بررسی رابطه باورهای مذهبی و افسردگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان حضرت علی اصغر(ع) شهر زاهدان

نویسندگان: فاطمه کیانی[1]، رضا نیکبخت[2*]

۱- مربی، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

۲-دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

*نویسنده مسئول: رضا نیکبخت- پست الکترونیکی:nikbakht.nu95@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به اینکه بیماری دیابت در حال حاضر از شیوع بالایی برخوردار است و می‌تواند تاثیرات عمیق روانی به جای گذاشته و سبب افسردگی در بیماران شود. بنابراین لزوم توجه به عوامل تاثیرگذار برای مقابله با شرایط روانی بیماران دیابتی احساس می شود که نقش مذهب در این بین حائز اهمیت بوده و با تقویت انگیزه های مذهبی می-توان به کاهش شدت افسردگی بیماران دیابتی کمک کرد.

مواد و روش ها: این مطالعه نوعی مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی می باشد. از جامعه ۳۵۰ نفری بیماران دیابتی ۷۰ نفر به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه‌ی استاندارد باورهای مذهبی و افسردگی بک بوده است. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون‌های آماری x^2 و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

یافته ها: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بین باورهای مذهبی و افسردگی رابطه‌ی معنی داری وجود دارد ولی بین سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات و سابقه‌ی ابتلای سایر افراد خانواده با افسردگی رابطه‌ی معنی داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اعتقادات مذهبی قوی‌تر باعث کاهش شدت افسردگی می‌شود. جهت کاهش افسردگی بیماران دیابتی لازم است انگیزه های مذهبی آنان را با برنامه‌های مناسب تقویت نمود.

واژه های کلیدی: افسردگی، باورهای مذهبی، بیماری دیابت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

مقدمه

دیابت یک بیماری متابولیک است که شیوع آن در دنیا رو به افزایش می‌باشد(۱) و بصورت اختلال در جذب سلولی قند خون که ناشی از کاهش ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن در برابر انسولین است ایجاد می‌شود. این بیماری عوارضی نظیر نفروپاتی، نوروپاتی، رتینوپاتی، کوری و بیماری‌های روانی خصوصا افسردگی را در پی دارد(۲). شیوع دیابت در جوامع ۳ تا ۵ درصد است ولی در برخی از جوامع بطور قابل ملاحظه بیشتر است. در ایران دیابت با میزان شیوع ۷ درصد دیابت و ۱۳ درصد دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال تقریبا ۲۰ درصد مبتلا به دیابت و یا مستعد آن هستند(۳). افسردگی نیز نوعی اختلالات روانی است که علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پرخوابی و اختلال در عملکرد را در پی دارد(۴)که نوروترانسمیترهایی مانند سروتونین و نوراپی‌نفرین و همچنین رویدادهای مختلف زندگی و استرسورهای درونی مانند قندخون، کلسترول، تری‌گلیسرید، سایر فاکتورهای خونی و نیز بیماری‌های مزمن در ایجاد و عود آن موثرند(۵). برای افراد مبتلا به دیابت پذیرش این موضوع که باید زندگی خود را مطابق با بیماری تغییر دهند سخت است و از آنجا که این بیماران معمولا از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری آگاهند و بیماری دیابت یک منبع استرس برای آنان محسوب می شود ایجاد اختلالات خلقی بخصوص افسردگی در این افراد زیاداست که مطالعات فراوانی این موضوع را تایید می‌کند(۶و۷). روانشناسان امروزه معتقدند که برای درمان و کنار آمدن با بیماری‌های مختلف تنها استفاده از روش های متعارف کافی نیست(۸). استفاده از انگیزه‌ها و باورهای دینی یکی از راه های نامتعارف این مسئله است. نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه گاهی نیرومند احساس نیاز می‌کرده است(۹). تاریخ نشان می‌دهدکه قدمتی بسیار طولانی دارد چنانکه مطالعات باستان شناسان و انسان‌شناسان نشان داده است مذهب جزء لاینفک زندگی بشری در تمام اعصار بوده است (۱۰). به گفته‌ی فرانکل بنیانگذار مکتب معنا درمانی، احساس مذهبی عمیق و واقعی در اعماق ضمیر ناهشیار هر انسان وجود دارد(۱۱). این که حتی یک انسان بی‌اعتقاد به دین در شرایط نامطمئن بحران روحی و درماندگی بطور ناهشیار به خدا و نیروهای ماوراءطبیعی می-اندیشد و از او استمرار می‌طلبد پدیده‌ی ثابت شده‌ای است (۱۱). نقش مذهب در ارائه خدمات و دوستی‌ها و ابزارهای روانی که برای مقابله و تطابق با موضوع های زندگی روزانه، همچون تغییرات، فقدان‌ها و مرگ فراهم می‌سازد حائز اهمیت است(۱۲). بیماری دیابت به دلیل تاثیرات عمیق و فراوان آن بر روی سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد در حال حاضر بعنوان یک معضل پزشکی محسوب می‌شود مخصوصا تاثیرات روانی این بیماری موجب فرسوده شدن و کم شدن قدرت، مهارت و تسلط بر زندگی می‌شود اما با به کار بردن بعضی از روش‌ها می‌توان تا حدودی از اثرات مخرب آن کاست. به طور مثال نتایج تحقیقات نشان می‌دهد ارتباط قوی بین باورهای مذهبی و افسردگی وجود دارد(۱۳). شهبازی در مطالعه‌ی خود نشان می‌دهد که مذهب و باورهای مذهبی نقش مهمی در زندگی افراد داشته و با سلامتی و رضایت از زندگی ارتباط دارد(۱۴). اخیرا به تاثیر باورهای مذهبی در سلامت روان افراد توجه بیشتری می شود زیرا مشخص شده باورهای مذهبی مانع ایجاد نگرش منفی و در نتیجه مانع ایجاد اختلال

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

تفکر و بیماری‌های روانی در فرد می‌شود. پژوهشگر با توجه به موارد فوق و با عنایت به اینکه خود در ارتباط بیشتری با بیماران دیابتی بوده است و در مشاهدات خود دریافته تعدادی از بیماران دیابتی دچار افسردگی به دنبال تاثیرات این بیماری بر زندگیشان شده‌اند و این حس ناامیدی و افسردگی باعث دلسردی آنها نسبت به شیوه‌های مرسوم درمان و تشدید عوارض مربوط به دیابت شده که نهایتا منجر به پیچیده و طولانی شدن روند درمان در بیماران فوق الذکر می شود و از آنجا که متوجه اهمیت باورهای مذهبی افراد و ارتباط آن با بهداشت روان شده بود و با این احتمال که دیدگاه مذهبی افراد دیابتی می‌تواند بر شدت افسردگی و نهایتا کنترل سیر این بیماری تاثیر گذار باشد بر آن شد تا جهت بررسی بیشتر تحقیقی با هدف تعیین باورهای مذهبی بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با شدت افسردگی آنان انجام دهد.

مواد وروشها

این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی می‌باشد. محیط پژوهش مرکز کنترل دیابت شهر زاهدان واقع در کلینیک علی اصغر(ع) بوده و جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی بیماران دیابتی مراجعه کننده به این مرکز بود که پرونده‌ی فعال داشتند. با روش نمونه گیری آسان تعداد ۷۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه بود، پرسشنامه‌ی اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران دیابتی که توسط پژوهشگر ساخته شده، پرسشنامه‌ی دوم پرسشنامه‌ی استاندارد افسردگی بک و پرسشنامه‌ی سوم پرسشنامه‌ی استاندارد باورهای مذهبی بودند. پرسشنامه‌ی بک شامل ۲۱ سوال بود که هر سوال از چهار گزینه تشکیل شده و به ترتیب از سالم بودن (گزینه‌ی اول) به سمت مشکل شدید (گزینه‌ی چهارم) رفته و گزینه‌ی اول نمره‌ی ۰، گزینه‌ی دوم نمره‌ی ۱، گزینه‌ی سوم نمره‌ی ۲ و گزینه ی چهارم نمره‌ی ۳ را به خود اختصاص می‌دادند و در مجموع ۲۱ سوال کسانی که دارای نمره‌ی متوسط ۱۶-۱ بودند افسردگی خفیف، بیمارانی که نمره‌ی ۲۹-۱۷ داشتند افسردگی متوسط و آنهایی که نمره‌ی بالاتر از ۳۰ داشتند دچار افسردگی شدید شناخته شدند. پرسشنامه‌ی باورهای مذهبی دارای ۳۰ سوال در مورد باورهای مذهبی افراد بود و در مقابل هر سوال چهار گزینه وجود داشت که شامل همیشه (نمره‌ی ۳)، اغلب (نمره‌ی ۲)، گاهی (نمره‌ی ۳) و هرگز (نمره‌ی ۰) بود. در مجموع ۳۰ سوال اگر نمره‌ی بیمار زیر ۲۹ باشد دارای باورهای مذهبی ضعیف، اگر بین ۵۹-۳۰ باشد دارای باورهای مذهبی متوسط و اگر بالاتر از ۶۰ باشد دارای باورهای مذهبی قوی می‌باشد. این پرسشنامه‌ها استاندارد بوده و روایی و پایایی آنها بارها و بارها در ایران سنجیده شده است (۱۵و۶). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آزمون همبستگی اسپیرمن و x^2 با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شده است.

یافته ها

از ۷۰ بیمار مورد بررسی ۴۳ نفر زن (۶۱/۴۲٪) و۲۷ نفر (۳۸/۵۷٪) آنها مرد بودند، از نظر تحصیلات ۵ نفر (۷/۱۴٪) آنان بی‌سواد، ۳۷ نفر (۵۲/۸۵٪) ابتدایی، ۱۴ نفر (۲۰٪) راهنمایی، ۱۱ نفر (۱۵/۷۱٪) دبیرستان و ۳نفر (۴/۲۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۱ نفر (۵۸/۵۷٪) خانه دار، ۱۲ نفر (۱۷/۱۴٪) کارمند، ۱۲ نفر (۱۷/۱۴٪) دارای شغل آزاد و ۵ نفر (۷/۱۴٪) بیکار بودند. ۸ نفر (۱۱/۴۲٪) سابقه‌ی دیابت در خانواده خود داشته و ۶۲ نفر (۸۸/۵۷٪) سابقه‌ی دیابت در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

خود نداشتند. حداقل سن بیماران ۲۲ سال و حداکثر سن آنان ۶۳ سال بود، حداقل سن آغاز بیماری ۱ سال و حداکثر آن ۲۲ سال بود. از نظر ابتلا به افسردگی ۴۷ نفر بیماران دچار افسردگی خفیف، ۱۰ نفر دچار افسردگی متوسط و ۱۳ نفر دچار افسردگی شدید بودند. ۵ نفر دارای باورهای مذهبی ضعیف، ۶ نفر دارای باورهای مذهبی متوسط و ۵۸ نفر دارای باورهای مذهبی قوی بودند. بین اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، تحصیلات، مدت ابتلا و سابقه‌ی ابتلای اعضای خانواده به افسردگی و بیماری افسردگی رابطه‌ی معنی داری وجود نداشت. ولی بین باورهای مذهبی و افسردگی رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت. بر اساس آزمون x^2 ارتباط معنی‌داری بین دو متغیر باورهای مذهبی و افسردگی در این بیماران مشاهده شد ($p<0.001$) و هر چه باورهای مذهبی بیماران قوی‌تر باشد از شدت افسردگی آنان کاسته می شود بطوری که بر اساس آزمون اسپیرمن مشخص شد به ازای هر یک نمره افزایش باورهای مذهبی ۰.۵ نمره از شدت افسردگی کاسته می‌شود.

جدول شماره ی ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت افسردگی بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک کنترل دیابت بیمارستان علی اصغر(ع) زاهدان

باورهای مذهبی	ضعیف		متوسط		قوی		
سطح افسردگی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
افسردگی خفیف	0	0	1	2.3	42	97.7	P value<0.001
افسردگی متوسط	1	10	1	10	8	80	
افسردگی شدید	4	30.8	3	23.1	6	46.2	
جمع	5	7.6	5	7.6	56	84.8	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد افرادی که دارای بینش مذهبی قوی‌تری بودند نسبت به سایر افراد از شدت افسردگی کمتری رنج می‌برند بطوری که یافته‌های آماری به میزان بسیار بالایی معنی‌دار بود (جدول ۱). به نظر می‌رسد که مذهب می تواند یک عامل قوی در ثبات روانی بیماران با بیماری صعب العلاج باشد. برای نمونه گورساچ و باتلر بعد از بررسی ۲۰ تحقیق تجربی به این نتیجه رسیدند که نداشتن اعتقادات مذهبی می‌تواند به عنوان عامل پیش‌بینی کننده تلقی شود. این پژوهشگران اضافه می‌کنند که خواه این مذهبی بودن با شرکت در مراسمات مذهبی سنجیده شود و خواه با میزان اعتقاد آنها به خداوند، مشخص نمودن اینکه چه کسی در آینده دچار مشکلات روانی خواهد شد مشکل به نظر نمی رسد(۱۷و۱۶). در مطالعه‌ای دیگر با عنوان نقش باورهای مذهبی در سلامت عمومی سالمندان عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت که توسط شادمان و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که باورهای مذهبی درونی با سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری نشان داده است (۱۸). حتی در برخی از بررسی‌های انجام شده موثر بودن مداخلات مذهبی در کاهش اضطراب و ناراحتی‌های روانی در مطالعات همه‌گیر شناسی مورد بررسی قرار گرفته است. برای نمونه در دو بررسی نتایج نشان دادند افرادی که به اعتقادات مذهبی پایبند بودند اضطراب و ناراحتی‌های روانی خیلی کمتری نسبت به افرادی که به این اعتقادات پایبند نبودند داشتند (۱۹و۲۰). گارتر و همکاران در زمینه‌ی سلامت روانی و اعتقادات مذهبی شش مقاله را مورد بررسی قرار دادند و در تمامی این مقالات بین

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه‌ی مثبتی وجود داشت (۲۱). گرچه تاثیر باورهای مذهبی در بهداشت روانی افراد کمتر مورد توجه قرار گرفته است اما بررسی‌ها نشان دهنده‌ی تاثیر عمیق این باورها در تمامی جنبه‌های زندگی افراد از جمله دور نگه داشتن آنها از بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری می باشد. باورهای مذهبی قوی سبب می شود که افراد کمتر در معرض فشارهای روانی قرار بگیرند و کمتر دچار افسردگی شوند (۲۲). بطور کلی با توجه به یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد که باورهای مذهبی یکی از عوامل تاثیر گذار بر رضایت از زندگی است. به اعتقاد روانشناسان دین به انسان چیزی می‌دهد که از هیچ منبع دیگری قابل دریافت نیست. اعتماد به حاصل کوشش‌های زندگی از طریق اتصال شخصی به قدرت یا قدرت‌های متعالی جهان، در هر دینی برای مومنین به خود و نیز وضع کلی جامعه موثر است. با توجه به تاثیر بیماری دیابت بر کلیه‌ی ابعاد زندگی بیماران به نظر می‌رسد که تقویت انگیزه یا روحیات مذهبی در کنار آمدن بیمار و کاهش شدت افسردگی موثر باشد. در یک بررسی فرا تحلیلی که بر روی ۸۵۰ مطالعه‌ی انجام شده پیرامون ارتباط میان باورها و اعمال مذهبی با بهداشت روان و کارکرد اجتماعی انجام دادند نشان داده شد که مذهب از طریق بالا بردن توانایی در مقابله با استرس، ایجاد فضای حمایت اجتماعی ایجاد امید و خوش بینی در جهت کمک به ایجاد هیجان‌های مثبت مثل زندگی کردن بهتر، رضایت از زندگی و شادکامی اثر خود را بر سلامت روان می گذارد (۲۰). پیشنهاد پژوهش حاضر را می‌توان در دو مورد زیر خلاصه نمود:

۱. توصیه می‌شود جهت انتخاب آموزه‌های دینی مطابق با نیاز های روانی- اجتماعی بیماران دیابتی، همکاری بین بخشی حوزه و دانشگاه در این زمینه و کتابچه‌های آموزشی جهت بیماران دیابتی، کارکنان مرتبط با این بیماران و خانواده‌ی بیماران طراحی و تدوین گردد.

۲. توصیه می‌شود مراکز کنترل دیابت برنامه‌های آموزشی دینی مطابق با نیازهای بیماران دیابتی را طراحی و اجرا نمایند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

The Study of the Relationship between Diabetic Patients Religious Beliefs and Depression in Diabetes clinic of Ali Asghar Hospital in Zahedan

Kiyani F[1], Nikbakht R[2*]

1. M.Sc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery. Zahedan University of Medical Sciences, Iran.

2. Postgraduate Student of Nursing, kerman University of Medical sciences.

***Corresponding author:** Nikbakht R., **E -mail:** nikbakht.nu95@yahoo.com

Abstract

Introduction: Now days, diabetes is prevalent and it can cause severe psychotic effects and depression. Thus, it is necessary to consider effective factors to fight diabetic patients mental disorders. It seems that the role of religion is significant and by augmenting religious attitudes, diabetic patients' depression's intensity can be decreased. The purpose of the present study was to examine the relationship between diabetic patients religious beliefs and depression in diabetes clinic of Ali Asghar hospital of Zahedan.

Methodology: This is a descriptive analytical and cross-sectional study. Out of 350 diabetic patients, 70 were selected by easy sampling method. Data gathering tool were Bach's religious beliefs and depression standard questionnaires. x^2 (chi-square) statistical test and Pearson correlation index have been used for analyzing the data.

Results: Obtained results of the study showed that there is not any relationship between age, sex, education, illness duration and family members background of depression with depression.

Conclusion: Results of the study showed that the stronger religious beliefs decrease depression intensity. So it is necessary to strengthen patients religious attitudes by proper plans to decrease depression and some strategies are presented in the study for these plans.

Key words: Depression, diabetes, religious beliefs.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]

References

1- Atalay M, Laaksonen DE. Diabetes, oxidative stress and physical exercise. J. Sports Sci Med. 2002; 1: 1-14.
2- Ahmann AJ. Guideline and Performance Measures for Diabetes. Am J Manag Care. 2007;13:6-41.
3- Brownell KD, Cohen LR. Adherence to dietary regimens: An overview of research. Behav Meld. 2002;20:54-149.
4- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of co morbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2001;24(6):1069-78.
5- Daulalas AD, Rallidis M. Association of depressive symptoms with coagulation factors in young healthy individuals. Atherosclerosis. 2005;91(1): 53-59.
6- Behnam B,Ghorbani R. Epidemiologic features of depression in non–insulin dependent diabetic patients in Semnan. Pejouhesh. 2005;29(1):45-9.[Persian]
7- Leonard EE. Effects of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes. Diabetes care. 2004;27:1751-1753.
8- Habibvand A. Correlation Religiosity Direction with training progressive & psycho disorder. journal of sciences-Research psychology & Religion.1998;3:79-107.
9- KoeningH G Spirituality and depression. Southern Medical.2007;7:737-739.
10- Kalyani K M. The impact of religious beliefs and practice on aging: A cross – cultural comparision. Journal of Aging studies.1997;11(2):101-114.
11- Peacok J R. Poloma M M. Religiosity and life satisfaction across the life course. Social Indicators Research. 1999: 48: 321-342.
12- Ellison C G,Gaym D A, Glass T A. Does religious commitment contribute to individual life satisfaction Social Forces.1989; 68:100-123.
13- Miller L, Daivies M, Greenwald S. Religiosity and Substance Use and Abuse among Adolescence in the National Comorbity Survey. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2000; 39(9):1190-1197.
14- Jacqueline M. Religion spirituality and health among elderly African American and Hispanics. J psychosoc nurs.1197; 35(11); 32-37.
15- Ganji T, Hoseyni A. Spirituality and Anxiety in Nursing Students of Faculty of Nursing and Midwifery Iran University of Medical Science .IJN 2010; 23(64): 44-51.
16- Hoetler J.religiosity, fear of death and suicide acceptability. Suicide life Threat Behav.1979; 9: 163-172.
17- Meisenhelder JB. Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. Griat Nurs. 2003; 24: 343-352.
18- Shadman Reza M, Farzaneh S, Naema K, Mohammad Ali Y. Study the role of the religious beliefs on general health status of the members of pensioners association of Guilan University of Medical Sciences – Rasht. Two quarterly nursing and midwifery of Gilan. 2010; 63: 22-26 [Persian]
19- Linderberg DA. Integrative Review of research related to meditation, spirituality and the elderly . Geriatr Nurs. 2005; 26(6): 327-377.
20- Koenig HG. Cohen HJ. Blazer DG. Religious coping and depression among elderly, Hospitalized medically ill men. Am j Psychiatry.1992; 149: 1693-1700.
21- Steffen P. Does compassion mediate the intrinsic religion–health relationship Ann Behav Med. 2005; 30(3)217-224.
22- Hackney CH, Sanders GS. Religiosity and mental health. J Sci study Relig. 2003;42: 43-55.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.7.5]