CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Relationship between Psychological Resilience and Health-Related Quality of Life: The Mediating Role of Sleep Quality in Older Adults with Chronic Diseases

Hamid Badiee Sabzevar(PhD Candidate)[1], Mohammad Reza Khodabakhsh (PhD) [2]*, Zahra Bagherzadeh Golmakani(PhD)[2]

1 Faculty of Human sciences, Department of Psychology, Ne. C, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2. Department of Psychology, Ne. C, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Corresponding Author: M R. Khodabakhsh (PhD)
Address: Neyshabur, Research Boulevard, Iran
Tel: +98 (9365861050)**. E-mail:** Khodabakhsh@iau.ac.ir

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Jul 25th 2026

Revised:
Sep 23th2026

Accepted:
Oct 17th2026

Published:
Nov 1st 2026

ABSTRACT

Background and Objective: Aging accompanied by chronic diseases can significantly affect health-related quality of life. The aim of this study was to develop a structural model of the relationship between psychological resilience and health-related quality of life, with sleep quality as a mediating variable, among older adults with chronic diseases.

Methods: The study population consisted of adults aged 60 years and older with chronic diseases who were residing in nursing homes in Neyshabur County, with an approximate population of 1,000 individuals, during the second half of 2024. A total of 450 participants were selected using convenience sampling and completed the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and structural equation modeling (SEM) with SPSS 26 and AMOS 26.

Findings: The results indicated that the proposed model demonstrated a good fit to the data (GFI = 0.917, CFI = 0.922, NFI = 0.909, RMSEA = 0.077, χ^2/df = 4.681). Psychological resilience had a significant positive direct effect on health-related quality of life (β = 0.314) and also exerted a significant positive effect on sleep quality.

Conclusion: resilience and health-related quality of life among older adults with chronic diseases. Understanding the factors associated with resilience may help inform interventions to improve the quality of life in this population.The findings indicate that sleep quality mediates the relationship between psychological.

Keywords: Psychological resilience, Health-related quality of life, Sleep quality, Aging, Chronic disease

Cite this article: Badiee Sabzevar H, Khodabakhsh MR, Bagherzadeh Golmakani Z. Relationship between Psychological Resilience and Health-Related Quality of Life: The Mediating Role of Sleep Quality in Older Adults with Chronic Diseases. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2026; 11(2): 16-26. DOI: 10.22088/cjhaa.11.2.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

Copyright©2026 The Authors, published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/.) Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

رابطه تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: نقش واسطه‌ای کیفیت خواب در سالمندان با بیماری مزمن

حمید بدیعی‌سبزوار(PhD Candidate) [۱]، محمدرضا خدابخش(PhD) [۲*]، زهرا باقرزاده گلمکانی(PhD) [۲]

۱. دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
۲. گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۵/۰۵/۰۳

اصلاح:
۱۴۰۵/۰۷/۰۱

پذیرش:
۱۴۰۵/۰۷/۲۵

انتشار:
۱۴۰۵/۰۸/۱۰

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی همراه با بیماری‌های مزمن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی رابطه ساختاری تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نقش واسطه‌ای کیفیت خواب در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به بیماری‌های مزمن ساکن در خانه‌های سالمندان شهرستان نیشابور (به تعداد تقریبی ۱۰۰۰ نفر) در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۴۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های تاب‌آوری روان‌شناختی (CD-RISC)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF=۳۶) و کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مناسبی برخوردار است (GFI = ۰/۹۱۷، CFI =۰/۹۲۲، NFI= ۰/۹، RMSEA =۰/۰۷۷، χ^2/df=۴/۶۸۱). تاب‌آوری روان‌شناختی تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی (β = ۰/۳۱۴) و تأثیر مثبت و معنی‌دار بر کیفیت خواب داشت ("β۰=/۷۲۰ ").

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که کیفیت خواب در رابطه بین تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش میانجی دارد. درک عوامل مرتبط با تاب‌آوری می‌تواند در جهت ارتقای کیفیت زندگی این سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری روان‌شناختی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کیفیت خواب، سالمندی، بیماری مزمن

استناد: حمید بدیعی سبزوار، محمدرضا خدابخش ، زهرا باقرزاده گلمکانی. رابطه تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: نقش واسطه‌ای کیفیت خواب در سالمندان با بیماری مزمن. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۵؛ ۱۱ (۲):۲۶-۱۶.

▣ این مقاله مستخرج از پایان نامه حمید بدیعی‌سبزوار دانشجوی دکترای رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.074 می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر محمدرضاخدابخش
آدرس: بلوار پژوهش، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور تلفن: ۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰-۹۸+ رایانامه: Khodabakhsh@iau.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

سابقه و هدف

سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization =WHO) افراد ۶۵ سال به بالا را سالمند تعریف می‌کند و بخش قابل‌توجهی از جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه ساکن هستند (۱). طبق داده‌های سازمان ملل متحد، ۹/۳ درصد از افراد در سراسر جهان ۶۵ سال یا بیشتر سن دارند (۲). امروزه بهبود محیط زندگی، پیشرفت در فناوری پزشکی، تقویت پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و بهبود سیستم‌های بهزیستی اجتماعی، امید به زندگی سالمندان را افزایش داده است (۳). افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ زادوولد که منجر به افزایش جهانی جمعیت سالمندان می‌شود، پیری را به یک چالش اصلی در سلامت عمومی تبدیل کرده است (۴). با افزایش سن، افراد مسن بیشتر احتمال دارد که دچار کاهش عملکرد فیزیولوژیکی، وخامت شرایط جسمی و تضعیف توانایی‌های اولیه مراقبت از خود شوند، هم‌چنین خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن در این گروه سنی بیشتر می‌گردد (۵).

بیماری مزمن یک بیماری شایع و مهم در میان سالمندان است که با شروع پنهان، سیر طولانی و مقاومت در برابر درمان مشخص می‌شوند (۶). بیماری‌های مرتبط با سن مانند بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، آرتروز و سندرم‌های درد مزمن نه‌تنها از نظر بیولوژیکی پیشرونده هستند، بلکه از نظر روانی نیز طاقت‌فرسا می‌باشند و اغلب با بار درمان طولانی‌مدت، محدودیت‌های حرکتی و افزایش وابستگی به دیگران همراه هستند (۷). این بیماران در طول مدت بیماری معمولاً تحت معاینات و درمان‌های پزشکی متعددی قرار می‌گیرند. چنین مداخلاتی، درحالی‌که ضروری هستند، اغلب منجر به درد، ناراحتی و سایر عوارض جانبی جسمی می‌شوند و در نتیجه بر کیفیت کلی زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند (۸). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health-Related Quality of Life HRQL=) یک شاخص کلیدی از وضعیت سلامت سالمندان است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای سالمندان، ابعاد مختلفی ازجمله سلامت جسمی، وضعیت روانی، سطح استقلال، تعاملات اجتماعی، باورهای شخصی و زمینه محیطی را در برمی‌گیرد (۹).

پیامدهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای افراد مسن، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی بروز می‌یابد (۱۰). برای افراد مسن، بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اغلب به معنای افزایش استقلال، خودکفایی در فعالیت‌های روزانه و افزایش بهزیستی است (۱۱). در سطح اجتماعی، این امر نشان‌دهنده احترام و مراقبت جامعه از جمعیت رو به پیری است و با کاهش بالقوه هزینه مراقبت‌های بهداشتی برای خانواده‌ها و منابع عمومی، مزایای اقتصادی به همراه دارد (۱۲). در نتیجه، افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان افراد مسن نه‌تنها ازنظر شخصی اهمیت دارد؛ بلکه ازنظر اجتماعی و اقتصادی نیز قابل‌توجه است (۱۳). کیفیت زندگی افراد میان‌سال و مسن مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که در میان آن‌ها تاب‌آوری روانی به‌ویژه حیاتی است (۱۵ و ۱۴).

علیرغم فقدان تعریف جهانی از تاب‌آوری، اغلب به‌عنوان فرآیندها یا استراتژی‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی شناخته می‌شود که افراد برای مقاومت یا غلبه بر وقایع آسیب‌زا، استرس‌زا و ناملایمات زندگی دارند یا اتخاذ می‌کنند (۱۶). یافته‌های متعدد نشان داده‌اند که تاب‌آوری روانی تأثیرات مثبت متنوعی بر بیماران درگیر با بیماری‌های مزمن دارد که بهبود توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، کاهش پیامدهای نامطلوب ناشی از اختلال عملکرد جسمی، افزایش بهزیستی و رضایت از زندگی، کاهش خطر مرگ و هم‌چنین بهبود کیفیت زندگی از آن جمله می‌باشد (۱۸ و ۱۷). مطالعه Sehgal و همکارانش (۲۰۲۱) در مورد ارتباط بین تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی، همبستگی مثبتی را نشان داد (۱۹). Popa-Velea و همکارانش (۲۰۱۷) تأیید کردند که تاب‌آوری روانی نقش مهمی در کیفیت زندگی بزرگ‌سالان و افراد مسن بستری‌شده به دلیل بیماری‌های مزمن دارد (۲۰).

به‌عنوان بخش مهمی از روانشناسی مثبت و یک منبع محافظت شخصی نشان داده شده است که تاب‌آوری روانی و کیفیت خواب افراد تحت تأثیر یکدیگر می‌باشند و یکی از عوامل رایج مرتبط با کیفیت خواب در گروه سالمندان، میزان تاب‌آوری روانی ایشان است (۲۲ و ۲۱). خواب در تنظیم سیستم ایمنی بدن و فرآیندهای متابولیک نقش دارد. خواب یک مؤلفه رفتاری حیاتی است که بر سلامت روان و جسم تأثیر می‌گذارد و پیش‌بینی‌کننده مهمی از وضعیت فعلی سلامت فرد است (۲۳). مشکلات خواب با افزایش سن به طور فزاینده‌ای برجسته می‌شوند. طبق بررسی‌ها، مشکلات خواب، مانند مدت‌زمان ناکافی یا بیش از حد خواب، حدود ۴۰٪ از سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۵ و ۲۴).

خواب بی‌کیفیت نه‌تنها منجر به خستگی، تمرکز ضعیف و خلق‌وخوی افسرده بیمار در طول روز می‌شود، کاهش عملکرد حرکتی و زوال شناختی را نیز به همراه دارد (۲۶). محرومیت از خواب ممکن است اثربخشی راهبردهای تنظیم هیجان را مختل کند و پیامدهای نامطلوبی را برای سلامت هیجانی ایجاد کند (۲۷). مطالعه Zhang & Liu (۲۰۲۲) روی بیماران بستری‌شده با سرطان رکتوم، رابطه منفی بین تاب‌آوری روانی و کیفیت خواب را نشان داد (۲۸). مطالعه دیگری روی ۱۹۰ نفر از افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشکلات خواب در دانشگاه جان هاپکینز آمریکا نشان داد که تاب‌آوری روانی تأثیر محافظتی بر کیفیت خواب دارد. تاب‌آوری روانی اغلب اختلالات خواب ناشی از استرس روانی را کاهش

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

می‌دهد و به بیماران کمک می‌کند تا سبک‌های مقابله‌ای مثبت‌تری را برای کاهش بروز مشکلات خواب اتخاذ کنند (۲۹). پژوهش‌های پیشین عمدتاً به همبستگی‌های دوتایی بین تاب‌آوری روانی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی مرتبط باسلامت پرداخته‌اند و بررسی نقش میانجی کیفیت خواب به‌عنوان سازوکار فیزیولوژیک- روانی در ارتباط بین تاب‌آوری روان‌شناختی به‌عنوان منبع مقابله‌ای و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌عنوان برون داد انطباقی در قالب یک مدل ساختاری در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن کمتر بررسی شده است. بر پایه نظریه فرایند استرس (۳۰) منابع روان‌شناختی در صورتی پیامدهای سلامت را بهبود می‌بخشند که از مسیرهای واسطه‌ای زیستی رفتاری عبور کنند.

بااین‌حال فقدان مدل‌سازی هم‌زمان این مسیرها، درک مکانیسم‌های اثرگذاری را در ابهام گذاشته است؛ بنابراین، بررسی نقش کیفیت خواب به‌عنوان یک سازوکار احتمالی در ارتباط بین تاب‌آوری شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان با بیماری‌های مزمن می‌تواند به افزایش دانش نظری در ادبیات سالمندی کمک کند. در این راستا فرضیه پژوهش حاضر نقش واسطه‌ای کیفیت خواب در رابطه بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان با بیماری مزمن می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش توصیفی و همبستگی و با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به بیماری‌های مزمن (دیابت نوع ۲، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی، آرتریت و بیماری‌های مزمن تنفسی) ساکن در خانه‌های سالمندان شهرستان نیشابور در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. بر اساس آمار دریافتی از مراکز نگهداری، تعداد تقریبی سالمندان واجد شرایط حدود ۱۰۰۰ نفر برآورد شده است. با توجه به دیدگاه کلاین (۳۱) مبنی بر نیاز به حداقل ۵ تا ۱۰ نمونه به ازای هر متغیر و با در نظر گرفتن ۱۰ متغیر فرعی و اصلی در مدل، حجم نمونه اولیه حداقل ۳۳۰ نفر برآورد گردید. برای جبران احتمال ریزش نمونه و افزایش توان آماری، تعداد ۴۵۰ سالمند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این روش، پژوهشگر با مراجعه به خانه‌های سالمندان، از بین سالمندانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و تمایل به مشارکت داشتند، به ترتیب پذیرش (به صورت متوالی) تا تکمیل حجم نمونه ۴۵۰ نفر انتخاب نمود.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۶۰ سال و بالاتر؛ ابتلا به حداقل یکی از بیماری‌های مزمن تشخیص داده شده توسط پزشک؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن در حد ابتدایی یا توانایی درک سؤالات به صورت مصاحبه؛ اقامت حداقل ۶ ماه در خانه سالمندان؛ تمایل به مشارکت در پژوهش و ارائه رضایت آگاهانه کتبی. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات شناختی پیشرفته (مانند آلزایمر شدید) که توانایی پاسخگویی معتبر را مختل کند؛ وجود بیماری‌های روان‌پزشکی حاد تشخیص داده شده (مانند اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی)؛ بستری شدن در بیمارستان به دلیل تشدید بیماری یا جراحی در طول فرآیند جمع‌آوری داده‌ها؛ تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها (کمتر از ۸۰ درصد سؤالات).

ابزار بکار رفته در مطالعه به شرح زیر می‌باشد:

الف) پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (CD-RISC): این پرسشنامه با هدف سنجش ظرفیت تاب‌آوری توسط Connor و Davidson (۲۰۰۳) ساخته شد. این ابزار ۲۵ سؤال دارد و دارای پنج زیرمقیاس شایستگی/استحکام فردی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، مهار و معنویت می‌باشد. برای پاسخگویی به گویه‌ها، طیف پنج درجه‌ای لیکرت از «کاملاً نادرست» (نمره صفر) تا «همیشه درست» (نمره ۵) در نظر گرفته شده است. نمره کل در دامنه ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از تاب‌آوری است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۳۲). این پرسشنامه توسط ظریفی و همکاران (۱۳۹۵) مورد هنجاریابی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش شد. همچنین با استفاده پرسشنامه پنج عاملی شخصیت به بررسی روایی همگرا و واگرای پرسشنامه پرداخته شد که به گزارش محققان، نتایج نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرای مطلوب پرسشنامه در جامعه ایرانی بود (۳۳). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت Short Form Health Survey (SF-36) (SF-36): Ware و Sherbourne (۱۹۹۲) این مقیاس را با هدف سنجش چندبعدی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت توسعه داده‌اند. این ابزار ۳۶ گویه داشته و در قالب هشت زیرمقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت‌های نقش جسمانی، محدودیت‌های نقش هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

اجتماعی، درد و سلامت عمومی تدوین شده است. نمرات بالاتر حاکی از کیفیت زندگی بهتر است. تحلیل‌های روان‌سنجی نشان داده که این پرسشنامه ابزاری پایا بوده و قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های مختلف را دارد و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۴). نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) هنجاریابی شده است. در مطالعه ایشان بر روی تعداد ۴۱۰۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال با میانگین سنی ۱۵±۳۵ و ۵۸ درصد متأهل در شهر تهران، پایایی آن با استفاده از همسانی درونی محاسبه شد و دامنه‌ی آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بود و روایی آن نیز با استفاده از مقایسه‌ی گروه‌های آشنا و روایی همگرا محاسبه و تأیید شد (۳۵). به طور کلی نسخه‌ی ایرانی SF=۳٦ ابزاری پایا و روا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بین جمعیت عمومی است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

ج) مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ Pittsburgh Sleep Quality Index scale PSQI: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ میلادی توسط Buysse و همکارانش در موسسه روان‌پزشکی پیتزبورگ تهیه و ساخته شد. پرسشنامه‌ای خودگزارشی ۱۹ سؤالی است و کیفیت خواب را بررسی می‌کند. این پرسشنامه ۷ ویژگی مربوط به خواب را ارزیابی می‌کند: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت‌زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه. امتیاز هر سؤال بین صفر تا ۳ و امتیاز هر ویژگی نیز حداکثر ۳ است. هرچه نمره به‌دست‌آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. سازندگان پرسشنامه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس را بررسی و برای بررسی پایایی آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۸۳ به دست آمده است و روایی پرسشنامه نیز با روایی شاخص محاسبه و ضریب روایی شاخص را ۸۹/۶ به دست آورده‌اند (۳۶). فراهی مقدم و همکاران (۱۳۹۱) ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی و روایی محتوایی ۸۳ /۰ و ضریب حساسیت و تمیز با نقطه برش ۵ برای گروه بیماران مبتلا به بی‌خوابی و افراد عادی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۲ به دست آمده است و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب ۰/۷۷ محاسبه و به دست آمده است (۳۷). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده نشان داد که از بین ۴۵۰ سالمند مبتلا به بیماری مزمن مورد بررسی، ۵۱/۳٪ زن و ۴۸/۷٪ مرد بودند. میانگین سنی نمونه ۶۷/۸ سال (انحراف معیار ۶/۴ سال) بود. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال (۴۸/۹٪) و کمترین فراوانی مربوط به گروه ۷۰ سال و بیشتر (۲۳/۸٪) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۴۷/۸٪ کمتر از دیپلم، ۴۴٪ دیپلم و ۸/۲٪ لیسانس و بالاتر بودند.

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای اصلی پژوهش گزارش شده است. با توجه به اینکه قدرمطلق مقادیر ضرایب چولگی و کشیدگی برای تمامی متغیرها کمتر از عدد ۲ است، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می‌کند. این شرط لازم برای استفاده از روش‌های پارامتریک از جمله مدل‌سازی معادلات ساختاری فراهم است.

جدول ۱. توصیف آماری نمرات متغیرهای تحقیق

شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
تاب‌آوری روان‌شناختی	۴۹/۶۵	۱۳/۷۹	-۰/۶۸	۰/۳۱
کیفیت خواب	۶/۵۷	۳/۳۹	-۰/۶۲	۰/۴۴
کیفیت زندگی مرتبط سلامت	۸۴/۳۷	۱۳/۱۶	-۰/۴۷	-۰/۲۰

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی ارائه شده است، با توجه به اینکه مقادیر کجی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- می‌باشد داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند. هم‌چنین ضریب کشیدگی چندمتغیره ماردیا برابر با (۲/۳۱۹) محاسبه شد. با توجه به اینکه این مقدار در محـدوده ۳+

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

و ۳- قرار دارد فرض نرمال بودن چندمتغیره برقرار است. با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها جهت بررسی رابطه خطی بین متغیرها از آزمون پارامتری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳
تاب‌آوری روان‌شناختی	۱		
کیفیت خواب	**-۰/۶۲۳	۱	
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	**۰/۵۹۷	**-۰/۵۷۴	۱

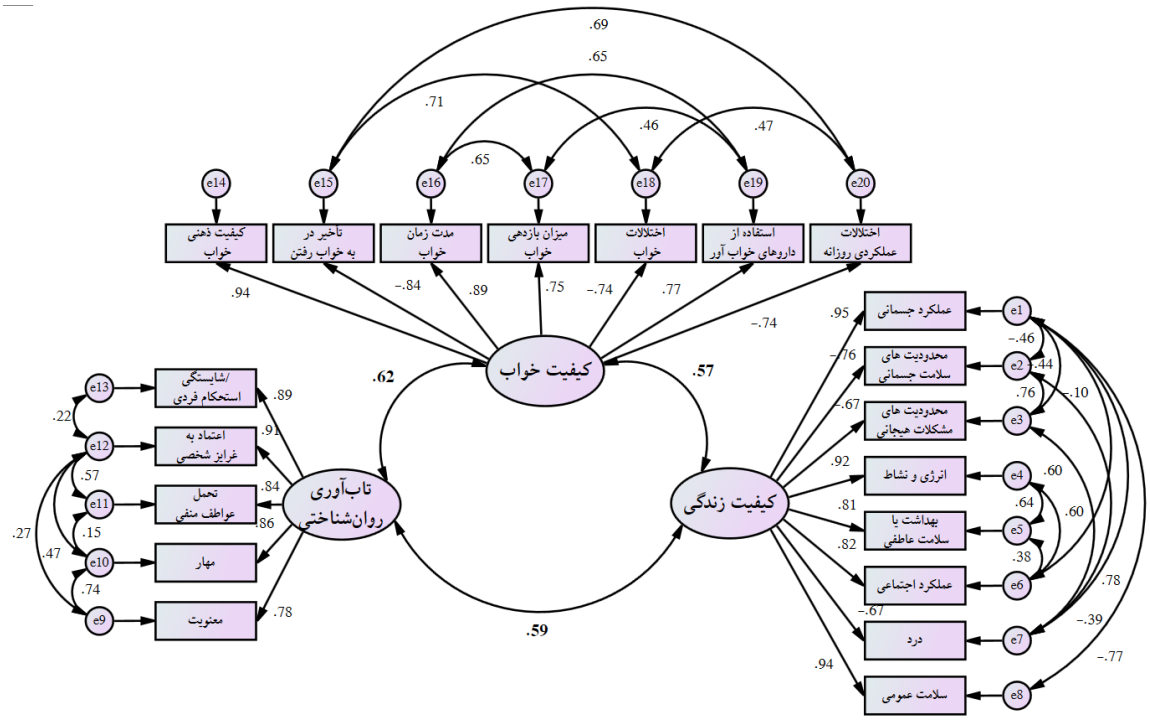
**معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

نتایج ضرایب همبستگی در جدول ۲ نشان می‌دهد که تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت خواب (r=-۰/۶۲۳) رابطه منفی و معنادار و با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (r=۰/۵۹۷) رابطه مثبت و معنادار دارد. هم‌چنین بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (r=-۰/۵۷۴) رابطه منفی و معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). این یافته‌ها حاکی از آن است که تاب‌آوری بالاتر با کیفیت خواب بهتر و کیفیت زندگی بهتر همراه است؛ و کیفیت خواب بهتر با کیفیت زندگی بهتر همراه می‌باشد.

به منظور بررسی برازش مدل مفهومی پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. پیش از استفاده از تحلیل معادلات ساختاری، داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانوبیس بررسی و از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شدند. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات متغیرها مدل نرمال است (P>۰/۰۵). فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه‌ی معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که آماره دوربین واتسون برابر با ۱/۹۶ و در دامنه مطلوبیت ۱/۵۰ تا ۲/۵۰ قرار داشت و بیانگر استقلال باقی‌مانده ها است. هم‌چنین هرچه مقدار تلورانس بیشتر (نزدیک به ۱) باشد، میزان همخطی کمتر است؛ در این مطالعه میزان تلورانس برای متغیرهای پیش‌بین و میانجی ۰/۹۲ محاسبه شد که نشانگر همخطی مطلوب است.

به‌منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش از مدل معادلات ساختاری با حداکثر درست‌نمایی استفاده شد، ضرایب مسیر در شکل ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]



شکل ۱. مدل نهایی معادلات ساختاری پژوهش

جدول ۳. ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای مدل معادلات ساختاری

		مسیر	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	آماره t	سطح معناداری
تاب‌آوری روان‌شناختی	←	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۰۴۵	۰/۳۱۴	۹/۲۶۰	۰/۰۱
کیفیت خواب	←	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۰۲۸	۰/۴۳۷	۹/۳۰۸	۰/۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	←	کیفیت خواب	۰/۹۳۷	۰/۷۲۰	۱۴/۲۷۱	۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تاب‌آوری روان‌شناختی (β = ۰/۳۱۴) و کیفیت خواب (β = ۰/۷۲۰) بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثر مستقیم و معنادار داشت ($p<$۰/۰۵). در واقع می‌توان گفت اثرات مستقیم در متغیرهای مدل معنادار است. برای تعیین معناداری آماری نقش میانجی کیفیت خواب در رابطه بین تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از روش بوت استراپ استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ٤. ضریب مسیر اثر غیرمستقیم تاب‌آوری روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق متغیر میانجی کیفیت خواب

مسیر غیرمستقیم			ضریب استاندارد	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری روان‌شناختی	کیفیت خواب	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۰/۲۶۴	۰/۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد کیفیت خواب (β = ۰/۲۶) در رابطه بین تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی دارد (p<۰/۰۵). در ادامه شاخص‌های حاصل از برازش مدل پیشنهادی آمده است.

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص برازش
χ^2/df	≤۵	۴/۶۸۱	مناسب
IFI	>۰/۹	۰/۹۲۳	مناسب
RMSEA	<۰/۰۸	۰/۰۷۷	مناسب
SRMR	<۰/۰۸	۰/۰۶۹	مناسب
CFI	>۰/۹	۰/۹۲۲	مناسب
GFI	>۰/۹	۰/۹۱۷	مناسب
NFI	>۰/۹	۰/۹۰۹	مناسب

نتایج جدول ۴ نشان داد که شاخص‌های برازندگی حاصل از مدل معادلات ساختاری مدل‌یابی نقش کیفیت خواب در رابطه بین تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از برازش مناسب برخوردار است، چرا که مقدار ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (۰/۰۷۷= RMSEA) مطلوب گزارش شد. همچنین شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۹۱۷)؛ شاخص تناسب هنجار (NFI=۰/۹۰۹)؛ شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI=۰/۹۲۲) و شاخص تناسب افزایشی (IFI=۰/۹۲۳) بیشتر از ۰/۹۰ می‌باشد. همچنین شاخص مجذور کای/درجه آزادی (χ۲/ df=۴/۶۸۱) کمتر از ۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل پیشنهادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ساختاری تاب‌آوری روان‌شناختی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با نقش واسطه‌ای کیفیت خواب در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بود. نتایج پژوهش نشان داد کیفیت خواب در ارتباط بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نقش میانجی‌گری دارد. یافته اصلی این مطالعه نشان داد که کیفیت خواب رابطه بین تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را میانجی‌گری می‌کند. به‌بیان‌دیگر، بخشی از اثر سودمند تاب‌آوری روان‌شناختی بر کیفیت زندگی، از مسیر بهبود کیفیت خواب منتقل می‌شود.

یکی از یافته‌های این تحقیق این بود که تاب‌آوری روان‌شناختی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، تأثیر قابل‌توجه و مستقیمی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد که با نتایج مطالعات قبلی (۳۹ و ۳۸) مطابقت دارد. به طور خاص‌تر، این گروه از سالمندان که سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری روانی دارند، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را نیز تجربه می‌کنند (۴۰). از یک‌سو، سالمندان مثلاً به بیماری مزمن با تاب‌آوری روانی پایین معمولاً فاقد انعطاف‌پذیری و سازگاری هستند و در مواجهه با محیطها و فرآیندهای درمانی پیچیده، مستعد احساسات منفی، شکایات و احساس درماندگی هستند که به نوبه خود بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر، این گروه با سطوح پایین‌تر تاب‌آوری روانی اغلب فاقد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

اعتمادبه‌نفس برای مدیریت مؤثر بیماری خود هستند. آن‌ها ممکن است در توانایی‌ها و کنترل خود شک کنند که منجر به کاهش حس خودکارآمدی می‌شود و این کاهش خودکارآمدی ممکن است توانایی آن‌ها را برای مشارکت فعال در خودمدیریتی و جستجوی فعال حمایت مناسب محدود کند و در نتیجه منجر به کاهش بیشتر کیفیت زندگی شود؛ و در مقابل سالمندان مبتلا به بیماری مزمن که سطوح بالاتری از تاب‌آوری روان‌شناختی را دارند، اغلب کیفیت زندگی بهتری دارند (۱۴). این ممکن است به این دلیل باشد که تاب‌آوری روان‌شناختی بالاتر نه‌تنها فرد را قادر به سازگاری سریع‌تر و مقابله بهتر با شرایط اضطراری می‌سازد، بلکه مهارت‌های عالی حل مسئله نیز در این افراد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا در مواجهه با سختی‌ها نیز رضایت از خودشکوفایی را احساس کنند و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را به دست آورند (۲). علاوه بر این، سطح بالای تاب‌آوری روانی، افراد سالمند مبتلا به بیماری مزمن را قادر می‌سازد تا واقعیت را شجاعانه‌تر بپذیرند، همکاری مثبت‌تری با درمان داشته باشند و نگرش خوش‌بینانه‌ای نسبت به روند بهبودی آینده داشته باشند که می‌تواند به طور قابل‌توجهی در ارتقاء بهبودی بیماری و بهبود کیفیت زندگی نقش داشته باشد (۱۰).

یافته دیگر تحقیق نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند از طریق کیفیت خواب به‌عنوان یک واسطه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن را تحت تأثیر قرار دهد. سالمندان بیماری که سطوح پایینی از تاب‌آوری روان‌شناختی دارند اغلب در مواجهه با استرس بیماری، وحشت و درماندگی نشان می‌دهند و به شیوه‌ای منفی و غیرفعال پاسخ می‌دهند که باعث می‌شود نگرانی، ترس و بی‌خوابی بیشتری نشان دهند که می‌تواند بر کیفیت خواب آن‌ها تأثیر بگذارد. کیفیت خواب می‌تواند به طور جدی بر عملکرد فیزیکی، عملکرد فعالیت روزانه، عملکرد سیستم ایمنی و توانایی شناختی این افراد تأثیر بگذارد که به نوبه خود بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۴۱ و ۳۰)؛ و سالمندان با سطوح بالاتر تاب‌آوری روانی می‌توانند در مواجهه با استرس ناشی از بیماری‌های مزمن مختلف، عوامل محافظتی داخلی را به طور فعال در برابر استرس بیماری به‌کار گیرند، مانند کاهش استرس ناشی از بیماری از طریق حواس‌پرتی و پیشنهادات مثبت روان‌شناختی و در نتیجه کیفیت خواب را بهبود بخشند (۳۰). کیفیت خوب خواب به تسریع سنتز پروتئین و ترمیم بافت در بدن، افزایش قدرت ذهنی و جسمی افراد بیمار، دستیابی به تعادل جسمی و روانی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک می‌کند (۲۳).

یافته اصلی این مطالعه این بود که تاب‌آوری روانی از طریق نقش واسطه‌ای کیفیت خواب بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر افراد سالمند با بیماری‌های مزمن تأثیر می‌گذارد. این نتیجه را می‌توان با نظریه فرآیند استرس (۳۲) بهتر توضیح داد. در این نظریه، رویدادهای منفی که افراد سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن متحمل می‌شوند، عوامل استرس‌زا هستند، تاب‌آوری روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان یک عامل ارزیابی شناختی افراد در نظر گرفت، اختلالات خواب در صورت بروز، واکنش‌های استرس هستند، درحالی‌که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ایشان به‌عنوان پیامدی که توسط واکنش‌های استرس ایجاد می‌شود، در نظر گرفته می‌شود. به‌طور خاص، این سالمندان به دلیل بیماری‌های مزمن اغلب با رویدادهای منفی مانند علائم بیماری، کاهش عملکرد فیزیکی، نتایج نامطلوب درمان، موانع ارتباطی با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و تغییرات نقش اجتماعی مواجه می‌شوند (۴). این رویدادهای منفی به‌عنوان عوامل استرس‌زا ممکن است بر وضعیت روانی و خلق‌وخوی بیماران تأثیر منفی بگذارند و درنتیجه بر سطح تاب‌آوری روان‌شناختی آن‌ها تأثیر بگذارند (۷). بیماران سالمند با سطوح پایین‌تر تاب‌آوری روان‌شناختی معمولاً با مشکلات سلامت جسمی و روانی بیشتری مانند مشکلات تنفسی، درد مزمن یا سایر ناراحتی‌های جسمی همراه هستند (۲۴). این مشکلات سلامتی ممکن است منجر به بی‌خوابی، بیدار شدن‌های مکرر در شب و سایر شرایطی شود که کیفیت خواب را کاهش می‌دهد. بااین‌حال، کیفیت خواب ضعیف مزمن، مدت‌زمان ناکافی خواب و اختلال خواب ممکن است باعث عدم تعادل عصبی–شیمیایی مانند کاهش سطح سروتونین و دوپامین مغز شود که به نوبه خود بر تنظیم خلق‌وخو تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۳).

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. مهم‌ترین محدودیت، طرح مقطعی پژوهش است که امکان استنتاج قطعی روابط علّی را سلب می‌کند. تکیه بر داده‌های خودگزارشی می‌تواند به سوگیری عام (مانند واریانس روش مشترک) منجر شود؛ به‌کارگیری مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته برای ارزیابی دقیق‌تر کیفیت خواب و شاخص‌های عینی سلامت می‌تواند این نگرانی را برطرف سازد. نمونه محدود به یک منطقه جغرافیایی–فرهنگی خاص تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. بااین‌حال، کنترل آماری متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی و استفاده از ابزارهای دارای روایی بین‌فرهنگی ازجمله نقاط قوت روش‌شناختی مطالعه است. همچنین، بهره‌گیری از روش بوت‌استراپ برای آزمون اثر غیرمستقیم، برآوردهای استوار و قابل اعتمادی فراهم کرده است.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور می‌باشد. قبل از انجام پژوهش محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت برای سالمندان تشریح شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور به خاطر همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود. همچنین از آقای دکتر محمدرضا خدابخش، خانم دکتر زهرا باقرزاده گلمکانی جهت همکاری در این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

References

1.Grinin L, Grinin A, Korotayev A. Global aging: An integral problem of the future. How to turn a problem into a development driver? InReconsidering the limits to growth: A report to the Russian association of the club of Rome. Cham: Springer International Publishing. 2023; 117-35.
2.Ataya J, Soqia J, Albani N, Tahhan NK, Alfawal M, Elmolla O, et al. The role of self-efficacy in managing type 2 diabetes and emotional well-being: a cross sectional study. BMC Public Health. 2024;24(1):3471.
3. YanWang N, Liu X, Kong X, Sumi Y, Chhetri JK, Hu L, Zhu M, Kang L, Liang Z, Ellis JW, Shi L. Implementation and impact of the World Health Organization integrated care for older people (ICOPE) program in China: a randomised controlled trial. Age Ageing. 2024;53(1):afad249.
4.McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. Front Public Health. 2020;8:231.
5.Xu X, Huang X, Zhang X, Chen L. Family Economic Burden of Elderly Chronic Diseases: Evidence from China. Healthcare (Basel). 2019;7(3):99.
6.Ni Z, Zhu X, Tian K, Chen Q, Yang Y, Xie S. Depressive symptoms of older adults with chronic diseases: the mediating roles of activities of daily living and economic burden of diseases. Front Psychol. 2024;15:1387677.
7.Tsai LC, Chen SC, Chen YC, Lee LY. The impact of physical pain and depression on sleep quality in older adults with chronic disease. J Clin Nurs. 2022;31(9-10):1389-96.
8.Genario R, Gil S, Oliveira-Júnior G, Leitão AE, Franco T, Dos Santos Sales RC, et al. Sleep quality is a predictor of muscle mass, strength, quality of life, anxiety and depression in older adults with obesity. Sci Rep. 2023;13(1):11256.
9.Enssle F, Kabisch N. Urban green spaces for the social interaction, health and well-being of older people—An integrated view of urban ecosystem services and socio-environmental justice. Environ sci& policy. 2020;109: 36-44.
10.Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. BMC Geriatr. 2019;19(1):187.
11.Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2020;8(1):55-72.
12.Santhalingam S, Sivagurunathan S, Prathapan S, Kanagasabai S, Kamalarupan L. The effect of socioeconomic factors on quality of life of elderly in Jaffna district of Sri Lanka. PLOS Glob Public Health. 2022;2(8):e0000916.
13.Rony MK, Parvin MR, Wahiduzzaman M, Akter K, Ullah M. Challenges and advancements in the health-related quality of life of older people. Adv Public Hlth. 2024;2024(1):8839631.
14.Xu J, Gao Z, Ji P, Ji Q, Song M, Chen Y, et al. Relationship between psychological resilience and quality of life in cancer patients and the multiple mediating roles of stigma and self perceived burden. Scientific Reports. 2025;15(1):12375.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

15.Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta- analysis. Ageing Res Rev. 2019; 53:100903.
16.Troy AS, Willroth EC, Shallcross AJ, Giuliani NR, Gross JJ, Mauss IB. Psycho- logical Resilience: An Affect-Regulation Framework. Annu Rev Psychol. 2023;74(1):547–76.
17.Li JB, Rong W. Low resilience in patients with cancer as a factor influencing anxiety, depression, and quality-of-life. World journal of psychiatry. 2025;15(10):106789.
18. Isokääntä S, Honkalampi K, Kokki H, Sintonen H, Kokki M. Resilience and health-related quality of life in patients with pulmonary diseases receiving ambulatory oxygen therapy. BMC Pulm Med. 2021;21(1):144.
19.Sehgal P, Ungaro RC, Foltz C, Iacoviello B, Dubinsky MC, Keefer L. High Levels of Psychological Resilience Associated With Less Disease Activity, Better Quality of Life, and Fewer Surgeries in Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis. 2021;27(6):791-96.
20.Popa-Velea O, Diaconescu L, Jidveian Popescu M, Truţescu C. Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. Int J Psychiatry Med. 2017;52(2):124-36.
21.Zhang D. Spousal health, marital satisfaction, and older Chinese adults' sleep: The moderating role of psychological resilience. Arch Gerontol Geriatr. 2024;120:105329.
22.Cai Y, Wang J, Hou L. Resilience Improves the Sleep Quality in Disabled Elders: The Role of Perceived Stress. Front Psychol. 2021;12:585816.
23.Yuan Y, Li J, Jing Z, Yu C, Zhao D, Hao W, et al. The role of mental health and physical activity in the association between sleep quality and quality of life among rural elderly in China: A moderated mediation model. J Affect Disord. 2020;273:462-7.
24.Besedovsky L, Lange T, Haack M. The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. Physiol Rev. 2019;99(3):1325-80.
25.Bragazzi NL, Mutti C, Ratti PL, Sardella A, Quattropani MC, Lodi R, et al. The complex interplay between sleep and healthy aging: A scoping review. Nat Sci Sleep. 2025:3085-100.
26.Sun XH, Ma T, Yao S, Chen ZK, Xu WD, Jiang XY, et al. Associations of sleep quality and sleep duration with frailty and pre-frailty in an elderly population Rugao longevity and ageing study. BMC geriatrics. 2020;20(1):9.
27.Zhang J, Lau EYY, Hsiao JH. Using emotion regulation strategies after sleep deprivation: ERP and behavioral findings. Cogn Affect Behav Neurosci. 2019;19(2):283-95.
28. Liu W, Zhang H. Do sleep quality and psychological factors link precancerous conditions of colorectal cancer? A retrospective case-control study. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2022;16(2):173-79.
29.Allan AC, Gamaldo AA, Gamaldo CE, Gunia BC, Razzak IMAA, Ighodaro E, et al. The promotion of sleep wellness: Resilience as a protective factor. Front Sleep. 2023;2:1133347.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]

30.Gautam S, Jain A, Chaudhary J, Gautam M, Gaur M, Grover S. Concept of mental health and mental well-being, it's determinants and coping strategies. Indian J Psychiatry. 2024;66(Suppl 2):S231-44.
31.Kline RB. Assumptions in structural equation modeling. Handbook of structural equation modeling. 2012;111:125.
32.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82.
33.Zarifi Mojtaba, Henry Habib, Bahrul Uloom Hassan. Psychometric and norming characteristics of the Persian version of the Resilience Questionnaire in athletic and non-athletic students. Sports Psychology Studies. 2016;5(15):131-50. [In Persian].
34.Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, Kilima PM. Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. Qual Life Res. 1999;8(1-2):111-20.
35.Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875-82.
36.Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.
37.Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). Sleep Breath. 2012;16(1):79-82.
38.Garcia-Martinez P, Ballester-Arnal R, Gandhi-Morar K, Castro-Calvo J, Gea- Caballero V, Juarez-Vela R, et al. Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(2):536.
39.Taylor K, Scruggs PW, Balemba OB, Wiest MM, Vella CA. Associations between physical activity, resilience, and quality of life in people with inflammatory bowel disease. Eur J Appl Physiol. 2018;118(4):829–36.
40. Yu S, Yao X, Sang Y, Yu L, Shen Y, Che X, et al. The mediating role of resilience in the relationship between social support and quality of life among patients after radical cystectomy: A structural equation model analysis. Nurs Open. 2022;10(3):1574–81.
41.Dun L, Xian-Yi W, Si-Ting H, Xin-Yuan Y. Effects of sleep interventions on cancer-related fatigue and quality of life in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer. 2022;30(4):3043-55.
42.Crouse JJ, Park SH, Byrne EM, Mitchell BL, Chan K, Scott J,et al. Evening chronotypes with depression report poorer outcomes of selective serotonin reuptake inhibitors: a survey-based study of self-ratings. Biol Psychiatry. 2024;96(1):4-14.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-11]