

ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

نادر آقاخانی^۱، مهدی ترابی^۲، افشین حضرتی^۳، وحید علی‌نژاد^۴، غلامرضا اسم‌حسینی^۵، علیرضا نیکونژاد^{۶*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۴/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۶/۲۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی یکی از چالش‌های شایع روانی در جامعه است که منحصر به زمان و مکان و شخص خاصی نیست و همه گروه‌های جامعه از جمله دانشجویان را می‌تواند در برگیرد. در گذشته، تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان اثبات شده و این ارتباط معنادار شناخته شده است. لذا پژوهش حاضر برای تعیین رابطه ابعاد مختلف معنویت و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اجرا گردید.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است. با توجه به معیارهای مطالعه، تعداد ۹۰ نفر از دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. برای انجام طرح از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، سلامت معنوی Palutzian & Ellison و افسردگی دانشجویان (USDI) استفاده شد. سپس داده‌ها وارد SPSS شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و درصد فراوانی) و تحلیلی (chi square و t-student) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۹ درصد از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه را زنان و ۴۱ درصد را نیز مردان تشکیل دادند. ۹۶/۷ درصد افراد متأهل بودند. ۶۸ تن از دانشجویان در خوابگاه سکونت داشتند، ۳۴ نفر رضایت از زندگی خود را کم گزارش نمودند و ۸۷ دانشجو سطح متوسطی از درجه معنویت را نشان دادند. بین وضعیت تأهل و معنویت ارتباط معنادار و بین افسردگی و معنویت نیز ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت و در سایر مشخصات دموگرافیک ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد. به بیان دیگر، هر قدر درجه معنویت دانشجویان بیشتر باشد، میزان افسردگی در آن‌ها کم‌تر است. از این نتیجه این‌گونه می‌توان برداشت کرد که درجه‌ی معنویت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم افسردگی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، افسردگی، دانشجو

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره هشتم، ص ۶۴۹-۶۴۲، آبان ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: قزوین، دپارتمان بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: nikoonejad.anikoo@gmail.com

مقدمه

افسردگی بیماری است که ویژگی اولیه و عمده آن تغییر خلق است و شامل احساس غمگینی و اندوه شدیدی می‌شود که ممکن است از یک ناامیدی خفیف تا احساس یاس زیاد نوسان داشته باشد. این تغییر خلق به نسبت ثابت و برای روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییری مشخص در رفتار، نگرش، تفکر، کارایی و اعمال فیزیولوژیک به وجود می‌آید. ممکن است

امروزه مبحث روانشناسی توجه خاصی به واژه‌ی سلامت دارد و آن را حالتی همراه با داشتن یک وضعیت خوب و سالم جسمانی، اجتماعی و روانی می‌داند. در این میان از جمله شاخص‌های مؤثر بر سلامت روانی می‌توان به عدم وجود استرس، اضطراب و افسردگی اشاره کرد (۱).

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی دانشکده پزشکی علوم پزشکی تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

^۵ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۶ استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۸).

در مجموع می‌توان گفت که معنویت و سلامت معنوی نقش عمده‌ای در سلامت روانی و جسمی افراد دارند و به‌عنوان راهکاری سودمند برای مقابله با مشکلات روانی به حساب می‌آید (۹).
موضوع معنویت، همیشه مورد توجه انسان بوده و جزء نیازهای درونی وی به شمار می‌آید که برخی از صاحب‌نظران، آن را متضمن بالاترین سطوح زمینه‌های رشد شناختی، اخلاقی، عاطفی و تلاش برای پاسخ دادن به چراهای زندگی می‌دانند (۸).

به نظر می‌رسد تجربه‌های معنوی و مذهبی انسان در اشتیاقش نسبت به یک واقعیت فرا مادی نمایانگر می‌شود. معنویت عبارت است از رابطه شخصی با وجود متعالی و قدرت لایزال. هر چند که بین مذهب و معنویت رابطه وجود دارد ولی معنویت بیشتر شخصی است، در حالی که مذهب بازنمایی معنویت در بافت دین خصوصی است و دربرگیرنده آداب و مناسک فردی و اجتماعی است (۱۰).

به‌طور کلی می‌توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید (۱۱).

اهمیت و ضرورت نیاز به طرح موضوع معنویت و مذهب و سلامت معنوی از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی، توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به‌ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت است که به‌تازگی انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کنند. پژوهش درباره معنویت امروزه در رشته‌های متنوعی از قبیل پزشکی، روان‌شناسی، انسان‌شناسی، عصب‌شناختی و علوم شناختی در حال پیشرفت است. در راستای این جهت‌گیری معنوی و به‌موازات بررسی رابطه بین دین و معنویت و دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی، سلامت معنوی مطرح شده است (۱۲).

از آنجایی که جامعه دانشجویی یکی از عظیم‌ترین گروه‌های جامعه است، گرایش معنوی آنان نقش مؤثری در سلامت روان و مقابله با ناراحتی‌های روانی خواهد داشت. به‌علاوه اگرچه پژوهش‌هایی جهت بررسی ارتباط بین سلامت روان و معنویت در جوامع دیگر صورت پذیرفته، اما انجام چنین پژوهش‌هایی در فرهنگ اسلامی ایران نوپا است. لذا پژوهشگران درصدد سنجش و تعیین رابطه ابعاد مختلف معنویت (معنایابی در زندگی، ارتباط با خدا، شکوفایی و فعالیت معنوی، تجربیات متعالی عرفانی و فعالیت‌های

افسردگی به‌عنوان یک نشانه در بسیاری از اختلالات روانی و جسمی وجود داشته باشد و یک بخش فرعی یا اصلی از تابلوی بالینی را تشکیل دهد (۲).

از علائم افسردگی می‌توان به اندوه و تشویش زیاد، احساس گناه و بی‌ارزشی، دوری گزیدن از دیگران، کاهش اشتها و میل جنسی، بی‌خوابی، از دست دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های روزمره اشاره کرد. افراد افسرده اشکال و شدت‌های متفاوتی از علائم مذکور را تجربه می‌کنند که از نظر شدت ممکن است از ملایم تا خیلی شدید در نوسان باشد (۳).

جمعیت دانشجویان از جمله افرادی هستند که افسردگی در آنان شایع است. دانشجویان افسرده در امور درسی خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند و نمرات درسی آنان در سطوح پایین‌تری از دانشجویان غیر افسرده قرار دارد (۴).

در میان اختلالات شایع روانی، افسردگی از شایع‌ترین مواردی است که منحصر به زمان و مکان و شخص خاصی نیست و همه گروه‌های جامعه را می‌تواند دربر گیرد. ورود دانشجویان به محل تحصیل جدید، آنان را در معرض فشارهای متعدد از جمله شوک فرهنگی قرار می‌دهد که می‌تواند زمینه بروز ناهنجاری‌های متعددی را در آنان ایجاد نماید (۵).

در تبیین سبب‌شناسی افسردگی در میان دانشجویان، موقعیت‌های چالش‌برانگیز دانشگاهی مانند سازگاری با شرایط جدید، تسلط یافتن بر مهارت‌های تازه، فائق آمدن با مشکلات تحصیلی، آشنا نبودن با محیط دانشگاه در بدو ورود، ناسازگاری با سایر افراد در محل سکونت، مواجه شدن با چالش‌های جدید آموزشی و استرس‌های تحصیلی از جمله شرایطی هستند که شناسایی شده‌اند. افسردگی یکی از چالش‌های شایع روانی در جامعه است. درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده‌ی دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۶).

سلامت معنوی جدیدترین بعد شناخته شده سلامت می‌باشد و اکنون در کنار ابعاد دیگر سلامتی مانند سلامت جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است (۷).

وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات

این مقیاس از سه خرده مقیاس رخوت و بی حالی، شناختی هیجانی و انگیزه تحصیلی تشکیل شده است و دارای ۳۰ سؤال ۵ گزینه‌ای است که در آن از آزمودنی خواسته می‌شود میزان انطباق هر یک از گویه‌ها را با حالت روحی خود در دو هفته گذشته مشخص کند.

روایی و پایایی این مقیاس در مطالعه‌ی حجازی و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است. برای بررسی روایی محتوا از ۵ نفر متخصص روانشناسی بالینی کمک گرفته شد که آن‌ها ابزار را روا تشخیص دادند. برای بررسی روایی هم‌زمان، پیش بین و واگرایی این مقیاس به ترتیب مقیاس‌های افسردگی بک، اندیشه خودکشی و شادکامی آکسفورد مورد استفاده قرار گرفته بود که همگی بیانگر اعتبار این مقیاس بودند. پایایی این آزمون نیز با استفاده از دو روش همسانی درونی و باز آزمایی و محاسبه مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به اثبات رسید (۶).

تعداد ۹۰ پرسشنامه که در خصوص محتوای آن توضیحاتی ارائه شد، در بین نمونه‌های مورد مطالعه که همگی از دانشجویان رشته‌ی پزشکی بودند توزیع شده و به صورت خود گزارشی و خودارزیابی توسط نمونه‌ها تکمیل شد. قابل به ذکر است که از تمامی نمونه‌ها بعد از توضیح اهداف مطالعه، رضایت نامه آگاهانه و آزادانه گرفته شد و همچنین به نمونه‌ها در مورد محرمانه بودن کلیه اطلاعات و عدم ذکر نام آن‌ها در پرسشنامه اطمینان خاطر داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه توسط نمونه‌های مورد پژوهش، داده‌ها وارد SPSS شده و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و درصد فراوانی) و تحلیلی (t- student و chi square) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۹۰ دانشجوی ورودی سال‌های ۹۰ تا ۹۳ وارد مطالعه شدند. تعداد آن‌ها با توجه به سال ورودی به ترتیب برابر با ۲، ۱۸، ۱۷ و ۴۸ نفر بود که در میان آن‌ها (۵۹ درصد) ۵۳ نفر زن و (۴۱ درصد) ۳۷ نفر نیز مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل (۹۶/۷ درصد) ۸۷ نفر متأهل و مابقی مجرد بودند. ۶۸ نفر از دانشجویان در خوابگاه سکونت داشتند، ۲۰ نفر با والدین و ۲ نفر نیز با سایرین زندگی می‌کردند. از نظر زبان مادری ۷۸ نفر از دانشجویان ترک زبان و ۱۲ نفر نیز کرد بودند. ۴ تن از این افراد از نظر مالی ناکافی، ۲۵ نفر در حد گذران و ۶۱ نفر نیز در حد کافی بودند. علاقه مندی دانشجویان به رشته تحصیلی خود به ترتیب زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، کم و اصلاً به صورت (۳/۳۵ درصد) ۴۸ نفر، (۲۶/۶۷ درصد) ۲۴، (۱۵/۵۴ درصد) ۱۴، (۳/۴ درصد) ۳ و (۱/۲ درصد) ۱ دانشجوی گزارش شد. رضایت از زندگی دانشجویان این‌گونه بود که

اجتماعی- مذهبی) و افسردگی برآمدند تا بر اساس نتایج آن برنامه‌ریزی مناسب جهت پیشگیری و کنترل افسردگی انجام پذیرد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۴ بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دانشجویان ترم ۲ به بعد باشند، در رشته پزشکی تحصیل کنند، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش داشته باشند، قبل از ورود به دوره بالینی باشند و امکان دسترسی به آن‌ها و اخذ پرسشنامه وجود داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه هم شامل: افراد دچار بیماری روانی یا جسمی صعب‌العلاج و افرادی که اخیراً دچار افسردگی شدید در اثر فقدان یا مواردی از این دست شده باشند، بود. روش انتخاب نمونه‌ها برای انجام این مطالعه از نوع در دسترس بود که با توجه به معیارهای مذکور تعداد ۹۰ دانشجو انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران تعیین شده است. در این تحقیق $d = 0.03$ و $p = 0.001$ ، $q = 0.001$ با سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه دارای سه بخش اطلاعات دموگرافیک، مقیاس سلامت معنوی و مقیاس افسردگی دانشجویان در نظر گرفته شده بود.

۱) اطلاعات دموگرافیک

این بخش شامل اطلاعات شخصی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، زبان مادری، وضعیت مالی، رضایت از زندگی و میزان علاقه مندی به رشته تحصیلی بود.

۲) مقیاس سلامت معنوی Palutzian & Ellison

این مقیاس دارای ۲۰ پرسش به صورت لیکرت با پاسخ شش قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. این مقیاس به دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۱۰ تا ۶۰ را به خود اختصاص می‌دهند. عبارت‌های فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج، سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل، حاصل جمع این دو گروه بوده که بین ۲۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. در مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به صورت ذیل دسته‌بندی کرد: سلامت معنوی پایین ۲۰-۴۱، متوسط ۴۱-۹۹ و بالا ۱۰۰-۱۲۰. این پرسشنامه یک پرسشنامه‌ی استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران در سال ۱۳۸۵ سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود روایی و پایایی آن را مورد ارزیابی قرار دادند و آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۸۲ محاسبه شد که اعتماد علمی پرسشنامه را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۳).

۳) مقیاس افسردگی دانشجویان (USDI)

و (۳۷/۸۷ درصد) ۳۴ نفر نیز رضایت از زندگی خود را کم گزارش نمودند (جدول ۱). و (۴/۴ درصد) ۴ نفر از آن‌ها رضایت زیادی داشتند، (۲۶/۴۹ درصد) ۲۴ نفر متوسط، (۲۵/۶۵ درصد) ۲۳ نفر کم نسبتاً زیاد، (۵/۵ درصد) ۵ نفر از آن‌ها رضایت زیادی داشتند، (۴/۴ درصد) ۴ نفر

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش (بر حسب درصد فراوانی)

متغیر	درصد
جنسیت	
زن	۵۹
مرد	۴۱
وضعیت تأهل	
متأهل	۹۶/۷
مجرد	۳/۳
قومیت	
ترک	۸۶/۷
کرد	۱۳/۳
محل سکونت	
خوابگاه	۷۵/۵
به همراه والدین	۲۲/۲۵
با سایرین	۲/۲۵
وضعیت مالی	
ناکافی	۴/۴
در حد گذران	۲۷/۸
کافی	۶۷/۸

نتایج در سطح آلفای ۰/۰۰۱ نشان داد که بین جنسیت و معنویت ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. همچنین بین وضعیت مالی، محل سکونت و قومیت با معنویت رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مقابل بین وضعیت تأهل و معنویت ارتباط آماری معناداری مشاهده گردید ($p < 0/001$). بین افسردگی و معنویت نیز ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت. با توجه به نتایج حاصل از آزمون آماری کای دو، بین سطوح معنویت و سطح افسردگی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/002$) (جدول ۲).

تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه افسردگی بیانگر آن بود که (۴۶/۶۷ درصد) ۴۲ نفر از دانشجویان بدون افسردگی بودند. (۳۸/۸۹ درصد) ۳۵ تن از آن‌ها سطح افسردگی خفیف، (۱۲/۲۲ درصد) ۱۱ نفر متوسط و (۲/۲۲ درصد) ۲ نفر نیز سطح بالایی از افسردگی را نشان دادند. آنالیز آماری داده‌های به دست آمده از پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian & Ellison نیز نشان داد که درجه معنویت ۲ تن از دانشجویان کم بود، ۸۷ دانشجو سطح متوسطی از درجه معنویت را نشان دادند و ۱ دانشجو نیز از درجه معنویت بالایی برخوردار بود.

جدول (۱): جدول توزیع فراوانی توأم سطوح معنویت در مقابل سطوح افسردگی

		افسردگی			
		بالا	متوسط	خفیف	بدون
معنویت	کم	۲(۱/۰۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)
	متوسط	۰(۰/۰)	۱۱(۱۲/۶)	۳۵(۴۰/۲)	۴۱(۴۷/۱)
	زیاد	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۰(۰/۰)	۱(۱/۰۰)

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی همان‌طور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. سلامت معنوی دارای دو بعد می‌باشد. بعد عمودی که شامل ارتباط با ماوراء و بعد افقی شامل ارتباط با دیگران و محیط می‌باشد. ابزارهای مختلفی جهت سنجش سلامت معنوی وجود دارد که یکی از آن‌ها مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون می‌باشد. در این مقیاس هر دو بعد افقی و عمودی در نظر گرفته شده و کسب نمره بیشتر به معنی داشتن سلامت معنوی بالاتر می‌باشد. برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۱۳).

در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی مؤثرند. برخی محققان نشان داده‌اند که معنویت ارتباط زیادی با سلامت کلی فرد دارد؛ به طوری که مذهب و معنویت به‌عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود (۱۴).

بدین منظور این پژوهش باهدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی علوم پزشکی ارومیه به انجام رسید.

ارتباط بین سلامت روان و معنویت در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معنویت در سلامت روانی و جسمی تأثیر به‌سزایی دارد (۱۵).

تعداد قابل توجهی از مطالعات صورت پذیرفته پیرامون ارتباط بین معنویت و سلامت روانی نیز بر تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان صحه گذارده و این ارتباط را معنادار دانسته‌اند. یافته‌های مطالعه‌ای که باهدف بررسی تأثیر معنویت و مذهب بر شدت علائم افسردگی در بیماران واقع در مراحل پایان زندگی در منطقه‌ی متروپولیتان نیویورک صورت پذیرفت، حاکی از وجود جنبه‌های سودمند و مفید معنویت و سلامت معنوی در کاهش علائم افسردگی و تطابق بهتر با مراحل پایان زندگی بود (۱۶).

نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد. به‌بیان دیگر، هر قدر درجه معنویت دانشجویان بیشتر باشد، میزان افسردگی در آن‌ها کم‌تر است. این

نتایج با نتایج پژوهش قره ملکی (۱۹) هم‌خوانی دارد که نشان داد رابطه‌ی بین اضطراب و افسردگی که دو جنبه‌ی مهم از سلامت روان هستند با معنویت و جنبه‌های مختلف آن معکوس است. این نتیجه همچنین با نتایج پژوهش لوریان^۱ (۴) و شالون^۲ (۱۵) هم‌خوانی دارد. از جمله علل این امر می‌توان به نقش بازدارنده و پیشگیرانه معنویت در بروز اختلال‌های روانی اشاره کرد. در مطالعه دیگری که بر روی ۵۱۶ نوجوان انجام شد به این نتیجه رسیدند که معنویت نقش عمده‌ای در افسردگی دارد و سطح افسردگی افراد معنوی پایین‌تر و تجربیات معنوی روزانه و بخشودگی، با سطح پایین افسردگی در افراد همراه است. در این پژوهش همچنین رابطه معکوس و معناداری بین تجربیات معنوی و افسردگی کشف شد (۱۷).

نتیجه‌ی دیگری که در این مطالعه به دست آمد این بود که بین جنسیت و معنویت ارتباط آماری معناداری وجود ندارد که این نتیجه با یافته مطالعه حسین چری و همکاران (۶) و همچنین مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران (۱۸) که در پژوهش خود بین این دو متغیر رابطه‌ی معنی‌داری را پیدا نکردند، همسو است.

مطالعه‌ی قره ملکی و همکاران (۱۹) و نیز رقیب و همکاران (۸) نشان داد که بین وضعیت تأهل و معنویت رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد که این یافته با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی اکبری زاده و همکاران (۲۰) بین وضعیت تأهل و معنویت رابطه‌ی معنی‌داری نشان داده نشد که این یافته با یافته‌ی مطالعه‌ی ما در یک راستا نیست. نتایج متفاوت مطالعات می‌تواند به علت ناهمگن بودن گروه‌ها باشد.

بین دو متغیر رشته تحصیلی و محل سکونت با معنویت در مطالعه‌ی حاضر رابطه معنی‌دار آماری به دست نیامد که این یافته با نتایج مطالعه‌ی رئیس‌ی و همکاران (۲۱) همسو است. در صورتی که محمد بیگی و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ی خود بین متغیرهای ذکر شده با معنویت به یک رابطه‌ی معنی‌دار دست یافتند که با یافته‌های مطالعه‌ی ما در تضاد است.

همچنین بین دو متغیر قومیت و معنویت نیز رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد که مشابه این یافته نیز در مطالعه‌ی غنا (۲۳) و همکاران به اثبات رسید.

نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و معنویت ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد. به‌بیان دیگر، هر قدر درجه معنویت دانشجویان بیشتر باشد، میزان افسردگی در آن‌ها کم‌تر است. از این نتیجه این‌گونه می‌توان برداشت کرد که درجه‌ی معنویت یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم افسردگی می‌باشد. از آنجایی که افسردگی بر دانشجویان تأثیر می‌گذارد و تحصیل آن‌ها را تحت تأثیر قرار

²: Shaalon

¹: Laurin

دانشجویان سایر رشته‌ها و چه در جامعه‌های غیر دانشجویی به شناساندن هر چه بیشتر اهمیت بعد معنوی به‌عنوان جز اصلی و مرکزی در سلامتی انسان تلاش کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و سایرینی که ما را در انجام این طرح یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌دهد، می‌بایست دانشجویانی که دارای مشکل افسردگی هستند، هرچه زودتر شناسایی و بر اساس روش‌های علمی درمان شوند. نتایج این پژوهش در اختیار مراکز مشاوره دانشجویی قرار خواهد گرفت تا در زمان مقتضی به کار گرفته شود.

محدودیت‌های جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش که از نوع همبستگی و پیش بین است، محدودیت‌هایی را در زمینه ی تعمیم دهی یافته‌ها، تفسیر و اسناد علت شناسی متغیرهای بررسی شده مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود.

پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران و صاحب‌نظران با انجام و پژوهش‌های مختلف در مورد این بعد از وجود انسان چه در

References:

1. Johnson SJ, Batey M, L H. Personality and Health: the mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. *Pers Individ Dif* 2009;47(9): 470-5.
2. Jest DV, Liberman JA, Fassler D, R. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). 5th ed: American psychiatric association; 2013.
3. Kring AM, Johnson S, Davison GC. *Abnormal Psychology*, 12th ed. DSM-5 Update: Wiley Global Education; 2013.
4. Laurin K, Kay A C, A. MD. On the belief in God: Towards an understanding of the emotional substrates of compensatory control. *J Exp Soc Psychol* 2008;6(2): 1559-62.
5. Nouhi S, Hoseini M, Rokhsarizadeh H, Saburi A, Alishiri G. Progress Motivation among Baqiyatallah University of Medical Sciences Students and Its Relationship with Academic Achievement. *J Mil Med* 2012;14(3): 200-4.
6. Hossein Chari M, HR Z. Effect fields of education, religious science and artistic on spiritual intelligence: Endeavors for validated and reliable scale measuring spiritual intelligence. *Training Measurement* 2010;1(1): 73-93. (Persian)
7. Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi DA. 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)
8. Raghbi M, Ahmadi J, A. S. The attitude of spiritual Esfahan University students and its association with certain demographic characteristics. *J Educ Psychol* 2007;5(8): 39-56. (Persian)
9. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, M. G. The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. *J Military Med* 2012;14(3): 186-91. (Persian)
10. Dein S, Cook CC, Powell A, Eagger S. Religion, spirituality and mental health. *Psychiatrist* 2010;34(2): 63-4.
11. Abasi M, Azize F, Shamsi-Ghoshki E, Naseri-Radand MM. The conceptual and operational definition of spiritual health: A methodological study. *J Med Ethics* 2001;6(2): 11-43. (Persian)
12. Yang KP, XJ W. Spiritual intelligence of nurses in two Chinese social systems: a cross sectional comparison study. *J Nurs Res* 2009;17(3): 189-98.
13. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, F. H. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *J Iran Institute Health Sci Res* 2006;4(5): 295-303. (Persian)
14. Moeini M, Ghasemi TMG, Yousefi H, Abedi H. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17(3): 195.

15. Joules S. The mediating role of God attachment between religiosity and spirituality and psychological adjustment in young adults. American, Columbus: The Ohio State University; 2007. P.3-41.
16. H B. Psychological Scales: theoretical basis and application skills. Tehran: Allameh Tabatabayi University Press; 2004.
17. Desrosiers A. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol* 2007;63(10): 1021-37.
18. Ebrahimi A, Keykhosrovani M, Dehghani M, Javdan M. Investigating the relationship between resiliency, spiritual intelligence and mental health of a group of undergraduate students. *Life Sci J* 2012;9(1): 67-70. (Persian)
19. Gharamelki F, Mirmasab M, Ghobari Banab BT. Relationship of spiritual intelligence with the religious against methods in Tabriz University students. Booklet of 1st Finding of Cognitive Science in Training. 2010;13(12): 17-24. (Persian)
20. Akbarizadeh F, Hajivandi A, Bagheri F, Hatami H. Relationship between nurses' spiritual intelligence with hardiness and general health. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012;15(6).
21. Raisi M, Heidari S, Mehran N. Demographic Survey Of The Spiritual Intelligence In Medical Faculty Of Qom University of Medical Sciences. *Ethics* 2014;1(1):23-29. (Persian)
22. Mohammad Beygi A. The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences. *Arak Med Univ J* 2011;13(5): 27-34. (Persian)
23. Ghana S, Jouybari L, Sharif Nia S, Hekmatafshar M, Sanagoo A, Chehregosha M. Correlation of spiritual intelligence with some of demographic and educational factors among the students of Golestan University of Medical Sciences. *J Health Prom Manag* 2013;2(1): 17-23. (Persian)

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELLBEING AND DEPRESSION IN MEDICAL STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES

*Nader Aghakhani¹, Mehdi Torabi², Afshin Hazrati³, Vahid Alinejad⁴,
Gholam Reza Esm Hosseini⁵, Aliraza Nikonejad^{6*}*

Received: 4 Jul, 2016; Accepted: 14 Sep, 2016

Abstract

Background & Aims: Depression is one of the most important challenges in society and is not limited to a particular time, space and person. In the past, the positive impact of spirituality on health was established with a significant relationship. In this study, the researchers tried to assess the relationship between different aspects of spirituality and depression to use the results for preparing a program to prevent and control depression.

Materials and Methods: This descriptive correlational study was conducted on a total of 90 medical students of Urmia University of Medical Sciences who were selected according to the census and the standards of research. Demographic information, Palutzian & Ellison questionnaire for spiritual health and (USDI) questionnaire for depression of students were used for data gathering.

Results: In this study 59% of participants were women and 41% were men; 97.8% of them were married; 68 of the students lived in a dormitory, 34 people reported less satisfaction with their lives and 87 students had a moderate degree of spirituality. There was a significant relationship between spirituality and marital status and a negative significant relationship between spirituality a depression.

Conclusion: The results showed that there is a significant inverse association between depression and spirituality. In other words, the more degree of spirituality is, the lower the rate of depression is. Therefore, the degree of spirituality is one of the most important predictors of depression.

Keywords: Spiritual wellbeing, Depression, Student

Address: Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Tel: +984432754961

Email: nikoonejad.anikoo@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(8): 649 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc in Nursing, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ MSc in Nursing, Inpatient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ PhD Candidate in Bio-Statistics, Tarbiat Moddares University, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
(Corresponding Author)