

## رابطه بین (احساس) گناه آسیب شناسانه و تصویر خدا با افسردگی در بیماران مبتلا به

### سرطان

#### چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی رابطه بین احساس گناه آسیب شناسانه و تصویر خدا با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان است. مشارکت کنندگان ۱۰۰ نفر (۵۰ زن و ۵۰ مرد)، بیماران سرطانی انتخاب شده توسط نمونه برداری رایج بودند و به سه سوال پاسخ دادند: پرسشنامه احساس گناه آسیب شناسانه (PGQ)، Beck's Depression Inventory (BDI) و God Image Inventory (GII). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که رابطه معناداری بین افسردگی و احساس گناه آسیب شناسانه و همچنین بین تصویر خدا و افسردگی نیاز دارد. علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که احساس گناه آسیب شناسانه دارای نقشی معنادار در پیش بینی افسردگی است.

**کلمات کلیدی:** احساس گناه آسیب شناسانه، تصویر خدا، افسردگی، بیماران سرطانی

#### ۱. مقدمه

هر ساله، عود سرطان در بیش از ۱,۲ میلیون نفر تشخیص داده می شود و بیش از نیمی از آنها می می رند. برخلاف شیوع عود سرطان، تحقیقات روانشناسی در مورد بیمارانی که سرطان در آنها عود می کند بسیار محدود است. علاوه بر این، دورنمای گسترش تحقیقات در آینده نزدیک نمی تواند موفقیت آمیز باشد، زیرا نوآوری های جدید سرمایه گذاری بر کسانی تمرکز می نمایند که زنده می مانند نه کسانی دچار عود می شوند و از سرطان می میرند. در حالیکه تحقیقات رفتاری دانش ما از پاسخ های بیماران به تشخیص اولیه سرطان را افزایش یافته است، درک جنبه های رفتاری و روانشناسی عود سرطان مهم می باشد (Jemal, Murry, Ward, 2005)). افراد واکنش های متفاوتی به سرطان نشان می دهند؛ برخی از آنها ناراحت، غمگین، افسرده می شوند و حتی برخی دیگر از بی انصافی سرنوشت و شانس بد خود شکایت می کنند. مسائل فیزیکی، دیگر نتایج سرطان هستند. بیشتر بیماران از درد،

خستگی و خواب آلودگی رنج می رند. علاوه بر این، این امکان وجود دارد که تغییرات و احساسات تصویر بدن فرد غیرجذاب و بی ارزش باشند.

افسردگی، یک واکنش نرمال به سرطان است و ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد آسیب دیده، آن را تجربه می کنند، هرچند همه آنها دچار افسردگی شدید نمی شوند (Grover, Delhi, Moum, 2005). ناراحتی و خشم نیز واکنش های نرمال به سرطان هستند.

تمام افراد این واکنش های متناوب را تجربه می کنند و چون ناراحتی چیزی رایج در میان افراد است، تمایز قائل شدن میان ناراحتی معمول از افسردگی و اختلالات حالت بسیار مهم است (Black, 2000). افسردگی زیاد، یک ناراحتی معمول یا یک حالت مستعد افسردگی نیست. چون افسردگی زیاد بر ۲۵ درصد بیماران و زندگی آنها تاثیر می گذارد، باید تشخیص داده شده و درمان شود (Petersen, Quinn, Livan, 2002). یک مطالعه از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته جابجاشونده نشان داد که غلظت های اینترلئوکین-۶ (IL-6) پلاسما و اختلال محور فوق کلیوی-هیپوفیز-هیپوتالامیک (HPA) به طور قابل توجهی در بیماران دارای افسردگی بالینی بالاتر بودند (Jehn, Kuehnhardt, Bartholomae, 2006).

احساس گناه، یک واکنش بیمار به سرطان است. احساس بی ارزش بودن، نابخشوده بودن و نیز تمرکز بر عصبانیت خدا می تواند شخص را افسرده نماید و سلامت ذهنی او را مختل نماید (Zarrabiha, 2003). Finson and Coeper (1979) در مطالعه خود دریافتند که افراد آسیب دیده از بیماری های مزمن نسبت به خودشان، دیگر افراد و خدا احساس عصبانیت می کنند. آنها احساس گناه می کنند و در نتیجه، سلامت ذهنی آنها و دردها از این احساسات تاثیر می پذیرند. این موجب می شود که آنها از راهبردهای غیرموثر و ضعیف برای غلبه بر مشکلات زندگی خود استفاده نمایند (که در Rippentrop, Altmaier, Chen, Found and Keffala, 2005 بیان شده است). احساس گناه، یک بیماری روحی ناشی از آگاهی از نقض یک کد اخلاقی است. این یک بیماری محکوم نمودن خود و نیاز به تنبیه شدن است. در تحلیلی-روانی، احساس گناهکار بودن به نیاز عصبی فرد به تنبیه اشاره می کند که ناشی از درگیری بین خود و وجدان است (Zarrabiha, 2003). در یک مطالعه، Peck (1993) به دو نوع

احساس گناه اشاره می کند؛ احساس گناه تطبیقی و احساس گناه غیرتطبیقی. احساس گناه تطبیقی، آگاهی فرد از این خطاهایش است که نهایتاً در رشد او مفید است. به طور متناقض، احساس گناه عصبی یا غیرتطبیقی، رشد فرد را به تعویق می اندازد (که در Zarrabiha, 2003 بیان شده است). (Tangney and Dearing 2002) احساس گناه غیرتطبیقی و شرمندگی را مطالعه نمودند. آنها اعتقاد داشتند زمانی که احساس گناه و شرمندگی با هم همراه می شوند، احساس غیرتطبیقی می شود. شرمندگی و احساس گناه با احساس شرمندگی، شانس کمی را برای آزادی می دهد و منجر به نابودی ذهنی و محکوم کردن خود می شود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این تعریف از شرمندگی، دارای معنای یکسان با احساس گناه آسیب شناسانه است.

عامل دیگر که می تواند بر این بیماران تاثیر بگذارد، تصویر خداست. (Roberts 1997) در یک مطالعه از بیماران آسیب دیده از سرطان دریافتند که اعتقاد آنها به خدا موجب افزایش امید آنها می شود و به آنها کمک می کند تا با وضعیت های غیرقابل کنترل زندگی روبرو شوند. مطابق با گفته (Greenway, Milne, Clarke 2003) یک تصویر از خدا به تصاویر مثبت و منفی تقسیم می شود. در تصویر مثبت، اعتقاد بر اینست که خدا مهربان، محافظ، حامی، هادی و خیراندیش است. در تصویر منفی، از طرف دیگر، فرض می شود که خدا به عنوان تنبیه کننده است که بندگان را رد می کند و عصبانی و نامهربان است. این سبب می شود تا بیماران، یاس، نفرت، احساس گناهکار بودن و حالت ضعف را تجربه نمایند. (Park and Cohen 1993) دریافتند که آن دسته از بیماران که اعتقاد داشتند خدا مهربان و خوش رفتار است، با سازگاری بیشتری رفتار نمودند در حالیکه، کسانی که از دست خدا عصبانی بودند و از او ناامید بودند، افسرده تر و منزوی تر بودند و دارای سازگاری کمتری بودند (که در Lin Gall, 2000 بیان شده است). با در نظر گرفتن تمام این مشکلات مرتبط با تشخیص سرطان، هر تلاشی برای یافتن و درمان این مشکلات، قابل ستایش است. متعاقباً، هدف این مطالعه، یافتن این مورد است که آیا احساس گناه آسیب شناسانه و تصویر خدا به افسردگی در بیماران تشخیص داده شده با سرطان مرتبط است یا خیر.

۲. روش

۱-۲ مشارکت کنندگان

نمونه تحقیقات شامل ۱۰۰ بیمار (۵۰ مرد و ۵۰ زن) می شود که دچار سرطان شده بودند و افراد بین ۳۰ تا ۵۰ ساله در Imam Khomeini Hospital در Tehran بودند. آنها تحت عمل های جراحی قرار گرفته بودند و حداقل ۱ دوره درمان شیمیایی را تجربه کرده بودند. آنها توسط روش نمونه برداری معمول انتخاب شدند.

## ۲-۲ رویه

در ابتدا، هر بیمار به طور فردی مورد مصاحبه قرار گرفت. زمانی که اطمینان حاصل شد که بیمار خواهان مشارکت در مطالعه است و دارای شرایط ضروری می باشد (آگاهی از بیماری خود، سن، بیماری، و مرحله بیماری)، سوالات برای او خوانده شد و پاسخ های او ثبت شد. داده ها در مورد تمام انواع سرطان جمع آوری شدند.

## ۲-۳ ابزارها

Zarrabiha Guilt Inventory: این فهرست توسط (2003) Zarrabiha ساخته شده است. شامل ۳۸ سوال می شود؛ ۱۳ سوال احساس گناه غیر آسیب شناسانه و ۲۵ سوال آسیب شناسانه. همبستگی سوالات توسط استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تخمین زده شد. این مقدار برای سوالات احساس گناه آسیب شناسانه برابر با ۰,۸۹ و برای غیر از آن ۰,۶۸ بود.

Beck Depression Inventory: این فهرست توسط Beck برای اولین بار در سال ۱۹۷۸ منتشر شد. شامل ۳۸ سوال می شود؛ اعتبار آن توسط اعمال روش Spearman-Brown به اندازه ۰,۹۳ تخمین زده شده است (Beck and Steer 1996). در مطالعه ما، ضریب آلفای کرونباخ برای این فهرست برابر با ۰,۸۷ بود.

God Image Inventory: برای بررسی تصاویر بیمار از خدا، سوالات مرتبط از Religious Status (Greenway et al, 2003) Inventory (RSI) اقتباس شد. این فهرست شامل ۲۷ سوال و ۳ زیرمقیاس از خدا، مراقبت خدا و تصویر منفی از خدا در زندگی می شود. دو زیرمقیاس اول با هم، زیرمقیاس تصویر مثبت از خدا را می سازند. به طور کلی، این فهرست از دو زیرمقیاس اصی تصویر مثبت و منفی از خدا تشکیل شده است. Klein (1993) قابلیت اطمینان داخلی سه زیرمقیاس از خدا، مراقبت خدا و تصویر منفی را در زندگی به ترتیب برابر با ۰,۸۶, ۰,۸۲ و ۰,۶۹ برآورد نمود (که در Greenway et al, 2003 بیان شده است). در این مطالعه، قابلیت

اطمینان این فهرست توسط استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد؛ خدا در زندگی ۰,۷۷، مراقبت خدا ۰,۸۹، تصویر مثبت خدا ۰,۸۶ و تصویر منفی خدا ۰,۵۷.

### ۳. نتایج

برای تحلیل داده ها، روش های آمار توصیفی، (میانگین و انحراف استاندارد)، ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون به کار برده شد. نتایج این مطالعه در جداول زیر توصیف شده است:

جدول ۱. میانگین ها، انحرافات استاندارد و ماتریس همبستگی افسردگی، احساس گناه آسیب شناسانه، تصویر مثبت

#### و منفی از خدا

متغیر	M	SD	1	2	3	4
۱. افسردگی	13.98	19.90	1			
۲. احساس گناه آسیب شناسانه	47.89	12.02	0.53**	1		
۳. تصویر منفی از خدا	12.46	2.58	0.23*	0.51**	1	
۴. تصویر مثبت از خدا	91.68	7.82	0.17	-0.22*	-0.39**	1

\*\*\*=0.05                      P\*\* = 0.01

مطابق با جدول ۱، متغیرهای احساس گناه آسیب شناسانه و تصویر منفی از خدا به طور معناداری با افسردگی در بیماران سرطانی همبسته هستند.

جدول ۲. تحلیل رگرسیون بین احساس گناه آسیب شناسانه، تصویر مثبت خدا، تصویر منفی خدا و افسردگی

گروه ها	B	B	t	P
(ثابت)	-0.49.4	—	-3.94	0.0001
۲. احساس گناه آسیب شناسانه	0.47	0.58	6.18	0.0001
۳. تصویر منفی از خدا	0.41	0.32	3.72	0.0001
۴. تصویر مثبت از خدا	0.22	0.05	0.58	0.56

جدول ۲ نشاندهنده نتایج تحلیل رگرسیون احساس گناه آسیب شناسانه، تصویر مثبت و منفی خدا در افسردگی است.  $R^2 (0.38)$ ، مربع R تنظیم شده (۰,۳۶) که در سطح  $P < 0.05$  معنادار هستند. در نتیجه، می توان گفت که ۰,۳۶ درصد واریانس افسردگی را می توان به واسطه پیش بینی متغیرها پیش بینی نمود. علاوه بر این، با

در نظر گرفتن نتایج B در جدول بالا، در میان متغیرهای پیش بینی کننده، احساس گناه آسیب شناسانه در پیش بینی افسردگی از همه چیزی مهم است.

#### ۴. بررسی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که یک همبستگی مثبت معنادار بین احساس گناه آسیب شناسانه و افسردگی؛ با افزایش احساس گناه آسیب شناسانه، افسردگی بیماران وجود دارند. (Tangney and et ai, 1992, cited in Man, 2004) دریافتند که شرمندگی دارای همبستگی مثبت معنادار با افسردگی و یک همبستگی مثبت کم با احساس گناه است. علاوه بر این، (Tangney and Dearing (2002) اثبات نمودند که یک رابطه مثبت بین مشکوک بودن به شرمندگی و تمایل به افسردگی وجود دارد اما هیچ همبستگی بین مشکوک بودن احساس گناه و تمایل به افسردگی وجود نداشت. (Lot walk (1996) نشان داد که رخداد تکراری شرمندگی تقریباً مرتبط با برخی از تجربیات رفتاری شناختی مانند افسردگی، خودآگاهی، خجالتی بودن، عصبیت داخلی و هویت وحشی شده است. مطابق با عقاید فروید، احساس گناه از سنین ۳ تا ۵ سال آغاز می شود. در این سنین، کودک نمی داند که چه چیزی خوب یا بد است، اگر والدین او غالباً چیزی را بدون دادن معیار به او برای تشخیص آن دیکته کنند، او فقط احساس گناه می کند. هر قدر والدین شدیدتر رفتار کنند، احساس گناه کودک بیشتر می شود، این احساس آسیب شناسانه است و کودک خود را ضعیف، پر از احساس گناه و گناهکار در نظر می گیرد. این احساسات برای جبران اشتباهات واقعی باعث می شود که فرد افسرده شود. (Freud, 200 I). (Tangney and Dearing (2003) اعتقاد دارند که احساس گناه عصبی موجب به تعویق افتادن رشد می شود و تخریب یا خودمحووم سازی های ذهنی را برای فرد به همراه می آورد.

یافته های دیگر این مطالعه نشان می دهد که یک همبستگی معنادار بین افسردگی و تصویر فرد از خدا وجود دارد؛ تصویر منفی از خدا به طور مثبت با افسردگی مرتبط است. هر قدر تصویر فرد از خدا منفی باشد، فرد افسرده تر است. از طرف دیگر، هیچ همبستگی معناداری بین تصویر مثبت خدا و افسردگی مشاهده نشد. (Park and Kohn (1993, cited in Lin Gall, 2000) دریافتند که آن دسته از بیمارانی که اعتقاد داشتند خدا مهربان و دوستدار

است، به طور سازگارتر از افرادی غیر از این رفتار می کنند و از خدا عصبانی و ناامید هستند و در نتیجه افسرده می شوند و دارای سازگاری کمتری هستند. (Fehring, Miller and Shaw (1997) یک رابطه قوی بین بازیابی بیماران و باورهای مذهبی آنها و ارتباط با خدا یافت. آنها مشاهده نمودند که اعتقاد به خدا به طور قابل توجهی، رنج های بیمار را آزاد می کند و به او نگرش مثبتی نسبت به خودش می دهد. آنها همچنین دریافتند که یک رابطه مثبت در میان اقدامات مذهبی، رابطه با خدا، امیدواری و کاهش عصبیت و افسردگی بیماران وجود دارد. (Pragrent (1997, cited in Greenway et ai, 2003) نشان دادند که افرادی که اعتقاد دارند خدا حافظ و حامی است، بر او تکیه می کنند و از راهبردهای مثبت برای سرو کار داشتن با زندگی استفاده می کنند. از طرف دیگر، کسانی که راهبردهای ضعیف را در رویارویی مشکلات ناشی از افسردگی به کار می برند، دارای سطوح پایین تر سلامت ذهنی و تصویر منفی از خدا هستند. در حقیقت، آنها اعتقاد دارند که خدا تنبیه کننده است.

برای بررسی یافته ها، تئوری تاثیر Balbi (1973, cited in De Roos, Miedame and Iedema, 2001) اعتقاد دارد که دلبستگی یک ارتباط احساسی بین دو فرد است. کودک، الگوهای ذهنی موثر خود و والدین خود را توسعه می دهد. این الگوها که نمایشگر ذهنی خود و دیگران هستند، از تجربیات مختلف کودک و تعاملات با والدین خود نتیجه می شوند. این نمایش ذهنی، رفتار و ادراکات خاصی را برای کودک به همراه می آورد. به طور مثال، مدل ذهنی فرد از خدا به طور مشابه در نتیجه رابطه نزدیک با خدا به دست آمده است. بنابراین، رابطه تاثیر ایمن و غیرایمن کودک به طور مستقیم، تصویر او از خدا را پیش بینی می کند (De Rous & et ai, 2001). Kirkpatrick and Shiver (1992) اعتقاد دارند که کودکانی که دارای رابطه خوبی با والدین خود نیستند، تصویرشان از خدا منفی تر است. به طور متناقض، کسانی که رابطه شان با والدینشان موثر و خوب است، دارای تصاویر روشنگرانه و خوبی از خدا هستند. (Kirkpatrick and Shiver (1992) نتیجه گرفتند که افراد با یک الگوی تاثیر ایمن دارای سطوح بالاتر از تصویر مثبت از خدا در مقایسه با افراد دارای الگوهای اجتنابی هستند. Kirkpatrick (1999) بیان می کند که رابطه تاثیرپذیری اولیه فرد، مبنای تصویر او از خدا و باورهای مذهبی

اوست. Balbi اعتقاد دارد که آسیب به تاثیر اولیه، زمینه را برای افسردگی آماده می کند و محرومیت های بلوغ باعث می شود تا فرد، محرومیت های کودکی را به خاطر آورد و افسردگی او تسریع می شود.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تصویر خدا و احساس گناه آسیب شناسانه در افراد بیمار سرطانی دارای نقش تعیین کننده و معنادار در پیش بینی افسردگی است. (Greenway and et ai, (2003) رابطه بین مشخصات شخصیت، خود-احترام، افسردگی و تصویر خدا را مطالعه نمود. آنها دریافتند که تصویر مثبت از خدا دارای همبستگی مثبت با احساس آزاد شده، خود-رضایتی و خود-احترام کلی است. از سوی دیگر، تصویر منفی از خدا دارای یک همبستگی مثبت با افسردگی و خود-شک داشتن است. در مطالعه خود، افراد دارای تصویر مثبت از خدا، خدا را به عنوان یک محافظ و حامی در نظر می گیرند، در حالیکه افراد دارای تصویر منفی، خدا را به عنوان تنبیه کننده در نظر می گیرند. بنابراین، داشتن یک رابطه مثبت شخصی با خدا موجب افزایش سازگاری فرد می شود و این انطباق با خدا به عنوان منبع محافظتی قدرتمند در رویارویی با افسردگی و دیگر مسائل عمل می کند. Freud (2001) بیان می کند که شدت عزت نفس، حتی زمانی که فرد یک اصل اخلاقی را نقض می کند، باعث می شود که او به شدت خود را محکوم کند، احساس گناه و بی ارزش بودن کند و از خودش عصبانی شود. نهایتاً، این عصبانیت داخلی، افسردگی را به همراه می آورد.

یافته های مطالعه ما نشان می دهد که واکنش های ذهنی افراد بیمار سرطانی در فرآیند بیماری آنها بسیار مهم است. افسردگی، احساس گناه، بی امید بودن و دیدگاه منفی از آینده، برخی از مسائل پیش روی بیماران است. علاوه بر این، تصویر بیماران از خدا می تواند به طور قابل توجه تعیین کند که چگونه آنها با این بحران ها روبرو شوند. به نظر می رسد که داشتن یک تصویر مثبت از خدا باعث می شود که فرد در برابر مسائل و بحران های زندگی، قوی و امیدوار شود. بنابراین، پیشنهاد می شود که علاوه بر درمان فیزیکی، جنبه های فیزیولوژیکی بیماران باید مورد توجه قرار گیرند و آنها باید خدمات روان درمانی مناسب را دریافت نمایند.



این مطالعه دارای برخی محدودیت ها مانند تعداد محدود نمونه ها و نمونه برداری غیرتصادفی است؛ این مقوله ها، تعمیم نتایج را محدود می کند. علاوه بر این، مانند دیگر مطالعات مبتنی بر پرسشنامه خود-گزارشی، شرکت کنندگان ممکن است صادقانه به سوالات پاسخ ندهند

## References

- Beck, A. T., Steer, R.A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67 (3) 588-97.
- Block, S. D. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine*. *Ann Intern Med*, 132 (3) 209-18.
- De Roos, S. A., Miedema, s., & Iedema, J. (2001). Attachment, working models of self and others, and god concept in kindergarten. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(4) 607- 618.
- Fehring, R.J., Miller, J.F., & 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.
- Freud, S. (2001). The Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Moses and Monotheism, *An Outline of Psycho-analysis* 23.Pub: Vintage, New Ed.
- Greenway, A.P., Milne, L.C., & Clarke, v. (2003). Personality variable, self esteem and depression and an Individual perception of God. *Journal of mental health, religion and culture*, 6(1):45-57.
- Grov, E.K., Dahi, A.A., & Moum, T. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncology* ,16 (7) 1185-91.
- Jehn, C.F., Kuehnhardt, D., & Bartholomae, A. (2006). Biomarkers of depression in cancer patients. *Cancer*, 107 (11) 2723-9.
- Jemal, A., & Murray, T.; Ward, E. (2005) Cancer statistics. *CA Cancer Journal*, 55, 10-30.
- Kirkpatrick, L. A. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application*. NY: Guilford press.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P.R. (1992). An attachment theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 226- 275.
- Lin Gall, T.L. (2000). Integrating religious resources within a general model of stress and coping: Long- term adjustment to breast cancer. *Journal of Riling Health*, 39(2). 167- 182.
- Lut wak, N. (1996). Moral affect and cognitive processes: Differentiatiry shame from guilt among men and women. *Personality and Individual Differences*, 21, 891- 896.
- Mann, M. P. (2004). The adverse influence of narcissistic injury and perfectionism on college student institutional attachment. *Personality and Individual Differences*, 36, 1797- 1806.
- Petersen, R.W., & Quinn Livan, J.A (2002). Preventing anxiety and depression in gynaecological BJOG.cancer: a randomized controlled trial, 109(4): 386- 394