Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 36, No. 1, Spring 2026 ORIGINAL ARTICLE

Examining the relationship between quality of life and dimensions of mental health with resilience and pain perception in patients after heart surgery at Shahid Madani Hospital in Tabriz

Asghar fouladi[1], Elmira Pourkhalil[2], Masoud Fazlalipour Miyandoab[3]
[1] Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran
[2] Master's Student, Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Statistics, Payame Noor University, Tehran, Iran

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

Abstract

Background: The aim of the present study was to investigate the relationship between quality of life and mental health dimensions in the resilience and pain perception of patients after heart surgery in Shahid Madani Hospital, Tabriz.
Materials and methods: The current research was an applied research in terms of its purpose, and it was a descriptive-correlation research in terms of its nature. The statistical population of the present study consisted of all heart patients after surgery in Shahid Madani Hospital of Tabriz city, which is approximately 460 people during three months. The statistical sample of this research was 210 cardiac patients after surgery in Shahid Madani Hospital of Tabriz, which was obtained by using Morgan's table and available sampling method. To collect data, a revised pain questionnaire was used. Gil (SF-MPQ-2), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), short-form 36-question quality of life questionnaires -36SF- and Keys Mental Health Questionnaire (2002) were used. Data analysis was done with the statistical method of multiple regression.
Results: The quality of life subscales (physical function, physical role, emotional role, mental health, and general health) had the ability to predict resilience, and as these quality of life components increase, resilience also increases, and the subscale Quality of life factors had the ability to predict pain perception negatively, and as these quality of life components increase, pain perception also decreases. The results of multiple regression showed that mental health subscales (emotional well-being and mental well-being) had the ability to positively predict resilience, and as emotional well-being and mental well-being increase, resilience also increases. The sub-scales of mental health had the ability to predict the perception of pain in a negative way, and as emotional well-being, social well-being and psychological well-being increase, pain perception also decreases.
Conclusion: The quality of life subscales has the ability to predict resilience and pain, and as these quality of life components increase, resilience also increases.
Keywords: *Quality of life, Mental health, Resilience, Pain, Heart disease.*

Cited as: Fouladi A, Pourkhalil E, Fazlalipour Miyandoab M. Examining the relationship between quality of life and dimensions of mental health with resilience and pain perception in patients after heart surgery at Shahid Madani Hospital in Tabriz. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2026; 36(1): **77-89.**

Correspondence to: Masoud Fazlalipour Miyandoab
Tel: *+98 9144820538*
E-mail: mesud.fq@pnu.ac.ir
ORCID ID: 0000-0001-9425-5159
Received: 11 Jun 2025; **Accepted:** 27 Aug 2025

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۷۷ تا ۸۹

Original Article

بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از جراحی قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز

اصغر فولادی[۱]، المیرا پورخلیل[۲]، مسعود فضلعلی پورمیاندوآب[۳]

[۱] استادیارگروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۳] استادیار گروه آمار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی در تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از جراحی قلب بیمارستان شهید مدنی تبریز بود.*

روش بررسی: *در این پژوهش کاربردی از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی، از همه افرادی که جراحی قلب در بیمارستان شهید مدنی تبریز داشتند (در طول سه ماه=۴۶۰ نفر)، ۲۱۰ نفر با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها ازپرسشنامه تجدید نظر شده درد مک گیل(SF-MPQ-2)، مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC)، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی -SF-۳۶ وپرسشنامه سلامت روانی کیز (۲۰۰۲) استفاده شد. تحلیل داده ها با روش آماری رگرسیون چندگانه انجام شد.*

یافته‌ها: *زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی توانایی پیش بینی تاب آوری را داشتند و هر اندازه مولفه های کیفیت زندگی افزایش می‌یافت، تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کرد. همچنین زیرمقیاس های کیفیت زندگی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را داشت و هر اندازه مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش می‌یافت، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کرد. نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس های سلامت روانی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می کند. زیر مقیاس‌های سلامت روان توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را داشتند و هر اندازه بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی افزایش پیدا می‌کرد، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کرد.*

نتیجه‌گیری: *زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، توانایی پیش بینی تاب آوری و ادراک درد رادارند و و هر اندازه بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند، تاب آوری نیز افزایش پیدا می کند.*

واژگان کلیدی: *کیفیت زندگی، سلامت روان ، تاب آوری، درد، بیماری قلبی.*

مقدمه

امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری به بیماری‌های مزمن است. بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی به‌ویژه فشارخون، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیماران اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند (۱). آنچه به صورت واقعی در دنیای کنونی در حوزه سلامت به صورت عیان خود را نشان می‌دهد بیماری‌های قلبی و عروقی است که در رأس آن‌ها سکته قلبی به وضوح زندگی انسان را تحت تأثیر خود قرار داده، به طوریکه تحقیقات در این حوزه برای کم کردن آلام انسان‌ها هرروز گسترش می‌یابد. تبعات ناشی ازآنچه از نظر روحی و روانی

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم، گروه آمار، مسعود فضلعلی پور میاندوآب
(email: mesud.fq@pnu.ac.ir)
ORCID ID: 0000-0001-9425-5159
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۳/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۶/۵

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

همچون ازنظر مالی هزینه‌های زیادی را تحمیل نموده است و اهمیت کنترل این بیماری یکی از دغدغه‌های مهم نظام‌های بهداشتی درمانی محسوب می‌شود با این وجود، بیماری‌های قلبی عروقی، شایع‌ترین علل مرگ ومیر هستند که ۳۵ ٪ از همه مرگ و میرها را به خود اختصاص داده‌اند. به دلیل شیوع بسیار بالای بیماری‌های قلبی عروقی حدود ۸۰ میلیون بیمار قلبی که حدود ۳۵ ٪ از کل بیماری‌ها را در برمی‌گیرد در دنیا تشخیص داده شده است (۲).

یکی از عواملی که در بیماران قلبی عروقی می‌تواند موثر باشد، تاب آوری (resilience) آنهاست. تاب آوری توانایی افراد برای مقابله با ریسک ها و خطرهای موجود در محیط است. در واقع تاب آوری نوعی انعطاف پذیری افراد در مقابل مشکلات محیطی بوده و می تواند باعث شود فرد پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علیرغم قرارگرفتن در معرض تنش های شدید ارتقا یابد (۳). تاب آوری در بیماران موجب انعطاف پذیری بیشتر می شود که شامل کمک بیشتر به بهبود بیماران و خودمراقبتی است و همچنین براساس مطالعات می توان گفت افراد با تاب آوری بالا سطح کمتری از اجتناب را نشان می دهند و با درد ناشی از بیماریشان کنار می آیند و نگرش فاجعه‌آمیزی نسبت به درد ندارند (۴). جولائی‌ها، پولادی، لک، نوربالا و صفاری‌نیا (۵) در پژوهشی به بررسی نقش تاب‌آوری و سن در سازگاری با علائم و نشانه‌های بیماری درد مزمن پرداختند و نتایج ضریب همبستگی نشان داد که تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی رابطهٔ منفی معناداری داشت و سن با ناتوانی جسمانی رابطهٔ مثبت معنادار داشت. همچنین نشان داد که تاب‌آوری به صورت منفی اضطراب، افسردگی، تنیدگی و ناتوانی جسمانی را پیش‌بینی می‌کند. آلچورا، کوین، کاتز، انده (۶) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری نقش مهمی در سلامت روان فرد از جمله (اضطراب، افسردگی شکایات جسمانی و کار کرد اجتمای) بازی می کند ولی افرادی که با درد ناشی از بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند سطح تاب آوری به مرور کاهش پیدا می‌کند و آسیب پذیری این افراد در برابر درد ممکن است افزایش پیدا کند.

یکی دیگر از عواملی که می تواند در بیماران قلبی تاثیرگذار باشد، ادراک درد (pain perception) است. بر طبق نظریه رِسُنزویگ شدت و ماهیت درد را تابعی از سازوکارهای حسی، عاطفی، و شناختی می‌دانستند، نقش فرایندهای روانی در تجربه درد و کنترل آن مشخص شد. بدین معنی که اگر علائم درد توسط مراکز عالی‌تر شناختی تفسیر نشوند، درد ممکن است به حداقل برسد. برعکس شرایطی مانند اضطراب، نگرانی، تنش، افسردگی، حساسیت، تمرکز بر درد، ملال و عدم اشتغال به فعالیت‌های روزمره، درد را افزایش می‌دهند (۷). دیدگاه توسعه یافته زیستی-روانی اجتماعی نه فقط شکایات درد و یافته‌های جسمی همراه آن را مورد توجه قرار می دهد، بلکه بسیاری از "علائم روان‌شناختی" را که می‌توانند در پیشرفت حالت درد مزمن، تداوم نشانگان درد و پاسخ به درمان پزشکی نقش داشته باشند، را نیز مورد توجه قرار می‌دهد و یکی از متغیرهای آسیب‌زای درد که در عدم سازگاری درد تأثیر دارد علائم روانشناختی می باشد و پژوهش های انجام گرفته نیز بر تاثیر عوامل روانشناختی بر کاهش درد تاکید کرده اند (۸).

در همین راستا، از جمله عواملی که می تواند در میزان تاب آوری و ادراک درد بیماران نقش داشته باشد، کیفیت زندگی (quality of life) آنهاست. کیفیت زندگی به وضعیت عمومی فیزیکی، روانی و اجتماعی یک فرد اشاره دارد. بیماران پس از عمل جراحی قلب ممکن است با محدودیت‌های فیزیکی مواجه شوند و در برخی موارد نیاز به تغییر در سبک زندگی خود داشته باشند. در این موارد، کیفیت زندگی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر تاب آوری و ادراک درد بیماران داشته باشد. به طور کلی، بیمارانی که کیفیت زندگی بهتری دارند، معمولاً تاب آوری بیشتری نشان می‌دهند و ادراک کمتری از درد پس از عمل جراحی قلب دارند. همچنین، به دلیل آنکه این بیماری با پیش آگاهی ضعیف، بی ثباتی بالینی، بالاترین میزان بستری، کاهش کیفیت زندگی و هزینه‌های مراقبتی قابل توجهی همراه است. از طرف دیگر، بیماران با نارسایی قلبی اغلب محدودیت‌هایی در فعالیّت‌هایشان دارند و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها از خستگی وتنگی نفس ناشی می‌شود. در حقیقت نارسایی قلبی یکی از بیماری‌های مزمن است که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر، بازگشت مجدد بیماری و بستری شدن بیماران فهم این موضوع را که چگونه کیفیت زندگی این افراد بدتر می‌شود را آسان می‌کند. به همین دلیل، بیشترین مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت می‌گیرد، در مورد کیفیت زندگی است (۹). در همین رابطه، ادل، گوس، انتونی و مارگارت (۲۰۱۷) در پژوهشی که با بیماران قلبی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیمارانی سازگارتر بود که تاب‌آوری بیشتری داشتند. در واقع افراد با تاب‌آوری بالا با وقایع آسیب‌زا موثرتر از افراد با تاب‌آوری پایین مقابله می‌کنند (۱۰).

همچنین یکی دیگر از عواملی که می تواند در میزان تاب آوری و ادراک از بیماری بیماران قلبی رابطه داشته باشد، سلامت روانی است. سلامت روانی شامل عواملی مانند بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی ، بهزیستی اجتماعی، سطح استرس، اضطراب،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

افسردگی و رضایتمندی زندگی است. در کل سلامت روانی یک مفهوم گسترده است که از چند بعد مورد مطالعه قرار می گیرد. بیماران پس از عمل جراحی قلب ممکن است با استرس و اضطراب مرتبط با عمل جراحی و تغییراتی که در زندگی شان رخ می‌دهد، مواجه شوند که باتوجه به میزان مهارت های سلامت روان، ادراک درد را تحت تأثیر قرار دهند. برعکس، سطح رضایتمندی و آرامش روانی می‌تواند به تاب آوری بیماران کمک کند و از افزایش ادراک درد پس از عمل جراحی جلوگیری کند. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران با سلامت روانی بهتر، اغلب تاب آوری بیشتری نشان می‌دهند و ادراک کمتری از درد بعد از عمل جراحی قلب دارند (۱۱).

با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر به بررسی رابطه کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از عمل جراحی باز قلب است. لذا در این تحقیق به دنبال پاسخ این سؤال هستیم که آیا بین کیفیت زندگی و ابعاد سلامت روانی با تاب آوری و ادراک درد بیماران بعد از عمل جراحی باز قلب رابطه وجود دارد؟

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی است و از نظر ماهیت از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از همه افرادی که جراحی قلب در بیمارستان شهید مدنی تبریز داشته اند که بصورت تقریبی در طول سه ماه تعداد آنها۴۶۰ نفر بود. نمونه آماری تحقیق حاضر، تعداد ۲۱۰ نفر از بیماران قلبی بعد از جراحی بیمارستان شهید مدنی تبریز بود که با استفاده از جدول مورگان و روش نمونه-گیری در دسترس به دست آمد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه درد مک گیل (McGill Pain Questionnaire :MPQ): دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف) چهار بعد ادراک (حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، ودردهای متنوع وگوناگون) است (۱۲). پرسشنامه درد مک گیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه گیری درد است که برای اولین توسط ملزاک و بر روی ۲۹۷ بیمارکه ازانواع مختلف دردها رنج می برده‌اند مورد استفاده قرارگرفت (۱۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران مورد بررسی قرارگرفت (۱۳). یافته‌های این پژوهش پایایی و روایی بالایی را برای این پرسشنامه نشان دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، ودردهای متنوع وگوناگون بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفته و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. برای نمونه خسروی، صمنبر، علمداری و زنده دل (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ هر چهار مؤلفه آن را بالای ۰/۸۰ گزارش نمودند در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آماده است (۱۳).

مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC): این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی و غیربالینی بوده و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرید. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند (۱۴). همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آماده است (۱۵).

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی -SF-۳۶: پرسشنامه کیفیت زندگی یک پرسشنامه معتبر است و به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می شود و دارای ۸ زیر مقیاس (کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، سرزندگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، بهبود درد جسمانی و بهزیستی عمومی) است. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با رو ش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال)، که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

مقیاس ها از ۷۷٪ تا ۹۰٪ به غیر از خرده مقیاس سر زندگی که ۶۵٪ بوده است. در مجموع یافته ها نشان داده اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه گیری کیفیت زندگی است در این پژوهش پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آماده است (۱۶).

پرسشنامه سلامت روانی کیز (۲۰۰۲): پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه (بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی) است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت ((کاملاً مخالفم، مخالفم، بی تفاوت، موافقم و کاملاً موافقم) تنظیم شده است. در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها درمحیط ، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی وتوجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. روایی پرسشنامه در پژوهش (۱۷) سنجیده شده است و در پژوهش حاضر با استفاده از نظر اساتید رشته روانشناسی روایی همگرا ۰/۸۴ محاسبه شده است. پایایی این پرسشنامه توسط خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴) و سرمد و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است . مولفه‌های ابعاد سلامت روان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۹ و بیشتر از ۰/۷ به دست آمده است که نشان دهنده آن است در این تحقیق پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آماده است .

روش تحلیل داده‌ها

جهت تحلیل اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین صورت که بعد از استخراج داده های پرسشنامه، ابتدا جهت بررسی های جمعیت شناختی از روش های توصیفی در مورد متغییرهای مورد مطالعه استفاده و سپس برای پاسخگویی به سوالات پژوهش از آمار استنباطی بهره گرفته شد. در آمار توصیفی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در قالب فراوانی، درصد فراوانی و میانگین و انحراف معیار تجزیه و تحلیل شد و در آمار استنباطی به منظور تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS برای فرضیه های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

برای اطلاع از میانگین عملکرد نمونه در متغیرهای پژوهش، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

	میانگین ± انحراف معیار	P-value
ابعاد کیفیت زندگی		
کارکرد جسمانی	۲۹/۵۹ ± ۳/۸۴	۰/۰۵۸
نقش جسمانی	۸/۵۷ ± ۲/۴۱	۰/۰۶۴
نقش هیجان	۶/۶۳ ± ۱/۹۶	۰/۰۵۳
سرزندگی	۸/۸۸ ± ۲/۲۴	۰/۰۶۳
بهزستی هیجانی	۱۱/۹۷ ± ۲/۷۱	۰/۰۶۸
کارکرد اجتماعی	۴/۰۲ ± ۱/۷۱	۰/۰۵۲
بهبود درد جسمانی	۶/۱۵ ± ۱/۷۵	۰/۰۱۴
بهزستی عمومی	۱۱/۸۹ ± ۲/۲۳	۰/۰۵۱
سلامت روان		
بهزیستی هیجانی	۶/۳۹ ± ۲/۰۴	۰/۰۵۸
بهزیستی روانی	۱۱/۵۱ ± ۳/۶۴	۰/۰۵۶
بهزیستی اجتماعی	۸/۵۲ ± ۲/۷۲	۰/۰۵۹
ادراک درد	۵۹/۴۳ ± ۶/۸۷	۰/۰۵۸
تاب آوری	۶۱/۵ ± ۷/۸۲	۰/۰۵۹

در ادامه جهت بررسی رابطه کیفیت زندگی و تاب آوری از رگرسیون چندگانه استفاده شده است که به نتایج آنها اشاره شده است.

جدول ۲. پیش فرض‌های آزمون‌های آماراستنباطی

	نرمال بودن			هم خطی متغیرهای مستقل	
	SH-W sig	K-S	sig	Tolerance	vif
کیفیت زندگی					
	۰/۹۰ ۰/۲۴۱	۰/۱۷۵	۰/۳۴۱	---	---
ابعاد سلامت روانی					
	۰/۹۰ ۰/۱۵۴	۰/۲۰۲	۰/۲۶۷	---	---
تاب آوری					
	۰/۸۵ ۰/۲۶۳	۰/۱۶۷	۰/۳۴۱	۰/۱۶۴	۶/۰۹۶
ادراک درد					
	۰/۸۱ ۰/۱۶۷	۰/۲۴۳	۰/۲۹۴	۰/۱۹۸	۵/۰۶۱

نتایج جدول ۲ آماره‌های آزمون شاپیرویلک و کولموگروف اسیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای ملاک و پیش بین را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، سطح معنی‌داری آماره‌های به دست آمده برای متغیر های مورد

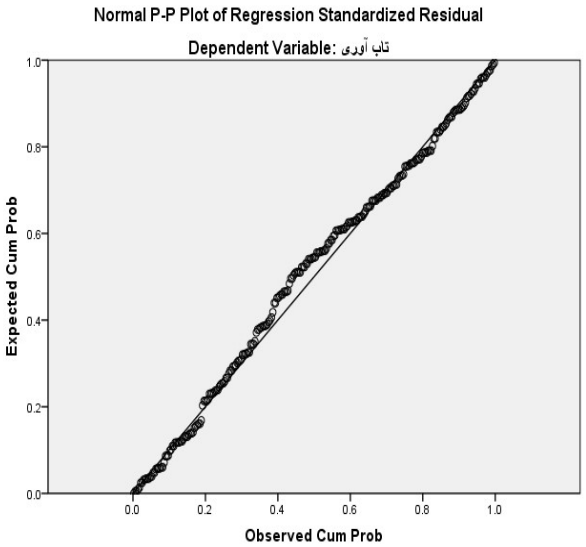
[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

مطالعه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیر های مورد مطالعه نرمال هستند همچنین برای بررسی هم خطی متغیرهای مستقل (Collinearity Statistics) مدل پیش بینی از آماره‌های ضریب تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس که به اختصارVIF استفاده شده نتایج جدول ۲ نشان می دهد که مسئله همخطی بودن متغیرهای مستقل نیز در رگرسیون چند گانه رخ نداده است. زیرا که ارزش‌های عامل تورم واریانس برای همه متغیرهای پیشبین کوچکتر از ۱۰ و ضرایب تحمل هر یک از آنها بالاتر از۰/۰۱ بود (۱۸).

جدول ۳. هم خطی متغیرهای مستقل

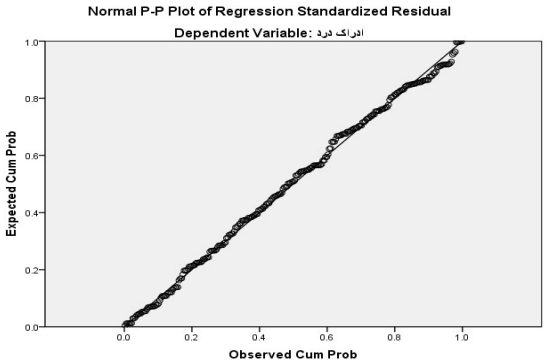
مدل	R	R^2	خطای استاندارد برآورد	آزمون دوربین-واتسون
تاب آوری	۰/۷۶۹	۰/۵۹۱	۶/۴۷۶	۱/۷۰۹
ادراک‌درد	۰/۵۹۰	۰/۳۴۸	۲/۵۹۴	۱/۶۵۵

براساس نتایج جدول ۳ مقدار آماره دوربین-واتسون برای هریک از متغیر های وابسته برابر با ۱/۷۰۹ و ۱/۶۵۵است. بر اساس نظر فایلد (۲۰۰۹) اگر مقدار آن در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار بگیرد می توان گفت پیش فرض استقلال باقی مانده ها رعایت شده است.



نمودار۱.نمودار باقیمانده استاندارد متغیر وابسته تاب آوری

نمودار ۱ نرمال بودن باقیمانده استاندارد متغیر وابسته (تاب آوری) را نشان می‌دهد با توجه به اینکه اکثر نقاط روی خط رگرسیون قرار دارند، می‌توان گفت پیش فرض نرمال بودن متغیر وابسته محقق شده است.



نمودار۲.نمودار باقیمانده استاندارد متغیر وابسته ادراک درد

نمودار ۲ نرمال بودن باقیمانده استاندارد متغیر وابسته (ادراک درد) را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه اکثر نقاط روی خط رگرسیون قرار دارند، می‌توان گفت پیش فرض نرمال بودن متغیر وابسته محقق شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معنی‌داری مدل

شاخص	R	R^2	تعدیل شدهR^2	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۵	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۲۵۳

جدول ۵. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value
رگرسیون	۳۴/۱۴	۸	۴/۲۷	۶۶/۵۵	۰/۰۰۱
باقی مانده	۱۲/۰۲	۲۰۱	۰/۰۶۴		
کل	۴۶/۱۶	۲۰۹			

نسبت F و سطح معنی‌داری آن بیانگر اثر معنی‌دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون F =۶۶/۵۵ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۲۰۱ و ۸) معنی‌دار است و R^2 محاسبه شده براساس مولفه‌های هشت گانه کیفیت زندگی۰/۷۳ است، یعنی این هشت مولفه باهم ۷۳٪ از واریانس متغیر تاب آوری را تبیین می‌کنند (جدول‌های ۴ و ۵).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

جدول ۶. ضرایب حاصل از رگرسیون همزمان متغیرهای پیش بینی کننده تاب آوری

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد شده		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
ثابت	۰/۹۷۰	۰/۱۲۵		۷/۷۶	<۰/۰۰۰۱
کارکرد جسمانی	۰/۱۱۱	۰/۰۲۰	۰/۲۳۰	۵/۰۷	<۰/۰۰۰۱
نقش جسمانی	۰/۱۶۲	۰/۰۲۱	۰/۳۴۰	۷/۴۲	<۰/۰۰۰۱
نقش هیجان	۰/۰۹۰	۰/۰۱۸	۰/۱۹۴	۴/۸۳	<۰/۰۰۰۱
سرزندگی	۰/۰۴۰	۰/۰۲۰	۰/۲۳۹	۲/۲۲۳	<۰/۰۰۰۱
بهزستی هیجانی	۰/۰۶۵	۰/۰۱۹	۰/۱۳۰	۳/۲۹	<۰/۰۰۰۱
کارکرد اجتماعی	۰/۰۶۸	۰/۰۱۶	۰/۰۷۹	۳/۰۷۴	۰/۰۴۱
بهبود درد جسمانی	۰/۰۸۸	۰/۰۲۷	۰/۱۵۵	۵/۲۷	<۰/۰۰۰۱
بهزستی عمومی	۰/۵۷۵	۰/۰۳۲	۰/۲۱۸	۲/۶۳	<۰/۰۰۰۱

جدول ۷. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده ادراک درد

شاخص	R	R^2	تعدیل شده R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۸۴	۰/۷۱	۰/۷۰	۰/۲۵۴

جدول ۸. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۳۲/۵۹	۸	۴/۰۷۵	۶۲/۸۶	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۱۳/۰۲	۲۰۱	۴۱/۰۶۵		
کل	۴۵/۶۲	۲۰۹			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهزیستی روانی وبهزیستی عمومی توانایی پیش بینی تاب آوری را دارند و نقش جسمانی با ضریب بتای۰/۳۴ بیشتر نقش و کارکرد اجتماعی کمترین نقش را در پیش بینی تاب آوری ایفا می‌کنند.

در ادامه جهت بررسی رابطه کیفیت زندگی و ادارک درد رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد که نتایج آن در ادامه آمده است.

نسبت F و سطح معنی‌داری آن بیانگر اثر معنی‌دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون ۶۲/۸۶= F به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۲۰۱ و ۸) معنی‌دار است و R2 محاسبه شده براساس مولفه های هشت گانه کیفیت زندگی ۰/۷۱ است،؛ یعنی این هشت مولفه با هم ۷۱٪ از واریانس متغیر ادراک درد را تبیین می‌کنند (جدول‌های ۷ و ۸).

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهزیستی روانی و بهبود درد جسمانی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش یابد ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند.

همچنین جهت بررسی رابطه ابعاد سلامت روانی با تاب آوری نیز از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد که در ادامه به نتایج آنها اشاره می‌شود.

نسبتF و سطح معنی‌داری آن بیانگر اثر معنی‌دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون ۷۴/۳۴۰= F به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۲۰۶ و ۳) معنادار است و R2 محاسبه شده براساس مولفه‌های سه گانه سلامت روانی ۰/۵۲ است، یعنی این سه مولفه با هم ۵۲٪ از واریانس متغیر تاب آوری را تبیین می‌کنند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

جدول ۹. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده ادراک درد

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استانداردشده		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
ثابت	۰/۶۳۱	۰/۱۶۴		۳/۸۴	<۰/۰۰۰۱
کارکرد جسمانی	-۰/۰۶۳	۰/۰۱۷	-۰/۱۵۱	-۳/۶۳	<۰/۰۰۰۱
نقش جسمانی	-۰/۱۶۶	۰/۰۲۴	-۰/۳۳۷	-۶/۷۶	<۰/۰۰۰۱
نقش هیجان	-۰/۰۵۹	۰/۰۲۱	-۰/۱۶۱	-۳/۹۶	<۰/۰۰۰۱
سرزندگی	۰/۱۲۷	۰/۰۲۱	۰/۲۵۴	۵/۲۹	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی روانی	-۰/۰۹۶	۰/۰۱۹	-۰/۲۲۵	-۵/۱۶	<۰/۰۰۰۱
کارکرد اجتماعی	۰/۱۲۲	۰/۰۲۶	۰/۱۹۶	۴/۶۲	<۰/۰۰۰۱
بهبود درد جسمانی	-۰/۰۹۰	۰/۰۳۰	-۰/۱۲۷	-۳/۰۹	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی عمومی	-۰/۰۸۱	۰/۰۱۸	-۰/۱۸۹	-۴/۲۶	<۰/۰۰۰۱

جدول ۱۰. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده تاب آوری

شاخص	R	R^2	تعدیل شده R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۳۲۶

جدول ۱۱. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۲۳/۷۲	۳	۷/۹۰	۷۴/۳۴۰	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۱/۹۰	۲۰۶	۰/۱۰۶		
کل	۱۲۷۶۹/۳۴	۲۰۹			

جدول ۱۲. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده تاب آوری

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
ثابت	۲/۱۳	۰/۱۰۴		۲۰/۴۵۶	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی هیجانی	۰/۱۰۸	۰/۰۲۰	۰/۲۵۹	۵/۲۹	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی روانی	۰/۱۹۸	۰/۰۲۹	۰/۴۰۳	۶/۷۴	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	۰/۱۳۲	۰/۰۲۶	۰/۳۱۰	۵/۱۴	<۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند.

نسبتF و سطح معنی‌داری آن بیانگر اثر معنی‌دار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون F =۸۶/۳۰ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ با درجه آزادی (۲۰۶ و ۳) معنی دار است و R2 محاسبه شده براساس مولفه های سه گانه سلامت روانی۰/۵۶ است، یعنی این سه مولفه با هم ۱۴٪ از واریانس متغیر ادراک درد را تبیین می‌کنند (جدول‌های ۱۰ تا ۱۴).

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

جدول ۱۳. خلاصه نتایج رگرسیون ادراک درد با سلامت روانی

شاخص	R	R^2	تعدیل شده R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۷۵	۰/۵۶	۰/۵۵	۰/۳۱

جدول ۱۴. نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رگرسیون	۲۶/۱۹	۳	۸/۷۳	۸۶/۳۰	<۰/۰۰۰۱
باقی مانده	۲۰/۸۴	۲۰۶	۰/۱۰۱		
کل	۴۷/۰۲	۲۰۹			

جدول ۱۵. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود همزمان متغیرهای پیش بینی کننده ادراک درد

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استانداردشده		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
ثابت	۱/۷۵	۰/۱۱۱		۱۵/۷۵	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی هیجانی	-۰/۱۱۹	۰/۰۲۴	-۰/۲۵	-۹/۸۹	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی روانی	-۰/۲۲۴	۰/۰۲۸	-۰/۲۷	-۲/۴۳	<۰/۰۰۰۱
بهزیستی اجتماعی	-۰/۱۳	-۰/۰۲۹	-۰/۲۸	-۵/۵۰	<۰/۰۰۰۱

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند.

بحث

نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، بهزیستی روانی و بهزیستی عمومی توانایی پیش بینی تاب آوری را دارند و هر اندازه این مولفه های کیفیت زندگی افزایش یابد تاب آوری نیز افزایش پیدا می کند.

این یافته با یافته‌های پژوهش ریچارد و همکارانش (۱۹)، آکور (۲۰)، جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور (۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی که دارای کیفیت زندگی بالا هستند، به توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود باور دارند و این باور درآنها باعث افزایش تاب آوری و تحمل درشرایط سخت می‌شود. کیفیت زندگی و باورداشتن به توانایی‌ها و ظرفیت‌های خودگامی اساسی در مقابله با بیماری است و این باور می‌تواند بر سایر ابعاد زندگی بیماران مؤثر واقع شود. وقتی کیفیت زندگی در بیمار بالا باشد، یعنی بیمار دارای نگرش مثبت توان استرس زدایی و توان تصمیم گیری در مورد خود و بیماری‌اش است. صدوقی و همکارانش (۲۲) در پژوهشی نشان دادند که بین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با افسردگی، اضطراب و تاب آوری معنی‌داری وجود داشت و تاب آوری نقش تعدیل کننده در رابطه میان اضطراب وافسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ایفا می‌کرد.

پس می توان گفت که تاب آوری ویژه شرایط سخت و ناگوار است که برای مقابله با چنین شرایطی تاب آوری ضرورت پیدا می‌کند و بیماری‌ها ازجمله بیماری قلبی شرایط سخت برای افراد به وجود می‌آورند بنابراین میزان بالای سرسختی و تاب و تحمل در این بیماران بر سایر ابعاد زندگی مانند بعد اجتماعی، عاطفی و فیزیکی که ابعاد کیفیت زندگی هستند تأثیر مستقیم و اثرگذاری دارد. وقتی فرد از کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشد، از تاب آوری بالایی برخوردار بوده و شخصیت بیمارگونه در وی کاهش می‌یابد. در شخصیت بیمارگونه فرد آمادگی دریافت استرس وهیجانهای منفی را دارد و می‌تواند در برابر موانع و مشکلات به طور موفقیت آمیزی مقابله کند و درنتیجه کیفیت زندگی از این نوع مقابله و موفقیت متأثراست. همچنین نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، نقش هیجان، سلامت روانی و بهبود درد جسمانی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این مولفه‌های کیفیت زندگی افزایش یابد، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند. این یافته با یافته‌های بخشایی و همکارانش (۲۳)، آرونسون (۲۴)، قادری و شاکناری (۲۵) همسو است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد تاب آور درتنظیم تجارب هیجانی منفی مانند افسردگی تمایل به استفاده از استراتژی-های مقابله‌ای دارند که باعث فراخوانده شدن عواطف مثبت می‌شود؛ مانند ارزیابی مجدد مثبت و یافتن فواید شوخ طبعی و القای معنی مثبت به اتفاقات روزانه و یا مقابله مسأله مدار و هدفمند جهت تنظیم هیجانات منفی. به همین خاطر افرادی که از تاب آوری بالا برخوردارند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و در نتیجه با کاهش افسردگی ادراک درد نیزکاهش می‌یابد (۲۶). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که افزایش سطح کیفیت زندگی باعث مقابله با استرس در بیماری و نگاه و نگرش مثبت به بیماری و توان تصمیمات منطقی برای درمان وکنترل بیماری می‌شود و از این طریق امکان تعامل سازنده فرد بیمار با محیط و جامعه اطراف اطرافش وادراک هیجانی و عاطفی بیمار از دیگران و سازگاری فیزیکی که بیماری در او به وجود می‌آید فراهم می‌شود و موجب بهبود ادراک درد در بیمار می‌شود.

همچنین نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که از زیرمقیاسهای سلامت روانی بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی توانایی پیش بینی تاب آوری به صورت مثبت را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند تاب آوری نیز افزایش پیدا می‌کند. در رابطه با یافته حاضر تاکنون پژوهشی انجام نیافته است، اما به شکل مرتبط با یافته‌های پژوهشگرانی ازجمله نصیرزاده وهمکارانش (۲۷)، جولائیها و همکارانش (۲۷) و بوکینگام و ریچاردسون (۲۸) همسو است. بوکینگام و ریچاردسون (۲۸) در پژوهشی نشان دادکه تاب آوری با خوشبینی رابطه مثبت دارد. ریستوسکا – دیمیتروسکا وهمکاران (۲۹) درپژوهشی نشان داد همبستگی منفی و معنی‌دار بین افسردگی وتاب آوری وجود دارد.

درتبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت که نبود سلامت روانی در بیماران سبب کاهش تاب آوری آنان می‌شود، در حالی که سلامت روانی و بهزیستی روانی سبب افزایش تاب آوری بیماران می‌شود. در واقع افرادی که در مقابل استرس‌ها تحت تأثیر این عامل شناختی تاب آوری قرار گرفته باشند، ارزیابی مثبتی از یک موقعیت استرس زا داشته و سازگاری‌شان با موقعیت مذکور افزایش می‌یابد و در نتیجه در بیماران این احساس خوشایندی و تاب آوری به کاهش شدت درد در آنها منجر خواهد شد.

در واقع کیفیت زندگی یک مفهوم با دامنه وسیع و ابعاد متعدد است که به شکل پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمی وضعیت روانشناختی روابط اجتماعی و رابطه با محیط پیرامون قرار دارد و وجود استرس و تجربه آن در بلند مدت و عدم حس کنترل درونی در مقابله موثر با موقعیت استرس زا با به همراه داشتن پیامدهای منفی متعدد درابعاد مختلف زندگی درنهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۳۰). همچنین می-توان به اثرات منفی استرس بر سلامت جسمی و به ویژه سیستم قلبی عروقی اشاره کرد که خود می‌تواند بستر مناسبی برای افت سطح کیفیت زندگی درافراد باشد. برخی از مطالعات براین دلالت دارند که حالات روانشناختی مثبت مثل خندیدن و شادی می‌توانند پیامد مثبت سلامتی را به دنبال داشته باشند و از سوی دیگر استرس با پیامدها و عوارض جسمی مختلف همراه است. به طور مثال یافته‌های برخی از مطالعات نشان دهنده این است که تجربه استرس در درازمدت می‌تواند با کاهش عملکرد سیستم ایمنی همراه باشد (۳۱) و برخی دیگر از ارتباط علی بین استرس و بدعملکردی سیستم قلبی عروقی و ایجاد عوارضی همچون پرفشاری خون، افزایش ضربان قلب، اختلال جریان خون عروق کرونری و سایر پیامدهای قلبی در پی تجربه سطوح بالای استرس در بلندمدت گزارش می‌دهند (۳۲).

همچنین نتایج رگرسیون چند گانه نشان داد که از زیرمقیاس‌های سلامت روانی بهزیستی هیجانی، بهزیستی روانی و بهزیستی اجتماعی توانایی پیش بینی ادراک درد به صورت منفی را دارند و هر اندازه این بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روانی افزایش پیدا کند، ادراک درد نیز کاهش پیدا می‌کند. این یافته با یافته‌های نصیرزاده و همکارانش (۲۷)، جولائیها وهمکاران (۵)، بوکینگام وریچاردسون (۳۲)، همسو بوده است. به نظر می‌رسد اضطراب بر ادراک درد بیماران مؤثر است. اضطرابی که احساس منتشر بسیار ناخوشایند است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم (مثلا اسهال، احساس سرگیجه و سبکی در سر، تعلیق مفرط، تشدید رفلکس‌ها، بالارفتن فشارخون، اتساع مردمک، بیقراری، لرزش، آشفتگی معده، کندی دفع ادرار) همراه می‌شود. وانکورف و همکارانش (۳۳) در پژوهش خویش گزارش کردند که از میان اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر ارتباط قویتری با کمر درد مزمن دارد. اغلب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ازدرد رنج می‌برند و به نظرمی‌رسد که به دلیل

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

همایندی بالای اختلال اضطراب فراگیر با اختلال درد مزمن، مدل‌های پیش بین اختلال اضطراب فراگیر بتوانند ادراک درد را در مبتلایان به درد مزمن تبیین کنند. همچنین مطالعات نشان داده شده است که سطوح بالای اضطراب موجب عدم سازش موفقیت آمیز با درد می‌شود (۳۴).

علاوه براضطراب به نظر می‌رسد افسردگی نیز بر ادراک درد مؤثر باشد. افسردگی اختلال روانی متعارف است که با نشانه-های خلقی از دست دادن لذت و خوشی کاهش انرژی احساس گناه یا کاهش خودارزشمندی اختلال در خواب و اشتها و تمرکز کم ظاهر می‌شود. افسردگی اغلب با نشانه‌هایی از اضطراب می‌آید؛ این مشکلات ممکن است مزمن یا عودکننده باشند که منجر به نقص اساسی در توانایی های فردی و مسئولیتهای روزمره می‌گردند. طبق پژوهش‌های انجام شده به طور متوسط ۵۲ درصد ازبیماران مبتلا به درد مزمن دچار افسردگی هستند (۳۵). مشاهدات بالینی و پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد درد مزمن پیامدهای روانشناختی و رفتاری زیان باری ازجمله افسردگی، اضطراب،کاهش عملکرد شغلی و مصرف دارو را به دنبال دارد. پژوهش‌های مختلف در ایران و سایرکشورها نشان داده است که درد مزمن در بسیاری از اوقات با علائم روانشناختی به خصوص اضطراب وافسردگی توام است و نتایج تحقیقات نشان داده است افسردگی و شاخص‌های اختلالات روانپزشکی همبستگی بالایی با دردهای مزمن دارند (۳۶).

علاوه بر اضطراب وافسردگی به نظر می‌رسد استرس نیز بر ادراک درد مؤثر باشد. استرس حالتی است که در اثر یک تغییرمحیطی که به عنوان آسیب، چالش یا تهدیدی برای تعادل و پویایی فرد تلقی میشود ایجاد شده و در این حالت بین توانایی فرد برای رفع نیازها و تقاضاهای موقعیت جدیدی که بی تعادلی به طور واقعی یا تصوری به وجود می آید. ترس از بیماری رنج وناراحتی ناامیدی و همراه بادرد و محدودیت در فعالیت‌های فیزیکی از حالت‌های هیجانی هستند که سطح استرس افراد مبتلا به درد مزمن را افزایش می‌دهند و می‌توانند در افزایش احساس درد مؤثر باشند و حملات بیماری را طولانی‌تر وشدت بیماری را بیشترکنند (۳۷).

با توجه به این که تحقیق حاضر در بین بیماران قلبی بیمارستان شهید مدنی صورت گرفته است، باید از تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به سایر دانش‌آموزان و مدارس دیگر احتیاط کرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی به خاطر شرایط بیماران نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در بیمارستان‌های دیگر نیز انجام شود و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین از سایر روش‌های پژوهشی مانند مصاحبه و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود و یافته‌های آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران نیز در درمان بیماران قلبی مورد نظر قرار بگیرد.

قدردانی و تشکر

این مقاله بخشی از یافته‌های مستخرج از رساله کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز بوده و دارای مجوز کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.047 ازکمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز است. از همه عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

REFERENCES

1. Kaplan H, Sadook VA, Sadook B, eds. Summary of Psychiatry. Rezaee F, translator. 4th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2007. [In Persian]

2. Mobasher, Z, Bagheri N, Abbasi M, Tanha Z. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and integrated therapy on self-compassion and emotional self-regulation in heart patients. Journal of Modern Medical Information 2017; 4: 33-43. [In Persian]

3. Al-Hosseini N, Baranj Abadi H. Developing a driving behavior model based on personality traits, mental health, aggression and reaction time in accident-causing and non-accident drivers, doctoral thesis. Bakhtran Medical School Journal 2017;11:87-102. [In Persian]

4. Viggers LC, Caltabiano ML. Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. Nurs Health Sci; Study in Chronic Pain Patients. Health Psychology 2019; 26: 253-260.

5. Julaiha S, Poladi A, Norabola A, Safarinia Majid. The role of resilience and age in adapting to symptoms of chronic pain. Daneshvar Pezeshki 2016; 24124: 13-22. [In Persian]

6. Alchora WJ, Koyn MJ, Katz YW, Andeh GI. Toward Public Health Wellness: Psychosocial & Physical Health in the Community. Int J Environ Res Public Health 2016; 19: 5188.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]
[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

7. DiMatteo MR, Martin LR, eds. Health psychology. 1st ed. Boston: Allyn & Baco; 2001.

8. Suso C, Guerrero L, Osma, J, Gallardo-Pujol D. Strongly Associated with Improved Physical Functioning in Frustration Tolerant Individuals: A Longitudinal Moderation Study in Chronic Pain Patients. Health Psychology 2019; 26: 253-260.

9. Omidi N, Hassani F, Kouchak R. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and cognitive behavioral therapy on quality of life in obese women with polycystic ovary syndrome. Mashhad Journal of Medical Sciences 2012; 64: 335-356. [In Persian]

10. Adel SY, Gos HL, Antoni, Y Margart K. Relations among Pain, Pain Beliefs, and Psychological Well-Being in Patients with Chronic Pain. Pain Manag Nursing 2017;12:1-8.

11. Bekelman DB, Havlena J, Emanuel EJ. The role of quality of care in estimating population-based spending differences in cancer care. Med Care 2013; 51; 519-527.

12. Melzak AD. Chronic pain and the adaptive significance of positive emotions. American Psychologist 1997; 70: 283-284.

13. Dorkin JY, Wang F, Nathan H, Lam M, Grimes S, Bourke M. The cardiac anesthesia risk evaluation score: a clinically useful predictor of mortality and morbidity after cardiac surgery. Anesthesiology 2009; 94: 194- 204.

14. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Journal of Depression and Anxiety 2003;18: 76- 82.

15. Mohammadi B. The relationship between psychological hardiness and self-resilience with mental health in youth and adult survivors of the Bam earthquake. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2005;14: 62-70.

16. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani MS. Translation, determination of reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. Monitoring 2006;56-49.

17. Keyes CL. The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior 2002; 43: 207-222.

18. Meyers L, Gamsett G, Garino J, eds. Applied Multivariate Research (Design and Interpretation). Pasha Sharifi H, Farzad V, Rezakhani S, Hassanabadi H, Izanloo B, Habibi M, translators. Tehran: Roshd; 2006. [In Persian]

19. Richard M, Cooper L, Zubek J. personal resilience, cognitive appraisals and coping: an integrative model of adjustment to abortion. Journal of Personality and Social Psychology 2002;74:735-52.

20. Akour NO, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life of life and associated factors among Jordanian adolescents with type diabetes mellitus. Journal of Diabetes and its Complications 2010; 6: 24-43.

21. Jafari I, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar Ali. The effectiveness of coping skills training based on the Marlatt model in preventing relapse and increasing resilience in substance-dependent individuals. Journal of Clinical Psychology 2009; 1: 77-87. [In Persian]

22. Sadooghi M, Salehi M. The relationship between anxiety and depression with the quality of life of women with breast cancer referred to Seyed Al-Shohdai Hospital in Isfahan in 2016, the role of resilience modulating university. Journal Rafsanjan Medical Sciences 2016; 16: 395- 408. [In Persian]

23. Bakhshani NM, Khosravi M, Ragheei M. The status of cognitive function of patients with MS. Congress of the Iranian Neuropsychological Association. Tehran, Iran; 2019.

24. Aarnoson NK. Quality of life: what is it? How should it be measured? Oncology 1988; 2: 69-76.

25. Ghadari M, Shakenari M. Comparison of primary maladaptive schemas in male criminals with personality disorders with other criminals. Scientific Journal of Forensic Medicine 2005;3: 283-289.

26. Becona E. Resilience and drug consumption: a review. Adicciones 2007; 19: 89-101.

27. Nasirzadeh Z, Rezaei AM, Mohammadifar MA. The effectiveness of resilience training on reducing loneliness and anxiety in students. Journal of Clinical Psychology 2018; 10: 29-40. [In Persian]

28. Buckingham A, Richardson E. The Relationship Between Psychological Resilience and Pain Threshold and Tolerance: Optimism and Grit as Moderators. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2020; 28: 518-28.

29. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Dejanova B. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. Maced J Med Sci 2015; 3: 727-31.

30. Bishop-Fitzpatrick L, Mazefsky CA, Eack SM. The combined impact of social support and perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. Autism 2018; 22: 703-711.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]

[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]

31. Kurd BJ, Shoaib M, Malik L, Aijaz Z, Asif I. Relationship between stress and coronary heart disease. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals 2014; 22: 142-47.

32. Uchino BN, Cronan S, Scott E, Landvatter J, Papadakis M. Social support and stress, depression, and cardiovascular disease. In: Uchino BN, Cronan S, Scott E, Landvatter J, Papadakis M, eds. Cardiovascular Implications of Stress and Depression. London: Academic Press; 2020. P. 211-23.

33. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon, G., Suanders, K., & et al. Chronic spinal pain and physical–mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Pain 2005; 9: 115-31.

34. Lohnberg JA. An examination of the psychosocial profile of individuals with complex regional pain syndrome[Dissertation]. USA: The University of Lowas Institutional Repository; 2011

35. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163: 24-33.

36. Farid M, Rahimi C, Mohammadi, N. Pain prediction based on personality traits, anxiety and depression in patients with chronic pain. Yefat Journal 2018; 20: 76-85. [In Persian]

37. Bahrami M, Rafizi Z. Predicting pain acceptance based on perceived stress and coping strategies in people with rheumatoid arthritis. Health Psychology 2018; 28: 151-66. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1405.36.1.8.1]

[DOI: 10.66224/iau.36.1.77]