

ارتباط بین دین داری و افسردگی مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

میرمسنود فاطمی: استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: mirmasoudfatemi@yahoo.com

نرگس حمزه نژاد: کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی ارتباط بین دین داری با افسردگی در بین مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان صورت گرفته است.

روش کار: ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه دین داری (Khodayarifard 2012) و پرسشنامه افسردگی (Beck et al. 2000) بود. نمونه آماری شامل ۱۱۵ نفر از مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی بود که پرسشنامه ها در یک دوره ۶ ماه بین آنها توزیع شد. **نتایج:** یافته ها نشان داد که بین افزایش سطح دین داری و کاهش افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد. همچنین از بین متغیرهای جمعیت شناختی، درآمد با میزان افسردگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد و در دیگر متغیرهای جمعیت شناختی با افسردگی مادران ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت، همچنین بین میزان درآمد و وضعیت اشتغال مادر (مادران شاغل) با دین داری ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: هرچه سطح دین داری در مادران افزایش پیدا می کند، افسردگی در آنها کاهش می یابد. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی با متغیرهای اضراب و بیمارهای روانی وابسته به آن با متغیر دین داری در جامعه آماری فوق صورت گیرد.

واژگان کلیدی: دین داری، افسردگی، سرطان، مادران

مقدمه

Egan معتقد است دین عبارت است از رابطه انسان با عالی ترین یا توانا ترین ارزش، خواه مثبت و خواه منفی. آن حقیقت روانشناسی که در وجود انسان بزرگترین قدرت را اعمال میکند، و به عنوان خدا نمایان می شود (Egan et al. 2007). دین در طول تاریخ یکی از موثرترین مامن ها در برابر ناهنجاری بوده است (Lewis and Maltby 1995). بدون تردید انسان در گذر زمان با انواع حوادث روبرو می شود و به بسیاری از خواسته ها و آرزوهای دست نمی یابد و طبعاً همواره چرخش جهان به دلخواه وی نیست و با دیدن ناملایمات و فشارها در کشمکش های درونی و روانی قرار می گیرد و امکان دارد به تدریج دچار

گرایش به سوی حقایق و واقعیات مقدس و قابل پرستش در سرشت فرد، فرد بشر است (Borras et al. 2008). اصل معرفت و کشش نسبت به خدا ریشه در ساختار وجودی و نحوه خلقت انسان دارد. و امکان تبدیل و تغییر در آن نیست (Masjedi 2005). دین نظام یک پارچه ای از اعتقادات و اعمال مربوط به امور مقدس، مجموعه امور ممنوعه و حرمت یافته است. این نیاز فطری که از درون منشا می گیرد و به خصوص از آن نظر که نیاز انسان را به داشتن تکیه گاهی نیرومند و قوی ارضا می کند، قابل توجه است. تکیه گاهی که در همه حوادث به آن پناه برد و به اتکای آن آرام و مطمئن باشد (Jung 1992).

افسردگی مرتبط است (Patterson 2010). و از این جهت در جامعه مورد مطالعه قابل بررسی می باشد. (Patterson 2010). با مطالعه گروهی از مسلمانان، یافتند که مذهبی بودن با خوش بینی ارتباط دارد. همچنین مطالعات نشان داده اند خوش بینی بین مذهبی بودن و سلامت روان شناختی میانجی است (Patterson 2010). خوشبینی متغیری است که با افسردگی رابطه منفی دارد، یعنی هرچه فرد امتیاز بیشتری در سطح خوش بینی و تفکر مثبت داشته باشد، امتیاز کمتری در سطح افسردگی کسب می کند، از این رو نیز پژوهشگر در تلاش است تا رابطه بین متغیرها را آزمون کند، زیر پژوهش های صورت گرفته در جامعه غیر ایرانی بوده که مولفه های دینی و مذهبی متفاوتی دارا می باشند، همچنین جامعه آماری مورد پژوهش در مطالعات قبلی متفاوت با مطالعه فوق می باشد و نیز در اکثر پژوهش های اشاره شده رابطه دین با متغیرهای مثبت و خوش بینانه بررسی شده تا متغیرهای منفی. باتوجه به مطالب گفته شده، پژوهشگر در تلاش است به سوال پاسخ دهد که آیا بین دینداری و میزان افسردگی در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی رابطه ای وجود داد؟

روش کار

نوع مطالعه: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی (Descriptive Analysis) است که در آن ارتباط بین دین داری به عنوان متغیر پیش بین با افسردگی به عنوان متغیر ملاک در بین مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در فاصله زمانی ۶ ماه صورت گرفت. مشارکت کنندگان: پژوهش حاضر بر روی ۱۱۵ نفر از مادرانی که کودکان آنها مبتلا به سرطان خون (۶/۶۹٪)، تومور مغز و استخوان (۱/۲۶٪) و سایر سرطان ها (۴/۴٪) بودند صورت گرفت. حجم نمونه: بر اساس تعداد مادران کودکان بستری که حدود ۱۶۴ نفر محاسبه شده بود و پس از استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه ۱۱۵ نفر محاسبه گردید.

افسردگی و ناراحتی های جسمی و روانی می گردد (Carnzaro et al. 2005).

افسردگی یک عارضه ناتوان ساز است که همه افراد ممکن است به طور کوتاه مدت یا طولانی در عمر خود آن را تجربه کنند (Sadock and Kaplan 2007). Myers معتقد است ایمان مذهبی تأثیر زیادی بر میزان شادمانی و کاهش افسردگی دارد. ایمان مورد نظر Myers، ایمانی است که حمایت اجتماعی، هدف مندی، احساس پذیرفته شدن و امیدواری را برای فرد به ارمغان می آورد (Myers 2000). از نظر Greely، فعالیت های مذهبی کارکردهایی دارند که در نهایت موجب افزایش شادمانی و در نتیجه کاهش افسردگی فرد می گردند (Greely 1974). Hilles در بیان این کارکرد ها به مواردی از جمله احساس اتصال با معبودی بسیار قدرتمند و مقدس، عشق، برابری و احساس در جمع بودن اشاره می کند (Hilles and Argyle 2001). لازم به ذکر است که با متغیرها پژوهش فوق، تحقیق مشابهی یافت نشد، اما بیشتر مطالعات موجود، دست کم یک ارتباط مثبت بین دین داری و شاخص های سلامتی و ارتباط منفی با افسردگی و مولفه های آن را گزارش کرده اند (Christian and Rhodes 1987). همچنین دین داری نیز به طور چشمگیری با سلامت جسمانی، سلامت روانی، طول عمر، و رشد پس از ضربه مرتبط شناخته شده اند (Smith et al. 2008) که با توجه به موضوع پژوهش و بررسی بین سلامت جسمانی مادران و یا یکی از اعضای خانواده با دین داری از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین در این راستا پژوهش ها نشان می دهند دین داری به طور معناداری با سلامت روانی نیز مرتبط است. (Smith et al. 2008). دریافتند که مذهبی بودن با میزان پایین نشانه های افسردگی مرتبط است، که با فرضیه پژوهشگر در یک راستا است. افزون بر این، برخی شاخص های مذهبی بودن حتی ارتباط منفی قوی تری با نشانه های افسردگی دارد؛ در حالی که شاخص های مقابله مذهبی منفی و انگیزش مذهبی به طور مثبتی با نشانه های

(Chegini 2001)، اعتبار پرسش‌نامه بک، از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (Beck et al. 2000).

نتایج

تعداد ۱۱۵ نفر از مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان در این مطالعه بررسی شدند. جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می‌دهد که به ترتیب کمتر از ۳۰ سال ۳۴ نفر (۲۹/۶)، بین ۳۰ تا ۴۰ سال ۵۴ نفر (۴۷/۰) و بالاتر از ۴۰ سال ۲۷ نفر (۲۳/۵) بود.

جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوع سرطان کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می‌دهد که به ترتیب، سرطان خون و لنفوی ۸۰ نفر (۶۹/۶)، تومور مغز و استخوان ۳۰ نفر (۲۶/۱) و سایر سرطان‌ها ۵ نفر (۴/۳) بود. جدول ۳ توزیع داده‌های توصیفی میزان افسردگی در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می‌دهد. مطابق جدول افراد دارای افسردگی پایین ۹ نفر (۷/۸)، افسردگی متوسط ۶۳ نفر (۵۴/۸) و افسردگی شدید ۴۳ نفر (۳۷/۴) بودند.

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد امتیاز دین داری و مولفه‌های آن در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می‌دهد.

در مرحله بعد از آزمون فیشر برای سنجش ارتباط متغیرها استفاده شد. جدول ۵ ضرایب همبستگی و سطح معنی داری متغیرهای پژوهش را در شدت افسردگی مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون آماری فیشر بین میزان درآمد و شدت افسردگی با مقدار ۱۰/۳۵ و سطح معنی داری ۰/۰۲۵ ارتباط آماری معنی داری وجود دارد، بدین معنی که افراد با درآمد بالاتر شدت کمتری از افسردگی را تجربه کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهند که دیگر متغیرهای مورد بررسی شامل: سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، ترتیب فرزندان، سن کودک بیمار، جنس کودک و نوع بیماری، با شدت افسردگی مادران ارتباط آماری معنی داری وجود ندارند.

معیارهای ورود و خروج به جامعه آماری: در این پژوهش عبارتند از: ۱. مادرانی که یک کودک مبتلا به یکی از انواع سرطان را دارد ۲. آزمودنی‌ها آگاهانه و با رضایت شخصی در تحقیق شرکت کنند ۳. آزمودنی‌ها به هیچ یک از اختلالات روانی مبتلا نباشند.

تصادفی بودن: به منظور پیشگیری از خطای نوع اول آماری، بالا بردن توان کارآزمایی و رسیدن به تعادل در بین جامعه آماری از نظر متغیرهای مورد بررسی، از روش تصادفی طبقه‌ای (Randomization Stratified) استفاده شد.

ابزار و روش گردآوری داده‌ها: از طریق مصاحبه و پرسشنامه اطلاعات جمع‌آوری شد، بصورت مقطعی پرسشنامه‌ها بین مادران کودکان سرطانی پخش شد که ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دین داری (Khodayarifard 2012) و پرسشنامه افسردگی بک (Beck et al. 2000) بود. بدین ترتیب که پژوهشگر پس از مراجعه به بخش انکولوژی اطفال بیمارستان و صحبت با هر یک از نمونه‌ها ابتدا هدف از انجام تحقیق و نحوه تکمیل پرسشنامه را به افراد مورد پژوهش توضیح داده و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss16 استفاده شد.

پرسشنامه سنجش دین داری: این آزمون یک مقیاس استاندارد شده برای سنجش دین داری جامعه ایران به عنوان جامعه‌ای دین‌دار و مذهبی است که بر اساس تعالیم اسلام ساخته شده است و در مجموع ۱۱۳ سؤال دارد. ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسش‌نامه ۰/۹۷ گزارش شده است (Khodayarifard 2012).

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است توسط بک و استر ساخته شده است (Beck et al. 2000). Beck و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در پژوهش پرتویی (Partoi 1999) و چگینی

جدول ۶ ضرایب همبستگی و سطح معنی داری متغیرهای پژوهش را در میزان دین داری مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی را نشان می دهد. با توجه به نتایج آزمون آماری فیشر بین میزان درآمد و دین داری با مقدار ۱۵/۰۳۰ و سطح معنی داری ۰/۰۰۵ ارتباط آماری معنی داری وجود دارد بدین معنا که افرادی که سطح درآمد بالاتری دارند، میزان امتیاز بیشتری را در پرسشنامه دین داری کسب می کنند. همچنین بین وضعیت اشتغال مادر (مادران شاغل) و دین داری با مقدار ۶/۰۴۷ و سطح معنی داری ۰/۰۲۴ ارتباط آماری معنی داری وجود دارد، بدین معنا که مادران شاغل امتیاز بالاتری در دین داری کسب می کنند. نتایج نشان می دهند که دیگر متغیرهای مورد بررسی شامل: سن، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، ترتیب فرزندان، سن کودک بیمار، جنس کودک و نوع بیماری، با میزان دین داری مادران ارتباط آماری معنی داری وجود ندارند.

در جدول ۷، میزان همبستگی دین داری و افسردگی در سطح ۰/۰۰۱ محاسبه شده است. و همان گونه که ملاحظه می گردد، حاکی از رابطه منفی و معنی دار بین دین داری و افسردگی می باشد، بدین معنی که مادرانی که امتیاز بیشتری در دین داری دارند، امتیاز پایین تری در افسردگی کسب می نمایند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین افزایش سطح دین داری و کاهش افسردگی مادران رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد؛ در تبیین یافته های فوق باید گفت باورهای مذهبی یک سیستم اعتقادی سازمان یافته است که شامل ارزش های اخلاقی و معنوی، آیین ها، عبادت های دسته جمعی، اعتقاد به خداوند و یا یک نیروی بالاتر، کتاب ها و آموزه های آسمانی است. مذهب، دستورات و استانداردهایی برای زندگی خانوادگی فراهم می کند. همچنین با ایجاد وابستگی گروهی در زمان های بحرانی، اجتماع ایمانی را به خوبی حمایت نموده، با برپایی مناسک

و مراسم معنی دار، به تقویت ارتباطات میان اشخاص و خانواده ها کمک می کند. مذهب، جلوه معنوی الهی است که در اندیشه، باور، اعتقاد و شیوه زندگی افراد تاثیر همه جانبه دارد. در جامعه ما تاثیر اعتقاد مذهبی بر رفتار و کردار زندگی مادران شایان توجه است. در تبیین یافته های پژوهش باید گفت دین نوعی اعتقاد به وجودهای معنوی یا مقدس است که منشأ یک مجموعه رفتارها و نگرش های خاص در زندگی انسان می شود. در سه دهه اخیر و با گسترش مباحث مربوط به افسردگی و نقش مذهب در آن، توجه بسیاری از روانشناسان را برانگیخته است و در این زمینه پژوهش های متعددی وجود دارند که در صدد بررسی چگونگی کنش های مذهبی در تامین افسردگی و بیماری های روانی با پژوهش فوق همسو است. پژوهش های Alice's و Batson از جمله این کوشش هاست (Alices 1980; Batson and Wentis 1982). مولفه مناسک و حیات دینی و استقرار گونه ای از خردگرایی و تضعیف حس مذهبی در افراد وجود دارد و در جامعه ما تاثیر اعتقاد مذهبی بر رفتار و کردار زندگی شایان توجه است. همچنین Granacher معتقد است که رشد و تحول اخلاقی که در اثر اعمال مذهبی روی می دهد، در جهان امروز بهداشت روانی اهمیت بسیاری دارد، زیرا در عصری زندگی می کنیم که به موازات پیشرفت های تکنولوژیکی، صنعتی، اقتصادی و اجتماعی، نابسامانی های روانی و نفسانی، در حال گسترش است (Grancher 1999). بسیاری از افراد از مشکلات روانی مانند افسردگی به شدت رنج می برند و نه تنها خود در بحران هستند، خانواده و جامعه را نیز دچار چالش می کنند. به طور کلی دین داری با مشکلات روانی، متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس های هیجانی و ناراحتی های جسمانی به افراد کمک می کند. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و روحانی، همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با استفاده از آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند

مذهبی درونی و بیرونی همبستگی مثبتی با بهزیستی آزمودنی‌ها و همبستگی منفی با افسردگی دارد (Aardelt and Tim 2013). اگر چه جهت گیری مذهبی بیرونی همبستگی مثبتی یا افسردگی داشت، جهت گیری مذهبی درونی همبستگی منفی با افسردگی داشت. Clenents در بررسی رابطه بین انگیزه مذهبی و نگرش نسبت به افسردگی و خدا در بین میانسالان، روشن ساخت که افراد با جهت گیری مذهبی درونی نسبت به افراد با جهت گیری مذهبی بیرونی سطوح پایین معناداری از انواع مختلفی افسردگی را برخوردارند (Clenents 2008). Kim و همکاران نشان دادند که دین‌داری با هیجان‌ات مثبت مثل خوش‌خوشی، مهربانی، اعتماد به نفس، توجه و آرامش رابطه مثبت دارد (Kim and Kennedy 2004). همچنین نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات جعفری که بین دین‌داری و سلامت روان رابطه مثبت یافتند، همخوان است (Jafari 2011). همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین وضعیت اشتغال مادر (مادران شاغل) و دین‌داری ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. این نتایج با نتیجه تحقیق Cristian همخوان است که زنان ۴۹ ملت را از لحاظ تفاوت‌های جنسیتی در دین‌داری بررسی کرد و گزارش کرد که در هر مورد درصد بیشتری از زنان نسبت به مردان مذهبی‌ترند (Christian 2005). افزون براین، برخی شاخص‌های مذهبی بودن مانند مقابله مذهبی مثبت، انگیزه مذهبی درونی، و مفاهیم مثبت از خداوند حتی ارتباط منفی قوی‌تری با نشانه‌های افسردگی دارد؛ در حالی که شاخص‌های مقابله مذهبی منفی و انگیزش مذهبی بیرونی به طور مثبتی با نشانه‌های افسردگی مرتبط است (Seligman and Nansookpark 2007).

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه، نقش دین‌داری را، به‌ویژه برای کسانی که اعتقادات دینی دارند در میزان افسردگی برجسته می‌کند. نتایج پژوهش نشان داد که بین افزایش سطح دین‌داری و کاهش افسردگی مادران رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. از این رو، فراهم‌کنندگان بهداشت روان

Granacher معتقد است اعمال مذهبی در بالا بردن سطح بهداشت روانی فرد، کاهش افسردگی، به دست آوردن عزت نفس و خشنودی در روابط فردی و اجتماعی مؤثر است. به نظر وی افزایش سطح سلامت روانی، تأثیر بسزایی در زیاد شدن طول عمر شخص و امکان بهبودی از بیماری و کاهش ابتلا به بیماری‌های کشنده دارد (Granacher 1999). در یک سنجش صورت گرفته روی افراد بزرگسال با میانگین سنی ۳۷/۴ سال، مشاهده شد که بین سه شاخص مذهبی بودن (فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته و غیر سازمان یافته) روحیه داشتن و دلگرمی به زندگی، همبستگی مثبتی وجود دارد (Markstrom 1999).

نتیجه تحقیق حاضر، با تحقیقات Kelley و Zulling که نشان داد فعالیت‌های مذهبی از جمله حضور در کلیسا افسردگی افراد را کاهش می‌دهد، همخوان است (Smith et al. 2012). همچنین نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیقاتی که نشان داده‌اند افرادی که در فعالیت‌های دینی شرکت می‌کنند یا افرادی که گزارش می‌دهند دین جنبه اصلی زندگی‌شان است و گرایش دارند که سلامت ذهنی نسبتاً بالا نشانه‌های افسردگی نسبتاً کمتر و زندگی نسبتاً طولانی‌تری از همتایان کمتر مذهبی‌شان داشته باشند، همخوان است. Babsen در بررسی رابطه بین مذهب و افسردگی، نتایج نشان داده است که همبستگی منفی بین مذهب و افسردگی مرگ وجود دارد. برخلاف Lester، در بررسی رابطه بین دین‌داری و افسردگی، گزارش داد که هیچ همبستگی معنی‌داری بین افسردگی و مذهب وجود ندارد (Lester 2008). همچنین افسردگی در بین افرادی که به میزان زیادی اعتقادات مذهبی سنتی دارند و آنهایی که چنین اعتقاداتی مذهبی سنتی را بطور کامل رد می‌کنند، نسبت به افراد که در نگرششان نسبت به اعتقادات مذهبی سنتی تصمیمی نگرفته‌اند و یا بطور کامل تسلیم این اعتقادات نشده‌اند، از افسردگی پایین‌تری برخوردار دارند.

Aardelt، بررسی جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی با بهزیستی و افسردگی، نشان داد که جهت گیری

میزان درآمد و شدت افسردگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد.

جامعه باید این عامل را در نظر بگیرند و در مداخله‌های خود از این عامل استفاده کنند. همچنین نتایج تحقیق نشان داد که بین وضعیت اشتغال مادر (مادران شاغل) و دین داری ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. نتایج تحقیق نشان داد رابطه افسردگی و دیگر متغیرهای پژوهش شامل: سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد، شغل پدر خانواده، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، ترتیب فرزندان، سن کودک بیمار، جنس کودک و نوع بیماری کودک در شدت افسردگی مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی با

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سرکار خانم محبوبه صفوی، جناب آقای محمد خرازی افرا و افرادی که در به انجام رساندن این پژوهش همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

جدول ۱- توزیع فراوانی سن مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

سال	تعداد	درصد
تا ۳۰	۳۴	۲۹/۶
۳۰ تا ۴۰	۵۴	۴۷/۰
۴۰ و بالاتر	۲۷	۲۳/۵
جمع	۱۱۵	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی نوع سرطان کودکان بستری در بخش انکولوژی

نوع سرطان	تعداد	درصد
سرطان خون	۸۰	۶۹/۶
تومور مغز و استخوان	۳۰	۲۶/۱
سایر سرطان ها	۵	۴/۳
جمع	۱۱۵	۱۰۰

جدول ۳- توزیع داده های توصیفی سطح افسردگی در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

افسردگی	تعداد	درصد
پایین	۹	۷/۸

متوسط	۶۳	۵۴/۸
شدید	۴۳	۳۷/۴
جمع	۱۱۵	۱۰۰

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد امتیاز دین داری و مولفه ها آن در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

متغیرها	انحراف استاندارد \pm میانگین
شناخت دینی	۹۷/۷۸ \pm ۴/۱۱
گرایش و عواطف دینی	۸۶/۳۷ \pm ۳/۱۱
باورهای دینی	۹۴/۷۰ \pm ۲/۶۶
التزام به وظایف دینی	۸۶/۶۰ \pm ۳/۲۳
دین داری	۹۲/۵۲ \pm ۲/۶۱

جدول ۵- ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش با شدت افسردگی در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

متغیرها	همبستگی	سطح معنی داری
سن	۱/۸۹۲	۰/۷۷۶
میزان تحصیلات	۷/۰۱۸	۰/۲۷۲
میزان درآمد	۱۰/۳۵	۰/۰۲۵
وضعیت اشتغال	۴/۵۶۴	۰/۱۱۹
تعداد فرزندان	۴/۹۹۷	۰/۵۱۳
ترتیب فرزندان	۴/۹۴۴	۰/۵۵۳
سن کودک بیمار	۲/۰۴۱	۰/۷۵۲
جنس کودک	۰/۷۶۷	۰/۶۸۲
نوع بیماری کودک	۲/۵۲۱	۰/۶۳۳

سطح معنی داری (۰/۰۵) در نظر گرفته شده است.

جدول ۶- ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش با میزان دین داری در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

متغیرها	همبستگی	سطح معنی داری
سن	۰/۷۶۱	۰/۹۵۶

۰/۱۵۰	۸/۴۲۲	میزان تحصیلات
۰/۰۰۵	۱۵/۰۳۰	میزان درآمد
۰/۰۲۴	۶/۰۴۷	وضعیت اشتغال
۰/۵۴۳	۴/۸۵۳	تعداد فرزندان
۰/۷۶۳	۳/۴۶۵	ترتیب فرزندان
۰/۶۳۴	۲/۵۵۹	سن کودک بیمار
۰/۳۸۴	۱/۹۱۴	جنس کودک
۰/۹۸۹	۰/۹۹۴	نوع بیماری کودک

سطح معنی داری (۰/۰۵) در نظر گرفته شده است.

جدول ۷- ضرایب همبستگی دین داری و افسردگی در مادران کودکان بستری در بخش انکولوژی

متغیرها	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
دین داری و افسردگی	-۳۴/۰۲۱	۰/۰۰۰۱

References

- Aardelt, C. and Tim, H., 2013. Understanding health beliefs and behaviour in workers with suspected occupational asthma. *Journal of Respiratory Medicine*, 109, pp. 379-388.
- Alice's, P.J. and Alice's, G., 1980. The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, pp. 179-192.
- Batson, J. and Wentis, J., 1982. Social support, self-esteem, and stress as predictors of Adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Student Development*; 48, pp. 259-274.
- Beek, AT., Steer, RA. And Brown, Ik., 2000. *Manual for the Beek Depression Inventory-II*. San Antonio. IX: The Psychological Corporation.
- Borras, S., Grandon, R. and Meyers, E., 2008. The relation Ship between marital characteristic, marital interaction process and marital satisfaction. *Journal of counseling and Development*, 30, pp. 201- 580.
- Carnzaro, SJ., Horaney, F., Creasy, G. and Hassels, 2005. Coping and Depressive symptoms in an elderly community sample. *Journal of Counseling Psychology*; 3, pp. 395-365.
- Chegini, A., 2001. Analyzing the Validity and Potentials of Trusting in the Religious Orientation Criteria" *Journal of Training Sciences*; 11, pp. 19-27. [In Persian]
- Christian, J., 2005. Liberals and conservatives use different sets of moral foundations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, pp. 1029-1046.
- Christian, S. and Rhodes, E., 1987. Religiousness and psychological distress of women after Hurricane Katrina, 10, pp. 12-8.
- Clenents, I., 2008. Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry Human Development*, 41, pp. 353-370.
- Egan, E., Kroll, J., Carey, K., Johnson, M. and Erickson, P., 2007. Eysenck personality scales and religiosity in a US outpatient sample. *Personality and Individual Differences*; 37, pp. 1031-1023.
- Granacher, L., 1999. Personality Characteristics and the Attitude to Religion

- of Church Musicians. *Journal of Psychology of Music*; 67, pp. 593-921.
- Greely, A.M., 1974. Sociology of paranormal. In P. Hills & M Argyle (Eds.), *Musical and religious experiences and their relationship to happiness. Personality and Individual Differences*, 25, pp.102-91.
- Hilles, P. and Argyle, M., 2001. Emotional stability as a Major Dimension of Happiness. *Personality and Individual Differences*, 31, pp. 1364-1357.
- Jafari, A., 2011. The relationship between family function and religiosity and mental health and their comparison between male and female students, a new research consulting, 22, pp. 112-107. [In Persian]
- Jung, CG., 1992. *Religion and Psychology*. Yale University Press.
- Khodayarifard, M., 2012. Preparation of measures of religiosity and religious levels of the different strata of society, 5, pp. 20-17. [In Persian]
- Kim, S. and Kennedy, P., 2004. *Handbook of clinical health psychology*. John Wiley & Sons: England.
- Lester, SD., 2008. Religious Orientation and its Association with Personality Schizotypal Traits and Manic- Depressive Experiences, *Journal of Mental health, Religion & Culture*; 9, pp. 112-183.
- Lewis, CA. and Maltby, J., 1995. Religious attitude and practice: The relationship with obsessionality. *Personality and Individual Differences*; 19, pp. 108-105.
- Markstrom, TL., 1999. *Understanding the impact of stress, irrational health beliefs, and health behaviors among adults 18-45*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Health Psychology, Walden University.
- Masjedi, AR., 2005. *Faith and knowledge*. Tehran, published by the Ministry of Culture and Islamic Guidance. [In Persian]
- Myers, DG., 2000. The funds ,friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, pp. 67-56.
- Partoi, E., 1999. *Foundation of health psychology*. Oxford University Press: New York.
- Patterson, k., 2010. Transformational versus servant leadership, a difference in. *leader focuse, Servant leadership Roundtable*, 2, pp. 15-1.
- Sadock, B. and Kaplan, V., 2007. *Synopsis of Psychiatry*. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9 editions. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Seligman, M. and Nansookpark, T., 2007. Peterson ch. Positive Psychology Progress, *American Psychologist*, 6, pp. 421-410.
- Smith, BW., 2008. Noah revisited: Religious coping by church members and the impact of, Midwest flood, *Journal of community psychology*, 28, pp. 185-171.
- Smith, TB., Mccullough, ME. and Poll, J., 2012. Religiousness and depression: Evidence for a main affect and the moderation influence of stressful life events, *Psychological Bulletin*, 129, pp. 636-614.

Association Between Religiosity and Depression in Mothers of Children Hospitalized in Oncology Wards

Fatemi, MM., Ph.D. Assistant Professor, Islamic Philosophy, Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran- Corresponding Author: mirmasoudfatemi@yahoo.com

Hamzenejad, N., Msc. Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran

Received: Sep 15, 2016

Accepted: Nov 22, 2016

ABSTRACT

Background and Aim: This study aimed to investigate the association between religiosity and depression among mothers of children hospitalized in the oncology wards of affiliated hospitals of Kerman University of Medical Sciences (KUMS), Kerman, Iran.

Materials and Methods: Data were gathered using a religiosity questionnaire and a depression questionnaire. The sample consisted of 115 mothers of children admitted to the oncology ward, KUMS, among whom the questionnaires were distributed during a 6-month period.

Results: The findings showed that there was an inverse association between religiosity and depression. As regards demographic variables, a statistically significant association was observed only between depression and income. Further analysis of the data revealed significant associations between religiosity on the one hand and income and mothers' occupation on the other.

Conclusion: Based on the findings it can be concluded that with an increase in the mothers' religiosity level the rate of depression decreases in them. We recommend researchers to conduct similar studies to investigate possible associations between religiosity and such variables as anxiety and mental disorders related to it.

Keywords: Religiosity, Depression, Cancer, Mothers