

## پیش‌بینی فشار مراقبتی بر اساس مقابله‌ی مذهبی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی

محدثه رجبی<sup>۱</sup>، مالک بسطامی<sup>۲</sup>، ندا شاهواروقی فراهانی<sup>۳</sup>، امیر حسین توانایی<sup>۴</sup>، \*بهروز قنبری<sup>۵</sup>، هانیه الستی<sup>۶</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: سرطان پیشرفته نه تنها منجر به مشکلاتی برای بیماران می‌شود، بلکه برای مراقبین بیمار نیز دشواری‌هایی به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش مقابله‌ی مذهبی در پیش‌بینی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی انجام گرفت. روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مقطعی-همبستگی می‌باشد. تعداد ۱۴۶ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به سرطان که از فروردین تا شهریور ۱۳۹۶ به بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. برای گردآوری اطلاعات از سیاهه‌ی فشار مراقبتی Novak و Guest و پرسشنامه‌ی مقابله‌ی مذهبی Pargament استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد بررسی و آزمون قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میان سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت با فشار مراقبتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد اما سبک مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی دارای رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار می‌باشد و میزان همبستگی آن برابر با ۳۴ درصد است. همچنین، سبک مقابله‌ی مذهبی منفی  $(\beta=0/35)$ ،  $(t=0/438)$ ،  $(\beta=0/35)$ ،  $(t=0/438)$  به طور معنی‌داری، فشار مراقبتی را پیش‌بینی می‌کند ولی سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت  $(\beta=0/35)$ ،  $(t=0/438)$  تیین معنی‌داری از فشار مراقبتی ندارد.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به نتایج مطالعه، سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت بر خلاف سبک مقابله‌ی منفی، قادر به پیش‌بینی تحمل فشار در مراقبین نمی‌باشد. بنابراین، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با تمرکز بر کاهش و اصلاح استفاده از راهبردهای مقابله‌ی مذهبی منفی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، می‌تواند در کاهش فشار مراقبتی آن‌ها مناسب باشد.

**کلید واژه‌ها:** فشار مراقبتی، مقابله مذهبی، مراقبین، سرطان

تضاد منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۱۴

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلا (مکسا)، بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

<sup>۵</sup> استادیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان فیروزگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (\*نویسنده مسئول) شماره تماس:

۹۱۲۳۴۸۰۱۲۸ Email: ghanbari.b@iums.ac.ir

<sup>۶</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

## مقدمه

سرطان به عنوان یکی از مشکلات عمده‌ی پزشکی و از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در تمام نقاط جهان شناخته شده است<sup>(۱)</sup>. این بیماری حجم زیادی از تلاش نظام‌های مراقبتی را به خود اختصاص داده است<sup>(۲)</sup>. در حالی که سالانه ۱۲/۴ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می‌شود؛ بر اساس مطالعات انجام شده در ۲۰ سال آینده این رقم تقریباً دو برابر افزایش خواهد یافت که حدود ۷۰ درصد این افزایش، در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد<sup>(۳)</sup>. در ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث، مهم‌ترین علت مرگ و میر به حساب می‌آید<sup>(۴)</sup>.

در این میان، سرطان پیشرفته نه تنها برای فرد بیمار با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی همراه است، بلکه برای هر فردی که با وی از نزدیک در ارتباط است، دشواری‌هایی به همراه دارد<sup>(۵)</sup>. از زمان تشخیص سرطان و در طول فرآیند درمان آن، بیمار تنها یک دوره‌ی کوتاه توسط مراقبان رسمی در بیمارستان تحت مراقبت قرار می‌گیرد<sup>(۶)</sup>؛ در سایر موارد این کار توسط مراقبان غیررسمی انجام می‌شود. مراقبان غیررسمی افراد آموزش ندیده‌ای هستند که جهت ارائه‌ی خدمات، وجهی دریافت نمی‌کنند و مراقبت‌های خود را به اعضای خانواده و نزدیکان ارائه می‌دهند<sup>(۷)</sup>. در حالی که میانگین زمان مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان ۸/۸ ساعت در روز برآورد شده است<sup>(۸)</sup>، این مراقبین نیازمندند تا کارهای روزانه‌ی خود را انجام دهند و به تعهدات شغلی و دیگر مسئولیت‌های خود نیز رسیدگی کنند<sup>(۹)</sup>. در چنین شرایطی اگر مراقبت‌کننده نتواند زمان مراقبت از بیمار و زمان‌های مختص خود را مدیریت نماید، به سمت فشار مراقبتی (caregiver burden) پیش خواهد رفت<sup>(۸)</sup>. اصطلاح فشار مراقبتی عموماً جهت توصیف ابعاد مختلفی از استرس که نتیجه‌ای از عدم تعادل میان تقاضای مراقبتی و دسترسی به منابع جهت برآوردن آن تقاضا است، به کار می‌رود<sup>(۹)</sup>. فشار مراقبتی ماهیت پنهان و کاملاً فردی داشته و شامل مؤلفه‌هایی همچون فشار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی می‌شود<sup>(۱۰)</sup>. این مفهوم دارای دو بعد درونی و بیرونی است. بعد بیرونی فشار مراقبتی شامل مواردی است که به شخص بیمار بستگی دارد مانند تلاش بسیار در جهت توجه به

نیازهای بیمار، اختصاص زمان برای او و خدماتی که در جهت بهبود وی داده می‌شود؛ و فشار مراقبتی درونی شامل اعتقادات شخصی، خشم‌ها، احساسات درونی و اهمیت فرد به نقش مراقب است<sup>(۵)</sup>.

شواهد نشان می‌دهند که فشار در مراقبین بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنان اثرگذار است. چنانچه در بسیاری از پژوهش‌ها کم‌خوابی، کاهش اشتها و فشار خون بالا در مراقبین گزارش شده است<sup>(۶)</sup>. در واقع، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان درجاتی از خستگی، اضطراب و فشار مراقبتی را تجربه می‌کنند که منجر به بروز مشکلات سلامتی جسمی و روانی و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود<sup>(۱۱-۱۳)</sup>.

Goldzweig و همکاران با بررسی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان دریافته‌اند که آن‌ها از فشار مراقبتی بالا و حمایت هیجانی کمی برخوردار هستند و مهارت‌های سازگاری با این فشار را ندارند<sup>(۱۴)</sup>. همچنین، نتایج مطالعه‌ای که توسط احمدی و همکاران جهت بررسی بار مراقبتی والدین کودکان مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت، نشان داد که میانگین بار مراقبتی والدین کودکان مبتلا به سرطان  $9/83 \pm 52/68$  است که  $17/6$ ،  $71/8$  و  $10/6$  درصد از والدین به ترتیب بار مراقبتی کم، متوسط و شدید را گزارش نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که سطح بالای فشار مراقبتی با نوع سرطان، افزایش تعداد بستری کودک، درآمد پایین و سن کم والدین در ارتباط بود<sup>(۱۵)</sup>. در همین راستا، مطالعاتی که تاکنون در زمینه‌ی فشار مراقبتی صورت گرفته است، عوامل مختلفی را در ایجاد و شدت و ضعف آن دخیل دانسته‌اند. عواملی مانند مدت زمان مراقبت، وضعیت اقتصادی خانواده، حمایت‌های اجتماعی، تعداد مراقبت‌دهندگان، نوع بیماری، افزایش طول مدت بیماری و افزایش علائم بالینی بیماری می‌توانند بر فشار مراقبتی تأثیرگذار باشند<sup>(۱۶-۱۹)</sup>. این موارد همگی از جمله عوامل بیرونی مؤثر هستند، در حالی که راهبردهای مقابله‌ای به عنوان عاملی درونی، می‌توانند فرد را در مواجهه با این عوامل یاری کنند. این راهبردها فرآیندهایی هستند که فرد در مواجهه با تنش‌های زندگی از آن‌ها استفاده می‌کند<sup>(۲۰)</sup>. در این میان، نقش مذهب به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با استرس، توسط برخی به عنوان شکلی از مقابله یا مکانیزمی دفاعی نگریسته شده است<sup>(۲۱)</sup>. Pargament معتقد است که مدل نظری الگوی مقابله‌ی مذهبی می

تواند فرایند پیچیده و مستمری را نشان دهد که به واسطه‌ی آن مذهب با زندگی افراد به هم می‌پیوندد و به آن‌ها فرصت مقابله با فشارهای روانی در زندگی را می‌دهد<sup>(۲۲)</sup>. در واقع، آنچه توسط Pargament و همکاران به عنوان کارکردهای کلیدی مذهب شناسایی شده‌اند (یافتن معنا، دستیابی به احساس کنترل، آسایش معنوی، تسهیل صمیمیت و معنویت و تسهیل تغییرات عمیق زندگی) نشان دهنده‌ی اهمیت راهبردهای مقابله‌ی مذهبی هستند<sup>(۲۳)</sup>. در همین راستا، تحقیقات انجام شده بیانگر آن است که به کارگیری این نوع روش مقابله‌ای در فرایند کنار آمدن با بیماری، قدرت سازگاری فرد را افزایش داده<sup>(۲۴)</sup> و می‌تواند شاخص‌های سلامت روانی و جسمی را پیش بینی کند<sup>(۲۵)</sup>.

مطالعات انجام شده در این زمینه، دو جنبه (مثبت و منفی) از راهبردهای مقابله‌ی مذهبی را شناسایی کرده‌اند؛ جنبه‌های مثبت (شامل بازنگری خیرخواهانه مذهبی، ارزیابی مجدد قدرت خدا، جستجوی حمایت معنوی، مقابله مذهبی مشارکتی، پالایش مذهبی، آرمزش مذهبی، کمک رسانی مذهبی، تمرکز مذهبی، ارتباط معنوی و جستجوی حمایت از روحانیون) و جنبه‌های منفی (شامل ارزیابی مجدد خدای تنبیه کننده، تسلیم فعالانه و منفعلانه، مقابله مذهبی خودمدارانه، ارزیابی مجدد شیطانی، ناخوشنودی معنوی و ناخشنودی مذهبی بین فردی)<sup>(۳۳)</sup>. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مقابله‌ی مذهبی مثبت با افسردگی پایین، کیفیت زندگی بالاتر، رشد پس ضربه‌ای (posttraumatic growth) و تشریک مساعی بیشتر در میان بیماران سالمند بستری در بیمارستان در ارتباط است<sup>(۲۵)</sup>. همچنین، مقابله‌ی مذهبی مثبت با خطر پایین‌تر مرگ و میر در میان بیماران تحت عمل جراحی قلب باز طی دوره‌ی شش ماهه و تأثیرات مثبت در بیماران دارای درد مزمن، رابطه دارد<sup>(۲۶)</sup>. از سوی دیگر، شیوه‌های مقابله‌ی مذهبی منفی با بهبودی جسمی ضعیف‌تر در بیماران توان بخشی<sup>(۲۷)</sup>، سلامت جسمی ضعیف‌تر و خطر مرگ و میر بالاتر در بین بیماران سالمند طی دوره‌ی دو ساله و کاهش سلامتی<sup>(۲۶)</sup> مرتبط است.

با توجه به رابطه‌ی مثبت مقابله‌ی مذهبی با کیفیت زندگی و سلامت بیماران، این متغیر در مورد مراقبین بیماران نیز مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال مطالعه‌ای که توسط شریفی و فاتحی زاده انجام شد نشان داد که میان ابعاد مقابله مذهبی با افسردگی و

فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی رابطه‌ی معنی داری وجود داشت و مراقبین سازگار در مقایسه با مراقبین ناسازگار، سطوح بالاتری از مقابله‌ی مذهبی مثبت و سطوح پایین‌تری از مقابله‌ی مذهبی منفی را گزارش نمودند<sup>(۲۸)</sup>.

با توجه به این که همراهی بیمار با تحمل فشار و رنج، کیفیت مراقبت از بیمار را کاهش می‌دهد<sup>(۲۹)</sup> شناسایی عوامل مرتبط با آن برای کنترل و کاهش این فشار حائز اهمیت می‌گردد. بنابراین، با توجه به اهمیت راهکارهای مقابله‌ای و نقش مذهب به عنوان شاخص‌هایی که همواره در رویارویی با دشواری‌ها و ناملازمات مورد تأکید قرار گرفته‌اند، این مسئله در ادبیات و پیشینه‌ی پژوهش مشخص نیست که آیا مقابله‌ی مذهبی قادر به پیش بینی فشار مراقبتی همراهان بیماران مبتلا به سرطان خواهد بود. همچنین، با وجود پژوهش‌های فراوان در این حوزه، به نظر می‌رسد نیاز به مطالعاتی است که به بررسی بیماران مبتلا به سرطان مرحله‌ی انتهایی و مراقبین آن‌ها بپردازد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مرحله‌ی انتهایی بر اساس سبک‌های مقابله‌ی مذهبی صورت گرفت.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی- همبستگی است. جامعه‌ی پژوهش را تمام مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مرحله‌ی انتهایی که از فروردین تا شهریور ۱۳۹۶ به بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۱۴۶ نفر (۷۵ زن و ۷۱ مرد)، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول پیشنهادی حجم نمونه Tabaknick و Fidell برآورد شد<sup>(۳۰)</sup>؛ بر این اساس، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول  $8M + 50 \leq N$  محاسبه می‌شود (N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است).

معیارهای ورود که برای انتخاب افراد نمونه مورد توجه قرار گرفت، شامل زمان مراقبت از بیمار (حداقل یک ماه از زمان مراقبت گذشته باشد)، سیر بیماری و درمان (بیمار مرحله‌ی آخر در وضعیتی که نیاز به یک مراقب اصلی برای مراقبت شبانه روزی داشته باشد)، سطح سواد (حداقل سواد خواندن و نوشتن) و سن (بین ۱۵

تا ۷۵) بود. از دیگر معیارهای ورود به پژوهش ملیت ایرانی و تمایل به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. معیارهای خروج بیماران از این پژوهش، ابتلای مراقب به اختلال‌های روان‌پریشی بود که انجام مصاحبه و درستی پاسخ‌های وی را تحت تأثیر قرار می‌داد. این مورد، از طریق مصاحبه‌ی اولیه با فرد مراقب مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مراقبینی که همزمان با انجام پژوهش، استفاده از داروهای آرام‌بخش داشتند یا خدمات مشاوره و روان‌شناسی دریافت می‌کردند از مطالعه خارج شدند.

جهت گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات فردی، سیاهه‌ی فشار مراقبتی Novak و Guest و پرسشنامه‌ی مقابله‌ی مذهبی استفاده شد:

**الف) پرسشنامه‌ی اطلاعات فردی:** این پرسشنامه که توسط پژوهشگران حاضر طراحی شده شامل سئوالاتی در زمینه‌ی جنسیت، سن، نسبت با بیمار، وضعیت اقتصادی و بینش بیمار نسبت به بیماری است.

**ب) سیاهه‌ی فشار مراقبتی Novak و Guest:** سیاهه‌ی فشار مراقبتی ۲۴ گویه دارد که در سال ۱۹۸۹ ابداع شده است. این سیاهه از پنج خرده مقیاس فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی احساسی تشکیل شده است. پاسخ مراقبین در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه‌گیری می‌شود<sup>(۳۱)</sup>. عباسی و همکاران برای تعیین روایی سیاهه، از روایی محتوا استفاده کردند. این ابزار همچنین توسط اساتید مورد بررسی قرار گرفته که نتایج حاکی از مربوط بودن (۹۱/۸ درصد)، واضح بودن (۹۰/۲ درصد) و ساده و روان بودن (۹۱/۸۶ درصد) آن است. سپس جهت سنجش پایایی، از روش انسجام درونی استفاده شد. همچنین، ضریب آلفای کل مقیاس ۰/۹۰ و ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ محاسبه گردیده است<sup>(۳۲)</sup>. در این مطالعه نیز پایایی کل ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد شد.

**ج) پرسشنامه‌ی مقابله‌ی مذهبی:** متغیر مقابله‌ی مذهبی با استفاده از مقیاس فرم کوتاه مقابله‌ی مذهبی Pargament مورد سنجش قرار گرفت. این ابزار استاندارد دارای ۱۴ گویه جهت اندازه‌گیری راهبردهای مقابله‌ی مذهبی مثبت و منفی است. هر یک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل هفت ماده از آزمون هستند که هفت سؤال اول مربوط به راهبردهای مثبت

و سئوالات ۸ الی ۱۴ برای راهبردهای منفی در نظر گرفته شده‌اند. شیوه‌ی نمره‌گذاری به صورت چهار گزینه‌ای از هیچ‌وقت تا همیشه انجام می‌گیرد. ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس مقابله‌ی مذهبی ۸۰ درصد گزارش شده است<sup>(۳۳)</sup>. همچنین، در فرم فارسی این پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ مقابله‌ی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش شده<sup>(۳۴)</sup> و در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۲ محاسبه گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، ویرایش ۱۶ و روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد بررسی و آزمون قرار گرفت. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ برای معنی‌داری آزمون‌های آماری لحاظ گردید.

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فیروزگر است، که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق ۲۷۶۹۲-۱۴۳-۰۵-۹۴ به تصویب رسیده است. از جمله موارد اخلاقی که در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت، داشتن حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان بود. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات تنها در راستای اهداف مطالعه و بدون ذکر مشخصات هویتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. در نهایت، پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، داده‌ها جمع‌آوری شدند. با توجه به این موارد، مشارکت در این مطالعه برای افراد، حداقل خطر را داشته که با این وجود، مراقبینی که به واسطه‌ی انجام این پژوهش دارای فشار مراقبتی تشخیص داده می‌شدند به روان‌شناسان متخصص در بخش طب تسکینی ارجاع داده می‌شدند.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۴۶ شرکت‌کننده مورد مطالعه قرار گرفتند که ۷۱ نفر (۴۸/۶ درصد) از آن‌ها مرد و ۷۵ نفر (۵۱/۴ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. از نظر سنی نیز شرکت‌کنندگان در دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۷۲ سال قرار داشتند (میانگین برابر با ۳۸/۱۱ و انحراف استاندارد برابر ۱۱/۹۸) و ۵۱/۴ درصد (۷۵ نفر) آن‌ها به عنوان فرزند بیمار، ۲۳/۳ درصد (۳۴ نفر) همسر، ۹/۶ درصد (۱۴ نفر) خواهر/ برادر، ۶/۸ درصد (۱۰ نفر) والدین و ۸/۹ درصد (۱۳ نفر) از اقوام یا دوستان بیمار بودند. از

نسبی و ۲۱/۳ درصد (۳۱ نفر) فاقد بینش در مورد نوع و پیش‌آگهی بیماری بودند. جدول شماره ۱ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین (سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی) با متغیر ملاک (فشار مراقبتی) است.

نظر وضعیت اقتصادی، ۳۲/۲ درصد (۴۷ نفر) شرکت کنندگان پژوهش دارای وضعیت اقتصادی پایین، ۶۵/۷ درصد (۹۶ نفر) آن‌ها دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۲/۱ درصد (سه نفر) دارای وضعیت اقتصادی بالا بودند. از نظر سطح بینش ۵۸/۲ درصد (۸۵ نفر) بیماران دارای بینش کامل، ۲۰/۵ درصد (۳۰ نفر) دارای بینش

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی

	فشار مراقبتی	SD	M	
	ضریب همبستگی پیرسون	۱۷/۵۰	۵۹/۲۱	فشار مراقبتی
۰/۴۳۷	-۰/۰۱	۴/۳۱	۱۶/۴۰	مقابله‌ی مذهبی مثبت
۰/۰۰۱	۰/۳۴***	۱/۳۷	۱/۱۵	مقابله‌ی مذهبی منفی

\*\*\*P<۰/۰۰۱

بیشتر از ۰/۰۱ بود می‌توان نسبت به نبود هم‌خطی اطمینان حاصل کرد. برای بررسی سهم سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی در تبیین واریانس فشار مراقبتی، ضرایب همبستگی چندمتغیری بین سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی محاسبه گردید (F=۰/۳۴۹). در جداول شماره ۲ و ۳ ضرایب رگرسیون چندگانه به روش همزمان بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک ارائه شده است. این جداول همچنین شامل آماره‌هایی است که بهبود برازش مدل با داده‌ها را نشان می‌دهد.

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت با فشار مراقبتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد اما سبک مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی دارای رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار است، بطوری‌که میزان ضریب همبستگی آن برابر با ۰/۳۴ این مقدار در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. پیش از اجرای رگرسیون، مفروضه‌ی هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین مقابله‌ی مذهبی منفی و مثبت از طریق دو شاخص عامل تورم واریانس و شاخص تحمل بررسی گردید که میزان آن‌ها به ترتیب برابر با ۱/۳۶۲ و ۰/۸۵۶ بود که چون مقدار عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ و مقدار شاخص تحمل

جدول شماره ۲. خلاصه الگوی رگرسیون بین سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی

شاخص	R	R square	خطای استاندارد برآورد
مقدار	۰/۳۴۹	۰/۱۲۱	۱۶/۵۲۰

برای بررسی معنی‌داری این مقدار نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

بررسی جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که همبستگی متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک برابر با ۰/۳۴ است.

جدول شماره ۳. مقادیر مربوط به تحلیل واریانس بین سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی با فشار مراقبتی

آزمون	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	P
رگرسیون	۵۳۹۷/۹۲۵	۲	۲۶۹۸/۹۶۲	۹/۸۸۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۹۰۳۰/۴۹۳	۱۴۳	۲۷۲/۹۴۱		
کل	۴۴۴۲۸/۴۱۸	۱۴۵			

جدول شماره ۳ بیانگر این است که متغیرهای پیش بین تبیین معنی‌داری از فشار مراقبتی ارائه می‌کنند. جدول شماره ۴ سهم متغیرهای سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی را در پیش‌بینی

فشار مراقبتی و همچنین معنی‌داری آنها را گزارش کرده است.

جدول شماره ۴. ضرایب رگرسیون سبک‌های مقابله‌ی مذهبی مثبت و مقابله‌ی مذهبی منفی در پیش‌بینی فشار مراقبتی

P	T	ضرایب استاندارد			ابعاد
		$\beta$	SE	B	
۰/۶۶۲	۰/۴۳۸	۰/۰۳۵	۰/۳۲۱	۰/۱۴۰	مقابله‌ی مذهبی مثبت
۰/۰۰۱	۴/۴۴۴	۰/۳۵۲	۱/۰۱۰	۴/۴۸۸	مقابله‌ی مذهبی منفی

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که سبک مقابله‌ی مذهبی منفی ( $t= 4/444$ )، ( $\beta= 0/352$ ) به طور معنی‌داری، فشار مراقبتی را پیش‌بینی می‌کند ولی سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت ( $t= 0/438$ )، ( $\beta= 0/035$ ) تبیین معنی‌داری از فشار مراقبتی نداشته و این متغیر قادر به پیش‌بینی فشار مراقبتی نیست.

رادپوترایی دریافت می‌کردند نیز تأییدکننده‌ی این موضوع بود. در همین راستا در مطالعه‌ای که توسط خنجری و همکارانش<sup>(۳۷)</sup> در سال ۲۰۱۲ در دو مرکز درمانی در شهر تهران صورت گرفته است، احساس انسجام خود، مقابله مذهبی منفی و شدت بیماری به عنوان کاهش دهنده‌ی کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در دو مرحله (دو تا سه هفته پس از تشخیص سرطان و شش ماه پس از تشخیص سرطان) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که کیفیت زندگی مراقبین با مقابله‌ی مذهبی منفی پایین تر گزارش شده است. با این حال، در هیچ یک از پژوهش‌ها به رابطه‌ی فشار مراقبتی و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی (مثبت و منفی) در مراقبین بیماران مراحل انتهایی پرداخته نشده است که این پژوهش در جهت رفع این خلأ، بر روی این جامعه صورت گرفت.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که میان سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت با فشار مراقبتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد اما سبک مقابله‌ی مذهبی منفی دارای رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار با فشار مراقبتی است؛ این بدان معنی است که احتمالاً مراقبین با سبک مقابله‌ی مذهبی منفی، فشار مراقبتی بالاتری را تحمل کرده و در معرض آسیب بیشتری قرار دارند. بنابراین، به کارگیری سبک مقابله‌ی مذهبی منفی می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان و افزایش فشار مراقبتی گردد که همسو با پژوهش‌های پیشین است<sup>(۳۵-۳۷)</sup>. در پژوهشی که Morgan و همکاران<sup>(۳۵)</sup> در سال ۲۰۱۲ بر روی زنان آفریقایی-آمریکایی مبتلا به سرطان پستان در کشور آمریکا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مقابله‌ی مذهبی منفی با کیفیت زندگی پایین تر ارتباط دارد. همچنین، نتایج تحقیقات Vallurupalli و همکاران<sup>(۳۶)</sup> بر روی بیماران مبتلا به سرطان که در مراکز رادپوترایی بوستن آمریکا در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ خدمات

در تبیین یافته‌های پژوهشی می‌توان به این نکته اشاره داشت که مذهب به عنوان یکی از ابعاد معنویت و به عنوان راهکاری مقابله‌ای می‌تواند در روند درمان منجر به کاهش تنش‌ها شود. از همین رو، سازمان جهانی بهداشت نیز معنویت را به عنوان یک اصل برای ارتقای سلامت افراد پذیرفته است<sup>(۳۸)</sup>. چنانچه در مطالعه‌ای که به بررسی نقش معنویت در مراقبین بیماران مراحل ابتدایی تومور مغزی در ایالت پنسیلوانیای آمریکا پرداخته شده است، مراقبینی که علائم اضطراب و افسردگی بیشتری گزارش کردند، سطح پایین‌تری از

معنویت را دارا بودند<sup>(۳۹)</sup>. در واقع، عدم وجود افکار معنوی و به طور خاص استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مذهبی منفی (مانند داشتن تفکر خدای تنبیه‌کننده، تسلیم فعالانه و منفعلانه، ناخشنودی معنوی و ...) می‌تواند مانع معنادهی به مراقبت‌ها و مجموعه اقداماتی باشد که مراقبت‌کننده نسبت به بیمار در طی مراحل بیماری تا رسیدن به فاز انتهایی انجام می‌دهد، که خود موجب افزایش فشار مراقبتی آن‌ها می‌شود.

از سوی دیگر، در پژوهش حاضر برخلاف پژوهش شریفی و فاتحی‌زاده<sup>(۲۸)</sup>، سبک مقابله‌ای مذهبی مثبت قادر به پیش‌بینی فشار مراقبتی در مراقبین نبود. تفاوت در نتایج این مطالعه را می‌توان در نمونه‌ای که اطلاعات از آن جمع‌آوری شده جست‌وجو کرد. نمونه‌ی پژوهش حاضر، مراقبین بیمارانی بودند که در مرحله‌ی انتهایی بیماری خود قرار داشتند و طول درمان، شدت علائم، احتمال فوت قریب الوقوع و خاتمه‌ی درمان‌ها ممکن است استفاده و کارایی مقابله‌ی مذهبی مثبت در این افراد را تحت تأثیر قرار داده باشد. از طرفی در پژوهش‌های گذشته فشار مراقبتی بیشتر در بیماری‌های دیگری هم‌چون نارسایی کلیوی، عقب‌ماندگی ذهنی و همچنین مسائل مربوط به نگهداری سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است. در واقع، می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مرتبط با فشار مراقبتی مراقبین بیمار، علاوه بر این که تحت تأثیر مؤلفه‌های فردی همراه بیمار است، بلکه موارد مرتبط با بیمار مانند نوع بیماری، مرحله‌ی بیماری و حتی نوع مقابله‌ی خود بیمار نیز در تجربه‌ی فشار مراقب می‌تواند مؤثر باشد. بنابراین، ممکن است ویژگی‌های بیمار در رابطه‌ی میان سبک مقابله‌ی مذهبی و فشار مراقبتی اثرگذار باشد که این مورد نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتر است.

همچنین، مراقبت‌های طولانی و گسترده‌ای که مراقبین افراد مبتلا به سرطان مرحله‌ی انتهایی به علت طولانی شدن فرآیند درمان و دوره‌ی بیماری به صورت متناوب به آن‌ها عرضه داشته‌اند، می‌تواند اثربخشی و کارایی

راهبردهای مقابله‌ای از جمله راهبردهای مقابله‌ای مثبت را در جهت کنترل فشار مراقبتی کاهش دهند. در نتیجه، بر اساس یافته‌های این مطالعه، سبک مقابله‌ی مذهبی منفی تأثیر منفی بر تحمل فشار مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مرحله‌ی انتهایی داشته و این افراد را در معرض احساس فشار بالاتر قرار می‌دهد. بنابراین، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به مراقبین بیماران مبتلا به سرطان با تمرکز بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت و کاهش استفاده از راهکارهای منفی از همان مراحل ابتدایی، می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش فشار مراقبتی که این مراقبین طی فرآیند درمان متحمل می‌شوند، باشد. در نهایت، به نظر می‌رسد این اقدامات می‌تواند به صورت غیرمستقیم، با تأثیر بر زندگی مراقبین، در کیفیت همراهی و مراقبت آن‌ها و همچنین وضعیت بیماران مؤثر واقع شود.

در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت. انتخاب گروه نمونه به صورت در دسترس به علت شرایط ویژه‌ی بیمارانی که شرکت‌کنندگان مراقبت از آن‌ها را بر عهده داشتند و استفاده از مراقبین بیمارانی که در بیمارستان بستری هستند، امکان تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین، دشوار بودن مراقبت از بیماران مراحل انتهایی و قطع فرآیند پر کردن پرسشنامه‌ها به علت وضعیت جسمانی بیماران، از جمله دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به جهت اطمینان در تعمیم دهی، این مطالعه با جمعیت مشابه (مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی بستری در بیمارستان) و سایر مراقبین (مراقبین بیماران مبتلا به سرطان مراحل انتهایی در منزل) تکرار شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود از نتایج بررسی حاضر در خدمات روان‌شناختی ارائه شده به مراقبین بیماران مراحل انتهایی جهت کاهش فشار مراقبتی آن‌ها استفاده شود. از جمله نقاط قوت و نوآوری این پژوهش می‌توان به مطالعه‌ی مراقبین بیماران مراحل انتهایی اشاره کرد که به نظر می

رسد از جمله مواردی باشد که نتایج را تحت تأثیر قرار داده است.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح مصوب در مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فیروزگر بوده و با حمایت این مرکز اجرا شده است. بدین وسیله از همکاری صادقانه مدیریت و کارکنان بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر، مرکز کنترل و پیشگیری از سرطان آلاء (مکسا) و حمایت‌های خانم دکتر زینب قائم پناه سپاسگزاریم.

**تضاد منافع:** نویسندگان هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

### فهرست منابع

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics for hispanics/latinos, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(5):283-98.
2. Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W, et al. European health systems and cancer care. *Ann Oncol*. 2003;14(suppl\_5):v41-v60.
3. Moore MA, Eser S, Iginov N, Iginov S, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, et al. Cancer epidemiology and control in North-Western and Central Asia-past, present and future. *Pancreas*. 2010;4(4.2):0.7-1.9.
4. Zendeheel K, SEDIGHI Z, Hasanlou Z, Nahvijou A. Improving quality of cancer registration in Iran. Part1: evaluation and comparison of cancer registration results in the country. *Hakim Res J*. 2010;12: 42-48. [Persian]
5. Govina O, Kotronoulas G, Mystakidou K, Katsaragakis S, Vlachou E, Patiraki E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(1):81-8.
6. Chindaprasirt J, Limpawattana P, Pakkaratho P, Wirasorn K, Sookprasert A, Kongbunkiat K, et al. Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(4):1643-8.
7. Khatti Dizabadi F, Yazdani J, Eftekhar Ardebili H, Batebi A, Shojaezadeh D. The status of caregiving among informal caregivers of community-dwelling elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;23(100):31-41. [Persian]
8. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract*. 2012;9(4):197-202.
9. Salmani A, Ashketorab T, Hasanvand S. The Burden of Caregiver and Related Factors of Oncology Patients of Shah Vali Hospital. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;24(2):11-7. [Persian]
10. Gage-Bouchard EA, Devine KA, Heckler CE. The relationship between socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(4):478-87.
11. Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ, editors. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum*; 2004; 16;31(6):1161-9.
12. Park B, Kim SY, Shin J-Y, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2799-807.
13. Yakar HK, Pinar R. Reliability and validity of Turkish version of the caregiver quality of life index cancer scale. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(7):4415-9.



14. Goldzweig G, Merims S, Ganon R, Peretz T, Altman A, Baider L. Informal caregiving to older cancer patients: preliminary research outcomes and implications. *Ann Oncol*. 2013;24(10):2635-40.
15. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *Iran Journal of Nursing*. 2018;31(111):40-51. [Persian]
16. Kahrman F, Zaybak A. Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(8):3313-7.
17. Wang J, Shen N, Zhang X, Shen M, Xie A, Howell D, et al. Care burden and its predictive factors in parents of newly diagnosed children with acute lymphoblastic leukemia in academic hospitals in China. *Support Care Cancer*. 2017;25(12):3703-13.
18. Wang LJ, Zhong WX, Ji XD, Chen J. Depression, caregiver burden and social support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(5):478-85.
19. Choi YS, Hwang SW, Hwang IC, Lee YJ, Kim YS, Kim HM, et al. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2016;25(2):217-24.
20. Taheri-Kharameh Z, Saeid Y, Ebadi A. The relationship between religious coping styles and quality of life in patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;2(1):24-32. [Persian]
21. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig*. 1998:710-24.
22. Pargament K. The Psychology of Religion and Coping, New York. Guilford Press Prati, G, & Pietrantonio, L(2009) Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis *Journal of Loss and Trauma*. 1997;14:364-88.
23. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol*. 2000;56(4):519-43.
24. Kazemi MS. The relationship between religious coping strategies and mental health in MS patient. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1387-9. [Persian]
25. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(9):513-21.
26. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *J Health Psychol*. 2004;9(6):713-30.
27. Fitchett G, Rybarczyk BD, DeMarco GA, Nicholas JJ. The role of religion in medical rehabilitation outcomes: A longitudinal study. *Rehabil Psychol*. 1999;44(4):333-53.
28. Sharifi M, Fatehizade M. Correlation between religious coping with depression and caregiver burnout in family caregivers. *Modern Care Journal*. 2012;9(4):327-35. [Persian]
29. Nemati S, Rassouli M, Ilkhani M, Baghestani AR. Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(1):309-16.
30. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Allyn & Bacon. 5<sup>th</sup> ed. Boston: Pearson Education; 2006.
31. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*. 1989;29(6):798-803.
32. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *Iranian Nursing Scientific Association*. 2013;1(3):62-71. [Persian]
33. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*. 1998:710-24.
34. Shahabzadeh F, Mazaheri MA. Perceived Childhood Attachment, Family Functioning and Religious Coping. *Development psychology: Iranian psychologists*. 2011; 8: 221-34. [Persian]
35. Morgan PD, Gaston-Johansson F, Mock V. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. *ABNF J*. 2006;17(2):73-7.

36. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*. 2012;10(2):81-7.
37. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. *Cancer Nurs*. 2012;35(2):148-56.
38. Organization WH. International statistical classification of diseases and related health problems: World Health Organization; 2004.
39. Newberry AG, Choi C-WJ, Donovan HS, Schulz R, Bender C, Given B, et al., editors. Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the disease trajectory. *Oncol Nurs Forum*; 2013; 40(3): 1-12.

## Religious Coping as a Predictor of the Burden of Care in the Caregivers of End-stage Cancer Patients

Mohaddeseh Rajabi<sup>1</sup>, Malek Bastami<sup>2</sup>, Neda Shahvaroughi Farahani<sup>3</sup>,  
Amir Hossein Tavanaie<sup>4</sup>, \*Behrouz Ghanbari<sup>5</sup>, Haniye Alasti<sup>6</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Advanced cancer causes problems not only for the patients, but also for their caregivers. The present study aimed to determine the role of religious coping in the prediction of the burden of care in the caregivers of end-stage cancer patients.

**Materials & Methods:** This cross-sectional, correlational study was conducted on 146 cancer caregivers referring to the palliative care center of Firoozgar Hospital in Tehran, Iran during April-September 2017. The participants were selected via availability sampling. Data were collected using Novak and Guest's caregiver burden inventory (CBI) and Pargament's religious coping questionnaire (RCOPE). Data analysis was performed in SPSS-16 using Pearson's correlation-coefficient and multiple regression analysis.

**Results:** No significant correlation was observed between the positive religious coping style and burden of the caregivers. However, the negative religious coping style had a direct, significant correlation with the burden of the caregivers (34%). Moreover, the negative religious coping style could significantly predict the burden of the caregivers ( $t=4.444$ ;  $\beta=0.352$ ), while the positive religious coping style could not significantly predict the burden of the caregivers ( $t=0.438$ ;  $\beta=0.035$ ).

**Conclusion:** According to the results, contrary to the negative religious coping style, the positive religious coping style could not predict the burden of care in the caregivers of end-stage cancer patients. Therefore, it is recommended that training be provided on coping skills focusing on the modification and reduction of negative coping strategies in the caregivers of cancer patients in order to diminish the burden of care.

**Keywords:** Burden of Care, Religious Coping, Caregivers, Cancer

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Rajabi M., Bastami M., Shahvaroughi Farahani N., Tavanaie Ah., Ghanbari B., Alasti H. Religious Coping as a Predictor of the Burden of Care in the Caregivers of End-Stage Cancer Patients. *Iran Journal of Nursing*. 2018; 31(114):6-16.

Received: 7 Jul 2018

Accepted: 6 Oct 2018

<sup>1</sup>. MS in Clinical Psychology, Firoozgar Clinical Research Development Center (FCRDC), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>. PhD Candidate in Health Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>. PhD Candidate in Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Allame Tabataba'i University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>. MS in Clinical Psychology, ALA Cancer Prevention and Control Center, Firoozgar Hospital, University of Tehran, Tehran, Iran.

<sup>5</sup>. Assistant Professor, Gastrointestinal and Liver Disease Research Center (GILDRC), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (\*Corresponding author) Tel: 09123480128 Email: ghanbari.b@iums.ac.ir

<sup>6</sup>. PhD Candidate in Health Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.