

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

حورا حبیبی^۱، آرزو علایی^{۲*}، غلامحسین حسنی^۳

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 بهصورت سرشماری انتخاب شدند برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دموگرافیک پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزیان 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 بهصورت سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند از میان کلیه فاکتورهای مورد سنجش، وضعیت تاہل 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. افرادی که سابقه بیماری جسمی و روانی نداشتند و متاہل 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، حسنی 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): ۶۳-۶۷.

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

۲- بخش بیماری‌های دهان، فک و صورت، عضو مرکز تحقیقات مواد دندانی، 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.alaeem@yahoo.com، صندوق پستی: ۱۹۴۶۸۵۳۳۱۴

مقدمه

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) بهصورت 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

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 فاكتور 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٪ (۱۲) 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

می باشد که این درجه بندی 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 جمع آوری پرسشنامه ها جهت ارزیابی ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی همراه با متغیرهای زمینه ای از مدل استفاده شد. اطلاعات multiple regression power analysis وارد نرم افزار آماری PASS نسخه ۱۱ شد و با استفاده از آزمون های 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 جمع آوری داده ها 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 دوره های تخصصی از ترم ها و رشته های 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 تخصصی متاهل بودند. در پاسخ به سوال پاسخ به سایقه 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 تأهل، 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 مژگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه تهران، ایران و شهید بهشتی اجرا گردیده و برای این پرسشنامه شامل ۲۰ پرسش می باشد و به گونه ای (۲۲) این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را می سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۰-۱۲۰ می باشد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. برخی گزینه ها، گزینه له می باشند که شامل ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ می باشد و برخی گزینه ها، گزینه عليه می باشند که شامل ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲، ۱ می باشند. در مورد تقسیم در گزینه های له نمره ۶ به پاسخ کاملاً موافقم و در گزینه های عليه نمره ۶ به پاسخ کاملاً مخالفم تعلق می گیرد. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۴۰-۲۰) و متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی می شود.

پرسشنامه Beck (BDI-II): این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش می باشد که هر پرسش مربوط به یک علامت خاص افسردگی می باشد. در برابر هر پرسش ۴ تا ۶ جمله نوشته شده است که به ترتیب بیانگر خفیف ترین تا شدید ترین وجه آن خصیصه مورد نظر است. روش انجام به شرکت کنندگان به ترتیب و به طور کامل توضیح داده شد. آزمودنی باید جمله های هر پرسش را بخواند و جمله های را که بیانگر بیشترین حالت فعلی وی است تعیین کند. ارزش های 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 خودآرما است که برای تکمیل آن ۱۰-۵ دقیقه وقت لازم است. جمع نمرات حاصل ۰-۶۲

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) ($P=0.06$, $P=0.01$) 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 Pearson correlation 0.534 ($P=0.01$) 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
دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران در سال ۱۳۹۹

دانشجوی عمومی	سن	تعداد	کمترین	بیشترین	انحراف معنار [±] میانگین
نمره آزمون دستیاری	-	-	-	-	$24/15 \pm 2/88$
معدل	-	-	-	-	$16/71 \pm 1/04$
نمره سلامت معنوی	۱۱۸	۳۴	۱۳	۱۹	$85/46 \pm 19/03$
نمره افسردگی بک	۴۶	۰	۱۳	۱۱۲	$11/97 \pm 9/88$
دانشجوی تخصصی	سن	تعداد	کمترین	بیشترین	انحراف معنار [±] میانگین
نمره آزمون دستیاری	۶	۱۵	۲۳	۳۲	$28 \pm 2/51$
معدل	۵	۳۵	۳۲	۱۸	$16/98 \pm 0/77$
نمره سلامت معنوی	۱۷	۳۹	۱۱۳	۱۱۳	$85/29 \pm 18/90$
نمره افسردگی بک	۱۷	۰	۲۴	۱۱	$7/29 \pm 6/30$

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

P.	Beta	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	B	فاکتورهای مورد مطالعه بر روی سلامت معنوی
		Std. Error			
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 تأهل	
۰/۰۳	۰/۱۹-	۴/۷۸	۱۰/۲۷-	سابقه بیماری جسمی روانی	

جدول ۳: ضریب همبستگی شاخص افسردگی با متغیرهای مورد مطالعه

P.	Beta	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	B	فاکتورهای مورد مطالعه بر روی افسردگی
		Std. Error			
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 تأهل	
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، وجودنکاری و احساس امنیت و نشاط بیشتری بود. در مطالعه کنونی تاثیر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل 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. با توجه به اینکه روابی و پایابی پرسشنامه‌های سلامت معنوی پالوتزیان 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 تأهل و نداشتن سابقه بیماری جسمی و روانی ارتباط مستقیم داشت و افسردگی در

بحث

دانشجویان دندانپزشکی به عنوان گروهی از دانشجویان علوم پزشکی که از اوایل دوران تحصیل وارد مراحل بالینی می‌شوند، علاوه بر عواملی که همه دانشجویان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، یادگیری مهارت‌های بالینی و به کار 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 به عنوان یک اختلال روحی ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با توجه به تاثیر سازنده سلامت معنوی بر روحیه افراد و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی فردی

زن و مرد متفاوت است طوری که از میان کسانی که سلامت معنوی منفی داشتند $44/9$ درصد مردان افسرده بودند در حالیکه $30/2$ درصد زنان افسرده و $69/8$ 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 70 درصد شرکت‌کنندگان زن و 30 درصد مرد هستند و همچنین تفاوت‌های فرهنگی، اعتقادی و باورها نیز می‌تواند در این امر تاثیرگذار بوده باشد. سوری‌نژاد و همکاران در سال 1398 پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط افسردگی و استرس درک شده با سلامت معنوی در زنان یائسه شهر اصفهان" انجام دادند ($n=25$). در این مطالعه توصیفی تحلیلی 340 زن یائسه مراجعت کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر اصفهان وارد مطالعه شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $55/16$ سال بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون و پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه استرس درک شده کو亨 استفاده شد. در میان 332 زن مورد بررسی متوسط نمره سلامت معنوی ($20/63 \pm 8/0$) بود. نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معکوس معناداری وجود دارد. ($P \leq 0/001$) ($r=-0/647$). همچنین رابطه مشاهده شد ($P \leq 0/001$) ($r=-0/291$). مطالعه نشان داد در زنان یائسه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، سطح افسردگی و استرس پایین‌تر است. یافته‌های این مطالعه با نتیجه نهایی پژوهش حاضر همواری 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 گرفته‌اند ولی با وجود تفاوت‌ها کسانی که بالاترین نمره سلامت معنوی را داشتند علائم افسردگی نداشتند و شدیدترین افسردگی مربوط

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 2020 پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط باورهای معنوی یا مذهبی، سلامت خودارزیابی شده و سلامت ذهن در میان مردم جنوب آمریکا" را انجام دادند ($n=906$). در این مطالعه cohort بر روی $cohort$ بر میان تمام اعضا با 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 همواری دارد. در جوامع متضمن و پراسترس 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 جدایی ناپذیر زندگی هستند. فوکائی و همکاران در سال 2020 پژوهشی با عنوان "ارتباط وضعیت سلامت فیزیکی، فکری، اجتماعی و معنوی با افسردگی و عقاید خودکشی" را انجام دادند ($n=592$). در این مطالعه مرد و 608 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 هردو 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 5 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

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 نشان دهنده 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. بهنظر 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 رنگتر 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 روشن 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 بزریلی 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 بالاتر داشتند ($P\leq 0.001$). 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.

قبیری 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 ۴۰-۷۴ سال قرار داشتند و ۲۱ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های اطلاعات زمینه‌ای و بالینی، افسردگی و استرس DASS21(DEPRESSION ANXIETY و اضطراب STRESS SCALES)، پرسش‌نامه سلامت معنوی بالوتزیان و الیسو ن جمع‌آوری گردید. در این تحقیق استرس و اضطراب با بعد سلامت وجودی ($P=0.01$, $P=0.03$) افسردگی با هر دو بعد سلامت معنوی و وجودی ($P=0.01$), همبستگی

"مشهد" انجام دادند (۲۹). در این پژوهش توصیفی ۳۲۲ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد را تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری خوشای 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 تعیین کننده‌ای محسوب نشد ($P \leq 0.1$). 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 بهصورت 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. (۰/۰۵ $P \leq 0.05$) 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 بهصورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی Beck و پرسشنامه سلامت معنوی Paloutzian and Ellison جمع‌آوری شدند

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 کسانیکه 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. آفاخانی 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 (USDI) و افسردگی دانشجویان Paloutzian and Ellison استفاده شد. نتایج در سطح ۰/۰۰۱ نشان داد که بین جنسیت و معنویت ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. در مقابل بین وضعیت تأهل و معنویت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید (۰/۰۰۱ $P \leq 0.001$). و بین سطوح معنویت و سطح افسردگی اختلاف ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۰۲ $P = 0.002$) یافته‌های مطالعه با پژوهش حاضر کاملاً همخوانی دارد این همسو بودن می‌تواند به علت مشابه بودن تقریبی تعداد نمونه‌ها، مشابه 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

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 نشان دهنده تفاوت نتایج با پژوهش های دیگر باشد. شاید ذکر این نکته خالی از لطف نباشد که بیش از ۶۵ درصد خانم ها در سه ماهه سوم بارداری بودند که تغییر در هورمون ها و به دنبال آن تغییر خلق و خواسترس و نگرانی میتواند در نتیجه پژوهش تاثیرگذار بوده باشد. دکتر علائی و همکاران در سال ۱۳۹۳ مطالعه ای 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 بین المللی 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. آزمون های 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 معنی دار 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 تکنیک های تشخیص پاراکلینیک و کامپیوترا و عدم ارتباط نزدیک و عاطفی با بیماران می داند. در این مطالعه با در نظر گرفتن همدلی به عنوان یکی از ابعاد سلامت معنوی مشاهده شد که مانند مطالعه حاضر ارتباطی با سن و جنسیت مشاهده نشد.

محدودیت های پژوهش

باتوجه به اینکه پژوهش در بازه زمانی محدودیت های کرونایی صورت گرفت، دانشجویان و دستیاران تخصصی با تعداد کم و به صورت شیفتی در بخش ها حضور داشتند فلاند دسترسی به ایشان و به ویژه دانشجویان ترم پایین تر که دروس بالینی کمتری داشتند و روزهای کمتری در دانشکده حضور داشتند، محدود و دشوار بود.

نتیجه گیری

به نظر می رسد 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 معنی داری وجود نداشت ($P = 0.66$). همچنین ارتباط افسردگی با ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی معنی دار نبود ($P = 0.43$) و نمرات افسردگی دو جنس تفاوت معنی دار وجود داشت ($P = 0.07$) و بین نمره سلامت معنوی و وضعیت تأهل 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 زمینه ای مانند وضعیت تحصیلی دانشجویان و میزان در دسترس بودن عوامل حمایتی و سیستم های مشاوره ای و بیشتر بودن تعداد نمونه ها 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 متاهل تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P = 0.12$) همچنین بین نمرات سلامت معنوی دو جنس ($P = 0.98$) و نیز دانشجویان با سال تحصیلی متفاوت، تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P = 0.53$). نتایج مطالعه با پژوهش حاضر در یک راست است و در هر دو پژوهش ابزار جمع آوری اطلاعات یکسان بوده و افراد شرکت کننده در بازه سنی مشابه می باشند. سادات حسینی اخگر و همکاران در سال ۱۳۹۶-۹۷ پژوهشی با عنوان "رابطه سلامت معنوی با افسردگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران" انجام دادند (۳۱) طی این مطالعه مقطعی ۱۸۹ زن باردار مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی دکتر عزیزی، پرسشنامه افسردگی ادینبورگ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک جمع آوری شد. فراوانی افسردگی با میانگین نمره ۷/۶۹ و ۷۳/۳٪ به دست 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 معنی داری 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 تحويل 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 پیش‌برده و ما را در به ثمر رسیدن آن یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی: ندارد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

حاکی 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 تأهل، بعد خانوار، ترم تحصیلی، سابقه بیماری جسمی-روانی و معدل/نمره آزمون دستیاری نشان داد دانشجویان متاهل و افرادی که سابقه بیماری جسمی-روانی نداشتند از سلامت معنوی بالاتر 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 ارتقاء 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. Personality 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 Mcasurement 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

Hoora Habibi¹, Arezoo Alaee^{*2}, Gholamhossein Hasani³

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, Alaee 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.

¹Faculty Of Dentistry, Tehran Medical Science, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

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

³Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

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