JEEN
Journal of Education and Ethics in Nursing
J Educ Ethics Nurs 2025;14(2):12-20
https://ethic.jums.ac.ir

Original Article

The Relationship between Spirituality, Resilience, and the Prediction of Resilience Based on Spiritual Health in Medical Sciences Students in Zanjan (2023)

Parsa Ezatian[*1], Zahra Rasouli[2], Kiavash Mohammadi[3], Nasrin Hanifi[4]

Received: 2024.09.25 Revised: 2025.06.05 Accepted: 2025.06.12

1. Nursing undergraduate student, Student Research and Technology Committee, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
2. Nursing undergraduate student, Student Research and Technology Committee, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
3. Nursing undergraduate student, Student Research and Technology Committee, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4. Associate Professor, Special Care and Emergency Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

DOI:10.22034/ethic.2025.2041921.1125

Abstract:

Introduction: Resilience refers to the capacity to cope with stressors and professional challenges, playing a crucial role in the development and performance of medical sciences students. Spiritual health—defined as a sense of meaning and purpose in life is considered a potential enhancer of resilience. This study aimed to examine the relationship between spiritual health and resilience and to predict resilience based on spiritual health in medical science students in Zanjan.

Method and Materials: In this cross-sectional study conducted during fall and winter 2023, 201 nursing students from a public university were selected via convenience sampling. Data collection instruments included the Spiritual Health Questionnaire (five dimensions: Connection with God, Optimism, Sense of Gratitude, Motivation for Growth, Self-Esteem) and the Resilience Scale (two dimensions: Hardiness and Adaptability). A demographic form captured sex, age, marital status, residence, religion, field of study, and academic status. Pearson's correlation coefficient was used to assess the relationship between spiritual health and resilience, and a multiple linear regression model was employed to predict resilience based on spiritual health and demographic factors, with an α-level of 0.05.

Results: The mean total score for spiritual health was 71.83 (SD = 14.81), and for resilience was 63.41 (SD=14.16). Pearson's correlation indicated a strong positive relationship between spiritual health and resilience ($r=0.766$, $p<0.001$). In the regression model, spiritual health was the only variable that significantly predicted resilience ($B=0.749$, $SE = 0.046$, $t = 16.153$, $p < 0.001$). In contrast, demographic variables (sex, age, marital status, residence, religion, field of study, and academic status) showed no significant effects. The model explained 59% of the variance in resilience ($R^2 = 0.59$, $F (14,186)= 18.45$, $p < 0.001$).

Conclusion: The results show that spiritual health is an independent and key predictor of resilience among nursing students, while demographic factors do not significantly contribute. It is recommended that nursing educational programs incorporate spiritual interventions to enhance students' spiritual resources, thereby improving resilience and the overall quality of nursing care.

Keywords: Spiritual Health, Resilience, Student, Medical Sciences

* Corresponding author Email: Parsa.ezatian@gmail.com

©2025 The Author(s); Published by Jahrom University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.en), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

JEEN
مجله آموزش و اخلاق در پرستاری
دوره چهاردهم، شماره دو ، پاییز ۱۴۰۴، صفحات: ۲۰-۱۲
https://ethic.jums.ac.ir

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط معنویت و تاب‌آوری و پیش‌بینی تاب‌آوری براساس سلامت معنوی در دانشجویان علوم پزشکی زنجان (۱۴۰۲)

پارسا عزتیان*[۱]، زهرا رسولی[۲]، کیاوش محمدی[۳]، نسرین حنیفی[۴]

۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۴- دانشیار، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

DOI:10.22034/ethic.2025.2041921.1125

چکیده:

مقدمه: تاب‌آوری، به‌عنوان توانایی مقابله با استرس‌ها و چالش‌های حرفه‌ای، در رشد و بهبود عملکرد دانشجویان علوم پزشکی نقش زیادی دارد. سلامت معنوی نیز می‌تواند، عاملی تقویت‌کننده در احساس معنا و هدف در زندگی شناخته شود؛ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطهٔ سلامت معنوی با تاب‌آوری و پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس سلامت معنوی، در دانشجویان علوم پزشکی زنجان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع توصیفی- مقطعی بود که در پاییز و زمستان ۱۴۰۲ انجام گرفت. ۲۰۱ دانشجوی پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی زنجان، با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده را پرسشنامه‌های سلامت معنوی (۵ بُعد: ارتباط با خدا، خوش‌بینی، حس تقدیر، انگیزهٔ پیشرفت و اعتماد به نفس) و تاب‌آوری (۲ بُعد: سختی‌پذیری و تطابق‌پذیری) را تشکیل دادند؛ همچنین از فرم مشخصات جمعیت‌شناختی، جهت جمع‌آوری اطلاعات جنسیّت، سن، وضعیت تأهل، محل سکونت، مذهب، رشتهٔ تحصیلی و وضعیت تحصیلی استفاده شد. پس از به‌دست آمدن داده‌ها، با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، رابطهٔ بین سلامت معنوی و تاب‌آوری بررسی و مدل رگرسیون خطی چند متغیّره برای پیش‌بینی تاب‌آوری، براساس سلامت معنوی و متغیّرهای جمعیت‌شناختی برازش گردید؛ آن‌گونه‌که سطح معناداری $\alpha = 0.05$ ، در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمرهٔ کل سلامت معنوی ۷۱/۸۳ (انحراف معیار ۱۴/۸۱) و میانگین نمرهٔ کل تاب‌آوری ۶۳/۴۱ (انحراف معیار ۱۴/۱۶) بود. ضریب همبستگی پیرسون، بین سلامت معنوی و تاب‌آوری، برابر (P<۰/۰۰۱) r=۰/۷۶۶ نشان‌دهندهٔ ارتباط مثبت و قوی را نشان داد. در مدل رگرسیون، تنها سلامت معنوی با ضریب (P<۰/۰۰۱، t=۱۶/۱۵۳ ، SE=۰/۰۴۶) B=۰/۷۴۹ پیش‌بینی‌کنندهٔ معنادار تاب‌آوری بود و متغیّرهای جمعیت‌شناختی (جنسیّت، سن، وضعیت تأهل، محل سکونت، مذهب، رشتهٔ تحصیلی و وضعیت تحصیلی) تأثیر معناداری نداشتند. مدل کلی توانست، ۵۹٪ از واریانس تاب‌آوری را تبیین کند . (P<۰/۰۰۱، F(۱۴/۱۸۶) =۱۸/۴۵، R^2 =۰/۵۹)

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که سلامت معنوی نقش کلیدی و مستقلی در افزایش تاب‌آوری دانشجویان پرستاری دارد؛ درحالی‌که متغیّرهای جمعیت‌شناختی، تأثیر قابل‌توجهی در این زمینه نشان ندادند؛ بنابراین توصیه می‌شود، برنامه‌های آموزشی و مداخلات معنوی در حوزهٔ پرستاری، طراحی شده و برای تقویت منابع معنوی دانشجویان به کار گرفته شود تا تاب‌آوری و در نتیجه کیفیت مراقبت‌های پرستاری ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، تاب‌آوری، دانشجو، علوم پزشکی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی جهرم محفوظ است

* نویسنده مسئول، نشانی: شهرک کارمندان، بلوار حاج احمد مهدوی، دانشکده پرستاری و مامایی، زنجان، ایران.
تلفن تماس: ۰۹۱۹۹۹۷۰۴۲-۰۲۴۳۳۴۵۸۳۶۸ پست الکترونیک:Parsa.ezatian@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۳/۰۷/۰۴ تاریخ بازنگری:۱۴۰۴/۰۳/۱۵ تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۳/۲۲

مقدمه

تاب‌آوری، به طور گسترده به‌عنوان ظرفیت حفظ یا بازیابی بهزیستی روانی در مقابله با چالش، تعریف شده است(۱). تاب‌آوری، به معنای توانایی سازگاری و کنار آمدن با تروما، تهدید، تراژدی، مشکلات خانوادگی یا روابط، مشکلات جدی سلامتی یا مشکلات تجاری و مالی یا مقابله با تغییرات یا بلایا است. تاب‌آوری، تحت عنوان قدرت بازیابی سریع، مقابله با مشکلات و مقاومت در برابر آن‌ها تعریف می‌شود(۲).

تاب‌آوری، یک مفهوم پویا است و با توجه به مفاهیم چند بُعدی و پیچیده‌ای که در آن حاکم شده، بررسی عوامل مؤثر در آن نقش ضروری دارد. تاب‌آوری، تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله حفاظتی و خطر قرار می‌گیرد. این ویژگی زمانی که عوامل حفاظتی نتوانند، در برابر اتفاقات و حوادث نامطلوب مقاومت کنند، کاهش می‌یابد. حمایت اجتماعی و امید، از عوامل مهم و تأثیرگذار در ایجاد و حفظ تاب‌آوری به شمار می‌روند. حمایت اجتماعی می‌تواند، فشار روانی افراد را کاهش دهد و سلامت جسمانی و روانی آن‌ها را تقویت کند؛ یعنی سرانجام، در این افراد تاب‌آوری ایجاد می‌شود. مطالعات انجام شده، نشان دادند که امید، با شاخص‌های سلامتی، از جمله با تاب‌آوری مرتبط بوده است(۳)؛ همچنین معنویت، بالاترین سطح رشد و خودآگاهی ذاتی انسان را نشان داده(۴) که برای مقابله با مسائل و مشکلات زندگی، کمک شایانی داشته است(۴). پس تعالی معنوی، در افزایش ظرفیت تاب‌آوری تأثیر زیادی دارد(۵).

سلامت معنوی، در کنار ابعاد اجتماعی، عاطفی، روانی و جسمانی، چهارمین بُعد سلامت انسان شناخته می‌شود که مستلزم شرایط رفاه معنوی است و با ارتباطات در چهار حوزهٔ ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و با احساس رمز و راز یا معنایی بزرگ‌تر برای زندگی یا هر چیزی که فرد آن را نهایی می‌داند، مشخص می‌شود(۶). یکی از ابعاد سلامتی که توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی شده، سلامت معنوی است(۷). بُعد معنوی سلامت، عامل مهمی در رشد، کمال انسان و همین‌طور هستهٔ مرکزی سلامت انسانی شناخته می‌شود که بر سلامت جسمانی و روانی افراد تأثیرگذار است؛ آن‌گونه‌که آن را بهبود (۸) و کیفیت زندگی انسان را افزایش می‌دهد(۷). افراد دارای سلامت معنوی، در رویارویی با فشارهای روانی و افسردگی، عملکرد مناسبی دارند(۷). ارتباط بین معنویت، سلامت فیزیکی، کیفیت زندگی و تاب آوری در بسیاری از مطالعات روان‌شناسی و سلامت، مورد بررسی قرار گرفته است. تحقیقات نشان دادند که این دو مفهوم، اغلب به صورت متقابل، بر یکدیگر تأثیرگذار هستند(۱۱-۹)؛ برای مثال: پژوهشی نشان داده است که آموزش مهارت‌های سلامت معنوی می‌تواند، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی را افزایش داده و در نتیجه باعث شود که بهزیستی روانشناختی بهبود یابد. افزایش تاب‌آوری، تبعات مطلوبی در ارائه مراقبت و درمان دارد؛ از جمله در مطالعه‌ای افزایش تاب‌آوری، با همدلی بهتر دانشجویان با بیماران همراه بود(۱۲،۱۳)؛ با این‌حال برخی مطالعات، تفاوت‌های موقعیتی و فردی را نیز نشان دادند که ممکن است، ارتباط بین این دو مفهوم را کاهش دهد؛ برای مثال: ممکن است در شرایط خاص، تاب‌آوری بدون وابستگی مستقیم با سلامت معنوی تقویت شود یا برعکس، عوامل دیگری همچون حمایت اجتماعی و کیفیّت روابط میان فردی، نقش بیشتری داشته باشند(۱۴،۱۵). نتایج مذکور، بیانگر پیچیدگی این ارتباط و نیاز به تحقیقات بیشتر، در زمینه‌های متنوع و گروه‌های مختلف بوده است؛ چنانچه یافته‌های مطالعات مختلف، در خصوص عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و میزان تأثیر هر یک از این عوامل، متناقض نشان دادند. این تناقض‌ها می‌تواند، به تفاوت‌های روش‌شناسی مطالعات، نمونه‌های آماری متفاوت و همچنین تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف، نسبت داده شود. از سوی دیگر، تحقیقات محدودی به طور خاص، به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان علوم پزشکی پرداخته‌اند. با توجه به نقش مهم سلامت معنوی در تندرستی روانشناختی و مقابله با استرس، بررسی این ارتباط در جمعیت دانشجویان علوم پزشکی که با حجم بالایی از استرس‌های تحصیلی و حرفه‌ای روبه‌رو هستند، ضروری به نظر می‌رسد. علی‌رغم مطالعات متعددی که به بررسی این ارتباط پرداخته‌اند، تغییرات فرهنگی و اجتماعی در جامعهٔ ایران، به‌ویژه در نسل جوان، ضرورت انجام پژوهش‌های بومی در این زمینه را بیشتر کرده است. با توجه به اینکه دانشجویان، به‌عنوان نسل آینده و متولیان سلامت جامعه محسوب می‌شوند، شناخت عوامل مؤثر بر تاب‌آوری آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند، به درک بهتر مکانیزم‌های مؤثر بر سلامت روان دانشجویان، کمک کرده و در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر، در جهت ارتقای تاب‌آوری آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اهمیت روزافزون سلامت روان در جوامع امروزی، پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطهٔ سلامت معنوی با تاب‌آوری و پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس سلامت معنوی در دانشجویان علوم پزشکی زنجان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی- مقطعی بود که بر روی دانشجویان علوم پزشکی از ترم ۳ به بالا، در مقطع کارشناسی و دکترای حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی زنجان (۱۴۰۲-۱۴۰۳)

انجام شد. روش نمونه‌گیری، به صورت در دسترس بود. برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار G- Power استفاده شد. در مطالعهٔ مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان، با در نظر گرفتن ۰/۰۵= α، توان ۹۵٪ و ضریب همبستگی ۰/۶۵، حجم نمونهٔ ۱۹۲ نفر، مورد ارزیابی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه، تحصیل از ترم ۳ به بالا، تحصیل در رشته‌های کارشناسی، دکترای حرفه‌ای و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه، دانشجویان مهمان در حال تحصیل که در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل سه پرسشنامه بود: ۱. اطلاعات جمعیت شناختی؛ ۲. سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون؛ ۳. تاب‌آوری کانر – دیویدسون.

پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی، اطلاعاتی شامل: سن، جنسیّت، وضعیت تأهل، نحوهٔ سکونت، مذهب، رشتهٔ تحصیلی، ترم تحصیلی و وضعیت تحصیلی را تشکیل داد. پرسشنامهٔ سلامت معنوی الیسون و پالوتزیان، مشتمل بر ۲۰ سؤال که در سه بُعد ارتباط با خدا، باور به تقدیر و سرنوشت و خوش‌بینی قرار دارد. سؤالات پرسشنامهٔ سلامت معنوی، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده‌اند: کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، نه موافق، نه مخالف = ۳، موافقم = ۴ و کاملاً موافقم = ۵. سؤالات ۸ تا ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری و در مجموع، نمرهٔ ۱۰۰–۲۰، کم‌ترین و بیشترین امتیاز پرسشنامه بوده است که رتبهٔ ضعیف (۲۵–۲۰)، متوسط (۵۰–۲۶)، خوب (۷۵–۵۱) و عالی (۱۰۰–۷۶) را تشکیل داده است. این پرسشنامه در جامعهٔ ایرانی، بر روی ۳۰۰ نفر از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به یک درمانگاه، مورد آزمون قرار گرفت و شاخص‌های روایی ساختاری آن مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه، ۳ عامل به‌دست آمد که این سه عامل، ۵۰/۶۵ ٪ واریانس‌های این پرسشنامه را تبیین کرد. میزان پایایی این پرسشنامه در این مطالعه، با آلفای کرونباخ بالای ۷۰٪ گزارش شد(۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامهٔ سلامت معنوی با آلفای کرونباخ، ۹۵٪ بود. آلفای کرونباخ، برای بُعد ارتباط با خدا ۹۱٪، برای باور به تقدیر و سرنوشت ۸۹٪ و برای بُعد خوش‌بینی ۷۷٪ را تشکیل داد.

پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر– دیویدسون، مشتمل بر ۲۵ سؤال در۴ بُعد انگیزهٔ پیشرفت، اعتماد به نفس، سرسختی و تطابق‌پذیری بوده است. سؤالات پرسشنامهٔ تاب‌آوری بر مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از صفر تا چهار، را شامل شده که از کاملاً نادرست (۰) تا همیشه درست (۴) تشکیل یافته و محدودهٔ مقیاس از ۲۵ تا ۱۲۵ را دربرمی‌گیرد که دارای رتبهٔ ضعیف (۳۲–۲۵)، متوسط (۶۳–۳۳)، خوب (۹۵–۶۴) و عالی (۱۲۵–۹۶) بوده است. سازندگان ابزار، روایی را از طریق تحلیل عاملی و آزمون‌های همگرایی و واگرایی مورد بررسی قرار دادند. میزان پایایی پرسشنامه در این مطالعه، با آلفای کرونباخ ۹۳٪ بود(۱۷). این پرسشنامه در جامعهٔ ایرانی بر روی ۳۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان، مورد آزمون قرار گرفت و شاخص‌های روایی ساختاری آن مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه، ۴ عامل به‌دست آمد که این چهار عامل، ۶۴٪ واریانس‌های این پرسشنامه را تبیین کرد. میزان پایایی این پرسشنامه در این مطالعه، با آلفای کرونباخ، حدود ۸۰٪ به بالا گزارش شد(۱۸). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ، ۹۳٪ بود. آلفای کرونباخ، برای بُعد انگیزهٔ پیشرفت ۶۹٪، بُعد اعتماد به نفس ۸۴٪، سرسختی ۸۰٪ و بُعد تطابق‌پذیری ۷۶٪ را تشکیل داد.

محققان، برای جمع‌آوری داده از وبسایت فُرم‌ساز آنلاین پرس‌لاین، استفاده کردند. تحلیل و تجزیه اطلاعات، با استفاده از نرم‌افزار spss نسخهٔ ۲۲ انجام گردید. چولگی و کشیدگی داده‌ها بررسی شد و داده‌ها در محدودهٔ ۲– تا ۲ قرار داشتند؛ بنابراین توزیع داده‌ها، نرمال در نظر گرفته شد. برای توصیف متغیّرهای زمینه‌ای و متغیّرهای اصلی در جامعهٔ پژوهش، از آمار توصیفی و شاخص‌هایی مانند: فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. برای بررسی ارتباط بین متغیّرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی پیشگویی‌کنندگی متغیّر سلامت معنوی برای متغیّر تاب‌آوری، از آزمون رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. قبل از به‌کارگیری این تکنیک چند متغیّره، مفروضات بررسی شدند. (آیا مطلوب هستند یا خیر؟ رابطهٔ خطی بین پیش‌بینی‌کننده‌های پیوسته و نتیجه، عدم وجود چند خطی بودن، استقلال مشاهدات، همسانی و توزیع نرمال باقیمانده‌ها) کیفیت مدل رگرسیون با تحلیل واریانس و R بررسی شد. وجود چند خطی با محاسبهٔ ضریب تورم واریانس (VIF) و بررسی دامنهٔ تحمل همه متغیّرهای مدل، مورد محاسبه قرار گرفت. هیچ رابطهٔ خطی بین متغیّرهای مستقل یافت نشد. در این مدل متغیّر تاب‌آوری، به عنوان متغیّر وابسته در مدل داخل شد. متغیّرهای سلامت معنوی، جنس، سن، تأهل، رشتهٔ تحصیلی و وضعیت تحصیلی، محل سکونت و مذهب، به عنوان متغیّر مستقل، در مدل قرار گرفتند؛ آن‌گونه‌که سطح معناداری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۲۰۱ نفر از دانشجویان،۷ پرسشنامه را تکمیل کردند. افراد شرکت‌کننده در پژوهش، بیشتر زن، مجرد و بومی بودند. بیشترین مشارکت را دانشجویان دانشکدهٔ پرستاری تشکیل دادند؛ همچنین اکثریت دانشجویان، از وضعیت تحصیلی مطلوبی برخوردار بودند.(جدول ۱)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیّت‌شناختی و تحصیلی مشارکت‌کنندگان

متغیر	دسته	تعداد	درصد
جنسیّت	مرد	۱۰۵	۵۲/۲۴
	زن	۹۶	۴۷/۷۶
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸۳	۹۱/۰۴
	متأهل	۱۸	۸/۹۶
محل سکونت	خانواده	۱۰۶	۵۲/۷۴
	خوابگاه	۹۵	۴۷/۲۶
مذهب	شیعه	۲۰۰	۹۹/۰۱
	سنی	۱	۰/۹۹
رشتهٔ تحصیلی	پزشکی	۴۱	۲۰/۲۰
	دندان‌پزشکی	۲۷	۱۳/۳۱
	داروسازی	۳۸	۱۸/۷۳
	پرستاری	۳۴	۱۶/۷۵
	اتاق عمل، هوشبری و اورژانس	۲۱	۱۰/۳۴
	مامایی	۱۶	۷/۸۷
	بهداشت	۲۴	۱۱/۸۳
وضعیت تحصیلی	ضعیف	۹۰	۴۴/۷۸
	متوسط	۶۶	۳۲/۸۴
	خوب	۴۵	۲۲/۳۸

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که سلامت معنوی دانشجویان علوم پزشکی زنجان، در حد خوب بوده؛ به‌گونه‌ای‌که تاب‌آوری دانشجویان، در حد متوسط قرار داشت. نمرهٔ کل سلامت معنوی (مجموع پنج بعد) ۷۱/۸۳ (SD =۱۴/۸۱) و نمرهٔ کل تاب‌آوری (مجموع دو بُعد) ۶۳/۴۱ (SD = ۱۴/۱۶) به دست آمد. بالاترین میانگین در بین ابعاد سلامت معنوی، مربوط به «حس تقدیر» (M=۳۱/۱۳، SD = ۷/۰۱) و پایین‌ترین میانگین، مربوط به «خوش‌بینی»(M=۱۰/۷۲، SD = ۲/۳۱) بود. در ابعاد تاب‌آوری نیز «تطابق‌پذیری»(M=۱۶/۵۲، SD = ۴/۶۱) و «سختی‌پذیری»(M=۱۰/۲۸، SD = ۲/۸۷) گزارش شد. (جدول ۲) نتایج آزمون همبستگی پیرسون، نشان داد که بین سلامت معنوی و تاب‌آوری دانشجویان، ارتباط مثبت معنادار آماری وجود داشت؛ (r=۰/۷۷ ، P<۰/۰۰۱) بدین ترتیب که با افزایش سلامت معنوی، تاب‌آوری دانشجویان نیز افزایش یافته است.

جدول۲. میانگین، انحراف معیار نمرهٔ کل، ابعاد سلامت معنوی و تاب‌آوری مشارکت‌کنندگان

متغیّر	میانگین	انحراف معیار
ابعاد سلامت معنوی		
ارتباط با خدا	۲۹/۹۸	۶/۵۸
خوش‌بینی	۱۰/۷۲	۲/۳۱
حس تقدیر	۳۱/۱۳	۷/۰۱
انگیزهٔ پیشرفت	۱۳/۰۶	۳/۱۵
اعتماد به نفس	۲۳/۵۴	۵/۲۸
نمرهٔ کل سلامت معنوی	۷۱/۸۳	۱۴/۸۱
ابعاد تاب‌آوری		
سختی‌پذیری	۱۰/۲۸	۲/۸۷
تطابق‌پذیری	۱۶/۵۲	۴/۶۱
نمرهٔ کل تاب‌آوری	۶۳/۴۱	۱۴/۱۶

برای بررسی عوامل پیشگویی‌کنندهٔ تاب‌آوری، از آزمون رگرسیون خطی چندگانهٔ گام‌به‌گام استفاده شد. متغیّرهای مستقل که در این مدل وارد شدند، عبارت بودند از: سلامت معنوی؛ جنسیّت (با گروه مرجع زن)؛ سن؛ وضعیت تأهل (با گروه مرجع متأهل)؛ محل

سکونت (با گروه مرجع خوابگاه)؛ مذهب (با گروه مرجع سنی)؛ رشته‌های تحصیلی (با گروه مرجع پزشکی)؛ وضعیت تحصیلی (با گروه مرجع ضعیف).

نتایج نشان داد که تنها متغیّر سلامت معنوی با ضریب B = 0.749 (SE = 0.046، t = 16.153، p < 0.001؛ ٪۹۵ CI [0.658, 0.841]) پیش‌بینی‌کنندهٔ معنادار تاب‌آوری بود؛ یعنی با افزایش هر یک واحد در نمرهٔ سلامت معنوی، میزان تاب‌آوری به طور متوسط، ۰/۷۴۹ واحد افزایش یافته‌اند. ضریب جنسیّت مرد (B = −2.603، SE = 1.402، t = −1.856، p = 0.065؛ ٪۹۵ CI [−5.369, 0.164]) اگرچه در جهت کاهش تاب‌آوری نسبت به گروه مرجع (زن) قرار داشت؛ اما در سطح معناداری ۰/۰۵، به طور شاخص معنادار نبود. سایر متغیّرهای جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تأهل، محل سکونت، مذهب، رشتهٔ تحصیلی و وضعیت تحصیلی) به طور کامل، با p > 0.05 نیز ضریب غیرمعنادار را داشتند و بنابراین در تبیین تاب‌آوری، سهم معناداری نداشتند. مدل کلی با R2=.59 نشان داد که تقریباً ۵۹٪ از واریانس تاب‌آوری، با ترکیب متغیّرهای مستقل (به‌ویژه سلامت معنوی) قابل توضیح است. (جدول ۳)

جدول ۳. بررسی عوامل پیشگویی‌کنندهٔ متغیّر تاب‌آور

متغیّر مستقل	ضریب (B)	خطای استاندارد	t	مقدار p	٪۹۵ CI حد پایین	٪۹۵ CI حد بالا
ثابت (عرض از مبدأ)	۱۴/۴۲	۸/۴۰	۱/۷۲	۰/۰۸۷	−۲/۱۵	۳۰/۹۹
سلامت معنوی	۰/۷۵	۰/۰۵	۱۶/۱۵	<۰/۰۰۱	−۰/۶۶	۰/۸۴
جنسیّت	−۲/۶۰	۱/۴۰	−۱/۸۶	۰/۰۶۶	−۵/۳۷	۰/۱۶
سن	−۰/۱۳	۰/۳۱	−۰/۴۰	۰/۶۸۶	−۰/۷۳	۰/۴۸
متأهل	−۰/۱۳	۲/۵۱	−۰/۰۵	۰/۹۵۹	−۵/۰۷	۴/۸۱
محل سکونت	−۰/۷۷	۱/۵۰	−۰/۵۱	۰/۶۱۱	−۳/۷۲	۲/۱۹
مذهب	−۰/۲۳	۳/۵۷	−۰/۰۶	۰/۹۵۰	−۷/۲۶	۶/۸۰
وضعیت تحصیلی						
وضعیت متوسط	۰/۶۳	۱/۵۴	۰/۴۱	۰/۶۸۵	−۲/۴۰	۳/۶۶
وضعیت خوب	۱/۶۶	۱/۵۱	۱/۱۰	۰/۲۷۳	−۱/۳۰	۴/۶۳
دندان‌پزشکی	۰/۵۴	۲/۴۰	۰/۲۳	۰/۸۲۳	−۴/۱۶	۵/۲۴
داروسازی	−۰/۸۱	۲/۵۰	−۰/۳۳	۰/۷۴۵	−۵/۷۱	۴/۰۸
پرستاری	۱/۴۶	۱/۹۸	۰/۷۴	۰/۴۶۳	−۲/۴۴	۵/۳۷
اتاق عمل، هوشبری و اورژانس	۱/۳۶	۲/۱۵	۰/۶۳	۰/۵۳۰	−۲/۸۶	۵/۵۷
مامایی	۰/۶۸	۲/۳۲	۰/۲۹	۰/۷۷۱	−۳/۸۸	۵/۲۳
بهداشت	۱/۷۰	۲/۲۷	۰/۷۵	۰/۴۵۶	−۲/۷۷	۶/۱۶

بحث

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که ارتباط مثبت معناداری بین سلامت معنوی و تاب‌آوری دانشجویان وجود دارد؛ یعنی سطح سلامت معنوی دانشجویان، خوب ارزیابی شده است. همسو با پژوهش حاضر، طبق بررسی که رحیمی و همکاران (۲۰۱۷) بر روی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی انجام دادند، سطح سلامت معنوی در حد خوب گزارش کردند(۱۹)؛ چنانچه در مطالعهٔ واحدیان و همکاران (۲۰۱۹) بر روی دانشجویان رشتهٔ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد، سطح سلامت معنوی را عالی ارزیابی کردند(۲۰)؛ همچنین در تحقیق خداویسی و همکاران (۲۰۱۶) که بر روی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام دادند، سطح سلامت معنوی نیز عالی گزارش کردند(۲۱). اختلافات بیان شده در سطوح سلامت معنوی را می‌توان، به عوامل متعددی نسبت داد. یکی از عوامل مهم، محل و رشتهٔ تحصیلی جامعه پژوهش است. مطالعات واحدیان و خداویسی بر روی دانشجویان یک رشته متمرکز بوده و این تمرکز ممکن است، نقشی تعیین‌کننده‌ای در ارزیابی سلامت معنوی داشته باشد. در مقابل، پژوهش‌هایی که بر روی گروه‌های چندرشته‌ای یا جمعیت‌های عمومی‌تر انجام می‌شوند، احتمالاً نتایج متفاوتی خواهند داشت. عامل دیگر، زمان انجام پژوهش است. تغییرات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی در بستر یک جامعه اسلامی مانند ایران می‌تواند، تأثیر مستقیم یا غیرمستقیمی بر وضعیت معنوی دانشجویان داشته باشد. تحولات مختلف اجتماعی مانند: افزایش آگاهی اجتماعی، تغییرات اقتصادی یا حتی تغییرات فرهنگی در جامعه می‌توانند، بر ادراک معنوی افراد و پاسخ آن‌ها به سنجش‌های مرتبط با سلامت معنوی اثرگذار باشند(۲۲،۲۳). پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، ارتباط بین شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی با سلامت معنوی

دانشجویان علوم پزشکی، به صورت جامع‌تر مورد بررسی واقع شود. انجام مطالعات طولی و مقایسه‌ای میان دانشگاه‌های مختلف و رشته‌های گوناگون می‌تواند، به درک عمیق‌تر از عوامل مؤثر بر سلامت معنوی در دانشجویان کمک کند. این موضوع می‌تواند، شواهد مستندی برای سیاست‌گذاری‌های آینده در حوزهٔ سلامت روانی و معنوی فراهم آورد.

در پژوهش حاضر، سطح تاب‌آوری دانشجویان، متوسط ارزیابی شد. همسو با نتایج انجام شده، در مطالعهٔ پورافضل و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی تمام دانشجویان کارشناسی پرستاری (سال اول تا چهارم دانشکدهٔ پرستاری و مامایی) دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند، میزان تاب‌آوری دانشجویان را متوسط بیان کردند(۲۴)؛ همچنین در تحقیق آهرن و نوریس (۲۰۱۱) که بر روی دانشجویان محصل در دانشگاه‌های جنوب شرقی آمریکا انجام شده، نمرهٔ میانگین تاب‌آوری را متوسط محاسبه کرده‌اند که با مطالعات پژوهش حاضر، همسو بوده است(۲۵)؛ در صورتی که سامانی و همکاران (۲۰۰۷) تحقیقی که بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز انجام دادند، میزان تاب‌آوری دانشجویان را خوب گزارش کردند(۲۶)؛ همچنین در بررسی ابوالقاسمی نیز میانگین تاب‌آوری دانش‌آموزان دبیرستانی، خوب ارزیابی شد(۲۷) که مغایر با نتایج پژوهش حاضر بوده است. باید توجه داشت که این تفاوت، در جامعهٔ پژوهش و زمان پژوهش می‌تواند، دلیل این اختلاف باشد؛ همچنین تفاوت‌های فرهنگی نیز می‌تواند، دلیل این مغایرت باشد. در برخی از فرهنگ‌ها با توجه به نوع تربیت افراد و اعتماد اجتماعی موجود، تاب‌آوری بالاتری وجود دارد(۲۸).

در پژوهش حاضر، ارتباط قوی و مثبت معنادار آماری بین سلامت معنوی و تاب‌آوری وجود داشت. نتایج پژوهش ده‌زیره و همکاران نیز نشان داد که ارتباط مثبت معناداری بین سلامت معنوی و تاب‌آوری دانشجویان، وجود دارد که هماهنگ با نتایج مطالعهٔ حاضر بوده است(۲۹). بلوچی و همکاران نیز در پژوهش خود، رابطهٔ میان تاب‌آوری و سلامت معنوی را مثبت یافتند(۳۰). یافته‌های مؤمنی و همکاران نیز نشان داد که با افزایش تاب‌آوری در دانشجویان، سلامت معنوی آنان نیز افزایش پیدا کرده؛ به‌طوری‌که با نتایج پژوهش حاضر، همسو شده است(۳۱). نتایج مطالعات بالدوین و همکاران(۳۲)، کارسون(۳۳) و هاوسر (۳۴) نیز مؤکد این موضوع بوده که با افزایش سلامت معنوی در افراد، تاب‌آوری آنان نیز رشد پیدا کرده است؛ اگرچه میزان ارتباط در این تحقیقات، با یکدیگر تفاوت دارد و می‌تواند، ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، کارکرد معنویت در بهبود زندگی افراد و افزایش تاب‌آوری آنان باشد.

در پژوهش حاضر، رابطهٔ معناداری بین تاب‌آوری و فرهنگ وجود داشت. نتایج پژوهش رضایی و همکاران نیز نشان داد که ارتباط مستقیمی میان مؤلفه‌های تاب‌آوری و فرهنگ بوده که همسو با نتایج پژوهش حاضر قلمداد شدند(۳۵). کریمی و همکاران نیز در پژوهش خود مؤلفهٔ فرهنگ را از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری جوانان، در مقابل سوء مصرف مواد مخدر بیان کردند که این مورد نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد(۳۶). هر چند که در بین مؤلفه‌های فرهنگی پژوهش حاضر و مطالعات مذکور، تفاوت وجود دارد که می‌تواند، به علت اختلاف در ابزارهای مورد استفاده و جامعهٔ مورد مطالعه باشد.

در پژوهش حاضر، سلامت معنوی، پیشگویی‌کنندهٔ تاب‌آوری بوده؛ اما جنسیّت نیز به صورت لب مرزی، پیشگویی‌کنندهٔ تاب‌آوری نشان داده شده است. نتایج مطالعهٔ امین اردوغان و اوزنور اوزدوگان، نشان داد که دانشجویان پسر، سطح تاب‌آوری به طور قابل توجهی بالاتر از دانش آموزان دختر نشان دادند که همسو با نتایج پژوهش حاضر بوده است(۳۷). در بررسی محمودی و همکاران که در افراد مواجه شده با ضربهٔ روانی انجام شد، رابطه‌ای میان تاب‌آوری و جنسیّت یافت نشد که مغایر با نتایج پژوهش حاضر بوده است(۳۸). تفاوت در زمان و جامعهٔ پژوهش می‌تواند، علت این اختلاف و ناشی از تجربهٔ آسیب‌های روانی باشد.

پژوهش حاضر، از ابزارهای استاندارد و معتبری برای سنجش سلامت معنوی و تاب‌آوری استفاده کرده و حجم نمونه برای تحلیل‌های آماری نظیر همبستگی و رگرسیون مناسب بوده است؛ همچنین ورود هم‌زمان متغیّرهای سلامت معنوی و متغیّرهای جمعیت‌شناختی در مدل رگرسیون، از جنبهٔ چند بُعدی به بررسی تاب‌آوری کمک کرده؛ درحالی‌که طراحی مقطعی، امکان استنباط علیّت را محدود ساخته و تکیه بر پرسشنامه‌های خودگزارش می‌تواند، خطای گزارش‌دهی را افزایش دهد. نمونه‌گیری تنها از یک دانشگاه و ترکیب نامتوازن برخی زیرگروه‌های جمعیت-شناختی (مانند اکثریت شیعه و مجرد) قدرت آماری تحلیل‌های جزئی را کاهش داده و تعمیم‌پذیری نتایج را به جمعیت‌های متفاوت، محدود کرده است. علاوه بر این، عدم کنترل متغیّرهای مؤثر دیگر مانند: حمایت اجتماعی، سلامت روان و فقدان وجه کیفی، درک عمیق‌تری از سازه‌های مورد بررسی را دشوار کرده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که سلامت معنوی، نقش تعیین‌کننده و معناداری در تاب‌آوری دانشجویان پرستاری دارد؛ به‌گونه‌ای که با افزایش نمرهٔ سلامت معنوی، میزان تاب‌آوری نیز به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. سایر متغیّرهای جمعیت‌شناختی شامل جنسیّت، سن، وضعیت تأهل، محل

سکونت، مذهب، رشتهٔ تحصیلی و وضعیت تحصیلی، تأثیر معناداری بر تاب‌آوری نداشتند. پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی و تربیتی دانشجویان پرستاری، مداخلات هدفمند، برای ارتقای مهارت‌های معنوی مانند: کارگاه‌های معنویت‌درمانی، تمرین‌های خودکاوی دینی–معنوی و افزایش فرصت‌های خوداندیشی در نظر گرفته شود تا تاب‌آوری و در نتیجه کیفیت خدمات پرستاری بهبود یابد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر، با تأیید کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان و اخذ کد اخلاقی (IR.ZUMS.REC.1402.179) انجام شد. اهداف پژوهش، به شرکت‌کنندگان گزارش و در خصوص گمنامی و محرمانگی داده‌ها، اطمینان داده شد؛ همچنین محققان، از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامهٔ کتبی دریافت کردند.

تعارض منافع

پژوهشگران، هیچ‌گونه تعارض منافعی بیان نکردند.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان مقاله، در مراحل پژوهش از جمله: طراحی مطالعه، نمونه‌گیری، آنالیز داده‌ها، تفسیر و آماده‌سازی مقاله، مشارکت فعال داشته‌اند و شرایط نویسندگی را برآورد کرده‌اند.

حمایت مالی

مطالعه انجام شده با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است

تشکر و قدردانی

محققان، در پژوهش حاضر از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان (A-11-148-40) و مشارکت دانشجویان آن دانشگاه، سپاسگزاری می‌کنند.

References

1. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. Translational psychiatry. 2019 Feb 14;9(1):88.
2. Çam O, Büyükbayram A. Nurses' Resilience and Effective Factors. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 2017 Jun 1;8(2).
3. Rambod M, Hamidizadeh S, Bazrafshan MR, Parviniannasab AM. Risk and protective factors for resilience among adolescents and young adults with beta-thalassemia major. BMC psychology. 2023 Aug 11;11(1):231.
4. Momeni K. Relationship of spirituality, resiliency, and coping strategies with quality of life in university students. International Journal of Behavioral Sciences. 2012 Aug 1;6(2):97-103.
5. Hashemi L, Jokar B. Investigating the relationship between spiritual excellence and resilience in university students. J Educ Psychol Stud. 2011;8(13):123-42.
6. Michaelson V, Brooks F, Jirásek I, Inchley J, Whitehead R, King N, Walsh S, Davison CM, Mazur J, Pickett W, HBSC Child Spiritual Health Writing Group. Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. SSM-population health. 2016 Dec 1;2:294-303.
7. Bahrami L, Mohammadi-Shahboulaghi F, Rahgoy A, Biglarian A. Predicting Coping Strategies based on Spiritual Health and Resilience in the Elderly in Tehran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2021 Apr 10;9(1):56-65.
8. Rajabiyan Dehzireh M, Dortaj F, Dortaj F, Allahi Z. Role of spiritual health in the resiliency of Kashan university students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2019;8(1):97-108.
9. Nastizayee N. Investigating the Relationship between Moral Intelligence and Students' Resilience by Mediating of Psychological Hardiness.
10. Gnanaprakash C. Spirituality and resilience among post-graduate university students. Journal of health management. 2013 Sep;15(3):383-96.
11. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Wu CL, Hsiao YC. The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. Nurse Education in Practice. 2021 Oct 1;56:103219.
12. Moura AT, Coriolano AM, Kobayasi R, Pessanha S, Cruz HL, Melo SM, Pecly IM, Tempski P, Martins MA. Is there an association among spirituality, resilience and empathy in medical students?. BMC Medical Education. 2024 Jun 28;24(1):704.
13. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. PloS one. 2017 Oct 19;12(10):e0186539.
14. Chen C, Sun X, Liu Z, Jiao M, Wei W, Hu Y. The relationship between resilience and quality of life in advanced cancer survivors: multiple mediating effects of social support and spirituality. Frontiers in public health. 2023 Aug 28;11:1207097.
15. Caton MT. The impact of spirituality, social support, and self-esteem on the resilience of Haitian nurses: Implications for nursing education. Archives of Psychiatric Nursing. 2021 Apr 1;35(2):206-12.
16. Soleimani MA, Pahlevan Sharif S, Allen KA, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Gorgulu O.

Psychometric properties of the Persian version of spiritual well-being scale in patients with acute myocardial infarction. Journal of religion and health. 2017 Dec;56:1981-97.
17. Dehghani F. The relationship of religious orientation and spiritual health to resilience among high school sophomores in kerman. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2017 Jan 1;3(4):66-77.
18. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. International Journal of Testing. 2009 Mar 20;9(1):60-6.
19. Rahimi N, Asadolahi Z, Afsharipour A. A study on the relationship between spiritual health and level of anxiety in the students of nursing and midwifery faculty. Journal of Religion and Health. 2017 Feb 10;4(2):56-64.
20. Vahedian Azimi M, Hosseini S, Hazar N. Spiritual health among medical students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2019. Health research and development. 2024 Mar 10;2(1):28-40.
21. Amini R, Roshanaei Q. The corollation on general health and Spiritual health ofnursing studentsin Universityof Hamedan Medical Sciences in 2016. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2017 Oct 10;25(3):26-33.
22. Jafary Harandi K, Mohammadifar N, Fattahi Ardakani H. Socio-economic factors affecting political protests in Iran in 1401, case study: Isfahan city. Research Letter of Political Science. 2024 Aug 22;19(3):7-49.
23. Sadeghian H, Masoudnia H, Nassaj H, Rahbargazi M. Exploring the Effects of Religiosity and Social Capital on the Political Satisfaction of the Citizens of Isfahan. Journal of Applied Sociology. 2021 Sep 23;32(3):27-54.
24. Pourafzal F, Seyedfatemi N, Inanloo M, Haghani H. Relationship between perceived stress with resilience among undergraduate nursing students. Hayat/Ḥayāt. 2013 Mar 1;19(1).
25. Ahern NR, Norris AE. Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. Journal of pediatric nursing. 2011 Dec 1;26(6):530-40.
26. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2007;13(3).
27. Abolghasemi A, Varaniyab ST. Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1;5:748-52.
28. Saharso S. Culture, tolerance and gender. European Journal of Women's Studies. 2003 Feb;10(1):7-27.
29. Rajabiyan Dehzireh M, Dortaj F, Dortaj F, Allahi Z. Role of spiritual health in the resiliency of Kashan university students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ). 2019;8(1):97-108.
30. Balochi H, Bozorgmanesh M, Amirfakhraei A, Shafaat T. The intermediate rolle of resilience mediation in the relationship between the meaning of life and spiritual health with the mental health in patients with colon cancer. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2017;15(4):411–9.
31. Momeni K, Karami J, Rad AS. The relationship between spirituality, resiliency and coping strategies with students' psychological well-being. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2013 Mar 30;16(8).
32. Baldwin DR, Jackson III D, Okoh I, Cannon RL. Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective. Journal of Black Psychology. 2011 Feb;37(1):24-41.
33. Carson VB. The relationships of spiritual well-being, selected demographic variables, spiritual variables, health indicators, and AIDS related activities to hardiness in persons who were HIV positive or were diagnosed with ARC or AIDS. University of Maryland, College Park; 1990.
34. Hauser ST. Understanding resilient outcomes: Adolescent lives across time and generations. Journal of research on adolescence. 1999 Jan 1;9(1):1-24.
35. Bastaminia A, Rezaie MR, Saraie MH. Explaining and analyzing the concept of resiliency and its indicators and frameworks in natural disasters. Disaster Prevention and Management Knowledge (quarterly). 2016 Jun 10;6(1):32-46.
36. Karimi SA, Rafiee H, Mohamadi F, Zamiran B, Ahmadi S, Safavi E, Ahmadi E, Paykani T. Resiliency experiences of the youth against substance abuse: A qualitative study. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2015 Sep 20;19(4).
37. Erdogan E, Ozdogan O, Erdogan M. University students' resilience level: The effect of gender and faculty. Procedia-social and behavioral sciences. 2015 May 13;186:1262-7.
38. SEYED MAHMOUDI J. The influential determinants of resilience in people with trauma. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2011 Jul 23;1(1).