مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، شهریور ۱۳۹۸، ۵۵۷-۵۷۲

بررسی رشد پس از سانحه بر اساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی

محمدصادق ساریزاده[۱]، محمد حیدرزاده[۲]، ملیکا قهرمان‌زاده[۳]

دریافت مقاله: ۹۷/۹/۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۷/۱۰/۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۷/۱۱/۲۷ پذیرش مقاله: ۹۷/۱۲/۹

چکیده

زمینه و هدف: نشانگان افت روحیه سبب فقدان معنای زندگی، احساس ناامیدی و شکست می‌شود و از طرفی درک مقابله مذهبی می‌تواند بر نحوه ارتباط و ارائه راهبردهای مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر بگذارد. به‌نظر می‌رسد رشد پس از سانحه به سازگاری روانی این بیماران کمک می‌کند. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی رشد پس از سانحه براساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، براساس ملاک‌های ورود به مطالعه و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۶۷ بیمار مراجعه‌کننده به مرکز رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۷ ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. داده‌ها به‌وسیله پرسش‌نامه‌های جمعیت شناختی، رشد پس از سانحه، نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی جمع‌آوری و با استفاده از آزمون آماری ضریب هم‌بستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مؤلفه‌های ملالت (r= -۰/۳۰۶، P= ۰/۰۰۱)، یأس (r= -۰/۲۹۶، P=۰/۰۰۱) و شکست (r= -۰/۲۵۱، P= ۰/۰۰۱) با رشد پس از سانحه رابطه منفی معنی‌دار و مقابله مذهبی مثبت (r=۰/۲۱۵، P=۰/۰۰۵) با رشد پس از سانحه رابطه مثبت معنی‌دار داشتند. هم‌چنین، نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که در مجموع ۲۱ درصد از واریانس متغیر رشد پس از سانحه به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده، به‌نظر می‌رسد پیش‌گیری از نشانگان افت روحیه و استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت به عنوان یک روش مؤثر به افزایش رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: بیماری سرطان، نشانگان افت روحیه، مقابله مذهبی، رشد پس از سانحه، مشهد

۱- (نویسنده مسئول) دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی دانشگاه سمنان و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر (مرکز کلاله)، کلاله، ایران
تلفن: ۳۳۶۲۳۳۰۰- ۰۲۳، دور نگار: ۳۳۶۲۶۸۸۸- ۰۲۳، پست الکترونیکی: ssarizadeh1@semnan.ac.ir
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

سرطان (Cancer) اصطلاحی عمومی برای گروهی از بیماری‌ها است که می‌تواند بر هر قسمتی از بدن تأثیر بگذارد. سرطان‌های مغز، ریه، پستان، پروستات و پوست از جمله بیماری‌های شناخته شده سرطان هستند [۱]. برای بسیاری از افراد، تشخیص و درمان بیماری سرطان رویدادی پراسترس در زندگی به شمار می‌آید و به‌نظر می‌رسد تقریباً ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، سطح بالایی از پریشانی روانی را تجربه می‌کنند [۲-۳].

برخلاف باور عموم، پس از تشخیص و درمان سرطان، فرآیندهای ذهنی مثبت و منفی در بیماران دیده می‌شود [۴]. برخی مطالعات تغییرات روان‌شناختی مثبتی را پس از تجربه وقایع ناخوشایند از جمله بیماری، جنگ و بلایای طبیعی در افراد گزارش داده‌اند که یکی از این تغییرات، رشد پس از سانحه (Posttraumatic growth; PTG) می‌باشد [۵]. به عبارت دیگر، رشد پس از سانحه را می‌توان به عنوان تغییرات روان‌شناختی مثبتی تعریف کرد که به‌دنبال رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی و بیماری‌های مزمن از جمله سرطان رخ می‌دهد و شامل مؤلفه‌های قدرت شخصی، امکانات جدید، ارتباط با دیگران، قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی می‌باشد [۶-۷].

تشخیص بیماری، عوارض درمان، اختلال در عملکرد و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۸]. در این بین، یکی از مشکلات رایج بیماران مبتلا به سرطان که در مراکز درمانی مشاهده می‌شود، نشانگان افت روحیه (Demoralization syndrome) است که به معنای آشفتگی وجودی، احساس نا امیدی، فقدان هدف و معنای زندگی در بیماران می‌باشد [۹]. اخیراً نشانگان افت روحیه به عنوان یک تشخیص بالقوه بالینی، توجه زیادی را در مراکز آنکولوژی به خود جلب کرده و فرصتی را برای ارزیابی پریشانی روانی در بیماران فراهم آورده است [۹]. در یک بررسی سیستماتیک از ۲۵ مطالعه، میزان شیوع بالینی افت روحیه از ۱۳ تا ۱۸ درصد در بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است [۱۰]. پژوهش‌گران متعددی در زمینه نشانگان افت روحیه تحقیق کرده‌اند که یکی از معروف‌ترین فرمول‌بندی‌ها مربوط به Kissane و همکاران می‌باشد که آن را یک حالت عاطفی فقدان معنای زندگی همراه با افکار نا امیدی، احساس شکست و بیزاری از اجتماع تعریف کرده‌اند [۱۱].

باورهای مذهبی، به بیماران مبتلا به سرطان در کنار آمدن با استرس و پریشانی روانی ناشی از بیماری کمک می‌کنند. مقابله مذهبی (Religious coping) به استفاده از راهبردهای مذهبی و معنوی برای مقابله با شرایط پراسترس و بحرانی اشاره دارد که در طول زندگی اتفاق می‌افتد. مقابله مذهبی شامل دو جنبه مثبت (Positive religious coping) و منفی (Negative religious coping) است. جنبه مثبت شامل اقداماتی می‌شود که دارای اثرات سودمندی برای افراد است در حالی که جنبه منفی مربوط به اقداماتی است که پیامدهای

منفی را به دنبال دارد [۱۲-۱۴]. هم‌چنین، مقابله مذهبی یکی از مهم‌ترین راهبردهای کنار آمدن با بیماری‌هایی هم‌چون سرطان است که موجب تغییر سبک زندگی فرد می‌شوند [۱۵]. در میان عوامل مؤثر بر رشد پس از سانحه، مقابله مذهبی ممکن است نقش مهمی داشته باشد چرا که مقابله مذهبی ممکن است با فراهم نمودن ارتباط آرام با مقدسات موجب بهبودی رشد پس از سانحه در بیماران شود [۱۶].

فقدان معنای زندگی یکی از ویژگی‌های اصلی نشانگان افت روحیه است و تلاش بیماران برای معنادادن به زندگی می‌تواند به بهبود رشد پس سانحه آن‌ها کمک کند، لیکن مرور پیشینه مطالعه نشان داد به ارتباط بین این دو متغیر توجه کمی شده است [۴]. هم‌چنین، تعداد کمی از مطالعات به بررسی رابطه بین مقابله مذهبی با رشد پس سانحه در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند [۱۶].

براساس تلویحات یاد شده، مطالعه جهت دست‌یابی به دانش بیش‌تر در مورد ارتباط بین متغیرهای رشد پس از سانحه، نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا، هدف مطالعه حاضر تعیین رشد پس از سانحه براساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان بودند که در تیر و مرداد ماه ۱۳۹۷ به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) شهرستان مشهد مراجعه کردند. روش اجرای مطالعه به این صورت بود که پس از مراجعه و هماهنگی با کمیته پژوهشی مرکز مذکور، تأیید ابزارهای مطالعه و اخذ کد اخلاق، با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه تعداد ۱۹۲ بیمار مبتلا به سرطان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های مطالعه را به‌صورت خودگزارشی تکمیل نمودند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۲۵ پرسش‌نامه به علت عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه از تحلیل کنار گذاشته شدند. لذا تحلیل آماری نهایی بر روی ۱۶۷ نمونه انجام گرفت. هم‌چنین، اصول اخلاقی لازم در حین انجام پژوهش از جمله کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه، اطمینان به نمونه‌ها به محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها، عدم مغایرت پژوهش با اعتقادات دینی، فرهنگی و اجتماعی بیمار رعایت گردید. علاوه بر این، این مطالعه دارای کد اخلاق از کمیته پژوهشی مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) شهرستان مشهد به شماره RRoc-۹۷ /۰۰۱۳۲ می‌باشد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، دارا بودن مذهب اسلامی، توانایی خواندن و نوشتن، تشخیص بیماری سرطان توسط پزشک متخصص، سپری شدن حداقل ۶ ماه از بیماری سرطان و نداشتن مشکلات روان‌شناختی بود. ملاک‌های ورود براساس مصاحبه با بیماران و مشورت با پزشک متخصص ارزیابی شدند. ابزارهای مورد استفاده در مطالعه حاضر عبارت بودند از: پرسش‌نامه جمعیت شناختی

که توسط پژوهش‌گران تدوین شده و شامل اطلاعات جمعیت شناختی بیمار از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، نوع بیماری و مدت بیماری بود.

پرسش‌نامه رشد پس از سانحه (Posttraumatic growth inventory; PTGI: Tedeschi و همکارش [۱۷] در سال ۱۹۹۶ این پرسش‌نامه را برای ارزیابی پیامدهای مثبت تجربه شده توسط افرادی که ترومایی را تجربه کرده‌اند، ساختند. این پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی شامل مؤلفه‌های شیوه‌های جدید (۵ سؤال)، در ارتباط با دیگران (۷ سؤال)، قدرت شخصی (۴ سؤال)، ارزش شخصی (۳ سؤال) و تغییر معنوی (۲ سؤال) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای و به‌صورت نمره ۰ (اصلاً)، نمره ۱ (خیلی کم)، نمره ۲ (کم)، نمره ۳ (متوسط)، نمره ۴ (زیاد) و نمره ۵ (خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده رشد پس از سانحه بالاتر در بیمار می‌باشد. به‌عنوان مثال، گویه "احساس اعتماد به نفس بیش‌تری دارم" شامل شش گزینه اصلاً (نمره ۰)، خیلی کم (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴) و خیلی زیاد (نمره ۵) می‌باشد و کسب نمره بیش‌تر در این سؤال نشان دهنده اعتماد به نفس بهتر و قدرت شخصی بیش‌تر در بیمار است. Tedeschi و همکارش مقدار همسانی درونی این پرسش‌نامه را ۰/۹۰ گزارش داده‌ند [۱۷]. هم‌چنین، Heidarzadeh و همکاران در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیر مقیاس‌های آن دامنه‌ای از ۰/۵۷ تا ۰/۷۷ گزارش داده‌اند [۱۸]. در مطالعه حاضر نیز مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای کل آزمون ۰/۷۵ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه نشانگان افت روحیه (Demoralization scale; DS: در سال ۲۰۰۴، Kissane و همکاران این پرسش‌نامه را برای سنجش نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به سرطان ساختند [۱۹]. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ سؤال است و شامل ۵ مؤلفه فقدان معنا (۵ سؤال)، یأس (۶ سؤال)، احساس ملالت (۵ سؤال)، درماندگی (۴ سؤال) و احساس شکست (۴ سؤال) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه نیز از طریق طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای و به‌صورت نمره ۰ (هرگز)، نمره ۱ (به ندرت)، نمره ۲ (گاهی اوقات)، نمره ۳ (اغلب) و نمره ۴ (همیشه) انجام می‌گیرد و نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده افت روحیه بالاتر در بیمار است. به‌عنوان مثال، گویه "زندگی‌ام بی معنی به نظر می‌رسد" شامل پنج گزینه هرگز (نمره ۰)، به ندرت (نمره ۱)، گاهی اوقات (نمره ۲)، اغلب (نمره ۳) و همیشه (نمره ۴) است و کسب نمره بالاتر در این سؤال نشان دهنده فقدان معنا و افت روحیه بالاتر می‌باشد. هم‌چنین، سؤالات ۱، ۶، ۱۲، ۱۷ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. Kissane و همکاران [۱۹] مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش داده‌اند. به‌علاوه، Bahmani و همکاران مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۶ گزارش داده‌اند [۲۰]. مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه مقابله مذهبی (Religion coping scale; RCOPE): این پرسش‌نامه توسط Pargament و همکاران [۲۱] با هدف سنجش مقابله مذهبی افراد هنگام مقابله با رویدادهای منفی در زندگی ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۴ سؤال می‌باشد که شامل دو بعد مقابله مذهبی مثبت (سؤالات ۱ الی ۷) و مقابله مذهبی منفی (سؤالات ۸ الی ۱۴) می‌باشد. طریقه نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای اصلاً (نمره ۱)، تاحدودی (نمره ۲)، زیاد (نمره ۳) و خیلی زیاد (نمره ۴) انجام می‌گیرد. به‌عنوان مثال، گویه "سعی کردم رابطه قوی با خدا داشته باشم" مربوط به بعد مقابله مذهبی مثبت می‌باشد که شامل چهار گزینه اصلاً، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد و کسب نمره بالاتر در این سؤال نشان دهنده مقابله مذهبی مثبت بیش‌تری در فرد می‌باشد. از طرف دیگر، گویه "در مورد مهربانی خدا نسبت به خودم شک کرده‌ام" مربوط به بعد مقابله مذهبی منفی و شامل چهار گزینه مشابه بعد مقابله مذهبی مثبت است و کسب نمره بالاتر در این سؤال نشان‌دهنده مقابله مذهبی منفی بیش‌تر در فرد می‌باشد [۲۲]. Mohammadzadeh و Najafi نمره آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را برای هر دو بعد مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۱ و پایایی باز آزمون آن را برای کل پرسش‌نامه مقابله مذهبی و زیر مقیاس‌های مثبت و منفی آن به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۸ گزارش داده‌اند [۲۳]. در مطالعه حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای کل آزمون و زیر مقیاس‌های مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۵۱ و ۰/۴۹ بود.

داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون آماری ضریب هم‌بستگی Pearson و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام (Stepwise) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری آماری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مطالعه حاضر، از تعداد ۱۶۷ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، تعداد ۶۷ نفر مرد (۴۰/۱ درصد) و تعداد ۱۰۰ نفر زن (۵۹/۹ درصد) در دامنه سنی ۲۷ تا ۷۶ سال بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان ۱۱/۱۴±۴۹/۳۲ سال بود. هم‌چنین، دامنه مدت بیماری سرطان شرکت‌کنندگان ۱ تا ۲ سال بود و میانگین و انحراف استاندارد آن ۰/۱۵ ± ۱/۰۲ سال بود. میزان تحصیلات ۷۴ بیمار (۴۴/۳ درصد) زیر دیپلم، ۵۲ بیمار (۳۱/۱ درصد) دیپلم، ۳۵ بیمار (۲۱/۰ درصد) لیسانس و ۶ بیمار (۳/۶ درصد) فوق لیسانس بودند. به علاوه، ۱۶۶ بیمار (۹۹/۴ درصد) متأهل و ۱ بیمار (۰/۶ درصد) مجرد بودند.

هم‌چنین، شغل ۸۳ بیمار (۴۹/۷ درصد) خانه دار، ۳۹ بیمار (۲۳/۴ درصد) کارمند، ۳۱ بیمار (۱۸/۶ درصد) شغل آزاد و ۱۱ بیمار (۶/۶ درصد) بدون شغل بودند. تعداد ۳ بیمار (۱/۸ درصد) نیز نوع شغل خود را بدون پاسخ گذاشته بودند. از لحاظ نوع بیماری، تعداد ۸۰ نفر (۴۷/۹ درصد) مبتلا به

سرطان پستان، ۲۵ نفر (۱۵/۰ درصد) مبتلا به سرطان پروستات، ۳۵ نفر (۲۱/۰ درصد) مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، ۱۰ نفر (۶/۰ درصد) مبتلا به سرطان رحم، ۱۱ نفر (۶/۶ درصد) مبتلا به سرطان ریه، ۲ نفر (۱/۲ درصد) مبتلا به سرطان دهان، ۱ نفر (۰/۶ درصد) مبتلا به سرطان کبد، ۱ نفر (۰/۶ درصد) مبتلا به سرطان مثانه، ۱ نفر (۰/۶ درصد) مبتلا به سرطان پانکراس و ۱ نفر (۰/۶ درصد) مبتلا به سرطان تیروئید بودند.

میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است و همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین مؤلفه‌های احساس ملالت (r=-۰/۳۰۶، P=۰/۰۰۱)، یأس (r= -۰/۲۹۶، P=۰/۰۰۱) و احساس شکست (r= -۰/۲۵۱، P=۰/۰۰۱) با رشد پس از سانحه رابطه منفی و معنی‌داری مشاهده شد.

هم‌چنین، بین مقابله مذهبی مثبت (r=۰/۲۱۵، P=۰/۰۰۵) با رشد پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده گردید، در حالی که بین فقدان معنا، احساس درماندگی و مقابله مذهبی منفی با رشد پس از سانحه رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

در ادامه، پیش‌فرض‌های آزمون آماری از طریق آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov; K-S)، (Durbin-Watson)، تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance inflation factor; VIF) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov (K-S=۰/۹۸۸، P=۰/۲۸۳) نشان داد که توزیع داده‌های متغیر وابسته نرمال می‌باشد. به علاوه، نتایج آزمون Durbin-Watson نشان داد که استقلال خطاها برقرار می‌باشد (Durbin-Watson=۱/۶۳۱).

هم‌چنین، به منظور تعیین هم‌خطی چندگانه از آزمون تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. به منظور مشخص کردن سهم هر یک از مؤلفه‌های نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در پیش‌بینی رشد پس از سانحه، پس از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آماری از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ضریب هم‌بستگی متغیرهای مطالعه در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۷ (n= ۱۶۷)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- رشد پس از سانحه	۷۴/۲۱	۶/۳۶	۱								
۲- افت روحیه کلی	۳۶/۶۱	۹/۷۰	-۰/۱۳۵	۱							
۳- فقدان معنا	۴/۹۵	۳/۳۸	-۰/۰۵۳	۰/۸۰۶**	۱						
۴- یأس	۶/۵۷	۳/۴۵	-۰/۲۹۶**	۰/۶۹۵**	۰/۴۶۱**	۱					
۵- احساس ملالت	۵/۷۷	۳/۱۸	-۰/۳۰۶**	۰/۷۰۶**	۰/۵۱۴**	۰/۴۹۵**	۱				
۶- احساس درماندگی	۵/۶۱	۲/۸۷	-۰/۰۸۲	۰/۷۱۹**	۰/۵۰۹**	۰/۴۰۵**	۰/۳۳۳**	۱			
۷- احساس شکست	۴/۶۲	۲/۱۰	-۰/۲۵۱**	-۰/۰۱۰	۰/۱۶۰*	۰/۲۸۰**	۰/۲۱۹**	۰/۰۱۱	۱		
۸- مقابله مذهبی مثبت	۲۳/۰۱	۲/۱۱	۰/۲۱۵**	۰/۲۵۲**	۰/۳۲۳**	۰/۱۴۸	۰/۰۸۰	/۲۰۵** ۰	۰/۰۰۰	۱	
۹- مقابله مذهبی منفی	۱۰/۲۶	۲/۵۹	۰/۱۱۲	۰/۱۷۰*	۰/۰۷۰	۰/۱۱۸	۰/۰۰۰	۰/۱۳۶	۰/۱۱۵ -	/۰۷۰ ۰	۱

ضریب همبستگی Pearson، P< ۰/۰۵ *، P< ۰/۰۱ ** به عنوان سطح معنی‌دار

نتایج رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام در جدول ۲، نشان داد که در گام اول مؤلفه احساس ملالت وارد تحلیل شده و ۹/۴ درصد از واریانس متغیر رشد پس از سانحه را تبیین کرده است. با اضافه شدن مؤلفه مقابله مذهبی مثبت در گام دوم، مقدار واریانس تبیین شده از ۹/۴ درصد به ۱۵/۱ درصد افزایش یافته است. در گام سوم نیز با اضافه شدن مؤلفه احساس یأس، مقدار واریانس تبیین شده از ۱۵/۱ درصد به ۱۹/۰ درصد افزایش یافته است. در نهایت، در گام چهارم با اضافه شدن مؤلفه احساس شکست، مقدار واریانس تبیین شده از ۱۹/۰ درصد به ۲۱/۲ درصد افزایش پیدا کرده است. بنابراین، می‌توان گفت در مجموع ۲۱/۲ درصد از واریانس متغیر رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین شده است.

در جدول ۳، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون ارائه شده است و همان‌طور که مشاهده می‌شود ضرایب بتای مؤلفه‌های احساس ملالت، یأس و احساس شکست منفی است در حالی که ضریب بتای بعد مقابله مذهبی مثبت، منفی نیست. بنابراین، به نظر می‌رسد با افزایش مؤلفه‌های احساس ملالت، یأس و احساس شکست، میزان رشد پس از سانحه کاهش یافته و در عوض با افزایش مقابله مذهبی مثبت، میزان رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان افزایش پیدا می‌کند و بر عکس.

جدول ۲- خلاصه مدل رگرسیون و آماره‌های تحلیل واریانس برای متغیر رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۷ (n= ۱۶۷)

مدل	متغیرها	منابع	مقدار مجموع مجذورات	مقدار درجه آزادی	مقدار میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مقدار R	مقدار مجذور R
۱-	احساس ملالت	رگرسیون	۶۳۰/۰۸	۱	۶۳۰/۰۸	۱۷/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۶	% ۹/۴
		خطا	۶۰۸/۳۰۷	۱۶۶	۳۶/۶۷				
		کل	۶۷۱/۳۸۷	۱۶۷					
۲-	احساس ملالت مقابله مذهبی مثبت	رگرسیون	۱۰۱/۶۶۶	۲	۵۰۸/۲۲	۱۴/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	% ۱۵/۱
		خطا	۵۷۰/۹۴۰	۱۶۵	۳۴/۵۵				
		کل	۶۷۱/۳۸۷	۱۶۷					
۳-	احساس ملالت مقابله مذهبی مثبت یأس	رگرسیون	۱۲۷/۹۴۸	۳	۴۲۶/۳۱	۱۲/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۶	% ۱۹/۰
		خطا	۵۴۳/۴۳۸	۱۶۴	۱۶/۳۳				
		کل	۶۷۱/۳۸۷	۱۶۷					
۴-	احساس ملالت مقابله مذهبی مثبت یأس احساس شکست	رگرسیون	۱۴۲/۳۵۳	۴	۳۵۵/۸۳	۱۰/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۰	% ۲۱/۲
		خطا	۵۲۹/۰۲۴	۱۶۳	۳۲/۴۷				
		کل	۶۷۱/۳۸۷	۱۶۷					

مدل رگرسیون و آماره‌های تحلیل واریانس برای متغیر رشد پس از سانحه، P< ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌دار

جدول ۳- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد در سال ۱۳۹۷ (n= ۱۶۷)

متغیرها	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	مقدار P	مقدار Tolerance	مقدار Variance inflation factor
	مقدار B	مقدار خطای B	مقدار Beta				
ثابت	۶۳/۰۹	۴/۹۴		۱۲/۷۵	<۰/۰۰۱		
احساس ملالت	-۰/۳۹۵	۰/۱۶	-۰/۱۹۸	-۲/۴۵	۰/۰۱۵	۰/۷۴۸	۱/۳۳۷
مقابله مذهبی مثبت	۰/۷۷۷	۰/۲۱	۰/۲۵۹	۳/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۷۶	۱/۰۲۴
یأس	-۰/۳۵۶	۰/۱۵	-۰/۱۹۳	-۲/۳۴	۰/۰۲۱	۰/۷۱۲	۱/۴۰۵
احساس شکست	-۰/۴۶۴	۰/۲۲	-۰/۱۵۴	-۲/۱۰	۰/۰۳۷	۰/۹۱۱	۱/۰۹۷

ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی متغیر رشد پس از سانحه، P< ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌دار

بحث

هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی رشد پس از سانحه براساس نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) مشهد بود. نتایج مطالعه حاضر بین مؤلفه‌های احساس ملالت، یأس و احساس شکست با رشد پس از سانحه

رابطه منفی و معنی‌داری نشان داد. هم‌چنین، بین بعد مقابله مذهبی مثبت با رشد پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه Li و همکاران است که نشان دادند بین رشد پس از سانحه و نشانگان افت روحیه رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد [۴]. به علاوه، Battaglia و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی انجام دادند، رابطه منفی و معنی‌داری بین رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های نشانگان افت روحیه در بیماران کلیوی گزارش داده‌اند [۲۴].

نتایج مطالعه Fang و همکاران که با هدف تعیین رابطه بین افسردگی، نشانگان افت روحیه با رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت، نشان داد رشد پس از سانحه رابطه منفی و معنی‌داری با برخی از مؤلفه‌های نشانگان افت روحیه از جمله فقدان معنا و احساس شکست دارد [۲۵]. به‌نظر می‌رسد اگر رشد پس سانحه و نشانگان افت روحیه را به‌صورت یک مدل فرآیند دوگانه (Dual process model) در نظر گرفته شود، می‌توان رشد پس از سانحه را در جهت ترمیم و نشانگان افت روحیه را در جهت فقدان و آسیب قرار داد. بنابراین، رشد پس از سانحه با کاهش مشکلات سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان همراه است، در حالی که نشانگان افت روحیه ممکن است به افزایش مشکلات سلامت روان در این بیماران منجر شود. در همین راستا، در مدل فرآیندی دوگانه پیشنهاد می‌شود که جهت فقدان و آسیب، سازگاری روان‌شناختی منفی و ضعیفی را در بیماران پیش‌بینی می‌کند، در حالی که جهت ترمیم با سازگاری روان‌شناختی مثبت و بهتری همراه است [۲۶].

به طور کلی، ممکن است نشانگان افت روحیه باعث شود که بیماران بر جنبه‌های بیماری از جمله از دست دادن سلامتی و هویت تمرکز کنند در حالی که رشد پس از سانحه می‌تواند نمایان‌گر تلاش بیماران به بازنگری تعاریف خود از زندگی از جمله ارزیابی دوباره زندگی و یا شجاعت بیش‌تر برای رویارویی با زندگی پس از ابتلاء به بیماری سرطان باشد. بنابراین، هنگام کنار آمدن با بیماری، به نظر می‌رسد می‌توان رشد پس از سانحه و نشانگان افت روحیه را به‌عنوان یک فرآیند دوگانه در نظر گرفت [۴].

هم‌چنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین مقابله مذهبی مثبت با رشد پس از سانحه در مبتلایان به سرطان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، در حالی که بین رشد پس از سانحه و مقابله مذهبی منفی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. این نتایج همسو با مطالعات Thombre و همکاران [۱۶]، Samina و Rizvi [۲۷] و Chan و همکارش [۲۸] است که نشان داده‌اند بین رشد پس از سانحه و مقابله مذهبی مثبت، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد برای بسیاری از بیماران، باورهای مذهبی و معنوی می‌تواند به عنوان یک نیروی یک‌پارچه و نیرومند، چهارچوبی برای تفسیر مشکلات زندگی‌شان فراهم سازد و از این طریق مجموعه‌ای از کنش‌های سازش‌یافته را برای آن‌ها به ارمغان بیاورد. هم‌چنین، راهبردهای مقابله مذهبی مثبت سبب می‌شود افراد به

حمایت‌های بیرونی نیاز کم‌تری پیدا کرده و باعث ارتقاء احساس توان‌مندی در آن‌ها شود [۲۹].

مطالعات انجام شده در مراکز آنکولوژی، نشان می‌دهد مقابله مذهبی مثبت پیامدهای روانی و اجتماعی متعددی به دنبال دارد و این پیامدها به جای ارتباط با مشکلات روانی، بیش‌تر با رشد و ارتقاء سازگاری روانی در بیماران همراه می‌باشند [۱۶]. در مطالعه فراتحلیل انجام شده توسط Prati و Pietrantoni با هدف بررسی نقش خوش‌بینی، حمایت اجتماعی و مقابله مذهبی بر رشد پس از سانحه، نشان داده شده است که این سه متغیر قادر به پیش‌بینی رشد پس سانحه بودند و مقابله مذهبی و ارزیابی‌های مثبت بیش‌ترین نقش را در این پیش‌بینی‌ها داشت [۳۰]. به‌عبارت دیگر، مقابله مذهبی مثبت از طریق ارزیابی مثبت رویدادهای زندگی می‌تواند یکی از عوامل اصلی کمک به بیماران به منظور غلبه بر مشکلات روانی باشد [۳۱].

از آن‌جایی که تشخیص بیماری سرطان یکی از سخت‌ترین تشخیص‌ها برای بیماران است، بسیاری از آن‌ها با متوسل شدن به اعمال و باورهای مذهبی تلاش می‌کنند، به زندگی خود معنای تازه دهند و از این طریق بتوانند با ماهیت بیماری‌شان کنار بیایند. به‌طور کلی، راهبردهای مقابله مذهبی با تکیه بر اعمال و باورهای مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ارزیابی مثبت از رویدادهای زندگی بپردازند و در صورت رویارویی با وقایع استرس‌زا از آسیب کم‌تری رنج ببرند. لذا به نظر می‌رسد می‌توان به عنوان راهبردی برای ایجاد واکنش‌های مثبت به رویداهای پر استرس تلقی شود و از این طریق به رشد پس از سانحه، ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش پیامدهای منفی بیماری کمک کند. مقابله مذهبی یک منبع درونی از جستجوی معنای زندگی هنگام مواجهه با رویدادهای آسیب‌رسان است که می‌تواند منجر به صمیمیت با خدا، درک معنای زندگی و دست‌یابی به آرامش شود. از سوی دیگر، باورهای مذهبی می‌توانند نگرش مثبتی در افراد نسبت به دنیا ایجاد کنند و به افراد در برابر حوادث ناخوشایند کمک کرده و انرژی، انگیزه و امید به داشتن زندگی بهتر را در آن‌ها افزایش دهند [۳۲]. اگرچه در مطالعه حاضر بین رشد پس از سانحه و مقابله مذهبی منفی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد اما ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان در مراکز آنکولوژی در کنار توجه به نقش محافظتی مذهب در برابر رویدادهای ناگوار، بایستی از خطرات بالقوه‌ای که ممکن است راهبردهای مقابله مذهبی منفی بر بیماران بگذارد، آگاهی داشته باشند [۳۰].

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی امام رضا(ع) شهرستان مشهد انجام گرفت، لذا تعمیم نتایج مطالعه حاضر به شهرها و گروه‌های دیگر بایستی با احتیاط صورت بگیرد. به علاوه، ممکن است شرایط اقتصادی، اجتماعی، محل زندگی بیماران و سابقه بیماری در خانواده آن‌ها از عوامل تأثیرگذار بر متغیرهای مطالعه باشند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی

نقش این عوامل ارزیابی شوند. هم‌چنین، با توجه به این‌که طرح مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود، پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آتی از مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش نشانگان افت روحیه در مبتلایان به سرطان و بهبود رشد پس از سانحه در مراکز آنکولوژی استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر رابطه منفی و معنی‌داری بین مؤلفه‌های احساس ملالت، یأس و احساس شکست با رشد پس از سانحه نشان داد، در حالی که بین مقابله مذهبی مثبت با رشد پس از سانحه رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین، با توجه به نقش پیش‌بینی کننده نشانگان افت روحیه و مقابله مذهبی مثبت بر متغیر رشد پس از سانحه، استفاده از مداخلات روان‌شناختی در پیش‌گیری و کاهش نشانگان افت روحیه و استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی مثبت به‌منظور افزایش رشد پس از سانحه و توان‌مند سازی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مسئولین محترم مرکز تخصصی رادیوتراپی و آنکولوژی رضا (ع) شهرستان مشهد جهت فراهم نمودن امکان انجام این مطالعه در آن مرکز و کلیه بیماران گرامی شرکت‌کننده جهت همکاری در انجام این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

Refernces

[1] WHO. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization. 2002.

[2] Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi FM, Majd HA, Karam AM, Mirzaee H, et al. Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. *Middle East J Cancer* 2014; 5(1): 23-9.

[3] Karabulutlu EY, Yaral S, Karaman S. Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey. *J Relig Health* 2017; 56(1): 1-10.

[4] Li YC, Yeh PC, Chen HW, Chang YF, Pi SH, Fang CK. Posttraumatic growth and demoralization after cancer: The effects of patients' meaning-making. *Palliat Support Care* 2015; 13(5): 1449-58.

[5] Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, Annunziata MA. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Support Care Cancer* 2017; 25(4): 1087-96.

[6] Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15(1): 1-8.

[7] Liu JE, Wang HY, Wang ML, Su YL, Wang PL. Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early□stage breast cancer survivors: a longitudinal study. *Psychooncology* 2014; 23(4): 437-43.

[8] Najvani BD, Neshatdoost HT, Abedi MR, Mokarian F. The effect of acceptance and commitment therapy on depression and psychological flexibility in women with breast cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2015; 17(4): 29-33.

[9] Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A review of the construct of demoralization: History, definitions, and future directions for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2016; 33(1): 93-101.

[10] Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49(3): 595-610.

[11] Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 2001; 17(1): 12-21.

[12] Matos TD, Meneguin S, Ferreira MD, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25(1): 1-9.

[13] Pargament KI, Magyar□Russell GM, Murray□ Swank NA. The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. *J Soc Issues* 2005; 61(4): 665-87.

[14] Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions* 2011; 2(1): 51-76.

[15] Goudarzian AH, Boyle C, Beik S, Jafari A, Nesami MB, Taebi M, et al. Self-Care in Iranian Cancer Patients: The Role of Religious Coping. *J Relig Health* 2018; 58(1): 1-2.

[16] Thombre A, Sherman AC, Simonton S. Religious coping and posttraumatic growth among family caregivers of cancer patients in India. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28(2): 173-88.

[17] Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9(3): 455-71.

[18] Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaeei HR, Tahmasebi M. Validation of the Persian version of the Posttraumatic Growth Inventory in patients with cancer. *Payesh* 2015; 14(4): 467-73. [Farsi]

[19] Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care* 2004; 20(4): 269-76.

[20] Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay M, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *J Neyshabur Univ Med Sci* 2015; 3 (1): 19-27. [Farsi]

[21] Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56(4): 519-43.

[22] Giaquinto S, Cipolla F, Giachetti I, Onorati D. Italian validation of the Brief Rcope scale for religious coping. *J Med Person* 2011; 9(2): 70-5.

[23] Mohammadzadeh A, Najafi M. Factor analysis and validation of the Brief Religious Coping Scale (Brief-RCOPE) in Iranian university students. *Ment Health Relig Cult* 2016; 19(8): 911-9.

[24] Battaglia Y, Piazza G, Martino E, Massarenti S, Peron L, Esposito P, et al. demoralization and posttraumatic growth in kidney transplant recipient. *Nephrol Dial Transplant* 2018; 33(1): 587-8.

[25] Fang CK, Chiu YJ, Yeh PC, Pi SH, Li YC. association Among Depression, Demoralization, And Posttraumatic Growth In Cancer Patient: Preliminary Study: 428. *Asia Pac J Clin Oncol* 2012; 8(1): 228-9.

[26] Meij LW, Stroebe M, Schut H, Stroebe W, Van Den Bout J, Heijden PG, et al. Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *Br J Health Psychol* 2008; 47(1): 31-42.

[27] Samina D, Rizvi T. Relationship of Posttraumatic Growth with Religious Coping and Optimism among Breast Cancer Patients of Kashmir. *Int J Indian Psychol* 2017; 4(4): 169-80.

[28] Chan CS, Rhodes JE. Religious coping, posttraumatic stress, psychological distress, and posttraumatic growth among female survivors four years after Hurricane Katrina. *J Trauma Stress* 2013; 26(2): 257-65.

[29] Seyed Mousavi P, Vafaei M, Rasoulzadeh Tabatabaei K, NadAli H. The relationship between religious coping strategies and posttraumatic growth and distress in college student. *Contemporary Psychology* 2009; 4(1): 102-11. [Farsi]

[30] Prati G, Pietrantoni L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *J Loss Trauma* 2009; 14(5): 364-88.

[31] García FE, Páez-Rovira D, Zurtia GC, Martel HN, Reyes AR. Religious coping, social support and subjective severity as predictors of posttraumatic growth in people affected by the earthquake in

[32] Nikmanesh Z, Khagebafgi E. Role of religious coping in predicting posttraumatic growth in patients with breast cancer. *J Res Health* 2016; 6(4): 445-51.

Chile on 27/2/2010. *Religions* 2014; 5(4): 1132-45.

A Survey on Posttraumatic Growth on the Basis of Demoralization Syndrome and Religious Coping Among Cancer Patients Referring to Reza Radiotherapy and Oncology Center in Mashhad in 2018: A Descriptive Study

M. S. Sarizadeh[1], M. Heydarzadeh[2], M. Ghahremanzadeh[3]

Received: 24/11/2018 Sent for Revision: 30/12/2018 Received Revised Manuscript: 16/02/2019 Accepted: 10/03/2019

Background and Objectives: Demoralization syndrome causes loss of meaning in life, hopelessness, and sense of failure. On the other hand, understanding religious coping can affect the communication and presentation ways of religious strategies in patients with cancer. It seems that the posttraumatic growth contributes to a person's psychological adjustment to cancer. Therefore, the aim of current study was the prediction of posttraumatic growth on the base of demoralization syndrome and religious coping among cancer patients.

Materials and Methods: In this descriptive study, based on the criteria for entering the study and by using convenient sampling, 167 patients referred to Reza Radiotherapy and Oncology Center in Mashhad, filled the research materials in 2018. Data were collected by a demographic questionnaire, Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Demoralization Syndrome Scale (DS) and the Brief Religious Coping Questionnaire (RCOPE) and analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple linear regression analysis using the stepwise method.

Results: There was a significant negative relationship between components of dysphoria (r= -0.306, p= 0.001), disheartenment (r= -0.296, p= 0.001) and sense of failure (r= -0.251, p= 0.001) and posttraumatic growth and there was a significant positive relationship between positive religious coping (r= 0.215, p= 0.005) and posttraumatic growth. Also, multiple linear regression results showed that totally 21 percent variance of posttraumatic growth was explained by predictive variables.

Conclusion: According to the results, it seems that the prevention of demoralization syndrome, and using positive religious coping strategies as effective ways can help to increase posttraumatic growth in cancer patients.

Key words: Cancer disease, Demoralization syndrome, Religious coping, Posttraumatic growth, Mashhad

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Reza Radiotherapy and Oncology Center approved the study (RRoc-97/00132).

How to cite this article: Sarizadeh MS, Heydarzadeh M, Ghahremanzadeh M. A Survey on Posttraumatic Growth on the Basis of Demoralization Syndrome and Religious Coping Among Cancer Patients Referring to Reza Radiotherapy and Oncology Center in Mashhad in 2018: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2019; 18(6): 557-72. [Farsi]

1- PhD Student of Psychology at Semnan University and Lecturer at Azad University of Azad Shahr (Kalaleh), Kalaleh, Iran
ORCID: 0000-0001-6372-6130
(Corresponding Author) Tel: (023) 33623300, Fax: (023) 33626888, E-mail: ssarizadeh1@semnan.ac.ir
2- MSc Student of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran, ORCID: 0000-0002-6480-5348
3- PhD Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
ORCID: 0000-0002-6801-4981