مقاله اصیل پژوهشی

رابطه مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی

مرضیه شریفی[1]، مریم فاتحی‌زاده[2]

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از عضو بیمار خانواده، پیامدهای زیانباری بر سلامت و بهزیستی مراقبین خانوادگی بر جای می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی رابطه بین ابعاد مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، با مراجعه به مراکز خدمات بهداشتی، درمانی شهر اصفهان، ۲۸۳ نفر از زنان مراقبت‌کننده از عضو بیمار خانواده، به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس مقابله مذهبی ایرانی، پرسشنامه فرسودگی Maslach و پرسشنامه افسردگی بک (Beck-II) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون تی گروه‌های مستقل، در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین ابعاد مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی، رابطه معنی‌داری وجود داشت (P≤۰/۰۱)؛ همچنین مراقبین سازگار در مقایسه با مراقبین ناسازگار، سطوح بالاتری از مقابله مذهبی مثبت و سطوح پایین‌تری از مقابله مذهبی منفی را گزارش نمودند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که راهبرد مقابله‌ای فعال، راهبرد مقابله مذهبی منفعل و احساسات منفی نسبت به خداوند، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی و معنی‌داری برای افسردگی مراقبین خانوادگی می‌باشند (P<۰/۰۰۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر، ضمن تأیید نقش مقابله مذهبی در سلامت روان مراقبین خانوادگی، بیانگر آن است که توجه به نوع مقابله مذهبی به کاررفته توسط مراقبین نیز حائز اهمیت است.

واژه‌های کلیدی: مراقبان، افسردگی، دین، سازگاری روانی، دین و روان‌شناسی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۴): ۳۲۷-۳۳۵

دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۳۱ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۸/۰۳ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

[1] نویسنده مسؤول، دانشجوی دکترای مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران
آدرس: اصفهان- خیابان آزادی- دانشگاه اصفهان- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
تلفن: ۰۹۳۶۵۶۹۸۴۵۱ نمابر: ۰۳۱۱۷۹۳۲۲۲۹ پست الکترونیکی: msharifi.flj@gmail.com
[2] دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

مراقبین خانوادگی، به عنوان افرادی که فراهم‌کننده اصلی مراقبت برای عضو بیمار یا معلول خانواده به شمار می‌روند، اغلب در معرض پیامدهای منفی جسمانی و روان‌شناختی و مشکلاتی از قبیل: کاهش حمایت اجتماعی و اوقات فراغت، مشکلات بین‌فردی و آشفتگی در نقش‌های خانوادگی و شغلی قرار دارند (۱). این افراد در مقایسه با همتایان فاقد نقش مراقبتی، سلامت جسمی پایین‌تر، سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی و ضعف عملکرد ایمنی بیشتری را گزارش می‌نمایند (۲-۴). مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی، از اختلالات شایع در بین زنان مراقبت‌کننده از عضو بیمار خانواده است (۵) و هیجانات منفی از قبیل خشم، ناکامی، فشار، ترس، تعارضات خانوادگی و فرسودگی مراقبتی، در این گروه از زنان بسیار شایع می‌باشد (۶).

فرسودگی مراقبتی، وضعیت خستگی فیزیکی، هیجانی و روانی است که می‌تواند نگرش منفی و یا بی‌تفاوت نسبت به فرد دریافت‌کننده مراقبت را به دنبال داشته باشد؛ در واقع، افزایش مطالبات نقش مراقبتی، فشار توان‌فرسایی بر جسم، ذهن و عواطف مراقبین تحمیل می‌نماید که به خستگی، ناامیدی و در نهایت فرسودگی می‌انجامد (۷). فرسودگی مراقبتی، نشانگانی مشابه تنش و افسردگی دارد؛ کناره‌گیری از دوستان و خانواده، فقدان علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌آور بوده‌اند؛ تحریک‌پذیری، ناامیدی، درماندگی، تغییر در اشتها و وزن، تغییراتی در الگوی خواب، احساس ناخوشی و کسالت، احساس این که می‌خواهد به خود یا شخص تحت مراقبتش صدمه بزند؛ خستگی جسمی و کرختی عاطفی، از بارزترین نشانگان فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی می‌باشند (۸). شواهد بیانگر آن است که فرسودگی مراقبتی، بر بهزیستی بیمار تحت مراقبت نیز تأثیرات زیانباری دارد و سازگاری و توان وی را با مشکلات جدّی مواجه می‌سازد (۹). امروزه با توجه به نقش مهمّی که مراقبت خانوادگی در سیستم بهداشت و درمان هر جامعه‌ای دارد، توجه کارشناسان به موضوعات مرتبط با سلامتی و بهزیستی این مراقبین غیر رسمی، رو به افزایش است (۱۰). تحقیقات متعدد در این زمینه پیشنهاد می‌کنند که پاسخ‌های مقابله‌ای، به طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده افسردگی، رضایت از زندگی و سلامت شخصی مراقبین می‌باشند (۱۱).

طبق نظریه‌های تنش و مقابله، افراد با یک سیستم جهت‌گیری کلّی -که به عنوان روش‌های مقابله با چالش‌های خاص یک موقعیت تعریف می‌شود- با موقعیت‌های دشوار روبه‌رو می‌شوند (۱۲)؛ بنابراین چگونه انطباق‌یافتن افراد با شرایط دشوار، بیشتر به ارزیابی ایشان از واقعه و نیز ارزیابی از توانایی خودشان برای مقابله با آن شرایط بستگی دارد و این ارزیابی‌ها، تحت تأثیر منابع در دسترس قرار دارند؛ بنابراین مذهب به عنوان یک منبع مقابله‌ای، می‌تواند در جهت کاهش اثرات نامطلوب تنش ناشی از مراقبت عمل کند (۱۳). به نظر می‌رسد، سیستم جهت‌گیری کلّی فراهم‌شده به وسیله مذهب و روش‌های مقابله مذهبی، می‌تواند به طور خاص، با کیفیت مقابله با موقعیت‌های پرفشار (مانند مراقبت از عضو بیمار خانواده) مرتبط باشد (۱۴)؛ در سال‌های اخیر محققان، توجه زیادی به رابطه بین التزام مذهبی مراقبین خانوادگی و پیامدهای مرتبط با مراقبت مبذول داشته‌اند. برخی مطالعات نشان می‌دهند، مراقبینی که از اعمال و باورهای مذهبی برای مقابله با وظایف مراقبتی برخوردارند، نسبت به مراقبین فاقد التزام مذهبی، فشار مراقبتی کمتر، بهزیستی روان‌شناختی بالاتر (۱۵) و افسردگی کمتری (۱۶) گزارش می‌نمایند؛ همچنین مذهبی‌بودن، با تجارب مراقبتی مثبت‌تر، خلق بالاتر و بهزیستی معنوی مراقبین مرتبط است (۱۷).

پژوهش‌های متعددی، از نقش مذهب در تعدیل فشار مراقبتی و افزایش سلامت روان‌شناختی مراقبین خانوادگی حمایت نموده‌اند (۱۸-۲۵)؛ محققان بر این عقیده‌اند که نوع مقابله مذهبی به کاررفته توسط مراقبین، بر پیامدهای مراقبتی، تأثیرات متفاوتی دارد (۱۹). شواهد نیز نشان می‌دهد راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی، بر سازگاری افراد تحت فشار، پیامدهای متفاوتی دارند (۱۴)؛ مقابله مذهبی مثبت (گرایش به مذهب) که بیانگر حس معنویت، رابطه ایمن با خدا، باور به معنی‌داری زندگی و ارتباط معنوی با دیگران است، پیامدهای مثبتی مانند عزت نفس بالاتر، کیفیت زندگی بهتر، سازگاری روان‌شناختی و رشد معنوی بیشتر در ارتباط با تنش به دنبال دارد؛ در حالی که مقابله مذهبی منفی (روی‌گردانی از مذهب) نمایانگر رابطه کمتر ایمن با خدا و دیدگاه بدبینانه و نامطمئن به دنیا است و با پیامدهای منفی مانند افسردگی، آشفتگی هیجانی، سلامت جسمی و کیفیت زندگی پایین و حل مسأله ضعیف همراه

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

می‌باشد (۱۴).

درباره این که کدام سبک مقابله مذهبی در فرایند مراقبتی، مؤثر و کدام نامؤثر یا ناسازگارانه است، اطلاعات محدودی وجود دارد (۲۵)؛ در حالی که آگاهی درمانگران از این که هرکدام از سبک‌های مقابله مذهبی چه پیامدهایی دارند، تلویحات درمانی قابل ملاحظه‌ای دارد. درک بیشتر درمانگران از انواع مقابله مذهبی و نقش هرکدام در فرایند مراقبتی، به محققان کمک می‌کند تا روش‌های بهتر یاری‌رساندن به مراقبین، در مقابله با مشکلات و فشارهای مراقبتی را شناسایی نمایند (۲۲)؛ از طرف دیگر راهبردهای مقابله مذهبی، وابسته به فرهنگ و مذهب بوده و ممکن است برای گروه‌های متفاوت فرهنگی و مذهبی، تلویحات متفاوتی داشته باشد (۲۵)؛ بنابراین اگرچه با توجه به زمینه مذهبی جامعه ایرانی به نظر می‌رسد مذهب بتواند منبع مهمّی برای مقابله سازگارانه مراقبین خانوادگی با فشارهای ناشی از مراقبت باشد، ولی تاکنون از نظر تجربی، ارتباط مقابله مذهبی و پیامدهای مراقبت خانوادگی در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ پژوهش حاضر با هدف ارزیابی رابطه بین ابعاد خاص مقابله مذهبی با فرسودگی مراقبتی و افسردگی زنان مراقبت‌کننده از عضو بیمار خانواده انجام شد. نتایج این پژوهش، با افزایش آگاهی متخصصان از نقش مقابله مذهبی در بهزیستی روان‌شناختی مراقبین و این که چگونه برخی مراقبین، بهتر با وضعیت مراقبت از بیمار سازگار می‌شوند، می‌تواند در جهت تدوین مداخلات پیشگیرانه و یا درمانی مناسب برای کاهش فرسودگی و افسردگی مراقبین خانوادگی، تلویحات مفیدی داشته باشد.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، از بین مراقبین خانوادگی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات، درمانی شهر اصفهان، ۳۰۰ نفر که سابقه مراقبت به مدت حداقل شش ماه داشتند و شاغل نیز نبودند (به منظور مهار اثر فرسودگی شغلی)، از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش، محرمانه بوده و صرفاً در جهت اهداف پژوهش، استفاده خواهند شد؛ سپس پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و ۲۸۳ پرسشنامه، به صورت کامل تکمیل شد. شرکت‌کنندگان بر اساس پاسخ «بلی یا خیر»، به پرسشی با عنوان «آیا تاکنون به دلیل مشکلات ناشی از نقش مراقبتی، سابقه مراجعه به پزشک، روان‌درمانگر یا مصرف داروهای آرام‌بخش داشته‌اید؟» به دو گروه سازگار و ناسازگار با نقش مراقبتی تفکیک شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه فرسودگی Maslach (Maslach Burnout Inventory)، پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II) و مقیاس ایرانی مقابله مذهبی بود.

پرسشنامه فرسودگی Maslach شامل۲۲ گویه است که ابعاد فرسودگی شغلی را در قالب سه خرده‌مقیاس خستگی هیجانی (۹ ماده)، شخصیت‌زدایی (۵ ماده) و کاهش کفایت شخصی (۸ ماده) مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۶). این پرسشنامه، برای سنجش میزان فرسودگی کارکنان محیط‌های درمانی و افراد مراقبت‌کننده از بیمار، مورد استفاده قرار گرفت. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه، در دو نمونه شامل همسران بیماران سرطانی و همسران بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز، اعتبار مطلوبی نشان دادند. ضرایب آلفای کرونباخ در همسران بیماران مبتلا به سرطان برای خرده‌مقیاس خستگی عاطفی ۰/۸۹، خرده مقیاس شخصیت‌زدایی ۰/۶۹ و خرده مقیاس کفایت شخصی ۰/۸۷ و در همسران بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروز برای خرده مقیاس خستگی عاطفی ۰/۹، خرده مقیاس شخصیت‌زدایی ۰/۸۰ و خرده مقیاس کفایت شخصی ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۸). در تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی این پرسشنامه بر روی نمونه ایرانی نیز علاوه بر تأیید سه عامل مذکور، ضرایب آلفای کرونباخ برای خستگی هیجانی ۰/۸۸، نقصان کفایت شخصی ۰/۷۷و شخصیت‌زدایی ۰/۶۲ به‌دست آمده است (۲۷). در پژوهش حاضر، از مقیاس اندازه‌گیری شدّت برای این پرسشنامه استفاده شد که عبارت است از: طیف لیکرت ۷درجه‌ای «هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۶)، بر حسب میزان شدّتی که فرسودگی در مراقبت از بیمار، تجربه می‌شود؛ همچنین از نسخه فارسی این پرسشنامه (۲۷) استفاده شد که گویه‌های آن مطابق با رابطه بیمار- مراقب تغییر یافته است. خرده‌مقیاس‌های شخصیت‌زدایی و خستگی عاطفی، عباراتی منفی هستند و نمره بالاتر، نشان‌دهنده فرسودگی بالاتر است؛ در حالی که در خرده مقیاس کفایت شخصی که بیانگر

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

تجارب مراقبتی مثبت می‌باشد، نمرات بالاتر، نشان‌دهنده فرسودگی کمتر است.

پرسشنامه افسردگی بک، نسخه جدید یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خودگزارشی برای سنجش شدّت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان سیزده سال به بالا است و علاوه بر شناسایی شدّت افسردگی در بیماران با تشخیص افسردگی بالینی، برای تعیین احتمال افسردگی در جمعیت بهنجار نیز کاربرد دارد و شامل مواردی مانند خلق افسرده، بدبینی، احساس شکست، گناه، تنبیه، سرزنش خود، کناره‌گیری اجتماعی، از دست‌دادن اشتها و ... می‌شود (۳۰). نمرات این پرسشنامه، بر اساس چهار گزینه (۰-۳) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن نشانه، تنظیم شده است. اجرای این پرسشنامه در ایران بر روی نمونه‌ای شامل ۳۵۴ بیمار با تشخیص افسردگی اساسی که در دوره بهبودی نسبی قرار داشتند، ضریب اعتبار کل این مقیاس را برابر با ۰/۹۱۳ نشان داده است (۳۰).

نسخه ایرانی مقیاس مقابله مذهبی، شامل ۲۲ ماده است که در یک مقیاس پنج نقطه‌ای از صفر (هرگز) تا چهار (بسیار زیاد) تنظیم شده است (۳۱). ماده‌های این مقیاس، با استفاده از متون و منابع اسلامی مانند قرآن و سنت و نیز مصاحبه با ایرانیان مسلمان، در مواجهه با تجارب پرفشار و در قالب پنج خرده مقیاس اعمال مذهبی (۶ ماده)، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی (۶ ماده)، احساسات منفی نسبت به خداوند (۴ ماده)، راهبردهای مقابله مذهبی فعالانه (۳ ماده) و راهبردهای مقابله مذهبی منفعلانه (۳ ماده) تنظیم شده است. همسانی درونی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از ۱۸۵ دانشجوی دانشگاه شیراز، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد اعمال مذهبی ۰/۸۹، ارزیابی خیرخواهانه ۰/۷۹، احساسات منفی به خدا ۰/۷۹، راهبردهای منفعلانه ۰/۷۲ و راهبردهای مذهبی فعالانه ۰/۷۹گزارش شده است (۳۱).

داده‌ها، با استفاده از تحلیل همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و آزمون تی گروه‌های مستقل، در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سن زنان شرکت‌کننده در پژوهش ۴/۲±۳۵/۳ بود؛ تحصیلات ۷۳٪ زیر دیپلم، ۱۹٪ دیپلم و ۸٪ دانشگاهی بود. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش، از تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱). بین مؤلفه‌های افسردگی و فرسودگی مراقبتی با مؤلفه‌های مقابله مذهبی، رابطه معنی‌داری وجود داشت (P≤۰/۰۱).

به منظور بررسی سهم مؤلفه‌های مقابله مذهبی در پیش‌بینی افسردگی مراقبین خانوادگی، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید و مدل معنی‌داری به دست آمد (R=۰/۹۰ و AdR2=۰/۸۱ و P<۰/۰۰۰۵). سه مؤلفه احساسات منفی به خداوند (β=۰/۲۹)، مقابله مذهبی منفعل (β=۰/۳۵)، و مقابله مذهبی فعال (β=-۰/۳۵)، به ترتیب وارد معادله و بقیه متغیرها حذف شدند. سه مؤلفه مذکور می‌توانند ۸۱٪ از واریانس افسردگی را تبیین نمایند. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای موجود در مدل، در جدول ۲ آورده شده است.

مقایسه راهبردهای مقابله مذهبی بین دو گروه مراقبین سازگار و ناسازگار به وسیله آزمون تی گروه‌های مستقل نیز نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات بین دو گروه، در ابعاد مختلف مقابله مذهبی معنی‌دار است (P<۰/۰۰۰۵)؛ بدین ترتیب که گروه مراقبین سازگار در مقایسه با مراقبین ناسازگار، در ابعاد مقابله مذهبی منفی (مقابله منفعل و احساسات منفی به خداوند) نمرات پایین‌تر و در مقابله مذهبی مثبت (اعمال مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی، مقابله فعال مذهبی) نمرات بالاتری به دست آوردند (جدول۳).

جدول۱- ضرایب همبستگی بین ابعاد مقابله مذهبی با افسردگی وفرسودگی مراقبتی درکل شرکت کنندگان

متغیر	اعمال مذهبی	احساسات منفی به خداوند	ارزیابی خیرخواهانه مذهبی	مقابله مذهبی منفعل	مقابله مذهبی فعال
افسردگی	-۰/۷۵۳	۰/۸۶۱	-۰/۷۴۵	۰/۷۹۴	-۰/۸۳۵
خستگی هیجانی	-۰/۵۷۰	۰/۷۴۵	-۰/۶۱۶	۰/۷۶۷	-۰/۶۸۹
شخصیت‌زدایی	-۰/۵۶۷	۰/۷۵۱	-۰/۶۴۵	۰/۷۳۶	-۰/۷۰۶
کفایت شخصی	۰/۵۵۸	-۰/۷۳۵	۰/۶۰۱	-۰/۷۶۶	۰/۶۴۳

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول ۲- ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد برای متغیرهای موجود در مدل

متغیر پیش‌بین	B	SEB	β	سطح معنی‌داری
احساسات منفی به خداوند	۰/۳۴	۰/۱۳	۰/۲۹	P<۰/۰۱
مقابله مذهبی منفعل	۱/۰۸	۰/۲۰	۰/۳۵	P<۰/۰۰۱
مقابله مذهبی فعال	−۰/۷۲	۰/۲۰	−۰/۳۵	P<۰/۰۱

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات ابعاد مقابله مذهبی بین دوگروه مراقبین سازگار و ناسازگار

ابعاد مقابله مذهبی	مراقبین ناسازگار (۱۴۷ نفر)	مراقبین سازگار (۱۳۶ نفر)	سطح معنی‌داری
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
اعمال مذهبی	۱۲/۵۱±۲/۹۷	۱۷/۰۷±۲/۱۶	۰/۰۰۰۵
احساسات منفی به خداوند	۱۱/۷۶±۲/۵۶	۳/۳۵±۲/۳۶	۰/۰۰۰۵
ارزیابی خیرخواهانه مذهبی	۱۲/۵۳±۴/۰۶	۱۸/۴۵±۲/۳۷	۰/۰۰۰۵
مقابله مذهبی منفعل	۷/۲۳±۱/۳۴	۳/۸۴±۰/۷۶	۰/۰۰۰۵
مقابله مذهبی فعال	۶/۱۲±۲/۳۷	۱۰/۳۸±۱/۳۶	۰/۰۰۰۵

بحث

با توجه به هدف پژوهش در تعیین رابطه بین ابعاد مختلف مقابله مذهبی با فرسودگی و افسردگی مراقبین خانوادگی، نتایج به دست‌آمده، ارتباط معنی‌دار بین متغیرهای مذکور را مورد تأیید قرار می‌دهد. این مطالعه با پژوهش‌های دیگری که استفاده مراقبین خانوادگی از مذهب به عنوان راهی برای مقابله با تنش و کنارآمدن با شرایط دشوار مراقبتی را تأیید نموده‌اند، همسو می‌باشد (۹،۱۳،۱۵-۲۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین روش‌های مقابله مذهبی مثبت (اعمال مذهبی، ارزیابی خیرخواهانه مذهبی، مقابله مذهبی فعال) با افسردگی و فرسودگی مراقبتی (ابعاد شخصیت‌زدایی و خستگی هیجانی)، رابطه منفی و معنی‌دار (P≤۰/۰۱) و با کفایت شخصی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (P≤۰/۰۱)؛ همچنین بین روش‌های مقابله مذهبی منفی (احساسات منفی نسبت به خداوند و مقابله مذهبی منفعل) با شخصیت‌زدایی، خستگی هیجانی و افسردگی، رابطه مثبت و معنی‌دار (P≤۰/۰۱) و با کفایت شخصی رابطه منفی و معنی‌داری (P≤۰/۰۱) به دست آمد.

مقایسه ابعاد مقابله مذهبی بین مراقبین نیز نشان داد که مراقبین ناسازگار، در ابعاد مقابله مذهبی منفی نمرات بیشتر و در ابعاد مقابله مذهبی مثبت، نمرات کمتری نسبت به افراد سازگار با نقش مراقبتی گزارش نموده‌اند. مطالعات دیگر در این زمینه نیز پیشنهاد می‌کنند که مقابله مذهبی مثبت در هنگام مواجهه با وقایع پرتنش زندگی مفید بوده و با سطوح پایین‌تر پریشانی هیجانی و نشانگان روان‌تنی مرتبط است (۱۴). استفاده مراقبین خانوادگی از دعا و دیگر راهبردهای مقابله مذهبی مثبت مانند اعتماد به خداوند و انجام فعالیت‌های مذهبی (مقابله مذهبی فعال)، نقش مهمّی در کنارآمدن ایشان با وضعیت مراقبتی نشان داده است (۲۳)؛ از طرف دیگر تجارب مراقبتی مثبت در بین افرادی که باورها، فعالیت‌ها و حمایت مذهبی بالاتری دارند، بیشتر است؛ برای مثال همبستگی بالایی بین مقابله مذهبی مثبت و رضایت مراقبتی (۲۱)، پاداش ادراک‌شده -احساسات یا تغییرات مثبت در نتیجه مراقبت- (۱۳)، یادگیری مدیریت وقایع یا هیجانات منفی و احساسات بهتر درباره خود (۲۴)، در مراقبین خانوادگی گزارش شده است؛ به نظر می‌رسد، مراقبینی که از باورهای مذهبی یا معنوی مثبت، برای مقابله با شرایط پرتنش استفاده می‌کنند، رابطه بهتری با فرد دریافت‌کننده مراقبت برقرار نموده‌اند و این عامل نیز به نوبه خود با سطوح پایین‌تر افسردگی و فرسودگی مراقبتی مرتبط می‌باشد (۹)؛ در حالی که مقابله مذهبی منفی، با ایجاد سطوح بالاتر اضطراب، افسردگی، نشانگان پس‌آسیبی و کاهش عزت نفس، پیامدهای زیانباری برای سلامتی افراد به دنبال دارد (۱۴). مطالعات نشان می‌دهند، در مراقبینی که اغلب مقابله مذهبی منفی به کار می‌برند، سطح خوش‌بینی، ادراک حمایت اجتماعی و احساس خودکارآمدی، پایین‌تر است و

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

همین عوامل به رضایت کمتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و ادراک بیشتر فشار مراقبتی منجر می‌گردد (۱۹).

در تحقیق حاضر، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که احساسات منفی نسبت به خداوند (β=۰/۲۸۸)، مقابله مذهبی منفعل (β=۰/۳۵۴) و مقابله مذهبی فعال (β=-۰/۳۴۵)، قادر به پیش‌بینی معنی‌دار افسردگی در مراقبین می‌باشند. مرور پیشینه پژوهش نیز بیانگر بزرگ تر بودن رابطه های آماری مستقیم بین افسردگی و مقابله مذهبی منفی نسبت به رابطه های معکوس بین افسردگی و مقابله مذهبی مثبت می‌باشد (۲۵). مقابله مذهبی منفی مانند احساس رنجش و خشم نسبت به خداوند، تردید در باورها و زیر سؤال‌بردن ایمان مذهبی، می‌تواند پیامدهای زیانباری را بر سلامت مراقبین به همراه داشته باشد؛ احساس رنجش مراقبین از خداوند، به دلیل این که اجازه داده است، عزیزشان بیمار شود یا احساس خشم از این که چرا آنها باید زندگی خود را وقف مراقبت از دیگری نمایند، ایشان را نسبت به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، آسیب‌پذیر نموده و پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی است (۳۲). ادراک مراقبین از مسؤولیّت مراقبتی خود، به عنوان تنبیه یا مجازات از طرف خداوند و یا احساس این که خداوند آنها را ترک کرده، با سطوح بالاتر نشانگان افسردگی همراه است؛ در حالی که احساس حضور خداوند در زندگی و حفظ باورها و ایمان مذهبی، می‌تواند با تغییر ادراک مراقبین از فشار مراقبتی، سازگاری ایشان را افزایش دهد (۹).

به طور کلّی مذهب و معنویت، به وسیله فراهم‌کردن چارچوبی برای درک معنا و علت وقایع منفی و همچنین ارائه چشم‌اندازی امیدوارانه از زندگی، می‌تواند سازگاری افراد با شرایط پرفشار را تحت تأثیر قرار دهد. در واقع التزام مذهبی، به مثابه سپر ضربه‌گیر در برابر تنش عمل نموده و پیامدهای زیانبار تنش مراقبتی را بر سلامت مراقبین، تعدیل می‌نماید (۲۰)؛ بر همین اساس مذهب و مقابله مذهبی، به عنوان منابع ارتقادهنده سازگاری افراد برای مواجهه با عوامل فشارزای مراقبت از بیماران نیز پیشنهاد شده است (۲۵)؛ همچنین افرادی که خود را مذهبی‌تر می‌دانند، حمایت، تأیید و تشویق بیشتری از طرف دوستان و خانواده ادراک می‌نمایند و این پیوندهای اجتماعی-معنوی، می‌تواند با افزایش حسّ ایمنی و تعلق، بر سلامت و بهزیستی افراد مؤثر باشد (۳۳)؛ در همین راستا، محققان پیشنهاد می‌کنند که مراکز خدمات بهداشتی، درمانی می‌توانند نقش مهمّی در برآوردن نیازهای معنوی و مذهبی مراقبین خانوادگی، بویژه افرادی که به دلیل مشکلات سلامتی خود یا بیمارانشان، قادر به شرکت در فعالیت‌های مذهبی منظم نیستند، بر عهده بگیرند؛ برای مثال درمانگران می‌توانند با بررسی‌هایی نظیر این که مراقبین چگونه مذهب را برای مقابله با تنش مراقبتی به کار می‌برند، تشویق مراقبین به استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی کارآمد، فراهم‌نمودن خدمات و آموزش‌هایی با محتوای مذهبی و معنوی و یا در صورت لزوم، ارجاع مراقبین به مشاوران مذهبی، نقش بسزایی در حمایت و ارائه خدمات بهداشتی برای مراقبین خانوادگی داشته باشند (۹).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، نقش مقابله مذهبی به عنوان منبع مهمّ مقابله سازگارانه با فشارهای مراقبتی و از طرف دیگر، ضرورت تمایز قائل‌شدن بین ابعاد مثبت و منفی مقابله مذهبی را مورد تأیید قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد، ارزیابی راهبردهای مقابله مذهبی مراقبین خانوادگی، امکان شناسایی افراد در معرض خطر و نیز تعیین راهبردهای پیشگیرانه و درمانی مناسب در این زمینه را برای متخصصان فراهم می‌آورد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مراکز خدمات درمانی و روان‌شناختی، بخصوص با توجه به محدودیت زمانی و گرانباری نقش موجود در سبک زندگی مراقبین خانوادگی، نقش بیشتری در برآورده ساختن نیازهای معنوی و مذهبی مراقبین بر عهده بگیرند؛ البته همان‌گونه که پیش‌تر ذکر شد، مذهب و مقابله مذهبی، تحت تأثیر زمینه مذهبی و فرهنگی افراد قرار دارد؛ بنابراین تعمیم نتایج پژوهش حاضر، به تفاوت‌های فرهنگی مراقبین محدود می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، رابطه بین مؤلفه‌های مذهبی با سایر شاخص‌های سلامت جسمی و روان‌شناختی، بهزیستی و کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی در زمینه‌های فرهنگی مختلف و نیز اثربخشی درمان‌هایی با رویکرد مذهبی-معنوی در سلامت روان‌شناختی و جسمانی مراقبین خانوادگی، بررسی شود.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

منابع:

1- Berg-Weger M, Rubio DM, Tebb SS. Strengths-based practice with family caregivers of the chronically ill: Qualitative insights. Families in society Journal of Contemporary Human Services 2001; 82 (3): 263-72.

2- Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. Health Psychol. 1998; 17 (2): 190-98.

3- Esterling BA, Kiecolt-Glaser JK, Bodnar JC, Glaser R. Chronic stress, social support, and persistent alterations in the natural killer cell response to cytokines in older adults. Health Psychol. 1994; 13 (4): 291-98.

4- Given CW, Stommel M, Given B, Osuch J, Kurtz ME, Kurtz JC. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. Health Psychol. 1993; 12 (4): 277-85.

5- Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kaste M. Depression among caregivers of stroke survivors. Stroke. 2005; 36 (3): 639-43.

6- Tarlow BJ, Wisniewski SR, Belle SH, Rubert M, Ory MG, Gallagher-Thompson D. Positive aspects of caregiving: contributions of the reach project to the development of new measures for Alzheimer's care- giving. Research on Aging. 2004; 26 (4): 429-53.

7- Given C, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. Res Nurs Health. 1992; 15 (4): 271-83.

8- National Family Caregiver's Association. 10 Tips for Family Caregivers [cited 2011 Jun 25] Available From: URL:www.thefamilycaregiver.org/pdfs/10_tips.pdf.

9- Herrera AP, Lee JW, Nanyonjo RD, Laufman LE, Torres-Vigil I. Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. Aging Ment Health. 2009; 13 (1): 84-91.

10- Bambara JK, Owsley C, Wadley V, Martin R, Porter C, Dreer LE. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2009; 50 (4): 1585-92.

11- Lim JW, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2: 50.

12- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

13- Picot S J, Debanne S M, Namazi K H, Wykle M L. Religiosity and perceived rewards of black and white caregivers. The Gerontologist. 1997; 37 (1): 89-101.

14- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative coping with major life stressors. J Sci Study Relig. 1998; 37(4): 710-24.

15- Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2002; 105 (5): 356-62.

16- Rogers-Dulan J. Religious connectedness among urban African American families who have a child with disabilities. Ment Retard. 1998; 36 (2): 91-103.

17- Whitlatch AM, Meddaugh DI, Langhout KJ. Religiosity among Alzheimer's disease caregivers. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 1992; 7 (6): 11-20.

18- Hebert RS, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; 15 (4): 292-300.

19- Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. J Health Psychol. 2006; 11 (5): 743-59.

20- Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. 2nd ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

21- Miltiades HB, Pruchno R. The effect of religious coping on care-giving appraisals of mothers of adults with developmental disabilities. Gerontologist. 2002; 42 (1): 82-91.

22- Heo GJ. The role of religious coping in Alzheimer's disease care-giving. [Dissertation] University of Pittsburgh, School of Social Work; 2009.

23- Stolley JM,, Buckwalter KC, Koenig HG. Prayer and religious coping for caregivers of persons with Alzheimer's disease and related disorders. Am J Alzheimers Dis. 1999; 14 (3): 181-91.

24- Mickley JR, Pargament KI, Brant CR, Hipp KM. God and the search for meaning among hospice caregivers. Hosp J. 1998; 13 (4): 1-17.

25- Pearce MA. Critical review of the forms and value of religious coping among informal caregivers. J Relig Health. 2005; 44 (1): 118-81.

26- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

27- Azizi L, Feyzabadi Z, Salehi M. Exploratory and confirmatory factor analysis of Maslach burnout inventory among Tehran University Employees. Psychological Studies. 2008; 4 (3): 73-92. [Persian]

28- Ybema JF, Kuijer RG, Hagedoorn M, Buunk BP. Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: an equity perspective. Personal Relationships. 2002; 9 (1): 73-88.

30- Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of beck depression inventory- II in patients with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 8 (29): 82-88. [Persian]

31- Aflakseir A, Colman PG. Initial development of the Iranian religious coping scale. J Muslim Men Heal. 2011; 6 (1): 44-61.

32- Exline JJ, Yali AM, Lobel M. When god disappoints: difficulty forgiving god and its role in negative emotion. J Health Psychol. 1999; 4 (3): 365-79.

33- Krause N, Ellison CG, Shaw BA, Marcum JP, Boardman JD. Church based social support and religious coping. Journal for the Scientific Study of Religion. 2001; 40 (4): 637-56.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Correlation between religious coping and caregiver depression burnout in family caregivers

M. Sharifi[1], M. Fatehizade[2]

Background and Aim: Family care-giving has adverse consequences for mental health and well-being of caregivers. The aim of the present study was to investigate the association between aspects of religious coping with depression and burnout in family caregivers.

Materials and Methods: In this descriptive and cross-sectional research, 283 female caregivers were selected through purposive sampling by referring to health-treatment centers in Isfahan. Iranian Religious Coping Scale, Maslach Burnout Inventory (MBI), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II) were used for data collection. The obtained data was analyzed using Pearson's correlation coefficient, stepwise regression analysis, and independent t-test.

Results: It was found that religious coping had significant correlation with depression and burnout in family caregivers ($P<0.01$). Besides, well-adjusted caregivers reported higher levels of positive religious coping and lower levels of negative religious coping than maladjusted ones. Based on regression analysis, active coping approach, passive religious coping, and negative feelings towards God were powerful and significant predictors of depression in the caregivers ($P<0.0005$).

Conclusion: The present research, while confirming the role of religious coping in family caregivers, holds that the kind of religious coping used by caregivers is important, too.

Keywords: Caregivers; Depression; Religion; Adaptation, Psychological; Religion and Psychology

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (4): 327-335

Received: July 21, 2012 Last Revised: October 24, 2012 Accepted: January 30, 2013

[1] *Corresponding Author; PhD Student in Family Counseling, Faculty of Education & Psychology ,University of Isfahan, Iran msharifi.flj@gmail.com.*
[2] *Associate Professor, Department of Counseling .Faculty of Education & Psychology ,University of Isfahan, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]