

# بررسی میزان همبستگی بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان مرحله بالینی دندانپزشکی در سال ۱۳۹۹

حورا حبیبی<sup>۱</sup>، آرزو علایی<sup>۲\*</sup>، غلامحسین حسینی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

**مقدمه:** شیوع گسترده افسردگی در جامعه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع امروزی می‌باشد سلامت معنوی بر میزان افسردگی تاثیرگذار بوده و در بهبود کیفیت زندگی افراد نقش بسزایی دارد هدف از مطالعه حاضر بررسی میزان همبستگی سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان عمومی و دستیاران تخصصی دانشکده دندانپزشکی آزاد اسلامی تهران بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۶۶ نفر از دانشجویان ترم ۵ و بالاتر به صورت سرشماری انتخاب شدند برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد اطلاعات وارد نرم افزار آماری PASS نسخه ۱۱ شد و با استفاده از آزمون‌های ANOVA و ضرایب همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** ۱۶۶ نفر از دانشجویان به صورت سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند از میان کلیه فاکتورهای مورد سنجش، وضعیت تاهل با سلامت معنوی رابطه مستقیم و معناداری داشت ( $P=0/022$ ) و سابقه بیماری جسمی روانی با سلامت معنوی رابطه معکوس و معناداری داشت ( $P=0/034$ ) وضعیت تحصیلی و سابقه بیماری جسمی روانی با افسردگی ارتباط آماری مستقیم و معناداری داشتند. ( $P=0/014$ ,  $P=0/064$ ) افرادی که سابقه بیماری جسمی و روانی نداشتند و متاهل بودند سلامت معنوی بالاتر و افرادی که در ترم‌های بالاتر تحصیل می‌کردند و سابقه بیماری جسمی و روانی داشتند افسردگی بیشتری داشتند. در نهایت سلامت معنوی و افسردگی رابطه معکوس و معناداری را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه نتایج به دست آمده از دانشجویان و دستیاران تخصصی نشان می‌دهد همبستگی معکوس و معناداری میان سلامت معنوی و افسردگی وجود دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت معنوی، افسردگی، سلامت ذهن، دانشجویان دندانپزشکی

**ارجاع:** حبیبی حورا، علایی آرزو، حسینی غلامحسین. بررسی میزان همبستگی بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان مرحله بالینی دندانپزشکی در سال ۱۳۹۹. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۱؛ ۳۰ (۴): ۴۷۵۱-۶۳.

۱- عضو مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات مواد دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران.

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۲۱۲۲۵۶۴۵۷۱، پست الکترونیکی: arezoo.alaaee@yahoo.com، صندوق پستی: ۱۹۴۶۸۵۳۳۱۴

## مقدمه

تحصیل در رشته دندانپزشکی فرایندی سخت و پیچیده است. دانشجویان این رشته در طول مدت ۶ سال تحصیلی خود، کارهای کلینیکی، دروس نظری، مهارت‌های عملی متعددی را سپری می‌کنند. (۱،۲) طبق مطالعات، اختلالات روحی-روانی در بین دانشجویان در حال افزایش است و این موضوع برخاسته از چندین فاکتور شامل جدایی از خانواده، افزایش مسایل مالی برای مخارج دانشگاهی، تغییر جمعیت شناسی دانشجویان و کار کردن جهت تامین مخارج می‌باشد. تعداد زیادی از محققان به این نتیجه رسیده‌اند که محیط‌های آموزشی در مدارس و دانشگاه‌ها پر از استرس بوده (۳) و دانشجویان دندانپزشکی بیشتر از سایر دانشجویان گروه سلامت به آن دچار می‌شوند (۴،۵) که از عوامل آن می‌توان به مدیریت زمان و فشار کاری، اداره بیماران غیرهمکار و ماهیت سنگین و فوق العاده تکنیکی دندانپزشکی اشاره کرد (۵،۶). زیان بخش‌ترین اثر استرس طولانی‌مدت، ایجاد اختلال در عملکرد مؤثر قدرت تفکر و یادگیری است (۷،۸). و نشانه‌های متعددی دارند مثل افسردگی، حالت اضطراب و خستگی. (۹) افسردگی ممکن است از یک احساس یاس خفیف تا غم شدید دیده شود تحقیقات در جوامع دانشجویی ایران نشان داده نسبت دانشجویان افسرده به‌ویژه در زیرمجموعه‌های رشته پزشکی در برخی گروه‌ها بیش از ۶۰٪ است به طوری که میزان افسردگی دانشجویان علوم پزشکی لرستان ۷۸٪ (۱۰،۱۱) و در جمعیت عمومی ایران ۴۲٪ تا ۳۷٪ گزارش شده است (۱۲). سلامت معنوی جدیدترین بعد شناخته شده سلامت می‌باشد و اکنون در کنار ابعاد دیگر سلامتی مانند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد (۱۳) از جمله شاخص‌های سلامت روانی می‌توان به عدم وجود اضطراب و افسردگی اشاره کرد (۱۴). حمایت ناشی از منابع مذهبی یا معنوی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی و نتایج مثبت پزشکی سودمند شود. سلامت معنوی شامل دو بعد وجودی و مذهبی است و سلامت مذهبی یعنی رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی

یعنی تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی می‌باشد (۱۵). در واقع سلامت معنوی حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن هدف و معنی در زندگی و ارتباط با یک قدرت معنایی است (۱۶) که بر روی رفتارها، بیوشیمی و فیزیولوژی بدن اثرگذار است (۱۷) امروزه تاثیر باورهای معنوی به شکل‌های مختلف همچون یوگا و حس قدردانی حتی در جوامع غربی مورد توجه قرار گرفته است (۱۸). از آنجا که جامعه دانشجویی، یکی از مهم‌ترین گروه‌های جامعه است، گرایش معنوی آنان نقش موثری در سلامت روان و مقابله با ناراحتی جسمی روانی خواهد داشت. و با توجه به گستردگی افسردگی که با شیوع ویروس کرونا و برقراری قوانین قرنطینه افزایش چشمگیری یافته است و بررسی سلامت معنوی و افسردگی در خاص دانشجویان دندانپزشکی انجام نشده است، لذا پژوهشگر در صدد بررسی اثر برخی متغیرها بر میزان افسردگی و سلامت معنوی و تعیین میزان همبستگی سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۹ جهت رفع خلا اطلاعاتی فوق برآمد تا با استفاده از نتایج آن بتوان برای بهبود روحیه و کیفیت زندگی دانشجویان برنامه‌ریزی‌های لازم را انجام داد.

## روش بررسی

مطالعه به روش توصیفی مقطعی انجام شد و تعداد ۱۴۴ نفر از دانشجویان براساس نتایج مطالعه "ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه" (۱۹) به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. جامعه مورد بررسی در این مطالعه دانشجویان دندانپزشکی عمومی ترم ۵ و بالاتر و کلیه دستیاران تخصصی/فلوشیپ در حال تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۹ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران بودند که به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت معنوی Palutzian and Ellison و پرسش‌نامه افسردگی Beck(BDI\_II) بود که قبلاً به فارسی ترجمه شده و پایایی و روایی آن ارزیابی و تایید شده بود (۲۰،۲۱). پرسش‌نامه دموگرافیک شامل سن، جنس، بعد خانوار

می‌باشد که این درجه‌بندی در تشخیص افسردگی پیشنهاد شده است (۲۳):

افراد سالم: ۰-۱۷، افسردگی خفیف: ۱۸-۲۸، افسردگی متوسط: ۲۹-۳۵، افسردگی عمیق: ۳۶-۶۳

### تجزیه و تحلیل آماری

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها جهت ارزیابی ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی همراه با متغیرهای زمینه‌ای از مدل *multiple regression power analysis* استفاده شد. اطلاعات وارد نرم افزار آماری PASS نسخه ۱۱ شد و با استفاده از آزمون‌های ANOVA و ضرایب همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

### ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران تایید شده است (کد اخلاق IR.IAU.DENTAL.REC.1399.053)

### نتایج

فرایند جمع‌آوری داده‌ها طی دو ماه انجام شد. در کل ۱۶۶ نفر از دانشجویان عمومی ترم ۵ و بالاتر و کلیه دستیاران تخصصی/فلوشیپ انتخاب شدند و از آنها خواسته شد که پرسش‌نامه را پر کنند و در نهایت ۲۲ عدد از آن‌ها به دلیل نقصان اطلاعات ورودی از مطالعه حذف شدند و آنالیز آماری بر روی ۱۴۴ نمونه انجام پذیرفت. در این مطالعه ۱۲۷ دانشجوی دوره عمومی و ۱۷ دستیار دوره‌های تخصصی از ترم‌ها ورشته‌های مختلف دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران شرکت نمودند. ۹۶ نفر خانم (۷۰٪) و ۴۱ نفر آقا (۳۰٪) بودند. ۱۲/۵٪ دانشجویان دوره عمومی متاهل، ۸۶/۶٪ مجرد و ۴۷٪ دانشجویان دوره تخصص متاهل بودند. در پاسخ به سوال پاسخ به سابقه بیماری جسمی و روانی ۱۵/۷٪ بله، ۸۳/۴٪ خیر و تمام دستیاران دوره تخصصی خیر پاسخ دادند. میانگین سنی دانشجویان، میانگین معدل/نمره آزمون دستیاری، متوسط نمره سلامت معنوی، متوسط نمره آزمون بک به صورت جداگانه محاسبه شد (جدول ۱). ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معکوس و معناداری را بین نمره سلامت معنوی و نمره آزمون بک نشان

و وضعیت تاهل، ترم در حال تحصیل، میانگین معدل ترم قبل و یا میانگین نمره آزمون دستیاری، وضعیت تحصیلی (دانشجوی عمومی/ دستیار تخصصی/ فلوشیپ) سابقه بیماری جسمی و روانی بود. پرسش‌نامه سلامت معنوی Paloutzian and Ellsion در ایران توسط مزگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه تهران، ایران و شهید بهشتی اجرا گردیده و برای این پرسش‌نامه  $R=0/82$  گزارش شده بود. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ پرسش می‌باشد و به گونه‌ای طراحی شده که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می‌باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. برخی گزینه‌ها، گزینه له می‌باشند که شامل ۲۰، ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۸، ۷، ۴، ۳ می‌باشند و برخی گزینه‌ها، گزینه علیه می‌باشند که شامل: ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۹ می‌باشند. در مورد تقسیم در گزینه‌های له نمره ۶ به پاسخ کاملاً موافقم و در گزینه‌های علیه نمره ۶ به پاسخ کاملاً مخالفم تعلق می‌گیرد. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰) و متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود.

پرسش‌نامه Beck (BDI-II): این پرسش‌نامه شامل ۲۱ پرسش می‌باشد که هر پرسش مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد. در برابر هر پرسش ۴ تا ۶ جمله نوشته شده است که به ترتیب بیانگر خفیف‌ترین تا شدیدترین وجه آن خصیصه مورد نظر است. روش انجام به شرکت‌کنندگان به ترتیب و به‌طور کامل توضیح داده شد. آزمودنی باید جمله‌های هر پرسش را بخواند و جمله‌ای را که بیانگر بیشترین حالت فعلی وی است تعیین کند. ارزش‌های کمی هر پرسش از ۰ تا ۳ به این ترتیب تعیین شده است: سلامت روانی در پرسش مورد نظر = ۰ نمره، احساس اختلال ضعیف = ۱ نمره، احساس اختلال شدید = ۲ نمره، احساس اختلال شدید و حاد = ۳ نمره. این پرسش‌نامه یک آزمون خودآزما است که برای تکمیل آن ۵-۱۰ دقیقه وقت لازم است. جمع نمرات حاصل ۶۲-۰

داشت به طوری که در افرادی که سابقه بیماری جسمی یا روانی داشتند و همچنین دانشجویان ترم بالاتر نمره آزمون بک افزایش می‌یابد و بقیه معیارها معنادار نبودند. (جدول ۳) ( $P=0/01$ ,  $P=0/06$ ) سی و پنج نفر از دانشجویان سلامت معنوی بالا داشتند که از میان آن‌ها ۹۴/۶ درصد سالم و ۲/۷ درصد افسردگی خفیف داشتند ۶ نفر از دانشجویان سلامت معنوی پایین داشتند که از میان آن‌ها ۳۳/۳ درصد سالم و ۵۰ درصد افسردگی عمیق و ۱۶/۷ درصد افسردگی خفیف داشتند. ۱۰۱ نفر از دانشجویان سلامت معنوی متوسط داشتند که از میان آن‌ها که ۷۶/۲ درصد سالم و ۵ درصد افسردگی متوسط، ۱ درصد افسردگی عمیق و ۱۷/۸ درصد افسردگی خفیف داشتند.

می‌دهد به طوری که هر چه نمره سلامت معنوی بالاتر باشد نمره آزمون بک کمتر بوده و سلامت معنوی با افسردگی رابطه معکوس دارد. ( $P=0/001$ ) ( $P=0/534$ ) Pearson correlation نشان می‌دهد که نمره سلامت معنوی در افراد متاهل بیشتر است و رابطه آماری معناداری دارد ( $P=0/02$ ). در افرادی که سابقه بیماری جسمی یا روانی نداشتند نمره سلامت معنوی بالاتر بود و به عبارتی سلامت معنوی با سابقه بیماری جسمی و روانی رابطه معکوس معنی‌دار دارد ( $P=0/03$ ) و بقیه معیارها (سن، جنسیت، بعد خانوار، ترم در حال تحصیل، معدل/ نمره آزمون دستیاری) هیچ‌کدام رابطه معناداری با سلامت معنوی نداشتند (جدول ۲). ترم تحصیلی و سابقه داشتن بیماری جسمانی و روانی با نمره آزمون بک رابطه آماری معنی‌داری

جدول ۱: وضعیت سن، معدل/نمره آزمون دستیاری، نمره سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون و نمره آزمون افسردگی بک به تفکیک در دانشجویان مرحله بالینی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۹

تعداد	کمترین	بیشترین	انحراف معیار ± میانگین
سن	۱۲۲	۲۰	۲۴/۱۵ ± ۲/۸۸
نمره آزمون دستیاری	-	-	-
معدل	۱۱۲	۱۳	۱۶/۷۱ ± ۱/۰۴
نمره سلامت معنوی	۱۲۷	۳۴	۸۵/۴۶ ± ۱۹/۰۳
نمره افسردگی بک	۱۲۷	۰	۱۱/۹۷ ± ۹/۸۸
سن	۱۵	۲۳	۲۸ ± ۲/۵۱
نمره آزمون دستیاری	۶	۳۵	۲۳۱/۱۷ ± ۲۳۴/۴۰
معدل	۵	۱۶	۱۶/۹۸ ± ۰/۷۷
نمره سلامت معنوی	۱۷	۳۹	۸۵/۲۹ ± ۱۸/۹۰
نمره افسردگی بک	۱۷	۰	۷/۲۹ ± ۶/۳۰

جدول ۲: ضریب همبستگی شاخص سلامت معنوی با متغیرهای مورد مطالعه

P.	ضرایب استاندارد Beta	Std. Error	ضرایب غیر استاندارد B	فاکتورهای مورد مطالعه بر روی سلامت معنوی
۰/۰۶		۳۵/۰۴	۶۶/۵۱	۱. مقدار ثابت
۰/۹۰	۰/۰۱-	۰/۷۱	۰/۰۸-	سن
۰/۳۹	۰/۰۸-	۳/۸۷	۳/۳۴-	جنس
۰/۴۸	۰/۰۸-	۹/۸۵	۷/۰۰۱-	بعد خانوار
۰/۳۰	۰/۱۰	۱/۶۹	۱/۷۵	معدل/نمره آزمون دستیاری
۰/۳۲	۰/۱۱-	۰/۸۷	۰/۸۷-	ترم تحصیلی
۰/۰۲	۰/۲۵	۵/۳۱	۱۲/۳۳	وضعیت تاهل
۰/۰۳	۰/۱۹-	۴/۷۸	۱۰/۲۷-	سابقه بیماری جسمی روانی

جدول ۳: ضریب همبستگی شاخص افسردگی با متغیرهای مورد مطالعه

P.	ضرایب استاندارد Beta	Std. Error	ضرایب غیر استاندارد B	فاکتورهای مورد مطالعه بر روی افسردگی
۰/۹۲		۱۷/۷۷	۱/۶۸	۱. مقدار ثابت
۰/۳۴	۰/۱۱-	۰/۳۶	۰/۳۵-	سن
۰/۳۰	۰/۱۰	۱/۹۶	۲/۰۵	جنس
۰/۶۳	۰/۰۵	۵/۰	۲/۳۸	بعد خانوار
۰/۵۵	۰/۰۶	۰/۸۶	۰/۵۱	معدل/نمره آزمون دستیاری
۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۴۴	۰/۹۴	ترم تحصیلی
۰/۱۶	۰/۱۳-	۲/۷	۳/۷۸-	وضعیت تاهل
۰/۰۱	۰/۲۱	۲/۴۲	۵/۳۸	سابقه بیماری جسمی روانی

و اجتماعی می‌توان شاهد نتایج مثبت بیشتری از جمله آرامش ذهنی، تقویت قدرت تصمیم‌گیری صحیح، وجدان‌کاری و احساس امنیت و نشاط بیشتری بود. در مطالعه کنونی تاثیر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و سابقه بیماری جسمی و روانی، بعد خانوار و معدل بر میزان افسردگی و سلامت معنوی بررسی شد و از طرفی میزان همبستگی میان سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفت. باتوجه به اینکه روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و پرسش‌نامه افسردگی بک در ایران تایید شده بود، از این ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. نتیجه آنکه سلامت معنوی با وضعیت تاهل و نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی ارتباط مستقیم داشت و افسردگی در

## بحث

دانشجویان دندانپزشکی به‌عنوان گروهی از دانشجویان علوم پزشکی که از اوایل دوران تحصیل وارد مراحل بالینی می‌شوند، علاوه بر عواملی که همه دانشجویان را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد، یادگیری مهارت‌های بالینی و به‌کار بردن آن‌ها همراه با داشتن خلاقیت و مهارت‌های برقراری ارتباط و کنترل بیماران، فشار روحی و فکری بیشتری را به دانشجویان وارد می‌کند که به تبع آن ممکن است دانشجویان دچار اختلالات روحی شوند. افسردگی به‌عنوان یک اختلال روحی ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. باتوجه به تاثیر سازنده سلامت معنوی بر روحیه افراد و به‌دنبال آن بهبود کیفیت زندگی فردی

دانشجویان ترم‌های بالاتر و کسانی که سابقه بیماری جسمی و روانی داشتند نمره بالاتری داشت. هیچ ارتباط معناداری با سن جنس معدل و بعد خانوار یافت نشد. سلامت معنوی و افسردگی دارای ارتباط معکوس بود و دانشجویان با سلامت معنوی بالاتر کمتر دچار افسردگی بودند.

Victor Kent و همکاران در سال ۲۰۲۰ پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط باورهای معنوی یا مذهبی، سلامت خودارزیابی شده و سلامت ذهن در میان مردم جنوب آمریکا" را انجام دادند (۱۸). در این مطالعه cohort بر روی ۹۰۶ نفر انجام شد. باورهای معنوی و شخصی شامل دیدگاه احساس نزدیکی به خدا، عبادت، تجربه‌های معنوی، اعتقاد به خدا، حس قدردانی و امیدواری در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد دفعات انجام یوگا ( $P \leq 0/001$ ) و حس قدردانی ( $P \leq 0/01$ ) در میان تمام اعضا با سطح بالایی از سلامت جسمی و ذهنی همراه بود و استرس و عصبانیت کمتری مشاهده شد. نتیجه این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد. در جوامع متشنج و پر استرس امروزی حتی با وجود تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی و مذهبی شکل‌های مختلف باورهای معنوی چه به صورت اعتقاد به خداوند یکتا، چه انجام یوگا و وجود حس قدردانی همگی برای داشتن آرامش بیشتر و بهبود کیفیت زندگی جزو جدایی‌ناپذیر زندگی هستند. فوکائی و همکاران در سال ۲۰۲۰ پژوهشی با عنوان "ارتباط وضعیت سلامت فیزیکی، فکری، اجتماعی و معنوی با افسردگی و عقاید خودکشی" را انجام دادند (۲۴). در این مطالعه ۵۹۲ مرد و ۶۰۸ زن کره‌ای شرکت کرده بودند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسش‌نامه 5HSQ برای بررسی ابعاد سلامت و پرسش‌نامه 9HSQ برای بررسی افسردگی و عقاید خودکشی استفاده شد. سلامت معنوی و افسردگی در هر دو جنس ارتباط معکوس معناداری داشتند ( $P \leq 0/0001$ ). که با نتیجه مطالعه حاضر همسو می‌باشد. از طرفی نتایج نشان داد سلامت معنوی و افسردگی در مردان ارتباط بیشتری دارد طوری که مردانی که سلامت معنوی پایینی داشتند ۵ برابر بیشتر از مردانی که سلامت معنوی بالایی داشتند مستعد افسردگی بودند. ( $P \leq 0/01$ ) و ارتباط سلامت معنوی و افسردگی در دو جنس

زن و مرد متفاوت است طوری که از میان کسانی که سلامت معنوی منفی داشتند ۴۴/۹ درصد مردان افسرده بودند در حالیکه ۳۰/۲ درصد زنان افسرده و ۶۹/۸ درصد زنان افسرده نبودند ( $P \leq 0/0001$ ) و درآمد ماهیانه کم و خودارزیابی پایین در سلامت ذهنی و جسمی در خانم‌ها با افسردگی ارتباط بیشتری داشت ( $P \leq 0/01$ ) اما در مطالعه حاضر ارتباط معناداری میان سلامت معنوی و افسردگی با جنسیت مشاهده نشد. این تفاوت می‌تواند به علت بیشتر بودن افراد شرکت‌کننده در این مطالعه باشد و از طرفی در این مطالعه زنان و مردان با درصد تقریباً مساوی شرکت کرده‌اند در حالیکه در پژوهش حاضر ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان زن و ۳۰ درصد مرد هستند و همچنین تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی و باورها نیز می‌تواند در این امر تاثیرگذار بوده باشد. سوری‌نژاد و همکاران در سال ۱۳۹۸ پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط افسردگی و استرس درک شده با سلامت معنوی در زنان یائسه شهر اصفهان" انجام دادند (۲۵). در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۳۴۰ زن یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر اصفهان وارد مطالعه شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۵/۱۶ سال بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون و پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه استرس درک شده کوهن استفاده شد. در میان ۳۳۲ زن مورد بررسی متوسط نمره سلامت معنوی ( $20/63 \pm 8/06$ ) بود. نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معکوس معناداری وجود دارد. ( $P \leq 0/0001$ ) ( $r = -0/647$ ) همچنین رابطه معکوس و معناداری بین استرس درک شده و سلامت معنوی مشاهده شد ( $P \leq 0/0001$ ) ( $r = -0/291$ ). مطالعه نشان داد در زنان یائسه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، سطح افسردگی و استرس پایینی‌تر است. یافته‌های این مطالعه با نتیجه نهایی پژوهش حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه میانگین سنی نمونه‌ها بالاتر از میانگین سنی نمونه‌های پژوهش حاضر بوده و از طرفی در این پژوهش صرفاً خانم‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند ولی باوجود تفاوت‌ها کسانی که بالاترین نمره سلامت معنوی را داشتند علائم افسردگی نداشتند و شدیدترین افسردگی مربوط

معناداری را نشان دادند. که با نتیجه پژوهش حاضر همسو می‌باشد. هم‌چنین در افراد با سن بالا میزان استرس و افسردگی بالاتر بود ( $P=0/001$ )، در حالیکه در مطالعه حاضر ارتباط معناداری میان افسردگی و سن مشاهده نشد. شاید علت این امر تفاوت در بازه سنی دو مطالعه باشد که در مطالعه حاضر میانگین سنی دانشجویان کمتر از ۳۰ سال بود. بر اساس نتایج مشاهده شد که در میان مبتلایان به سندروم حاد عروق کرونری، افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری را کسب نمودند، اضطراب، استرس و افسردگی کمتری را تجربه می‌کردند در حالی که در مطالعه حاضر در افرادی که سابقه بیماری جسمی و روانی داشتند سلامت معنوی کمتر و افسردگی بیشتری بود. پژوهشگر مقاله معتقد است بالا بودن مقیاس سلامت معنوی می‌تواند نشان‌دهنده این مطلب باشد که بیماران در شرایط بحرانی و مشکلات پیش آمده، دچار کشمکش‌ها و دوگانگی‌هایی میان معنا و هدف می‌شوند و درد و رنج ناشی از بیماری، معنای زندگی و هدف از زنده بودن را در آن‌ها به چالش می‌کشاند. به نظر می‌رسد که افراد در موقعیت‌های اثبات شده مغایر با حیات، ارتباطات معنوی خود را تقویت می‌کنند و سعی می‌نمایند با برقراری یک سلامت معنوی از آرامش روحی که در پی آن حاصل می‌شود، برخوردار گردند. این تفاوت می‌تواند ناشی از نگرش و تجربه افراد باشد که در دانشجویان جوان تر به دلیل کم تجربه بودن در مواجهه مشکلات و یا بیماری‌ها بیشتر دچار افسردگی و کم رنگ تر شدن معنا در زندگی می‌شوند. سوداگر و مه در سال ۱۳۹۶ پژوهشی با عنوان "شیوع استرس، اضطراب، افسردگی و ارتباط آن‌ها با سلامت معنوی در بزرگسالان مبتلا به دیابت" را انجام دادند (۲۸). در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۲۰۰ نفر از بزرگسالان مبتلا به دیابت به روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان از میان کسانی که به کلینیک دیابت بیمارستان شهید محمدی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. ۷۴/۶ درصد زن و ۲۵/۴ درصد مرد، با میانگین سنی ۵۲/۶ بودند و ۸۷/۹٪ متاهل بودند. داده‌ها با پرسش‌نامه استرس، اضطراب، افسردگی DASS21 و پرسش‌نامه سلامت

به کسانی بود که کمترین نمره سلامت معنوی را داشتند. Mugaella و همکاران در سال ۲۰۱۸ پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط سلامت معنوی و مذهبی با سلامت ذهنی" را انجام دادند و تاثیر سلامت معنوی و مذهبی را به صورت جداگانه بر روی افسردگی، اضطراب، شادی و کیفیت زندگی بررسی کردند (۲۶). این مطالعه بر روی ۱۰۴۶ برزیلی با میانگین سنی ۴۰.۷ سال انجام شد. ۵۲ درصد شرکت‌کنندگان خانم بودند. در این مطالعه از پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه PHQ-9 برای بررسی میزان افسردگی استفاده شد و میزان عقاید مذهبی توسط پرسش‌نامه DUREL و سلامت معنوی و اعتقاد به معنا و مقدسات و صلح توسط پرسش‌نامه FACIT-SP12 بررسی شد. کسانی که باور مذهبی و معنوی بالاتر داشتند نسبت به کسانی که باور پایین داشتند، سلامت روانی، اجتماعی و شادی بالاتری داشتند ( $P\leq 0/0001$ ). نتیجه این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد. با وجود تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی و اعتقادی، در هر دو جامعه نتیجه یکسانی وجود دارد که باورهای معنوی و مذهبی به هر شکلی که باشند همگی می‌تواند سبب ایجاد حس امیدواری شده و کیفیت زندگی افراد را ارتقا بخشد و وجود این باور در جامعه پراسترس جهانی لازمه بهبود روند زندگی است.

قنبری افرا و همکاران در سال ۱۳۹۶ پژوهشی با عنوان "ارتباط اضطراب، استرس و افسردگی با سلامت معنوی در بیماران با سندروم حاد عروق کرونری" را انجام دادند (۲۷). در این پژوهش توصیفی تحلیلی که روی ۲۹۴ بیمار مبتلا به سندروم عروق کرونر در بیمارستان‌های آموزشی قم صورت گرفت که همگی در بازه سنی ۲۴-۴۰ سال قرار داشتند و ۲۱ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های اطلاعات زمینه‌ای و بالینی، افسردگی و استرس و اضطراب (DASS21 (DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALES) و پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون جمع‌آوری گردید. در این تحقیق استرس و اضطراب با بعد سلامت وجودی ( $P=0/03$ )، افسردگی با هر دو بعد سلامت معنوی و وجودی ( $P=0/001$ )، همبستگی

معنوی پالوتزیان و الیسون جمع‌آوری شد. بین سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معکوس وجود داشت ( $P \leq 0/0001$ )، که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. اما میانگین نمره سلامت معنوی ۹۲/۲۸ بود (یعنی سلامت معنوی بالا) و تنها ۳۱ درصد بیماران درجاتی از افسردگی را تجربه می‌کردند و بیش از ۶۰ درصد افسردگی نداشتند در حالیکه در مطالعه حاضر نشان داده شد کسانی که سابقه بیماری جسمی روانی داشتند سلامت معنوی پایین‌تر و افسردگی بالاتری تجربه می‌کردند. بیماران مسلمان دیابتی در این مطالعه معتقد بودند که زندگی برای آن‌ها دارای مفهوم و معنا است. آن‌ها با خدا ارتباط معنوی خاصی داشتند و بیان می‌کردند که خداوند آن‌ها را دوست دارد و هنگام ارتباط با خدا احساس کمال داشتند. که این باور معنوی قوی باعث شده تا با وجود مشکلات جسمی اعتقاد پایداری داشته باشند و کمتر دچار افسردگی شوند. آقاخانی و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی را در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بررسی کردند (۱۹). تعداد ۹۰ نفر از دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند که ۵۹ درصد زن و ۴۱ درصد مرد بودند. ۹۶/۷ درصد افراد متاهل بودند. برای انجام طرح از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، سلامت معنوی Paloutzian and Ellison و افسردگی دانشجویان (USDI) استفاده شد. نتایج در سطح ۰/۰۰۱ نشان داد که بین جنسیت و معنویت ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. در مقابل بین وضعیت تاهل و معنویت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید ( $P \leq 0/001$ ). و بین سطوح معنویت و سطح افسردگی اختلاف ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $P = 0/002$ ) یافته‌های مطالعه با پژوهش حاضر کاملاً همخوانی دارد این همسو بودن می‌تواند به علت مشابه بودن تقریبی تعداد نمونه‌ها، تشابه ابزار جمع‌آوری اطلاعات باشد و از طرفی افراد شرکت‌کننده در هر دو مطالعه دانشجویانی هستند که در زمینه سلامت و ارائه خدمات پزشکی فعالیت می‌کنند و میانگین سنی و تحصیلات مشابهی دارند. خادم و همکاران در سال ۱۳۹۴ پژوهشی با عنوان "ارتباط سلامت معنوی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه فردوسی

مشهد" انجام دادند (۲۹). در این پژوهش توصیفی ۳۲۲ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد را تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ۲۲۴ نفر زن، ۹۸ نفر مرد با میانگین سنی ۲۰/۴۹ سال بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه باورها و رفتارهای معنوی و پرسش‌نامه DASS21 استفاده شد که میزان استرس و افسردگی و اضطراب را می‌سنجد. بین میزان سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی در کل آزمودنی‌ها رابطه معکوس و معنی‌دار مشاهده شد ( $P \leq 0/05$ ) و جنسیت متغیر تعیین‌کننده‌ای محسوب نشد ( $P \leq 0/01$ ). نتیجه این پژوهش با مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد. در هر دو پژوهش محیط مطالعه و افراد شرکت‌کننده دانشجویان می‌باشند و میانگین سنی افراد در بازه مشابهی می‌باشد. ایوان بقا و همکاران در سال ۱۳۹۲ در مطالعه "ارتباط بین افسردگی و سلامت معنوی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی خلخال" ۲۰۲ نفر از دانشجویان پرستاری، مامایی و بهداشت به صورت سرشماری وارد تحقیق شدند که ۹۱/۵ درصد زن و ۸/۵ درصد مرد بودند و میانگین سنی ۲۱/۷ سال بود و ۷/۴۳ درصد متاهل و ۹۲/۵۷ درصد مجرد بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سلامت معنوی SWB و پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد (۳۰). مطالعه نشان داد بین سلامت معنوی و افسردگی ارتباط آماری معکوس معنا داری وجود دارد. ( $P \leq 0/05$ ) نتایج پژوهش با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. جامعه مورد بررسی در هر دو مطالعه از نظر میانگین سنی و محدوده فعالیت که در زمینه پزشکی می‌باشد و حضور هر دو جنس زن و مرد بسیار نزدیک به هم بوده که می‌تواند در همسویی نتیجه موثر باشد. قره بوقلو و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پرستاری انجام دادند. در این مطالعه مقطعی ۲۵۰ نفر از دانشجویان پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی قم و کاشان به شیوه دو مرحله‌ای و به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی Beck و پرسش‌نامه سلامت معنوی Paloutzian and Ellison جمع‌آوری شدند



۵/۸۵ درصد دارای سلامت معنوی بالا بودند. نتیجه مطالعه با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد و نویسنده معتقد است تفاوت اطلاعات دموگرافیک و افراد مورد مطالعه می‌تواند نشان‌دهنده تفاوت نتایج با پژوهش‌های دیگر باشد. شاید ذکر این نکته خالی از لطف نباشد که بیش از ۶۵ درصد خانم‌ها در سه ماهه سوم بارداری بودند که تغییر در هورمون‌ها و به دنبال آن تغییر خلق و خو و استرس و نگرانی می‌تواند در نتیجه پژوهش تاثیرگذار بوده باشد. دکتر علائی و همکاران در سال ۱۳۹۳ مطالعه‌ای تحت عنوان " بررسی نگرش دندانپزشکان نسبت به همدلی دندان‌پزشک و بیمار و عوامل مرتبط با آن " بر روی ۲۰۰ دندان‌پزشک (۱۰۳ مرد و ۹۷ زن) در نهمین کنگره بین‌المللی سالیانه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران انجام دادند (۳۲). در این مطالعه ۱۲۰ نفر از دندانپزشکان (۶۰٪) دارای نگرش مثبت و ۸۰ نفر (۴۰٪) دارای نگرش منفی نسبت به همدلی بودند. آزمون‌های آماری نشان دادند که ارتباط معناداری بین نمره همدلی با جنس و سن وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). در مطالعه حاضر بین سلامت معنوی و سن و جنس ارتباط معناداری وجود نداشت. عدم وجود ارتباط معنوی بین همدلی و جنسیت ممکن است به دلیل حجم کم نمونه باشد. از طرفی علل کاهش همدلی در دانشجویان دندانپزشکی را در تکیه بیش از حد بر تکنیک‌های تشخیص پاراکلینیک و کامپیوتری و عدم ارتباط نزدیک و عاطفی با بیماران می‌داند. در این مطالعه با در نظر گرفتن همدلی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت معنوی مشاهده شد که مانند مطالعه حاضر ارتباطی با سن و جنسیت مشاهده نشد.

#### محدودیت‌های پژوهش

باتوجه به اینکه پژوهش در بازه زمانی محدودیت‌های کرونایی صورت گرفت، دانشجویان و دستیاران تخصصی با تعداد کم و به‌صورت شیفتی در بخش‌ها حضور داشتند فلذا دسترسی به ایشان و به‌ویژه دانشجویان ترم پایین‌تر که دروس بالینی کمتری داشتند و روزهای کمتری در دانشکده حضور داشتند، محدود و دشوار بود.

#### نتیجه‌گیری

به‌نظر می‌رسد میانگین نمره کسب شده در دانشجویان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

(۲۳). نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0.66$ ). همچنین ارتباط افسردگی با ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی معنی‌دار نبود ( $P=0.97$ ) ( $P=0.43$ ) و نمرات افسردگی دو جنس تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $P=0.007$ ) و بین نمره سلامت معنوی و وضعیت تاهل دانشجویان رابطه آماری معناداری مشاهده نشد ( $P=0.12$ ) که این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. تفاوت در نتایج می‌تواند به عواملی نظیر محیط محل تحصیل و عوامل زمینه‌ای مانند وضعیت تحصیلی دانشجویان و میزان در دسترس بودن عوامل حمایتی و سیستم‌های مشاوره‌ای و بیشتر بودن تعداد نمونه‌ها مربوط باشد. پژوهشگر مطالعه معتقد است سلامت معنوی متوسط در دانشجویان می‌تواند نشانگر آن باشد که آموزش پرستاری عمدتاً در انتقال دانش متمرکز شده و سلامت معنوی دانشجویان خود را تا حدودی مورد کم توجه قرار داده است. ولی بین نمرات افسردگی افراد مجرد و متأهل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=0.12$ ) همچنین بین نمرات سلامت معنوی دو جنس ( $P=0.98$ ) و نیز دانشجویان با سال تحصیلی متفاوت، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0.53$ ). نتایج مطالعه با پژوهش حاضر در یک راستا است و در هر دو پژوهش ابزار جمع‌آوری اطلاعات یکسان بوده و افراد شرکت‌کننده در بازه سنی مشابه می‌باشند. سادات‌حسینی اخگر و همکاران در سال ۹۷-۱۳۹۶ پژوهشی با عنوان " رابطه سلامت معنوی با افسردگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران " انجام دادند (۳۱) طی این مطالعه مقطعی ۱۸۹ زن باردار مورد مطالعه قرار گرفتن. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه سلامت معنوی دکتر عزیزی، پرسش‌نامه افسردگی ادینبورگ و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شد. فراوانی افسردگی با میانگین نمره ۷/۶۹ و ۷۳/۳٪ به‌دست آمد. میانگین نمره سلامت معنوی ۲۶/۷۹ بوده و ۸۵/۹ درصد دارای سطح معنوی بالا بودند. این مطالعه نشان داد سلامت معنوی و افسردگی در دوران بارداری از نظر آماری ارتباط معنی‌داری نداشتند ( $P=0.52$ ) در این مطالعه ۳/۷۳ درصد زنان باردار دچار افسردگی بودند در حالیکه

## سپاس‌گزاری

تحقیق حاضر منتج از پایان‌نامه تحصیلی دانشجوی عمومی دندانپزشکی به شماره ۱۵۰۴۹۴ می‌باشد از کلیه دانشجویان و دستیاران تخصصی محترم دانشکده دندانپزشکی آزاد اسلامی تهران که برای نگارش پایان‌نامه با حوصله و سعه صدر اقدام به تکمیل و تحویل پرسش‌نامه‌ها نموده و در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند کمال تشکر را داریم ضمناً از رهنمودهای جناب آقای دکتر محمدجواد خرازی‌فرد که تحلیل آماری مطالعه حاضر را به بهترین نحو ممکن پیش برده و ما را در به ثمر رسیدن آن یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

حاکمی از آن بود که سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معکوس معناداری داشت به طوری که دانشجویان با سلامت معنوی بالاتر کمتر دچار افسردگی بودند. بررسی ارتباط سلامت معنوی و افسردگی هر یک به صورت جداگانه با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل، بعد خانوار، ترم تحصیلی، سابقه بیماری جسمی\_روانی و معدل/نمره آزمون دستگیری نشان داد دانشجویان متاهل و افرادی که سابقه بیماری جسمی\_روانی نداشتند از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند و دانشجویانی که در ترم‌های بالاتر تحصیل می‌کردند و سابقه بیماری جسمی و روانی داشتند بیشتر دچار افسردگی بودند.

## پیشنهادات

با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود برای ارتقا سلامت معنوی دانشجویان برنامه‌ریزی‌های لازم انجام شود و علت شیوع بیشتر افسردگی در ترم‌های بالاتر ریشه‌یابی شود.

## References:

- 1-Divaris K PA, Villa-Torres L, Mafla AC, et al. *Extracurricular Factors Influence Perceived Stress in a Large Cohort of Colombian Dental Students*. J Dent Educ 2014; 78(2): 213-25 .
- 2-Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, et al. *Appraisal of the Dental School Learning Environment: The Students' View*. J Dent Educ 2005; 69(10): 1137-74
- 3- Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A Ahmadi A. *Epidemiology of Psychiatric Disorders in Iranian Children and Adolescents (IRCAP) and Its Relationship with Social Capital, Life Style and Parents' Personality Disorders: Study Protocol* . Iran J Psychiatry 2017; 12(1): 66-72. [Persian]
- 4-Garbee WH ZS, Selby GR. *Perceived Sources of Stress among Dental Students*. J Am Dent Assoc 1980; 100(6): 853-7.
- 5-Briks Y, Mckendree J, Watt I. *Emotional Intelligence and Perceived Stress in Health Care Students: A Multi-Institutional, Multi-Professional Survey*. J BMC Med Educ 2009; 9: 61.
- 6-Shashidhar A. *Factors Affecting Stress among Indian Dental Students*. J Dent Educ 2003; 67(10): 1140-8.
- 7-Rajab L. *Perceived Sources of Stress among Dental Students at the University of Jordan*. J Dent Educ 2001; 65(3): 232-41.
- 8-Goldstein MB. *Sources of Stress and Interpersonal Support among First-Year Dental Students*. J Dent Educ 1979; 43(12): 625-9.
- 9-Alzahem A VdMH, Alaujan A, Schmidt H, Zamakhshary M. *Stress amongst Dental Students: A Systematic Review*. Eur J Dent Educ 2011; 15(1): 8-18.

- 10-Farhadi A, Javaheri F, Gholami YB. *Effective Factors on Students' Academic Attrition in Lorestan University of Medical Sciences*. Fall 2005 8; 1.
- 11-Hashemi Mohammad abud N, Zade baghery GH, Ghaffarian Shirazi HR. *Study of Depression Related Factors in Yasuj University Students in Year 1380*. J of Medical Research 1382; 2(1): 19-27. [Persian]
- 12-Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N, Ghamari F, Salehi B. *Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak University 2008*. J Arak Med Uni J 2009; 12(3): 116-23. [Persian]
- 13-Asar Roudi AAGh, Jalilvand MR, Oudi D, Akaberi A. *The Relationship between Spiritual Wellbeing and Life Satisfaction in the Nursing Staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital 2011* Modern Care J 2012; 9(2): 156-62. [Persian]
- 14-Johnson SJ, Batey MLH. *Personaloty and Health the Mediating Role of Trait Emotional Intellingence and Work Locus of Control*. Pers Individ Dif 2009; 47(5): 470-75.
- 15-Hossein Chari M, HR Zakeri. *Effect Fields of Education Religious Science and Artistic on Spiritual Intelligence: Endcavors for Validated and Reliable Scale Measuring Spiritual Intelligence*. Training Masurement 2010; 1(1): 73-93. [Persian]
- 16-Hawks SR, Hull M, Thalman RL, Richins PM. *Review of Spiritual Health: Definition Role and Intervention Strategies in Health Promotion*. American Journal of Health Promotion 1995; 9(5): 371-8.
- 17-Selman L, Young T, Vermandere M, Stirting I, Leget C. *Research Priorities in Spritual Care:An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians*. Journal of Pain and Symptom Management 2014; 48(4): 518-31.
- 18-Kent BV, Stroope S., Kanaya AM , Zhang Y, Kandula NR , Shields AE. *Private Religion/Spirituality, Self-rated Health, and Mental Health among U.S. South Asians in the MASALA Cohort: Findings from the Study on Stress, Spirituality, and Health* , Qual Life Res 2020; 29(2): 495-504
- 19-Aghakhani N, Torabi M, Hazrati A , Alinejad V, Esn Hosseini Gr, Nikonejad A . *The Relationship between Spiritual Well-Bing and Depression in Medical Standents of Urmia University of Medical Sciences*. Stud Med Sci 2016; 27(8): 642-9. [Persian]
- 20-Ghassemzade H, Mojtabai R, karmaghadir IN, Ebrahim khani N. *Psychometric properties of a persion- language version of the Beck Depression inventory second Edition: BDI-II persion* Depression Anxiety 2005; 21(4): 185-92. [Persian]
- 21-Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory*. 2nd ed. San Antonio, Tx: Psychological Corporation; 1996.
- 22-Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. *Nursing Students Spivitual Well Being and their Prepectives Towards Spirituality and Spiritual Care Prepectives*. Iran J Nurs Midwifery Res 2014; 18(44): 7-14. [Persian]
- 23-Ghare boghlou Z, Adid-Hajbaghery M, Haji mohammad Hosseini M .*The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Nursing Students*. Iran Journal of Nursuy (IJN) 2016; 29(103): 41-50.[Persian]

- 24-Fukai M, Kim S, Yun YH. *Depression and Suicidal Ideation: Association of Physical, Mental, Social, and Spiritual Health Status*. Qual Life Res 2020; 29(10): 2807-14.
- 25-Sourinejad H, Kazemi A, Adib Moghadam E, Jani Ghorban M, Raisi D, Mansourian M. *The Relationship between Depression and Perceived Stress with Spiritual Health in Postmenopausal Women in Isfahan* Journal of Clinical Nursing and Midwifery 2020; 9(1): 616-23.[Persian]
- 26-Vitorino LM, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Prieto Peres MF. *The Association between Spirituality and Religiousness and Mental Health*. Sci Rep 2018 november ; 8: 17233.
- 27-Ghanbari Afra L, Zaheri A. *Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease*. J Educ Community Health 2017; 4(2): 28-34. [Persian]
- 28-Soudagar S, Rambod M. *Prevalence of Stress, Anxiety and Depression and Their Associations with Spiritual Well-being in Patients with Diabetes*. Sadra Med Sci J 2018; 6(1): 1-10. [Persian]
- 29-Khadem, H. Mozafari, M. Yousefi, A. Ghanbari Hashemabad, B. *The Relationship between Spiritual Health and Mental Health in Students of Ferdowsi University of Mashhad*. J History of Medicine 2016; 7(25): 33-50.[Persian]
- 30-EyvanBaga R, Nasiri Kh, Kamran A, Shamkhali R. *The Relationship between Depression, Anxiety and Spiritual Health among Students of Khalkhal Faculty of Medicine Sciences*. Community Health J 2015; 9(3): 47-55. [Persian]
- 31-Hosseini Akhgar1 F, Ali Davati, Ahia Garshasbi. *The Relationship between Spiritual Health and Depression in Pregnant Women Referrals of Mostafa Khomeini Hospital*. Journal of Pregnancy and Child Health 2019; 139(26): 19-24. [Persian]
- 32-Alaee A, Farokhnia T, CHaharkameh M. *Dentist's Attitude about Empathy and Related Factors*. J Res Dent Sci 2016; 12(4): 208-14.[Persian]

## Evaluation of the Correlation between Spiritual Health and Depression in Dental Students of Clinical Stage in 2020

Hooria Habibi<sup>1</sup>, Arezoo Alaei<sup>\*2</sup>, Gholamhossein Hasani<sup>3</sup>

### Original Article

**Introduction:** The widespread prevalence of depression in society is one of the biggest concerns today. Spiritual health affects depression and plays an important role in improving the quality of life. The aim of this study was to investigate the correlation between spiritual health and depression in general and residency dental students of Islamic Azad University of Medical Sciences

**Methods:** In this cross-sectional descriptive study, 166 students of 5th semester and higher were selected through census. Demographic questionnaires of Palutzian and Ellison spiritual health questionnaire and Beck depression questionnaire were used to collect data. Participants' information was entered into PASS statistical software version 11 and data analysis was performed using ANOVA tests and correlation coefficients.

**Results:** In the study, 166 students were included by census. Among all the factors measured, marital status had a direct and significant relationship with spiritual health ( $P=0.022$ ). Moreover, the history of physical and mental illness had an inverse and significant relationship with spiritual health ( $P=0.034$ ). Educational status and history of physical and mental illness had a statistically direct and significant relationship with depression ( $P=0.014$ ,  $P=0.064$ ). People who had no history of physical or mental illness and were married had higher spiritual health, and people who studied in higher semesters and had a history of physical and mental illness had more depression. Finally, spiritual health and depression showed an inverse and significant relationship ( $P\leq 0.0001$ ).

**Conclusion:** A study of the results obtained from dentistry students showed that there was a significant and inverse correlation between spiritual health and depression.

**Keywords:** Spiritual health, Mental health, Depression, Dentistry student.

**Citation:** Habibi H, Alaei A, Hasani GH. Evaluation of the Correlation between Spiritual Health and Depression in Dental Students of Clinical Stage in 2020. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2022; 30(4): 4751-63.

<sup>1</sup>Faculty Of Dentistry, Tehran Medical Science, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Department of Oral and Maxillofacial Diseases, School of Dentistry, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Corresponding author: Tel: 02122564571, email: Arezoo.alaei@yahoo.com