ORIGINAL ARTICLE

Associations between Resilience and Quality of Life in Nurses: The Mediating Role of Emotional Expressivity

Maryam Moshtaghi[1],
Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad[2],
Faezeh Salayani[3]

[1] MA in Family Counseling, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
[3] PhD Candidate in Counseling, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

(Received April 11, 2020 ; Accepted September 22, 2020)

Abstract

Background and purpose: Nurses deal with many tensions that can have negative influences on their mood, job performance, and quality of life. The aim of this study was to investigate the mediating role of emotional expressivity on resilience and quality of life among nurses.

Materials and methods: In this correlational study, the participants included 204 nurses selected from three hospitals in Mashhad, Iran 2017, using cluster sampling. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Quality of life scale (WHOQOL-26), and Emotional Expressivity Questionnaire (EEQ) were administered. Pearson's correlation and path analysis were applied in SPSS Amos (v23).

Results: Pearson correlation indicated a significant positive correlation between resilience and quality of life (r= 0.309). Also, significant correlations were seen between quality of life and positive emotional expressivity (r= 0.517), negative emotional expressivity (r= -0.361), and intimacy expressivity (r= 0.494). Path analysis also showed that resilience was associated with quality of life through emotional expressivity.

Conclusion: According to this study, resilience and emotional expressivity can improve the quality of life of nurses.

Keywords: quality of life, resilience, emotional expressivity, nurses

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (191): 53-65 (Persian).

* **Corresponding Author: Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad -** Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
(E-mail: Mjasghari@um.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی ام شماره 191 آذر سال 1399 (65-53)

رابطه بین تاب آوری و کیفیت زندگی در پرستاران: نقش میانجی ابرازگری هیجانی

مریم مشتاقی[1]
محمدجواد اصغری ابراهیم آباد[2]
فائزه صلایانی[3]

چکیده

سابقه و هدف: پرستاران با تنش‌های زیادی روبرو هستند که می‌تواند تاثیری منفی بر خلق و خو، عملکرد شغلی و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. هدف از این مطالعه بررسی نقش میانجی ابرازگری هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرستاران بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. شرکت‌کنندگان 204 پرستار شاغل بودند که در سال 1397 از بیمارستان‌های امام رضا، قائم و هاشمی‌نژاد مشهد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)، مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-26) و پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) جمع‌آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه 23 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی(r =0/309) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی با ابرازگری هیجان مثبت (r =0/517)، ابراز هیجان منفی (r =-0/361) و ابراز صمیمیت (r =0/494)، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل مسیر حاکی از آن بود که تاب‌آوری با کیفیت زندگی از طریق ابرازگری هیجانی مرتبط است.

استنتاج: با توجه به یافته‌ها، تاب‌آوری و ابرازگری هیجانی می‌توانند کیفیت زندگی پرستاران را بهبود بخشد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، تاب آوری، ابرازگری هیجانی، پرستاران

مقدمه

پرستاران هسته اصلی تیم مراقبت هستند و به‌عنوان بزرگ‌ترین نیروی انسانی درسیستم مراقبت و درمان حضور دارند(1). پرستاران باتوجه به ارتباط با بیماران تحت تأثیر تنش‌های زیادی از جمله محیط کاری ناسالم، خستگی ممتد کاری، روابط دشوار در محیط‌کاری، خطرات شغلی، حجم کاری سنگین، رضایت شغلی و شرایط کاری استرس‌زا قرار دارندکه عملکرد حرفه‌ای آن‌ها را کاهش می‌دهد(2) وآن‌ها را با انواع بیماری‌های مرتبط با استرس، فرسودگی شغلی و ترک کار مواجه کرده است و این موارد بر کاهش کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد(4،3).

مولف مسئول: محمدجواد اصغری ابراهیم آباد - مشهد: میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی E-mail: Mjasghari@um.ac.ir
1. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
2. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
3. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
تاریخ دریافت : 1399/1/23 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :1399/2/28 تاریخ تصویب : 1399/7/1

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف‌کرده است: "درک فرد از موقعیت خود در زندگی در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد مرتبط است". این مفهوم، جنبه‌های مختلف زندگی افراد از قبیل روابط اجتماعی، سلامت، خانواده، کار و محیط را دربر می‌گیرد(5). کیفیت زندگی پرستاران می‌تواند بر امنیت بیمار تأثیر بگذارد(6). ازجمله عواملی که می‌تواند بر کیفیت زندگی اثرگذار باشد، تاب‌آوری است(4،9-7). تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که در شرایط سخت و فشارهای روانی موجب سازگاری موثر با عوامل تنش‌زا می‌شود(1). Garmezy و Masten (10) تاب‌آوری را"یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده محیطی "تعریف نموده‌اند که نقش مهمی در مقابله با تهدیدهای زندگی دارد. تاب‌آوری، ظرفیت سازگاری مثبت در مقابل رویدادهای ناخوشایند و دردناک تعریف شده است(11). تاب‌آوری در پرسنل درمانی موجب انعطاف‌پذیری بیش تر می‌شود که شامل کمک بیش‌تر به بهبود بیماران و خود مراقبتی است(9). افراد با تاب‌آوری بالا، از منابع و توانایی‌هایی برای مقابله با عوامل استرس‌زا استفاده می‌کنند که باعث ارتقای سازگاری آن‌ها می‌شود(12). در افراد تاب‌آور وقتی با شرایط استرس‌زای غیرقابل پیش‌بینی روبرو می‌شوند، اعتماد به نفس و شایستگی افزایش می‌یابد(7). Friborg و همکاران(13) در پژوهش خود نشان دادند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ کرده و دارای سازگاری روانشناختی بالایی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که افزایش تاب‌آوری باعث بهبود سلامت روان(14) و رضایت شغلی(15) می‌شود.

از دیگر عوامل موثر برکیفیت زندگی، ابرازگری هیجانی (Emotional expressivity) است. ابرازگری هیجانی "تفاوت‌های افراد در میزانی که احساسات خود را بروز می‌دهند و این امر با سایر روش‌های پاسخ عاطفی متفاوت است" تعریف می‌شود(16). ابرازگری هیجان به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی هیجان، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلّی آن (چهره‌ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) اطلاق می‌شود. همچنین ابراز هیجان شامل تغییرات رفتاری همراه هیجان نظیر تغییرات چهره، صدا، ژست ها و حرکات بدن است(17). افراد ابرازگر، افرادی هستند که از ظرفیت رمزگذاری عاطفی بالایی برخوردار هستند(18)، در رویارویی با مسائل آزاردهنده می‌توانند احساس‌های خود را تشخیص دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می‌کنند و به شکل کارآمدتری حالت‌های هیجانی خود را برای دیگران ابراز می‌کنند. این افراد در کنارآمدن با تجربه‌های منفی موفق‌تر عمل می‌کنند و انطباق مناسب‌تری را نشان می‌دهند(19). علاوه براین تنظیم و کنترل ابراز هیجان‌ها، ابرازگری را در تعامل‌های اجتماعی تقویت می‌کند(20). پرداختن به هیجانات، پیش‌بینی و تأثیرگذاری بر هیجانات دیگران موجب برآورده شدن خواسته‌های شغلی(21) و بهبود ارتباطات بین فردی(22) می‌شود. در واقع، مهارت‌های مدیریت هیجانات، ابزارهای اساسی هستند که عملکرد مؤثر در محل کار را ارتقا می‌بخشند(23) و منجر به سازگاری جسمی و روانی بهتر در مقابله با استرس‌ها و بیماری‌ها می‌شود(25،24). افرادی که ابرازگری هیجانی بالایی دارند، از سلامت روانشناختی بالایی نیز برخوردار هستند و فرسودگی شغلی کم‌تری را تجربه می‌کنند(27،26). تحقیقات از رابطه بین ابرازگری هیجانی و کیفیت زندگی حمایت می‌کنند(28،19).

با این وجود، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد متغیر سومی می‌تواند بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی مداخله کند. سوری و همکاران(29) نقش واسطه‌ای خوش‌بینی و همچنین، سامانی و همکاران(30) متغیر هیجان‌های منفی را بررسی کرده‌اند. نگاهی به پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نقش ابرازگری هیجانی به عنوان متغیر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

میانجی بسیار اندک مورد بررسی قرار گرفته است. در این میان، به نظر می‌رسد که ابرازگری هیجانی ممکن است نقش واسطه‌ای در رابطه بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی پرستاران داشته باشد. در واقع، ابرازگری هیجان نقش مهمی در حفظ و نگهداری روابط بین‌فردی دارد و روابط اجتماعی را طوری شکل می‌دهد که بر سلامت فردی، رضایت از تعامل و سازگاری با رویدادهای آسیب‌زا تأثیر به‌سزایی می‌گذارد(27).

پژوهش‌های متعددی در خصوص کیفیت زندگی پرستاران انجام گرفته است که این خود بیانگر اهمیت پرداختن به این موضوع اساسی است. پرستاران به دلیل محیط کاری، اضافه کاری و مشکلات ارتباطی با تیم کاری، با فرسودگی شغلی روبرو می‌شوند و مجموع این عوامل، موجب فشار و استرس در پرستاران شده و کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین کار کردن در محیط‌های استرس‌زا، زمینه‌ساز ترک شغل را فراهم می‌آورد که بر نظام سلامت، هزینه بسیاری را تحمیل می‌کند. این در حالی است که حفظ سلامت جسمی و روانی پرستاران در کیفیت ارائه خدمات بهداشتی به بیماران موثر است. باتوجه به پیشینه پژوهش‌های صورت گرفته، به‌نظر می‌رسد که تاب‌آوری و ابرازگری هیجانی از جمله متغیرهایی هستند که بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارند و نقش این متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین در این پژوهش به‌دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا ابرازگری هیجانی نقش میانجی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی پرستاران دارد یا خیر.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی، از نوع همبستگی بود که با روش تحلیل مسیر انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر مشهد در طی سال 1397 بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، پرستاران شاغل در سه بیمارستان مورد ارزیابی قرار گرفتند. از میان بیمارستان‌های شهر مشهد، سه بیمارستان امام رضا (ع)، قائم (عج) و هاشمی‌نژاد به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و از میان بخش‌های مختلف هر بیمارستان، 6 بخش انتخاب شد و پرسشنامه‌ها در بین پرستاران توزیع گردید. حجم نمونه 300 نفر با استفاده از جدول مورگان تعیین شد. پرسشنامه‌ها در سه شیفت (صبح، عصر و شب) در اختیار پرستاران قرار گرفت و به سوالات آن‌ها پاسخ داده شد. از تعداد 300 پرسشنامه پخش شده، 96 پرسشنامه ناقص پر شده بود و نتایج قابل تجزیه و تحلیل نبود. در نهایت، حجم نمونه به 204 نفر کاهش پیدا کرد. به‌منظور گردآوری اطلاعات داده‌های پژوهش، پس از انتخاب بیمارستان‌های موردنظر و پس از هماهنگی با مسئولان بیمارستان، از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف دعوت به‌همکاری شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اجرای تحقیق پس از کسب مجوزهای لازم برای پژوهش و پس ازکسب رضایت ازپرستاران و ضمن بیان اهداف و نحوه انجام مطالعه صورت گرفته است. همچنین پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، پژوهشگران به تمام شرکت‌کنندگان این اطمینان را دادند که نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد تأیید و تصویب شده است (شماره تأییدیه کد اخلاق IR.MUMS.REC.1396.232). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن حداقل یک سال سابقه کار و حداقل مدرک کارشناسی و معیارهای خروج نیز شامل نقص در تکمیل پرسشنامه و عدم تمایل به همکاری در پژوهش بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی که اطلاعات مربوط به پرستاران در زمینه جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه کاری از طریق آن به‌دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) که توسط Connor و Davidson (31) طراحی شده است و قدرت مقابله با فشار و تهدید را می‌سنجد. این پرسشنامه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

شامل 25 سوال است که آزمودنی‌ها باید در طیف لیکرتی پنج گزینه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست به سوالات جواب بدهند. Connor و Davidson (31) روایی و اعتبار پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده‌اند و آلفای کرونباخ آن 0/89 و ضریب بازآزمایی آن 0/87 گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات دیگری نیز بررسی و تأیید شده است(33،32). در ایران نیز، ظریفی و همکاران(34) پایایی این پرسشنامه را 0/77 و آلفای کرونباخ آن را به‌روش همسانی درونی 0/78 در ورزشکاران و 0/75 در غیرورزشکاران گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) که اولین بار توسط سازمان بهداشت جهانی (1991) طراحی و اجرا شده است و ادراک افراد را نسبت به سیستم‌های ارزشی و فرهنگی و همچنین اهداف شخصی، استانداردها و نگرانی‌های آن‌ها را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل 26 آیتم است که از نسخه 100 آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه 4 حیطه سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط را اندازه‌گیری می‌کند. آیتم‌های پرسشنامه روی مقیاس 5 گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نتایج نشان می‌دهد که اعتبار همگرای بین فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی با پرسشنامه افسردگی بک(Beck) از نظر آماری معنی‌دار بوده است. علاوه براین، آلفای کرونباخ سلامت جسمانی 0/81، سلامت روانشناختی 0/85، روابط اجتماعی 0/76 و محیط 0/79 گزارش شده است(35). در ایران نیز نجات و همکاران(36) روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده که رضایتبخش گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) که توسط King و Emmons (1990) به‌منظور بررسی ابرازگری هیجانی طراحی شده است(37). این پرسشنامه شامل 16 گویه در سه زیر مقیاس ابرازگری هیجانی مثبت، ابراز صمیمیت و ابرازگری هیجانی منفی است که بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرتی تنظیم شده است. نمره‌کل فرد از 16 تا80 متغیر است.

King و Emmons (37) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب 0/70، 0/74، 0/63 و 0/67 گزارش کردند. همچنین، بین نمرات پرسشنامه ابرازگری هیجانی و پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا و مقیاس عاطفه مثبت برادبرن (Braudburn positive affect scale) همبستگی مثبت وجود داشته است.

رضاپور و همکاران(38) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب 0/79، 0/77، 0/73 و 0/77 گزارش کرده‌اند. در این تحقیق نیز پایایی این پرسشنامه به ترتیب برای کل مقیاس 0/76 و برای خرده مقیاس‌ها 0/72، 0/69 و 0/75 به‌دست آمد.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (مانند: میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر) و به منظور بررسی اثر غیرمستقیم از روش بوت استراپ استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Amos نسخه 21 صورت گرفت.

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول شماره 1 آمده است.

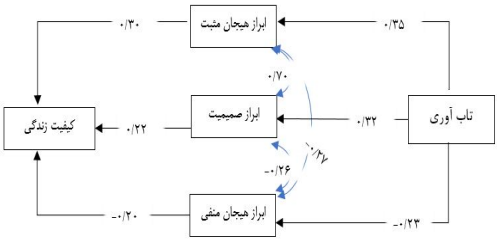
جدول شماره 1: داده های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیرها		تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	75 (36/8)
	زن	129 (63/2)
تأهل	متأهل	145 (71/1)
	مجرد	59 (28/9)
سن (سال)	30-20	86 (42/12)
	40-30	96 (47/05)
	50-40	22 (10/78)
تحصیلات	لیسانس	190 (93/1)
	فوق لیسانس	14 (6/9)
سابقه کار (سال)	10-1	138 (67/64)
	20-10	51 (25)
	30-20	15 (7/35)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

300 پرسشنامه در مجموع توزیع شد و 96 پرسشنامه به دلیل ناقص بودن از تجزیه و تحلیل آماری کنار گذاشته شدند. 85 نفر به دلیل مشغله کاری زیاد قادر به تکمیل کامل پرسشنامه نبودند و 11 نفر نیز بعد از دریافت پرسشنامه، یک گزینه خاص در پاسخدهی را انتخاب کرده بودند که این امر می‌تواند ناشی از خستگی و عدم تمایل به شرکت در پژوهش باشد. در نهایت، تعداد نهایی شرکت‌کنندگان 204 پرستار بود که تجزیه و تحلیل نهایی بر روی این نمونه صورت گرفت. میانگین و انحراف معیار و ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول شماره 2 ارائه شده است.

همان‌طورکه جدول شماره 2 نشان می‌دهد، بین متغیرهای پژوهش در سطح P<0/01 و P< 0/05 رابطه معنی‌داری وجود دارد. بعد از تحلیل داده‌های توصیفی، از تحلیل مسیر برای تحلیل یافته‌های توصیفی استفاده شد. پیش از ارائه نتایج تحلیل مسیر، پیش فرض‌های رگرسیون بررسی شد. به منظور بررسی داده‌های پرت تک‌متغیری از نمودار جعبه‌ای و نمودار Q-Q و از ماهالانوبیس به منظور بررسی داده‌های پرت چندمتغیری در متغیر وابسته کیفیت زندگی استفاده شد و نتایج نشان داد که داده پرت تک متغیری و چندمتغیری وجود ندارد. به‌منظور نرمال بودن متغیرها، از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده برقراری پیش‌فرض بود. برای بررسی استقلال باقی‌مانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برابر 0/51 بود که نشان می‌دهد پیش فرض رعایت شده است. مقدار دوربین واتسون، فرضیه صفر را آزمایش می‌کند، مبنی بر این که مقادیر باقی مانده‌ها با هم همبستگی نداشته باشند. مقدار آن می‌تواند بین صفر تا 4 باشد. هم خطی چندگانه متغیرها با استفاده از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (Variance Inflation Factor) مورد بررسی قرار گرفت. بررسی آماره‌های تحمل (کم‌تر از 0/1) و شاخص تورم واریانس (بیش‌تر از 10) حاکی از آن بود که ارزش‌های تحمل به‌دست‌آمده برای متغیرها بالای 0/10 و مقدار شاخص تورم واریانس به‌دست‌آمده برای متغیرها کوچک‌تر از 10 هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها، همخطی چندگانه وجود ندارد. بنابراین، از تحلیل مسیر برای بررسی نقش میانجی ابرازگری هیجانی در رابطه تاب‌آوری با کیفیت زندگی استفاده شد. تصویر شماره 1، نمودار تحلیل مسیر مدل نهایی و جدول شماره 4 شاخص‌های برازش مدل نهایی را در نمونه مورد نظر نشان می‌دهد.



تصویر شماره 1: مدل برون داد نقش میانجیگری ابرازگری هیجانی در رابطه تاب آوری با کیفیت زندگی

n= 204 ، کلیه مسیرها، ضرایب استاندارد بوده و در سطح کمتر از 0/001 معنی دار هستند.

جدول شماره 2: میانگین، انحراف معیار و ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	± انحراف معیار	1	2	3	4	5	6	7	8	9
تاب آوری	57/57	17/52	1								
ابراز هیجان مثبت	22/45	6/90	0/352**	1							
ابراز هیجان منفی	14	4/15	-0/234**	-0/330**	1						
ابراز صمیمیت	16/39	4/48	0/324**	0/735**	-0/317**	1					
کیفیت زندگی (نمره کل)	78/18	12/78	0/309**	0/517**	-0/361**	0/494**	1				
سلامت جسمانی	22/74	4/35	0/257**	0/485**	-0/333**	0/433**	0/837**	1			
سلامت روانشناختی	19/51	3/75	0/285**	0/436**	-0/290**	0/454**	0/863**	0/613**	1		
روابط اجتماعی	10/94	2/55	0/134**	0/141*	-0/136	0/152*	0/549**	0/326**	0/348**	1	
محیط	24/98	4/99	0/282**	0/50**	-0/346**	0/468**	0/898**	0/642**	0/744**	0/347**	

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

جدول شماره 3: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن باقی مانده کیفیت زندگی با توجه به تاب آوری و ابرازگری هیجانی

	کجی	کشیدگی	آماره	معنی داری	دوربین-واتسون
کیفیت زندگی	0/20	0/31	0/060	0/07	0/51

جدول شماره 4: شاخص های برازندگی مدل نهایی

شاخص برازش	$\chi2$	df	$\chi2$/df	RMSEA	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI
حد مطلوب			≤2	≤0/08	≥0/9	≥0/9	≥0/9	≥0/9	≥0/9	≥0/9
مدل نهایی	2/83*	1	2/83	0/07	0/99	0/91	0/99	0/93	0/99	0/99

p <0/05 : *

جدول شماره 4 نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی مدل نهایی شامل شاخص مجذور خی دو (χ^2= 2/83)، مجذور خی دو نسبی (χ^2/df =2/83)، شاخص نیکویی برازش (GFI =0/99)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI =0/91)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI =0/99)، شاخص برازندگی افزایش (IFI=0/99)، شاخص برازندگی توکر-لویس (TLI=0/93) و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA = 0/07)، حاکی از برازش مطلوب مدل نهایی است. کلیه مسیرها معنادار بودند. بنابراین، مدل درتصویر شماره 1 از برازندگی مطلوبی برخوردار است. به‌منظور تعیین این‌که آیا ابرازگری هیجانی نقش میانجی در رابطه تاب‌آوری با کیفیت زندگی دارد، از روش بوت استراپ با نمونه‌گیری 2000 برای تعیین اثرات غیرمستقیم استفاده شده است. در جدول شماره 5 و 6 اثرات مستقیم و میانجی هر یک از مسیرهای مدل ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول 5 مشاهده می‌شود، ضریب استاندارد مسیرهای ابراز هیجان مثبت به کیفیت زندگی (0/30) ، ابراز هیجان منفی به کیفیت زندگی (0/20-)، ابراز صمیمیت به کیفیت زندگی (0/222)، تاب‌آوری به ابراز هیجان مثبت (0/352)، تاب‌آوری به ابراز هیجان منفی (0/234-) و تاب‌آوری به ابراز صمیمیت (0/324) معنی‌دار است. به‌منظور بررسی روابط غیرمستقیم از بوت استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره 6 آمده است.

جدول شماره 5: پارامترهای اندازه گیری روابط مستقیم در مدل نهایی

مسیرها	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
ابراز هیجان مثبت به کیفیت زندگی	0/558	0/30	0/159	3/50	0/001
ابراز صمیمیت به کیفیت زندگی	0/641	0/222	0/244	2/62	0/009
ابراز هیجان منفی به کیفیت زندگی	-0/617	-0/20	0/19	-3/25	0/001
تاب آوری به ابراز هیجان مثبت	0/139	0/352	0/026	5/35	0/001
تاب آوری به ابراز هیجان منفی	-0/05	-0/234	0/016	-3/42	0/001
تاب آوری به ابراز صمیمیت	0/083	0/324	0/017	4/88	0/001

جدول شماره 6: نتایج بوت استراپ برای آزمون روابط غیرمستقیم در مدل نهایی

مسیرها	مقدار استاندارد	مقدار غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معنی داری
تاب آوری به کیفیت زندگی با میانجی گری ابراز هیجان مثبت	0/105	0/077	0/036	0/133	0/001
تاب آوری ابراز هیجان منفی به کیفیت زندگی با میانجی گری ابراز هیجان منفی	-0/046	-0/034	0/011	0/075	0/01
تاب آوری ابراز صمیمیت به کیفیت زندگی با میانجی گری ابراز صمیمیت	0/072	0/053	0/022	0/103	0/004

همان‌طور که در جدول شماره 6 درج شده است، تاب‌آوری به کیفیت زندگی از طریق ابراز هیجان مثبت (0/105)، تاب‌آوری به کیفیت زندگی از طریق ابراز هیجان منفی (0/046-)، تاب‌آوری به کیفیت زندگی از طریق ابراز صمیمیت (0/072) معنادار است. بنابراین، نقش میانجیگری ابرازگری هیجانی مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث

هدف اصلی این پژوهش، بررسی نقش میانجی ابرازگری هیجانی در رابطه تاب‌آوری با کیفیت زندگی بود. اولین یافته مطالعه نشان داد که میان تاب‌آوری و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. مطالعه حجتی و همکاران(39) نشان داد که افزایش تاب‌آوری با بهبود کیفیت زندگی در والدین کودکان دارای تالاسمی ماژور ارتباط معنی‌داری دارد که همخوان با نتیجه مطالعه حاضر بود. حق رنجبر و همکاران(40) نیز نشان دادند که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. Brennan(4) و Ablett و Jones(7) نیز همسو با نتایج تحقیق به نتایج مشابهی دست یافته‌اند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

در تبیین این یافته می‌توان این چنین استدلال کرد که پرستاران در محل کار خود با استرس‌ها و فشارهای روانی روبرو می‌شوند که این مسئله بر عملکرد حرفه‌ای آن‌ها تأثیرات منفی می‌گذارد. روبرو شدن با شرایط آسیب‌زا سبب می‌شود تا پرستاران زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات دچار آسیب جسمی و روانشناختی شوند(41).

رزم‌پوش و همکاران(42) در مطالعه خود مطرح کردند که افزایش تاب‌آوری باعث ایجاد راهبردهای کنارآمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد می‌شود و به این طریق کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. به‌نظر می‌رسد که تلاش برای ارتقای کیفیت زندگی پرستاران و توانمندی‌های روانشناختی آنان بر کیفیت مراقبت از بیماران نیز تأثیرگذار است که همسو با نتایج این مطالعه بود.

در همین راستا، سلیمی و همکارانش(43) معتقدند که تاب‌آوری بالا در پرستاران، آن‌ها را قادر به استفاده از مهارت‌های سازگارانه مثبت در مقابله با استرس می‌کند و به ماندن موفقیت‌آمیز در محیط پر استرس بخش ویژه کمک می‌کند. در واقع، هر چه فرد قدرت بیش‌تری در تاب‌آوری، مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کم‌تر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت روانی وکیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌شود(44).

طبق پژوهش آزاد و آزادی(45) نیز افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌کنند و دارای سازگاری روانشناختی هستند. سامانی و همکاران(30) بین تاب‌آوری و سلامت روانی (از مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی) همبستگی مثبت به‌دست آوردند که همراستا با نتایج این پژوهش بود. یافته‌های پورسردار و همکاران(46) نشان داد که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی است که نقش مهمی در انطباق و رضایت زندگی و افزایش سلامت روان در افراد دارد. در واقع تاب‌آوری با تأثیر بر احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی را به‌دنبال دارد. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، موقعیت تنش‌زا را بررسی کرده و سپس با اتخاذ راه‌حل‌های منطقی، آن موقعیت‌ها را در مسیری که خود می‌خواهند، هدایت می‌کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به نفس می‌کنند(47).

همچنین، یافته دیگر مطالعه این بود که ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و با ابراز هیجان منفی همبستگی منفی و معنی‌داری دارند و می‌توانند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند. منشائی و همکاران(19) در تحقیق خود به رابطه بین ابرازگری هیجانی وکیفیت زندگی پرداخته‌اند. برغندان و خلعتبری(28) نیز به رابطه بین تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند که همسو با نتایج این مطالعه است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که پرستاران هر روز با خاطرات و تجارب منفی از بیماران روبرو می‌شوند که ماهیتاً هیجان آن‌ها را تحریک می‌کند و سبب می‌شود تا افکار و نشخوارهای فکری داشته باشند. رویدادهای آسیب زا، نشخوارهای ذهنی را فراهم می‌کند که به سلامت روانشناختی پرستاران آسیب جدی وارد می‌کند. فراهم‌کردن زمینه ابراز هیجان و افشای آن‌ها کمک می‌کند تا تجارب منفی آسیب زا بهتر مورد پردازش قرار می‌گیرند(26). برغندان و خلعتبری(28) معتقدند که تنظیم هیجان و ابراز آن در بافتی مناسب و سازگارانه موجب افزایش کیفیت زندگی در پرستاران می‌شود. رفیعی‌نیا و همکاران(26) نیز گزارش کردند که ارتباط منفی و معنی‌داری بین ابراز هیجان منفی و کاهش سلامت عمومی وجود دارد. توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه رو شدن آن‌ها با چالش‌های زندگی را آسان می‌کند و درنتیجه آن‌ها را از سلامت روان بیش‌تری برخوردار می‌نماید. افرادی که از نظر هیجانی توانمند هستند، در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

منفی از موفقیت بیش‌تری برخوردارند و سازگاری مناسب‌تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می‌دهند(48). علاوه بر این، فرایندهای کنترل و ابراز هیجان نقش اساسی در سلامت روانشناختی افراد ایفا می‌کنند و به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی مطرح هستند(19). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سبک‌های ابراز هیجان با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و وسواس فکری عملی ارتباط وجود دارد(49). میرزائی(50) معتقد است که آموزش سبک‌های صحیح ابراز هیجان می‌تواند باعث افزایش سلامت عمومی افراد شود. همچنین، فرض می‌شود که تلاش‌های ناکام مانده افراد در ابراز احساساتشان سبب گزارش فهرست بلند بالایی از شکایت‌ها و مهم پنداشتن جزئیات بی‌اهمیت اتفاق‌هایی که معمولاً باعث بروز هیجان نمی‌شوند، می‌گردد(17). ابرازگری هیجان با کارکرد تخلیه هیجانی که دارد، باعث می‌شود که عواطف و هیجانات به‌روش مناسبی بیان شده و از ابرازگری آن‌ها به‌صورت علائم جسمانی‌ساز جلوگیری شود(51). بازداری ابراز هیجان با افکار وسواسی و نشخوارگری‌هایی که شامل خودارزیابی منفی و اسنادهای درونی در موقعیت شکست هستند، مرتبط است(52).

یافته نهایی پژوهش حاضر بیانگر این بود که نقش میانجی ابرازگری هیجانی را در رابطه میان تاب‌آوری با کیفیت زندگی پرستاران مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد. برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و برازندگی آن بسیار مطلوب ارزیابی شد. مدل برازش یافته نقش میانجی ابرازگری هیجانی را در رابطه میان تاب‌آوری با کیفیت زندگی پرستاران تأیید می‌کند.

تاب‌آوری یکی از متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی است. در همین راستا، پژوهش Huber و همکاران(53) نشان می‌دهد که ویژگی‌های تاب‌آوری فردی، نقش مهمی در رضایت اعضا از یکدیگر در چرخه ارتباطی، کاهش استرس‌های زندگی و افزایش بروز هیجان‌های مثبت می‌شود. رضایی و همکاران(54) مطرح کرده‌اند که تاب‌آوری بالا، تاب و تحمل افراد را در مواجهه با مسائل و رویدادهای اجتماعی، عاطفی و جسمانی افزایش می‌دهد و به بهبود کیفیت زندگی می‌انجامد. افراد تاب‌آور می‌توانند هیجان‌ها و عواطف را در خود، شناسایی کنند و به‌طور موثرتری هیجان‌های مثبت و منفی خود را به دیگران ابراز می‌کنند. Carle و Chassin (55) در پژوهش خود نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت، به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بعضی از محققان، به عنوان یک تبیین احتمالی، گفته‌اند که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود(56).

مطالعه Reeve (57) نیز نشان داد که تاب‌آوری با هیجانات مثبت، همبستگی مثبت و با هیجانات منفی همانند خشم و غمگینی همبستگی منفی دارد. در واقع می‌توان چنین مطرح کرد که میزان تاب‌آوری کمک می‌کند تا پرستاران بتوانند برای مقابله و مواجهه با تجربیات تلخ و ناگوار خود از ابراز هیجان‌ها استفاده کنند و بتوانند رویدادهای تنش‌زا را مدیریت کنند و به تعادل در زندگی نائل شوند. تشخیص هیجان‌های دیگران به پرستاران کمک می‌کند تا بتوانند ارتباط بین فردی موثر و کارآمدی با بیماران و همکاران خود داشته باشند و این موضوع به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منتهی می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بوده است: از جمله استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی، حجم نمونه کم و کاهش دقت پاسخگویی به سوالات به علت بالا بودن تعداد سوالات، اکتفا کردن به یک ابزار، خستگی و مشغله کاری شرکت‌کنندگان.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

نتـایج حاصـل از پـژوهش نشـان داد کـه متغیرهـای تاب‌آوری و ابرازگری هیجان می‌توانند کیفیت زنـدگی را پیش‌بینی کنند و نقش میانجی‌گر ابرازگـری هیجـانی در رابطه بین تاب‌آوری و بـا کیفیـت زنـدگی نیـز مـورد تأیید قرار گرفت. باتوجه به نتایج بدست آمده، می‌تـوان با طراحی برنامه‌های درمانی و یا آموزشی مناسب در جهـت بهبود و ارتقای کیفیت زندگی پرسـتاران قـدم برداشـت. سطوح بالای کیفیت زندگی در پرستاران، عاملی کلیدی است که به بهبود سلامت جسمی و روانی پرستاران و نیز کاهش فرسودگی شغلی در محیط کار کمک مـی‌کنـد.

بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌هـای آینـده بـر روی نمونه‌هـایی بـا حجـم بـالاتر انجـام شـود و سـایر متغیرهـای میانجی موثر بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می دانند تـا از پرستاران شرکت‌کننده در ایـن مطالعـه و پرسـنل محتـرم بیمارستان‌های امام رضـا(ع)، قـائم (عـج) و هاشـمی‌نـژاد شهر مشهد که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei S, Ghorbani Moghaddam Z. Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units. Iran J nurs 2019; 31: 49-60 (Persian).
2. Khaghanizadeh M, Sirati M, Abdi F, Kavani H. Determination of the amount burnout in nursing staff. Behav Sci 2008; 2(1): 51-59 (Persian).
3. Kudielka BM, Hanebuth D, von Känel R, Gander ML, Grande G, Fischer JE. Health-related quality of life measured by the SF12 in working populations: Associations with psychosocial work characteristics. J occup Health Psychol 2005; 10(4): 429-440.
4. Brennan EJ. Towards resilience and wellbeing in nurses. Br J Nurs 2017; 26(1): 43-47.
5. Dos Santos RMA, Beresin R. Quality of life of nurses in the operating room. Einstein 2009; 7(2Pt 1): 152-158.
6. Wu S, Li H, Tian J, Zhu W, Li J, Wang X. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. Ind Health 2010; 49(2): 158-165.
7. Ablett JR, Jones R. Resilience and wellbeing in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psychooncology 2007; 16(8): 733-740.
8. Kordestani D, Ghamari A. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal People. Yafte 2018; 19(5): 71-80 (Persian).
9. Warelow P, Edward Kl. Caring as a resilient practice in mental health nursing. Int J Ment Health Nurs 2007; 16(2): 132-135.
10. Inzlicht M, Aronson J, Good C, Mckay L. A particular resiliency to threatening environments. J Exp Soc Psychol 2006; 42(3): 323-336.
11. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000; 71(3): 543-562.
12. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. Am psychol 2001; 56(3): 218-226.
13. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilienceas a moderator of pain and stress. J Psychosom Res 2006; 61(2): 213-219.
14. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Brähler E. Life satisfaction, anxiety,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

depression and resilience across the life span of men. Aging Male 2010; 13(1): 32-39.

15. Hudgins TA. Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. J Nurs Manag 2016; 24(1): E62-E69.
16. Kring AM, Smith DA, Neale JM .Individual differences in dispositional expressiveness: development and validation of the Emotional Expressivity Scale. J Pers Soc Psychol 1994; 66(5): 934-949.
17. Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(3): 238-248 (Persian).
18. Friedman HS, Prince LM, Riggio RE, DiMatteo MR. Understanding and assessing nonverbal expressiveness: The Affective Communication Test. J Pers Soc Psychol 1980; 39(2): 333-351.
19. Manshaee G, Haji Mohammad Kazemi S, Ghamarani A. Prediction Model of Quality of Life Promotion on the Basis of Emotion Expression, Spiritual Intelligence and Pain acceptance in Female Patients with Fibromyalgia. Journal of Anesthesiol and Pain 2018; 9(2): 60-73 (Persian).
20. Snyder M. A series of books in psychology. Public appearances, Private realities: The psychology of self-monitoring: WH Freeman/ Times Books/Henry Holt & Co; 1987.
21. Snyder EE, Ammons R. Baseball's emotion work: Getting psyched to play. Qual Sociol 1993; 16: 111-132.
22. Sass JS. Emotional labor as cultural performance: The communication of caregiving in a nonprofit nursing home. Western Journal of Communication 2000; 64(3): 330-358.
23. Tracy SJ. Locking up emotion: Moving beyond dissonance for understanding emotion labor discomfort. Commun Monogr 2005; 72(3): 261-283.
24. Antoni MH. Empirical studies of emotional disclosure in the face of stress: A progress report. Advances in Mind-Body Medicine 1999; 15(3): 163-166.
25. Berry DS, Pennebaker JW. Nonverbal and verbal emotional expression and health. (eds) IGAFHF, editor. Madison, CT: International Universities Press; 1998.
26. Rafiei Nia P, Rasoolzadeh Tabatabaei SK, Azad Fallh P. The Relationship between Emotion Expression Styles and General Health in Students. J Psychol 2006; 10: 84-105 (Persian).
27. Ebrahimi Moghadam H, Poorahmad F. The relationship between emotional expressiveness and self efficacy with burnout in workers of municipality. Occup Med J 2012; 4(3): 62-72 (Persian).
28. Barghandan S, Khalatbari J. The Correlation between Cognitive Emotion Regulation and Spiritual Intelligence with Quality of Life among Emergency Department Nurses. Iran J Nurs 2017; 29(104): 46-54 (Persian).
29. Souri H, Hejazi E, Souri nejad M. The Relationship between Resilience and Psychological Well-being: The Mediating Role of Optimism. Knowledge Res Appl Psychol 2014; 15(1): 5-15 (Persian).
30. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(3): 290-295 (Persian).
31. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2): 76-82.
32. Sexton MB, Muzik M, McGinnis EG, Rodriguez KT, Flynn HA, Rosenblum KL.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

Psychometric characteristics of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) in postpartum mothers with histories of childhood maltreatment. Nurs Midwifery Stud 2016; 5(3): e34589.

33. Baek HS, Lee KU, Joo EJ, Lee MY, Choi KS. Reliability and validity of the Korean version of the Connor-Davidson Resilience Scale. Psychiatry investig 2010; 7(2): 109-115.
34. Zarifi M, Honari H, Bahrolom H. Psychometrics Properties and Normalization of Persian Version of Resiliency Questionnaire Among Athletes and Non-Athletes Students. Sport Psychol Stud 2016; 5(15): 131-150 (Persian).
35. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. Qual life Res 2005; 14(2): 561-564.
36. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J school Public Health Inst Public Health Res 2006; 4(4): 1-12 (Persian).
37. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. J Pers Soc Psychol 1990; 58(5): 864-877.
38. Rezapour Mirsaleh Y, Reihani Kivi S, Khabaz M, Aboutorabi Kasani P. Comparison of relationship between emotional expression styles and self-concept in male and female students. J Appl Psychol 2010; 4(1): 40-51 (Persian).
39. Gheysaranpour H, Hojjati H, Bakhshani N. Relationship Between Resilience and Quality of Life in Parents with Thalassemia Major Children in Zahedan City. Iran J Rehabil Res Nurs 2018; 5(1): 36-43 (Persian).
40. Hagh Ranjbar F, Kakavand AR, Borjali A, Barmas H. Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children.J Health Psychol 2011; 1(1): 177-187 (Persian).
41. Etemadi Nezhad S, Yazdani Charati J, Pourhossein M, Malek khani H. Physical and Psychological Problems Associated with Shiftworking in Nurses of Mazandaran Province, 2017. J Health Care 2019; 20(4): 312-320 (Persian).
42. Razmpush M, Ramezani K, Maredpour A, Koulivand PH. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. Neurosci J Shefaye Khatam 2019; 7(1): 34-42 (Persian).
43. Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. Hayat 2017; 23(3): 254-265 (Persian).
44. Hosseininia N, Hatami H. Anticipating retirees' quality of life based on mental well-bing and resilliency. Knowledge Res Appl Psychol 2019; 20(1): 81-91 (Persian).
45. Azadi S, Azad H. The Correlation of Social Support, tolerance and Mental Health in Children of Martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. Iran J War Public Health 2011; 3(4): 48-58 (Persian).
46. Poursardar F, Abbaspour Z, Abdi Zarrin S, Sangari AA. The effect of resilience on mental health and life satisfaction is a psychological model of well-being. Yafte 2012; 14: 81-89 (Persian).
47. Barghi Irani Z, Begyan Kolehmarz MJ, Hazari N. The Effectiveness of resilience training program on improving nurses' quality of life. J Nurs Management 2007; 5(3-4): 9-18 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]

48. Veld DMJ, Walraven JM, Weerth CD. The relation between emotion regulation strategies and physiological stress responses in middle childhood. Psychoneuroendocrinology 2012; 37(8): 1309-1319.
49. Hasani J, Bemani Yazdi B. The relationship between emotional expression styles and Type D personality. Med sci J Islamic Azad Uni Tehran 2015; 25(2): 141-150 (Persian).
50. Mirzaei B. The relationship between styles of expression and public health. Andisheh va Raftar clin psychol 2010; 4: 41-50 (Persian).
51. Basharpoor S, Almardani someeh S, Shahmohammadzadeh Y. The Role of Alexithymia and Emotional Expressivity in Predicting Somatization Symptoms among Students of Mohaghegh Ardabili University during 2014-2015 .J Rafsanjan Uni Med Sci 2015; 13(10): 961-972 (Persian).
52. King L, Emmons R, Woodley S. The structure of inhibition. J Res Pers 1992; 26: 85-102.
53. Huber CH, Navarro RL, Womble MW, Mumme FL. Family resilience and midlife marital satisfaction. J Fam Res 2017; 13(3): 407-421.
54. Rezaei Z, Dehghani M, Heidari M. Quality of Life of Women Heading Family: the Role of Resiliency, and Family Functioning Based on McMaster Model. J Fam Res 2017; 13(3): 407-421 (Persian)
55. Carle A, Chassin L. Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. J Appl Dev Psychol 2004; 25(5): 577-596.
56. Soleimani E, Habibi Y. The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. J school psychol 2014; 3(4): 158-166 (Persian).
57. Reeve J. Understanding motivation and emotion. New York Wiley; 2005.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-07-12]