

## تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در بیماران سرطانی

معصومه عبدالخالقی\*، امید شکری\*\*، مریم صفایی\*\*\*، راحمه صالحی\*\*\*\*

\* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه

\*\* استادیار، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

\*\*\* کارشناسی ارشد روان‌شناسی، بیمارستان روزبه

\*\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه الزهرا

### چکیده

### تاریخچه:

**هدف:** مطالعه حاضر باهدف تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی (BRCS) پارکامنت، کوبینگ و پرز، (۲۰۰۰) در گروهی از بیماران مبتلابه سرطان انجام شد.

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۰۹  
تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۱۱/۱۵  
پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

**روش:** ۱۵۵ بیمار سرطانی (۱۱۹ زن و ۳۶ مرد) به نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی پاسخ دادند. به منظور تعیین روایی عاملی BRCS از روش‌های آماری تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و به منظور بررسی همسانی درونی BRCS از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد.

### کلیدواژه‌ها:

نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی، ویژگی‌های روان‌سنجی، بیماران سرطانی

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش وریمکس نشان داد که BRCS از دو بُعد راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی تشکیل شده است. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی بر پایه نرم‌افزار AMOS، وجود عوامل دو-گانه را تأیید کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی برای راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** در مجموع، نتایج نشان داد که در گروه نمونه بیماران سرطانی فارسی‌زبان، نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی، راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی را از طریق یک روش کارآمد و از لحاظ روان‌سنجی و نظری دقیق و معنادار می‌سنجد.

## Psychometric Evaluation of the Brief Religious Coping Scale for Cancer Patients

M. Abdolkhaleghi \*, O. Shokri, \*\*, M. Safaei \*\*\*, R.salehi

\*Islamic Azad University, Save Branch

\*\*Assistant professor, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

\*\*M. A. in Psychology, Roozbeh Hospital.

Postgraduate of clinical psychology, Alzahra University

### Abstract

**Aim:** The main purpose of the present study was to investigate psychometric properties of the Brief Religious Coping Scale (BRCS, Pargament, Koenig & Perez, 2000) among male and female cancer patients. 155 cancer patients (119 female, 36 male) completed the Brief Religious Coping Scale.

**Method:** The exploratory and confirmatory factor analysis methods and internal consistency coefficients were used to compute the BRCS's factorial validity and reliability, respectively.

**Results:** The results of principal component analysis (PC) with varimax rotation replicated 2-factor structure of positive and negative religious coping strategies for cancer patients. Goodness-of-fit indices of confirmatory factor analysis confirmed the 2 extracted factors. Internal consistency coefficients for positive and negative religious coping strategies were 0/85 and 0/80, respectively.

**Conclusion:** In sum, BRCS appears to be a good instrument that does what it was intended to do: assess religious methods of coping in an efficient, psychometrically sound, and theoretically meaningful manner.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2013/12/30

Revise: 2015/02/04

Acceptance: 2015/03/09

#### Keywords:

Brief Religious Coping Scale (BRCS), Psychometric Properties, Cancer Patients

## مقدمه

شواهد تجربی مختلف نشان می‌دهد که مذهب برای غالب افراد در فرایند مواجهه با موقعیت‌های منفی زندگی نقش حساسی را ایفا می‌کند (پارگامنت، ۲۰۰۷؛ پارگامنت، کوینگ، تراکشوار و هان، ۲۰۰۴). بر اساس شواهد تجربی موجود، چگونگی مقابل افراد با تنیدگی غیرقابل اجتناب حاصل از رویارویی با برخی موقعیت‌های منفی زندگی مانند داغ‌دیدگی<sup>۱</sup> (ویلکام و مک‌گئورگ، ۲۰۱۰) و بیماری‌های سخت (مسکوینا، چاوز، آویلینو، نوگیریا، یانزینی و دیکاروالو، ۲۰۱۳؛ تونی - بولی، استیگال، کشت‌گر، دیویدسون و نیومن، ۲۰۱۱)، یک قلمرو خطیر مطالعاتی برای تأکید بر نقش گریزناپذیر مذهب و ویژگی‌های کارکردی آن به‌عنوان یک منبع عظیم توانایی در مواجهه با رخدادهای چالش‌انگیز زندگی محسوب می‌شود. به‌بیان دیگر، نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که جهت‌گیری مذهبی در تبیین تمایز در پسایندهای چندگانه مواجهه با موقعیت‌های منفی زندگی مانند کیفیت زندگی (جنکینس، ۲۰۱۲؛ تراکشوار، وندروکر، پالک، پرس، کاسل و پریگرسون، ۲۰۰۶)، بهزیستی (پروفیت، کان، کالان و تدیسی، ۲۰۰۷؛ ایرونسون و کریمر، ۲۰۰۹؛ هیبرت، زندانیوک، اسپالز و اسپیر، ۲۰۰۹؛ آی، هوپ، تیزی و کوئینگ، ۲۰۱۳) و سازگاری روان-شناختی (آنو و وسکانسلس، ۲۰۰۵؛ تونی - بولی، استیگال، کشت‌گر و نیومن، ۲۰۰۶؛ تونی - بویلی، استیگال، کشت‌گر، دیویدسون، نیومن، ۲۰۱۳) از نقش بااهمیتی برخوردار است. بنابراین، با توجه

به نقش تعیین‌کننده اشکال مختلف راهبردهای مقابل مذهبی در پیش‌بینی الگوی پسایندهای چندگانه رویارویی با رخدادهای منفی زندگی، لازمه مطالعه نظام‌مند قلمرو مطالعاتی مقابل مذهبی در بین مبتلایان به بیماری‌های سخت مانند سرطان، پس از تصریح ضرورت و اهمیت مطالعه آن مستلزم دسترسی به ابزاری است که سنجش دقیق راهبردهای مقابل مذهبی را در رویارویی با تجارب تنیدگی‌زای زندگی امکان‌پذیر سازد. بر این اساس، مطالعه حاضر درصدد است که برای اولین بار، ساختار عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابله مذهبی<sup>۲</sup> (پارگامنت، کوینگ و پرز، ۲۰۰۰) را در بین گروهی از بیماران مبتلابه سرطان بیازماید.

طبق دیدگاه آنو و وسکانسلس (۲۰۰۵) مذهبی بودن یک نشانگر کارکردی باور و رفتار در مقابله با تجارب منفی زندگی محسوب می‌شود. به‌بیان دیگر، در شرایط فعلی، سنجش هدفمند مذهب مستلزم تمرکز بر ویژگی‌های کارکردی مذهب در بافت رویارویی با رخدادهای تنیدگی-زای زندگی است. مرور پیشینه تجربی در زمینه توسعه ابزارهای سنجش باهدف اندازه‌گیری مذهب نشان می‌دهد که تلاش محققان عمدتاً بر فعالیت‌های مذهبی منفرد مانند نمازخواندن و حضور در اماکن مذهبی مبتنی بوده است (هیل و هود، ۱۹۹۹). نابسندگی محدوده نشانگرهای کلی مذهبی بودن باهدف سنجش مذهب سبب شد که پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) با تمرکز بر فهرست فعالیت‌های مذهبی چندبعدی برای مواجهه با بحران‌ها در زندگی روزمره، نسخه جامع مقیاس

## 1. Bereavement

## 2. Brief Religious Coping Scale (BRCS)

حمایت معنوی<sup>۱۰</sup>، بخشش مذهبی<sup>۱۱</sup>، تطهیر مذهبی<sup>۱۲</sup> و تمرکز مذهبی<sup>۱۳</sup> ۷ گویه و از بین پنج زیرمقیاس راهبردهای مقابل مذهبی منفی شامل نارضایتی معنوی<sup>۱۴</sup>، نارضایتی مذهبی بین فردی<sup>۱۵</sup>، بازاریابی قدرت خداوند<sup>۱۶</sup>، بازاریابی مبتنی بر خداوند کیفر کننده<sup>۱۷</sup> و بازاریابی شیطانی<sup>۱۸</sup> نیز هفت گویه انتخاب شدند. طبق دیدگاه پارگامنت (۲۰۰۲) روش‌های مقابل مذهبی مثبت از طریق ویژگی‌هایی مانند رابطه ایمن با یک قدرت متعالی، احساس پیوند معنوی با دیگران و دیدگاه جهان خیرخواه و در مقابل روش‌های مقابل مذهبی منفی به کمک تجربه کشمکش معنوی با خویشان، دیگران و خداوند مشخص می‌شوند.

در گروه کثیری از مطالعات و ویژگی‌های فنی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در نمونه‌های مختلف دانشجوی و بیمار و در گروه‌های فرهنگی متفاوت بررسی شده است (پارگامنت، اسمیت، کوینگ و پرز، ۱۹۹۸؛ پارگامنت، تاراکشوار، الیسون و والف، ۱۹۹۸؛ روحانی، خنجری، عابدی، اسکویه و لنگویس - اکلاف، ۲۰۱۰؛ پارگامنت، فیولی و بردزی، ۲۰۱۱؛ کان و واتسون، ۲۰۰۶؛ برام، اسپریر، تونیبرجر، بیکن، دیکر و ویت، ۲۰۱۰؛ ماتینز و سوسا، ۲۰۱۱؛ یو، ۲۰۱۲). در مطالعه پارگامنت و همکاران (۱۹۹۸) ضرایب همسانی درونی برای راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی در گروه نمونه دانشجویان به ترتیب

مقابل مذهبی را توسعه دهند. نسخه جامع مقیاس مقابل مذهبی پنج کارکرد اصلی مذهب شامل مقابله مبتنی بر جستجوی معنا<sup>۱</sup>، مقابل مبتنی بر کسب کنترل<sup>۲</sup>، مقابل مبتنی بر دستیابی به آسایش و نزدیکی به خداوند<sup>۳</sup>، مقابل مبتنی بر صمیمیت با دیگران و نزدیکی به خداوند<sup>۴</sup> و مقابل مبتنی بر تغییر یا دگرگونی در زندگی<sup>۵</sup> است.

پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) باهدف پیشنهاد یک روش اندازه‌گیری کارآمد و مبتنی بر نظریه و به‌منظور یکپارچه‌سازی ابعاد چندگانه فعالیت‌های مذهبی به درون مدل‌ها و مطالعات تنیدگی، مقابله و سلامت و همچنین با توجه به ضرورت غیرقابل اجتناب احساس نیاز به اصل ایجاز<sup>۶</sup> در اندازه‌گیری، نسخه کوتاه مقیاس مقابله مذهبی را توسعه دادند. با توجه به نتایج تحلیل عاملی نسخه جامع مقیاس مقابل مذهبی و بارگیری گویه‌های مقیاس زیر دو عامل مکنون راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی، پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) از مجموع ۱۰۵ گویه نسخه جامع بر اساس ملاک‌هایی مانند بالاترین بار عاملی، بارگیری مشخص گویه‌ها زیر فقط یک عامل و تعلق گویه‌ها به زیرمقیاس‌های مختلف، از بین هفت زیرمقیاس راهبردهای مقابل مذهبی شامل پیوند معنوی<sup>۷</sup>، بازاریابی مذهبی خیرخواهانه<sup>۸</sup>، مقابل مذهبی همیارانه<sup>۹</sup>، جستجوی

1. Coping to find meaning
2. Coping to gain control
3. Coping to gain comfort and closeness to God
4. Coping to gain intimacy with others and closeness to God
5. Coping to achieve a life transformation
6. Economy
7. Spiritual connection
8. Benevolent religious reappraisal
9. Collaborative religious coping

10. Seeking spiritual support
11. Religious forgiving
12. Religious purification
13. Religious focus
14. Spiritual discontent
15. Interpersonal religious discontent
16. Reappraisal of God's Powers
17. Punishing god reappraisal
18. Demonic reappraisal

بین ۰/۹۰ تا ۰/۸۷ و در گروه نمونه بیماران به ترتیب بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۱ به دست آمد. علاوه بر این، در مطالعه پارگامنت و همکاران (۱۹۹۸) نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار دو عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در گروه‌های نمونه دانشجوی و بیمار به‌طور تجربی حمایت کرد. همچنین، در این مطالعه، پس از تفکیک آماری اثرات متغیرهای جمعیت شناختی و نمره کلی مذهبی بودن، معناداری نتایج مدل‌های تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی مذهبی از طریق راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی، به‌طور تجربی از روایی فزاینده<sup>۱</sup> روش‌های مقابل مذهبی حمایت کرد. در مطالعه روحانی و همکاران (۲۰۱۰) نیز معناداری نتایج مدل‌های تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی در پیش‌بینی شاخص سلامت - پس از تفکیک آماری متغیرهای جمعیت شناختی جنس و سن و متغیر احساس انسجام - از طریق روش‌های مقابل مذهبی مثبت و منفی از روایی فزاینده راهبردهای مقابل مذهبی به‌طور تجربی حمایت می‌کند. همچنین، در مطالعه تسیوات، لئونارد، اسفلارسکی، شرم، کاتان، مراس و فینبرگ (۲۰۰۹) که باهدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز انجام شد، رابطه مثبت بین زیرمقیاس راهبرد مقابل مذهبی انطباقی با کیفیت زندگی در دو مرحله خط پایه و ۱۲ تا ۱۸ ماه بعد و عدم رابطه بین زیرمقیاس مقابل مذهبی غیر انطباقی با کیفیت زندگی در دو مرحله

خط پایه و ۱۲ تا ۱۸ ماه بعد به‌طور تجربی از روایی پیش‌بین نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی حمایت کرد. در مطالعه آی، سیمور، تیس، کرانفل و بولینگ (۲۰۰۹) عدم توانایی پیش‌بینی معنادار خصومت قبل از جراحی قلب و یک ماه بعد از جراحی قلب از طریق راهبرد مقابل مذهبی مثبت و توانایی پیش‌بینی معنادار خصومت قبل از جراحی قلب و یک ماه بعد از آن از طریق راهبرد مقابل منفی از روایی پیش‌بین<sup>۲</sup> نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی به‌طور تجربی حمایت می‌کند. علاوه بر این، در مطالعه مارتینز و سوسا (۲۰۱۱) نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از روش‌های چرخش متمایل و متعامد - که باهدف آزمون ساختار عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در بین گروهی از بیماران اسپانیایی مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد از ساختار دو عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی شامل راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی به‌طور تجربی حمایت کرد. در نهایت، نتایج مطالعه یئو (۲۰۱۲) از ساختار دو عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در گروهی از مسیحیان تایوانی به‌طور تجربی حمایت کرد.

بر اساس آنچه بیشتر اشاره شد، از یک طرف، نتایج تحقیقات مختلف از گریزناپذیری ایفای نقش مذهب به‌مثابه یک منبع مقابله‌ای در بافت مواجهه با تجارب تنیدگی زا در بین گروه‌های سنی و مذهبی مختلف و افراد بیمار و سالم به‌طور تجربی حمایت می‌کند. به‌بیان‌دیگر، نتایج برخی مطالعات از نقش مقابل مذهبی در مواجهه با

## 1. Incremental validity

## 2. Predictive validity

روش اندازه‌گیری کارآمد و مبتنی بر نظریه و به‌منظور یکپارچه‌سازی ابعاد چندگانه فعالیت‌های مذهبی به درون مدل‌ها و مطالعات تنیدگی، مقابله و سلامت و همچنین با توجه به ضرورت غیرقابل اجتناب احساس نیاز به اصل ایجاز در اندازه‌گیری، نسخه کوتاه مقیاس مقابله مذهبی را توسعه دادند. با توجه به نتایج تحلیل عاملی نسخه جامع مقیاس مقابل مذهبی و بارگیری گویه‌های مقیاس زیر دو عامل مکنون راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی، پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) از مجموع ۱۰۵ گویه نسخه جامع بر اساس ملاک‌هایی مانند بالاترین بار عاملی، بارگیری مشخص گویه‌ها زیر فقط یک عامل و تعلق گویه‌ها به زیرمقیاس‌های مختلف، از بین هفت زیرمقیاس راهبردهای مقابل مذهبی شامل پیوند معنوی، بازاریابی مذهبی خیرخواهانه، مقابل مذهبی همیارانه، جستجوی حمایت معنوی، بخشش مذهبی، تطهیر مذهبی و تمرکز مذهبی ۷ گویه و از بین پنج زیرمقیاس راهبردهای مقابل مذهبی منفی شامل نارضایتی معنوی، نارضایتی مذهبی بین فردی، بازاریابی قدرت خداوند، بازاریابی مبتنی بر خداوند کیفر کننده و بازاریابی شیطانی نیز هفت گویه انتخاب شدند. در مطالعات مختلفی از ویژگی‌های فنی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی به‌طور تجربی حمایت شده است. در مطالعه ضرایب همسانی درونی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی برای راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

رخدادهای منفی زندگی و استلزامات مقابل مذهبی بر سلامت روانی و جسمانی؛ حتی پس از تفکیک سهم متغیرهای جمعیت شناختی و راهبردهای مقابل مذهبی کلی حمایت کرده‌اند. از طرف دیگر، فقر اطلاعاتی موجود درباره نقش مقابل مذهبی در بین محققان ایرانی علاقه‌مند به قلمرو مطالعاتی روان‌شناسی دین و مقابله، ضرورت دسترسی به ابزاری برای سنجش مقابل مذهبی را در بین گروه‌های مختلف مشارکت‌کنندگان ایرانی، به‌مثابه یک اولویت پژوهشی اجتناب‌ناپذیر، آشکار می‌کند. بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی به‌عنوان یک ابزار سنجش نظریه محور و کارکردمحور، متمرکز بر ابعاد مثبت و منفی مقابل مذهبی و درنهایت، برخوردار از جامعیت و فرا گستری حیطة محتوایی، در بین گروهی از بیماران سرطانی انجام شد.

### روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران سرطانی بخش آنکولوژی مرکز درمانی شهدای تجریش شهر تهران تشکیل دادند. به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس، از این جامعه ۱۵۵ بیمار [۱۱۹ زن با میانگین سنی ۴۸/۲۳ سال (انحراف معیار=۱۸/۵۲، ۱۹-۷۵) و ۳۶ مرد با میانگین سنی ۵۱/۳۶ سال (انحراف معیار=۱۷/۹۶، ۲۱-۷۹)] انتخاب شدند.

### ابزار: نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی

(BRCS؛ پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰). پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰) باهدف پیشنهاد یک

از چرخش وریمکس، تحلیل شد. قبل از انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی، اندازه شاخص کفایت نمونه‌برداری کایزر، میر و الکین محاسبه و برابر با ۰/۸۰ و آزمون کرویت بارتلت [۰/۰۰۱ <math>p</math> = ۸۷۸/۴۹،  $\chi^2(91N=155)$  به دست آمد که نشان می‌دهد نمونه و ماتریس همبستگی برای این تحلیل مناسب بودند. برای تعیین مناسب‌ترین عامل‌ها، با در نظر گرفتن نمودار صخره‌ای، ارزش‌های ویژه و درصد واریانس تبیین شده توسط هر عامل، عامل‌ها با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش وریمکس استخراج شدند (جدول ۱). در جدول ۲ اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد گویه‌های مقیاس‌های مقابله مذهبی و بارهای عاملی حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی و میزان‌های اشتراک برای گویه‌های زیرمقیاس‌های مقابل مذهبی مثبت و منفی به تفکیک گزارش شده است.

در ادامه، باهدف آزمون برازندگی الگوی ساختاری مفروض حاصل از نتایج تحلیل عاملی اکتشافی BRCS در این مطالعه، باهدف تعیین روایی عاملی BRCS از روش آماری تحلیل عاملی تأییدی نیز استفاده شد. در این مطالعه، تحلیل عاملی تأییدی، با استفاده از نرم‌افزار آموس نسخه ۱۸ بر روی الگوی دو عاملی BRCS مشتمل بر راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی انجام شد.

در شکل ۱ یافته‌های تحلیل عاملی تأییدی نشان می‌دهد که در نمونه بیماران سرطانی الگوی مفروض دو عاملی با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد. نتایج مربوط به شاخص‌های برازش الگو

در این مطالعه، به منظور آماده‌سازی نسخه فارسی RCOPE از روش ترجمه مجدد<sup>۱</sup> استفاده شد. بنابراین، به منظور استفاده از RCOPE، نسخه انگلیسی آن برای نمونه دانشجویان ایرانی به زبان فارسی ترجمه شد. برای این منظور، باهدف حفظ هم‌ارزی زبانی و مفهومی، نسخه فارسی به کمک یک فرد دوزبانه دیگر به انگلیسی برگردانده شدند (مارسلا و لئونگ، ۱۹۹۵). در ادامه، دو مترجم درباره تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی بحث کردند و از طریق «فرایند مرور مکرر»<sup>۲</sup> این تفاوت‌ها به حداقل ممکن کاهش یافت. بر این اساس، مترادف معنایی نسخه ترجمه‌شده با نسخه اصلی به دقت بررسی شد. در نهایت، چند نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه روایی محتوا و تطابق فرهنگی این مقیاس را مطالعه و تأیید کردند. همچنین، در این مطالعه، تحلیل داده‌ها بر پایه نظریه کلاسیک تست<sup>۳</sup> انجام شد. ابقا یا حذف مواد مقیاس به اتکای مشخصه‌های آماری تحلیل عاملی صورت گرفت.

#### یافته‌ها

در این مطالعه همسو با مطالعات پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰)، ماتینز و سوسا (۲۰۱۱)، یئو (۲۰۱۲) و روحانی و همکاران (۲۰۱۰) باهدف تعیین روایی عاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابله مذهبی از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. بنابراین، ابتدا، نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده

1. Back translation
1. Iterative review process
2. Classic Test Theory (CTT)

کوواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای گویه‌های (۱ و ۲)، (۳ و ۴) و (۶ و ۷) و برای زیرمقیاس راهبرد مقابل منفی از طریق ایجاد کوواریانس بین باقیمانده‌های خطا برای گویه‌های (۸ و ۱۰) و (۸ و ۱۱) پس از کاهش ۵ واحد در درجه آزادی الگوی اصلاح‌شده، مقدار ۱۱۹/۷۶ واحد از ارزش عددی مقدار خنثی دو در این الگو کم شد. شکل ۲، ساختار دوعاملی BRCS را پس از اصلاح الگو برای گروه بیماران سرطانی نشان می‌دهد. برای الگوی اصلاح‌شده مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل شاخص مجذور خنثی ( $\chi^2$ )، شاخص مجذور خنثی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (GFI)، شاخص نیکویی برازش میانگین تقریب (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۳/۰۰۲، ۲۲۸/۱۷، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۱۰ به دست آمد. اگرچه طبق دیدگاه بیرن (۲۰۰۶) در مطالعه حاضر، ساختار دوعاملی مفروض برای BRCS با داده‌ها برازش قائل قبولی نشان می‌دهد، اما بر اساس منطق پیشنهادی هو و بنتلر (۱۹۹۹) برای تعیین برازش الگو با داده‌ها بر اساس شاخص‌های پیش‌گفته، ارزش عددی بالاتر از ۲ برای شاخص مجذور خنثی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، ارزش عددی بالاتر از ۰/۰۶ برای شاخص خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ برای شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، باهدف کمک به بهبود برازندگی الگو، ضرورت اصلاح الگو را نشان می‌دهد.

#### نتیجه‌گیری و بحث

در مطالعه حاضر، نتایج روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی همسو با یافته‌های مطالعات پارگامنت و همکاران (۲۰۰۰)، مارتینز و سوسا (۲۰۱۱)، پارگامنت و همکاران (۲۰۱۱) و یئو (۲۰۱۲) از ساختار دوعاملی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در بین گروهی از بیماران سرطانی فارسی‌زبان به‌طور تجربی حمایت کرد. به‌بیان‌دیگر، نتایج مطالعه حاضر درباره ساختار

دوعاملی در نمونه بیماران سرطانی برای هر یک از شاخص‌های پیشنهادی هو و بنتلر (۱۹۹۹) شامل شاخص مجذور خنثی ( $\chi^2$ )، شاخص مجذور خنثی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۱</sup> (CFI)، شاخص نیکویی برازش<sup>۲</sup> (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی<sup>۳</sup> (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب<sup>۴</sup> (RMSEA) به ترتیب برابر با ۳/۰۰۲، ۲۲۸/۱۷، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۱۰ به دست آمد. اگرچه طبق دیدگاه بیرن (۲۰۰۶) در مطالعه حاضر، ساختار دوعاملی مفروض برای BRCS با داده‌ها برازش قائل قبولی نشان می‌دهد، اما بر اساس منطق پیشنهادی هو و بنتلر (۱۹۹۹) برای تعیین برازش الگو با داده‌ها بر اساس شاخص‌های پیش‌گفته، ارزش عددی بالاتر از ۲ برای شاخص مجذور خنثی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، ارزش عددی بالاتر از ۰/۰۶ برای شاخص خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و ارزش عددی کمتر از ۰/۹۰ برای شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، باهدف کمک به بهبود برازندگی الگو، ضرورت اصلاح الگو را نشان می‌دهد.

آزمون برازندگی الگو با داده‌ها با استفاده از انتخاب اصلاح الگو نشان داد که برای زیرمقیاس راهبرد مقابل مذهبی مثبت از طریق ایجاد

3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Goodness of Fit Index (GFI)
5. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)



روش تحلیل عاملی تأییدی، از استقلال و تعامد مقیاس‌های مقابل مذهبی مثبت و منفی در نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی به‌طور تجربی حمایت می‌کند. به‌بیان‌دیگر، در مطالعه حاضر، نتایج تحلیل عاملی تمایز زیرمقیاس‌های مقابل مذهبی مثبت و منفی را تأیید کرد.

اگرچه یافته‌های مطالعه حاضر با تأکید بر اندازه‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در پیشبرد قابلیت کاربردپذیری مقیاس مقابل مذهبی در بین بیماران سرطانی فارسی زبان، گامی ارزشمند محسوب می‌شود، اما این یافته‌ها باید در بافت محدودیت‌های آن تفسیر و تعمیم داده شود. اول، ویژگی ایجاز نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی، مهم‌ترین مزیت و محدودیت BRCS است. ضرورت گریزناپذیر توسعه نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی، فرصت شمول روش-های مختلف مقابل مذهبی را از BRCS ستانده است. بنابراین، استفاده از نسخه جامع مقیاس مقابل مذهبی و انتخاب ابزارهایی که انواع خاصی از مقابل مذهبی را می‌سنجند مانند مقیاس حمایت مذهبی بارک<sup>۱</sup> (بارک و کیم، ۲۰۰۹)، مقیاس فعالیت‌های مقابل مذهبی<sup>۲</sup> () و مقیاس‌های حل مسئله مذهبی<sup>۳</sup> (پارگامنت، کنل، هاتوی، گریونگاد، نیومن و جونز، ۱۹۸۸) ضرورت می‌یابد. دوم، در مطالعه حاضر، تحلیل روان‌سنجی BRCS به یک گروه بیمار سرطانی زن و مرد محدود شد. بنابراین، بسط یافته‌های پژوهش حاضر به گروه‌های مختلف غیربیمار با محدودیت روبرو است. بر این

عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در یک گروه از بیماران سرطانی فارسی‌زبان، با یافته‌های به‌دست‌آمده از مطالعات دیگر در بین بیماران سرطانی (کولی، ۲۰۰۵)، مراقبان بیماران سرطانی (پرسی، سینگر و پریگرسون، ۲۰۰۶)، بیماران قلبی عروقی (آی و همکاران، ۲۰۰۹)، زنان قربانی خشونت خانگی (برادلی، شوارتز و کاسلو، ۲۰۰۵)، بیماران مبتلابه ایدز (شرمن، سیمونتون، لطیف، اسپان و تریکات، ۲۰۰۵)، مبتلایان به سوء‌مصرف الکل (پیدرمن، اسپنیکلات، پنکراتز، مالونی و آلتچالر، ۲۰۰۷) و زنان و مردان مقیم خانه سالمندان (اسچانوویتز و نیکاسیو، ۲۰۰۶) همسو بود. علاوه بر این، در این مطالعه، همسو با یافته‌های به‌دست‌آمده از نمونه-های انگلیسی‌زبان (پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸؛ پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰)، اسپانیایی‌زبان (مارتینز و سوسا، ۲۰۱۱)، تایوانی (یئو، ۲۰۱۲) و پاکستانی (خان و واتسون، ۲۰۰۶)، مقادیر ضرایب همسانی درونی برای راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد که نشان می‌دهد از مقدار ۰/۷۰ - به‌عنوان حداقل ملاک پیشنهادشده به‌وسیله نانلی و برنستین (۱۹۹۴) برای قضاوت درباره برخورداری از ویژگی فنی پایایی از طریق روش همسانی درونی، بالاتر است.

در مطالعه حاضر همسو با یافته‌های مطالعات آی و همکاران (۲۰۰۹)، برادلی و همکاران (۲۰۰۹)، اسچانوویتز و نیکاسو (۲۰۰۶)، پروفیت و همکاران (۲۰۰۷)، ون‌دیکی، گلنویک، سیسیرو و کیم (۲۰۰۹)، عدم معناداری همبستگی بین راهبردهای مقابل مذهبی مثبت و منفی بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از

1. Bjorck's religious support measure  
2. Religious Coping Activities Scale (RCAS)  
3. Religious problem solving scales

به‌عنوان دو منبع کمک‌کننده به افراد در مواجهه با رخداد‌های منفی زندگی، غایت این مسیر را به تصویر می‌کشد. بر این اساس، شواهد تجربی فراوانی ضرورت طرح و استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مذهب و معنویت را مانند «درمان مبتنی بر معنویت»<sup>۳</sup> (کولی، ۲۰۰۵) و «رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد»<sup>۴</sup> (کاریکلا و کانستنتینوس، ۲۰۱۰) بیش از پیش مورد تأکید قرار داده‌اند.

در مجموع، مطالعه حاضر از طریق فراهم آوردن شواهد تجربی متقن در دفاع از ویژگی‌های فنی BRCS نشان می‌دهد که نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی - به‌عنوان یک ابزار سنجش روا و پایا، روش‌های مقابل مذهبی را به کمک یک روش کارآمد، از لحاظ روان‌سنجی دقیق و از لحاظ نظری معنادار، اندازه‌گیری می‌کند.

اساس، تحلیل روان‌سنجی BRCS در بین نمونه‌های غیربیمار یک ضرورت پژوهشی غیرقابل‌انکار است. سوم، در مطالعه حاضر به‌منظور تحلیل روان‌سنجی نسخه کوتاه مقیاس مقابل مذهبی در گروهی از بیماران زن و مرد سرطانی از یک طرح مقطعی<sup>۱</sup> استفاده شد. بنابراین، تکرار و بسط این یافته‌ها در مطالعات بعدی به کمک طرح‌های طولی اهمیت است. بدون شک انجام تحقیقات طولی میزان ثبات اندازه‌های به‌دست‌آمده درباره ویژگی‌های فنی BRCS از اهمیت فراوانی برخوردار است. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی به‌منظور آزمون ویژگی‌های فنی BRCS در گروه‌های مختلف، از شاخص‌های روایی و اعتبار بیشتری مانند آزمون بازآزمون و روایی همزمان و پیش‌بین استفاده شود. علاوه بر این، در تحقیقات بعدی محققان می‌توانند از طریق آزمون ویژگی‌های روان‌سنجی BRCS در نمونه‌های غیربیمار در بسط نتایج تحقیق حاضر به‌طور مؤثر ایفای نقش کنند. همچنین، نقش عوامل روش‌شناختی مانند وجود یا عدم وجود سوگیری پاسخ در گروه‌های جنسی مختلف از طریق آزمون هم‌ارزی عاملی<sup>۲</sup> BRCS مطالعه شود.

در محدوده تلاش‌های محققان علاقه‌مند به قلمرو مطالعاتی روان‌شناسی و دین، طرح سوالاتی با محوریت آزمون ویژگی‌های فنی ابزارهای سنجش، نقطه آغاز کندوکاو نظام‌مندی است که هدف خطیر استفاده عملی از مذهب و معنویت

2. Spiritually-focused therapy (SFT)  
3. Acceptance and commitment therapy approach

4. Cross-sectional  
1. Factorial equivalence

**References:**

- Ai, A. L., Hopp, F., Tice, T. N., & Koenig, H. (2013). "Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients". *Journal of Health Psychology*, 18 (3), 368-382.
- Ai, A. L., Seymour, E. M., Tice, T.N., Kronfol, Z., & Bolling, S. F. (2009). "Spiritual struggle related to plasma interleukin-6 prior to cardiac surgery". *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 112-128.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2004). "Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480".
- Bjorck, J. P., & Kim, J. (2009). "Religious coping, religious support, and psychological functioning among short-term missionaries". *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 611-626.
- Bradley, R., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2005). "Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping". *Journal of Traumatic Stress*, 18, 685-696.
- Byrne, B. M. (2006). "Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming". Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, B. S. (2005). "Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study". *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 217-226.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). "Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer". *Journal of Palliative Medicine*, 12 (6), 537-545.
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). "Measures of religiosity. Birmingham, AL: Religious Education Press".
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). "Cutoff criterion for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives". *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jenkins, S. C. (2012). "The moderating and mediating effects of religious coping on quality of life in long-term survivors of cancer". Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 73 (4-B), 2505.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). "Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach". *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 371-381.
- Khan, Z. H., & Watson, P. J. (2006). "Construction of the Pakistani Religious Coping Practices Scale: Correlations with religious coping, religious orientation, and reactions to stress among Muslim university students". *International Journal for the Psychology of Religion*, 16, 101-112.
- Martinez, N. C., & Sousa, V. D. (2011). "Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Spanish brief religious coping scale". *Journal of Transcultural Nursing*, 22, 248-256.

- McDonald, R., & Grych, J. H. (2006). "Young children's appraisals of interparental conflict: Measurement and links with adjustment problems". *Journal of Family Psychology*, 20, 88-99.
- Mesquita, A. C., Chaves, E. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & de Carvalho, E. C. (2013). "The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (2), 539-545.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). "Psychometric theory (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill".
- Pargament, K. I. (2002). "The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits" of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 166-181.
- Pargament, K. I. (2007). "Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press".
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). "Religion and the problem-solving process: Three styles of coping". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). "Religious coping methods as predictors psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study". *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). "Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors". *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 711-725.
- Pearce, M. J., Singer, J. L., & Prigerson, H. G. (2006). "Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: Main effects and psychosocial mediators". *Journal of Health Psychology*, 11, 743-759.
- Piderman, K. M., Schneekloth, T. D., Pankratz, V. S., Maloney, S. D., & Altchuler, S. I. (2007). "Spirituality in alcoholics during treatment. *American Journal on Addiction*, 16, 232-237.
- Rohani, C., Khanjari, S., Abedi, H. A., Oskouie, F. & Langius-Eklof, A. (2010). "Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: psychometric properties". *Journal of Advanced Nursing*, 1-12.
- Schanowitz, J. Y., & Nicassio, P. M. (2006). "Predictors of positive psychosocial functioning of older adults in residential care facilities". *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 191-201.
- Sherman, A.C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R., & Tricot, G. Religious struggle and religious comfort in response to illness: Health outcomes among stem cell transplant patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 359-367.
- Tarakeshwar, N., Vaderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. (2006). "Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer". *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 646-657.
- Thune-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in

- patients with cancer?" A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63, 151-164.
- Thune-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). "Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK". *Psycho-Oncology*, 20, 771-782.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R. S., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2013). "Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK". *Psycho-Oncology*, 22 (3), 646-658.
- Van Dyke, C. J., Glenwick, D. S., Cecero, J. J., & Kim, S. (2009). "The relationship of religious coping and spirituality to adjustment and psychological distress in urban early adolescents". *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 369-383.
- Wilkum, K., & MacGeorge, E. L. (2010). "Does god matter? Religious content and the evaluation of comforting messages in the context of bereavement". *Communication Research*, 37, 723-745.
- Yeo, J. C. (2012). "The psychometric study of the attachment to god inventory and the brief religious coping scale in a Taiwanese Christian sample". *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72 (12-B), 7740.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Muller, C., Korber, J., & Murken, S. (2006). "Positive and negative religious coping in German breast cancer patients". *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (6), 533-547.