

4- Wortman, Dunkel- Schetter



تشخیص افسردگی، الکلیسم، وابستگی به مواد، فقدان امید، فقر حمایت‌های اجتماعی، سابقه اقدام به خودکشی و بیماری‌های متابولیکی که در سیستم اعصاب مرکزی اثر دارد. به هر حال ناامیدی و خودکشی بخشی از سندرم افسردگی است (همان منبع)

### افسردگی

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات عاطفی است به طوری که سلیگمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) آن را سرماخوردگی روانپزشکی نامیده است (قاسم زاده، ۱۳۸۱).

در زبان روزمره از کلمه افسردگی جهت توصیف ترکیبی از احساسات غمگینی، ناکامی و شاید رخوت و بی‌حالی استفاده می‌شود، در حالی که از دید متخصصان امر افسردگی حالتی است که به درمان‌های ویژه نیاز دارد و متخصصان بین افسردگی بالینی و احساس غمگینی (افسردگی عادی) تفاوت قائل شده‌اند (همان منبع).

### ماهیت افسردگی

افسردگی یکی از اختلالات عاطفی است که این اختلالات با پریشانی‌های هیجانی یا خلق همراهند. افسردگی احساس رکود وحشتناک همراه با احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی است که شخص قدرت تصمیم‌گیری یا شروع فعالیت‌ها را ندارد. احساس غم و ناامیدی بر فرد مستولی می‌شود بطوری که فرد تمایلی به انجام کارهای روزمره خود ندارد (براهنی، ۱۳۸۱). انجام هر کاری برای او سخت است و احساس می‌کند انرژی و توانایی ندارد بطوری که ممکن است ساعت‌ها قوز کرده و با نگاهی خیره و بی‌روح روی صندلی بنشیند و یا حتی تمایلی به خروج از رختخواب خود نداشته باشد. همچنین ممکن است دچار کمبود اشتها و در مواردی دچار پرخوری هم شود و در اکثر موارد تمایل جنسی خود را از دست می‌دهد (قاسم زاده، ۱۳۸۰). اغلب افراد مبتلا چنین بیان می‌کنند که در هنگام صبح حال خوشی ندارند و در اواخر بعدازظهر حالشان نسبتاً بهتر است به عبارتی دیگر دچار بی‌ثباتی خلق در طول روز هستند. گاهی آنها در

1- Seligman

توصیف حالات خود چنین می‌گویند: «احساس می‌کنم توی سرم پر از تکه‌های پنبه است» (شمس، ۱۳۸۰). احساس عدم اعتماد به نفس در آنها به حدی است که خود را کاملاً مغلوب، ناتوان و بی‌مصرف می‌دانند؛ همواره به یاد اشتباهات گذشته خود و دیگران به عنوان گناهانی نابخشدنی می‌افتند، از نظر اطرافیان افراد افسرده افرادی به ظاهر تن‌پرور، خودخواه و اهل تمارض‌اند (همان منبع).

### علائم افسردگی

علائم افسردگی براساس ملاک‌های تحقیق موجود در DSM-IV-TR به قرار زیر است:

الف) حداقل پنج تا از علائم زیر همزمان در یک دوره‌ی دو هفته‌ای وجود داشته باشد و نشانه تغییری در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علائم یا (۱) خلق افسرده باشد؛ (۲) بی‌علاقگی و بی‌لذتی. نکته: علائمی را که به وضوح از بیماری طبی عمومی ناشی شده است و نیز هذیان‌ها و توهم‌های ناهم‌ساز یا خلق را منظور نکنید.

(۱) خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها، طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنی‌اش (مثلاً احساس کند غمگین است، یا احساس پوچی کند) چه طبق مشاهده دیگران (مثلاً بگوید گریان به نظر می‌رسد). نکته: در اطفال و نوجوانان می‌تواند به صورت خلق تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> باشد.

(۲) کاهش واضح علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها، اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها (چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنی‌اش، چه بنا بر مشاهده دیگران).

(۳) کاهش چشمگیر وزن بدون اجرای برنامه (رژیم) خاصی برای لاغری، یا افزایش وزن (مثلاً تغییر وزن بدن بیش از پنج درصد در عرض یک ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً همه روزها. نکته: در کودکان نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت.

1-Irritable

- (۴) کم‌خوابی یا پرخوابی به طور تقریباً هر روزه.
- (۵) سرآسیمگی یا کندی روانی- حرکتی در تقریباً همه روزها (برای دیگران مشهود باشد، نه اینکه فقط خود بیمار احساس ذهنی بی‌قراری یا کند شدن را گزارش کند)
- (۶) احساس خستگی یا از دست دادن کار مایه تقریباً همه روزها.
- (۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که حتی ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز (صرف ملامت نفس یا احساس گناه به خاطر بیمار بودن کافی نیست).
- (۸) کاهش قدمت تفکر یا تمرکز، یا احساس بلا تصمیمی، تقریباً هر روز (چه طبق گزارش بیمار از احساس ذهنی خود، چه بنا بر مشاهده دیگران).
- (۹) افکار عودکننده‌ای درباره مرگ (نه فقط ترس از مردن) فکر مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه‌ای معین برای انجام خودکشی.
- ب) علائم مذکور واجد معیارهای حمله مختلط نباشد.
- پ) علائم از نظر بالینی رنج و عذاب چشمگیری برای بیمار ایجاد کرده باشد و یا کارکردهای او را در حوزه‌های اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی مختل کرده باشد.
- ت) علائم ربطی به اثرات جسمی مستقیم یک ماده (مثلاً ماده‌ای که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد، یا یک دارو) یا یک بیماری طبی (مثل کم‌کاری تیروئید) نداشته باشد.
- ث) داغدیدگی، توجه بهتری برای علائم نباشد، یعنی به دنبال از دست رفتن فرد محبوب، علائم بیش از دو ماه طول کشیده باشد، یا مختل شدن واضح کارکردها، اشتغال ذهنی شدید یا احساس بی‌ارزشی، فکر خودکشی، علائم سایکوتیک، یا کندی روانی- حرکتی به شکلی مشخص وجود داشته باشد (کاپلان/رفیعی، ۱۳۸۵).

### شیوع

افسردگی دومین اختلال شایع روانی است که سالیانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر را در سراسر دنیا مبتلا می‌کند (کلارک و بک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

شیوع این اختلال در جهان طبق آمار سازمان ملی سلامت روان در سال ۲۰۰۰ حدود ۱۰٪ بوده است و شیوع آن ۱۰ برابر اسکیزوفرنی است. طبق بررسی‌های انجام شده ۲۵٪ افراد یا بیشتر مردم دنیا حداقل یک بار در زندگی خود به افسردگی دچار می‌شود (شمس، ۱۳۸۰، قاسم زاده، ۱۳۸۱).

تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ‌ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی عمده در زنان دو برابر مردان است. اختلال دو قطبی I برخلاف اختلال افسردگی عمده در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد. دوره‌های مانیا در مردان شایع‌ترند و دوره‌های افسردگی در زنان شیوع بیشتری دارند (کاپلان/رفیعی، ۱۳۸۵).

سن شروع اختلال دو قطبی I از کودکی تا پنجاه سالگی و حتی موارد نادری بالاتر و به طور متوسط سی سالگی است. متوسط سن شروع اختلال افسردگی عمده حدود چهل سالگی است و حدود پنجاه درصد از کل این افراد بیماریشان در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع می‌شود. برخی داده‌های جدید همه‌گیر شناختی حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی عمده ممکن است در میان افراد زیر ۲۰ سال در حال افزایش باشد (همان منبع).

### افسردگی و سرطان

افسردگی سندرم ناتوان‌کننده‌ای است که ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد و خانواده‌هایی که با تشخیص سرطان روبه‌رو می‌شوند، سطوح متفاوتی از استرس و آشفتگی‌های هیجانی را تجربه می‌کنند. ترس از مرگ، توقف برنامه‌های زندگی، تغییر تصویر تن و عزت نفس، تغییر در نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی، نگرانی‌های مالی و

1- Clark & Beck

قانونی پیامدهای مهم در زندگی هر فرد مبتلا به سرطان هستند؛ گر چه همه افراد مبتلا به سرطان افسردگی جدی را تجربه نمی‌کنند (فریدمن تی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از NBCC، ۲۰۰۴).

اندوه و سوگ واکنشی طبیعی در مواجهه با بحران سرطان است. همه افراد چنین واکنش‌های دوره‌ای را تجربه می‌کنند و از آنجایی که اندوه عمومی است، تشخیص اندوه طبیعی از اختلالات خلقی و افسردگی اهمیت دارد (بلاک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). برخی افراد مبتلا به سرطان ممکن است مشکلات سازگاری بیشتری نسبت به برخی دیگر داشته باشند و واکنش‌های متفاوتی از خود نشان دهند. افسردگی اساسی یک اندوه ساده یا یک خلق «پایین»<sup>۳</sup> نیست. با توجه به اینکه افسردگی ۲۵ درصد بیماران را تحت تأثیر قرار داده و بر کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است، باید تشخیص داده شده و درمان شود (پترسون، کوین لیوان، ۲۰۰۲)<sup>۴</sup>.

به طور معمول، واکنش هیجانی اولیه فرد به تشخیص سرطان کوتاه مدت است یا ممکن است روزها و هفته‌ها ادامه یابد و شامل احساساتی از قبیل بی‌اعتمادی، انکار یا ناامیدی باشد. این واکنش طبیعی بخشی از یک طیف نشانه‌های افسردگی است که از غمگینی بهنجار تا خلق افسرده و افسردگی عمده را شامل می‌شود (بلاک، ۲۰۰۰).

واکنش‌های هیجانی به تشخیص سرطان با دوره‌های شک و تردید و بی‌قراری آغاز می‌شود. فرد کاهش خواب، اشتها، اضطراب، نشخوار فکری و ترس از آینده را تجربه می‌کند. با این حال، مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که حدود نیمی از افراد سرطانی با موفقیت سازگاری می‌یابند. نشانه‌های سازگاری موفق شامل حفظ مشارکت فعال در زندگی روزمره، کاهش تأثیر بیماری در نقش‌های زندگی مانند کار، همسر، والدین و غیره، قاعده‌مند کردن واکنش‌های

1- Friedman, T

2- Block

3- Blue mood

4-Petersen, Rw,Quinlivan JA

هیجانی نرمال در بیماری، کنترل احساس ناامیدی، بی‌حمایتی، بی‌ارزشی و یا احساس گناه می‌باشد. (اسپنسر، کارور، پریس، ۱۹۹۸)<sup>۱</sup>.

علائم افسردگی در بیماران سرطانی ممکن است وقوع همزمان علامتی از یک اختلال روانی یا یک واکنش عملکردی باشد. احساس بی‌ارزشی و گناه در بیماران سرطانی شایع ولی خفیف و گذرا است و بیماران اعتماد به نفس خود را از دست نخواهند داد (دیماتئو/موسوی اصل، ۱۳۷۸).

داتور<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) در بررسی میزان افسردگی و شیوه مقابله بیماران سرطانی گزارش کرد که بیماران در مقایسه با گروه گواه از نمره واپس‌زنی بالاتر و افسردگی پایین‌تری برخوردار بودند. نتیجه بدست آمده در مورد واپس‌زنی مؤید نتایج قبلی بود. اما افسردگی پایین، نتیجه‌ای قابل انتظار نبود و فرضیه‌ی بنسون را تأیید می‌کرد. به او عقیده‌ی او بیماران سرطانی خشم و هیجانات منفی مثل اضطراب و احساس گناه و افسردگی را انکار و واپس‌زنی می‌کنند و به همین دلیل نسبت به گروه گواه حتی نمره پایین‌تری بدست می‌آورند (کن و همکاران، ۱۹۹۱)<sup>۳</sup>. همانطوری که نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، رابطه بین افسردگی و سرطان هنوز مبهم باقی مانده است. برخی تحقیقات رابطه افسردگی و بیماری سرطان را نفی می‌کنند بعضی دیگر عدم وجود آن را ناشی از استفاده بیمار از مکانیسم‌های دفاعی سرکوبی یا واپس‌زنی می‌دانند. بررسی‌های دیگر افسردگی را واکنشی نسبت به بیماری سرطان می‌دانند و پاره‌ای از بررسی‌ها آن را یکی از علل بیماری سرطان قلمداد می‌کنند. ناهمگونی در نتایج شاید ناشی از این باشد که واژه افسردگی به طور کلی به کار گرفته شده است و بین افسردگی به عنوان یک حالت، خصیصه و اختلال تمایز قایل نشده‌اند. شاید اختلالات مختلف اثرات متفاوتی را به همراه داشته باشند. بسیاری از بررسی‌ها احساس ناامیدی و درماندگی را معادل افسردگی در نظر

1- Spencer, carver, price

2- Dattore

3- Kune & etal

گرفته‌اند. در حالی که احساس ناامیدی و درماندگی تنها جزء مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های افسردگی محسوب می‌گردند (لوینسون و بمیس، ۱۹۹۱).<sup>۱</sup>

از آنجایی که احساس گناه یکی از علائم افسردگی و فاکتوری مؤثر در واکنش‌های بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد، در این قسمت به بررسی این سازه می‌پردازیم.

### احساس گناه<sup>۲</sup>

احساس گناه یک موقعیت هیجانی ناشی از علم بر تخطی و تخلف از یک استاندارد و کد اخلاقی است. بیشتر مؤلفان فقط زمانی یک موقعیت هیجانی را به عنوان احساس گناه بازشناسی می‌کنند که شخص استانداردهای اخلاقی اجتماع را درونی کرده باشد، بنابراین با ترس ساده از تنبیه منابع بیرونی متفاوت است (ویر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از ضرابیه، ۱۳۸۲).

احساس گناه موقعیتی است که با سزانش خود و نیاز به مجازات آمیخته است و در روان تحلیل‌گری به احساس عصبی نیاز به مجازات اشاره دارد که از تضاد بین نفس و وجدان ناشی می‌شود و همیشه در اثر سرزنش والدین شروع شده، در جریان شکل‌گیری وجدان جزئی از وجود شخص می‌گردد. گناه عملکردهای روانی و اجتماعی دارد و احساس گناه شدید و یا عدم احساس آن نشانه بسیاری از اختلالات روانی مثل افسردگی یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی است. (کاپلان، سادوک/نجاتی، ۱۳۷۳؛ به نقل از همان منبع).

### احساس گناه مرضی و غیر مرضی:

در متن تجدیدنظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در معرفی علائم افسردگی ذکر شده است که ویژگی اساسی اختلال افسردگی عمده یک دوره زمانی حداقل دو هفته‌ای است که طی آن خلق فرد افسرده است و احساس لذت و علاقه را در همه فعالیت‌ها از

1- Levenson & Bemis

2- Guilt Feeling

3- Weber

دست می‌دهد. علائم دیگر- همانگونه که در مبحث افسردگی ذکر شد- شامل تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های روانی حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، اشکال در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، افکار عود کننده مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی می‌باشد (ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۴).

احساس گناه یا بی‌ارزشی همراه با دوره افسردگی عمده ممکن است شامل ارزیابی‌های منفی غیر واقعی از ارزش خود یا اشتغال ذهنی با احساس گناه یا نشخوار ذهنی شکست‌های کوچک گذشته باشد (ملاک الف ۷).

این قبیل افراد غالباً رویدادهای معمولی یا کم‌اهمیت روزمره را به عنوان شواهدی دال بر کاستی‌های شخصی سوء تعبیر می‌کنند و در برابر رویدادهای ناگوار احساس مسئولیت مبالغه-آمیز دارند. احتمال دارد حس بی‌ارزشی یا گناه مایه‌های هذیانی داشته باشد (مانند اعتقاد فرد مبنی بر اینکه مسئول فقر جهانی است). سرزنش کردن خود، به دلیل بیمار بودن و به دلیل ناتوانی در انجام مسئولیت‌های شغلی یا میان فردی در نتیجه افسردگی بسیار شایع است ولی جز در مواردی که هذیانی باشد برای مطابقت با این ملاک کافی نیست (همان منبع).

در راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی ذیل اختلال شخصیت ضد اجتماعی ذکر شده که این افراد احساس گناه ندارند و این فقدان باعث می‌شود که از ارتکاب جرم و جنایت احساس شرمساری و ناراحتی نداشته باشند (ترجمه نائینیان و همکاران، ۱۳۷۴).

بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که دو نوع احساس گناه وجود دارد، در حقیقت وجود احساس گناه ضروری است اما از نظر کمی باید حدی برای آن در نظر گرفت تا میزان زیاد آن فرد را به سوی بیماری روانی سوق ندهد. هورنی<sup>۱</sup> (۱۹۳۷)، هایدر<sup>۲</sup> (۱۹۷۱)، نارامور<sup>۳</sup> (۱۹۷۴) و

1- Horney

2- Haider

3- Narramore



پک<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در تحقیقی دو نوع احساس گناه را مشخص کرده‌اند. احساس گناه متناسب و احساس گناه نامتناسب (به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

احساس گناه متناسب آگاهی از قصورات و کوتاهی‌های فرد است که در نهایت باعث افزایش رشد می‌شود. احساس گناه نوروتیک یا افراطی که ذخیره هیجانی است و رشد را به تعویق می‌اندازد (همان منبع).

نارامور و کانتس<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) تقسیم‌بندی دیگری ارائه دادند. احساس گناه واقعی پیامی از روح مقدس است در پاسخ به شکست و نقض قانون خدا و احساس گناه دروغین، پیامی از فرامن است که به صورت افراطی اجتماعی شده است (همان منبع).

گولد<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) دیدگاه وجودگراها را اینگونه خلاصه کرده است که «اگر چه احساس گناه محدودیت‌ها و عدم کمال ما را یادآوری می‌کند، اما علامتی است برای انسانیت ما و به ما کمک می‌کند تا تعیین کنیم چه چیزی اخلاقی است» (همان منبع).

تانگنی و درینگ<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) در تقسیم‌بندی دیگری به بررسی گناه غیرانطباقی<sup>۵</sup> و شرم<sup>۶</sup> پرداخته‌اند. تاریخچه بالینی از یک سو به گناه غیرانطباقی اشاره دارد که با خود سرزنشی مزمن و تأمل و سواس گونه در مورد یک رفتار ناخوشایند مشخص می‌گردد و از سوی دیگر بیانگر کارکرد انطباقی شرم است، در حالی که تا به حال صحبت از کارکرد غیرانطباقی آن بوده است. اعتقاد بر این است که احتمالاً هنگامی که گناه با شرم ادغام می‌شود، غیرانطباقی می‌گردد. شرم و نه گناه معضل پر پیچ و خمی است. شرم و گناه آمیخته با شرم، فرصت کمی را برای رهایی و نجات فراهم می‌کند. گناه همراه با پوششی از شرم، منجر به نشخوار فکری بی‌پایان و سرزنش خود می‌شود که در تاریخچه بالینی گزارش شده است (تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲).

1- Peck

2- Kantes

3- Gould

4- Maladaptive Guilt

5- Shame

6- Tangney & Dearing

بایبی و کویلز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸؛ به نقل از لوتین و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲) نشان می‌دهند که چرا گاهی اوقات گناه می‌تواند ناسازگار باشد. مثلاً هنگامی که امکان عذرخواهی، جبران و اصلاح به هر دلیلی وجود ندارد (مثلاً احساس گناه پس از مرگ محبوب) به دنبال آن نشخوار فکری، خودتنبیهی، جبران نمادی و ابطال جادویی خطا همراه است. در ادامه این فرضیه، آنها در مجموعه‌ای از مطالعات بر روی بزرگسالان جوان دریافتند که در آنها، نه گناه بلکه کاهش غیر مؤثر احساسات گناه به شاخص‌های آسیب‌شناختی مثل افسردگی و اختلالات خوردن مربوط می‌شود. بنابراین هم مطالعات تجربی و هم نظری نشان می‌دهد که ممکن است ابعاد ناسازگارانه گناه وجود داشته باشد که مقیاس عاطفه خودآگاهی آن را نمی‌سنجد (به نقل از لوتین و همکاران، ۲۰۰۲).

با توجه به اینکه در متن اکثر مقالات و مجلاتی که در آنها تعریف کوچک یا اشاره‌ای به احساس گناه وجود داشت احساس گناه و شرم همراه هم ذکر شده بودند و در برخی از آنها شرم به صورت احساس گناه مرضی و در برخی دیگر به صورت احساس گناه غیر مرضی تعریف شده بود. لذا ضروری به نظر می‌رسد اشاره‌ای هم به این موضوع شود، البته در نتیجه‌گیری کلی نمی‌توان نظر قطعی داد که آیا شرم را به عنوان احساس گناه مرضی ذکر می‌کنند یا غیر مرضی.

### شرم و احساس گناه<sup>۳</sup>

تحقیقات اخیر دو فرایند جدا اما مؤثر و مرتبط با هم را مشخص کرده است؛ احساس گناه و شرم. احساس گناه و شرم شباهت‌هایی به هم دارند. هر دو احساسات ملامت‌باری هستند و با اسنادهای شخصی متفلسفاتی سر و کار دارند. هر دو فرض‌هایی از عملکرد فرامن هستند که

1- Baybe & Koielz

2- Luyten & etal

3- Shame and Guilt

رفتار انسان را نظم می‌دهد. البته این دو احساس بسیاری از اوقات به صورت قابل تبدالی به کار برده می‌شوند (گیلبرت<sup>۱</sup> ۱۹۹۷؛ لوئیز<sup>۲</sup> ۱۹۷۱؛ به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

شرم و گناه هیجان‌های نیرومند انسانی هستند که دارای کارکردهای مهمی هم در سطوح فردی و هم در سطوح ارتباطی هستند. از یک سو شرم و گناه از جمله خصوصی‌ترین و شخصی‌ترین تجارب ما هستند، زیرا در مقابل تخطی یا خطا «خود»<sup>۳</sup> به ارزیابی خود می‌پردازند. بنابراین تجربه شرم و گناه می‌تواند رفتار ما را هدایت کند. از سویی دیگر، شرم و گناه به طور جدا نشدنی با «خود» در ارتباط با دیگران، به هم مرتبط هستند. این هیجان‌ها از اولین تجارب بین فردی ما در خانواده و یا در روابط کلیدی ما شکل می‌گیرند و در سراسر زندگی، بر رفتار ما در موقعیت‌های بین فردی به طور عمیقی تأثیر می‌گذارند. شرم و گناه هم هیجان‌های خودآگاهی و هم هیجان‌های اخلاقی هستند. از این رو جزء هیجان‌های خودآگاهی محسوب می‌شوند که طی آنها «خود» درگیر ارزیابی خود است و بدین جهت در زمره هیجان‌های اخلاقی هستند که احتمالاً نقش کلیدی در پرورش رفتار اخلاقی ایفا می‌کنند (تانگنی و درینگ، ۲۰۰۰).

احساس گناه به صور گوناگونی تعریف شده است. در تئوری روانکاوی، احساس گناه بعنوان پاسخ فرامن به تکانه‌های غیر قابل قبول فردی است که اغلب از اضطراب ناشی از تعارضات دوران کودکی نشأت گرفته و یا ناشی از احساس رهاشدگی و تنبیهی است که توسط والدین اعمال می‌شده است (آیزنبرگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

در روانشناسی اجتماعی و رشد، احساس گناه اغلب به پشیمانی و افسوس بعد از یک کار خطا گفته می‌شود. برای مثال، احساس گناه به عنوان یک بی‌قراری اساسی و هیجانی یا احساس درد ناشی از پشیمانی است، وقتی که فرد عامل اصلی آن باشد یا پیش‌بینی شود که

1- Gilbert

2- Lewis

3- Self

4- Aysenberg

علت آن است و این بی‌قراری و درد وابسته به حوادث دردناک آزارنده‌ای می‌باشد (فرگوسن و استگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ همان منبع).

فرد دارای احساس گناه مسئولیت رفتاری را که استانداردهای درونی شده را هتک کرده و یا باعث درماندگی دیگران شده، پذیرفته است و تمایل دارد آن را جبران نماید و دیگران را دلجویی کند و یا خود را تنبیه کند (فرگوسن، استگ ۱۹۹۸، هافمن، ۱۹۹۸؛ تانگنی، ۱۹۹۱) این نوع احساس گناه مرتبط‌ترین بحث به بحث هیجان اخلاقی است (همان منبع).

شرم اغلب به عنوان هم‌معنی احساس گناه به کار برده می‌شود و به عنوان آندوه اساسی منفعل یا هیجان ناتوان کننده که با مقصر دانستن خود در حوادث آزاردهنده برانگیخته می‌شود، تعریف شده است. فرد شرمگین بیشتر بر ارزش‌گذاری کم، محکوم کردن و مقصر دانستن کامل خود متمرکز است و در تجارب خود کاستی‌ها و عیوب اساسی می‌بیند. در انجام اعمال فرد دچار احساس خجالت و کمرویی است. ترس‌هایش را تحقیر و تمسخر می‌کند و از دیگران اجتناب کرده و از آنها پنهان می‌شود (فرگوسن و استگ، ۱۹۹۸؛ همان منبع). وقتی فرد شرم را تجربه می‌کند، احساس می‌کند تمام «خود» او آشکار شده و دچار حقارت و خوارشدگی است. بزرگسالان گزارش داده‌اند که تجربه شرم دردناک‌تر و تنش‌زاتر از تجربه احساس گناه است دلیل آن هم این است که در شرم فرد اشتغال فکری شدیدی در مورد نظارت دیگران درباره خودش دارد، اما در احساس گناه این حس درونی است و بیشتر به خود فرد و اعتقادات او باز می‌گردد.

احساس گناه عموماً کمتر دردناک و خردکننده است و بیشتر به خود فرد و اعتقادات او باز می‌گردد. زیرا وقتی فرد احساس گناه را تجربه می‌کند. این تجربه به رفتار خاصی مربوط است که از خود متمایز است (فرگوسن و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از تانگنی، ۱۹۹۸؛ همان منبع).

1 - Ferguson & Stegge

احساس گناه با احساس تنش، پشیمانی و ندامت سر و کار دارد اما تأثیری بر هسته مرکزی هویت شخصی ندارد. شرم به تمایل به جبران جنبه‌های «خود» وابسته شده است در حالی که در احساس گناه تمایل به جبران رفتار وجود دارد (نیدنثال و همکاران، ۱۹۹۴؛ همان منبع).

لوئیز<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) نیز گناه را نسبت به شرم کمتر دردناک و سخت تکان‌دهنده دید و از آنجایی که در گناه مسئله مربوط به یک رفتار خاص است که تا حدی از «خود» جداست، روی هویت مرکزی فرد یا خودپنداره او اثر نمی‌گذارد. گناه در برگیرنده احساس تنش، ندامت و افسوس در مورد انجام چیز بدی است. مردم در تجربه گناه اغلب اشتغال ذهنی عذاب‌آوری را با تصور تخطی گزارش می‌کنند و آرزو می‌کنند که کاش طور دیگری رفتار می‌کردند. گناه خود را به اعتراف، جبران و عذرخواهی سوق می‌دهد (تانگنی و درنیگ، ۲۰۰۲).

احساس گناه یک عاطفه و احساس اخلاقی سازنده و سازگار است که با ارزشیابی منفی درباره رفتاری خاص که تخلف از یک استاندارد درونی شده باشد، سر و کار دارد؛ در حالی که شرم، نوعاً تجربه بسیار دردناکی است که به طور قطعی متمرکز بر «خود» بوده و گیج‌کننده‌تر از احساس گناه است. وقتی فرد شرم را احساس می‌کند، دچار حس بی‌ارزشی، بی‌مهارتی و تحقیر توسط دیگران می‌شود (دلویس<sup>۳</sup>، ۱۹۷۱؛ تانگنی، ۱۹۹۴ به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

در نهایت تجربه مکرر شرم ارتباط نزدیکی با یک سری تجارب رفتاری-شناختی مثل افسردگی، خودتضعیفی<sup>۴</sup>، شرمگینی<sup>۵</sup>، اضطراب درونی<sup>۶</sup>، کمال‌گرایی و سواسی<sup>۷</sup> و یک هویت مغشوش و سردرگم<sup>۸</sup> پیدا می‌کند (زالما<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ لوتواک و فراری<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ تانگنی و فیشر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ لوتواک و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ همان منبع).

1- Niedenthal et al

2- Lewis

3- Delvels

4- Self serogation

5- Shyness

6- Interpersonal anxiety

7- Perfectionism

8- Diffuse oriented Identity

در کل چنین به نظر می‌رسد که شرم احساس بسیار دردناکی از پشیمانی، ندامت و بی-مهارتی است؛ وقتی فرد دست به عملی می‌زند که با خود آرمانی‌اش فاصله دارد، پس از انجام آن در خود احساس ارزشیابی منفی می‌کند و او را وادار به اجتناب می‌کند. بر این اساس می‌توان تصور کرد که این تعریف از شرم به نوعی با احساس گناه مرضی هم معنی است و احساس گناه در تعریف قبل با احساس گناه غیر مرضی هم معنی است.

### رشد احساس گناه

نظرات زیادی در مورد سن ظهور احساس گناه وجود دارد. لوئیز (۱۹۹۸) بحث کرد که احساس گناه در حدود سن سه سالگی وقتی در بچه‌ها ظهور می‌یابد که:

- ۱- بچه‌ها بتواند بطور شفاف خود را به عنوان فردی متفاوت از دیگران باز شناسند.
- ۲- برخی استانداردهای رفتاری در آنها رشد کرده باشد.
- ۳- قادر باشند این استانداردها را برای ارزش‌گذاری رفتارشان به کار ببرند (آیزنبرگ، ۲۰۰۰؛ همان منبع).

براساس تئوری هافمن<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) در سال دوم زندگی وقتی بچه‌ها سریعاً رشد می‌کنند، توانایی تفاوت گذاشتن بین خود و موقعیت‌های درونی دیگران را دارند با ناآرامی و ناراحتی دیگران همدلی می‌کنند. براساس دیدگاه هافمن، بچه‌های کوچک در ابتدا به ناراحتی دیگران با ناراحتی خود پاسخ می‌دهند. همدلی با فرد آزار دیده مرکب است از آگاهی نسبت به اینکه یک نفر باعث ناراحتی دیگران شده است. برای رفتارهای جبرانی حتی، اگر خود بچه سبب ناراحتی و ناآرامی دیگران نباشد، چالش‌هایی را بر می‌انگیزد (همان منبع).

---

1- Zalma  
2- Lutwak & ferrari  
3- Tangney & fisher  
4- Lutwak & etal  
5- Haffman

### سبب‌شناسی احساس گناه

براساس تئوری فروید احساس گناه منشأ دین و اخلاق است و به یک حس ناخودآگاه خصومت بار نسبت به دیگران وابسته است. بر طبق نظریه فروید نوع بشر احساس گناه را در شروع خلقت بشر به عنوان نتیجه تمایل به زنا با محارم تحصیل می‌کند. فروید و بقیه روان - تحلیل‌گران با این ساده‌سازی بیش از حد تغییر فهم در مسئله ایجاد می‌کنند، که چگونه منابع قدرت مهم مثل مذهب در دوران کودکی در مورد جنسیت و خشم به ما چیزهایی را می‌آموزد که در زندگی بزرگسالی ما مؤثر است. (مستیر، ۱۹۸۴، به نقل از ضرابیها، ۱۳۸۲).

در تئوری روان‌تحلیل‌گران این آموزش‌ها در سازه فرامن که شامل پیامدهای درونی شده مراجع قدرت و تصویر ایده‌آلی از خود است قرار دارد.

البته در همه موارد حضور یک کد اخلاقی منع شده دیده می‌شود.

نارامور (۱۹۷۴) در طرحی شرح داد که احساس گناه از فرامن نشأت می‌گیرد. مکانیسم‌های موجود در فرامن شامل خود ایده‌آل<sup>۱</sup>، خود اصلاح‌گر<sup>۲</sup> و خود تنبیه‌کننده<sup>۳</sup> است. خود ایده‌آل هسته آگاهی و شامل ارزش‌ها، ایده‌آل‌ها، استانداردها، اشتیاق‌ها و تمایلات است. خود ایده‌آل به عنوان یک گارد آهنی برای اندازه‌گیری رفتار و قصورات ما از خودمان عمل می‌کند. خود اصلاح‌گر منشأ آن چیزی است که نارامور آن را «احساس گناه سالم» می‌نامد و درون‌سازی توبیخ‌های والدین است که بچه‌ها بالاخره خود از آن استفاده می‌کنند.

خود تنبیه‌گر منشأ احساس گناه ناسالم است؛ و ریشه در تهدید مراقب به تنبیه، طرد و شرم دارد. اگر چه رویکرد نارامور به سبب‌شناسی احساس گناه بر اساس دیدگاه روان‌پویشی است، احساس گناهی که به نوعی به خود تنبیه‌گر یا اصلاح‌گر مربوط شده است، می‌تواند به صورت

---

1- Ideal self  
2- Corrective self  
3- Punitive self

آن چیزی که یونگ در سال ۱۹۹۰ طرحواره کزناسازگاران<sup>۱</sup> نامید مفهوم‌سازی شود (همان منبع).

میهل و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) ذکر کردند که مفهوم‌سازی‌های بین فردی اخیر، دیدگاه روان پویشی را رد می‌کند و به جای این دید که احساس گناه یک احساس دردناک است که از اعتقادات یک نفر نشأت می‌گیرد و به دیگران صدمه می‌زند، معتقدند که این صدمه یک تخلف از کد اخلاقی است که فرد را از صدمه به دیگران باز می‌دارد. در این حس، احساس گناه برای تسهیل و تثبیت دلبستگی‌ها به خدمت در می‌آید اما می‌تواند مشکل‌ساز هم بشود، زمانی که اغراق‌آمیز می‌گردد (به نقل از فرگوسن و همکاران، ۱۹۹۷؛ همان منبع).

### شرم، گناه، جنسیت، مذهب و فرهنگ

تفاوت‌های جنسیتی در تجربه و کنترل شرم پیچیده هستند. فروید (۱۹۳۳) به نقل از اروین<sup>۳</sup>، (۲۰۰۲) به شرم به عنوان ویژگی زنانه مربوط به ناکارآمدی اندام جنسی توجه کرد و از سوی دیگر یکی از اظهارات بحث‌انگیز فروید این است که زنان نسبت به مردان حس درونی ضعیف‌تری از اخلاقی بودن دارند و این به علت نقایصی است که در شکل‌گیری فرامن وجود دارد.

اچ. بی. لویز<sup>۴</sup> (۱۹۸۱) به نقل از اروین، (۲۰۰۲) تأثیر جنس را به تفاوت‌های وابسته به زمینه که در زنان رایج‌تر است و مستقل از زمینه در مردان متداول‌تر است، بنا کرد. او فرض کرد زنان به تجربه شرم و مردان به تجربه گناه مستعدترند.

دیگرای پیشنهاد کردند که زنان و مردان به طور مساوی مستعد به شرم هستند ولی به علت تفاوت‌های فرهنگی، زیست‌شناختی و تحولی مردان و زنان شرم را به طور متفاوتی پردازش و

1- Maladaptive schemas

2- Meihel etal

3- Erwin

4- H.B, Lewis



ابراز می‌کنند (کراگمان<sup>۱</sup>، به نقل از همان منبع). مثلاً مردان اغلب با مسائل و مشکلات مربوط به منزلت طبقه اجتماعی و تهدید برای موقعیت‌های اجتماعی و زنان با تهدید پیوند دلبستگی احساس شرم می‌کنند (تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲).

در حوزه مذهب هم به نظر می‌رسد که مذهب تأثیر چشمگیری را در مستعد بودن به احساس شرم و گناه ندارد. به عنوان مثال وین<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) عنوان می‌کنند که اگر چه بین مذهب بیرونی و درونی با شرم و گناه مثل مطالعه چاو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از وین و همکاران، (۲۰۰۳) رابطه‌ای را پیدا کردیم ولی اثرات کم بودند. این ممکن است به علت تفاوت‌هایی در درآمیختگی گروه‌های مذهبی و قومی- نژادی این مطالعه باشد. از سویی دیگر تانگنی و درینگ (۲۰۰۲) مطرح می‌کنند که در بررسی‌هایشان تقریباً تفاوتی وجود ندارد. در واقع تأثیر زمینه مذهبی ممکن است تا حدی به زمینه فرهنگی و قومی فرد بستگی داشته باشد. به طور خلاصه ما نمی‌توانیم با اطمینان بگوییم که کاتولیک‌های آمریکایی بیشتر از پروتستان‌های همتایشان، احساس شرم و گناه دارند. هیچ کدام از افرادی که در یک مذهب خاص، پرورش یافته‌اند از آنهایی که بدون پیوند مذهبی هستند، در قالب سبک هیجان اخلاقی تفاوت ندارند (به نقل از تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲).

در حوزه تأثیر فرهنگ و رابطه آن با مستعد بودن به شرم گناه این عقیده مطرح است که جوامع آسیایی و غربی در درجه‌ای که گناه را در مقابل شرم به عنوان مکانیسم کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، تفاوت دارند ولی مطالعه جانسون و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) بیانگر آن است که شباهت‌های بین فرهنگی اساسی در این زمینه وجود دارد و این تفاوت در مطالعه آنها ظاهر نشده است. (به نقل از جانسون، ۱۹۸۷).

1- Krugman, s

2- Winne & etal

3- Chaw

4- Johnson & etal

تصور از خدا<sup>۱</sup>

خداوند به عنوان مبدأ آفرینش، از مهمترین موضوعاتی است که ذهن بشر را به خود معطوف کرده است. خداوند هرگز دیده نشده است اما با صفاتش توصیف شده و بشر به گونه‌ای او را حس کرده است (کاباریک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). تصور از خدا یک متغیر پیچیده روانشناختی است که به نظر می‌رسد مفهومی چند بعدی و یا چند متغیری است که تحت حیطه وسیع‌تری به نام دین قرار دارد (لی و ارلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). در روانشناسی سطوح اعتقاد به خدا بر نگرش افراد به مفاهیم زندگی و رفتارهای متنوعی از انتخاب دوست و شریک زندگی تا رشد اختلالات روانشناختی و انحرافات اجتماعی تأثیر می‌گذارد (باهر، مائوگان، مارکوس ولی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از مایلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). تصور از خدا برای هر کسی تا حد زیادی به رابطه او با خدا بر می‌گردد و در واقع بینش نسبت به تصور از خدا پیش‌نیازی برای درک کاملی از رابطه فرد با خداست. (تیسدال و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

با توجه به اینکه تصور از خدا مفهومی است که در حوزه وسیع‌تری به نام دین قرار می‌گیرد، قبل از ادامه بحث ذکر تاریخچه مختصری پیرامون دین ضروری به نظر می‌رسد.

## تاریخچه‌ای از نظرات و بررسی‌های روانشناختی پیرامون دین

تأثیر دین و باورهای دینی در شکل‌دهی هویت‌های فردی و هویت جوامع، خلق اهداف، انتقال ارزش‌ها، تقویت شعور اخلاقی و به چالش فراخواندن صاحبان قدرت، قابل انکار نیست، فرایند این تأثیر، تنها با مطالعه علمی دین از نقطه‌نظر روانشناختی و جامعه‌شناختی می‌تواند روشن شود (کیس بالت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲).

1- Image of God

2- Kubarc

3- Lee, c. E &amp; Early, A

4- Bahr, s.; Maughan, s.; Marcos, A.; Li, B.

5- Maiello, c

6- Tesdale, T. H.; et al

7- Casebalt

دین را به طور ساده می‌توان چنین تعریف کرد: جنبه‌ای از تجربیات و از جمله افکار، احساسات و فعالیت‌های فرد است که به آن وسیله کوشش می‌کند تا در رابطه با آنچه الهی می‌پندارد، یعنی قدرت بسیار متعالی و با ارزش که جهان را کنترل می‌کند، زندگی کند (هیوم، ۱۳۸۲). خصیصه واقعاً برجسته و سرآمد تمام تاریخ بشر همان دین او است (همان منبع). اما نگاهی اجمالی به بازخورد روانشناسان برجسته نشان می‌دهد که حداقل در حد نظام‌های بزرگ روانشناسی، روانشناسان دیدگاه بدبینانه‌ای نسبت به مذهب ارائه کرده‌اند. شاید این برداشت از این دین به فلسفه‌های غالب در آن زمان، حرکت افراطی علوم به سمت عینی‌نگری و نیز نارساکنش‌وری‌های ادیان غالب در آن زمان باز گردد (جان بزرگی، ۱۳۷۸).

در ابتدای قرن گذشته روان تحلیل‌گران تحت تأثیر فروید، معتقد بودند که پیوند با خدا ادامه دلبستگی دوران کودکی و اعمال مذهبی، تکرار رفتارهای روان آزوده‌وار کودکی نسبت به والدین است (همان منبع).

فروید با ارائه نخستین مقاله خود، درباره دین در سال ۱۹۰۷، آداب دینی را به عنوان شکلی از «توروز و سواس»<sup>۱</sup> مطرح نمود. چنین تعبیری از دین، این پیشنهاد را به دنبال داشت که دین یک فعالیت غیر منطقی، کودکانه و روان رنجورانه می‌باشد. فروید خود چنین تصور می‌کرد که دین یک «توهم»<sup>۲</sup> است و با طلوع علم غروب خواهد کرد (آرگیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

رفتاری‌نگرها که اشکال نسبتاً ساده‌ای از یادگیری را (غالباً در حیوانات) مطالعه می‌کردند، تجربه‌ی هشیار در انسان را نادیده گرفته و یا به حساب نمی‌آورند. در طریق آنها، ارجاع مشخصی به احساسات، افکار و سایر انواع فعالیت ذهنی نبود. برخورد رفتاری‌نگرها با دین، برخوردی تهاجمی بود و دین را به عنوان «فرایندی که پاداش داده شده است» تبیین می‌نمودند (همان منبع).

1- Obsessional neurosis

2- Illusion

3- Argyel.M.

در میان روانشناسان رفتاری- شناختی که زیرگروهی از رفتاری‌نگرها به حساب می‌آیند نیز مخالفت با دین به چشم می‌خورد. در نظر آنها «شناخت‌ها» بهترین تعیین‌کننده‌های رفتار هستند. آنها به طور خاص، اختلال‌های تفکر را مسئول مشکلات عاطفی دانسته و بر این باورند که مشکلات زندگی از عقاید غیرمنطقی ما درباره خود و جهان ناشی می‌گردد. به دنبال مخالفت الیس، بنیانگذار درمانگری عقلانی- هیجانی، با دین بسیاری از درمانگران شناختی بر این عقیده بوده‌اند که هر گونه باور دینی، غیر منطقی و ناپخته است. برای الیس و پیروانش، دیدگاه مبنی بر انکار وجود خدا، راه رسیدن به کمال مطلوب سلامت و خوب بودن است (جان بزرگی، ۱۳۷۸).

پس از آن روانشناسی انسان‌نگر و هستی‌نگر مطرح می‌شود. انسان‌نگرها هرگز تمایلی نداشته‌اند که به تعالی به عنوان نکته‌ای فراتر از هشیاری توجه کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از روانشناسان انسان‌نگر، مذهبی نیستند و به ماوراء اعتقاد ندارند (همان منبع).

روانشناسان اجتماعی معمولاً رویکردهای «غیر هستی‌گرایانه» را نسبت به سؤالات حوزه دین برمی‌گزینند، یعنی از تأیید یا رد هر گونه باور دینی پرهیز می‌نمایند. آنان معتقدند در ارتباط با پدیده‌هایی مانند دین، سیاست، هنر و ... می‌توان دو منظر اختیار نمود: یکی منظر بیرونی برای یک روانشناس و دیگری منظر درونی برای آنها که به آن باور یا اعتقاد دارند. این به معنای جدا نگاه داشتن دین از علم نیست بلکه حاوی این مفهوم است که دو نقطه نظر می‌توانند به طور همزمان عمل کنند. به عنوان مثال در مورد موسیقی، دانشجویمان این رشته ممکن است مجبور به گذراندن دوره‌های خاصی از فیزیک صداها یا موسیقیایی باشند، اما این امر آنان را مجبور به انجام قضاوت در مورد شخص بتهون نمی‌کند و تنها برخی از اصول تولید صدا را به ایشان ارائه می‌نماید. افراد می‌توانند هر دو نقش را ایفا کنند. به طور کلی توصیه می‌کند که موضوع مورد مطالعه جدی گرفته شده و به طور موجه مورد پذیرش واقع شود، نه اینکه به عنوان یک توهم نگریسته شود تا نیاز به تبیین روانشناختی داشته باشد (آرگیل، ۲۰۰۰).

پس از ارائه نحوه‌ی برخورد مکاتب بزرگ روانشناسی با پدیده دین به بررسی چند چهره شاخص در این حوزه می‌پردازیم.

ویلیام جیمز<sup>۱</sup> از اولین روانشناسانی است که به مطالعه دین پرداخته است به طوری که نفوذ او هنوز در این حیطه ادامه دارد. او بین دین برخاسته از «عقل سلیم»<sup>۲</sup> و دین ناشی از «روح بیمار»<sup>۳</sup> تمایز قائل شد (کیس بالت، ۲۰۰۲). علاوه بر این او معتقد به «دین مؤسسه‌ای»<sup>۴</sup> و «دین شخصی»<sup>۵</sup> بود؛ و این دو را چنین تعریف می‌کرد: دین مؤسسه‌ای اشاره به یک گروه یا سازمان مذهبی دارد و نقش مهمی در فرهنگ جامعه ایفا می‌کند. مذهب شخصی نیز اشاره به تجربه‌های یونگ<sup>۶</sup> معتقد بود که دین در پیروانش احساس داشتن معنا و امنیت بوجود می‌آورد (همان منبع).

فرام<sup>۷</sup> معتقد بود که مسئله انسان، مذهبی بودن یا نبودن نیست، بلکه این است که چگونه دینداری باشد.

فرام معتقد بود که انسان‌ها به طور کلی دو سبک دینداری را بر می‌گزینند. نوع اول را دین قدرت مدار نامید. در چنین دیدگاهی، شخص خداوند را به خاطر قدرت و کنترلش بر فرد پرستش می‌کند، نه به خاطر صفات جمال و کمالش. این نوع دین مستلزم اطاعت دقیق از ناحیه پیروان می‌باشد. وی دین قدرت مدار را برای سلامت روان مضر می‌دانست. فرام همچنین به یک دین انسان‌گرا نیز اعتقاد داشت. در این دیدگاه به خداوند به عنوان نمادی از آنچه که انسان واقعاً می‌تواند به کمالات او برسد، نگریسته می‌شود به اعتقاد فرام این دیدگاه می‌تواند برای سلامت روان مفید باشد.

1- James, w.

2- Healthy- minded religion

3- Religion of sick soul

4- Institutional religion

5- Personal religion

6- Jung

7- Fromm, E

مازلو<sup>۱</sup> نیز به دین و سلامت توجه داشت. مازلو انسان‌ها را به کسانی که تجارب اوج دارند و کسانی که چنین تجاربی ندارند تقسیم نمود. وی معتقد بود کسانی که تجارب اوج دارند در هنگام این تجربه‌ها، جهان را به صورت یک کل یکپارچه درک می‌کنند و در مقابل، کسانی که تجربه‌های اوج را انکار می‌کنند، تجربه‌های مذهبی مفیدی نخواهند داشت. بر اساس نظر وی، دین سالم باید تجربه‌های اوج داشته باشد و آنها را به عنوان یک بخش مهم زندگی بپذیرد (همان منبع).

نیچه<sup>۲</sup> به نقل از ارنست رنان می‌گوید: بیایید به جرأت بگوییم که دین دستاورد انسان بهنجار است و انسان هر چه دیندارتر باشد و از سرنوشت ابدی مطمئن‌تر، به حقیقت نزدیک‌تر است (نیچه، ۱۳۷۵).

#### سازه تصور از خدا

در پژوهش‌ها متغیر تصور از خدا به شکل‌های متفاوتی تعریف شده است: برخی نویسندگان به تصور از خدا به عنوان مفهوم خدا اشاره کرده‌اند (مانند دی روس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴، بارت و ون ارمن<sup>۴</sup>، گورساج<sup>۵</sup>، ۱۹۶۸ و اسپیلکا و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۶۴). برخی به عنوان خدای بازنمایی شده از آن نام برده‌اند (پارکر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹).

بروکاو و ادواردز<sup>۸</sup> (۱۹۹۴) از آن تحت عنوان موضوع انتقالی شخصی سازی شده، و هال و بروکاو<sup>۹</sup> (۱۹۹۵) از آن تحت عنوان بازنمایی موضوع درونی<sup>۱۰</sup> نام برده‌اند.

- 
- 1- Maslo
  - 2- Niche
  - 3- De Roos
  - 4- Barrett, Vanorman
  - 5- Gorsuch
  - 6- Spilka & etal
  - 7- Parker
  - 8- Brokaw & Edwards
  - 9- Hall & Brokaw
  - 10- Internal object

کرجسی<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) در تحقیق خود با توجه تفاوت‌های جنسیتی در مورد تصور از خدا از آن به عنوان طرحواره‌های خدا<sup>۲</sup> یاد کرده است. در مورد دیگری لی و ارلی<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) به طور غیر مستقیم تصور از خدا را تصویر ذهنی از خدا<sup>۴</sup> در زمینه فرهنگی با توجه به تصورات دینی در نظر گرفته است. شی<sup>۵</sup> (۱۹۹۵) نیز تصور از خدا را به عنوان خدای فرامن و خدای مافوق تصور در تلاش برای فهم هسته ساختاری تصور از خدای بزرگسال به کار برد. بنابراین با توجه به استفاده از سازه‌های متفاوت در مورد تصور از خدا به نظر می‌رسد که تفاوت ایجاد شده بین مفهوم خدا و تصور از خدا بیشتر ناشی از تفاوت‌های ابزارهای اندازه‌گیری باشد (دی روس، ۲۰۰۴).

### رشد تصور از خدا

بسیاری از نویسندگان یک دیدگاه نظری در مورد رشد جنبه‌های تصور از خدا دارند. اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند که تلاش برای فهم جنبه‌های رشدی مفهوم خدا نوعاً بر تحول شناختی متمرکز شده و از کارهای پیازه نشأت گرفته است، مانند نظر گلدمن<sup>۶</sup> (۱۹۶۴) به نقل از اسکندری (۱۳۷۵) و بست، میلر، پارکز و استیونسون<sup>۷</sup> (۱۹۹۰)، به نقل از دی روس، (۲۰۰۴) که با استفاده از چارچوب پیازه سه مرحله در مفهوم رشد تصور از خدا بر اساس کارهای هارمز پیشنهاد کرده‌اند (به نقل از صادقی، ۱۳۸۴).

هارمز<sup>۸</sup> (۱۹۹۴) (به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۱۹۶۴)، پس از تحلیل حدود ۴۸۰۰ نقاشی کودک ۳-۱۸ ساله آمریکایی سه مرحله تحول را برای تصور از خدا در نظر گرفته است: مرحله

1- Kerjci, M.J

2- God schema

3- Lee & Early

4- Mental picture of God

5- Shea, J

6- Goldman, R.c

7- Bassett, J. F, Miller, J. E. Parks, & Stevenson

8- Hammz

سحری- پدیده‌ای<sup>۱</sup> در ۳-۶ سالگی. مرحله واقع‌نگر<sup>۲</sup> در ۷-۱۲ سالگی و سرانجام مرحله شخصی‌نگر<sup>۳</sup> از ۱۲ سالگی به بعد. در مرحله اول که مرحله داستان گونه سحری- پدیده‌ای است کودکان تفاوت کمی بین خدا و خصوصیات داستان‌های افسانه‌ای می‌بینند. به طور مثال کودکان در این مرحله خدا را مثل پادشاه تصور می‌کنند. در مرحله دوم به دلیل رشد ظرفیت‌های شناختی و استفاده بیشتر کودکان از نمادهای دینی خدا به صورت انسان گونه تصور می‌شود. در مرحله سوم نوجوانان منحصراً از نمادهای دینی استفاده نکرده و بیشتر رویکرد فردی شده نسبت به خداوند دارند، در نتیجه از شخصی به شخصی دیگر سازه‌های مفهومی متفاوتی در مورد خدا وجود دارد. مطالعه بزرگ دیگری در مورد رشد مفهوم خدا توسط دکونچی<sup>۴</sup> (۱۹۶۴؛ به نقل از اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳) در فرانسه بر روی کودکان ۷ مقطع سنی انجام شد. در این تحقیق کودکان و نوجوانان کاتولیک وقتی کلماتی از قبیل خدا می‌شنیدند می‌بایست به روش تداعی آزاد پاسخ می‌دادند. دکونچی نتیجه‌گیری کرد که در سنین ۷ یا ۸ تا ۱۱ سال کودکان بیشتر در زندگی رهبران دینی و یا پیامبران می‌باشد. تداعی کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله بیشتر تأکید بر موضوعات شخصی‌سازی می‌باشد. مثلاً خدا خصوصیات مثل خصوصیات والدین دارد (مثل خوب، قوی و ...) و سرانجام از سنین ۱۴ سال به بعد بیشتر موضوعات درونی‌سازی مطرح می‌شود. در اواسط نوجوانی خصوصیات انسان نگاری از خدا محو شده و تصور از خدا بیشتر به صورت انتزاعی و انعکاسی از ارتباط نوجوان با خدا می‌باشد (به نقل از صادقی، ۱۳۸۴).

پیتز<sup>۵</sup> (۱۹۷۷) مراحل رشد معنوی کودکان را چنین عنوان می‌کند که در کل تصاویر ذهنی کودکان از خدا از تصاویر انسان گونه و مادی به یک تصویر نیمه‌مادی و سپس به چیزی غیر

---

1- Fairy-tale

2- Realistic

3- Individualistic

4- Deckonchi

5- Pitts, V.p



مادی تغییر می‌یابد. زمانی که کودکان به اواسط نوجوانی خود می‌رسند مفهوم خدا در آنها کیفیت و محدودیت انسانی را از دست داده و مافوق طبیعی می‌گردد (پیتز ۱۹۷۷؛ به نقل از اسلاتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

گائولتیئر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) براساس نظریه دفاع اخلاقی<sup>۳</sup> فیربایرن<sup>۴</sup> (۱۹۸۶) که معتقد بود والدین می‌توانند از موضوع بد<sup>۵</sup> به موضوع خوب<sup>۶</sup> تغییر یابند، اشاره نمود که والدین ترجیحی نیز می‌توانند به عنوان موضوعی ایده‌آل به خدا فرافکنی شوند و تصور از خدا می‌تواند جایگزین شکل‌های والدینی شود. در واقع والدین ایده‌آل منجر به تصور از خدای ایده‌آل می‌شود. (گائولتیئر، ۱۹۹۰، فیربایرن، ۱۹۸۶؛ به نقل از اسلاتر، ۲۰۰۵).

اسر<sup>۷</sup> (۱۹۹۱) هم پنج مرحله برای پیشرفت و فهم کل از خدا در کودکان شرح داده است: در طول مرحله اول کودکان خدا را به عنوان فردی با قدرت فیزیکی، در مرحله دوم به عنوان شخصی که تنبیه می‌کند یا پاداش می‌دهد، در طول مرحله سوم به عنوان آنچه که کمتر به صورت قدرت مطلق تأثیرگذار است و عموماً به تمام افراد برای نیازهای زندگی‌شان پاسخگوست، در مرحله چهارم یک وجود غایی و مقدس و الهی را برای معنادار شدن زندگی افراد وضع کرده است و بالاخره در آخرین مرحله وجودی غایی است که از طریق عمل انسان به طرق مراقبتی و عشق فهمیده می‌شود. در واقع آخرین مرحله «یک دینداری مطلق و بدون شرط» است (اسر، ۱۹۹۱؛ به نقل اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳).

دیدگاه فیلیپس<sup>۸</sup> (۱۹۹۲) بر ارتباط بین تصور از خدا و چرخه زندگی<sup>۱</sup> تأکید می‌کند. بر طبق نظریه چرخه‌ی زندگی ازیکسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) فیلیپس تأکید کرد، تصور از خدا محصول رشد

1- Slater,T  
2- Gaultiere,W.J  
3- Moral defenece theory  
4- Ferbiern  
5- Bad object  
6- Good object  
7- Oser,F  
8-Phillips,R.A

رشد مرحله‌ای، از طریق حل بحران‌ها و تعارض‌های هر مرحله‌ای از زندگی می‌باشد. البته تصور از خدا انعطاف‌پذیر<sup>۳</sup> بوده و تغییر می‌کند (به نقل از همان منبع).

شی (۱۹۹۵) نیز سه مرحله را در تصور بزرگسالان از خدا توضیح داد. خود واقعی بزرگسال<sup>۴</sup>، تصور بدون مانع<sup>۵</sup> (بدون قید) و خدای مافوق تصور (خدای غیر قابل تصور)<sup>۶</sup>. او معتقد است که فرد در مراحل رشدی، ابتدا با خدای فرامن شروع می‌کند. تصور از خدا با مفهوم خدایی که از مراقبش درونی شده، شروع می‌شود و سرانجام به خدای مافوق تصور می‌رسد که محصول تصور بدون مانع می‌باشد. وی معتقد است که نوجوانان از مرحله تصورات زنجیر شده از طریق خدای فرامن خود به تصورات بدون مانع می‌رسند. تصور از خدایی که بر پایه واقعیت است و خدای مافوق تصور نامیده می‌شود (شی، ۱۹۹۵).

به طور خلاصه وقتی که مراحل رشد تصور از خدا را بررسی می‌کنیم به چند موضوع می‌رسیم: تحقیقات و نظریه‌هایی که بر ارتباط بین تجربه روابط موضوعی با رشد خدا تأکید کرده‌اند. تحقیقاتی که ارتباط درونی بین سه موضوع خدا، دیگران و خود را بررسی کرده‌اند و تحقیقاتی که بر ارتباط بین دلبستگی و شکل‌گیری تصور از خدا تأکید دارند.

هر یک از این موارد در بخش‌های مختلف پژوهش حاضر شرح داده شده است. در این قسمت به بررسی مفهوم خدا و تصور از خدا و شرح دیدگاه‌ها و ارتباط آنها با تصور از خدا می‌پردازیم.

- 
- 1- Life cycle
  - 2- Erikson, E
  - 3- Flexible
  - 4- The actual adult Self
  - 5- Unfettered imaging
  - 6- God Beyond

## مفهوم خدا و تصور از خدا

در حالی که بسیاری از دانشمندان همچون دی روس و سامی (۲۰۰۴)، اسپیلکا و همکاران (۲۰۰۳)، گورساج (۱۹۶۸) مفهوم خدا و تصور از خدا را یکسان تلقی کرده و در موارد متعدد از هر دو کلمه یکسان استفاده می‌کنند، اما لارنس<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) در زمینه شناختی تصور از خدا بین مفهوم خدا و تصور از خدا براساس کارهای ریزاتو<sup>۲</sup> (۱۹۷۰) تفاوت قائل می‌شود. وی معتقد است که مفهوم خدا یک تعریف عقلانی و یک لغت‌نامه ذهنی از خداست، در حالی که تصور از خدا یک الگوی درونی روان‌شناختی از تصورات افراد در مورد خداست و در واقع یک نوع فرایند ترکیب محفوظات و تنظیم انبوهی از خاطراتی است که ارتباط اولیه با خدا دارد. به عبارت دیگر تصور از خدا از تجربه ارتباط شخص با دیگران است که در حافظه براساس عناوینی چون مادر، پدر یا خدا نشانه‌گذاری می‌شود. اگر مفهوم خدا بیشتر محتوای عقلانی را نشان دهد، تصور از خدا بیشتر به عواطف شخص نسبت به کلمه خدا باز می‌گردد. ریزاتو (۱۹۷۰) معتقد است نمادها و نشانه‌های خدا، مفهوم خداوند می‌باشند و تصور از خدا تجربه درونی افراد است. تصور از خدا از تجربه‌های درون-شخصی ابتدایی و ارتباط با سایر اعضای خانواده بخصوص اعضای نزدیک که از آنان بازخورد دریافت می‌شود شکل می‌گیرد، اما مفهوم خدا همه آن چیزهایی است که ما یاد گرفته‌ایم، خوانده‌ایم و یا در این زمینه به ما ارائه شده است، در واقع توصیفی از خدا بوسیله لغات، نمادها، نشانه‌ها و آنچه که محیط اجتماعی مان و فرهنگ و خرده فرهنگ‌هایمان به ما آموخته‌اند. مفهوم خدا نتیجه آموزش‌های متنوعی است که ما دریافت کرده‌ایم و این آموزش‌ها کم و زیاد شده و سرانجام به صورت یکپارچه‌ای مفهوم خدا را شکل داده است. اما تصور از خدا را بیشتر برای زندگی خصوصی و بخشی که به تجربه‌های مذهبی ما

1- Lawrence

2- Rizzuto

معنا می‌دهد استفاده می‌کنیم. مفهوم خدا انعکاس پاسخ‌های اجتماعی است که افراد به سؤالات دینی می‌دهند، در حالیکه تصور از خدا انعکاس باورهای شخصی فرد است (ریزاتو، ۱۹۷۰).

لارنس (۱۹۹۷) سازه مفهوم خدا را به عنوان راهی برای تشخیص بین فهم‌های متفاوت از خدا عنوان کرده و اعتقاد دارد مفهوم خدا یک فهم شناختی از خداست. وی معتقد است رشد هر دوی این مفاهیم (تصور از خدا و مفهوم خدا) به طور همزمان، اما از طریق فرایندهای روان-شناختی و بین فردی متفاوتی رخ می‌دهد و عملکرد آنها برای خلق اضطراب، گناه و عصبانیت در اشخاص ممکن است به طور معناداری متفاوت باشد. در واقع آنچه که شخص در مورد اعتقاد به خداوند یاد گرفته است مفهوم خداست؛ در حالی که تصور از خدا بر پایه تجارب هیجانی و عاطفی فرد است، فرض می‌کند که خدا این طور باشد (لارنس، ۱۹۹۷).

فاستر و کتینگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)، نیز در پژوهش خود در مورد مفهوم خدا، بین مفهوم خدای فرهنگی و مفهوم خدای شخصی تمایز قایل شدند. اولی با این سؤال مشخص می‌شد که آزمودنی‌ها فکر می‌کردند، افراد اغلب خدا را چگونه توصیف خواهند کرد. در حالی که بعدی به عنوان آنچه که آزمودنی‌ها به طور شخصی در مورد خدا فکر می‌کردند، تعریف می‌شد (فاستر و کتینگ، ۱۹۹۲). این تمایز شبیه همان تفاوت تصور از خدا و مفهوم خدای لارنس (۱۹۹۷) می‌باشد به نظر می‌رسد برای توجیه این تفاوت‌ها باید به سازه تصور از خدا که شرح آن گذشت توجه بیشتری نمود.

### تصور از خدا، مذهب، نیایش و سرطان

منابع مذهبی-روحانی می‌توانند به عنوان منبعی از آرامش برای مقابله افراد با مشکلات سلامتی مفید باشند (کتینگ، کوهن و بالزر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ فیت، ری بارزیک و دی مارکو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ به

1- Foster, R.A., & Keating, J.P.

2- Koenig, Cohen & Blazer

3- Fitchett, Rybarczyk & De Macro

نقل از لین گال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). دینداری تأثیری مثبت در مقابله سازنده با بیماری‌های فیزیکی از جمله سکته، افزایش فشار خون، بیماری‌های قلبی و سرطان دارد (دیر، کلارک و میلر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از همان منبع). به عنوان مثال در مطالعه‌ای که ای و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) انجام دادند، دریافتند که ۷۶٪ از بیماران قلبی نقش نیایش را در زندگی‌شان بسیار مهم گزارش کرده بودند، به ویژه شیوه‌های مقابله مذهبی استفاده شده توسط این بیماران شامل دعا و نیایش خصوصی (۶۷/۵٪)، مراقبه (۵۴٪)، اعتقاد به خداوند (۷۳٪) گزارش شده بود (به نقل از همان منبع).

به طور ویژه مذهب و عوامل معنوی نقش مهمی در سازگاری با سرطان دارند (هایم، آگوستینی و شافنر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از همان منبع). مادل و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۹) دریافتند که حدود ۱/۳ بیماران مبتلا به سرطان پنج نیاز معنوی شامل: امیدواری، معنای زندگی، منابع معنوی، سلامت ذهن و دیدگاهی پیرامون مرگ و مردن را گزارش کردند (به نقل از همان منبع). بیماران مبتلا به سرطان سینه ایمان مذهبی را به عنوان منبع حمایتی مهمی در طول بیماری خود گزارش کردند و اظهار کردند که توکل به خدا و نیایش سهم مهمی در افزایش هوشیاری معنوی آنها داشته است (جانسون و اسپیلکا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱؛ به نقل از همان منبع).

در حقیقت عوامل معنوی به عنوان جنبه‌های بسیار وابسته در سازگاری با سرطان از جمله کنترل مسائل فیزیکی، عاطفی، کاهش اضطراب، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، افزایش امیدواری، ارزیابی مثبت از خود و افزایش رضایت از زندگی، گزارش شده‌اند (گال، میگز، بنسترا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰) محققان همچنین به نتایج مهمی در زمینه ارتباط با خدا و معنویت به عنوان منبعی از

1- Lynn Gall

2- Dwyer, Clark, & Miller

3- Ai & etal

4- Heim, Augusting, Shaffner

5- Moader & etal

6- Johnson & Spilka

7- Gall, Miguez, Boonstra

امیدواری و عامل نیرومندی در مقابله با استرس دست یافتند (گاسکینز، فورت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از لین گال، ۲۰۰۴).

پارک و کوهن (۱۹۹۳) دریافتند افرادی که خداوند را دوست دارند و تصورشان از خداوند عاشقانه است نتیجه مثبتی را در بهبودی از بیماری و رشد شخصی در فرایند سازگاری نشان دادند. افرادی که حضور خدا را در زندگی خود گزارش کرده بودند، موقعیت بیماری خود را مثبت ارزیابی کرده و امیدواری بیشتری به ادامه زندگی داشتند (به نقل از همان منبع).

کرال و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) به نقل از پهلوانی و همکاران، (۱۳۷۶) بیان می‌کنند که مقابله دینی متکی بر باورها و فعالیت‌های دینی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی‌های جسمی به افراد کمک می‌کند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به کمک و یاری خدا در شرایط مشکل‌زای زندگی و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی از جمله منابعی هستند که افراد با تصور مثبت نسبت به دین و منشأ آن می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند.

### امیدواری<sup>۳</sup>

دفالٹ و ورلی<sup>۴</sup> در سال ۱۹۸۱ در رابطه با امید و اثرات مفید و مؤثر آن در بهبود وضعیت بیماران مزمن و بدخیم در ابعاد مختلف، امید را مورد بررسی و مطالعه قرار داده‌اند و از آن زمان به بعد، امید توسط صاحب‌نظران متعددی تعریف شده است (به نقل سمیعی، ۱۳۶۸).

هندز<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) از جمله محققانی است که در مورد امید بحث و بررسی نموده است. در واقع می‌توان گفت که کوشش‌های موجود برای سنجش امید در بزرگسالان پایه‌ای هستند. در

1- Gaskins, Forte

2- Keral & etal

3- Hopefulness

4- Dufaultt & verly

مطالعاتی که اریکسون و دیگران انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که امید از نظر ساختاری و ترکیب، ابعاد بسیار پیچیده‌ای ندارد و یا به عبارت دیگر امید از عوامل بسیار پراکنده و گسترده ساخته نشده است، بلکه می‌توان در یک محدوده‌ی کوچک امید را مورد بحث و بررسی قرار داده و آن را با تمام ابعاد موجود شناسایی نمود (به نقل از همان منبع).

کارتز (۱۹۸۲) امید را با ابعاد پنج گوش و یا به صورت پنج ضلعی تعریف و توصیف کرده است که این ابعاد عبارتند از:

۱- پایداری در مذهب و داشتن ایمان محکم و مقاوم.

۲- داشتن مفهوم خوب و مثبت از خود و یا پذیرش کامل خود.

۳- برخورداری از حمایت‌های گروهی و جمعی.

۴- موفقیت از نظر اقتصادی و نداشتن مشکلات مادی.

۵- پیش‌بینی یک آینده خوب، همراه با موفقیت.

وی موارد ذکر شده را به عنوان اجزاء اصلی امید بیان نموده و تئوری علمی، اصولی خود را در مطالعات امید و امیدواری بر معیارهای ذکر شده پایه‌گذاری نمود. در حالی که موارد ذکر شده از نظر صاحب‌نظران کافی به نظر نمی‌رسید و از نظر سنجش امیدواری آنچنان معتبر و رضایت‌بخش نبود (کارتز<sup>۲</sup>، ۱۹۸۲).

گوتس<sup>۳</sup> (۱۹۸۵)، در مورد قدرت و نیروی شفا دهندگی امید و ارتباط و همبستگی بین امید و رفع احساس درماندگی اظهار نظر کرده و مطالعات جالب توجهی داشته است. وی امید را پایه و اساس محکمی برای تجزیه و تحلیل مشکلات حوادث و اتفاقات بحرانی می‌داند (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

1- Hinds

2- Carter

3- Gotts

به نظر میلر امید اشتقاقی است از مسائل مربوط به دین، فلسفه، امور اجتماعی و بیولوژیکی و باید قلمرو ویژه امید، مروری بر مسائل یاد شده را ایجاد کند. میلر با در نظر گرفتن ابعاد فوق در سال (۱۹۸۶) امید را مورد مطالعه و بررسی قرار داد. کیفیت مطالعه امید توسط میلر بر اساس تحقیقی است که بر روی ۵۹ نفر انجام گرفته است، این عده مورد آزمایش با استفاده و به کارگیری فاکتورهای مؤثر در امید و پس از تجربه اکتسابی امیدواری بعد از بحران‌های وخیم از قبیل سرطان، مرگ و میر نزدیکان و بیماری‌های مزمن و سخت توانستند به زندگی عادی خود ادامه دهند (میلر، ۱۹۸۶).

میلر اشاره می‌کند برای برطرف کردن بحران‌ها و مداخله در آنها باید از اصول اصلی امید استفاده نمود (همان منبع). مارسل<sup>۱</sup> (۱۹۶۲)، کرنر<sup>۲</sup> (۱۹۷۰) و لینچ<sup>۳</sup> (۱۹۷۴) در رابطه با امید مطالعاتی داشته‌اند. در این مطالعات امید حالت خاصی شبیه پیش‌بینی یک موقعیت خوب و خوشحال‌کننده و یا یک حالت بهبودی و رهایی از کشمکش‌های روانی و مشکلات آن تعریف شده است. این پیش‌بینی ممکن است واقعی و قابل تطبیق با محیط بیرونی و دنیای اطراف باشد و گاهی فقط در حد یک خوش‌بینی است و باعث خوشحالی و امیدواری فرد می‌شود. امید پیش‌بینی یک آینده خوب، بر اساس روابط متقابل فرد در برخورد و ارتباط با سایرین است. امید احساس شایستگی، زیادکننده قدرت تطابق و نشانه سلامت روانی است (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

در سال ۱۹۵۸ انگلیش و انگلیش<sup>۴</sup> روحیه را بر مبنای عضویت در یک گروه و اطمینان افراد در داخل یک گروه تعریف می‌کنند. در واقع امیدواری شق دیگر خوشحالی است. امیدواری هم به طور مستقل و هم در رابطه با آینده پایه‌گذاری می‌شود. امیدواری با دو مفهوم به کار می‌رود

---

1- Marcel

2- Korner

3- Lynch

4- English & English



یکی انتظار از حوادث آینده که احتمال کمی برای رخ دادن آنها وجود دارد، دیگری امید به حوادثی که مطلوبند و خوب تلقی می‌شوند (به نقل از همان منبع).

بسیاری از افراد واژه امید را با آرزو و خوش‌بینی مترادف می‌دانند، در حالی که معانی متفاوتی دارند. آرزو معمولاً میلی خاص است و تقریباً به اموری که نتایج مثبتی از آنها انتظار می‌رود، اشاره دارد (فاران، هرت و پاپویچ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). خوش‌بینی نیز در ابتدا بر جنبه‌های مثبت یک موقعیت تأکید دارد و اکثر افراد به خوش‌بینی به عنوان یک ویژگی (نشانه‌ی) مثبت فکر می‌کنند. در حالی که خوش‌بینی به دلیل ماهیت ویژه‌اش مانع می‌شود که افراد برنامه‌های روشنی برای آرزوهای خود داشته باشند. در نهایت خوش‌بینی ممکن است تمام احساسات دردناک را سد کند و ممکن است باعث عدم آرامش شود زیرا فقط بر پیامدهای مثبت متمرکز می‌شود. آرزو و خوش‌بینی هر دو نقش‌هایی در زندگی ما دارند ولی برای زندگی کردن در شرایط دشوار، یا زندگی همراه با بیماری‌های مزمنی مانند سرطان که جنبه‌های منفی دارند، نیاز به یک احساس قوی‌تری از امید وجود دارد. بنابراین این نکته حائز اهمیت است که درک درستی از معنی و عملکرد امید داشته باشیم (کلارک، ۲۰۰۴).

امیدواری به شیوه‌های متنوعی قابل تعریف است:

- امیدواری عاملی ضروری برای سازگاری سالم و کلیدی هدفمند برای اجتناب از ناامیدی و میل به ساختن زندگی توأم با استرس پایین و قابل تحمل است (کرنر، ۱۹۷۰؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

- امیدواری یک منبع مؤثر شناختی است که اهمیت آن کنترل موارد تهدیدآمیز است (استاتس<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان منبع).

1- Farran, Herth & Popvich

2- Staats. S

- امیدواری یک قدرت روانی نیرومند برای دستیابی به اهداف است. قدرت روانی در این تعریف گرایش برای تفکر امیدوارانه است و حسی است که انرژی روانی را برای رسیدن به هدف سوق می‌دهد. عنصر دوم معادله امیدواری، انرژی روانی جهت یافتن راهی برای رسیدن به اهداف است (اشنایدر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴).

و در نهایت امیدواری راهی برای تفکر، احساس و عمل است و در حقیقت شرط لازم برای فعالیت تغییرات ضروری است (به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

### امید و امیدواری در بحران‌ها

قابل پیش‌بینی است که در زندگی سراسر مبارزه گاهی فرد با بحران‌های شدید مواجه می‌گردد که به کمک مکانیزم‌های دفاعی گذشته نمی‌تواند آنها را از بین ببرد. در نتیجه فشار و کشمکش او زیاد شده و نمی‌تواند برای مقابله با آن بحران ایجاد شده راه‌حلی پیدا کند. در این شرایط انسان احساس عجز و درماندگی می‌نماید زیرا در وضع روانی بسیار بدی است و احساس می‌کند توانایی انجام هیچ‌گونه کاری را برای حل مشکلات خود ندارد. یکی از بحران‌هایی که انسان‌ها در طول زندگی ممکن است با آن مواجه شوند بیماری‌ها هستند و بیماری سرطان نیز یکی از رویدادهای منفی زندگی است که در این پژوهش به آن پرداخته شده است. فردی که با چنین تشخیصی مواجه می‌شود حالاتی از اندوه و افسردگی را نمایان می‌سازد. افسردگی غالباً به اخبار بد و از دست دادن امید وابسته است. فرد مبتلا احساس می‌کند که راهی مثبت برای آینده پیش رو ندارد و در نتیجه ناامید می‌شود (گیل و گیل بار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بهترین عملکرد امید واپس‌زنی<sup>۳</sup> ترس‌ها و تردیدهاست، اما امید و انکار با هم برابر نیستند. تفاوت اصلی بین امید و

1- Snyder

2- Gil, S. & Gilbar, O

3- Repress

انکار این است که امید با واقعیت مواجه می‌شود، در حالی که انکار از آن اجتناب می‌کند (کالن، دی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از کلارک، ۲۰۰۴).

امیدوار بودن همیشه آسان نیست و در مواقع بحرانی، افراد نیاز بیشتری به حمایت و تشویق از جانب خانواده و سایر سیستم‌های حمایتی دارند. روشن است که کارکرد امید به عنوان یک مکانیزم حمایتی است، در حالی که ناامیدی، جسم، روح و کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌کند (فاران، هرت و پاپویچ، ۱۹۹۵).

### رابطه تصور از خدا، امیدواری، افسردگی، احساس گناه و سرطان

تحقیقات حاکی از اهمیت ارتباط با خدا به عنوان جنبه‌ای از روحانیت است که ممکن است منبعی برای امیدواری و توان درونی در رویارویی با استرس به حساب آید (بارکات، ۱۹۹۴؛ گاسکین و فورته، ۱۹۹۵؛ هایفیلد<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از لین گال، ۲۰۰۰). بسیاری از زنان مبتلا به سرطان سینه به ارتباط دائمی با خدا، نزدیکی به خداوند و چگونگی اینکه، این امر چطور به آنها کمک می‌کند تا کمتر احساس تنهایی کنند و شجاعانه با بیماری‌شان رویاروی شوند، اشاره داشتند. همچنین این زنان کنترل بیماری‌شان را در دستان مهربان خداوند می‌دیدند و این امر احساس عزت نفس آنها را تقویت می‌نمود (جانسون و اسپیلکا، ۱۹۹۲). همان گونه که بارکات (۱۹۹۴) ذکر کرد ارتباط با خدا و داشتن تصویری مثبت از خدا بویژه برای زنانی که تمایل به دریافت معنایی و محتوای این ارتباطات دارند، می‌تواند منبع نیرومندی محسوب شود (نقل از لین گال، ۲۰۰۰). در مطالعه‌ای که لین گال (۲۰۰۰) در آن به بررسی رابطه منابع مذهبی، استرس و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخت دریافت که ارتباط با خداوند تداعی‌گر ارزیابی مثبت موقعیت سرطان است. برای مثال، زنانی که مهر خداوندی و حس ارتباط با خدا را تجربه کرده‌اند، در زندگی موقعیت کنونی بیماری‌شان را مثبت ارزیابی

1- Callan, D

2- Highfield

می‌کنند. قابل ذکر است که در این مطالعه هیچ یک از مقیاس‌های ارتباط با خدا با ارزیابی‌های منفی، برای مثال مضطرب بودن یا تهدید ناشی از سرطان ارتباط نداشتند.

هیم و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در مطالعه‌ای دریافته‌اند که اعتقادات مذهبی به عنوان منبعی مهم در حمایت از بیماران سرطانی برای مواجهه با بیماریشان نقش دارند. به علاوه، عوامل مذهبی و یا روحانی با جنبه‌های گوناگون سازگاری در بیماران سرطانی مرتبط بوده است و افراد بهبودی جسمانی، کیفیت عمومی زندگی، روحیه جنگندگی، کاهش نگرانی و اضطراب، افزایش امیدواری و رضایت کامل از زندگی خود را گزارش کرده‌اند (نقل از لین گال، ۲۰۰۰).

پارک و کوهن (۱۹۹۳) نیز در پژوهشی دریافته‌اند افرادی که در طی فرایند بیماری خداوند را مهربان و دوست داشتنی تصور می‌کردند سازگارانه‌تر عمل می‌کردند. در حالی که افرادی که نسبت به خدا خشمگین و ناامید بودند جنبه‌های منفی از جمله انزوا و افسردگی را بیشتر نمایان کرده و سازگاری پایین‌تری را نشان می‌دادند (پاراگمنت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ همان منبع).

پاراگمنت و همکاران اذعان کردند که احساس گناه به عنوان راهبرد سازگارانه منفی منجر به تلاش کمتر به کسب موقعیتی بهتر می‌شد (همان منبع).

در پژوهشی دیگر فرینگ، میلر و شاو<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) دریافته‌اند که میان معنویت، مذهب درونی و امیدواری همبستگی مثبتی وجود دارد؛ در حالی که میان معنویت، مذهب درونی و افسردگی و سایر حالات خلقی منفی همبستگی منفی وجود دارد.

هیگمن<sup>۴</sup> (۱۹۸۱) به فاکتوری به نام قدرت درونی و ارتباط آن با تطابق فرد اشاره می‌کند. وی این قدرت درونی را نشأت گرفته از مسائل اعتقادی و ایمان می‌داند (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

1- Heim & etal

2- Paragment

3- Ferhring, Miller & show

4- Hiekman



ویلیام جیمز می‌گوید: «ایمان یکی از قوایی است که بشر به مدد آن زندگی می‌کند، فقدان کامل در حکم سقوط بشر است» (همان منبع).

در قرآن کریم نیز آمده است: کسانی که به خداوند اعتمادی نداشته و قلبشان خالی از موهبت الهی باشد، در چنگال ناراحتی‌های گیتی زبون و بیچاره درافتند و قهر طبیعت وجودشان را پژمرده می‌گرداند (سوره حج، آیه ۳۱).

در بسیاری از مطالعات، که شامل صدها آزمودنی بوده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آن دسته از مردم که خداوند را تنبیه‌کننده و توبیخ‌کننده می‌دانند. وضعیت بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند، چون احساس می‌کنند حمایت عاطفی لازم را از سوی خداوند دریافت نمی‌کنند. معمولاً این افراد دچار آشفتگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند. اما آن دسته از مردم که خداوند را مهربان می‌دانند، معتقدند که خداوند در حل مشکلات به آنها کمک می‌کند. این افراد معتقدند که همکاران و رهبرای مذهبی آنان، حمایت مورد نیاز را در اختیارشان می‌گذارند و به نظر می‌رسد که بهداشت روانی مثبت‌تری دارند (کلای<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶).

در تأکید این مطلب می‌توان گفت که دانشمندان کنونی و روانشناسان معاصر نیز معتقدند که آلام روحی و هیجانات خارجی می‌توانند بدن انسان را تحت‌الشعاع قرار داده و موجب بیماری‌زایی گردند و از آنجایی که زندگی روزمره کنونی مرتباً با نگرانی‌ها، اضطراب و مشقت روحی توأم است، لذا می‌تواند روی دستگاه‌های بدن اثر کرده و موجب ناراحتی آنها گردد. در اینجا عامل خنثی‌کننده و یا تخفیف‌دهنده نگرانی‌ها، روزنه‌ی ایمان است که با داشتن آن زندگی آرام‌تر و شیرین‌تر خواهد شد. انسان‌های با ایمان هنگامی که با مشکلی روبه‌رو می‌شوند از نیروی ایمان خود کمک خواسته، این امید در آنها بیدار می‌شود که قدرتی مافوق انسان مشکل را حل کرده و گره را باز خواهد کرد. این اندیشه و تفکر آنها را به سوی خدا می‌کشاند و چون معتقدند که خدا در رفع ناراحتی‌ها و مشکلات به آدمی کمک خواهد کرد لذا آن ناراحتی

1- Clay

و نگرانی، آنها را چنانکه باید نمی‌تواند تحت شکنجه قرار دهد، این خود باعث تخفیف نگرانی شده از آثار سوء آن می‌کاهد. بر عکس اگر کسی تحت تأثیر ناراحتی و اضطراب قرار گیرد و به مبدأ حقیقی اعتقاد نداشته باشد عامل نگرانی او را از پای درآورده و اثرات زیانبخش آن کالبدش را خواهد فشرد (صانعی، ۱۳۶۶).

## بررسی مفاهیم افسردگی، احساس گناه، امیدواری و تصور از خدا در

### دیدگاه‌های مختلف

#### - دیدگاه روانکاوی<sup>۱</sup>

#### ۱- زیگموند فروید<sup>۲</sup>:

تسلط نظریه و درمان روانکاوی، بر دیدگاه‌های روانشناختی افسردگی، براساس بیان روانکاوانه فروید (۱۹۱۷) و همچنین نوشته‌های آبراهام (۱۹۱۱) در رابطه با افسردگی تا سال ۱۹۶۰ ادامه یافت. اصول اصلی روانکاوانه در سال ۱۹۶۰ این بود که افسردگی به وسیله خشمی که در نتیجه فقدان شیء، متوجه درون شده است و جزئی از «من»<sup>۳</sup> شخص افسرده شده است مشخص می‌شود، در مجموع با عقیده «فقدان شیء مورد علاقه»<sup>۴</sup> خیالی یا واقعی، مفهوم خشم برگشت شده به درون پایه و اساس درک روانکاوانه از افسردگی را شکل داد (کلارک و بک، ۱۹۹۹).

در تلاشی به منظور درک این خشم و تنفر هدایت شده به درون، نظریه‌پردازان روانکاوی فرایندی درون روانی<sup>۵</sup> درگیر در اندوه و ماتم<sup>۶</sup> یا سوگواری را با آنهایی که در مالیخولیا یا افسردگی درگیر بودند، مقایسه کردند (همان منبع).

1- Psychoanalytic Perception

2- Freud

3- Ego

4- Loss of a loved object

5- Interspsychic

6- Grief

فروید (۱۹۱۷) ماتم را یک واکنش طبیعی به فقدان شیء مورد علاقه واقعی در نظر گرفت (مثلاً مرگ همسر). در صورتی که افسردگی را به عنوان همانندسازی ناخودآگاه «من یا خود»<sup>۱</sup> با شیء از دست رفته خیالی یا نامشخص، در نظر گرفت. به خاطر این که فقدان شیء هم اکنون به عنوان قسمتی از «خود» درون فکنی شده است و با بازگشت به مرحله دهانی<sup>۲</sup> رشد روانی - جنسی توأم بوده، بنابراین خشم و تنفر نیز به جای اینکه به سمت شیء واقعی بیرونی هدایت شود، به سوی درون هدایت شده است (درون فکنی دهانی).

بعدها فروید دیدگاه خود را به این صورت تغییر داد که تمایل به درونی کردن اشیاء از دست رفته طبیعی است و این که افسردگی به سادگی در نتیجه سخت‌گیری بیش از حد فراخود<sup>۳</sup> است. در بین سایر نظریه‌های اولیه که در رشد الگوی روانکاوی از افسردگی مؤثر بودند، بسیاری بر اهمیت ویژگی‌های شخصیتی مقعدی<sup>۴</sup> (وسواس فکری) و دهانی (وابسته) در شخصیت تأکید کرده‌اند (همان منبع).

مفهوم احساس گناه در دیدگاه فروید در رابطه با فرامن مورد بحث قرار گرفته است و بر طبق نظر او، هنگامی که تکانه‌های بن<sup>۵</sup> یا رفتارهای من با استانداردهای اخلاقی من برخورد می‌کند، احساس گناه بر می‌خیزد (تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲). پس احساس گناه ناشی از فراخود است و فراخود شامل بایدها و نبایدهای والدین و اصول اخلاقی و مذهبی خود ایده‌آل است. براساس تئوری فروید احساس گناه منشأ دین و اخلاق و وابسته است به یک ناخودآگاه، خصومت بار نسبت به دیگران (کلی/ اصغری طبری، ۱۳۷۹).

لویز (۱۹۷۱؛ به نقل از تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲) بحث کرده است که فروید در گسترش یک نظریه که عمدتاً بر گناه تمرکز کرده است تجارب شرم بیمارانش را به عنوان تجارب گناه ممکن

1- Ego or self  
2- Oral stage  
3- Super ego  
4- Anal stage  
5- Impulses of Id

است برچسب زده باشد. فروید اصولاً، احساس گناه را ناسالم و عامل مضرى در سلامت روان می‌داند بدون اینکه حد فاصلی بین احساس گناه مرضی و غیر مرضی مشخص نماید. فروید معتقد است دین یک توهم است و خدا فرافکنی آرزوهای بچه‌گانه انسان است که ریشه در عقده ادیپ<sup>۱</sup> دارد. (اصغری طبری، ۱۳۷۹).

فروید (۱۹۶۰) در رابطه با تصور از خدا در کتاب «آسیب‌شناسی زندگی روزمره» می‌گوید: «انسان خدا را به صورت تصویری از خودش ایجاد کرد» که تحریفی از آیه انجیل، «خدا انسان را به صورت تصویری از خودش ایجاد کرد» است. فروید بر این اعتقاد است که تصور کودک از پدر واقعی او مبنای تصویری است که در آینده از خدا خواهد داشت، این خدا در واقع یک خدای شخصی است و هیچ چیز به جز تصویر تعالی یافته از همان پدر واقعی نیست (فروید، ۱۹۶۴؛ به نقل از گودوین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). فروید تصور از خدا را به عنوان یک فرافکنی شکل پدرانه در حل کردن تعارض ادیپ در نظر گرفت (به نقل از اسپیلکا، ۲۰۰۳).

لازم به ذکر است که با توجه به منابع موجود نتوانستیم دیدگاه فروید را نسبت به مفهوم امیدواری بررسی کنیم.

### ۲- اریک اریکسون<sup>۳</sup>:

اریکسون یکی از پیشروان روانشناسی خود است که رشد را بر حسب عوامل روانی-اجتماعی و نه صرفاً جنسی تشریح می‌کند. به عقیده او سلامت روانشناختی اصولاً نتیجه عملکرد قوی و قدرتمند «من» است. «من» عنوان و مفهومی است که نشان‌دهنده توانایی یکپارچه‌سازی اعمال و تجارب شخصی به صورت انطباقی و سازشی است. هنگامی که رشد انسان و سازمان‌های اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود، در هر کدام از مراحل رشد روانی-اجتماعی توانایی‌ها و استعدادهاى مشخصی ظهور می‌نماید. به عقیده او سلامت

1- Oedipus complex

2- Good wim

3- Erik Erikson



روانشناختی هر فرد به همان اندازه است که توانسته توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند (خدارحیمی، ۱۳۷۴).

در مرحله اول که اعتماد در برابری بی‌اعتمادی است، اگر اعتماد بنیادی قوی داشته باشد کودک نگرشی امیدوارانه را حفظ کرده و اعتماد به نفس پیدا می‌کند. امید، شامل حس با دوام اطمینان از این است که ما به رغم موانع یا بدبختی‌ها زنده می‌مانیم. (شولتز/ سید محمدی، ۱۳۷۷).

اولین رابطه‌ی عاطفی اگر خوب برقرار شود، برای کودک یک ایمنی است که اعتماد به دنیای برونی را میسر می‌سازد. اعتماد را معمولاً باز خوردی درونی می‌دانند ولی باید گفت که اعتماد نشانه‌ی یک نوع همسازی اجتماعی نیز هست. اریکسون معتقد است که یک احراز هویت موفقیت‌آمیز به تجربه‌ی احساس راحت و سلامت باز می‌گردد. وقتی شخصی به یک هویت قابل اعتماد دست یافته باشد، می‌داند در چه جهتی پیش می‌رود و از حق‌شناسی کسانی که برای او به حساب می‌آیند اطمینان دارد. به طور کلی افرادی که برای خود قدر و منزلت ناچیزی قائلند مفهوم نسبتاً پایداری از خود دارند زیرا فاقد چهارچوب مرجع محکمی هستند که به آنها فرصت درون‌سازی تجارب خود و دیگران را بدهد. چنین وضعی، اضطرابی را در آنها به راه می‌اندازد که کوشش‌هایی که فرد برای حفظ ظاهر از خود نشان می‌دهد آن را تشدید می‌کنند. افرادی که ارزش کمتری بر خود قائلند بیشتر از دیگران ممکن است با انزوا دمساز گردند. چنین افرادی آسیب‌پذیرند، نسبت به انتقاد خود را حساس‌تر نشان می‌دهند، از عقیده دیگران نسبت به خود نگرانند، از عدم پیشرفت در وظایف خود دگرگون می‌شوند و وقتی نسبت به یک خطا آگاه شوند دچار اغتشاش می‌گردند. اضطراب و آسیب‌پذیری پاره‌ای از نوجوانان که برای خود ارزش ناچیزی قائلند ممکن است به منزله سد و مانعی درآیند که آنان را فلج سازند تا جایی که نتوانند راه‌حلی را در نظر گیرند که به آنها رخصت گسترش دید مثبت‌تری درباره خود بدهند (منصور- داستان، ۱۳۸۱).

مفهوم تصور از خدا نیز در دیدگاه اریکسون به اولین مرحله زندگی - اعتماد در برابری اعتمادی - بر می‌گردد و پیامدهای این مرحله می‌تواند ایمان و عدم آن باشد. در این مرحله تصویری که فرد از خدا دارد تصویری است که خودش از خود در دوران رشدش کسب می‌کند فرد برای تصور از خودش نیاز به دیگری دارد و بهترین دیگری خداست زیرا خدا برخلاف دیگران ابدیت دارد. (اریکسون، ۱۹۶۸؛ به نقل از گودوین، ۱۹۹۸). براساس نظریه اریکسون، میسنر<sup>۱</sup> (۱۹۸۴؛ به نقل از مک الری<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹) ادعا کرد که حسن اعتماد کودک به مادرش اساسی برای ارتباطی توأم با اعتماد به خداوند می‌باشد.

مرحله دوم رشد روانی - اجتماعی خودمختاری در برابر شرم و تردید است که نیرومندی بنیادی در این مرحله اراده است و شامل بهره‌مند شدن از آزادی انتخاب و خویشتنداری در مقابل درخواست‌های جامعه می‌باشد (شولتز/ سید محمدی، ۱۳۷۷). در این دیدگاه احساس گناه یک پیامد نادرست از مرحله سوم رشد روانی - اجتماعی است.

مرحله سوم رشد روانی - اجتماعی که سنین سه تا پنج سالگی کودک را در بر می‌گیرد، مرحله ابتکار در برابر احساس گناه است. این مرحله با مرحله فالیک - ادیپال فروید مطابق است. در این مرحله احساس کنجکاوی جنسی فزاینده کودک با درگیر شدن او در بازی‌های جنسی گروهی یا لمس آلت تناسلی خود با بچه‌های دیگر تظاهر می‌کند. اگر این موضوع را والدین به صورت مسأله در نیاورند، این تکانه‌های دوران کودکی بالاخره واپس زده شده و مجدداً در نوجوانی به صورت بخشی از بلوغ ظاهر خواهند شد (کاپلان سادوک/ پورافکاری، ۱۳۷۵).

در این مرحله ابتکار به استقلالی که کودک در این سن در راه رفتن، حرف زدن و ... بدست آورده است جهت می‌بخشد. کودک از این پس به خاطر لذت بردن از فعال بودن دست به عمل می‌زند، سازماندهی می‌کند و خود را در مقابل وظیفه معینی می‌سنجد. در این مرحله

1- Meisner, w.w

2- Mac Eolary

کودک با بازخوردی مثبت مجهز می‌شود و خود را برای انجام وظایف سازنده آماده نشان می‌دهد (دادستان و منصور، ۱۳۷۴).

وقتی بچه‌ها به آخر سه سالگی می‌رسند قادرند فعالیت‌های حرکتی و هوشی را شروع کنند. تقویت این اقدامات ابتکاری تابع میزان آزادی فیزیکی کودک و امتناع کنجکاوای ذهنی اوست. اگر با کودک نو پا طوری رفتار نشود که نسبت به رفتارها و تمایلات خود احساس بی‌کفایتی کند، ممکن است احساس گناه در مورد فعالیت‌های ابتکاری‌اش به او دست دهد. تعارض‌های مربوط به ابتکار ممکن است مانع این شود که کودک بتواند به کمک تجربه رشد یابد و همین امر می‌تواند در پیدایش احساس جاه‌طلبی و بلندهمتی که در این مرحله بوجود می‌آید اختلال ایجاد کند. در انتهای این مرحله وجدان کودک شکل می‌گیرد. بچه یاد می‌گیرد که نه تنها حدودی برای رفتارهای انسان وجود دارد، بلکه تکانه‌های پرخاشگرانه را می‌توان به طریق سازنده نظیر رقابت‌های سالم، بازی‌ها و استفاده از اسباب‌بازی‌ها ابراز نمود. پیدایش وجدان هم زمینه را برای احساس اخلاقی دست و نادرست آماده می‌سازد و اگر تنبیه زیاد مانع گسترش تصورات و ابتکار کودک گردد، کودکی که فرامن بسیار قوی، با کیفیت همه یا هیچ پیدا می‌کند؛ ممکن است در بزرگی مصرانه بخواهد که همه مردم اصول اخلاقی او را بپذیرند، لذا به صورت خطری برای خود و دیگران درآید (کاپلان، سادوک/ پورافکاری، ۱۳۷۵).

در این دیدگاه اگر کودک نتواند به ابتکار دست یابد، دچار احساس گناه می‌شود و این انحراف از رشد صحیح است. بنابراین اریکسون نیز احساس گناه را بدون رعایت فاصله بین دو نوع مرضی و غیر مرضی، منفی ارزیابی کرده است.

بالاخره آخرین مرحله یا مرحله هشتم رشد روانی-اجتماعی در نظام اریکسون شکفتگی و رشدیافتگی در مقابل نومیدی است. شخصی که دارای تمایلات شخصی است نباید هیچ یک از کارهایی را که در زندگی انجام داده است با نومیدی بنگرد و باید دارای این احساس باشد که اگر قرار بر تکرار آنها می‌بود دوباره به همان شیوه عمل می‌کرد. در چنین چشم‌اندازی مرگ او

را متوحش نمی‌سازد. خطری که در این مرحله با آن مواجه می‌شود، فروغلتیدن در تأسف گذشته و نومییدی است، «آن وقت است که نومییدی موجب ترس از مرگ می‌گردد. افرادی که احساس می‌کنند زندگی خود را به طور کامل سپری کرده‌اند از صفا و آرامش بیشتری برخوردارند در حالی که فرد نومیید علی‌رغم نفرت ظاهری نسبت به زندگی، خواستار آن است که بار دیگر بخت یک زندگی دوباره به او داده شود تا همه چیز را از سر گیرد (منصور- دادستان، ۱۳۸۱).

### ۳- آلفرد آدلر؛

آدلر (۱۹۳۷) وجود عیب و نقص در اعضا بدن را عامل اساسی و تعیین‌کننده در ساختمان شخصیت آدمی می‌دانست. بدین ترتیب بنا بر اصول و قواعد روانشناسی فردی آدلر، هر گونه برخورد و اقدامی که غرور ذاتی و اعتماد به نفس فرد را سلب کند می‌تواند عامل مؤثری در بروز و رشد احساس‌های ناسالم در ضمیر وی به شمار آید و تدریجاً او را به صورت فردی ناسالم و علیل از جهت روانی درآورد و در جامعه رها سازد. این افراد احساسات بی‌ارزشی یا خشم را پرورش می‌دهند و به دیگران با بدگمانی می‌نگرند (شولتز/سید محمدی، ۱۳۷۷).

در اینجا لازم است به این نکته اشاره شود که احساس تقصیر و گناه یا عدم توانایی و کفایت عمومیت داشته و احتمالاً هیچ کس از احتمال برخورد با آن دور نیست. هر فردی ممکن است به دنبال شمس‌های عادی زندگی لحظاتی به چنین احساساتی دچار شود. در افراد امیدوار و سالم ناتوانی در رسیدن به اهداف منجر به تلاش و دستیابی به موفقیت‌های بعدی می‌گردد، در حالی که افراد ناامید احساس خشم، عصبانیت، دشمنی، خصومت، احساس گناه و ناامیدی در اثر یادگیری درماندگی آموخته شده در نهایت به افسردگی شدید منجر می‌شود (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

1- Alfred Adler

آدلر با توجه به نیاز انسان برای کسب قدرت و نام بردن از آن به عنوان انگیزه مرکزی و همچنین احساسات خقارت مربوط به فقدان آن، مرحله‌ای را برای رشد بازنمایی ذهنی خدای قدرتمند در افراد در نظر گرفت. البته آدلر تصور از خدا را تصور والد ترجیحی در نظر می‌گیرد (به نقل از مانک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

### ۴- نظریه روابط موضوعی<sup>۲</sup>:

نظریه روابط موضوعی یک تحول نسبتاً جدید در حوزه تفکر روانکاوانه است. این نظریه با کشف فروید از اهمیت ارتباطات اولیه با شکل‌های والدینی، فهم روان تحلیل‌گران را از انگیزه‌های مذهبی، شکل‌گیری اعتقادات و نمادهای مذهبی توسعه داد. نظریه روابط موضوعی با تأکید بر عملکرد دین و به طور مشابه به ارتباط افراد با خدا یا قدرتی برتر و ارتباط با افراد مهم به خصوص اولین ارتباطاتی که شکل گرفته است علاقه‌مند هستند. نظریه‌های بعد از فروید نقش و دیدگاه عملکرد مثبت‌تری را برای دین در نظر گرفته و خاطرنشان ساختند که تصور از خدا چیزی است که در ارتباط با انسان در یک زمینه تحولی ساخته شده است (مانک، ۲۰۰۳). یکی از برجسته‌ترین آثار در زمینه نقش روابط موضوعی در دین مربوط به ریزاتو است. ریزاتو (۱۹۷۴) با بررسی روابط موضوعی فروید می‌خواست بداند که افراد چگونه عقیده وجود خدا را به ارث می‌برند. در نظریه فروید نقش مادر در شکل‌گیری تصور از خدا حذف شده است در حالی که ریزاتو بر ارتباط مادر با فرزند و اهمیت نقش مادر در شکل‌گیری تصور از خدا تأکید کرده است. ریزاتو (۱۹۷۴) معتقد است که تصور از خدا احساسات و تصوراتی است که هر فرد را با خدا ارتباط می‌دهد و این تصورات و عقاید در اوایل زندگی کسب شده و اولین بازنمایی‌های هشیارانه از خدا بین سنین ۲-۳ سالگی ظاهر می‌شود. وی اعتقاد دارد هر انسانی

1- Manock

2- Object relation theory

یک تصویری از خدای خود دارد و نمی‌شود فرد تصویری از خدا نداشته باشد، چرا که تصور از خدا ناشی از روابط موضوعی، ارزیابی تصور از خود و نظام‌های اعتقادی-محیطی است.

به عقیده ریزاتو (۱۹۷۴) این طور نیست که تصور از خدا در فردی ظاهر نشود گر چه ممکن است سرکوب شود، یا تغییر شکل داده شود. ریزاتو (۱۹۷۹)، به نقل از دی روس و سامی، (۲۰۰۴) معتقد است در اولین مرحله تحول، مادر ظرفیت ویژه‌ای برای سازگاری با نیازهای کودک به وجود می‌آورد و به کودک اجازه می‌دهد تا به صورتی که خلق می‌کند جنبه واقعی بدهد. بنابراین تصور از خدا در یک فضا بین کودک و مادر شکل می‌گیرد. اریکسون (۱۹۵۰)، به نقل از منبع قبلی) آنچه را که بین مادر و کودک اتفاق می‌افتد بر حسب رشد اعتماد در مقابل عدم اعتماد نام برد. تجربه اعتماد وقتی شکل می‌گیرد که مادر حضور تقویت‌کننده‌ای برای نیازهای کودک داشته باشد. اشترن (۱۹۸۵) به نقل از دی روس و سامی، (۲۰۰۴) تأکید می‌کند اگر شرایط مطلوب باشد و مادر به طور مداوم نیازهای کودک را برآورده سازد، حسی در کودک رشد می‌کند که تجربه‌اش خوب و لذت‌بخش بوده است و همین طور بر عکس این مورد هم وجود دارد. بنابراین کودک با توجه به اعمال هشیارانه و بازخوردهای ناهشیارانه مادر به نیازهایش یک رد (اثر) حفظی از مادر به صورت مطلوب یا نامطلوب ثبت می‌کند، که اشترن از آن به عنوان ساختمان حافظه یا بازنمایی‌های تعاملاتی تعمیم داده شده، نام می‌برد. دی روس (۲۰۰۴) معتقد است ریزاتو نیز مانند اشترن تصور از خدا را توحید یافتگی اثرات حفظی و تجربه ذهنی کودک از تصورات و احساسات ناهشیارش نسبت به اولین مراقبینش می‌داند. در این مدل ریزاتو خدا را ارتباط تاریخی بین والدین فرد و دیدگاه او از خدا در نظر می‌گیرد. وی معتقد است که بر اساس پاسخگویی والدین به نیازهای کودکان خدا نیز به طور مشابهی تصور می‌شود، اگر والدین پاسخگویی در دسترس و دوستدار باشند خدا نیز همین گونه است و اگر والدین پاسخگویی نمانند باشند خدا نیز طردکننده تصور می‌شود.

دی روس و سامی (۲۰۰۴) در توضیح شکل‌گیری تصور از خدا بی‌نیاز از یادگیری، تأکید دارند حتی کودکانی که هیچ تجربه مذهبی ندارند، وقتی در مورد خداوند از آنان سؤال می‌شود یا تصویری از خدا می‌کشند و یا ممکن است او را به وسیله کلمه‌ای توصیف کنند. این محققان معتقدند که در خلال بسیاری از تحقیقات، خردسال نشان داده‌اند که برای توضیح بینش معنویشان از کلام و یا زبان دینی استفاده می‌کنند. به عنوان نمونه، های ونای<sup>۱</sup> (۱۹۹۸)، به نقل از دی روس، ایدما و میدما<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) عنوان کردند که وقتی از کاتی ۶ ساله که تا به حال کلیسا نرفته بود در مورد خدا سؤال کردند، او از خدا به عنوان موجودی که همه چیز می‌داند و توانایی او از همه بالاتر است، یاد کرده بود. دی روس و همکاران (۲۰۰۴) اعتقاد دارند که داستان بالا عجیب نیست، زیرا افرادی که آموزش‌های رسمی دینی ندارند از خدا تصوراتی دارند که در تحقیقات به کرات تکرار شده است و این همان توضیح متغیرهای تجربه مذهبی است که ویلیام جیمز آن را مطرح کرده است. البته پژوهش‌های متعددی نیز به این نکته دست یافته‌اند که مفاهیم خدا در وجود هر انسانی شکل می‌گیرد حتی اگر والدینشان معتقد به خدا نباشند (تامینین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از منبع قبلی). دی روس (۲۰۰۴) معتقد است که این تصاویر در یک فضای واسطه‌ای بین کودک و دنیای خارج او شکل می‌گیرند و در این جایگاه که بین واقعیت درونی و خارجی قرار دارد، خیال‌ها و توهمات و معانی خلق می‌شود. البته این سومین جایگاه، جایگاهی است که نه در خود فرد و نه در جهان خارج است اما از هر دو تأثیر می‌پذیرد و موجب پیدایش جنبه‌های معنوی زندگی انسان می‌شود. این فضای واسطه‌ای معنوی بین فضای مادی و شخصی و همچنین بین واقعیات ذهنی و عینی قرار دارد. این موضوعات (تصاویر و مفاهیم) که در این فضای واسطه‌ای هستند موضوعات انتقالی نامیده می‌شوند و البته این موضوعات یا مفاهیم بر ادراک اولیه کودک در مورد هر چیزی تأثیر دارند. این

1- Hay, D., & Nye, R

2- Iedema, J., & Miedma, S.

3- Taminin & etal

موضوعات شامل تصاویر، احساسات و عقاید و ابزار تفکر می‌باشند و تصور از خدا نیز از این پدیده انتقالی یا موضوع انتقالی شکل می‌گیرد.

براساس دیدگاه روابط موضوعی افسردگی به صورت درون‌فکنی فقدان شی مورد علاقه، محرومیت در روابط مادر و کودک در طی سال‌های نخست زندگی، خشم هدایت شده به درون، خواسته‌های بیش از حد فراخود، خودشیفتگی مفرط نیازهای شخصیت دهانی یا مقعدی تعریف شده است (کلارک و بک، ۱۹۹۹). نظریه پردازان دیگر مثل ببریگ<sup>۱</sup>، جاکوبسن<sup>۲</sup> و فنیچل<sup>۳</sup>، نیز فقدان عزت نفس را که در آن فرد خودش را در یک وضعیت ناتوانی، ناامیدی و درماندگی پیدا می‌کند، به عنوان ویژگی اصلی افسردگی برشمردند (همان منبع). جاکوبسن حالت افسردگی را شبیه وضعیت کودک ناتوان و درمانده‌ای می‌دانست که قربانی والد شکنجه‌گر شده است (کاپلان/رفیعی، ۱۳۸۵) تعدادی از نوآوری‌ها از جمله پیرز و سینکو<sup>۴</sup> (۱۹۳۵) نیز گناه را به عنوان واکنشی به برخوردهای بین من و من ایده‌ال می‌دانند (با ریشه‌های ترس از اختگی)، در مقابل شرم را به عنوان واکنشی به برخوردهای بین من و من ایده‌ال، با ریشه‌هایی در احساس کهنتری و ترس بعد از فقدان عشق و رها شدن، تعریف شده است (به نقل از تانگنی و دینگ، ۲۰۰۲).

### دیدگاه کردارشناسی<sup>۵</sup>

#### جان بالبی؟

مفهوم نظریه دلبستگی<sup>۶</sup> از الگوی مؤثر روانی<sup>۱</sup> به مفهوم تصور از خدا که شامل پاسخ رفتاری اشخاص به خداوند می‌باشد، بسط داده شده است. به علاوه طرح‌های آن چارچوبی در توصیف

1- Bibring  
2- Jacobson  
3- Fenichel  
4- Peers & Sinko  
5- Ethology  
6- John Bowlby  
7- Attachment theory



اهمیت چگونگی شکل‌گیری تصور از خدا بر حسب پیوند عاطفی یا ارتباط بین شخص و خدا می‌باشد.

بالبی (۱۹۷۳)، به نقل از دی روس، میدما و ایدما<sup>۲</sup>، (۲۰۰۱) معتقد است که دل‌بستگی پیوند احساسی عاطفی بین دو فرد است. وی ادعا کرد که کودک الگوهای مؤثر روانی از خویش و مراقبش را در زمینه اولین دل‌بستگی رشد می‌دهد و این الگوها که بازنمایی ذهنی از خویش و دیگران مهم است، از تجربه‌های متنوع و تعاملات مشاهده شده کودک با مراقبش نشأت گرفته است. این بازنمایی ذهنی منجر به پدیدآیی ادراکات و رفتارهای معینی در کودک و در محیط و ارتباطات جدیدش می‌شود (برثتون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵ به نقل از منبع قبلی). به طور مثال این طور فرض می‌شود که در ارتباط فرد با خدا الگوی ذهنی از خدا به طور مشابهی در ارتباطات نزدیک رشد کرده است و بنابراین ارتباط دل‌بستگی ایمن یا نایمن کودک به طور مستقیم پیش‌بینی کننده تصور کودک از خدا می‌باشد (دی روس و همکاران، ۲۰۰۱).

ریزاتو (۱۹۷۴) نیز در یک تحقیق تجربی نشان داد که تصور فرد از خدا به طور نزدیک با تجربه او با اولین مراقبش ارتباط دارد. در همین رابطه کریک پاتریک (۱۹۹۴) معتقد است که دیدگاه افراد از خدا با تصورات آنها از ارتباطات اولیه والد-کودک همسان است. کریک پاتریک و شیور<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) اعتقاد دارند کودکانی که ارتباط آنها با مراقبینشان خوب نیست، تصور از خدای منفی‌تر، سخت‌گیرتر<sup>۵</sup>، تنبیه‌کننده<sup>۶</sup> و کمتر مثبتی دارند در حالی که کودکانی که ارتباطی خیلی خوب و بهینه<sup>۷</sup> با والدینشان دارند، تصورشان از خدا عاشقانه<sup>۸</sup> و آرام‌بخش<sup>۹</sup> می‌باشد. همچنین کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲) ارتباط بین دل‌بستگی اولیه و فعلی بزرگسال را با

1- Mental working model

2- DE Roos, s.,A.,Miedema,s. & Iedema

3- Berthoton

4- Kirkpatrick,L.A.,& shaver,P.R

5- Stern

6- Punishing

7- Optiomum

8- Loving

9- Comforting

دل‌بستگی به خدا بررسی کردند. اهمیت این دسته از مطالعات در حمایت از این نظریه که سبک‌های دل‌بستگی تبیینی از الگوهای مؤثر روانی بوده و الگوهای مؤثر در شکل‌گیری چگونگی رفتارهای فعلی با دیگران کمک‌کننده هستند، می‌باشد. کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲) در مطالعات خود این طور نتیجه گرفتند افرادی که الگوهای دل‌بستگی ایمن داشتند سطوح بالاتری از تعهد مذهبی و تصور از خدای مثبت‌تری نسبت به الگوهای دل‌بستگی اجتنابی داشتند. همچنین آنان به این نتیجه رسیدند که بزرگسالانی از خانواده‌های غیر مذهبی با ارتباطات دل‌بستگی اجتنابی، نسبت به انواع دیگر الگوهای دل‌بستگی بیشتر مذهبی بودند. به اعتقاد آنان این نتایج نشان می‌دهد که خدا و دین ممکن است برای افرادی با تاریخچه دل‌بستگی اجتنابی به طرق جبرانی عمل کند و خدا به عنوان چهره دل‌بستگی جانشین<sup>۱</sup> محسوب شود. جمع این یافته‌ها برای فرضیه جبرانی که اظهار می‌کند ارتباط با خدایی که عاشق، شخصی و در دسترس است ممکن است جانشینی برای فقدان دل‌بستگی‌های ایمن به والدین در دوران کودکی باشد، حمایت‌های تجربی فراهم کرد. البته کرک پاتریک (۱۹۹۹) در فرضیه انطباقی معتقد است که ارتباط دل‌بستگی اولیه فرد اساس برای سازه تصور از خدا و اعتقادات دینی افراد است. توجه به این نکته حائز اهمیت است که کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۰) بین دل‌بستگی به خدا و دل‌بستگی بزرگسال تفاوت قائل شدند. این محققین اعتقاد داشتند با اینکه خداوند وجود جسمانی ندارد اما مردم خدا را به خود نزدیک احساس کرده و افراد از طرف خدا تحت فشار قرار نمی‌گیرند. خدا همیشه در دسترس و پاسخگو است در حالی که انسان این گونه نیست. به طور خلاصه دیدگاه دل‌بستگی راه معناداری در فهم اینکه چرا بازنمایی مثبت یا منفی ذهنی از خود و دیگران نقش با اهمیت در شکل‌گیری تصورات اشخاص از خدا دارند را نشان می‌دهد (دی روس، ۲۰۰۴).

1- God as a substitute attachment

دلبستگی در جریان چرخه‌ی زندگی از مادر به نزدیکان و سپس به بیگانگان و بالاخره به گروه‌های بیش از پیش وسیع‌تر تسری می‌یابد و به صورت عاملی به همان اندازه مهم برای ساخت‌دهی شخصیت کودک که تغذیه‌ی زندگی اجتماعی وی است در می‌آید. برای اینکه این نقش اجتماعی شدن مثبت باشد باید:

۱- کودک اطمینان از سر گرفتن تماس با مادر را در صورت تمایل و به هنگام تمایل داشته باشد. آن وقت است که برای کاوشگری محیط خود توانمند می‌شود.

۲- کودک بتواند یک هماهنگی صادق بین خواسته‌های واقعی خود و ظرفیت ما در پاسخ دادن به طور متناسب با آن خواسته، برقرار نماید.

بدین ترتیب، ایمنی کودک با افزایش سن، افزون می‌گردد. اما احساس از دست دادن مادر به ایجاد دلهره و از دست دادن واقعی او به استیصال و حتی افسردگی می‌انجامد.

بالبی واکنش نسبت به جدایی را مبنای واکنش‌های ترس و اضطراب در انسان می‌داند.

هر نوع جدایی دارای پیامدهای کم و بیش آشکاری است:

- اگر این جدایی به صورت کوتاه‌مدت باشد، کودک از اینکه مادر خود را دوباره از دست بدهد می‌ترسد و در او ترس از یک جدایی جدید تحول می‌یابد. این ترس یک واکنش غریزی است و بقای نوع انسان آن را تأیید می‌کند.

- اگر این جدایی به صورت موقعیتی باشد که یک رفتار «دلبستگی دلهره‌آمیز» را القا کند، مثلاً: هنگامی که مادر جسماً حضور دارد اما نسبت به نیازهای کودک خویش توجهی ندارد. هنگامی که مادر حضور ندارد اعم از اینکه عدم حضور موقت باشد یا دائم و هنگامی که مادر، کودک را در معرض تهدید به طرد قرار می‌دهد. به عبارت دیگر، هنگامی که کودک ماجراهایی از زندگی واقعی را تجربه کند که او را به ساختن الگویی از دلبستگی، رهنمون شوند، ناایمن می‌شود و با اضطراب و خشم تحول می‌یابد. خشم از یک طرف به منزله‌ی

سرزنشی است علیه آنچه به وقوع پیوسته، و از سوئی دیگر، به منزله‌ی سعی در اجتناب از بروز مجدد چنین موقعیتی است.

این رفتار دلبستگی دلهره‌آمیز اگر شدید باشد ایجاد استقلال و ظرفیت‌های سازشی اجتماعی کودک را با اشکال مواجه می‌سازد (مثلاً وقتی کودک به دامان مادر چسبیده است علاقه وی نسبت به جهان برونی کاهش می‌یابد).

بنابراین هر شکافی در این مبادله زودرس نخستین روابط (که در جریان کودکی و تا دوره نوجوانی استقراری می‌یابد) ایجاد گردد، می‌تواند تأثیر قاطعی بر تحول شخصیت داشته باشد و در آینده به اختلالات کم و بیش وخیم مرضی منجر گردد. (منصور- دادستان، ۱۳۸۱).

بر این اساس جان بالبی معتقد بود که آسیب دیدن دلبستگی‌های اولیه و جدایی توأم با آسیب در دوران کودکی، زمینه ایجاد افسردگی را فراهم می‌کند. گفته می‌شود که فقدان‌های دوران بزرگسالی موجب تجدید خاطره فقدان آسیب‌زای کودکی می‌گردند و به این ترتیب بروز افسردگی در بزرگسال را تسریع می‌کنند (کاپلان/ رفیعی، ۱۳۸۵).

## - دیدگاه شناختی<sup>۱</sup>

### ۱- الگوی شناختی بک:

آرون تی بک<sup>۲</sup>، الگوی شناختی خود را به واسطه تجارب درمانی‌ای که با بیماران افسرده داشته کسب کرده است و در نظریه خود بیان می‌کند، افسردگی به دلیل افکار منفی درباره خود، تجارب خود و درباره آینده به وجود می‌آید (همیلتون و آبرامسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از فروزشی رفیعی، ۱۳۸۰).

1- Cognitive perception

2- Beck

3- Hamilton & Abramson

بک می‌گوید که افراد افسرده به طور معمول نظرگاه بدبینانه دارند و در تفسیر تجربه‌های گذشته یا فعلی خود تحریف‌های منفی نشان می‌دهند (لیندزی و پاول<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴/ نیکخو و آوادیس، ۱۳۷۷).

## ۲- الگوی درماندگی آموخته شده<sup>۲</sup>:

این الگو توسط مارتین. ای. پی. سلیگمن بنیان نهاده شد. وی الگوی شناختی خود را به واسطه رابطه تجاربی که با انواع حیوانات مثل سگ، موش و افراد با افسردگی خفیف داشته پی-ریزی کرده و معتقد است افسردگی به دلیل احساس درماندگی فرد به وجود می‌آید. فرد افسرده انتظار به وقوع پیوستن وقایع ناگهانی را دارد و معتقد است از هیچ طریقی نمی‌توان جلوی اتفاق افتادن آنها را گرفت (همیلتون و آبراسون، ۱۹۹۳؛ به نقل از فروزش رفیعی، ۱۳۸۰).

بر اساس این دیدگاه وقتی افراد افسرده در کاری شکست می‌خورند نسبت به افراد عادی بیشتر خود را سرزنش می‌کنند تا شرایط را. از سوی دیگر افراد افسرده هر وقت در کاری موفق می‌شوند موفقیت را بیشتر به حساب شانس می‌گذارند تا توانایی خودشان.

بر اساس دیدگاه شناختی هر یک از احساسات خشم، عصبانیت، دشمنی و خصومت نیز می‌توانند نشانه‌هایی از ناامیدی در اثر درماندگی آموخته شده باشند. در واقع ناامیدی یک حالت غم و افسردگی در تفکر و شخصیت فرد است که می‌تواند فرد را به شدت به طرف نابودی بکشانند. در افراد طبیعی و سالم ناتوانی در رسیدن به اهداف منجر به تلاش و دستیابی به موفقیت‌های بعدی می‌گردد، در حالی که در افراد ضعیف خشم، عصبانیت، دشمنی، خصومت و احساس دوگانگی، احساس گناه و ناامیدی در اثر یادگیری درماندگی مشاهده شده در نهایت به افسردگی شدید منتهی می‌شود (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

1- Lindzy & Povel

2- Helplessness Learned theory

لازم به ذکر است در بررسی که پژوهشگر در نظریه بک و سلیگمن انجام داد با واژه تصور از خدا برخورد نکرد.

### ۳- نظریه اسنادی:

مطابق فرمول‌بندی شناختی، عاطفه (هیجان) یک حالت ذهنی است که از ارزیابی یا ارزشیابی محرک‌های درونی یا بیرونی ناشی می‌شود (بک، ۱۹۷۶؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۷). همانند سایر نظریه‌های شناختی عاطفه یا هیجان، تئوری شناختی معتقد است که شیوه ارزیابی رویداد یا محرک، نوع، شدت و تداوم هیجان تجربه شده را تعیین می‌کند (لازاروس<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷، ۱۹۸۹؛ روزمن<sup>۲</sup> ۱۹۸۴؛ اسمیت و السورت<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵؛ به نقل از کلارک، بک و آلفورد<sup>۴</sup>: ۱۹۹۹).

به علاوه تجربه هیجان در درون بافت تعامل یا تبادل پویا بین شخص و محیط روی می‌دهد (لازاروس و فولکمن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰؛ به نقل از همان منبع).

نظریه شناختی افسردگی یک الگوی پردازش اطلاعات مبتنی بر طرحواره<sup>۶</sup> درباره عملکرد انسان پذیرفته است. پردازش اطلاعات به ساختارها<sup>۷</sup>، فرآیندها<sup>۸</sup> و فرآورده‌های درگیر در بازنمایی و تبدیل معنا بر اساس داده‌های حسی<sup>۹</sup> برگرفته از محیط بیرونی و درونی اشاره دارد. بنابراین یک سیستم پردازش اطلاعات با ساختارها و فرایندهایی که اطلاعات را به شیوه معنی‌داری انتخاب، تبدیل، رمزگردانی، ذخیره، بازیابی و بازتولید می‌کند، اساس انطباق و عملکرد انسان می‌باشد. بنابراین نظریه شناختی این معناسازی را اساس انطباق ارگانیسم انسان با محیط تلقی می‌کند اگرچه بازنمایی معنا، سازه بنیادی در نظریه شناختی هیجان می‌باشد این

1- Lazarus

2- Roseman

3- Smith & Ellsworth

4- Clarck, Beck & Alford

5- Folkman

6- Schema- based information- processing

7- Structures

8- Processed

9- Sensory data

ساختارها به طور مستقیم منجر به هیجان ذهنی نمی‌شوند (همان منبع). در عوض ساختارهای معناسازی به پدیده شناختی، رفتاری و جسمانی منجر می‌گردد که بین بازنمای نمادین و پاسخ هیجانی واقعی میانجی‌گری می‌کنند. بنابراین یک و آلفورد (۱۹۹۹) با اظهار لازاروس و اسمیت (۱۹۸۸) مبنی بر اینکه بازنمایی معنا مستقیماً به هیجان منجر نمی‌شود بلکه به شناخت‌واره‌ها و ارزیابی‌هایی که بیانگر اهمیت شخصی یک موقعیت یا چالش برای بهزیستی فرد می‌باشند، منجر می‌گردد، هم‌عقیده‌اند. این جنبه پدیداری<sup>۱</sup> شامل انواع خاص شناخت‌ها و الگوهای ارزیابی است که تا حدودی تجربه افسردگی را تشکیل می‌دهند (همان منبع). دیدگاه اسنادی درباره دین می‌گوید وقتی افراد دین را در زندگی به کار می‌برند یا خدا را می‌خوانند چگونه با مشکلات مواجه می‌شوند و این تلاش‌ها چقدر کمک‌کننده یا ضرر رساننده است. همانطور که پاراگمنت (۱۹۹۰) خاطرنشان کرده است، دین می‌تواند نقش مهمی در ارزیابی اولیه یا ثانویه افراد از حوادث زندگی داشته باشد. ارزیابی یک حادثه از دیدگاه دینی و راهبردهای مقابله‌ای به کار گرفته شده نیز می‌تواند وابسته به تصور افراد از خدا باشد به طور مثال در موقعیتی مشابه برای دو فرد اما با تصورات متفاوت از خدا ارزیابی‌های متفاوتی شکل می‌گیرد. شخص ممکن است با تصور سخت‌گیرانه، خشمگین و کنترل‌کننده از خدا خود را در زندگی فردی محکوم و منفعل بداند و دیگری با تصویری دوستدارانه و رحیم از خدا، خود را فردی فعال در نظر گیرد (همان منبع).

شرم و گناه هیجان‌هایی هستند که با اسندهای درونی در مورد رویدادهای منفی ارتباط دارند. در حقیقت تمایز بین شرم و گناه به علت اختلاف در نوع اسندهایی است که در این تجارب به کار گرفته می‌شود. به طوری که گناه دربرگیرنده اسندهای درونی، خاص و ناپایدار است (تانگنی و درینگ، ۲۰۰۲).

1- Phenomenal

با توجه به اینکه نظریه رابینسون و اشنایدر از عمده‌ترین نظریه‌ها در زمینه امیدواری هستند ترجیح دادیم به اختصار به بررسی به این دو دیدگاه نیز بپردازیم.

#### ۴- آلبرت ایس<sup>۱</sup>:

الیس ریشه اختلالات روانی را در تفکر غیر منطقی می‌داند. به اعتقاد او دین و مذهب با غیر منطقی بودن در ارتباط است و به طور کلی موجب نابسامانی روانی افراد خواهد شد. وی معتقد است احساس گناه همیشه آسیب‌شناختی است، که البته دیدگاهی افراطی است (فیور، ابراین، اینگرسول<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). پژوهشگر در بررسی نظریه ایس با مفهوم امیدواری برخورد نکرد.

#### ۵- نظریه رابینسون<sup>۳</sup>:

به اعتقاد رابینسون (۱۹۸۳) امید یکی از پایه‌های توانایی روانی است که جلوه‌گر دستاوردهای زندگی است. امید، توانایی باور یک احساس بهتر از آینده است. امید با نیروی نافذ خود سیستم فعالیتی را تحریک می‌کند تا سیستم بتواند تجارب نو را کسب کرده و نیروهای تازه را در ارگانیزم ایجاد نماید و در نتیجه امید انسان را به تلاش و کوشش واداشته و او را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌نماید. امید یک تجربه آگاهانه نیست، ولی زمانی که شخص تحت فشارهای غیر عادی و راه‌های پر پیچ و خم تاریک زندگی قرار می‌گیرد احساس امیدواری در فرد امیدوار، به زودی ظاهر شده و فرد را مجدداً پس از بحران‌ها به آرامش می‌رساند (رابینسون، ۱۹۸۳).

بدیهی است انسان حالات نگران کننده و مبهم یک بحران و بدبختی را احساس می‌کند، در افراد ناامید این نگرانی روز به روز بیشتر می‌شود ولی در امیدواران تعادل روانی مجدداً ایجاد شده و در نتیجه افسردگی مزمن در این افراد کمتر دیده می‌شود.

1- Albert Elis

2- Faver; O'Brien, E.M.; Ingersoll, R.E

3- Robinson



در بیشتر اوقات ضعف و سستی فرد با احساس ناامیدی رابطه دارد. زمانی که شخص خود را ضعیف احساس کند، قادر به کنترل رفتارهای اجتماعی خود نخواهد بود و بعضی از کارهای اجتماعی را نمی‌تواند درست انجام دهد حتی زمانی که تمام نیرویش را به کار گیرد. روشن است اگر شخص نتواند ضعف‌هایش را اصلاح کند و قادر به فعالیت و کوشش نباشد از طرف سایرین نیز به کار گرفته نمی‌شود و در فعالیتهای گروهی نمی‌تواند مؤثر باشد؛ چنین فردی احساس تنهایی، درماندگی و ناامیدی کرده و این ناامیدی پیشرو افسردگی است. برای دستیابی به آرامش و امنیت درونی ضروری است که فرد احساس نماید همواره کسی را دارد که بتواند در مواقع لزوم، با اطمینان خاطر و بدون ترس از طرد شدن او را به کمک طلبیده، مورد حمایتش قرار گیرد. این اطمینان سبب احساس امنیت و اعتماد به نفس می‌شود و افرادی که فاقد چنین منبع اطمینانی باشند احساس ناامنی می‌کنند، اعتماد درونی ندارند و در نتیجه به تحقیرها، مورد بی‌اعتنایی قرار گرفتن‌ها، انتقادات و مایوس شدن از سایرین فوق‌العاده حساس می‌باشند این افراد در حقیقت به ندرت می‌توانند ارتباط رضایت بخشی با سایرین برقرار کنند. این کیفیت موجب تشدید ناراحتی و خجالت آنها شده و در تمام ارتباطات آنها با دیگران تأثیر می‌گذارند و به طور کلی همیشه در انتظار شکست و ناامیدی به سر می‌برند. وقایع کوچک را خیلی بد تعبیر می‌کنند و نداشتن دوست یا جدایی را خیلی سخت می‌گیرند. حتی ازدواج نزد آنها کمتر شبیه به اشخاص عادی است، یا فوق‌العاده به زوج خود نزدیک شده و وابستگی پیدا می‌کنند و یا آنکه به طور آشکاری از او دوری می‌جویند و به او بی‌علاقه می‌شوند. در ناامیدی شخص احساس ضعف کرده و از توانایی‌های خود نمی‌تواند استفاده کند و در نتیجه فرد از آمال و آرزوهایش به طور کامل فاصله می‌گیرد و با گذشت زمان ناامیدی و درماندگی در او بیشتر شده به طرف

درماندگی مزمن و احساس بی‌ارزشی وجود خود می‌رود که در پایان به افسردگی جدی مبتلا می‌شود (همان منبع).

برای مطالعه حالت ناامیدی تاریخچه دوران کودکی و شاید قبل از تولد فرد مهم و قابل بررسی است. بچه‌هایی که به طور مرتب تنها می‌مانند، چون در زمان کودکی از نظر قدرت ضعیف‌تر از بزرگسالان هستند احساس درماندگی بیشتری می‌کنند. اما بچه‌هایی که توسط والدین‌شان به موقع و درست حمایت می‌شوند، رفتار سالم و منطقی والدین‌شان به آنها کمک می‌نماید تا از توانایی‌های خود آگاه شده در زندگی خود امیدوارتر بوده و موفقیت بیشتری کسب می‌کنند. مشکلات زندگی کودک نیز به اندازه مشکلات سایر ادوار زندگی واقعیت دارد؛ در این دوران است که فرد برای اولین بار طرز مقابله با مشکلات زندگی را یاد می‌گیرد.

کودک از مادری که دارای شخصیتی باقوام و محکم بوده و قادر به ابراز عواطف خود باشد یاد می‌گیرد که چگونه با اعتماد به نفس با مشکلات زندگی روبه‌رو شود و از اضطراب‌ها در امان باشد. اما اگر مادر کودک قادر به ابراز عواطف مادرانه نباشد، کودک نمی‌تواند به وی متکی باشد و خواه ناخواه کم و بیش احساس ناامنی می‌کند. بعضی از این کودکان همواره درصدد جلب توجه دیگران هستند و بعضی دیگر کناره‌گیری را انتخاب کرده و خود را از دیگران عقب می‌کشند، کمکی نمی‌گیرند زیرا می‌ترسند که مورد طرد و اهانت واقع شوند. (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸).

این دیدگاه با تئوری مراحل رشد روانی-اجتماعی اریکسون همخوان است. در مرحله اول رشد روانی-اجتماعی اریکسون (همان گونه که شرح آن گذشت) که مرحله اعتماد در برابر بی‌اعتمادی است، اگر اعتماد بنیادی قوی داشته باشد کودک نگرشی امیدوارانه را حفظ کرده و اعتماد به نفس پیدا می‌کند (شولتز<sup>۱</sup> / سید محمدی، ۱۳۷۷).

1- Schultz

## ۶- نظریه اشنايدر!

اشنايدر (۱۹۹۱) معتقد است امیدواری فراتر از خوش‌بینی است. امید در برگرنده رابطه تعاملی بین اراده‌ی موفق و برنامه‌ریزی هدفمند است. امید مشابه خوش‌بینی است از این بعد که یک مجموعه شناختی ثابت است و انتظارات فرد را از موقعیت خود، در موقعیت کلی نه جزئی منعکس می‌کند. تفاوت خوش‌بینی و امیدواری در منتظر بودن برای رخداد‌های خوب است. فرد امیدوار راهبردها و انگیزه‌هایی دارد که باعث می‌شود خودش حوادث خوشایند را بوجود آورد و به اهداف خود دست یابد. تئوری امیدواری نشان می‌دهد که دستیابی به اهداف صرفاً مجموعه‌ای از مهارت‌های رفتاری نیست بلکه نیازمند مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی نیز می‌باشد و در برگرنده تجربیات عاطفی فرد، انگیزه‌ها و تصمیم‌گیری در رابطه با فرایندهای شناختی و برنامه‌ریزی می‌باشد. توانایی دستیابی به اهداف وابسته به سطح انگیزشی فرد (مجموعه مهارت‌های رفتاری) و توانایی‌های در دسترس فرد برای غلبه بر موانع (مجموعه شناختی) است که دستیابی به هدف را رقم می‌زند (اشنايدر، ۱۹۹۱).

افراد امیدوار می‌توانند انگیزه لازم را جهت دستیابی به هدف تا مرحله آخر با خود نگه دارند. عقاید و در نتیجه رفتارهای آنان به گونه‌ای است که تا دستیابی به هدف دست از فعالیت برنمی‌دارند (آدامز<sup>۲</sup>، اشنايدر، رند<sup>۳</sup>، کینگ<sup>۴</sup>، سیگمن و پالورز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). افراد امیدوار در مقایسه با افراد ناامید هنگام رویارویی با استرسورها سازگاری بهتری از خود نشان می‌دهند. انگیزه ماندگار آنها باعث می‌شود که به خود روش‌های دستیابی اهداف را آموزش دهند و این امر

1- Snyder

2- Adams

3- Rand

4- King

5- Sigmon &amp; Pulvers

اعتماد به نفس آنها را افزایش می‌دهد، در نتیجه احساس خوشایندی نسبت به خود و آنچه که دست یافته‌اند، پیدا می‌کند (اشنایدر، ایلاردی<sup>۱</sup>، چونیز<sup>۲</sup>، میشل<sup>۳</sup>، یامور و سیمپسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

افراد امیدوار استرسورها را به عنوان چالش‌های زندگی می‌پذیرند و از آنها استقبال می‌کنند در صورتی که افراد ناامید آنها را موانعی برای دستیابی به هدف می‌دانند و تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرند (اشنایدر، ۲۰۰۰).

افراد امیدوار سبک‌های زندگی بهتری انتخاب می‌کنند و از وقوع بحران‌ها جلوگیری می‌کنند و هنگام وقوع بحران نیز مهارت‌های سازگاری بالایی دارند (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱).

#### ۷- دیدگاه تبدیل<sup>۵</sup>:

تبدیل محور اصلی روان‌درمانی معنویت‌گرا<sup>۶</sup> و همچنین راهنمای معنوی<sup>۷</sup> است. تبدیل می‌تواند چندین مرحله داشته باشد. از تغییر در وابستگی مذهبی گرفته تا دگرگونی معنادار زندگی. گلیپی<sup>۸</sup> (۱۹۹۸؛ به نقل از اسپری، ۲۰۰۱) تبدیل را به عنوان تصمیم‌گیری شخص برای انصراف از رفتار غیر مسئولانه و پذیرش مسئولیت برخی از جنبه‌های تجربه خود تعریف می‌کند. دو شکل از تبدیل قابل تمایز است: تبدیل مقدماتی و مداوم. تبدیل مقدماتی<sup>۹</sup> مستلزم حرکت در برخی ابعاد تجربه مثل بعد عاطفی، فکری و مذهبی از مسئولیت‌ناپذیری به سوی رفتار مسئولانه است. تبدیل مداوم<sup>۱۰</sup> را به صورت تبدیل یکپارچه‌ساز در نظر می‌گیرند، بدین

- 1- Ilardi
- 2- Cheavens
- 3- Micheal
- 4- Yamhure & Simpson
- 5- Conversion Perspective
- 6- Spritual Oriented Psychotherapy
- 7- Spritual Guidance
- 8- Gelpi
- 9- Initial Conversion
- 10- Ongoing Conversion

معنی که در تبدیل مداوم تغییرات بنیادی در تمام حوزه‌های زندگی (عاطفی، اخلاقی، فکری، مذهبی، اجتماعی، سیاسی و جسمانی محسوس است) (اسپری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).

الف) تبدیل عاطفی<sup>۲</sup>: تبدیل عاطفی مستلزم مسئولیت‌پذیری در مقابل زندگی هیجانی است و نیازمند تصدیق و چشم‌پوشی از آسیب‌های گذشته است. تبدیل عاطفی نیازمند حرکت از خودمحوری به سوی عشق به دیگران است. تبدیل عاطفی مداوم از فرد انتظار دارد که در برابر ظرفیت ناخودآگاه خود برای خشونت و رفتارهای تخریبی به مقابله برخیزد. در این نوع تبدیل بخشش ضرورت می‌یابد چون سرآغاز سطح جدیدی از یکپارچگی و انسجام آگاهانه است.

ب) تبدیل اخلاقی<sup>۳</sup>: از شخص خواسته می‌شود که از ارضای ساده نیازهای شخصی عبور کند و به سوی زندگی مبتنی بر عدالت و اصول اخلاقی ثابت گام بردارد، این نوع تبدیل وجود یک وجدان شکل‌یافته (توانایی تشخیص درست از نادرست) و ظرفیت مواجهه با محظورات اخلاقی و چالش‌های مطرح در زندگی روزمره را مسلم فرض می‌کند. تبدیل اخلاقی مداوم احتمال وسوسه خودخواهی مداوم، اعمال فریبکارانه، خشونت، گناه ناشی از قصور و غفلت، کینه‌توزی و رفتار تخریبی را به چالش می‌کشاند و ریشه‌کن می‌سازد.

ج) تبدیل فکری<sup>۴</sup>: برای تبدیل فکری لازم است فرد بتواند به شیوه‌ای که از نظر شخصی معنادار است ارتباط با خدا را درک کند و بر زبان آورد. در تبدیل فکری مداوم افراد باید یک فلسفه زندگی متعادل را فراهم آورد. طی این فرآیند افراد باید در خصوص باورها و اعتقادات مذهبی فراسوی دانش صرف حرکت کنند و یک دریافت شخصی از آنها داشته باشد.

د) تبدیل مذهبی<sup>۵</sup>: این نوع دیدگاه افراد را دعوت می‌کند که عوض زندگی کردن برای بت‌ها برای خدای واقعی زندگی کنند. تبدیل مذهبی واقعی از نگرانی‌های کوتاه‌بینانه و فرقه‌گرایی

1- Sperry, L.

2- Affective Conversion

3- Moral Conversion

4- Intellectual Conversion

5- Religious Conversion

مذهبی فراتر می‌رود، از این جهت که افراد از نظر مذهبی تبدیل یافته مایلند به طرف هر کسی که نیازمند است بدون توجه به نژاد، آیین یا طبقه اجتماعی او دست دوستی دراز کنند. راهبردهای تبدیل مذهبی مداوم عبارتند از: نیایش، مراقبه منظم، روزه‌داری، مطالعه معنوی و دادن صدقه و سرانجام تبدیل مذهبی واسطه بین تبدیل عاطفی و اخلاقی است.

ه) تبدیل سیاسی- اجتماعی<sup>۱</sup>: تبدیل سیاسی- اجتماعی افراد را وامی‌دارد که در اثر فشار اجتماعی و عمل کردن مطابق مصلحت سیاسی مقاومت کنند. تبدیل اجتماعی مداوم مستلزم به بازآزمایی سوگیری‌های شخص علیه گروه‌ها و فرد و فرهنگ‌های معین است و مستلزم به چالش کشیدن سبک زندگی رفاه‌طلبانه و تجمل‌گرایی شخصی است که عدم حساسیت به نیازهای فقرا را ترویج می‌دهد.

ی) تبدیل جسمانی<sup>۲</sup>: واژه جسمانی به بدن انسان، ساختار و حواس بدنی و احساسات از جمله احساسات جنسی و خاطرات اشاره دارد این واژه ابراز و تجلی‌های فیزیکی نفس و روح یک شخص را در برمی‌گیرد، در نتیجه وقتی که بدن آسیب می‌بیند- مثلاً در تصادفات- این بیان جسمانی تحریف شده و محدود می‌گردد. به همین ترتیب اگر نفس و روح هر فرد دردمند باشد- مثلاً در داغدیدگی- بیان جسمانی قابل پیش‌بینی علائم سوگ و افسردگی خواهد بود(همان منبع).

با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر از میان جمعیت مسلمان انتخاب شده است، نگاه مختصری به دیدگاه اسلام می‌افکنیم.

### دیدگاه اسلام

در تعالیم اسلامی با نگرش خاصی به هستی مواجه هستیم. در این دیدگاه، خداوند خالق و محور هستی است و همه امور حول این محور قرار گرفته‌اند. همه موجودات، آفریده و

1- Socio political Conversion

2- Somatic Conversion

تحت قدرت اویند و هر چه خیر و نیکی به افراد می‌رسد از جانب خداست. به همین جهت مؤمن حوادث جهان را در تصرف مدبری فعال و حکیم می‌داند. به نظر فرد مؤمن وقوع حوادث در جهان بر اساس حکمت است. خالق این جهان همه هستی را تحت پوشش رحمت و فیض خود قرار می‌دهد و به موجودات ستم نمی‌کند. خداوند صاحب قدرت مطلقه هستی و منشأ همه خیرات و خوبی‌هاست. هدف جهان نیز حرکت به سوی کمال مطلق است. در سلسله مراتب موجودات، همه در حد و رتبه خود برای نیل به هدف اصلی در تکاپویند. جهان معنادار است و انسان هم به عنوان سرآمد موجودات جهان بیهوده و بی-هدف آفریده نشده است و باید تمام سعی و کوشش خود را برای رسیدن به هدفی که برایش مقدر شده، صرف کند. هدف انسان در این جهان کسب معرفت هر چه بیشتر نسبت به خدا و تقرب به اوست. اعتقاد به خدا مرتبه‌ای از ایمان در قلب فرد ایجاد می‌کند. وجود ایمان در فرد، نحوه تفکر و شیوه زندگی او را با سایر انسان‌ها متفاوت می‌سازد و برخورد او را با رویدادهای طبیعی و اجتماعی تحول می‌بخشد. این فرد از نظر روانی با وجود اینکه برآوردی صحیح از توانمندی‌هایش دارد و از آنها استفاده می‌کند، متکی بر موجودی است که علم، قدرت و خیرخواهی بی‌نهایت دارد. با مدنظر قرار دادن این واقعیت احساس بی-نیازی و آرامش به فرد دست می‌دهد و دیگر هیچ عاملی موجب ترس، اندوه، اضطراب و تزلزل وی نمی‌شود (دیماتئو/ موسوی اصل و مترجمان، ۱۳۷۸).

انسان در دیدگاه اسلام بندگی خدا را در دلش رشد می‌دهد، خدایی که او را با فطرتی پاک و خداجو آفرید و بر او این تقدیر را قرار داد که با گذر از گذار دنیا این استعدادها<sup>\*</sup> فطری را شکوفا کند و به او نیروی اراده داد تا با تلاش و سعی و خواست خود این حرکت را اداره نماید. برای او اصولی را قرار داد تا با حرکت در چهارچوب این اصول به رشد خود بیشتر کمک کند و چون او اراده آزاد دارد گاهی از این اصول تخطی می‌کند؛ آن وقت همان وجدان خداجو او را مؤاخذه می‌کند و فرد دچار احساس گناه می‌شود. اما انسان در مکتب

اسلام معتقد است لطف و محبت خدا از قهر و غضب او فراتر است. خداوند عشقی نامشروط به انسان دارد. در همه حال او را دوست دارد و این محبت با تخطی‌های او خدشه‌دار نمی‌شود. او خدایی را دوست دارد که هم بسیار مهربان و بخشایشگر است و هم قهار و متکبر. پس با توکل بر لطف او در موارد تخطی از اصول دست به توبه می‌زند که نوعی تخلیه هیجانی در پیشگاه معبود است و با امید به پذیرش توبه با روحیه‌ای سالم به زندگی روی آورده، دوباره در مسیر آن با توانایی بیشتر رو به بعد خدایی‌اش حرکت می‌کند (نجاتی/ عرب، ۱۳۷۷).



### ب) مروری بر تحقیقات انجام شده:

سیمون وین<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان داد که افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که در بیماران مبتلا به سرطان دیده می‌شود. عوامل خطر ساز برای گسترش افسردگی شامل تاریخچه خانوادگی، تشخیص افسردگی، الکلیسم، وابستگی به مواد، فقر حمایت‌های اجتماعی، سابقه اقدام به خودکشی و بیماری‌های متابولیکی که در سیستم عصبی مرکزی اثر دارد، می‌باشند. به هر حال ناامیدی و خودکشی قسمتی از سندرم افسردگی است.

فال فیلد و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) در پژوهشی که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند، گزارش کردند که حدود  $\frac{1}{3}$  زنان قبلاً که تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند، دوره‌هایی از افسردگی را تجربه کرده بودند. شیمی درمانی نیز استرسور دیگری بود که موجب آشفتگی روانی بیماران می‌شد.

در تحقیق دیگری که به وسیله واتسون<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۱) انجام گرفت. روابط بین کنترل هیجانی، سازگاری با سرطان، افسردگی و اضطراب در ۳۵۹ زن با تشخیص مرحله اولیه سرطان پستان مورد آزمون قرار گرفت. سطوح شیوع ۱۶ و ۶ درصد برای اضطراب و افسردگی به ترتیب مشاهده شدند. نتایج رابطه معنادار بالایی را بین نمرات گرایش به کنترل واکنش‌های هیجانی و یک نگرش اعتقاد به سرنوشت در رابطه با سرطان نشان داده است. همچنین رابطه معناداری بین کنترل خشم و یک نگرش حاکی از درماندگی مشاهده گردید. حالت مرضی روانی نیز به نوعی سازگاری با سرطان مربوط شد. در مروری که به وسیله گروس<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) انجام گرفت، داده‌ها اشاره نمودند که سرکوبی هیجانی ممکن است به بعضی درجات خطر در پیش‌آگهی سرطان کمک کند (به نقل از واتسون و همکاران، ۱۹۹۱).

1- Simon, Wein.

2- Fallaw Field.L.,etal

3- Watson

4- Groose

محققان به ارتباطی قوی بین بهبودی بیماران، ارتباط با خداوند و عقاید مذهبی دست یافتند. این محققان دریافتند که ایمان به خداوند، رنج‌های بیماران مبتلا به سرطان را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد و دیدگاه مثبتی نسبت به خود پیدا می‌کنند. آنها همچنین به ارتباط مثبتی میان تمرین‌های مذهبی، ارتباط با خداوند، امیدواری و سطوح پایین اضطراب و افسردگی در میان بیماران سرطانی دست یافتند (فرینگ و همکاران، ۱۹۹۷).<sup>۱</sup>

مطالعات دیگری به ارتباط مثبت میان راهبردهای مقابله‌ای و نیایش در بیماران مبتلا به سرطان دست یافتند. این بیماری پس از شرکت در مراسم‌های مذهبی و نیایش، سطوح بالاتری از امیدواری و خوش‌بینی را گزارش می‌کردند (وندراک و همکاران، ۱۹۹۹).<sup>۲</sup>

بی، ار، فرال و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) گزارش کرد که بیمارانی که امیدوارتر هستند، کیفیت زندگی بهتری دارند و امیدواری عاملی مؤثر در سازگاری بیماران و کاهش سطوح استرس و آشفتگی‌های روانی آنها می‌باشد.

امیدواری اهمیت ویژه‌ای در کاهش رنج‌های افراد مبتلا به سرطان دارد و محققان به همبستگی قوی بین عقاید مذهبی، ارتباط با خداوند و امیدواری دست یافتند. (ال. کوپمینرز و همکاران، ۱۹۹۷).<sup>۴</sup>

در مطالعه‌ای که بر روی بیماران سرطانی در مرکز پزشکی دانشگاه میشیگان انجام شد، ۹۳٪ بیماران گزارش کردند که ایمان آنها به خدا باعث افزایش امیدواری‌شان شده است. امیدواری، افراد را برای سازگاری با مشکلات و موقعیت‌های غیر قابل کنترل زندگی توانمند می‌سازد (روبرتس، ۱۹۹۷).<sup>۵</sup>

1- Ferhing, R.J., etal  
2- vendecreek.L.8 etal  
3- B.R.Ferrel.& etal  
4- L.Koopmeiners & etal  
5- Roberts

برادی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) در پژوهشی ۱۳۳۷ بیمار سرطانی را در ایالت متحده آمریکا و پرتوریکو<sup>۲</sup> مورد مطالعه قرار داد و دریافت که سلامت معنوی بر کیفیت زندگی، سلامت عاطفی و جسمی آنها تأثیر داشته و نقش مهمی در لذت بردن از زندگی داشته است.

مک میلان<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در مصاحبه‌ای که با ۲۳۱ بیمار سرطانی که در آخرین مرحله سرطان پیشرفته قرار داشتند، انجام داد به این نتیجه رسید که ارتباط با خداوند و داشتن تصور مثبت از خدا سهم مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش امید به زندگی آنها داشته است. با توجه به این یافته تصور مثبت از خدا و تداوم ارتباط با خداوند می‌تواند در مقابله مؤثر با مشکلات عملکردی جدی و علائم جسمانی خطرناک در بیمارانی که دچار بیماری‌های لاعلاج هستند نقش مهمی ایفا کند.

هالستد و فرنسلر<sup>۴</sup> (۱۹۹۴)، به نقل از لین گال<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) نیز دریافتند که نیایش و اعتماد به خداوند در زنان و مردان مبتلا به سرطان به عنوان راهبردی برای مقابله با استرس‌های ناشی از سرطان مؤثر بوده‌اند. به علاوه بارکات و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۴)، به نقل از لین گال، (۲۰۰۰) به اهمیت نقش معنویت و تصور از خداوند به عنوان منبعی از امیدواری و قدرت درونی برای مقابله با استرس و آشفتگی‌های روانی اشاره کردند.

بسیاری از زنان مبتلا به سرطان سینه ارتباط با خدا و احساس نزدیکی به خداوند را به عنوان منبعی نیرودهنده در فعالیت‌های ارتباطی خود ذکر کردند و آن را به عنوان پاداشی برای ادامه زندگی خود می‌دانستند (جانسون و اسپیلکا، ۱۹۹۱؛ به نقل از همان منبع). آنها همچنین کنترل زندگی خود را در دستان خیرخواه خدا می‌دیدند و در نتیجه عزت نفس بالایی را از این طریق کسب می‌کردند (به نقل از همان منبع).

1- Brady

2- Puerto Rico

3- MC. Millian

4- Halstead & Fersnler

5- Lynn Gall

6- Burkart

در پژوهشی که لین گال (۲۰۰۰) بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام داد به ارتباط مثبتی بین تصور از خدا به عنوان خدای خیرخواه با امید به زندگی بیماران دست یافت. زنانی که خداوند را مثبت تصور می‌کردند و احساس اتصال به خداوند داشتند سایر موقعیت‌های بیماری‌شان را نیز مثبت برآورد می‌کردند.

پارک و کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۹۳ به نقل از لین گال، ۲۰۰۰) نیز دریافتند افرادی که در طول بیماری خود خدا را دوست داشتند تصور می‌کنند روابط بین فردی مثبت‌تری را گزارش می‌کنند و در طی فرایند سازگاری موفق‌ترند. در مقابل افرادی که نسبت به خدا خشمگین و ناامید بوده و احساس گناه می‌کردند جنبه‌های منفی از جمله انزوا و خیالبافی را بیشتر نشان می‌دادند (پارگمنت، ۱۹۹۰ به نقل از همان منبع).

پاراگمنت و همکاران همچنین دریافتند که احساس گناه به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای منفی منجر به تلاش کمتر برای دستیابی به موقعیتی بهتر می‌شد. در این مطالعه افرادی که ارتباط ضعیفی با خدا یا نیایش درونی خود داشتند بیشتر به دنبال حمایت‌های خارج از خودشان بودند. در این پژوهش آنها به دو عامل پیش‌بینی‌کننده مهم که سلامت عاطفی و سطوح پریشانی روانی و رضایت از زندگی را اندازه‌گیری می‌کرد دست یافتند.

افرادی که خداوند را به عنوان موجودی خیرخواه تصور کرده و به او توکل می‌کردند سطوح پایین‌تری از آشفتگی روانی را گزارش دادند. همچنین عدم ارتباط با خداوند پیش‌بینی‌کننده سطح پایین‌تری از رضایت از زندگی بود. پاراگمنت و همکاران (۱۹۹۰) همچنین دریافتند که تصور از خدا به عنوان، خدای دوست‌داشتنی پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبتی برای رویدادهای منفی زندگی بود، اگر چه احساس خشم و فاصله گرفتن از خداوند با نتایج ضعیف‌تری همبستگی داشت (به نقل از لین گال، ۲۰۰۰).

---

1- Perk & cohen

یافته‌های پاراگمنت (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که در آن به بررسی مذهب و راهبردهای مقابله-ای پرداخت حاکی از آن است که افرادی که خداوند را حمایت‌گر و مراقبت‌کننده تصور می‌کنند در مواقع بحرانی به او تکیه کرده و راهبردهای مثبتی را به کار می‌برند. در مقابل افرادی که سبک‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند. درماندگی، ناامیدی و سطح پایین‌تری از سلامت روان را تجربه کرده، تصورشان نسبت به خدا منفی است و خدا را به صورت تنبیه‌گر و مجازات‌کننده تصور می‌کنند. (پاراگمنت، ۱۹۹۷؛ به نقل از گرینوی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

گرینوی و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی که در آن به مطالعه رابطه ویژگی‌های شخصیتی، عزت نفس، افسردگی و تصور افراد از خدا پرداخت به این نتایج دست یافت که متغیر مراقبت خداوند در آزمودنی‌های زن همبستگی مثبتی با احساس آرامش<sup>۲</sup>، احساس علاقه‌مندی به خود<sup>۳</sup>، عزت نفس عمومی<sup>۴</sup> داشت. در حالی که تصور منفی از خداوند در آنها همبستگی مثبتی با خودتردیدی<sup>۵</sup> و افسردگی و همبستگی منفی با شایستگی<sup>۶</sup>، احساس علاقه‌مندی به خود، خودارزشی<sup>۷</sup> و عزت نفس عمومی داشت. در متغیر حضور خدا در زندگی رابطه همبستگی با هیچ یک از ویژگی‌های شخصیتی مشاهده نشد. برای آزمودنی‌های مرد تصور منفی از خدا با بی‌اعتمادی، خودتردیدی، سرکشی<sup>۸</sup>، تحریک‌پذیری<sup>۹</sup> و افسردگی همبستگی مثبت و با شایستگی، احساس آرامش و سه فاکتور عزت نفس همبستگی منفی مشاهده نشد.

آنها در تحلیل رگرسیون گام به گام نتایج پژوهش، در گام اول دریافتند که افسردگی به طور معناداری مراقبت خداوند را پیش‌بینی می‌کند و با ۱۵٪ واریانس محاسبه می‌شود. در گام دوم سرکشی و احساس رضایت از خود پیش‌بینی‌کننده حضور خدا در زندگی بوده و با ۳۸٪

1- Greenway

2- serenity

3- self-liking

4- Global self-esteem

5- self-doubt

6- Fitness

7- self-competence

8- Rebelliousness

9- Irritability

واریانس محاسبه می‌شوند. در گام سوم خودارزشی و بی‌اعتمادی پیش‌بینی‌کننده تصور منفی از خدا بوده و با ۵۴٪ واریانس محاسبه می‌شوند. نتایج پژوهش گرینوی و همکاران از این عقیده حمایت می‌کند که ویژگی‌های شخصیتی متأثر از تصور افراد از خدا هستند. ویژگی‌های مثبت شخصیتی با تصور مثبت از خود و تصور مثبت از خداوند به عنوان مراقبت‌کننده و حمایت‌گر و ویژگی‌های منفی شخصیتی با افسردگی، احساس بی‌ارزشی و تصور منفی از خداوند همبسته‌اند. در این پژوهش افرادی که تصور مثبتی از خداوند داشتند او را حمایت‌گر و مراقبت‌کننده و افرادی که تصور منفی از خداوند داشتند او را تنبیه‌گر و طردکننده توصیف می‌کردند. نتایج این پژوهش بر این مطلب اشاره دارد، افرادی که به کلیسا می‌رفتند نگرش مثبتی نسبت به خود و ویژگی‌های شخصیتی سازگارانه‌ای داشتند خدا را حافظ و مراقب خود احساس کرده و در زندگی‌شان به او تکیه می‌کردند. در مجموع این نتایج بیانگر این مسئله است که داشتن یک رابطه مثبت و شخصی با خداوند می‌تواند موجب رشد و ویژگی‌های سازگارانه شود. لذا در صورت تحقق این امر توکل بر خدا در برخورد با ناکامی و افسردگی به عنوان منبعی قدرتمند و حمایتی محسوب می‌شود (گرینوی و همکاران، ۲۰۰۳).

در بررسی که برای تعیین رابطه، معنویت، مذهب، امیدواری، افسردگی و سایر حالات خلقی و راهبردهای مقابله‌ای روی ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی بزرگسال انجام شد، همبستگی مثبتی میان مذهب درونی، معنویت، امیدواری و سایر حالات مثبت خلقی و همبستگی منفی میان مذهب درونی، افسردگی و سایر حالات منفی خلقی مشاهده شد. تحلیل واریانس نتایج، ارتباط معناداری را در سطوح بالای امیدواری و حالات خلقی مثبت و ارتباط معناداری در سطوح مذهب درونی و معنویت نشان داد. نتایج بیانگر این موضوع بود که مذهب درونی و معنویت با امیدواری و حالات مثبت خلقی بیماران در مهارت‌های مقابله‌ای آنها مرتبط بود. (فرینگ، میلر و شاو، ۱۹۹۷).

لین گال (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی ارتباط با خدا و کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان پروستات پرداخت. وی در این پژوهش جنبه‌هایی از ارتباط با خدا (مانند تصور از خدا) منابع غیر مذهبی (مانند خوش‌بینی) و عملکرد فیزیکی، اجتماعی و عاطفی ۳۴ مرد مبتلا را مورد مطالعه قرار داد. نتایج بیانگر همبستگی مثبت میان تصور مثبت از خدا با عملکردهای بهتر فیزیکی، عاطفی و اجتماعی و سلامت عمومی بود. افرادی که تصور مثبت از خدا داشتند خدا را مهربان و دوست‌داشتنی توصیف می‌کردند. همچنین تصور منفی از خدا با جنبه‌های مثبت عملکرد فیزیکی، اجتماعی یا عاطفی همبستگی منفی داشت. افرادی که تصور منفی از خدا داشتند خدا را به عنوان موجودی خشمگین و تنبیه‌گر توصیف می‌کردند و راهبردهای مقابله‌ای آنها بسیار ضعیف بوده و احساس خودسرزنی و گناه بیشتری داشتند. در این پژوهش بیمارانی که تصور منفی از خدا داشتند خدا را به دلیل بیماریشان سرزنش می‌کردند و نسبت به او خشمگین بودند و سطوحی از آشفتگی را تجربه می‌کردند. در این پژوهش منابع مذهبی و معنوی نیز نقش مؤثری را در سازگاری افزایش کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کردند.

جن کینز و پاراگمنت<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) به نقل از لین گال، (۲۰۰۴) بر این عقیده‌اند که منابع مذهبی می‌توانند عملکرد چندگانه‌ای، از جمله حفظ عزت نفس و اعتماد به نفس، یافتن معنا یا هدف در زندگی، ایجاد آرامش روانی و امیدواری در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان ایفا کنند.

توکل به خدا می‌تواند نقش مؤثری در سلامتی و افزایش مثبت اندیشی و ارزیابی مثبت از رویدادهای ناگوار ایفا کند (ماتون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵، به نقل از همان منبع).

فرانسیس<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای که بر روی زنان و مردان مبتلا به سرطان انجام داد، ادعان کرد که تفاوت‌های جنسیتی نمی‌توانند به عنوان عاملی مؤثر در نقش عوامل معنوی و مذهبی بر سازگاری زنان مبتلا به سرطان سینه و مردان مبتلا به سرطان پروستات فرض شود.

1- Jenkins & Paragment

2- Maton, K.I.

3- Francis, L.J.

نتایج پژوهشی که به بررسی رابطه مذهب، معنویت، سلامت جسمانی- روانی و درد در جمعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌پردازد حاکی از ارتباط معناداری میان عناصر مذهبی- معنوی و سلامت جسمانی- روانی است. بخشش، دعاها، روزانه و حمایت مذهبی سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سلامت روانی داشتند و همبستگی بین معنویت، درد و رویدادهای دردآور زندگی مشاهده نشد. در این پژوهش افرادی که خداوند را مهربان، بخشنده و خیرخواه تصور می‌کردند از سلامت روانی بالاتری نسبت به کسانی که خداوند را تنبیه‌گر و خشن تصور کرده و توکل کمتری به خدا می‌کردند، برخوردار بودند (ریپنتراپ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

فینسون و کوپر<sup>۲</sup>، (۱۹۷۲)؛ گرینوف و فراسر<sup>۳</sup>، (۱۹۸۹)؛ یونگ و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) در پژوهشی دریافتند که افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند نسبت به خودشان، دیگران و خداوند به خاطر بیماریشان خشمگین هستند، احساس گناه کرده و سلامت روانی و دردهای آنها تحت تأثیر این حس قرار می‌گیرد و از سبک‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری استفاده می‌کنند. (به نقل از ریپنتراپ و همکاران، ۲۰۰۵).

در مطالعه‌ای که اروینگ، اشنايدر و کارسون<sup>۵</sup> (۱۹۹۸) انجام دادند دریافتند افرادی که آگاهی بیشتری نسبت به سرطان داشتند مکانیسم‌های سازگاری امیدوارکننده‌تری را انتخاب می‌کردند. به اعتقاد آنها امیدواری اهمیت فوق‌العاده‌ای در مقابله و روحیه جنگندگی بیماران در مقابل بیماری دارد.

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که داشتن نگرش مثبت یا حالت هیجانی مثبت نقش مهمی در بهبودی و ارتقاء بیماران سرطانی ایفا می‌کند. در مطالعه‌ای که در میان بیماران سرطانی

1- Rippentrop, A. & etal

2- Finnesson and Cooper

3- Greenough and Fraser

4- Jung & etal

5- Irving. L. M.; Snyder. C.R; Crowson. J, r., J., J.



متاستاتیک انجام شد. این نتایج حاصل شد که افرادی که امیدوارتر بودند طول عمر بیشتری داشتند. (گرین و گرین، ۱۹۷۵؛ به نقل از مک گی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

روس و گری<sup>۲</sup> (۱۹۷۵) در پژوهشی ۸۴ بیمار را به مدت هشت ماه مورد بررسی قرار دادند. اطلاعات لازم از طریق نوار ویدئویی از آنان گردآوری شد. پژوهشگران کوشیدند که سازگاری روانی بیماران را در زمینه وجود یا عدم وجود خشم، احساس گناه، دلهره و افسردگی مورد بررسی قرار دهند از سوی دیگر سازگاری روانی آنها و ارتباط آن با مذهب، سطح تحصیلات و تماس قبلی بیماران با افراد رو به مرگ که مرگ را با آرامش پذیرفته بودند و یا در مواجهه با مرگ خشم و نومیدی نشان می‌دادند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر چه بیمار از ابتلايش به بیماری درمان‌ناپذیر در رنج و اندوه بیشتری باشد. از سازگاری روانی کمتری برخوردار است. از لحاظ مذهب بیماران مسیحی نسبت به بیماران غیر مسیحی سازگاری روانی بیشتری داشتند همچنین سطح تحصیلات بیماران همبستگی آماری مثبتی با سازگاری روانی-شان داشت.

حدود ۵۰٪ بیماران از جدا شدن از افراد مورد علاقه‌شان می‌هراسیدند و نگران بودند که پس از مرگشان بر سر این افراد چه خواهد آمد. احساس گناه و افسردگی در  $\frac{2}{3}$  این بیماران گزارش د و این افراد اکثراً در گروهی بودند که تماس قبلی با بیماران درمان‌ناپذیر رو به مرگ داشتند. نتیجه تحقیق نشان داد که سازگاری روانی می‌تواند تحت تأثیر سن، تحصیلات، مذهب و عوامل دیگر قرار گیرد (به نقل از جهانمیری، ۱۳۶۸).

پترسون و روی<sup>۳</sup> (۱۹۸۵) اشاره می‌کنند که ایمان به خداوند و باور مذهبی در موردهای دشوار و تحمل‌ناپذیر زندگی به انسان آرامش می‌دهد.

1- Green, E., & Green; MCGhee

2- Roos & Gary

3- Peterson & Roy

تیلور<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) با توجه به داده‌های موجود بیان می‌کند که مقابله مذهبی اغلب بوسیله افرادی که به سرطان یا دیگر بیماری‌های فیزیکی تهدیدکننده مبتلا هستند و همچنین کسانی که با مسائل هیجانی مشکل درگیرند به طور مؤثری به کار گرفته می‌شود. در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه بین شیوه‌های مقابله مذهبی و مهارت‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و قابل علاج صورت گرفت، نتایج نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج در مقابل بیماران قابل علاج نمره‌ی بالاتری در مقابله مذهبی و مقابله با استرس به دست آوردند و اعتقاد به خدا در افراد مبتلا به بیماری لاعلاج در سطح بالاتری قرار داشت (احمدیان، ۱۳۷۷).

در یک مطالعه وسیع که توسط پولوما و مؤسسه گالوپ (۱۹۹۱؛ به نقل از کرک پاتریک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹) انجام گرفت، مشاهده شد که نیایش و به خصوص تجربه کردن خداوند در حین نیایش نسبت به دیگر متغیرهای وابسته به دین همبستگی قوی‌تری با چندین متغیر روانشناختی دارد. یک باور اساسی در ادیان توحیدی، اعتقاد به حضور خدا در همه جا است. یعنی بر توان مجاورت و نزدیکی افراد نسبت به خدا تأکید شده و بر اساس این باورها شخص همیشه در مجاورت و نزدیکی به خداست.

مطالعات بسیاری حاکی از این است که افراد مبتلا به مشکلات جسمانی و مصیبت دیدگان و خلاصه افراد تحت فشار روانی، تنیدگی و تهدید، بیشتر به خداوند پناه می‌برند و تصور این مسأله که خداوند در هر لحظه و در هر جا بر همه چیز آگاه است، می‌تواند مطمئن‌ترین پایگاه ایمن را فراهم کند. افراد در زمان بروز بحران خداوند را به عنوان پناهگاهی مطمئن می‌دانند (بالبی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ کرک پاتریک، ۱۹۹۹؛ به نقل از روات<sup>۴</sup> و کرک پاتریک، ۲۰۰۲).

1- Taylor

2- Kirkpatrick

3- Bowlby

4- Rowatt, w.c.

نتایج حاصل از مطالعات مقطعی گزارش داد که بیماران به صورت انفعالی پژوهش به سوی خدا نمی‌روند بلکه در یک جستجوی کاملاً فعال برای دستیابی به معنای وجودی بیماری‌شان قرار می‌گیرند و سعی در ایجاد رابطه درخواست کننده و طلب کننده (از طریق دعا، نماز و عمل کردن صادقانه به فرامین خداوند) از خداوند دارند (جنکینز و پاراگمنت، ۱۹۸۸؛ به نقل از جنکینز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲).

این مطالعات نشان داد که اعتقادات قومی مذهبی با کاهش یافتن سطوح درد، اضطراب، خشونت، انزواطلبی و با سطح بالای رضایت از زندگی رابطه دارد (به نقل از جنکینز، ۱۹۹۲). جانسون، ویلیامز و بروملی<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) تحقیقی در زمینه تأثیر مذهب در تندرستی و امید شفا بر روی ۵۸۶ بیمار انجام دادند به این نتیجه رسیدند که امید بهبودی بیشتر یک تجربه است تا یک نتیجه شناخته شده بالینی. ۱۲٪ بیماران اظهار داشتند که در نتیجه دعا یا عوامل دینی-الهی بهبود یافته‌اند که در این میان بیشتر بیماری‌های کم‌درد، سرطان و مشکلات هیجانی بود که بیماران بهبودی خود را به عوامل ربوبی مربوط می‌دانستند. اعتقاد به دعا در بین سیاهان، بیماران بین سنین ۵۰-۶۴ سال به خصوص خانم‌ها، طبقه با تحصیلات پایین و سطح درآمد کمتر، آنهایی که هفته‌ای یک بار به کلیسا می‌رفتند و آنهایی که زمانی طولانی در بستر بیماری بوده‌اند بیشتر دیده می‌شود (به نقل از احمدیان، ۱۳۷۷).

داشتن این اعتقاد که خداوند وجود دارد و اوست که شرایط را تحت کنترل دارد، همچنین عبارت «آن را به خدا واگذار کن» می‌تواند تأثیر شرایط استرس‌زای غیر قابل کنترل را بر روی فرد خنثی کند و در نتیجه حداقل مسبب یک آرامش روانی موقت گردد (تیلور، کتر، ۱۹۸۸؛ کونینگ و موبرک، ۱۹۸۸؛ به نقل از کونینگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲).

1- Jenkins

2- Johnson, Brumley & Williams

3- Taylor, Chatter, Koenig, Moberg

بوری سنکو<sup>۱</sup> (۱۹۹۵؛ تمدن ۱۳۷۵) در پژوهشی به بررسی ارتباط احساس گناه ناسالم و سلامت روان پرداخت، دریافت افراد دارای احساس گناه ناسالم از هر کاری که انجام می‌دهند ناخشنود هستند زیرا معتقدند در هر حال بهتر از آن را می‌توانستند انجام دهند. کمال‌جویی موجب می‌شد که از خطر کردن دوری کنند و همین امر خلاقیت را در آنها از بین می‌برد و آنها را به صورت افرادی مرموز که همیشه حالت تدافعی دارند و در مورد خود بسیار باریک‌بین و جدی هستند، در می‌آورد. آنها تمام مدت در حال مقایسه خود با دیگران هستند. همواره ترس دارند که مبادا بالاتر یا پایین‌تر باشند، در مقابل انتقاد بسیار آسیب‌پذیرند. اغلب عصبانی هستند چون هرگز نمی‌توانند خود یا دیگران را ببخشند. همواره اسیر گناه یا رنجش هستند و نهایت سعی‌شان این است که هیچانات درونی‌شان را در پس لبخندی بیوشانند ولی جسم‌شان را به صورت زمینی مناسب برای رویش ناراحتی‌های ناشی از فشار عصبی درآورند و آنها را به بیماری‌هایی نظیر فشار خون بالا، میگرن، دردهای روده‌ای و معده‌ای و سایر بیماری‌های مزمن مبتلا می‌کنند.

پژوهش‌هایی که به مطالعه رابطه شرم و گناه با افسردگی پرداخته‌اند نیز نشان می‌دهند که شرم با افسردگی رابطه‌ای مثبت و با گناه رابطه‌ای ندارد (مثبت غیرمعنادار) (تانگنی و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از مان<sup>۲</sup> ۲۰۰۴). در ضمن تانگنی و درینگ (۲۰۰۲) نشان دادند که بین مستعد بودن به شرم با سبک اسناد افسردگی را در مورد رویدادهای منفی ارتباط مثبت وجود دارد ولی بین سبک اسناد افسردگی‌زا و مستعد بودن به گناه هماهنگی وجود نداشت.

مطالعه وین و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) نیز نشان‌دهنده رابطه مثبت برونی‌سازی با شاخص‌های آسیب‌شناختی روان مثل بدن‌سازی، وسواس فکری- عملی، اضطراب، افسردگی و حساسیت به روابط بین فردی است.

1- Sinko, B.

2- Mann, M.P.

3- Woien, S.L.; et al

در ایران نیز البرزی و سامانی (۱۳۸۰) تأثیر میزان اعتقادات مذهبی بر اضطراب و افسردگی و فشار روانی نوجوانان را مورد بررسی قرار دادند به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که با افزایش میزان نگرش مذهبی میزان افسردگی در نوجوانان کاهش می‌یابد که این موضوع نشانگر میزان اهمیت اعتقادات مذهبی در حفظ بهداشت روانی است.

سرگزار، بهدانی و قربانی (۱۳۸۰) در پژوهشی دریافتند که میزان فعالیت مذهبی و وقت صرف شده جهت آن می‌تواند میزان افسردگی، اضطراب و احتمال سوء مصرف مواد را کاهش دهد.

ندایی (۱۳۸۰) در مطالعه‌ای که بر روی بیماران سرطانی انجام داد دریافت که بالاترین میانگین شاخص که از اجرای آزمون SCL-90R بدست آمد در گروه عادی و بیمار مربوط به شاخص افسردگی است که این شاخص در بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از گروه عادی بود.

ضرابیها (۱۳۸۲) در پژوهشی که به بررسی رابطه احساس گناه مرضی و غیر مرضی، نگرش مرضی و سلامت روانی در گروه سالم و بیمار پرداخت دریافت، احساس گناه مرضی با کل اختلالات (نمره کل پرسشنامه GHQ) ارتباط معناداری دارد. همچنین دریافت با وجود نگرش مذهبی در افراد احتمالاً احساس گناه در آنها هست. احساس گناهی که آنها را رو به رشد می‌برد اما تربیت و آموزش‌های دینی غلط می‌تواند احساس گناه مرضی ایجاد کند که باعث از بین رفتن سلامت روانی هم خواهد شد.

خاکساری (۱۳۸۵) رابطه تصور از خدا، عزت نفس و سلامت روانی را در دانش‌آموزان شهرستان میناب مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش وی بیانگر ارتباط معنادار بین تصور از خدا (مثبت و منفی) و سلامت روان بود. همچنین بین دو متغیر تصور از خدا و عزت نفس همبستگی معنادار مشاهده شد. به طور کلی نتیجه این پژوهش حاکی از آن است که با افزایش تصور مثبت از خدا سلامت روانی و عزت نفس آزمودنی‌ها افزایش می‌یابد و بالعکس.

## جمع‌بندی

افرادی که از ابتلای به بیماری‌های مزمنی همچون سرطان در رنجند با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو هستند. از دست دادن کنترل، احساس درماندگی و بیچارگی در زمینه‌های اقتصادی- اجتماعی و شخصی، ترس از دست دادن زیبایی، ترس از درد و نقص عضو و در نهایت جدایی از کسانی که دوستشان دارند چه واقعی و چه ذهنی موجب احساس پوچی ناشی از تنهایی و ترس از ترک دیگران می‌گردد. اگر چه بیمار شاید در یک زمان خاص بر انواع هیجانات تفوق داشته باشد. لیکن پاسخ‌های عصبانیت، انکار، انزوا، افسردگی، احساس گناه و ناامیدی به طور شایع ملاحظه می‌گردد (هاریسون، ۱۳۷۳).

در این میان میزان پذیرش سرطان از سوی فرد بر نتایج درمان و روند بیماری مؤثر است (به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴).

اعتقادات، معیارها، ارزش‌ها و انتظارات فرهنگی بدون شک مفاهیم و علل بیماری، سبک تعاملات پزشک و بیمار، میزان اطلاعات پیشنهاد شده به بیمار و مکانیسم‌های مقابله‌ای مورد استفاده آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدیهی است که نگرش فرد نسبت به بیماری و مرگ سهم شایانی در این زمینه دارد. قائمی (۱۳۶۶) اظهار می‌دارد که نگرش و ایمان به خداوند تا حدودی مسئله بیماری و مرگ را آسان‌تر خواهد نمود.

بر این اساس یکی از عواملی که نگرش و ایمان افراد به خداوند را متأثر می‌سازد، نوع تصویری است که افراد از خدای خود دارند و بسیاری از پاسخ‌های آنها به رویدادهای مختلف زندگی تحت‌الشعاع این تصور قرار می‌گیرد. با توجه به تحقیقات انجام شده افرادی که خدای خود را به صورت منبعی از خشم و قهر و انتقام می‌شناسند خود را گناهکاری محکوم و قابل مجازات تصور می‌کنند و هرگز نتایج مثبتی از ارتباط با خدا نصیب‌شان نشده و در ورطه ناامیدی و افسردگی غوطه‌ور خواهند شد، روز به روز از سلامتی فاصله می‌گیرند. در مقابل کسانی که خداوند را رحمن و رحیم و دوست خود می‌بینند هرگز در مصائب و مشکلات زندگی

اظهار عجز و ناتوانی نکرده و خداوند را اولین حامی خود می‌دانند. این افراد از دشواری‌های زندگی به عنوان راهی برای دست‌یابی به تعالی استفاده کرده و سازگاری بیشتری در برخورد با حوادث از خود نشان می‌دهند در نتیجه از سلامت پایدارتری برخوردار می‌شوند.

با توجه به پژوهش‌های پیشین در زمینه ابعاد روانشناختی وابسته به سرطان و بررسی‌هایی که پژوهشگر پیرامون رابطه احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان انجام داده است، لازم به ذکر می‌باشد پژوهشی که به بررسی متغیرهای مورد نظر به صورت فوق پرداخته باشد، مشاهده نشده است. لذا به نظر می‌رسد که پژوهش حاضر در این بعد گامی جدید و در پی بررسی فرضیاتی در این زمینه می‌باشد.

فرضیات پژوهش

- ۱- افسردگی با احساس گناه مرضی بیماران مبتلا به سرطان همبستگی مثبت دارد.
- ۲- بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با افسردگی بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با احساس گناه مرضی بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با امیدواری بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد.
- ۵- تصور از خدا (مثبت و منفی)، احساس گناه مرضی و امیدواری بیماران سرطانی هر یک سهم تعیین کننده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارند.
- ۶- تصور از خدا (مثبت و منفی)، احساس گناه مرضی و افسردگی بیماران سرطانی هر یک سهم تعیین کننده‌ای در پیش‌بینی امیدواری دارند.



# فصل سوم

## طرح تحقیق

## مقدمه

در این فصل با توجه به موضوع پژوهش بررسی رابطه احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان به توصیف طرح تحقیق می‌پردازیم؛ که در آن جامعه پژوهش، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری، روش جمع‌آوری اطلاعات، ابزار سنجش و روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بحث قرار می‌گیرند.

## روش تحقیق:

روش تحقیق در پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. در تحقیق همبستگی پژوهشگر تلاش می‌نماید که میزان و نوع رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه را روشن و از نتایج حاصل به پاسخ روشنی در مورد فرضیه‌های پژوهش نایل آید. البته وجود رابطه بین متغیرها به این معنی نیست که یک متغیر علت متغیر دیگر است. در آمار همبستگی به رابطه بین دو یا چند متغیر که قابل تبدیل به مقدار هستند اطلاق می‌شود. شاخص آماری که میزان و حدود رابطه متغیرها را نشان می‌دهد، ضریب همبستگی نامیده می‌شود (حسن‌زاده، ۱۳۸۲).

## جامعه پژوهش (آماري)

جامعه آماری در پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش‌های کانسر بیمارستان‌های امام خمینی تهران (مرکز کانسر امام خمینی (ره)) و شفاء اهواز می‌باشند.

## حجم نمونه و روش نمونه‌گیری:

نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش‌های کانسر بیمارستان‌های امام خمینی تهران و شفاء اهواز می‌باشد که از هر بیمارستان ۵۰ نفر (۲۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

علت استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش حاضر این بود که:

- ۱- بیماران می‌بایست نسبت به بیماریشان آگاهی داشته باشد.
- ۲- حتی‌الامکان بیماران متعلق به یک دوره رشد (اوایل بزرگسالی ۵۰-۳۰ سالگی) مورد مطالعه قرار گیرند.
- ۳- به علت نیافتن نمونه کافی با شرایط فوق نمونه حاضر از دو شهر اهواز و تهران انتخاب شدند.

### روش جمع‌آوری اطلاعات:

پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان‌های امام خمینی تهران (بخش کانسر) و شفاء اهواز، مصاحبه‌ی اولیه‌ای با هر بیمار به صورت انفرادی انجام می‌داد و پس از کسب اطمینان از تمایل بیمار برای همکاری با پژوهشگر و داشتن شرایط لازم (آگاهی نسبت به بیماریش، شرایط سنی و وضعیت تحصیلی (حداقل پنجم ابتدایی)) (سؤالات پرسشنامه‌ها برای بیمار خوانده می‌شد و پاسخ مورد نظر بیمار ثبت می‌گردید.

جهت جمع‌آوری اطلاعات انواع سرطان‌ها مورد بررسی قرار گرفتند و نوع خاصی از سرطان مدنظر نبود، زیرا واکنش بیمار نسبت به بیماریش مدنظر بود نه نوع بیماری.

### ابزارهای سنجش، پایایی و روایی:

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

- ۱- پرسشنامه احساس گناه
- ۲- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (BDI)
- ۳- پرسشنامه تصور از خدا<sup>۲</sup> (RSI)
- ۴- پرسشنامه امیدواری

<sup>۱</sup>- Beck Depression Inventory

<sup>۲</sup>- Religious Status Inventory

## ۱- پرسشنامه احساس گناه:

پرسشنامه احساس گناه، پرسشنامه محقق ساخته‌ای است که توسط ضرابیها و خسروی (۱۳۸۲)، تدوین و اعتباریابی شده است. اجرای اولیه این تست توسط ضرابیها (۱۳۸۲) بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام و سپس به بررسی‌های آن پرداخته شده است.

## پایایی:

برای بخش پایایی یک تست اگر خصیص مورد سنجش را با همان تست یا تست مشابه و قابل مقایسه با آن بسنجیم، نتایج حاصل باید مشابه، دقیق و قابل اعتماد باشد. یک تست معتبر آن است که دارای ویژگی تکرارپذیری<sup>۱</sup> و بازتولیدپذیری<sup>۲</sup> باشد، یعنی بتوان آن را در موارد متعدد به کار برد و در همه موارد نتایج یکسان تولید کند (هومن، ۱۳۷۳).

روایی<sup>۳</sup>:

مقصود از روایی این است که تست بتواند خصیصه مورد نظر را اندازه‌گیری کند. حصول اعتبار یک تست تا حد زیادی یک امر فنی است اما روایی فراتر از فن است و در ذات و جوهر اصلی علم قرار دارد.

روایی درونی به شرایط کنترل شده مطالعه و نه نتایج حاصل از آن برمی‌گردد. در حقیقت هر چیزی که در کنترل طرح پژوهش اثر داشته باشد مسأله روایی درونی است. روایی برونی این است که بتوان نتایج پژوهش را تعمیم داد، روایی برونی این امکان را فراهم می‌آورد که پیامدهای پژوهشی را در محدوده روش‌های به کار رفته تعمیم داد. (هومن، ۱۳۷۳).

<sup>۱</sup>- Repeatability  
<sup>۲</sup>- Reproducibility  
<sup>۳</sup>- Validity

در پژوهش ضرابیها (۱۳۸۲) نتیجه پیوستگی درونی سؤالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و بصورت زیر گزارش شد:

تعداد ۱۳ سؤال احساس گناه غیر مرضی را می‌سنجیدند که با حدود ۴۰ نفر آلفای کرونباخ ۰/۷۱ یعنی ۷۱٪ به دست آمد.

تعداد ۲۵ سؤال هم احساس گناه مرضی را می‌سنجیدند که با حدود ۴۰ نفر آزمودنی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ یا ۹۰٪ بدست آمد.

در پژوهش حاضر، پرسشنامه فوق مورد اعتباریابی مجدد واقع شد که ضریب آلفای کرونباخ سؤالات احساس گناه مرضی در ۳۸ نفر آزمودنی ۰/۸۹ بدست آمد و ضریب آلفای کرونباخ سؤالات احساس گناه غیر مرضی این پژوهش ۰/۵۸ بدست آمد.  
پرسشنامه دارای ۲ نمره است:

۱- نمره احساس گناه مرضی بین ۱۱ تا ۵۵ متغیر است. ۵۵ حداکثر نمره و کاملاً مرضی است.

۲- نمره احساس گناه غیرمرضی بین ۲۴ تا ۱۱۵ متغیر است. ۲۴ حداقل نمره و وضعیت کاملاً قابل قبول است.

این قسمت براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای در دو طیف کاملاً موافق و کاملاً مخالف تنظیم و نمره‌گذاری می‌شود.

## ۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI):

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک<sup>۱</sup>، وارد<sup>۲</sup>، مندلسون<sup>۳</sup>، ماک<sup>۴</sup> و ارباف<sup>۵</sup> معرفی شد در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت.

BDI برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به صورت گسترده‌ای به کار رفته است (هم برای بیماران روانپزشکی و هم برای افسردگی افراد بهنجار)، ماده‌های موجود در BDI در اصل از مشاهده و خلاصه کردن نگرش‌ها و نشانه‌های بیماری نوعی نزد بیماران روانپزشکی افسرده به دست آمده است که روی هم ۲۱ نشانه در آن گنجانیده شده است، از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شد که شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس صفر تا ۳ درجه-بندی کنند، پرسش‌های نوعی آن به حوزه‌هایی مانند احساس شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و فقدان اشتها مربوط است. پرسشنامه خودآزماء<sup>۶</sup> است و تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد (مارنات، ۱۳۷۹).

هدف این پرسشنامه سنجش کمی شدت افسردگی است و به عنوان یک وسیله تشخیصی عمل نمی‌کند. علائم افسردگی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود، عبارتند از علائم هیجانی و عاطفی، انگیزشی، شناختی، جسمی و نباتی. مواردی را که پرسش‌های این آزمون شامل می‌شوند عبارتند از: خلق، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، احساس مستوجب تنبیه بودن، بی‌زاری از خود، خود مقصربینی، امیال خودتنبیهی، دوره‌های گریه، تحریک‌پذیری، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، تصویر بدن، وقفه در کار، اختلال خواب، خستگی، اشتها، وزن، اشتغال فکر درباره وضعیت جسمانی و میل جنسی. هر پرسش

<sup>۱</sup>- Beck  
<sup>۲</sup>- Ward  
<sup>۳</sup>- Mendelson  
<sup>۴</sup>- Mock  
<sup>۵</sup>- Erbaugh  
<sup>۶</sup>- Self-Administered

دارای ۴ گزینه برای پاسخ کلامی با نمره‌های ۰ تا ۳ برای هر کدام است ( صفر نشان‌دهنده عدم افسردگی و ۳ نشان‌دهنده بیشترین میزان افسردگی است) (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴).

برای فهمیدن کامل معنای ماده‌ها خواندن در سطح کلاس پنجم تا ششم مورد نیاز است. دامنه تغییر نمره‌ها به طور نظری از ۰ تا ۶۳ است. در بین جمعیت‌های بالینی، عدم افسردگی یا حداقل افسردگی با نمره کمتر از ۱۰ مشخص می‌شود، شاخص افسردگی خفیف تا متوسط از ۱۰ تا ۱۸ است، دامنه تغییر نمره‌های افسردگی متوسط تا شدید بین ۱۹ تا ۲۹ است و افسردگی شدید با نمره ۳۰ تا ۶۳ مشخص می‌گردد (مارنات، ۱۳۷۹).

مرکز شناخت درمانی، تقسیم‌بندی زیر را برای بیماران که تشخیص آنها اختلالات خلق است مطرح نموده است. (موتابی، ۱۳۷۳):

عدم وجود افسردگی یا حداقل افسردگی ۰-۱۰، افسردگی خفیف تا متوسط ۱۱-۱۷، افسردگی متوسط ۱۸-۲۹ و افسردگی شدید ۳۰-۶۳.

برنز (۱۹۸۰) تقسیم‌بندی دیگری از نمرات این قسمت را به صورت زیر ارائه داده است (پترسون، ۱۹۹۸؛ به نقل از موتابی، ۱۳۷۳).

نرمال ۰-۱۰، افسردگی خفیف ۱۱-۱۶، افسردگی مرزی ۱۷-۲۰، افسردگی متوسط ۲۰-۳۰، افسردگی شدید ۳۱-۴۰ و افسردگی بسیار شدید ۴۱-۶۳.

نقطه برش ۱۳ برای سرند کردن و ۲۱ برای تحقیقات بالینی به کار رفته ولی نقطه برش در جهت طبیعی در دامنه ۹-۷ می‌باشد (موتابی، ۱۳۷۳).

## اعتبار و روایی آزمون:

BDI از هنگام تدوین، یعنی حدود ۳۰ سال گذشته تا کنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب بدست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (مارنات، ۱۳۷۹).

بررسی پایایی آن نشان داده است که درجه همسانی درونی آن بالاست. به این ترتیب که نمره‌های هر پرسش با نمره کلی بدست آمده همبستگی بالا دارد و همواره درجه بالایی از پایایی برای دو نیمه آن بدست آمده است. اعتبار یا بازآزمایی آن به طور مستقیم و غیر مستقیم مورد بررسی قرار گرفته و دامنه همبستگی‌های بازآزمایی در فواصل چند ساعت تا ۴ ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. (لیندزی و پاول، ۱۹۹۴).

بک (۱۹۷۲)، اعتبار آزمون را با روش اسپیرمن- براون ۰/۹۳ گزارش نموده است.

بررسی روایی توسط بک نشان داده است که میانگین نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک با افزایش درجه‌بندی‌های متخصص بالینی همبستگی معنادار بدست آمده است (در دو بررسی جداگانه ۰/۶۵+ و ۰/۶۷+).

بررسی‌های مستقل روایی‌یابی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی را میان پرسشنامه افسردگی بک و سایر مقیاس‌های افسردگی به دست آوردند (همان منبع).

در ایران نیز پورشه‌باز (۱۳۷۲)، آزمون افسردگی بک را در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داده است. ضریب همبستگی نمرات دو بخش با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۸۶ و ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵ بود. پایایی تنصیف مقیاس با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن- براون ۰/۸۱ بود (به نقل از موتابی).

در پژوهش حاضر، پرسشنامه‌ی فوق مورد اعتباریابی واقع شد و ضریب آلفای کرونباخ

۰/۸۷ بدست آمد.



## شیوه اجرا و نمره‌گذاری:

برای اجرای این تست از آزمودنی خواسته می‌شود تا مقوله‌ها و گزینه‌های هر مقوله را به ترتیب و با دقت بخواند، سپس از هر مقوله، گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌کند، سپس دور عدد مقابل آن گزینه یک دایره بکشد. برای محاسبه نتایج، روانشناس یا روانپزشک باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است با یکدیگر جمع کند، از آنجا که در هر مقوله بالاترین نمره ۳ است و تعداد ماده‌ها ۲۱، بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۶۳ خواهد بود (مهرایی‌زاده هنرمند، ۱۳۷۵).

## ۳- پرسشنامه تصور از خدا (RSI):

به منظور بررسی نوع تصور از خدا، آیتم‌هایی که مربوط به خداوند بوده از پرسشنامه وضعیت مذهبی (RSI)<sup>۱</sup> اقتباس و به کار گرفته شده است. (گرنیوی، ۲۰۰۳).

این آزمون شامل ۲۷ سؤال و سه خرده آزمون، حضور خدا در زندگی<sup>۲</sup> (سؤالات ۱ تا ۱۱)، مراقبت خداوند<sup>۳</sup> (سؤالات ۱۲ تا ۲۱) و تصور منفی از خداوند<sup>۴</sup> (سؤالات ۲۲ تا ۲۷)، می‌باشد. خرده آزمون‌های حضور خدا در زندگی و مراقبت خداوند با هم ترکیب شده و مقیاس تصور مثبت از خدا<sup>۵</sup> را تشکیل داده‌اند. بنابراین در نهایت پرسشنامه از دو مقیاس اصلی تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا تشکیل شده است. در این پژوهش از مقیاس تصور از خدا ترجمه خسروی (۱۳۸۴) استفاده شده است.

## شیوه اجرا و نمره‌گذاری آزمون:

برای اجرای این تست از آزمودنی خواسته می‌شود تا سؤالات پرسشنامه را خوانده و گزینه مورد نظر خود را انتخاب نماید.

<sup>۱</sup>- Religious Status Inventory

<sup>۲</sup>- God In Life

<sup>۳</sup>- God Care

<sup>۴</sup>- Negative Image of God

<sup>۵</sup>- Positive Image of God

نمره‌گذاری این تست به شیوه لیکرت است به این ترتیب که سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱ از سمت راست از ۱ تا ۵ و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

### اعتبار و پایایی آزمون:

کلاین (۱۹۹۳) پایایی درونی سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خدا را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ بدست آورده و آن را نشانه پایایی درونی خوب این آزمون می‌داند.

خاکساری (۱۳۸۵) در پژوهش خود پایایی آزمون فوق را با استفاده از آلفای کرونباخ در مورد عامل حضور خدا در زندگی ۰/۶۰، مراقبت خداوند ۰/۶۴، تصور مثبت از خدا ۰/۶۱ و تصور منفی از خدا ۰/۵۸ بدست آورد. در ضمن همبستگی عامل حضور خدا در زندگی و مراقبت از خداوند (زیر مقیاس‌های تصور مثبت از خدا) با تصور مثبت از خدا به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۲ بدست آمد.

در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون محاسبه گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در عامل حضور خدا در زندگی ۰/۷۷، مراقبت خداوند ۰/۸۹، تصور مثبت از خدا ۰/۸۶ و تصور منفی از خدا ۰/۵۷ بدست آمد.

### ۴- پرسشنامه امیدواری:

به منظور بررسی امیدواری، پرسشنامه‌ای بر اساس مقیاس‌های موجود توسط خسروی (۱۳۸۴) تهیه و تدوین شده و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. آزمون شامل ۴ سؤال می‌باشد که براساس مقیاس لیکرت تهیه و تنظیم شده است.

### شیوه اجرا و نمره‌گذاری آزمون:

برای اجرای این آزمون از آزمودنی درخواست می‌شود تا سؤالات پرسشنامه را خوانده و گزینه مورد نظر خود را انتخاب نماید.

نمره‌گذاری این تست به شیوه لیکرت است که از سمت راست از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شود یعنی گزینه کاملاً موافق نمره ۵ و گزینه کاملاً مخالف نمره ۱ می‌گیرد. جهت سنجش پایایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که ۰/۹۴ بدست آمد. همچنین جهت محاسبه روایی آزمون از روایی صوری با نظر متخصصین فن استفاده شده است.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در پژوهش حاضر جهت تنظیم و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی، رگرسیون و t مستقل) استفاده شده است.

# فصل چهارم

## یافته‌های پژوهش

### مقدمه

در این فصل از راه آزمون‌های آماری به تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده می‌پردازیم. ابتدا به وسیله آمار توصیفی به معرفی داده‌ها، و برای توصیف شفاف‌تر داده‌ها از بسامد نمادهای آماری (جداول فراوانی) استفاده می‌گردد؛ و سپس بوسیله‌ی آمار استنباطی به پردازش و آزمون فرضیه‌ها خواهیم پرداخت. از آنجا که داده‌ها در سطح فاصله‌ای هستند از آزمون‌های آماری پارامتریک (آزمون  $t$  مستقل، همبستگی و تحلیل رگرسیون) استفاده خواهد شد.

الف) اطلاعات توصیفی پژوهش

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد وضعیت تحصیلی آزمودنی‌ها

فراوانی تجمعی	فراوانی درصدی	فراوانی	شاخص‌های آماری وضعیت تحصیلی
۵۹	۵۹	۵۹	پایین‌تر از دیپلم
۹۶	۳۷	۳۷	دیپلم
۱۰۰	۴	۴	بالتر از دیپلم
	۱۰۰	۱۰۰	کل

جدول بالا فراوانی، فراوانی درصدی و فراوانی تجمعی وضعیت تحصیلی آزمودنی‌ها را در مقاطع مختلف تحصیلی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی متعلق به مقطع پایین‌تر از دیپلم و کمترین فراوانی در مقطع بالاتر از دیپلم است.

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی جنسیت آزمودنی‌ها

فراوانی تجمعی	فراوانی درصدی	فراوانی	شاخص‌های آماری جنسیت
۵۰	۵۰	۵۰	زن
۱۰۰	۵۰	۵۰	مرد
	۱۰۰	۱۰۰	کل

با توجه به جدول بالا ۵۰ درصد آزمودنی‌ها زن و ۵۰ درصد مرد می‌باشند.

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها

فراوانی تجمعی	فراوانی درصدی	فراوانی	شاخص آماری / وضعیت تأهل
۲۷	۲۷	۲۷	مجرد
۱۰۰	۷۳	۷۳	متأهل
—	۱۰۰	۱۰۰	کل

با توجه به جدول بالا ۲۷ درصد آزمودنی‌ها مجرد و ۷۳ درصد متأهل می‌باشند.

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی شهرها

فراوانی تجمعی	درصد	فراوانی	شاخص آماری / شهر
۵۰	۵۰	۵۰	اهواز
۱۰۰	۵۰	۵۰	تهران
—	۱۰۰	۱۰۰	کل

با توجه به جدول بالا ۵۰ درصد آزمودنی‌ها از شهر اهواز و ۵۰ درصد از شهر تهران انتخاب شده-

اند.

جدول ۴-۵: توزیع فراوانی وضعیت سن آزمودنی‌ها

انحراف استاندارد	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	تعداد	شاخص آماری / سن
۵/۹۹	۳۸/۸۴	۵۰	۳۰	۱۰۰	

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود حداقل سن آزمودنی‌ها ۳۰ سال و حداکثر ۵۰ سال

می‌باشد.

(ب) اطلاعات استنباطی پژوهش:

در این قسمت به آزمون فرضیه‌های پژوهشی پرداخته می‌شود. از راه ضریب همبستگی میزان و شدت رابطه میان متغیرها برآورده شده، از راه ضریب رگرسیون سهم پیش‌بینی‌کنندگی آنها بررسی می‌شود و از آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت میان گروه‌های گوناگون استفاده می‌شود.



جدول ۴-۶: ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای احساس گناه (سالم و مرضی)،

افسردگی، تصور از خدا (نوع تصور از خدا) و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان.

شاخص آماری متغیرها	افسردگی	احساس گناه سالم	احساس گناه مرضی	تصور مثبت از خدا	تصور منفی از خدا	مراقبت خداوند	حضور خدا در زندگی	امیدواری
افسردگی	۱	۰/۳۰	۰/۵۳۸**	۰/۱۷۲	۰/۲۳۱*	۰/۱۴۶	۰/۱۵۰	-۰/۱۹۴
احساس گناه سالم	—	۱	-۰/۱۷۶	۰/۱۲۴	-۰/۰۵۱	۰/۰۶۵	۰/۱۶۱	۰/۰۰۵
احساس گناه مرضی	—	—	۱	-۰/۲۲۴*	۰/۵۱۹**	-۰/۱۷۷	-۰/۲۱۳*	-۰/۱۷۸
تصور مثبت از خدا	—	—	—	۱	-۰/۳۹۶**	۰/۱۹۶**	۰/۱۸۰۸**	۰/۳۰۴**
تصور منفی از خدا	—	—	—	—	۱	-۰/۲۶۲**	-۰/۴۴۴**	-۰/۳۳۴**
مراقبت خداوند	—	—	—	—	—	۱	۰/۴۶۲**	۰/۲۸۳**
حضور خدا در زندگی	—	—	—	—	—	—	۱	۰/۲۳۲*
امیدواری	—	—	—	—	—	—	—	۱

$N = 100$

\*\* $(p = 0/01)$

\* $(p = 0/05)$

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۴-۶ ضریب همبستگی بین متغیرهای افسردگی و احساس

گناه سالم  $r = 0/30$  می باشد که رابطه معنادار وجود ندارد.

ضریب همبستگی بین متغیرهای افسردگی و احساس گناه مرضی  $r = 0/538$  می باشد که در

سطح  $0/01$  معنادار است. به این ترتیب با افزایش افسردگی، احساس گناه مرضی آزمودنی افزایش

می‌یابد. ضریب همبستگی بین افسردگی و تصور مثبت از خدا  $r = 0/172$  می‌باشد که رابطه معنادار نیست.

ضریب همبستگی بین افسردگی و تصور منفی از خدا  $r = 0/231$  می‌باشد که در سطح  $0/05$  معنادار است بر این اساس با افزایش تصور منفی از خدا، افسردگی افزایش می‌یابد.

ضریب همبستگی بین افسردگی و امیدواری  $r = -0/194$  می‌باشد که معنادار نیست. ضریب همبستگی بین احساس گناه سالم و تصور مثبت از خدا  $r = 0/124$  می‌باشد. رابطه وجود دارد اما معنادار نیست. ضریب همبستگی بین احساس گناه سالم و تصور منفی از خدا  $r = -0/051$  می‌باشد که رابطه منفی وجود دارد ولی معنادار نیست. ضریب همبستگی بین احساس گناه سالم و امیدواری  $r = 0/005$  می‌باشد.

ضریب همبستگی بین احساس گناه مرضی و تصور مثبت از خدا  $r = -0/224$  می‌باشد که در سطح  $0/05$  معنادار است. بنابراین با افزایش احساس گناه مرضی آزمودنی‌ها، تصور مثبت آنها از خدا کاهش می‌یابد.

ضریب همبستگی بین تصور منفی از خدا و احساس گناه مرضی  $r = 0/519$  می‌باشد که در سطح  $0/01$  معنادار است به این مفهوم که با افزایش تصور منفی از خدا، احساس گناه مرضی افزایش می‌یابد.

ضریب همبستگی بین احساس گناه مرضی و امیدواری  $r = -0/178$  است که رابطه منفی وجود دارد ولی معنادار نیست. ضریب همبستگی بین تصور مثبت از خدا با تصور منفی از خدا  $r = -0/396$  می‌باشد که در سطح  $0/01$  معنادار است به این معنا که با افزایش تصور مثبت از خدا تصور منفی کاهش می‌یابد و بالعکس. ضریب همبستگی بین تصور مثبت نسبت به خدا و امیدواری  $r = 0/304$

می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد به این مفهوم که با افزایش تصور مثبت از خدا امیدواری نیز افزایش می‌یابد.

ضریب همبستگی بین تصور منفی نسبت به خدا و امیدواری  $r = -0/334$  می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است؛ یعنی با افزایش تصور منفی نسبت به خدا، امیدواری کاهش می‌یابد و بالعکس.

جدول ۴-۷: نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس مربوط به پیش‌بینی امیدواری از روی

نوع تصور از خدا (تصور منفی از خدا و مراقبت خدا).

گام	متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اول	امیدواری	تصور منفی از خدا	رگرسیون	۱	۸۵/۸۸۸	۱۲/۲۹۲	۰/۰۰۱
			باقیمانده	۹۸	۶۸۴/۷۵۲		
			مجموع	۹۸	۷۷۰/۶۴۰		
دوم	امیدواری	تصور منفی از خدا و مراقبت خداوند	رگرسیون	۲	۵۸/۸۴۳	۸/۷۴۱	۰/۰۰۰
			باقیمانده	۹۷	۶۵۲/۹۵۴		
			مجموع	۹۹	۷۷۰/۶۴۰		

همانگونه که در جدول ۴-۷ مشاهده می‌شود که هنگامی که در گام دوم هر دو متغیر تصور منفی از خدا و مراقبت خداوند در رگرسیون وارد شده‌اند  $f$  بدست آمده در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است و می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که تصور منفی از خدا و مراقبت خداوند می‌توانند امیدواری افراد را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴-۸: نتایج بدست آمده از ضریب مربوط به رگرسیون امیدواری از روی نوع تصور از خدا (تصور از خدا و مراقبت خداوند).

سطح معناداری	مقدار t	ضریب استاندارد شده Beta	ضرایب استاندارد نشده		متغیر مستقل	متغیر وابسته	گام
			خطای استاندارد	B			
۰/۰۰۰	۱۶/۷۶	—	۱/۳۰	۲۱/۹۳	مقدار ثابت	امیدواری	گام اول
۰/۰۰۱	-۳/۵۰	-۰/۳۳۴	۰/۱۰۳	-۰/۳۶۱	تصور منفی از خدا		
۰/۰۰۰	۵/۵۵	—	۲/۹۲	۱۶/۲۲	مقدار ثابت	امیدواری	گام دوم
۰/۰۰۵	-۲/۸۷	-۰/۲۷۹	۰/۱۰۵	-۰/۳۰۱	تصور منفی از خدا		

بر پایه نتایج واریانس و شاخص آماری رگرسیون گام به گام، مقدار t بدست آمده بین امیدواری و

نوع تصور از خدا در جدول ۴-۸ معنادار می‌باشد.

جدول ۴-۹: نتایج بدست آمده از ضرایب همبستگی متغیرهای امیدواری، احساس گناه

مرضی، افسردگی و نوع تصور از خدا در گام اول و دوم.

گام‌ها	متغیر وابسته	متغیر مستقل	همبستگی $R^2$	ضریب تعیین $R^2$	$R^2$ اصلاح شده	انحراف استاندارد خطای تخمین
گام اول	امیدواری	تصور منفی از خدا	۰/۳۳۴	۰/۱۱۱	۰/۱۰۲	۲/۶۴
گام دوم	امیدواری	تصور منفی از خدا مراقبت خداوند	۰/۳۹۱	۰/۱۵۳	۰/۱۳۵	۲/۵۹

همانگونه که در جدول ۴-۹ ملاحظه می‌شود همبستگی بین امیدواری و تصور منفی از خدا

۰/۳۳۴ بوده است و همبستگی بین امیدواری با تصور منفی از خدا و مراقبت خداوند ۰/۳۹۱ بوده

است. همچنین جدول بالا نشان می‌دهد که ۰/۱۱۱ واریانس در پیش‌بینی امیدواری به تصور منفی از

خدا در گام اول و ۰/۱۵۳ به تصور منفی و مراقبت خداوند در گام دوم اختصاص دارند.

جدول ۴-۱۰: نتایج بدست آمده از تحلیل واریانس مربوط به پیش‌بینی افسردگی از روی

احساس گناه مرضی

گام	متغیر وابسته	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اول	افسردگی	احساس	رگرسیون ۲۸۱۳/۴۹۷	۱	۲۸۱۳/۴۹۷	۳۹/۹۱۱	۰/۰۰۰
		گناه	باقیمانده ۶۹۰۸/۴۶	۹۸	۷۰/۴۹۵		
		مرضی	مجموع ۹۷۲۱/۶۹	۹۹	—		

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود متغیر احساس گناه مرضی در گام اول شاخص آماری

رگرسیون وارد شده است و مقدار F بدست آمده در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است و می‌توان نتیجه

گرفت که احساس گناه مرضی می‌تواند پیش‌بینی کننده افسردگی باشد.

جدول ۴-۱۱: نتایج بدست آمده از ضریب مربوط به رگرسیون افسردگی از روی احساس گناه

مرضی

سطح معناداری	مقدار t	ضریب استاندارد شده Beta	ضرایب استاندارد نشده		متغیر مستقل	متغیر وابسته	گام
			خطای استاندارد	B			
۰/۳۹	-۲/۰۹۲	—	۳/۴۶	-۷/۲۴۶	مقدار ثابت	افسردگی	گام اول
۰/۰۰۰	۶/۳۱۸	۰/۵۳۸	۰/۷۰	۰/۴۴۳	احساس گناه مرضی		

براساس نتایج جدول واریانس و شاخص آماری رگرسیون گام به گام مقدار t بدست آمده بین افسردگی و احساس گناه مرضی، در جدول ۴-۱۱ معنی دار می باشد.

جدول ۴-۱۲: نتایج بدست آمده از ضرایب همبستگی متغیرهای افسردگی، احساس

گناه مرضی، امیدواری و نوع تصور از خدا در گام اول و دوم

انحراف استاندارد خطای تخمین	$R^2$ اصلاح شده	ضریب تعیین $R^2$	همبستگی R	متغیر مستقل	متغیر وابسته	گامها
۸/۳۹	۰/۲۸۲	۰/۲۸۹	۰/۵۳۸	احساس گناه مرضی	افسردگی	گام اول

نتایج جدول بالا نشان می دهد که ۰/۲۸ واریانس در پیش بینی افسردگی به احساس گناه مرضی

اختصاص دارد و بر این اساس احساس گناه مرضی سهم تعیین کننده ای در پیش بینی افسردگی

دارد.

جدول ۴-۱۳: آزمون t مستقل بین آزمودنی‌های زن و مرد در متغیرهای افسردگی،

احساس گناه (سالم و مرضی)، نوع تصور از خدا و امیدواری.

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	مرد			زن			شاخص آماری متغیر
			انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
۰/۷۳	۹۸	-۰/۳۴	۱۰/۷۱	۱۴/۳۲	۵۰	۹/۱۳	۱۳/۶۴	۵۰	افسردگی
۰/۱۵	۹۸	-۱/۴۵	۸/۴۷	۵۱/۰۸	۵۰	۳/۴۸	۴۹/۲۰	۵۰	احساس گناه سالم
۰/۳۴	۹۸	-۰/۹۵	۱۳/۶۶	۴۹/۰۴	۵۰	۱۰/۱۴	۴۶/۷۴	۵۰	احساس گناه مرضی
۰/۶۴	۹۸	۰/۴۵	۸/۱۹	۹۱/۳۲	۵۰	۷/۵۰	۹۲/۰۴	۵۰	تصور مثبت از خدا
۰/۱۹	۹۸	-۱/۳۲	۲/۷۸	۱۲/۰۸	۵۰	۲/۳۴	۱۲/۱۲	۵۰	تصور منفی از خدا
۰/۵۵	۹۸	-۰/۵۹	۵/۰۰	۴۴/۳۰	۵۰	۵/۴۳	۴۳/۶۸	۵۰	مراقبت خداوند
۰/۸	۹۸	۱/۷۲	۳/۹۵	۴۷/۰۲	۵۰	۳/۷۹	۴۸/۳۶	۵۰	حضور خدا در زندگی
۰/۱۳	۹۸	-۱/۵۱	۲/۲۰	۱۷/۸۶	۵۰	۳/۲۴	۱۷/۰۲	۵۰	امیدواری

با توجه به نتایج جدول بالا و مقادیر t بدست آمده بین نمرات دو گروه آزمودنی‌های زن و مرد در

متغیرهای افسردگی، احساس گناه (سالم و مرضی)، تصور مثبت از خدا، تصور منفی از خدا، حضور

خدا در زندگی، مراقبت خداوند و امیدواری تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد.



جدول ۴-۱۴: آزمون t مستقل بین آزمودنی‌های دو شهر اهواز و تهران در متغیرهای افسردگی، احساس گناه، تصور مثبت و منفی از خدا و امیدواری.

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	تهران			اهواز			شاخص آماری متغیر
			انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
۰/۲۲	۹۸	-۱/۲۳	۹/۸۲	۱۵/۲۰	۵۰	۹/۹۳	۱۲/۷۶	۵۰	افسردگی
۰/۳۹	۹۸	-۰/۸۵	۸/۷۰	۵۰/۷۰	۵۰	۳/۰۵	۴۹/۵۸	۵۰	احساس گناه سالم
۰/۰۲۱	۹۸	-۲/۳۳	۹/۹۸	۵۰/۶۴	۵۰	۱۳/۳۰	۴۵/۱۴	۵۰	احساس گناه مرضی
۰/۰۰۱	۹۸	۳/۲۹	۸/۰۶	۸۹/۲۲	۵۰	۶/۸۱	۹۴/۱۴	۵۰	تصور مثبت از خداوند
۰/۰۰۰	۹۸	-۳/۷۹	۲/۵۷	۱۳/۳۸	۵۰	۲/۲۶	۱۱/۵۴	۵۰	تصور منفی از خداوند
۰/۹۴	۹۸	۰/۷۱	۲/۸۸	۱۷/۴۲	۵۰	۲/۷۱	۱۷/۴۶	۵۰	امیدواری
۰/۵۲	۹۸	۱/۹۶	۵/۰۲	۴۲/۹۸	۵۰	۵/۲۳	۴۵/۰۰	۵۰	مراقبت خداوند
۰/۰۰۰	۹۸	۳/۹۷	۳/۹۹	۴۶/۲۴	۵۰	۳/۲۷	۴۹/۱۴	۵۰	حضور خدا در زندگی

با توجه به نتایج جدول بالا و مقادیر t بدست آمده بین نمرات آزمودنی‌های دو شهر تهران و اهواز در چهار عامل احساس گناه مرضی، تصور مثبت از خداوند، تصور منفی از خداوند و حضور خدا در زندگی تفاوت معنادار وجود دارد بر این اساس میانگین نمرات احساس گناه مرضی و تصور منفی از خدا در آزمودنی‌های شهر اهواز پایین‌تر از آزمودنی‌های شهر تهران است و میانگین نمرات تصور مثبت از خدا و حضور خدا در زندگی در آزمودنی‌های شهر اهواز بالاتر از آزمودنی‌های شهر تهران می‌باشد. همچنین براساس نتایج جدول (۴-۱۴) تفاوت معناداری بین عوامل افسردگی، احساس گناه سالم، امیدواری و مراقبت خداوند در دو شهر اهواز و تهران مشاهده نشد.

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## مقدمه

یکی از حوادث مهم زندگی بشر بروز بیماری‌های مزمن است و بیماران مبتلا، با مسائل بسیاری در خصوص سازگاری روبه‌رو هستند، با این حال مراقبت‌های کنونی بهداشتی، به ابعاد روانی بیمار توجه کمتری دارد و بیشتر بر درمان مشکلات جسمی تأکید می‌کند. با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به ناخوشی‌های مزمن نسبت به قبل بیش از پیش با مسائل مربوط به سازگاری مواجه می‌شوند. بیماری مزمن، یک منبع مهم و مستمر استرس در کنار استرس‌های معمول روزانه به شمار می‌رود (یوسفی، به نقل از مداح؛ ۱۳۸۱). سرطان نیز بیماری مزمنی است که منجر به بروز ناتوانی شده، در نهایت موجب تغییر نقش، اختلال در تصویر ذهنی و شیوه زندگی می‌شود و چنانکه در فصول قبل ذکر شد با واکنش‌های روانشناختی متفاوتی همراه است.

افسردگی، احساس گناه، ناامیدی و نگرش منفی نسبت به آینده از جمله مسائل هستند که این بیماران با آنها درگیرند. همچنین نوع نگرش و تصویری که بیماران نسبت به مبدأ خلقت - خداوند متعال - دارند می‌تواند تأثیر بسزایی در رویارویی آنها با این بحران داشته باشد.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد که داشتن تصور مثبت نسبت به آفریدگار می‌تواند انسان را در برابر مشکلات و بحران‌های زندگی مقاوم و امیدوار کند. افرادی که به خداوند ایمان دارند، حتی در مواقعی که حمایت اجتماعی و عاطفی خود را از دست داده‌اند، امید خود را از دست نمی‌دهند؛ ایمان باعث می‌شود که معتقد باشند خداوند هرگز آنها را تنها نخواهد گذاشت. انسان با ایمان نگاه کاملاً متفاوتی به مرگ دارد؛ از نظر چنین فردی مرگ دیگر فنا و نیستی نیست بلکه انتقال از دنیای فانی به جهانی باقی و پایدار است.

تحقیق حاضر با عنوان بررسی رابطه تصور از خدا و احساس گناه مرضی با افسردگی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان، بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان دو شهر اهواز و تهران انجام پذیرفت که از این تعداد ۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد بوده‌اند. هدف از انجام

این تحقیق بررسی رابطه بین تصور از خدا و احساس گناه مرضی با افسردگی و امیدواری بیماران سرطانی بوده است، تا با بررسی این روابط بتوان گامی مثبت در جهت شناسایی تعاملات جسمانی- روانی مرتبط با این بیماری برداشت و به راهکارهای مناسبی جهت مقابله با مسائل همراه با آن نایل آمد.

در فصل چهارم با استفاده از شاخص‌های آماری به توصیف و تجزیه و تحلیل یافته‌های حاصل از پژوهش پرداخته شد.

در این بخش به بحث و بررسی در مورد یافته‌های بدست آمده از پژوهش پرداخته می‌شود و فرضیه‌های تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرند؛ در پایان به ذکر محدودیت‌ها و همچنین ارائه پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده پرداخته می‌شود.

#### یافته‌های مربوط به فرضیات پژوهش

در فرضیه اول رابطه همبستگی مثبت بین افسردگی و احساس گناه مرضی مطرح شده است. طبق این فرضیه با افزایش افسردگی افراد، احساس گناه مرضی آنها نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. این فرضیه از طریق آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۴-۶). نتایج آزمون نشان می‌دهد که بین افسردگی و احساس گناه مرضی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد.

همچنین نتایج آزمون نشان می‌دهد که بین نمره افسردگی و احساس گناه سالم رابطه معناداری وجود ندارد. بدین صورت فرض محقق مورد تأیید قرار گرفت. در اغلب پژوهش‌های مشابه که در این زمینه صورت گرفته، فرضیه مذکور مورد تأیید واقع شده است. تانگنی و همکاران (۱۹۹۲؛ به نقل از مان، ۲۰۰۴) در پژوهشی که بررسی رابطه شرم و گناه با افسردگی پرداختند، دریافتند که شرم با افسردگی رابطه‌ای مثبت و با گناه رابطه‌ای ندارد (مثبت غیر معنادار). همچنین تانگنی و درینگ (۲۰۰۲) نشان دادند که بین مستعد بودن به شرم با سبک اسناد افسردگی‌زا در مورد رویدادهای منفی ارتباط مثبت وجود دارد ولی بین سبک اسناد

افسردگی‌زا و مستعد بودن به گناه (احساس گناه سالم) هماهنگی وجود نداشت. پاراگمنت و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از لین گال، ۲۰۰۰) نیز اذعان کردند که احساس گناه به عنوان راهبرد سازگارانه منفی منجر به تلاش کمتر برای کسب موقعیتی بهتر می‌شد. زالما (۱۹۹۰)، لوتواک و فراری (۱۹۹۶)، تانگنی و فیشر (۱۹۹۵) و لوتواک و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که تجربه مکرر شرم ارتباط نزدیکی با یک سری تجارب رفتاری-شناختی مثل افسردگی، خودتضعیفی، شرمگینی، اضطراب درونی و یک هویت مغشوش و سردرگم پیدا می‌کند.

نتایج بدست آمده بر اساس نظریه‌های فروید، اریکسون-بالبی، سلیگمن و اسناد که شرح-شان در فصل ۲ گذشت قابل تبیین است.

همان گونه که در تحقیقات اشاره شد احساس گناه تقریباً از سنین ۳-۵ سالگی در افراد ایجاد می‌شود. کودک هنوز خوب و بد را نمی‌شناسد. اگر در همین سنین پدر و مادر دائم به او امر و نهی کنند و تذکر دهند که این کار خوب یا بد است، بدون شناخت ملاکی برای خوب و بد، تنها احساس گناه در او شکل می‌گیرد و هر چه والدین سخت‌گیرتر باشند این احساس نیز به فرد سخت‌گیری بیشتری می‌کند. این احساس مرضی است و فرد را در نظر خودش حقیر، ناتوان، گناهکار و مملو از ناپاکی و پلیدی جلوه می‌دهد. احساس بی‌ارزشی، پستی، غیر قابل بخشش بودن و عدم توانایی در جبران اشتباهات واقعی او را به ورطه افسردگی می‌کشاند.

همچنین بر اساس دیدگاه اریکسون در آخرین مرحله رشد روانی-اجتماعی که مرحله شکفتگی و رشدیافتگی در برابر نومیدی است؛ نگاه فرد به گذشته سهم عمده‌ای در احساسات افسردگی، احساس گناه یا امیدواری فرد دارد.

خطری که فرد در این مرحله با آن مواجه می‌شود، تأسف خوردن نسبت به گذشته و ناامیدی است. آن وقت است که ناامیدی موجب ترس از مرگ می‌گردد و فرد خود را سرزنش کرده، دچار افسردگی می‌شود و آرزو می‌کند که کاش فرصت دیگری برای یک زندگی دوباره به او داده می‌شد. (منصور- دادستان، ۱۳۸۱).

فرضیه دوم به بررسی رابطه بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با افسردگی بیماران مبتلا به سرطان می‌پردازد. براساس این فرضیه افرادی که تصورشان از خدا مثبت است از افسردگی کمتری برخوردارند و افرادی که تصورشان از خدا منفی است، افسردگی بالاتری را نشان می‌دهند. این فرضیه از طریق آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۴-۶). نتایج آزمون بیانگر آن است که بین تصور منفی از خدا و افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. به این معنی که هر چه تصور فرد از خدا منفی‌تر باشد افسرده‌تر است. بین تصور مثبت از خدا و افسردگی همبستگی معناداری مشاهده نشد. به این ترتیب فرض محقق مورد تأیید قرار گرفت. فرضیه مذکور با اکثر پژوهش‌های مشابه که در این زمینه صورت گرفته است، همخوان است. پارک و کوهن (۱۹۹۳؛ به نقل از لین گال، ۲۰۰۰) در پژوهش خود دریافتند، افرادی که در طی فرایند بیماری خود خداوند را مهربان و دوست‌داشتنی تصور می‌کردند، سازگاران‌تر عمل می‌کردند؛ در حالی که افرادی که نسبت به خدا خشمگین و ناامید بودند جنبه‌های منفی از جمله انزوا و افسردگی را بیشتر نمایان کرده و سازگاری پایین‌تری را نشان می‌دادند. فرینگ و همکاران (۱۹۹۷) به ارتباطی قوی بین بهبودی بیماران، ارتباط با خداوند و عقاید مذهبی دست یافتند. این محققان دریافتند که ایمان به خداوند، رنج‌های بیماران مبتلا به سرطان را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد و دیدگاه مثبتی نسبت به خود پیدا می‌کنند. آنها همچنین به ارتباط مثبتی میان تمرین‌های مذهبی، ارتباط با خداوند، امیدواری و سطوح پایین اضطراب و افسردگی در میان بیماران سرطانی دست یافتند. یافته‌های پاراگمنت (۱۹۹۷) به نقل از گرینوی (۲۰۰۳) حاکی از آن است که افرادی که خداوند را حمایت‌گر و مراقبت‌کننده تصور می‌کنند در مواقع بحرانی به او تکیه کرده و راهبردهای مثبتی را به کار می‌برند. در مقابل افرادی که سبک‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند؛ درماندگی، ناامیدی و سطح پایین‌تری از سلامت روان را تجربه کرده، تصورشان نسبت به خدا منفی است و خدا را به صورت تنبیه‌گر و مجازات‌کننده تصور می‌کنند.

کلای (۱۹۹۶) بیان کرد، در بسیاری از مطالعات که شامل صدها آزمودنی بوده‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آن دسته از مردم که خداوند را تنبیه‌گر و توبیخ‌کننده می‌دانند، وضعیت بهداشت روانی ضعیف‌تری دارند، چون احساس می‌کنند حمایت عاطفی لازم را از سوی خدا دریافت نمی‌کنند. معمولاً این افراد دچار آشفتگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند. اما آن دسته از مردم که خداوند را مهربان تصور می‌کنند؛ معتقدند خداوند در حل مشکلاتشان به آنها کمک می‌کند و از بهداشت روانی مثبت‌تری برخوردارند.

در تبیین این نتایج می‌توان به نظریه دلبستگی بالبی اشاره کرد. بالبی (۱۹۷۳؛ به نقل از دی روس، میدما و ایدما، ۲۰۰۱) معتقد است که دلبستگی پیوند احساسی یا عاطفی بین دو فرد است. به اعتقاد بالبی کودک الگوهای مؤثر روانی از خود و مراقبانش را در زمینه اولین دلبستگی رشد می‌دهد و این الگوها که بازنمایی ذهنی از خویش و دیگران مهم است، از تجربه‌های متنوع و تعاملات مشاهده شده کودک با مراقبانش نشأت گرفته است. این بازنمایی ذهنی منجر به پدیدآیی ادراکات و رفتارهای معینی در کودک و در محیط و ارتباطات جدیدش می‌شود. به طور مثال فرض می‌شود که در ارتباط فرد با خدا الگوی ذهنی از خدا به طور مشابهی در ارتباطات نزدیک رشد کرده است؛ بنابراین ارتباط دلبستگی ایمن یا نایمن کودک به طور مستقیم پیش‌بینی کنند، تصور از خدا می‌باشد (دی روس و همکاران، ۲۰۰۱). در همین رابطه کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲) اعتقاد دارند کودکانی که ارتباطشان با مراقبانشان خوب نیست، تصور از خدا منفی‌تر، سخت‌گیرتر و کمتر مثبتی دارند در حالی که کودکانی که ارتباطی خوب و بهینه با والدین خود دارند، تصورشان از خدا عاشقانه و آرام‌بخش است. کرک پاتریک و شیور (۱۹۹۲) در مطالعات خود این طور نتیجه گرفتند، افرادی که الگوهای دلبستگی ایمن داشتند سطوح بالاتری از تصور مثبت از خدا را نسبت به کسانی که الگوهای دلبستگی اجتنابی داشتند، نشان می‌دادند. به اعتقاد کرک پاتریک (۱۹۹۹) ارتباط دلبستگی اولیه فرد اساسی برای سازه تصور از خدا و اعتقادات دینی اوست. بالبی معتقد است آسیب‌دیدن

دل‌بستگی اولیه زمینه ایجاد افسردگی را فراهم می‌کند و فقدان‌های دوران بزرگسالی موجب تجدید خاطره فقدان آسیب‌زای کودکی می‌گردند و بروز افسردگی را در بزرگسالی تسریع می‌کند (کاپلان/ رفیعی، ۱۳۸۵). به طور خلاصه دیدگاه دل‌بستگی راه معناداری در فهم اینکه چرا بازنمایی مثبت یا منفی ذهنی از خود و دیگران نقش بااهمیتی را در شکل‌گیری تصورات اشخاص از خدا دارد، نشان می‌دهد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت افرادی که الگوی دل‌بستگی ایمن دارند، تصورشان از خدا مثبت بود و خداوند را مهربان- حمایت‌گر و مراقبت‌کننده تصور می‌کند در نتیجه دچار احساسات منفی همچون افسردگی و ناامیدی نمی‌شوند، در مقابل افرادی که در ارتباط دل‌بستگی اولیه آسیب دیده‌اند، دیدگاه منفی نسبت به خداوند داشته و خداوند را دور از دسترس، طردکننده و تنبیه‌کننده تصور کرده و بیشتر دچار آسیب می‌شوند.

فرضیه سوم به بررسی رابطه بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با احساس گناه مرضی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شده است. براساس این فرضیه افرادی که بیشتر تصور مثبت از خدا را نشان می‌دهند، از احساس گناه مرضی پایین‌تری برخوردارند و کسانی که بیشتر تصور منفی از خدا نشان می‌دهند از احساس گناه مرضی بالاتری برخوردارند. این فرضیه از طریق آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۴-۶). نتایج آزمون حاکی از این است که بین تصور از خدا (مثبت و منفی) و احساس گناه مرضی همبستگی معناداری وجود دارد. به این معنی که هر چقدر فرد بیشتر تصور مثبت از خدا داشته باشد، احساس گناه مرضی کمتری دارد و هر چقدر تصور منفی فرد از خدا بیشتر باشد از احساس گناه مرضی بیشتری برخوردار می‌باشد. بنابراین فرض محقق مورد تأیید قرار می‌گیرد. در اکثر پژوهش‌های مشابه که در این زمینه صورت گرفته است فرضیه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است. پاراگمنت و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از لین گال، ۲۰۰۰) دریافتند که احساس گناه به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای منفی منجر به تلاش کمتر برای دستیابی به موقعیتی بهتر می‌شد. در این مطالعه افرادی که



ارتباط ضعیفی با خدا داشتند بیشتر به دنبال حمایت‌های خارج از خودشان بودند. لین گال (۲۰۰۴) در پژوهشی که بر روی مردان مبتلا به سرطان پروستات انجام داد، دریافت افرادی که تصور مثبت از خدا داشتند خدا را مهربان و دوست‌داشتنی توصیف می‌کردند، همچنین تصور منفی از خدا با جنبه‌های مثبت عملکرد فیزیکی، اجتماعی و عاطفی همبستگی منفی داشت. افرادی که تصویری منفی از خدا داشتند، خدا را به عنوان موجودی خشمگین و تنبیه‌گر توصیف می‌کردند و راهبردهای مقابله‌ای آنها بسیار ضعیف بوده و احساس خودسرزنی و گناه بیشتری داشتند. در این پژوهش بیمارانی که تصور منفی از خدا داشتند خدا را به دلیل بیماریشان سرزنش می‌کردند و نسبت به او خشمگین بودند و سطوحی از آشفتگی را تجربه می‌کردند.

در تبیین این نتایج به بهترین نظری که می‌توان اشاره کرد نظر پاراگمنت است. پاراگمنت (۱۹۶۶؛ به نقل از پور رضاییان، ۱۳۸۰ و خاکساری ۱۳۸۵) پس از چندین پژوهش که در برگیرنده صدها آزمودنی بوده‌اند، دریافت که کلیه دریافت‌های مردم از خدا در دو مدل کلی قرار می‌گیرند. در مدل اول، افراد خدا را به صورت منبعی از خشم، قهر و انتقام محض می‌شناسند و انسان را گناهکاری مبتلا به هبوط و اسیر در پنجه‌های این خدای خشمگین تصور می‌کنند. شناخت خدا در این الگو، خواه ناخواه هراس‌آور و رعب‌انگیز است. مردمی که بر اساس این مدل با خدا ارتباط برقرار می‌کنند روز به روز از سلامت روانی خود فاصله گرفته و هرگز نتایج مثبتی از ارتباط با خدا نصیب روان‌های آزرده‌شان نمی‌شود. این افراد همواره خود را مقهور خشم و غضب خداوند جبار می‌دانند و بیشتر به بنده‌ای از نظر افتاده می‌مانند که به خاطر خطاهای ریز و درشت‌شان، باید منتظر مجازات‌هایی دردناک و آسمانی باشند. اما در مدل دوم، افراد خداوند را بخشنده و دوست خود می‌دانند و با او از طریق برقراری یک رابطه عاشقانه، روزی هزار بار ملاقات صمیمانه و گرم به عمل می‌آورند. در این مدل خداوند اربابی است عاشق، که در دست‌های قدرتمندش به جای تازیانه، ترانه‌های نوازش دارد. در این الگو خدا همنشینی است مهربان و خیرخواه. در این مدل، افراد یقین دارند که هر گاه در بلا، دشواری و مصیبتی قرار

گیرند، خداوند اولین مددکاری است که به سراغشان آمده و به آنها کمک می‌کند. به عقیده پاراگمنت افراد وابسته به این بینش از زندگی خود لذت بیشتری می‌برند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت زمانی که تصور افراد از خداوند مثبت است، خداوند را رحمن و رحیم می‌بینند و او را همواره به خویش نزدیک احساس کرده و حتی به تعبیر قرآن از رگ گردن به خود نزدیکتر می‌شناسند؛ هیچ گاه احساس بی‌پناهی و طردشدگی نمی‌کنند و همواره در آرامشی بی‌انتهای سر می‌برند؛ در حالی که وقتی افراد از خدا تصور منفی داشته باشند ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا آنها را به سوی احساساتی مخرب از قبیل احساس گناه مرضی سوق می‌دهد و همواره خود را بی‌پناه یافته و در گردابی از مشکلات غوطه‌ور خواهد شد.

در فرضیه چهارم رابطه بین تصور از خدا (مثبت و منفی) با امیدواری بیماران سرطانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. براساس این فرضیه افرادی که تصورشان نسبت به خداوند مثبت است، امیدوارتر از کسانی هستند که تصورشان از خداوند منفی است. این فرضیه از طریق آزمون همبستگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول شماره ۴-۶). نتایج آزمون بیانگر این مطلب است که بین تصور از خدا و امیدواری همبستگی معناداری وجود دارد به این معنی که هر قدر فرد بیشتر تصور مثبت از خدا داشته باشد امیدوارتر است و هر قدر تصور منفی از خدا بیشتر داشته باشد از امیدواری کمتری برخوردار است. بنابراین فرض محقق مورد تأیید قرار می‌گیرد. فرضیه مذکور با اکثر پژوهش‌های مشابه همخوان است. روبرتس (۱۹۹۷) در پژوهش خود بر روی بیماران سرطانی مرکز پزشکی میشیگان گزارش کرد که ایمان به خدا در افراد باعث افزایش امیدواری‌شان شده است. وندرک و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود نشان دادند که بیماران پس از شرکت در مراسم‌های مذهبی و نیایش سطوح بالاتری از امیدواری و خوش‌بینی را گزارش می‌کردند. ال. کوپمینرز و همکاران (۱۹۹۷) نیز بر اهمیت ارتباط قوی بین عقاید مذهبی، ارتباط با خداوند و امیدواری در کاهش رنج‌های افراد مبتلا به سرطان اشاره کردند. لین کال (۲۰۰۰) در پژوهش خود که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام داد دریافت

زنانی که مهر خداوندی و حس ارتباط با خدا را تجربه کرده بودند، موقعیت کنونی بیماری‌شان را مثبت ارزیابی می‌کنند. ویلیام جیمز (به نقل از سمیعی، ۱۳۶۸) نیز می‌گوید: ایمان یکی از قوایی است که بشر به مدد آن زندگی می‌کند و فقدان کامل در حکم سقوط بشر است.

در قرآن کریم نیز آمده است: کسانی که به خداوند اعتمادی نداشته و قلب‌شان خالی از موهبت الهی باشد، در چنگال ناراحتی‌های گیتی زبون و بیچاره درافتند و قهر طبیعت وجودشان را پژمرده می‌گرداند (سوره حج، آیه ۳۱).

دیدگاه اسلام بهترین دیدگاهی است که می‌توان برای تبیین نتایج فوق به آن استناد کرد. در این دیدگاه خداوند خالق و محور هستی است و همه موجودات، آفریده و تحت قدرت اویند و هر چه خیر و نیکی به افراد می‌رسد از جانب خداست. به همین جهت مؤمن حوادث جهان را در تصرف خداوند حکیم می‌داند. به اعتقاد او خالق این جهان تمام هستی را مورد رحمت و عنایت خود قرار می‌دهد و به احدی ستم نمی‌کند. آفرینش جهان هدفمند است و انسان هم به عنوان سرآمد موجودات جهان بیهوده آفریده نشده است. هدف انسان در این جهان کسب معرفت هر چه بیشتر نسبت به خداوند و تقرب به اوست. اعتقاد به خداوند مرتبه‌ای از ایمان در قلب فرد ایجاد می‌کند. وجود ایمان در فرد، نحوه‌ی تفکر و سبک زندگی وی از سایرین متفاوت می‌سازد و به صورت سازنده‌تری در رویارویی با حوادث عمل می‌کند و با مدنظر قرار دادن این واقعیت احساس بی‌نیازی و آرامش به فرد دست می‌دهد و هیچ عاملی موجب تزلزل و اندوه وی نمی‌شود (دیاتئو، ۱۳۷۸). خداوند از دیدگاه چنین فردی بسیار مهربان و بخشایشگر است و در همه حال او را دوست دارد، لذا همواره نوری از امید در چشمان وی موج می‌زند و با توکل به خداوند در رویارویی با مصائب با آرامش و اطمینان خاطر پاسخ می‌دهد. امام علی (ع) در این زمینه می‌فرماید: «یاد خدا داروی بیماری‌های جان است» (المحدث، ۱۳۶۰).

در فرضیه پنجم سهم تعیین‌کننده تصور از خدا، احساس گناه مرضی و امیدواری در پیش-بینی افسردگی مورد بررسی و تحقیق قرار گرفت. این فرضیه از طریق آزمون رگرسیون بررسی

شد (جدول شماره ۴-۷) نتایج آزمون نشان داد که هر دو متغیر تصور منفی از خدا و مراقبت خداوند به طور معناداری در تعیین میزان امیدواری افراد مؤثر هستند ولی اولین عاملی که سهم تعیین کننده تری در پیش بینی امیدواری افراد دارد، عامل تصور منفی از خدا است که واریانس بیشتری را به خود اختصاص داده است و دومین عامل می تواند مراقبت خداوند باشد که سهم کمتری از واریانس را به خود اختصاص داده است.

بدین ترتیب فرض محقق در رابطه با تصور از خدا و امیدواری مورد تأیید قرار می گیرد. فرض فوق با نتایج پژوهش های مشابه همخوان است. مک میلان (۲۰۰۰) در مصاحبه ای که با بیماران سرطانی انجام داد، دریافت که ارتباط با خداوند و داشتن تصور مثبت از خدا سهم مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران و افزایش امید به زندگی آنها داشته است. بارکات و همکاران (۱۹۹۴، به نقل از لین گال، ۲۰۰۰) به اهمیت نقش معنویت و تصور از خداوند به عنوان منبعی از امیدواری جهت مقابله با آشفتگی های روانی اشاره کردند. جانسون، ویلیامز و بروملی (۱۹۸۶؛ به نقل از احمدیان، ۱۳۷۷) تحقیقی در زمینه تأثیر مذهب در تندرستی و امید شفا بر روی ۵۸۶ بیمار انجام دادند به این نتیجه رسیدند که امید بهبودی بیشتر یک تجربه است تا یک نتیجه شناخته شده بالینی؛ ۱۲ درصد بیماران اظهار داشتند که در نتیجه دعا یا عوامل دینی- الهی بهبود یافته اند. داشتن این اعتقاد که خداوند وجود دارد و شرایط تحت کنترل است می تواند مسبب یک آرامش روانی شود (کوینگ و موبرگف ۱۹۸۸؛ به نقل از کوینگ، ۱۹۹۲).

در تبیین این یافته می توان گفت وقتی که انسان تصور منفی از خدا دارد یعنی احساس می کند خداوند مراقبتی از او به عمل نمی آورد، در بهبود زندگی او نقشی ندارد و هدایتی را از جانب او دریافت نمی کند، تنبیه گر و سخت گیر است و علاقه به او ندارد؛ رابطه انسان با خدا رابطه ای خوف انگیز است، در چنین رابطه ای انسان هیچ اراده و اختیاری از خود ندارد و خداوند مالک مطلق است که همه چیز انسان در قبضه قدرت اوست. اینگونه تصور از خدا وی را به

ورطه ناامیدی و افسردگی می‌کشاند. در صورتی که وقتی انسان خداوند را مراقب خود بداند و دستان پر مهر او را بر سر خود ببیند، رابطه‌ای ناگسستنی بین او و خدا ایجاد می‌شود که در آن رابطه خداوند نقش نجات‌دهنده را ایفا می‌کند و در پی مصائبی که برای انسان رخ می‌دهد، حمایت خداوند بسیار امیدوارکننده و زندگی‌بخش است. در تأکید این مطلب می‌توان گفت که دانشمندان کنونی و روانشناسان معاصر نیز معتقدند که آلام روحی و هیجانات خارجی می‌توانند بدن انسان را تحت‌الشعاع قرار داده و موجب بیماری‌زایی گردند و از آنجایی که زندگی روزمره کنونی به طور مداوم با نگرانی‌ها، اضطراب و مشقت روحی توأم است، لذا می‌تواند روی دستگاه‌های بدن اثر کرده و موجب ناراحتی آنها گردد. در اینجا عامل خنثی‌کننده و یا تخفیف‌دهنده نگرانی، روزنه‌ی ایمان است که با داشتن آن زندگی آرام‌تر و شیرین‌تر خواهد شد. انسان‌های باایمان هنگامی که با مشکلی مواجه می‌شوند از نیروی ایمان خود کمک خواسته، این امید در آنها بیدار می‌شود که قدرتی مافوق انسان، مشکل را حل کرده و گره را باز خواهد کرد. این اندیشه آنها را به سوی خدا می‌کشاند و روحیه امیدواری را در آنها زنده نگه می‌دارد. (صانعی، ۱۳۶۶).

در فرضیه ششم سهم تعیین‌کننده تصور از خدا، احساس گناه مرضی و امیدواری در پیش‌بینی افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. این فرضیه از طریق آزمون رگرسیون بررسی شد (جدول ۴-۱۰).

نتایج آزمون نشان داد که عامل احساس گناه مرضی به طور معناداری سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی افسردگی دارد. بدین ترتیب فرض محقق در رابطه با سهم پیش‌بینی‌کننده عوامل فوق در رابطه با افسردگی در عامل احساس گناه مرضی معنی‌دار شده است. گرینوی و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی که در آن به مطالعه رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، عزت نفس، افسردگی و تصور افراد از خدا پرداختند، دریافتند که متغیر مراقبت از خداوند در آزمودنی‌های زن همبستگی مثبتی با احساس آرامش، رضایت از خود و عزت نفس عمومی داشت. در حالی

که تصور منفی از خدا با افسردگی و خودتردیدی همبستگی مثبت داشت. در این پژوهش افرادی که تصور مثبتی از خدا داشتند او را حمایت‌گر و مراقبت‌کننده و افرادی که تصور منفی از خداوند داشتند او را تنبیه‌گر و طردکننده توصیف می‌کردند. نتایج نشان داد که داشتن یک رابطه مثبت و شخصی با خداوند می‌تواند موجب رشد ویژگی‌های سازگارانه شود و در صورت تحقق این امر توکل بر خدا در برخورد با ناکامی و افسردگی به عنوان منبعی قدرتمند و حمایتی محسوب می‌شود. بوری سنکو (۱۹۹۵؛ به نقل از تمدن ۱۳۷۵) به بررسی احساس گناه مرضی و سلامت روان پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد افرادی که احساس گناه مرضی دارند از انجام هر کاری ناخشنودند، افرادی مرموز، باریک‌بین و جدی هستند و همیشه حالتی تدافعی دارند. همواره خودشان را سرزنش می‌کنند، هیجانات خود را سرکوب و از سلامت روانی پایینی برخوردارند. در تبیین این فرضیه می‌توان به نظریه فروید اشاره کرد که نشان می‌دهد سخت‌گیری‌های بیش از حد فرامن هنگام تخطی از یک کد اخلاقی موجب می‌شود فرد به شدت خود را سرزنش کند، دچار احساس گناه و بی‌ارزشی شده و نسبت به خود خشمگین شود و این خشم هدایت شده به درون در نهایت منجر به بروز افسردگی می‌شود.

### یافته‌های جانبی پژوهش

از یافته‌های جانبی این پژوهش این بود که وقتی گروه نمونه به دو جنس مرد و زن تقسیم شدند، تفاوت معناداری بین هیچ یک از متغیرهای در دو جنس مشاهده نشد (جدول ۴-۱۳). در تحقیق ضرابیها (۱۳۸۲) در متغیر احساس گناه مرضی بین دو جنس تفاوت معناداری مشاهده شد، یعنی میانگین احساس گناه مرضی در پسران بیشتر از دختران بود ولی در عالم افسردگی تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد. اسلاتر (۲۰۰۵؛ به نقل از صادقی، ۱۳۸۴) نیز به تفاوت‌های جنسیتی در تصور از خدا اشاره داشته و خاطر نشان می‌کند که پسران خداوند را به عنوان موجوداتی منطقی و دختران به عنوان موجودی علاقمند به زیبایی‌ها تصور

می‌کنند. تحقیقات جداگانه‌ای مبنی بر تفاوت دو جنس در متغیرهای احساس گناه مرضی، افسردگی، تصور از خدا و امیدواری یافت نشد. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت علت عدم تفاوت در دو جنس و در متغیرهای پژوهش به دلیل خاص بودن نوع نمونه مورد بررسی بوده است.

از دیگر یافته‌های جانبی پژوهش حاضر تفاوت معنادار دو گروه آزمودنی‌های دو شهر اهواز و تهران در متغیرهای احساس گناه مرضی، تصور مثبت از خداوند، امیدواری و حضور خدا در زندگی بود. به این معنی که آزمودنی‌های شهر اهواز نسبت به شهر تهران تصورشان از خدا مثبت‌تر بوده و حضور خدا در زندگی آنها بیشتر و امیدوارتر بودند. در حالی که آزمودنی‌های شهر تهران تصورشان از خدا نسبت به آزمودنی‌های اهواز منفی‌تر و ناامیدتر بودند. با توجه به بررسی‌هایی که پژوهشگر انجام داد به پژوهش مشابهی دست نیافت. در تبیین این یافته شاید بتوان به این نکته توجه کرد که تفاوت فرهنگی و مذهبی در دو شهر اهواز و تهران و بافت سنتی‌تر آن نسبت به تهران موجب شده است، نتایج فوق بدست آید.

## محدودیت‌های پژوهش

- ۱- عدم توانایی پژوهشگر در کنترل همه متغیرهای مداخله‌گر در موقعیت پژوهش به دلیل خاص بودن نمونه.
- ۲- عدم همکاری برخی بیماران که کار اجرا را با مشکل مواجه می‌کرد.
- ۳- عدم همگنی سن بیماران.
- ۴- بالا بودن درصد افراد کم سواد که فهم سؤالات را با مشکل مواجه می‌نمود.
- ۵- خاص بودن جمعیت نمونه که به علت بدحال بودن کمتر قادر به همکاری بودند.
- ۶- زیاد بودن تعداد پرسشنامه‌ها که موجب خستگی آزمودنی‌ها و نیمه تمام رها کردن پرسشنامه‌ها می‌شد.
- ۷- کمبود پژوهش‌های انجام گرفته در این خصوص، که در صورت وجود می‌توانست به اعتبار پژوهش بیافزاید.
- ۸- با توجه به اینکه جامعه ما جامعه‌ای مذهبی است به نظر می‌رسید پاسخ‌های آزمودنی‌ها همراه با سوگیری باشد.
- ۹- با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای خاص انجام شده است لذا قدرت تعمیم‌پذیری آن محدود به همین نمونه بوده و در تعمیم آن به نمونه‌های مشابه باید جانب احتیاط را رعایت نمود.
- ۱۰- عدم رعایت ترتیب در اجرای پرسشنامه‌ها به دلیل وضعیت عمومی آزمودنی‌ها.



## پیشنهادات

- ۱- استفاده از نتایج پژوهش حاضر در حیطه درمان.
- ۲- انجام پژوهشی مشابه بر روی گروه خاصی از بیماران مبتلا به سرطان با رعایت مراحل بیماری و نوع خاصی از سرطان.
- ۳- برای بررسی بیشتر متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابه روی سایر گروه‌ها انجام شود.
- ۴- با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و نقش با اهمیت ارزش‌ها و اعتقادات در مواجهه با رویدادهای دردناک پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران علاوه بر ارزیابی‌های آسیب-شناختی، نقش این عوامل را نیز مدنظر قرار داده و آنها را به صورت کاربردی وارد حیطه درمان نمایند.

منابع

و

مأخذ

- ◀ احمدیان، مهرداد (۱۳۷۷). - بررسی شیوه‌های مقابله مذهبی و نگرش مذهبی در افراد مبتلا به بیماری غیر قابل علاج در بیمارستان - حضرت رسول اکرم (ص) و امام خمینی - رساله دکتری پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ◀ اصفهانی، فاطمه (۱۳۸۰). فصلنامه آموزشی دانستنی‌های سرطان. سال اول. مرداد ماه. بیمارستان آتیه.
- ◀ الاموی التمیمی، عبدالواحد (۱۳۶۰). غررال حکم و دررال کلم، تحقیق میر جلال‌الدین المحدث. طهران، جامعه طهران.
- ◀ انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR). ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. چاپ دوم، تهران - انتشارات سخن.
- ◀ بخشی، محمود (۱۳۸۰). بررسی تأثیر آرام سازی پیش‌رونده عضلات بر میزان تهوع و استفراغ حاد و تأخیری بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ◀ براهنی، محمدنقی (۱۳۸۱). زمینه روانشناسی. تهران - انتشارات رشد.
- ◀ البرزی، محبوبه و سامانی، سیامک (۱۳۸۰). بررسی رابطه اعتقادات مذهبی با افسردگی، اضطراب و فشار روانی در نوجوانی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه شیراز، همایش دین و بهداشت روان.
- ◀ پروین، لارنس، آر (۱۳۷۳) روان‌شناسی شخصیت. ترجمه محمد جواد جعفری، پروین کدیور، مؤسسه فرهنگی رسا.

- ◀ پور شهباز، عباس(۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ پهلوانی، هاجر و همکاران (۱۳۷۶). بررسی به کارگیری مقابله‌های مذهبی و سلامت روانی. اولین همایش نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات). قم- دفتر نشر نوید اسلام.
- ◀ تامپسون و تامپسون (۱۳۸۱). ژنتیک پزشکی. ترجمه: نویدعلی یاری زنوز. تهران- انتشارات زنوز.
- ◀ جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان درمانگری کوتاه مدت «آموزش خودمهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.
- ◀ جعفری، هدایت (۱۳۶۹). بررسی و تعیین نیازهای جسمانی و روانی بیماران مبتلا به سرطان مری. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ◀ جهانمیری، شهربانو(۱۳۶۸). بررسی وضعیت روانی بیماران مبتلا به بیماری‌های درمان-ناپذیر و رو به مرگ و مقایسه آن با بیماران مبتلا به بیماری‌های درمان‌پذیر در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ حسن‌زاده، رمضان (۱۳۸۲). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (راهنمای عملی تحقیق). تهران: نشر ساوالان.
- ◀ خاکساری، زهرا (۱۳۸۵)، تصور از خدا، عزت نفس و سلامت روان در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان میناب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهراء.
- ◀ خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روانشناختی. مشهد: انتشارات جاودان خرد.

- ◀ دیماتئو. ام. رابین. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت. ترجمه: سید مهدی موسوی اصل و مترجمان. زیر نظر دکترهاشمیان. جلد ۱ و ۲. تهران: انتشارات سمت.
- ◀ راس، کوبلر (۱۳۶۸). امید زندگی روانشناسی بیماران درمان پذیر. ترجمه احمد حجاران، تهران: نشر و پخش ویس.
- ◀ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV (۱۳۷۴). ترجمه نائینیان، مداحی، بیابانگرد و با نظارت دکتر نوربالا. جلد ۲. تهران- انتشارات دانشگاه شاهد.
- ◀ سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴). روانشناسی سلامت. ترجمه: سید علی احمدی ابهری و مترجمان، زیر نظر الهه میرزایی. تهران- انتشارات رشد.
- ◀ سبحانی فرد، طاهره (۱۳۸۰). بررسی اثر واندرومانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- ◀ سرگلذاری، محمدرضا؛ بهدانی، فاطمه و قربانی، اسماعیل (۱۳۸۰). آیا فعالیت‌های مذهبی می‌توانند افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد را در دانشجویان پیشگیری نمایند. همایش دین و بهداشت روانی.
- ◀ سمیعی، مه‌لقا. (۱۳۶۸): بررسی امید و احساس درماندگی در بیماران که قطع نخاع شده- اند و مقایسه آن با سایر معلولین و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران- انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ سیگل، برنی. (۱۳۷۰). منجم، رؤیا. «عشق، پزشکی و معجزه» چاپ نشر میعاد.
- ◀ سینکو، بوری (۱۹۹۰). درس عشق. ترجمه توراندخت تمدن (مالکی). (۱۳۷۵)، تهران: نشر البرز.
- ◀ شریعتی، علی (۱۳۵۶). انسان در قرآن. چاپ اول. انتشارات تشیع.
- ◀ شمس، گیتی (۱۳۸۰). مقابله با افسردگی و شیوه‌های درمان آن. تهران- انتشارات رشد.

- ◀ شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی الن (۱۳۷۷). نظریه های شخصیت. ترجمه: یحیی سید محمدی. چاپ ششم. تهران. نشر هما.
- ◀ صادقی جهانیان، محمود (۱۳۷۹)، مقاله مروری بر نگرش اسلام به انسان سالم. ماهنامه روانشناسی دین، سال اول، شماره اول (ص ۲۱-۴۵).
- ◀ صادقی، منصوره سادات (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین روش تربیت دینی با تصور از خدا در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- ◀ صادقی، جهانیان (۱۳۷۸). تحلیل روانشناختی نیایش: تهران: انتشارات طریق کمال.
- ◀ صانعی، صفدر (۱۳۶۶). سلامت تن و آرامش روان از نظر اسلام. تهران. انتشارات پیام.
- ◀ صانعی، صفدر (۱۳۶۶). سلامت تن و آرامش روان از نظر سالم. انتشارات پیام.
- ◀ ضرابیها، الهام (۱۳۸۲) بررسی رابطه بین احساس گناه آسیب‌شناختی و غیرآسیب‌شناختی با نگرش مذهبی و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- ◀ فرام، اریک (۱۳۶۸). روانکاوی و دین. ترجمه: آرش نظریات، چاپ ۶، تهران: انتشارات پویش.
- ◀ فروزش رفیعی، سیده نورا (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه تأثیر حجامت و حجامت نما در درمان افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهراء.
- ◀ قائمی، علی (۱۳۶۶). خانواده و نیازمندی‌های کودکان. چاپ اول. تهران: انتشارات امیری.
- ◀ قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۸۱). رفتاردرمانی شناختی. تهران - نشر ارجمند.
- ◀ قرآن مجید. ترجمه مهدی الهی قمشه‌ای.
- ◀ کاپلان، هارولد و سادوک بنیامین و کرب جک (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری. چاپ اول. تهران - انتشارات شهر آب.

- ◀ کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. جی و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۱۳۸۵)؛ ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. ویرایش نهم. جلد دوم. تهران- نشر ارجمند.
- ◀ کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۶۹). خلاصه روانپزشکی. ترجمه: نصرت الله پورافکاری، جلد سوم. چاپ دوم. تبریز- انتشارات تابش.
- ◀ کلی، ای، دلبلیو (۱۳۷۹): مقاله نقش روحانیت و مذهب در رشد زندگی و بهزیستی فردی و اجتماعی، ترجمه ترانه اصغری طبری. مجله روانشناسی دین، سال اول، شماره ۲.
- ◀ لیندزی، اس. جی، ئی و پاول، جی. ئی (۱۹۹۴)، اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسال (جلد اول)، ترجمه یانس، هامایاک آوادیس و نیکخو، محمدرضا (۱۳۷۷)، تهران، انتشارات رودکی.
- ◀ مارنات، گری گراث (۱۳۷۹). راهنمای سنجش روانی. ترجمه: حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد.
- ◀ محمد خانی، شهرام (۱۳۷۹). بررسی تجربی اثر القای خلق منفی بر فعال‌سازی نگرش‌های ناکارآمد در افراد مستعد افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ محمدخانی، پروانه (۱۳۷۲). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان با اختلال وسواس- اجبار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ مختاری، عباس (۱۳۷۹). رابطه جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) با میزان تنیدگی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ◀ مداح، سادات سید باقر (۱۳۸۱). مبانی، دیدگاه‌ها، نظریه‌های نوین در پرستاری توانبخشی. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ◀ مطهری، علی (۱۳۵۶) انسان در قرآن. چاپ اول: انتشارات تشیع.

- ◀ مطهری، مرتضی (۱۳۶۱). مجموعه گفتارها. تهران. انتشارات ملامصدرا.
- ◀ منصور، محمود و پریخ، دادستان (۱۳۷۴). روانشناسی ژنتیک. چاپ دوم. تهران. انتشارات رشد.
- ◀ منصور، محمود و پریخ، دادستان (۱۳۸۱). روانشناسی ژنتیک (از روان تحلیل گران تا رفتارشناسی). چاپ چهارم. تهران. انتشارات رشد.
- ◀ موتابی، فرشته (۱۳۷۳). مقیاس تست افسردگی بک، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۵). بررسی تأثیر شناخت درمانگری در کاهش افسردگی و افزایش هماهنگی مؤلفه‌های خودپنداشت. پایان‌نامه دکتری دانشگاه تربیت مدرس.
- ◀ نجاتی، محمد عثمان (۱۳۷۶). قرآن و روانشناسی. ترجمه عباس عرب. مشهد. انتشارات آستان قدس رضوی.
- ◀ ندایی معصومه (۱۳۸۰). بررسی واکنش‌های روانشناختی و عوامل زمینه‌ساز در بیماران مبتلا به سرطان گوارش. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ نصری، صادقی (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی مداخلات رفتاری- شناختی در کاهش اثرات جانبی روانشناختی شیمی‌درمانی در بیماران سرطانی و بهبودی شیوه‌های مقابله آنها. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ◀ نوربالا، احمدعلی (۱۳۸۰). شواهد پژوهشی رابطه بین وابستگی مذهبی و افسردگی. همایش دین و سلامت روان.
- ◀ نیچه، فردریک (۱۳۷۵). فراسوی نیک و بد. ترجمه داریوش آشوری، چاپ سوم، انتشارات خوارزمی.



## منابع و مأخذ

- ◀ وهاب‌زاده، عبدالوهاب؛ مالک، ایوب؛ خراسانی، ملیحه (۱۳۷۷). تعریف و تحمل استرس در بین جمعیت‌های مذهبی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۲، ۴۹ تا ۵۵.
- ◀ هاریسون (۱۳۷۳). اصول طب داخلی. ترجمه دکتر هومان اکتائی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.
- ◀ هاریسون (۱۳۶۹). بیماری‌های خون. ترجمه غلامحسین شیروانی. تهران: انتشارات دانش-پژوه. چاپ اول.
- ◀ هومن - حیدرعلی (۱۳۷۳) استنباط آماری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پارسا.
- ◀ هومن - حیدرعلی (۱۳۷۳) شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: نشر پارسا.
- ◀ هیوم، رابرت، ا. (۱۳۸۲). ادیان زنده جهان. ترجمه عبدالرحیم گواهی. چاپ یازدهم. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

## REFERENCES

---

- A, E. Rippentrop; E.M. Altmaier; J.J. chen; E.M. Found; V.J. Keffala(2005). "The relationship between religion/ spirituality and physical health, mental health, and pain in achoronic population." Department of psychological and Quantitative Foundations, university of Iowa city, IA, usa. Pain 116(2005) 311-321.
- Adams, virgilh.; Snyder, C.R., Rand; Kevin L.; King, Elisa.A.; sigmon; David R.; & pulvers, kim M.(2002). Hope in the work place. In Robert A. Giacolone & Carole L.Jurkiewicz (Eds), workplace spirituality and organizational performance. New York: M.E. Sharpe, Inc.
- Ai AL; Dunkle RE; Peterson C; Bolling SF. (1998). The role of private prayer in psychological recovery among miklife and aged patients following cardiac surgery. Gerontologist. 38(5): 591- 601.
- Anderson, L.B. (1999). Breast Cancer biobehavioral aspects. Psychological disorder. Journal of conculting and clinical psychology, 69, 570-576.
- Argyel, M. (2000). Psychology and Religion. London: Routledge.
- B.R.Ferral, M.M. Grant, B. M. Funk, S. A. otis- Green, and N.J. Garcia (1998). "Quality of life in breast cancer survivors: implications for developing supportive services," oncology Nursing Forum, 25(5), 887- 895.
- Barrett, J. L. & Banorman, B. (1996). The effects of image-use in worshipsons god concept. Journal of Psychology and Chistianity. 15: 38- 45.
- Block, SD (2000). Assessing and managing depression in the terminaly ill patient. ACP- ASIM End- of- life care consensus panel. American College of physicians American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 132(3): 209- 218.

## REFERENCES

---

- Brady MJ; Peterman AH; Fitchett G; MOM, Cella D (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*. 8:417- 428.
- Brokaw, P., & Edwards, K. J. (1994). The relationship of god image to levels of object relation development. *Journal of Psychology and Theology*. 22(4): 352- 371.
- Burish, T. G., Bradley, L. A (1983). *Coping with Chronic disease: Research and Applications*. New York: Academic press.
- Burish, T.G, Meyerowitz, B.E, Carey, M.B.(1987). The stressful effects of cancer in Adults. In Baum, J.E. Singer (Eds), *Handbook of psychology and health, volum.V, stress* (pp. 137-173). Hilldale: LEA pub.
- *Cancer facts and figures*. (2000). Atlanta, GA: American Cancer Society, 2000.
- Carter, A. (1982). The anatomy of hope. *Journal of National Medical*. 74, 229- 234.
- Casebolt, J. (2002). A program on the Psychology of religion. <http://home.earthlink.net>.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. United States of America. Press by Wiley & Sons.
- Clark, D.A & Beck. A. T, Alford, B. A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley and Sons, Inc.
- Clark, Elizabeth. J.(2004). *You Have The Right to Be Hopeful*. Copyright © 1995, 1999, 2004 by the National coalition for cancer survivorship (NCCS). Third Edition (2004).
- Clark. MM; Bostwick. JM; and Rummans. TA.(2003). Group and Individual Treatment Strategies for Distress in Cancer Patients. *Mayo Clin Proc*; 78: 1538- 1543.

## REFERENCES

---

- Clay, R. A (1996). Religion and psychology share ideals and beliefs. *A.P.A monitors* vol, 27.No:18. P: 47.
- Clay, R. A (1996).Psychologists, faith in religion begins grow *A.P.A monitor*. Vol, 27. No: 8. p: 1.
- De Roos, S. A. (2004). Young Children's god concepts: Influences of attachment and sociolization in a family and school context. Paper to be presented at the REA/APRRE conference in denver. Nowember, 5-7.
- De Roos, S. A., Iedema, J. and Miedame, S. (2004). Influence of maternal denomination, God concepts, and child- rearing practices on young children's god concepts. *Journal for the Scienticic Study of Religion*. 43(4): 519- 535.
- De Roos, S. A., Miedame, s. and Iedema, J.(2001). Attachment, working medels of self and others, and god concept in kindergarten. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 40(4): 607- 618.
- De Roos, S. A., Summey, W. (2004). A child's concepts of god. In Ratchiff, D., and children's spirituality: Christian perspective, research, and application (3th. Pp. 201- 218). Eugen, O. R: cascede Books.
- Erwin, E. (Ed). (2002). *The Freud Encylopedia: Theory and culture*. Newyork & London: Routledge.
- Fallow field L; Hall A; Maguire GP; and Baum M. (1990) Psychological outcomes of different policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*. 301:575- 580.
- Farran, C., Herth, K., and Popvich, J.(1995). Hope and Hopelessness. *Critical clinical constructs*. Thousand oaks: sage publication.

## REFERENCES

---

- Faver: O'Brien, E.M.; Ingersoll, R.E(2000). Religion, Guilt and Mental Health. Source: Journal of Counseling and Development spring 2000. Vol, 28. Issue, 2. P, 155.
- Fawzy, I.; Cousins, N.; Fawzy, N. W. Kemeny, M. E, (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I, changes overtime in the methods of coping and affective disturbance. Arch. Gen. Psychiatry, 47, 720- 725.
- Fehring, RJ; Miller, JF; Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. Oncology Nursing Forum, 24(4), 663- 671.
- Ferestín, M. Labbe, E, Kuczmierzyk, A-R(1988). Health psychology. New yourk: plenum press.
- Ferestín, M. Labbe, E, Kuczmierzyk, A-R. (1998). Health psychology. Newyork: pkenum press.
- Filipp, Klauer, Ferring & Freudenberg. (1990). Copint with Life- therating disease: Research problems and selected findings. In Schmidt, etal. (Eds). Theorical and appllide aspects of health psychology, (pp. 385- 395). Chur: Harwood Academic pub.
- Foster, H. (1992). Health, diease and enviroment- London: Belhaven press.
- Foster, R. A., & Keating, J. P. (1992). Research note measuring androcentrism in the western god- concept. Journal for the scientific study of religion. 31(3): 366- 375.
- Gall TL; Miguez de Renart RM; Boonstra B. (2000). Religious resources in long- term adjustment to breast cancer. J Psychosoc Oncol. 18(2): 21- 37.
- Gall, T.L. (2004). Relationship with God and the quality of life of prostate cancer survivors. Quality of Life Research. 13: 1357- 1368. Kluwer Academic publishers.

## REFERENCES

---

- Gall, TL. (2000). Intregrating religious resources within a general model of stress and coping: Long- term adjustment to breast cancer. *J Relig Health*. 39(2). 167- 182.
- Gil, S. and Gilbar, O. (2001). Hopelessness among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, (9:21- 33).
- Goodwin, Antoinette. (1998). Freude and Erikson: Their Contributions to the psychology of God- Image Formation. *Pastrol Psychology*. Vol.47, No.2. 97- 117.
- Gorsuch, R. L. (1968). The Conceptualization of god as seen in adjective rating. *Journal of the Scientific of Religion*. 7: 56- 64.
- Greenway, A.P.; Milne, L.C. & Clarke, v. (2003). Personality variable, selfsteem and depression and an Individual perception of God.*Journal of mental health, religion and culture*. 6(1):45-57.
- Hall, T. W. & Brokaw, B. F. (1995). The relationship of spiritual maturity to level of object relations development and god image. *Pastoral Psychology*. 43(6): 373- 391.
- Harris, W. J.; Courteny, M.; & Townsend, J. R. (2001). Sabition text book of surgery the biological basis of modern surgical practice. Newyork, NY: usT.
- Irving, L.M.; Snyder, C.R.; Crowson, Jr. J. J. (1998). Hope and Coping with Cancer by College women. *Journal of Personality*, vol, 66, No, 2. pp. 195- 214(20). Blackwell publishing.
- J. A. Roberts, D. Brown, T. Elkins, and D. B. Larson (1997). "Factors in fluenceng views of patients with gynecological cancer about end- of- life decisions", *American journal of obstetrics and Gynecology*, 176(1), 166- 172.
- Jenkins, R.A. (1992). Toward a psychosocial conceptualization of religion as a resource in cancer care and prevention. Paragment, K.I, Rob Hess E(Ed). *Religious and Prevention in Mental Health*,

## REFERENCES

---

Research vision and Prevention in Mental Health, Research vision and Action Harworth press inc.

- Johnson, R, C. etal (1987). Guilt, shame and adjustment in three cultures. *Personality and Individual Differences*, 8, 357- 364.
- Johnson, S.C. & spilka, B. (1991). Coping with breast cancer: The role of Clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30(1), 21- 33.
- Kerjci, M. J. (1998). Gender Comparison of God Schemas: A multidimensional scaling analysis. *The International Journal for the psychology of Religion*. 8: 57- 66.
- Kirkpatrick, L. A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. *Advances in personal relationship*. London. 5, 239- 256.
- Kirkpatrick, L. A. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application*. NY: Guilford press.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religions childhood attachment religious beliefs and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 29, 315- 334.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment theoretical approach to romantic love and religious belief. *Pesonality and Social Psychology Bulletin*. 18, 226- 275.
- Kneier, A.; Rosenbaum, Ernest; Rosenbaum, Isadora. R. (2006). *Cancer Coping Strategies*. Cancer Supportive Care Program. <http://www.cancersupportivecare.com/cope.html>.
- Koeing, H.C. (1992). Religion and Prevention of illness in later life in paragment, K.I, Maton, K. I & Hess, R. E(Ed). *Religion and Prevtion in Mental Health Research*. Vision and Action Haworth press Inc.

## REFERENCES

---

- Kuburic, Z. (1998). Image of God in religious experience. The scientific Journal FACT UNIVERSITATIS series: Philosophy and Sociology. 1(5): 471- 484.
- Kune, G. A; kune, s.; Watson, L. F; Bahnson, C. B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer. Psychological Medicine 21, 29, 41.
- L.Koopmeiners, J. Post- white, s. Gutknecht, c. Ceronsky, K. nickelson, D.Drew, w. Mackey, and J.J.Kreitzer (1997). "How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer." Oncology Nursing Forum, 24(9), 1507-1513.
- Lawrence, R.T. (1997). Measuring the image of God: The God Image Inventory and the God Image Scales, Journal of psychology and Theology. 25, 214- 226.
- Lee, C., & Early, A. (2000). Religiosity and Family values: Correlates of god image in a protestant sample. Journal of Psychology and Theology. 28(3): 229- 239.
- Levenson, J. L.; Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. Psychosomatic. Vol 32, No. 2.
- Linkins, R.W; Comstock, G.w. (1990). Depressed mood and development of cancer. American Journal of epidemiology, vol, 132. No, 5.962-972.
- Lutwak, N. (1996). Moral affect and cognitive processes: Differentiatiry shame from guill among men and women. Personality and Individual Differences. 21, 891- 896.
- Luyten, P.; Fontin, J. R. J. & Corveleyn, J. (2002). Does the test of self- conscious Affect (TOSEA) Measure Maladaptive aspect of guilt and adaptive aspect of shame? An Imprical Investigation. Personality and Individual Differences, 33, 1373- 1387.



## REFERENCES

---

- Maiello, C. (2005). Degrees of belief in god: A measure of belief for use in cross culture. *Mental Health, Religion & Culture*. 8(2): 87- 95.
- Mann, M. P. (2004). The adverse influence of narcissistic injury and perfectionism on college student institutional attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 1797- 1806.
- Manock, D. I. (2003). The relationships of adult attachment style and Image of god in individuals. Retrieved March 5, 2005, from <http://www.find article.com>.
- Massie MJ; and Popkin Mk. (1998). *Depression Disorders, in-psycho- oncology*, J.C. Holland, Editor. Oxford University press: Newyork. P.518- 540.
- Masters, J.C, Burish, T.G, Hollon, S.D, Rimm, D.C (1987). *Behavior therapy* Newyork: Harcourt Brace Jovanovi, ch.Inc.
- MC Elory, E. M. (1999). The effect of god image and religious coping on depression, wellbeing and alcohol use in collage student. Retrieved June 25, 2005, from <http://www.Findarticle.com>.
- McGhee.P.E. (2006).Impact of positive emotional on survival.Adopt from D.R.McGhee's book, *Health Healing and amuse system: Homor as survival training*. <http://www.LaughterRemedy.com>
- McMillan, S.C, & weitzner, M.(2000). How problematic are varieuse quality of life in patients with cancer at end of life? *Oncol Nursing* 27(5): 817- 823.
- Miller, J. E. (1986). *Developments of instrument to measure hope*. Unpublished doctoral sdissertation, university of Illinois: Chicago.

## REFERENCES

---

- National Breast Center Cancer (2004). The identification of psychological distress in women with breast cancer. 92 Parramatta Road, Comperdown, Sydney, Australia. [www.nbcc.org.au](http://www.nbcc.org.au)
- Ogden, J. (2000). Health psychology. Psychology throughout the course of illness. (2<sup>nd</sup> ed). London, Open University Press. 55-61.
- Pargament, K., (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 195- 224.
- Paterson, L. R. & Roy, A. (1985). Religion's Consequences for psychological wellbeing. *Review religious research*, 27. 49- 62.
- Petersen RW; QuinLivan JA (2002). Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial. *BJOG* 109(4): 386- 394.
- Philips, K.; Pitts. M. (1995). The psychology of health.
- R.J. Ferhing, J.F. Miller, and C. Shaw (1997). "Spiritual well-being, religiosity, hope, depression and other mood states in elderly people coping with Cancer", *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 663-671.
- Rizzuto, A.M. (1979). *The Birth of Living God*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rizzuto, A. M. (1970). Critique of the Contemporary Literature in The Scientific Study of religion. Paper presented at the annual meeting of society for the scientific study of religion. New York.
- Rizzuto, A. M. (1974). Critique of the Contemporary Literature in Scientific Study of religion. Paper presented at the annual meeting of the society for the scientific study of religion. New York.
- Robinson, Lisa (1983). *Psychiatric Nursing*. "Human Experience" Sanders Company. P.p.337-339.

## REFERENCES

---

- Rowatt, W.C. & Kirkpatrick, L.A. (2002). Two dimensions of attachment to god and their relation to affects, religiosity and personality constructs. Faculty. Wm. Edu/ lakirk/ rowatt. html.
- Schaap- Jonker, H., Eurelings- Bontekoe, E., verhagen, P.J., Zock, H. (2002). Image of God and Personality Pathology: an exploratory study among psychiatric patients. *Journal of mental health, religion and culture*. 5(1):55-71
- Shea, J. (1995). The god beyond. *Pastoral Psychology*. 43(6): 411- 431.
- Slater, T. (2005). The develops of children's concep of god. Retrieved April 10, 2005, from <http://www.ijot.com/papers/slater-children-god-concept.Pdf>.
- Snyder, C. R. and etal (1991). The will and ways: Development and Validation of an individual differences measure of hope *Journal of Pesonality and Social Psychology*, 60(4), 570- 585.
- Snyder, C.R. (Ed) (1994). Hope and optimism. Inv.S. Ranachandran (Ed), *Encyclopedia of human behavior* (pp 535- 542). Orlando: Academic press.
- Snyder; IC. R.; Ilardi, Stephen S.; Cheavens; Jen; Michael, Scott T;; yamhure; Laura & Sympson, Susia (2000). The role of hope in cognitive behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*, 24(6), 747- 762.
- Spencer SM; Carver C; Price AA. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart w, Jacobsen PB, etal, eds.: *Psycho- oncology*. Newyork, NY: Oxford University Press. pp: 211-222.
- Sperry, L. (2001). *Spirituality in Clinical Practice: in corprating the spiritual dimension in psychotherapy and counseling*. U.S.A: Taylor & Francis.

## REFERENCES

---

- Spilka, B.; Armatas, P. & Nussbaum, J. (1964). The Concept of god: A factor- analytic approach. *Review of Religious Research*. 6(1). 28- 36.
- Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B & Goursuch, R. (2003). *The psychology of religion*. Third Edition. NY: Guilford.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining health environments *American psychologist*. Vol 47, No 1-6-22.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Newyork & London: The Guilford press.
- Taylor, N. M. (2001). Utilizing religious schemas to cope with mental illness. *Journal of religion and health*. 40(3), 383- 388.
- Tisdale, T.H.; Key, T.L.; Edwards, K.J; Brokaw, B.F., Kemperman. S.R.; Cloud, H.; Townsend, J. & Okamoto, T. (1997). Impact of treatment on god image and personal adjustment and Correlations of god image to personal adjustment and object relations development, *Journal of Psychology and Theology*, 25, 227- 239.
- Vandecreek L; Rogers E, Laster J. (1999). Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared with the general population. *Altern ther*; 5(1): 71- 76.
- Watson M; Greers; Rowden L, Gorman c. and etal (1991) Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological medicine*. 21(1): 51- 57.
- Woien, S. (1999). *Cancer. Psychological disorder* (12) Memorial sloankettering cancer center, Newyork, 229- 224.
- Woien, S. L., etal. (2003). Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, 35, 313- 326.

پیوست‌ها

پاسخ‌دهنده گرامی:

پرسشنامه‌های حاضر جهت انجام پژوهشی در زمینه بررسی ابعاد روانشناختی وابسته با بیماری سرطان تهیه شده است. بدیهی است همکاری شما در پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ها گامی در جهت پیشرفت تحقیقات روانشناختی و شناسایی تعاملات جسمانی- روانی مرتبط با بیماری سرطان است و می‌تواند متعجب به کشف راهکارهای مناسبی جهت مقابله با مسائل همراه با این بیماری نایل شود. سؤالات پرسشنامه‌ها به صورت چند گزینه‌ای تدوین شده است.

پرسشنامه اول شامل چند گزینه است، لطفاً گزینه‌ای را که بیانگر احساس شما در دو هفته گذشته تاکنون است انتخاب کنید و دور شماره موردنظر، دایره بکشید.

پرسشنامه‌های دوم، سوم و چهارم به صورت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف و کاملاً مخالف) تدوین شده‌اند. لطفاً گزینه‌ای را که بیانگر نظر شماست، مشخص نمایید. از همکاری شما در پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها بسیار سپاسگذاریم.

## ۱- پرسشنامه افسردگی بک

سن  
وضعیت تحصیلی:  
جنس  
شغل:  
وضعیت تأهل

دستورالعمل: این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه از جملات است. لطفاً هر گروه از جملات را به دقت بخوانید و یک جمله در هر گروه را که احساس شما در دو هفته گذشته تا به امروز را بهتر بیان می‌کند، انتخاب کنید. دور شماره‌ای که در کنار جمله مورد نظر شماست، دایره بکشید. اگر به نظرتان می‌رسد که چند جمله در یک گروه، همه به خوبی، احساس شما را بیان می‌کنند، آن را که بهتر از بقیه بیانگر است علامت بزنید. توجه داشته باشید که در هر گروه، بیش از یک جمله را انتخاب نکنید، حتی در گروه ۱۶ (تغییر در عادات خواب) یا گروه ۱۸ (تغییر اشتها).

گروه ۱: ۰ من غمگین نیستم. ۱ من بیشتر اوقات غمگین هستم. ۲ من همیشه غمگین هستم. ۳ من به اندازه‌ای غمگین هستم که تحملش برایم غیر ممکن است.	گروه ۲: ۰ من نسبت به آینده خود ناامید هستم. ۱ من بیشتر از پیش، نسبت به آینده خود ناامید هستم. ۲ من انتظار ندارم اوضاع به نفع من باشد. ۳ من احساس می‌کنم به آینده امیدی نیست و این وضع بدتر هم خواهد شد.
گروه ۳: ۰ من فکر نمی‌کنم فرد شکست خورده‌ای باشم. ۱ من حس می‌کنم بیش از آنچه مستحق هستم شکست خورده‌ام. ۲ وقتی که به گذشته نگاه می‌کنم، شکست‌های زیادی را در زندگی خود می‌بینم. ۳ من احساس می‌کنم کاملاً شکست خورده‌ام.	گروه ۴: ۰ من مثل همیشه از چیزهای مورد علاقه‌ام لذت می‌برم. ۱ من مثل همیشه از چیزهای مورد علاقه‌ام لذت نمی‌برم. ۳ من اصلاً نمی‌توانم از چیزهای مورد علاقه‌ام لذت ببرم.
گروه ۵: ۰ من احساس گناه خاصی ندارم. ۱ من درباره چیزهایی که انجام داده‌ام و یا باید انجام دهم احساس گناه می‌کنم. ۲ من بیشتر احساس گناه می‌کنم کاملاً گناهکارم. ۳ من در تمام اوقات احساس گناه می‌کنم.	گروه ۶: ۰ من احساس نمی‌کنم که دارم مجازات می‌شوم. ۱ من احساس می‌کنم که ممکن است مجازات شوم. ۲ من انتظار دارم مجازات شوم. ۳ من احساس می‌کنم دارم مجازات می‌شوم.

<p>گروه ۸:</p> <p>۰ من بیشتر از معمول خودم را سرزنش نمی-کنم.</p> <p>۱ من بیش از پیش خودم را سرزنش می‌کنم.</p> <p>۲ من خودم را بخاطر تمامی خطاهایم سرزنش می‌کنم.</p> <p>۳ من خودم را برای تمامی چیزهای بدی که اتفاق افتاده سرزنش می‌کنم.</p>	<p>گروه ۷:</p> <p>۰ من احساسم نسبت به خودم مثل گذشته است.</p> <p>۱ من اعتمادم را نسبت به خودم از دست داده-ام.</p> <p>۲ من از خودم ناامید هستم.</p> <p>۳ من از خود متنفرم.</p>
<p>گروه ۱۰:</p> <p>۰ من بیش از گذشته گریه نمی‌کنم.</p> <p>۱ من بیش از گذشته گریه می‌کنم.</p> <p>۲ من برای هر چیز کوچکی گریه می‌کنم.</p> <p>۳ دلم می‌خواهد گریه کنم اما نمی‌توانم.</p>	<p>گروه ۹:</p> <p>۰ من به هیچ وجه افکار خودکشی ندارم.</p> <p>۱ من افکار خودکشی دارم، اما آنها را به اجرا در نمی‌آورم.</p> <p>۲ من دوست دارم خودم را بکشم.</p> <p>۳ اگر موقعیت داشته باشم، خودم را می‌کشم.</p>
<p>گروه ۱۲:</p> <p>۰ من علاقه به دیگران یا فعالیت‌هایم را از دست نداده‌ام.</p> <p>۱ من نسبت به گذشته، علاقه کمتری به دیگران یا انجام فعالیت‌هایم دارم.</p> <p>۲ من تا حد زیادی، علاقه به دیگران یا فعالیت‌ها را از دست داده‌ام.</p> <p>۳ به سختی می‌توانم به چیزی علاقه داشته.</p>	<p>گروه ۱۱:</p> <p>۰ من بیش از حد معمول، بی‌قرار یا هیجان‌زده نیستم.</p> <p>۱ من بیش از حد معمول احساس بی‌قراری یا هیجان‌زدگی می‌کنم.</p> <p>۲ من چنان بی‌قرار یا هیجان‌زده‌ام که به سختی می‌توانم یکجا بنشینم.</p> <p>۳ من چنان بی‌قرار یا هیجان‌زده‌ام که مجبور می‌شوم مرتب راه بروم یا کاری بکنم.</p>
<p>گروه ۱۴:</p> <p>۰ من احساس نمی‌کنم که بی‌ارزش هستم.</p> <p>۱ من مثل گذشته، خود را ارزشمند و مفید نمی‌دانم.</p> <p>۲ من در مقایسه با دیگران، احساس بی‌ارزشی بیشتر می‌کنم.</p> <p>۳ من کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنم.</p>	<p>گروه ۱۳:</p> <p>۰ من مثل همیشه، در کارها به تصمیم‌گیری می‌پردازم.</p> <p>۱ من نسبت به گذشته، تصمیم‌گیری را دشوارتر احساس می‌کنم.</p> <p>۲ من نسبت به گذشته، مشکل بسیار زیادی در تصمیم‌گیری دارم.</p> <p>۳ من در هر گونه تصمیم‌گیری مشکل دارم.</p>



<p>گروه ۱۶:</p> <p>۰ من در عادات خواب، هیچ تغییری نداشته‌ام.</p> <p>۱ (الف) من کمی بیشتر از گذشته می‌خوابم.</p> <p>۱ (ب) من کمی کمتر از گذشته می‌خوابم.</p> <p>۲ (الف) من خیلی بیشتر از گذشته می‌خوابم.</p> <p>۲ (ب) من خیلی کمتر از گذشته می‌خوابم.</p> <p>۳ (الف) من بیشتر روز را می‌خوابم.</p> <p>۳ (ب) من ۱-۲ ساعت زودتر بیدار می‌شوم و بعد از آن خوابم نمی‌برد.</p>	<p>گروه ۱۵:</p> <p>۰ من به اندازه همیشه انرژی دارم.</p> <p>۱ من کمتر از گذشته انرژی دارم.</p> <p>۲ من انرژی کافی برای انجام کارهای زیاد ندارم.</p> <p>۳ من برای انجام هیچ کاری به اندازه کافی انرژی ندارم.</p>
<p>گروه ۱۸:</p> <p>۰ من هیچ تغییری در اشتها نداشته‌ام.</p> <p>۱ (الف) اشتهای من تا حدی کمتر از گذشته است.</p> <p>۱ (ب) اشتهای من تا حدی بیشتر از گذشته است.</p> <p>۲ (الف) اشتهای من خیلی کمتر از گذشته است.</p> <p>۲ (ب) اشتهای من خیلی بیشتر از گذشته است.</p> <p>۳ (الف) من هیچ وقت اشتها ندارم.</p> <p>۳ (ب) من تمام وقت در حال خوردن هستم.</p>	<p>گروه ۱۷:</p> <p>۰ من نسبت به گذشته، بی‌قرارتر نیستم.</p> <p>۱ من بیش از گذشته بی‌قرارم.</p> <p>۲ من خیلی بیشتر از گذشته بی‌قرارم.</p> <p>۳ من همواره بی‌قرارم.</p>
<p>گروه ۲۰:</p> <p>۰ من مثل همیشه می‌توانم تمرکز داشته باشم.</p> <p>۱ من همیشه نمی‌توانم تمرکز داشته باشم.</p> <p>۲ به سختی می‌توانم در مورد چیزی برای مدت طولانی تمرکز داشته باشم.</p> <p>۳ من نمی‌توانم در مورد هیچ چیزی تمرکز کنم.</p>	<p>گروه ۱۹:</p> <p>۰ در علائق جنسی‌ام، متوجه تغییری نشده‌ام.</p> <p>۱ من کمتر از گذشته، علاقه جنسی دارم.</p> <p>۲ من خیلی کمتر از گذشته، علاقه جنسی دارم.</p> <p>۳ من به طور کلی علاقه جنسی را از دست داده‌ام.</p>
<p>گروه ۲۱:</p> <p>۰ من بیشتر از گذشته احساس خستگی یا ماندگی نمی‌کنم.</p> <p>۱ من زودتر از گذشته، احساس خستگی یا ماندگی می‌کنم.</p> <p>۲ من در انجام بسیاری از کارهای قبلی‌ام، احساس خستگی یا ماندگی زیاد می‌کنم.</p> <p>۳ من در انجام بیشتر کارهای قبلی‌ام، احساس خستگی یا ماندگی می‌کنم.</p>	

## ۲- پرسشنامه احساس گناه

پاسخ‌دهنده گرامی لطفاً گزینه‌های را که بیانگر نظر شماست، مشخص نمایید.

کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱- وقتی مرتکب گناه می‌شوم همواره نیروی درونی مرا مؤاخذه می‌کند.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۲- معتقدم اگر در انجام گناه اصرار نداشته باشم، خداوند گناهانم را خواهد بخشید.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۳- احساس می‌کنم در اثر ارتکاب گناهان زیاد تمام وجودم مملو از پلیدی است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۴- گناهانی را مرتکب شده‌ام اما تلاش خواهم کرد تا آنها را جبران کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۵- معمولاً پس از انجام گناه دچار پشیمانی نمی‌شوم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۶- بدلیل گناهانی که مرتکب شده‌ام خداوند دیگر به دعاها و راز و نیازهایم توجهی ندارد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۷- من موجودی ناپاک و غیر قابل بخشش هستم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۸- گناهانی که پس از ارتکاب آنها مهلت جبران بیابم و از خدا اصلاح آن را بخواهم اندوهگینم نمی‌کند.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۹- اغلب اوقات احساس می‌کنم خداوند با خشم و قهر در من می‌نگرد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۰- ارتکاب یک گناه آنقدر فکر مرا به خود مشغول می‌کند که توان جبران آن را از من می‌گیرد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۱- با اینکه مرتکب گناه شده‌ام به ارزش خود به عنوان یک انسان معتقدم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۲- من براساس اصول اخلاقیم زندگی نکرده‌ام پس مستحق طرد و رهاشدنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۳- ارتکاب حتی یک گناه فرد را به موجودی پست و بی‌ارزش تبدیل می‌کند.

کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۴- معتقدم که وقتی مرتکب گناهی شدم به جای ناامیدی باید با توبه به محو آن تعجیل کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۵- احساس می کنم خطای بسیار بزرگی کرده ام و همه می توانند آن را بفهمند.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۶- فکر می کنم تمام کارهایم خطا و گناه است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۷- فرد مقید به اصول اخلاقی در هر حال دارای کرامات انسانی است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۸- اینکه فردی دچار عجب و خودبزرگ بینی باشد بسیار بدتر از گناهکار بودن است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۹- همواره بعد از ارتکاب گناه آن را توجیه کرده، حالت دفاعی به خود می گیرم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۰- اگر گناهانم را سبک نشمرم و در نظرم کوچک جلوه نکنند حتماً مورد بخشش خدا قرار خواهم گرفت.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۱- دوست دارم به خاطر گناهان زیادی که مرتکب شده ام منزوی و مخفی شوم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۲- همیشه فکرم به این مسئله مشغول است که چرا باید این همه اشتباه کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۳- کمتر اتفاق افتاده که کارهایم را براساس اصول اخلاقی مورد نظرم انجام دهم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۴- من هرگز از لطف خدا در مورد بخشش گناهانم ناامید نیستم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۵- به خاطر گناهان زیادم حتماً خداوند مرا به خودم واگذار کرده است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۶- اصول اخلاقی دائم فکر مرا به خود مشغول کرده به حدی که اغلب از آنها بیزارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۷- یکی از ارزش های دینی من این است که لطف و رحمت خدا فراتر از خشم اوست.

کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۸- گناهان زیادم باعث شده از خودم متنفر باشم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۹- به این فکرم که به دلیل گناهان زیادی که خدا آنها را نمی بخشد، خود را از بین ببرم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۰- در برقراری ارتباط با پروردگارم همواره شکست خورده و ناتوانم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۱- با اینکه مرتکب گناهایی شده‌ام، معتقدم کرامت انسانی من خدشه‌دار نشده است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۲- من خدا را از خود ناامید کرده‌ام پس موجودی پست و حقیرم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۳- احساس شرمساری و آزرده‌گی لحظه‌ای مرا رها نمی کند.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۴- فکر می کنم گناهانم قابل بخشش نیستم پس توبه کردن بی فایده‌ای است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۵- خداوند چگونه می تواند موجودی بی ارزش و پست چون من را دوست بدارد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۶- از گناهایی که مرتکب شده‌ام پشیمانم، اما امیدی به پذیرش توبه‌ام ندارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۷- گناه سرپیچی از دستورات خداوند مهربان است، اما با وجود توبه انانیت ما را خدشه‌دار نمی کند.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۳۸- خداوند قهر و غضبی غیر قابل تصور دارد که همواره آن را فراتر از لطف و محبتش می- بینیم.

## ۳- پرسشنامه تصور از خدا

پاسخ‌دهنده گرامی لطفاً گزینه‌های را که بیانگر نظر شماست، مشخص نمایید.

کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱- می‌دانم که ارتباط من با خدا چگونگی رابطه من با خانواده‌ام را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۲- خداوند نیروی جهانی و فراگیر است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۳- هنگامی که تصمیمی اساسی می‌گیرم به این فکر می‌کنم که خداوند برای زندگانی چه مشیتهایی خواهد داشت.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۴- من در مورد خداوند و آفریننده‌ام احساس ناخوشایند و عجیبی دارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۵- من معتقدم که خداوند در شغل من یا آنچه انجام می‌دهم، غایتی برای من در نظر گرفته است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۶- من به ندرت برای فکر کردن درباره ارتباط خود با خدا وقت می‌گذارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۷- تلاش می‌کنم از طریق کارهایم به خدا خدمت کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۸- من به ندرت به این توجه می‌کنم که خدا درباره اعمال من چه فکری خواهد کرد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۹- من بدون نیاز به یاری خداوند، زندگی خود را می‌گذرانم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۰- توجه من به دیگران بر اساس عشق و علاقه من به خدا است.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۱- من بدون فکر کردن درباره اعتقادهای دینی‌ام، زندگی روزمره‌ام را می‌گذرانم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۲- من همیشه خشنودم چون خداوند همیشه در همه مشکلات مراقب من است.

کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۳- اتخاذ یک تصمیم به همین سادگی است که از خدا درخواست کنیم و منتظر پاسخ باشیم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۴- من می دانم که خداوند همه موقعیت های دردناک مرا ختم به خیر خواهد کرد زیرا او مرا دوست دارد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۵- من با علم به اینکه خداوند مرا دوست دارد، احساس امنیت و آرامش می کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۶- من اطمینان دارم که آینده وابسته به خواست خداست و هر چه را او برای من در نظر بگیرد خواهم پذیرفت.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۷- من در هر تصمیم کوچکی که می گیرم به یاری خداوند نیاز دارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۸- با توجه به اینکه مشمول رحمت و عفو خداوند هستم، احساس راحتی می کنم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۱۹- هنگامی که گناه می کنم احساس می کنم مورد عفو خدا قرار می گیرم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۰- درباره اینکه خداوند چگونه مرا در کارهایم هدایت می کند احساس خوبی دارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۱- تنها چیزی که لازم است درباره ایمان خود بدانم این است که خدا مرا دوست دارد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۲- هنگامی که گناه می کنم این احساس را دارم که خداوند درباره آنچه برای من رخ می دهد، مراقبت چندانی ندارد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۳- از اینکه خداوند در بهبود زندگی من نقش اندکی ایفا می کند رنجیده خاطرم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۴- من در مورد اینکه چگونه نقش هایم را در رابطه با کار و خانواده ام ایفا کنم از ناحیه خداوند هدایتی را دریافت نمی کنم.

کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۵- من به خاطر ترس از اینکه خداوند مرا مجازات کند در انجام کارهایم کوشا هستم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۶- اغلب در شگفتم که آیا خداوند واقعاً مرا می بخشد.
کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق	۲۷- من احساس می کنم که عشق و علاقه خداوند در زندگی من غایب است.

#### ۴- پرسشنامه امیدواری:

پاسخ‌دهنده گرامی لطفاً گزینه‌ای را که بیانگر نظر شماست، مشخص نمایید.

کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۱- من نسبت به بهبود خود کاملاً امیدوارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۲- من نسبت به آینده خود کاملاً امیدوارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۳- من نسبت به بهبود وضعیت زندگی‌ام بطور کامل امیدوارم.
کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	۴- من فکر می‌کنم به هدف‌های مهم خود خواهم رسید.



## Abstract

---

The aim of the present study is to investigate the relationship between the pathological guilt and image of God with depression and hopefulness in cancer patients in Tehran and Ahvaz. Participants of the research are 100 cancer patients (50 females, 50 males) selected according to the method of convenient sampling and measured on the basis of four tools: Consisting pathological Guilt Questionnaire, Beck's Depression Questionnaire (BDI), God Image Questionnaire (RSI), and Hopefulness Questionnaire.

Data is analyzed according to the methods of Pearson correlation coefficient, stepwise Regression Analysis, and Independent T Assessment.

The results of the research show that there is a significant relationship between depression and pathological guilt, God Image (positive or negative) and depression, God image (positive or negative) and hopefulness. More over, the results of the stepwise Regression Assessment proved that the first element which has a significant role in predicting hopefulness (of course in a reverse form) is negative image of God, and the second element is negative image of God and God care. Furthermore, pathological guilt has a significant role in predicting depression.

On the whole, the present study shows that pathological guilt and depression decreases as the positive God image increases, and with the increase of negative God image, pathological Guilt and depression increase and hopefulness decreases.

**(Key terms:** God Image, pathological Guilt, depression and Hopefulness, Cancer patients)