



## Structural Model of Quality of Life Based on Resilience with the Mediating Role of Alexithymia in Patients with Psoriasis

Fateme Alibabaei <sup>1</sup> , Hosein Eskandari <sup>2</sup>  , Sara Hashemi <sup>3</sup> 

1. MSc student, Department of Psychology, Medical Sciences and Technologies Faculty, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Department of Psychology, Medical Sciences and Technologies Faculty, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Hosein Eskandari

**E-mail:** sknd@atu.ac.ir

Received: 16 August 2025

Revised: 11 November 2025

Accepted: 17 November 2025

Published Online: 1 January 2026

**Citation:** Alibabaei, F., Eskandari, H. & Hashemi, S. (2025). Structural Model of Quality of Life Based on Resilience with the Mediating Role of Alexithymia in Patients with Psoriasis. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(80), 163-177. DOI: [10.22034/jmpr.2025.68693.6776](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.68693.6776)

### EXTENDED ABSTRACT

**Introduction:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease (Parisi et al., 2020) and an autoimmune disease (Walnickzek et al., 2025) that affects approximately 2–3% of the world's population. These lesions can cause severe itching, pain, and visible scaling, leading to physical discomfort, social stigma, and limited social and interpersonal interactions. As a result, psoriasis patients often experience feelings of shame, anxiety, or depression. The disease mainly affects adults and appears to be more common in Asian countries; due to the burden and severity of symptoms, comorbidities, and lack of appropriate treatments, it can have profound negative and detrimental effects on quality of life.

Quality of life is defined as an individual's perception of their position in life in terms of the cultural context and value system in which they live, their goals, expectations, standards, and priorities. It's a subjective issue that is not observable by others and is based on individuals' perceptions of different aspects of life. In addition, according to research, these patients experience significantly more depression and anxiety, sexual dysfunction and poor quality of life, and a negative body image; thus, identifying factors that influence their quality of life is essential.

Therefore, it is important to conduct such research and its results for psychologists and counselors who work in the field of physical problems and skin diseases to use the results of this research in line with their goals.

**Method:** The present study was descriptive-correlational using structural equation modeling. The statistical population of the present study was all patients with psoriasis referred to clinics and hospitals in Tehran during 2023-2024. Despite the lack of general and definitive agreement, many researchers suggest that the minimum sample size required for structural equation modeling is 200 subjects. Therefore, in the present study, based on Klein's suggestion and for the generalizability of the results, a sample size of 260 subjects was selected. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life-Brief (WHOQOL-BREF), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Inclusion criteria were: age 20–50 years, a specialist's diagnosis of psoriasis, a minimum illness duration of 6–12 months, a high school diploma or higher, and no comorbid chronic physical or psychiatric disorders. The exclusion criteria also included substance abuse and psychiatric medication, failure to cooperate in answering all research questions, and receiving concurrent psychotherapy. To measure the research variables, mean and standard deviation were used at the descriptive level. At the inferential level, Pearson correlation coefficient and structural equation modeling were used to examine the relationships between variables. The data analysis software was SPSS version 29 and AMOS version 29.

**Results:** The mean age of the participants was 32.43 (SD = 8.80). Of the total participants, 32 (12.3%) had a less than high school diploma, 73 (28.1%) had a diploma, 53 (20.4%) had a bachelor's degree, 73 (27.3%) had a master's degree, and 19 (7.3%) had a doctorate. 63 (24.2%) were male and 197 (75.8%) were female. 82 (31.5%) were employees, 33 (12.3%) were freelancers, and 146 (56.2%) were housewives. The results showed direct effect of resilience on quality of life is significant. The results also demonstrated that alexithymia plays a significant mediating role in the relationship between resilience and quality of life. Additionally, the final research model had a good fit (RMSEA=0.06, SRMR=0.05,  $p < 0.05$ ), explaining 73% of the variance in quality of life.

**Table 1: Fit Indicators of the Research Model**

Measure	Threshold	acceptable value
CMIN	121.53	-
DF	62	-
CMIN/DF	1.96	<3
p	0.001	-
RMSEA	0.06	<0.08
PCLOSE	0.001	>0.90
SRMR	0.05	<0.08
CFI	0.92	>0.90
AGFI	0.93	>0.90
PCFI	0.67	>0.60
PNFI	0.71	>0.60
IFI	0.95	>0.90
GFI	0.98	>0.90
NFI	0.91	>0.90

In this study, the parameter estimation method was the maximum likelihood (MLE) method. Based on the results, the fit indices of the research model were all desirable and the root mean square approximation (RMSEA) index should be below 0.08. Also, the root mean square residual (SRMR) is defined as the difference between the observed correlation and the implicit correlation matrix of the model. This index allows the evaluation of the average magnitude of the differences between the observed and expected correlations as an absolute criterion of the fit criterion (model). If the value of the SRMR index is less than 0.08, or according to other sources that have been mentioned, for the SRMR index, values less than 0.05 indicate good fit and values less than or equal to 10 indicate acceptable fit. According to the results, the RMSEA index was equal to 0.06 and the root mean square residual (SRMR) was obtained at 0.05; therefore, it can be concluded that the model has a very good fit with the data and is appropriate. Also, the 95% confidence interval around the RMSEA index is between 0.041 and 0.054, which indicates a favorable state of model fit. Figure 1 shows the final and fitted model of the study.

**Discussion:** Resilience serves as a coping mechanism that fosters acceptance of chronic conditions, regulates emotions, and promotes healthy interpersonal relationships, thereby mitigating alexithymia. Resilience, as a constructive or adaptive coping mechanism for facing problems, stressful events and various stresses of daily life, helps patients with psoriasis to increase the sense of acceptance of conditions and situations such as psoriasis that may be unrecoverable and treatable, regulates emotions and this helps to reduce their alexithymia and thereby their health-related quality of life will be better than other patients. Therefore, patients with higher resilience, by helping themselves to regulate their emotions and reduce their emotional alexithymia, try to improve their relationships with others and those around them, and thus experience a relatively higher level of health-related quality of life than other patients. It can be concluded that the mediating role of emotional alexithymia in the relationship between resilience and quality of life should be considered, and health psychologists should include this component in their therapeutic practice when working with people with psoriasis.

## KEYWORDS

Alexithymia, psoriasis, quality of life, resilience





## فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



## مدل‌یابی ساختاری کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران پسوریازیس

فاطمه علی بابایی<sup>۱</sup> ID، حسین اسکندری<sup>۲</sup> ID، سارا هاشمی<sup>۳</sup> ID

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: حسین اسکندری

رایانامه: sknd@atu.ac.ir

استناددهی: علی بابایی، فاطمه، اسکندری، حسین و هاشمی، سارا. (۱۴۰۴).

مدل‌یابی ساختاری کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران پسوریازیس. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰(۸۰)،

DOI: [10.22034/jmpr.2025.68693.6776](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.68693.6776). ۱۷۷-۱۶۳

تاریخ دریافت: ۲۵ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۰ آبان ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۶ آبان ۱۴۰۴

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۱ دی ۱۴۰۴

## چکیده

## مشخصات مقاله

## کلیدواژه‌ها:

پسوریازیس، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، ناگویی هیجانی

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل‌یابی ساختاری کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران پسوریازیس انجام شده است. پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۲۳) و با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۶۰ نفر انتخاب شد. با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BRIEF) سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، مقیاس تاب‌آوری (RISC) کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) بگی و همکاران (۱۹۹۴) داده‌ها جمع‌آوری شد. با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۹ داده‌ها تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم تاب‌آوری بر روی کیفیت زندگی معنادار است. همچنین نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی نقش میانجی و معنادار دارد. همچنین مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ( $p < 0.05$ , SRMR = 0.03, RMSEA = 0.06). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که باید به نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی توجه شود و روان‌شناسان سلامت این مؤلفه را در کاربست درمانی در کار با افراد مبتلا به پسوریازیس بگنجانند.



## مقدمه

با توجه به آنچه گفته شد این بیماری می‌تواند بر سلامت جسم و روان بیماران تاثیر منفی بگذارد و این شرایط می‌تواند پیامدهای مخربی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد و آنان کیفیت زندگی مرتبط به سلامت پایین‌تری تجربه کنند (دائودن<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ دی اسپریتو<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ آرسنجهوا<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). عوامل مختلفی می‌توانند با کیفیت زندگی در ارتباط باشند، که از جمله آنها می‌توان به تاب‌آوری<sup>۲۳</sup> اشاره کرد (تسانسیدیس<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ چئونگ<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ استونه<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). تاب‌آوری به عنوان توانایی سازش‌یافتگی موفقیت‌آمیز با شرایط تنیدگی‌زا و تهدیدزا توصیف شده است (لیانگ<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاجون-زاگالاز<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). تاب‌آوری برای ارتقای سلامت و پاسخ به استرس ضروری است و می‌تواند به بیماران مبتلا در مقابله با مشکلات ناشی از بیماری کمک کند (فادگیاس استانسولتی<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). با توجه به آنچه گفته شد کیفیت زندگی (تسانسیدیس و همکاران، ۲۰۲۵؛ چئونگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ استونه و همکاران، ۲۰۲۵) می‌تواند تحت تاثیر تاب‌آوری باشد، اما آنچه اهمیت دارد، پرداختن به نقش متغیرهای میانجی در روابط بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی است، که در این پژوهش به بررسی نقش میانجی‌کننده ناگویی هیجانی<sup>۳۰</sup> پرداخته شده است، چراکه ناگویی هیجانی می‌تواند از پیشایندهای این پژوهش یعنی تاب‌آوری تاثیر بپذیرد (کراپارو<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و هم بر پیامدهای این پژوهش یعنی کیفیت زندگی تاثیر بگذارد (فرانکو<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

به همین دلیل ناگویی هیجانی می‌تواند یک متغیر میانجی مناسب برای پژوهش حاضر باشد، که به عنوان یک وضعیت توصیف شده است که با درجه پایینی از خودآگاهی عاطفی مشخص می‌شود (دیتزر<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین ناگویی هیجانی یک ساختار چندوجهی است که شامل مشکلاتی در شناسایی و توصیف احساسات خود و تشخیص تجربیات عاطفی از سیگنال‌های درونی بدن، و یک سبک تفکر است که بیشتر بر جنبه‌های بیرونی واقعیت تمرکز می‌کند و کمتر بر روی تجربیات درونی به‌ویژه احساسات تمرکز می‌کند (مندیا<sup>۳۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). فقر تخیل یا دنیای

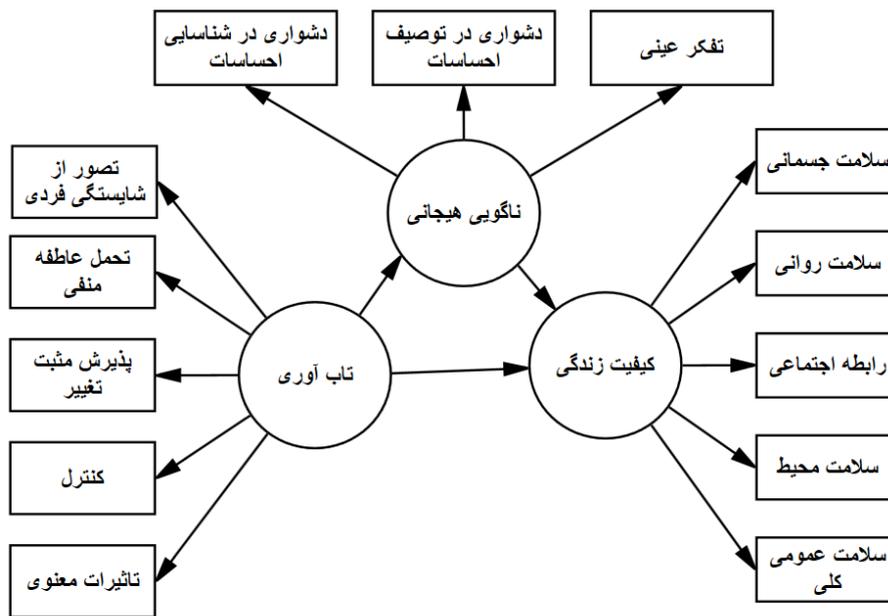
پسوریازیس<sup>۱</sup> یک بیماری التهابی مزمن (پاریسی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و یک بیماری خودایمنی<sup>۳</sup> است (والنیکزک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) که تقریباً ۲ تا ۳ درصد از جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و پاتوژنز<sup>۵</sup> (بیماری‌زایی) پسوریازیس پیچیده است و شامل اختلال در تنظیم ایمنی، افزایش تکثیر و رگ‌زایی است (سوگوماران<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). پسوریازیس معمولاً روی آرنج، زانو، پوست سر و ناحیه خاجی قرار دارند و این ضایعات می‌توانند باعث خارش شدید، درد و پوسته‌ریزی قابل مشاهده شوند که منجر به ناراحتی جسمی می‌شود (پیتادیا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسپیتزر<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) و باعث ایجاد انگ اجتماعی و محدود شدن تعاملات اجتماعی و بین فردی می‌شود (وینترمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). در نتیجه، بیماران پسوریازیس اغلب احساس شرم، اضطراب یا افسردگی را تجربه می‌کنند (موستاتا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این بیماری عمدتاً بزرگسالان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد در کشورهای آسیایی شایع‌تر باشد (چون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴) و به دلیل بار و شدت علائم، بیماری‌های همراه و کمبود درمان‌های مناسب، می‌تواند تأثیرات عمیق منفی و آسیب‌زایی بر کیفیت زندگی<sup>۱۲</sup> داشته باشد (وئی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ پرز-چادا<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

کیفیت زندگی احساس رضایت کلی از زندگی است، که از طریق ارزیابی زندگی فردی که از نظر ذهنی هوشیار است، تعیین می‌شود (چونگ<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال در کیفیت زندگی در میان بیماران مبتلا به مبتلا به پسوریازیس اغلب شدید است (مائول<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹)، و بهبود در شدت پسوریازیس با بهزیستی عمومی بهتر همراه است (بلومی<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ مائول<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین می‌توان گفت که شیوع پسوریازیس به دلیل تغییرات خاص کشور و تنوع روش‌شناختی مطالعات اپیدمیولوژیک متفاوت است، اما در یک تجزیه و تحلیل جهانی، مشخص شده است که از ۴ دهم درصد تا تقریباً ۳ درصد متغیر است (کاستا<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس یک مطالعه در ایران از ۲۲۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس، ۵۳/۲ درصد مرد و ۴۶/۸ درصد زن بودند. بیشترین درصد پسوریازیس، نوع ولگاریس (۵۵ درصد)، سپس، نوع پوستولار (۲۶/۸ درصد) اریترودرمی (۱۲/۷ درصد) بودند و نوع فلکسورال با ۵/۵ درصد در رده بعدی قرار داشته است (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۸).

18. Maul
19. Costa
20. Daudén
21. Di Spirito
22. Arsenjeva
23. resilience
24. Tsanasidis
25. Chuang
26. Stone
27. Liang
28. Cachón Zagalaz
29. Fadgyas Stanculete
30. alexithymia
31. Craparo
32. Franco
33. Ditzer
34. Mendia

1. psoriasis
2. Parisi
3. autoimmune
4. Walniczek
5. pathogenesis
6. Sugumaran
7. Pithadia
8. Spitzer
9. Wintermann
10. Mustatã
11. Choon
12. quality of life
13. Wei
14. Pérez-Chada
15. Chung
16. Maul
17. Blome

مغفول مانده است، پرداخته می‌شود. لذا انجام اینگونه تحقیقات اهمیت دارد و روانشناسان و مشاورانی که در زمینه مشکلات جسمانی و بیماری‌های پوستی فعالیت می‌کنند، می‌توانند از نتایج این پژوهش در راستای اهداف خود استفاده کنند. با توجه به آنچه گفته شد هدف از انجام این پژوهش بررسی مدل ساختاری کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران پسوریازیس بوده است. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

## روش

روانپزشکی، عدم همکاری در پاسخگویی به تمامی سوالات پژوهش و دریافت همزمان روان‌درمانی بود. جهت سنجش متغیرهای پژوهش، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی، جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری<sup>۲</sup> استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۹ و برنامه AMOS نسخه ۲۹ بود. در این پژوهش ۲۶۰ نفر به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و از بین آنها پاسخنامه‌ای به عنوان پرت و گمشده‌ای شناسایی نشد. لذا تحلیل بر روی ۲۶۰ نفر صورت گرفت.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۳</sup> (WHOQOL-BRIEF): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) تدوین شده است که ۲۶ سوال دارد و ۵ خرده مقیاس سلامت جسمی<sup>۴</sup> با سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸؛ سلامت روانی<sup>۵</sup> با سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶؛ رابطه اجتماعی<sup>۶</sup> با سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲؛ سلامت محیط<sup>۷</sup> با سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳ و ۲۴؛

فانتزی در کنار فقدان احساسات مثبت و شیوع بالای احساسات منفی به عنوان مشخصه ناگویی هیجانی توصیف شده است (تیلور و باگی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). در مجموع، در تحقیقات قبلی به رابطه بین متغیرهای تاب‌آوری و ناگویی هیجانی با کیفیت زندگی پرداخته شده است که این روابط در سطور بالا ذکر شد. اما آنچه مهم است و شکاف پژوهشی محسوب می‌شود و در تحقیقات قبلی به آن پرداخته نشده است، آن است که آیا ناگویی هیجانی می‌تواند میانجی‌کننده روابط بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی باشند یا خیر؛ که در پژوهش حاضر، به این خلاء و شکاف پژوهشی مهم که در تحقیقات قبلی

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. بر اساس پیشنهاد کلاین (۲۰۲۳)، تعداد ۲۰۰ نفر پاسخ‌دهنده نیاز است. اما برای تعمیم‌پذیری نتایج حجم نمونه ۲۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. به این صورت که نمونه از بین بیمارانی که به آنها دسترسی وجود داشت، انتخاب شد و سپس شرکت‌کنندگان به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص ابتلا به بیماری پوستی پسوریازیس توسط پزشک متخصص، گذشت حداقل ۶ تا ۱۲ ماه از بیماری، داشتن حداقل میزان تحصیلات دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر و عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی (براساس خودگزاردهی) ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل سوء مصرف مواد و داروهای

4. physical health  
5. psychological health  
6. social relations  
7. environment health

1. Taylor & Bagby  
2. structural equation model (SEM)  
3. World Health Organization Quality of Life-BRIEF (WHOQOL-Brief)

۰/۷۱، تحمل عاطفه منفی ۰/۷۲، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ۰/۸۲، کنترل ۰/۸۳، تأثیرات معنوی ۰/۷۵ و کل سوالات ۰/۹۳ دست آمد.

**مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو<sup>۱۲</sup> (TAS):** این مقیاس توسط بگی<sup>۱۳</sup> و همکاران (۱۹۹۴) تدوین شده است و ۲۰ سوال دارد و سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات<sup>۱۴</sup> (توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس‌های بدنی) با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات<sup>۱۵</sup> (توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا آزمودنی قادر است احساسات خود را در قالب لغات بیان کند یا خیر) با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی<sup>۱۶</sup> (میزان درون‌نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران) با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می‌کند (زارعی نوروزی و همکاران، ۱۴۰۴). نمره‌گذاری آن در در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم (تا حدودی مخالفم) نمره ۲، نظری ندارم (نه مخالف و نه موافق) نمره ۳، موافقم (تا حدودی موافق) نمره ۴ و کاملاً موافقم ۵ نمره صورت می‌گیرد. سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت کاملاً مخالفم نمره ۵، مخالفم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، موافقم نمره ۲ و کاملاً موافقم ۱ نمره داده می‌شود. نمره بالاتر از ۶۱ به عنوان نقطه برش مقیاس در نظر گرفته شده است. در ایران روایی و پایایی آن بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است (منصوری و همکاران، ۱۴۰۴). در خارج از کشور ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ به دست آمده است (چان<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است که نشان دهنده پایایی بسیار خوب است (موزی<sup>۱۸</sup> و همکاران ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۶، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۸ و تفکر عینی ۰/۹۲ و کل سوالات ۰/۹۶ دست آمد.

### یافته‌ها

میانگین سن افراد شرکت‌کننده ۳۲/۴۳ و انحراف معیار ۸/۸۰ بود. ۳۲ نفر (۱۲/۳ درصد) زیر دبیلیم، ۷۳ نفر (۲۸/۱ درصد) دبیلیم، ۵۳ نفر (۲۰/۴ درصد) لیسانس، ۷۳ نفر (۲۷/۳ درصد) فوق لیسانس و ۱۹ نفر (۷/۳ درصد) دکترا بود. ۶۳ نفر (۲۴/۲ درصد) مرد و ۱۹۷ نفر (۷۵/۸ درصد) زنان بودند. ۸۲ نفر (۳۱/۵ درصد) کارمند، ۳۳ نفر (۱۲/۳ درصد) آزاد و ۱۴۶ نفر (۵۶/۲ درصد) خانه‌دار بودند. در جدول شماره ۱ تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش آمده است.

سلامت عمومی کلی با سوالات ۱ و ۲ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری سوالات در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد، به این صورت که «اصلاً» ۱ نمره، «خیلی کم» ۲ نمره، «کم» ۳ نمره، «زیاد» ۴ نمره و «خیلی زیاد» ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. نقطه برش پرسشنامه نمره ۷۸ و پایین‌تر است. در ایران پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است (شیخ الاسلامی و همکاران، ۱۴۰۴). در تحقیقات خارج از کشور نیز پایایی آن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۷۲ محاسبه شده است و روایی پرسشنامه نیز روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۱</sup> (CFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب<sup>۲</sup> (RMSEA) به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۰۸ به دست آورده‌اند (بات-آردنه<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب سلامت جسمی ۰/۷۱، سلامت روانی ۰/۸۲، رابطه اجتماعی ۰/۸۰، سلامت محیط ۰/۷۲، سلامت عمومی کلی ۰/۷۵ و کل سوالات ۰/۹۱ دست آمد.

**مقیاس تاب‌آوری (RISC):** این مقیاس توسط کانر و دیویدسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) تدوین شده است و ۲۵ سوال دارد و توانایی مقابله با استرس را در مواجهه با خطر یا ناملایمات اندازه‌گیری می‌کند و ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی<sup>۵</sup> با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵؛ تحمل عاطفه منفی<sup>۶</sup> با سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۱۸ و ۲۰؛ پذیرش مثبت تغییر<sup>۷</sup> و روابط ایمن با سوالات ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸؛ کنترل<sup>۸</sup> با سوالات ۱۳، ۲۱ و ۲۲؛ تأثیرات معنوی<sup>۹</sup> با سوالات ۳ و ۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس به صورت پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که برای «کاملاً مخالفم» نمره ۰، «مخالفم» نمره ۱، «نظری ندارم» نمره ۲، «موافقم» نمره ۳، «کاملاً موافقم» نمره ۴ در نظر گرفته شده است. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است و نمره بیشتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر افراد است. سازندگان مقیاس روایی افتراقی آن را با مقیاس استرس ادراک شده<sup>۱۰</sup> بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۶- و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش کرده‌اند و برای بررسی پایایی از ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند و ضریب کل سوالات ۰/۸۷ به دست آمده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در تحقیقات جدیدتر آلفای کرونباخ مقیاس بررسی و ضریب ۰/۹۶ به دست آمده است و روایی ملاکی (همزمان) آن با مقیاس بهزیستی روانشناختی<sup>۱۱</sup> بررسی و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۹ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (تمنایی فر و شیرانی، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب برای تصور از شایستگی فردی

10. Perceived Stress Scale (PSC)

11. Psychological Well-being Scale (PWBS)

12. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

13. Bagby

14. difficulty identifying feelings

15. difficulty describing feelings

16. objective thinking

17. Chan

18. Muzi

1. comparative fit index (CFI)

2. root mean square error of approximation (RMSEA)

3. Bat-Erdene

4. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

5. personal competence

6. tolerance of negative affects

7. positive acceptance of change

8. control

9. spirituality

جدول ۱: تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
سلامت جسمانی	۲۶۰	۱۵/۳۷	۵/۳۳	-۰/۳۰	-۱/۳۴
سلامت روانی	۲۶۰	۱۴/۳۸	۵/۳۸	-۰/۲۸	-۱/۲۳
رابطه اجتماعی	۲۶۰	۸/۲۵	۳/۲۰	-۰/۵۲	-۱/۰۸
سلامت محیط	۲۶۰	۲۲/۵۷	۹/۲۶	-۰/۴۵	-۱/۲۹
سلامت عمومی کلی	۲۶۰	۵/۵۷	۲/۱۹	-۰/۲۸	-۱/۱۸
نمره کل کیفیت زندگی	۲۶۰	۶۶/۱۳	۲۴/۴۲	-۰/۴۴	-۱/۱۹
تصور از شایستگی فردی	۲۶۰	۱۳/۳۳	۴/۵۴	-۰/۴۶	-۰/۲۱
تحمل عاطفه منفی	۲۶۰	۱۲/۰۹	۵/۱۰	-۰/۰۳	-۱/۰۹
پذیرش مثبت تغییر	۲۶۰	۱۰/۶۳	۴/۳۳	-۰/۲۵	-۰/۹۹
کنترل	۲۶۰	۶/۶۳	۲/۷۸	-۰/۲۲	-۱/۰۵
تاثیرات معنوی	۲۶۰	۳/۵۹	۲/۱۵	۰/۱۷	-۱/۱۵
نمره کل تاب‌آوری	۲۶۰	۴۶/۲۷	۱۷/۰۳	-۰/۰۷	-۱/۱۸
دشواری در شناسایی احساسات	۲۶۰	۱۵/۴۲	۴/۹۹	-۰/۲۷	-۱/۳۹
دشواری در توصیف احساسات	۲۶۰	۱۱/۵۳	۲/۸۵	۰/۱۰	-۱/۴۹
تفکر عینی	۲۶۰	۲۲/۱۹	۸/۸۷	-۰/۲۳	-۱/۲۳
نمره کل ناگویی هیجانی	۲۶۰	۴۶/۱۳	۱۶/۲۷	-۰/۱۲	-۱/۳۹

جدول ۱ مقدار ضریب مردیا ۱/۶۱ دست آمد که نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است. از دیگر مفروضات مدل‌یابی معادلات ساختاری مفروضه استقلال خطاهاست مقدار آماره‌ی دوربین واتسون<sup>۲</sup> بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، لذا می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. مفروضه هم‌خطی چندگانه<sup>۳</sup> نیز بررسی و هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نبود. لذا هم‌خطی چندگانه وجود نداشت. در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد (کلاین، ۲۰۲۳)، که در این پژوهش مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه ۲- تا ۲+ قرار داشت. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از «ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا<sup>۱</sup>» استفاده می‌شود که مقدار به دست آمده برای ضریب مردیا باید کمتر از ۴ باشد (کلاین، ۲۰۲۳) که بر اساس نتایج مندرج در

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- کیفیت زندگی	۱										
۲- تصور از شایستگی	۰/۶۱**	۱									
۳- تحمل	۰/۶۳**	۰/۶۳**	۱								
۴- پذیرش مثبت	۰/۵۰**	۰/۵۷**	۰/۶۵**	۱							
۵- کنترل	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	۰/۶۲**	۱						
۶- تاثیرات معنوی	۰/۴۳**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۰/۵۰**	۱					
۷- نمره کل تاب‌آوری	۰/۴۲**	۰/۷۱**	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۰/۶۱**	۰/۶۱**	۱				
۸- دشواری در شناسایی	۰/۶۳**	۰/۵۲**	۰/۶۱**	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۱			
۹- دشواری در توصیف	۰/۶۱**	۰/۶۱**	۰/۴۷**	۰/۵۷**	۰/۶۲**	۰/۳۵**	۰/۴۳**	۰/۴۵**	۱		
۱۰- تفکر عینی	۰/۶۴**	۰/۵۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۵۰**	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۱	
۱۱- نمره کل ناگویی	۰/۶۹**	۰/۵۴**	۰/۶۲**	۰/۶۳**	۰/۶۷**	۰/۵۰**	۰/۸۸**	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۰/۵۹**	۱

\*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

3. multicollinearity

1. mardia's normalized multivariate kurtosis value  
2. durbin-watson

جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ( $t=0/42$ ,  $p<0/01$ ). بین ناگویی هیجانی با کیفیت زندگی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد ( $t=-0/69$ ,  $p<0/01$ ). در ادامه در جدول ۳ ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳: ضرایب استاندارد و مستقیم در مدل برازش شده پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد (بتا)	خطای استاندارد (S.E)	نسبت بحرانی (آماره t)	سطح معناداری (sig)
تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	۰/۶۳	۰/۱۲	-۱۲/۲۵	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	-۰/۵۲	۰/۱۰	۹/۳۵	۰/۰۰۱
تاب‌آوری ← ناگویی هیجانی	-۰/۶۵	۰/۱۳	-۱۳/۲۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ضریب استاندارد و مستقیم تاب‌آوری ( $\beta=0/63$  و  $\text{sig}=0/001$ ) و ناگویی هیجانی ( $\beta=-0/52$  و  $\text{sig}=0/001$ ) بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و معنادار دارد. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیر میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بوت استروپ تاب‌آوری با میانجی‌گری ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی

مسیر غیرمستقیم	اثر استاندارد غیرمستقیم	فاصله اطمینان	معناداری
		حد پایین	حد بالا
تاب‌آوری ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	-۰/۶۵	-۰/۳۵	-۰/۵۷

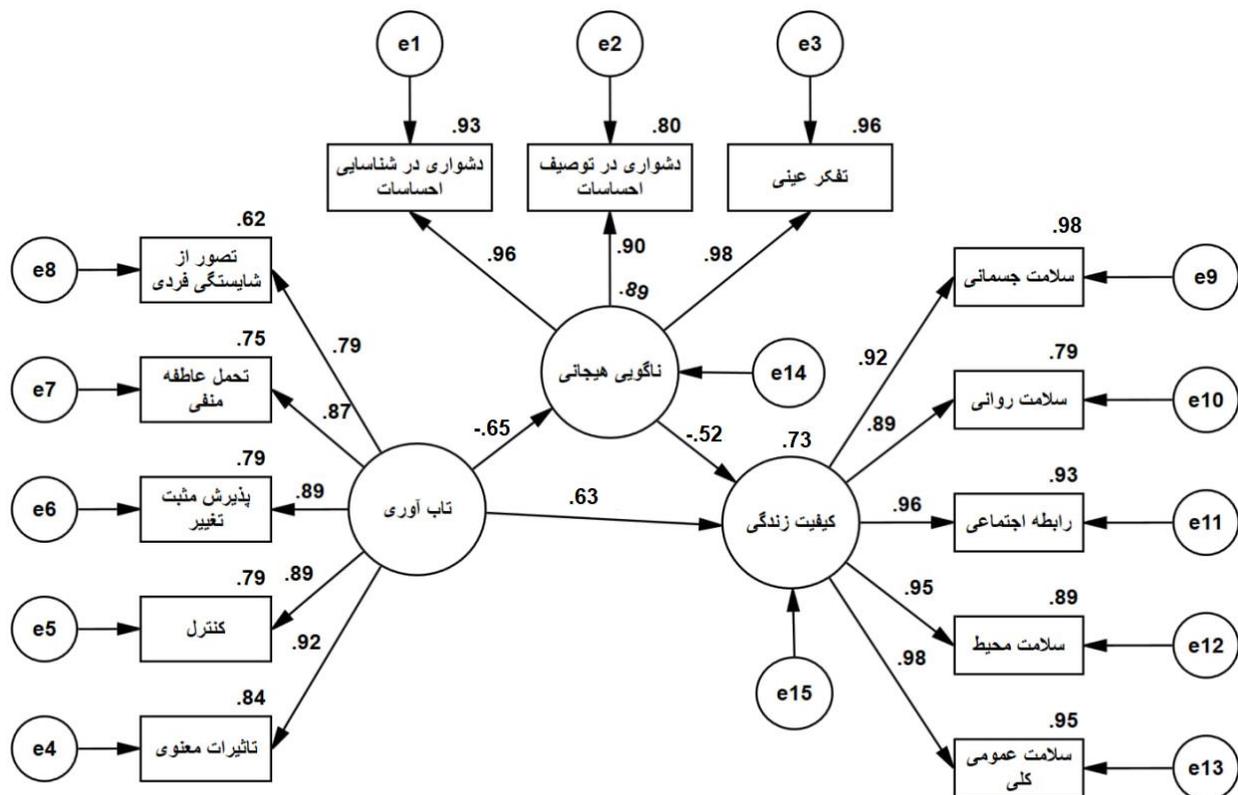
برای تعیین معنی‌داری تاب‌آوری بر کیفیت زندگی از طریق نقش میانجی ناگویی هیجانی از روش بوت استروپ استفاده شد. بر اساس جدول ۴ نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود (کردنوقایی و ویسی، ۱۴۰۳). مطابق نتایج جدول ۴ این قاعده در مورد تاب‌آوری بر کیفیت زندگی با نقش میانجی ناگویی هیجانی صدق می‌کند. در جدول ۵ شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

جدول ۵: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
کای اسکور هنجار شده (CMIN)	۱۲۱/۵۳	-
درجه آزادی	۶۲	-
CMIN/DF	۱/۹۶	کمتر از ۳
سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۰۸
شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۸
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۶۷	بیشتر از ۰/۶۰
شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۱	بیشتر از ۰/۶۰
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸	بیشتر از ۰/۹۰
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰

باشد (کابل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۵)، یا بر اساس منابعی دیگر از جمله الهمادی و همکاران (۲۰۲۵) که ذکر کرده‌اند، برای شاخص SRMR مقادیر کمتر از ۰/۰۵ نشان دهنده تناسب خود و مقادیر کمتر یا مساوی ۱۰ نشان دهنده تناسب قابل قبول است. مطابق نتایج میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۶ و ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR) به میزان ۰/۰۵ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. همچنین فاصله اطمینان ۹۵ درصد اطراف شاخص RMSEA بین ۰/۰۴۱ و ۰/۰۵۴ قرار دارد که حاکی از وضعیت مطلوب برازش مدل است. شکل ۲ مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است.

در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست نمایی<sup>۱</sup> (MLE) بوده است. بر اساس نتایج شاخص‌های برازش مدل پژوهش همگی مطلوب بودند و شاخص ریشه میانگین مجذور تقریب (RMSEA) باید مقدار آن زیر ۰/۰۸ باشد (رینگل<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ الهمادی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵؛ ویسی و همکاران، ۱۴۰۴). همچنین ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده<sup>۴</sup> (SRMR) به عنوان تفاوت بین همبستگی مشاهده شده و ماتریس همبستگی ضمنی مدل تعریف می‌شود. این شاخص امکان ارزیابی میانگین بزرگی اختلافات بین همبستگی‌های مشاهده شده و مورد انتظار را به عنوان معیار مطلق معیار برازش (مدل) فراهم می‌کند (ویسی، کاشفی و ایمانی، ۱۴۰۳؛ هنسلر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). اگر مقدار شاخص SRMR کمتر از ۰/۰۸



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

شکل ۲، مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. واریانس تبیین شده برای متغیر ملاک (کیفیت زندگی) بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی برابر با ۷۳ درصد به بدست آمده است و این موضوع بیانگر آن است که تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در مجموع ۷۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

4. standardized root mean square residual (SRMR)  
5. Henseler  
6. Kabul

1. Maximum Likelihood Estimation (MLE)  
2. Ringle  
3. Aldhadi

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل‌یابی ساختاری کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران پسوریازیس انجام شده است. نتایج نشان داد که تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس رابطه مستقیم دارد. این نتیجه را می‌توان با نتایج تحقیقات تسانسیدیس و همکاران (۲۰۲۵)، چئونگ و همکاران (۲۰۲۳) و استونه و همکاران (۲۰۲۵) همسو دانست که رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی را نشان داده‌اند. همچنین نتیجه‌ای که غیرهمسو با نتایج به دست آمده باشد یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که تاب‌آوری فرآیند و نتیجه سازگاری موفقیت‌آمیز با تجربیات دشوار یا چالش برانگیز زندگی، به‌ویژه از طریق انعطاف‌پذیری ذهنی، عاطفی و رفتاری و سازگاری با خواسته‌های بیرونی و درونی است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۸؛ به نقل از جواراجان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). فرض می‌شود که تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار است که می‌تواند اثرات نامطلوب استرس را تعدیل کرده و سازگاری را ارتقا دهد. نشان داده شده است که تاب‌آوری یک عامل محافظتی مهم است که می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی را در حضور تجربیات نامطلوب دوران کودکی کاهش دهد. همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که تاب‌آوری ممکن است یک عامل محافظتی در برابر مشکلات روانشناختی (ترون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵) و پایین بودن میزان کیفیت زندگی در افراد باشد (تسانسیدیس و همکاران، ۲۰۲۵؛ چئونگ و همکاران، ۲۰۲۳). در مجموع می‌توان گفت بیماران پسوریازیسی که تاب‌آوری و بردباری بیشتری در برابر مشکلات و مصائب روزمره زندگی دارند و بهتر می‌توانند در برابر این مشکلات تاب بیاورند، نسبت به سایر بیماران سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری داشته باشد و با تجربه سلامت جسمانی و سلامت روان‌شناختی بیشتر، علائم بیماری در آنان کمتر اثرگذار است و به همین دلیل کیفیت زندگی بهتری دارند. لذا منطقی است گفته شود که تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس رابطه مستقیم داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس نقش میانجی دارد. پژوهشی وجود ندارد که نشان داده باشد که ناگویی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس نقش میانجی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که تاب‌آوری سازه‌ای است که می‌تواند سازگاری و بازگشت از موقعیت‌های دشواری که افراد مختلف با گروه‌های سنی گوناگون با آن مواجه می‌شوند را ارتقا دهد. این سازه توانایی فرد را برای بازیابی و سازگاری مثبت با رویدادهای استرس‌زا و چالش‌برانگیز توصیف می‌کند (موانگی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). تاب‌آوری از جهت اینکه یک مکانسیم مقابله‌ای سازنده و یا سازگاران برای مواجهه با مشکلات، رویدادهای استرس‌زا و تنیدگی‌های مختلف زندگی روزمره افراد است، به بیماران مبتلا به پسوریازیس کمک می‌کند که حس پذیرش شرایط و موقعیت‌هایی مانند

بیماری پسوریازیس را که ممکن است غیرقابل بازیابی و درمان باشند، افزایش دهد، هیجانات را تنظیم کند و این به کم کردن میزان ناگویی هیجانی آنان کمک کرده و از این طریق کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان بهتر از سایر بیماران گردد. بنابراین بیمارانی که تاب‌آوری بالاتری دارند، می‌توانند با تنظیم هیجان و کم کردن میزان ناگویی هیجانی، سعی در بالا بردن روابط خود با دیگران و اطرافیان‌شان کرده و از این طریق میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشتری را نسبت به سایر بیماران تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که ناگویی هیجانی می‌تواند در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس نقش میانجی داشته باشد.

تحقیق حاضر دارای چندین محدودیت بود. این مطالعه یک طرح مقطعی بود. بنابراین، مطالعات آینده می‌توانند طرح‌های تجربی یا طولی را برای کشف رابطه بین متغیرها اتخاذ کنند. داده‌ها تنها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد. اگرچه اعتبار و پایایی این پرسشنامه‌ها به خوبی ثابت شده است، سوگیری پاسخ یا پاسخ‌های اجتماعی مطلوب ممکن است در مطالعه حاضر وجود داشته باشد. شرکت‌کنندگان این مطالعه نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری پسوریازیس شهر تهران بودند، بنابراین کاربرد نتایج به بیماران سایر شهرها محدود است. با توجه به اینکه این پژوهش در بین مبتلایان پسوریازیس بدون تفکیک جنسیتی صورت پذیرفته است، مطالعات آینده می‌تواند داده‌ها را از نمونه‌هایی از هر دو جنس نیز جمع‌آوری کند تا بتوان به شناخت بیشتری در باره عوامل موثر بر کیفیت زندگی مبتلایان به پسوریازیس دست پیدا کرد.

نتایج پژوهش حاضر دارای کاربردهایی برای روانشناسان سلامت است. به این صورت که می‌توان به روانشناسان سلامت پیشنهاد کرد که برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به پسوریازیس، در طراحی مداخلات به نقش تاب‌آوری و ناگویی هیجانی توجه شود. همچنین می‌توان از نتایج این پژوهش برای توانمندسازی این بیماران از نظر تجربه کیفیت زندگی بالاتر و ارائه راهکارهای مختلف جهت بهبود کیفیت زندگی در آنان بهره برد. در مجموع می‌توان نتیجه‌گیری که باید به نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی توجه شود و روانشناسان سلامت این مؤلفه را در کاربست درمانی در کار با افراد مبتلا به پسوریازیس بگنجانند.

## تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگان (بیماران پسوریازیس) که در پژوهش شرکت کردند و همچنین مسئولین کلینیک‌ها و بیمارستان‌های شهر تهران که برای به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

## تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

## منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی نداشته است.

**ملاحظات اخلاقی**

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان نداشته است. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.SRB.REC.1402.111 می‌باشد.

**دسترسی به داده‌ها**

امکان اشتراک‌گذاری داده‌ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک‌گذاری داده‌ها، می‌توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

**نقش نویسندگان**

فاطمه علی بابایی: بررسی و انتخاب موضوع مقاله، تحریر مقاله، وارد کردن داده‌ها و تحلیل آزمون و انجام اصلاحات مقاله.

حسین اسکندری: نظارت بر روند تکمیل مقاله و ارائه راهنمایی‌هایی جهت اصلاحات موجود در مقاله.

سارا هاشمی: نظارت بر روند تکمیل مقاله، نظارت بر وارد کردن داده‌ها، تحلیل آزمون در برنامه SPSS و بررسی جداول مقاله و ارائه راهنمایی‌هایی جهت اصلاحات مقاله.

## References

- Ahangarzadeh Rezaei S., Rasouli, M. (2015). Psychometric properties of the Persian version of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer. *OF. Nursing and Midwifery Journal*, 13(9), 739-747. <https://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2369-fa.html> [in Persian]
- Aldhmadi, B. K., Kumar, R., Perera, B., & Algarni, M. (2025). Examining factor structure and psychometric properties of Ethical Leadership Questionnaire with Healthcare Professionals in Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(1), 101-106. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.1.10861>
- Alizadeh, N., Darjani, A., Porabbas, M. (2019). Epidemiology and Clinical Features of Psoriasis Patients Admitted to A Dermatology Ward. *JGUMS*, 28 (110), 1-7. <http://journal.gums.ac.ir/article-1-2146-fa.html> [in Persian]
- Arsenjeva, J., Kruus, P., Hallik, R., Matasova, S., Prett, L., Kaarna, K., ... & Kingo, K. (2025). Remote Monitoring of Psoriasis: Comparing Care Models and Evaluating Quality of Life Outcomes: Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.2196/73664>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bat-Erdene, E., Tumurbaatar, E., Tumur-Ochir, G., Jamiyandorj, O., Jadamba, T., Yamamoto, E., ... & Lkhagvasuren, B. (2023). Validation of the abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life in Mongolia: a population-based cross-sectional study among adults in Ulaanbaatar. *Nagoya Journal of Medical Science*, 85(1), 79-92. <https://doi.org/10.18999/2Fnagjms.85.1.79>
- Blome, C., Gosau, R., Radtke, M. A., Reich, K., Rustenbach, S. J., Spehr, C., ... & Augustin, M. (2016). Patient-relevant treatment goals in psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 308(2), 69-78. <https://doi.org/10.1007/s00403-015-1613-8>
- Cachón Zagalaz, J., López Manrique, I., San Pedro Veledo, M. B., Zagalaz Sánchez, M. L., & González González de Mesa, C. (2020). The importance of the phoenix bird technique (resilience) in teacher training: CD-RISC scale validation. *Sustainability*, 12(3), 1-10. <https://doi.org/10.3390/su12031002>
- Chan, J., Becerra, R., Weinborn, M., & Preece, D. (2023). Assessing alexithymia across Asian and western cultures: psychometric properties of the perth alexithymia questionnaire and Toronto alexithymia scale-20 in Singaporean and Australian samples. *Journal of Personality Assessment*, 105(3), 396-412. <https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2095641>
- Choon, S. E., De La Cruz, C., Wolf, P., Jha, R. K., Fischer, K. I., Goncalves-Bradley, D. C., ... & Gottlieb, A. B. (2024). Health-related quality of life in patients with generalized pustular psoriasis: A systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 38(2), 265-280. <https://doi.org/10.1111/jdv.19530>
- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(2), 507-514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S392332>
- Chung, K. C., Muthantri, A., Goldsmith, G. G., Watts, M. R., Brown, A. E., & Patrick, D. L. (2024). Symptom impact and health-related quality of life (HRQoL) assessment by cancer stage: a narrative literature review. *BMC Cancer*, 24(1), 884-896. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12612-z>
- Conner, K.M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(1), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Costa, A. A., Cota, L. O. M., Esteves Lima, R. P., Oliveira, A. M. S. D., Cortelli, S. C., Cortelli, J. R., ... & Costa, F. O. (2024). The association between periodontitis and the impact of oral health on the quality of life of individuals with psoriasis and psoriatic arthritis. *PLoS One*, 19(6), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301158>
- Craparo, G., Magnano, P., Zapparrata, M. V., Gori, A., Costanzo, G., Pace, U., & Pellerone, M. (2018). Coping, attachment style and resilience: the mediating role of alexithymia. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1773>
- Daudén, E., Vidal, D., Romero, A., Bordel, M. T., Rivera, R., Márquez, J., ... & Zulaica, A. (2024). Psoriasis Severity, Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Activity Impairments Among Patients With Moderate to Severe Psoriasis Receiving Systemic Treatment: Real-World Data From Clinical Practice in Spain. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 115(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.07.001>
- Di Spirito, F., Raimondo, A., Di Palo, M. P., Martina, S., Fordellone, M., Rosa, D., ... & Lembo, S. (2024). Oral Lesions and Oral Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Psoriasis: A Retrospective Chart Review. *Life*, 14(3), 347-357. <https://doi.org/10.3390/life14030347>
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(5-6), 311-320. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>
- Fadgyas Stanculete, M., Ismaiel, A., Popa, S. L., & Capatina, O. O. (2023). Irritable Bowel Syndrome and Resilience. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 10-20. <https://doi.org/10.3390/jcm12134220>

- Franco, P., Tesio, V., Bertholet, J., Gasnier, A., Del Portillo, E. G., Spalek, M., ... & Castelli, L. (2020). The role of alexithymia and empathy on radiation therapists' professional quality of life. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*, 15(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.07.001>
- Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., ... & Calantone, R. J. (2014). Common beliefs and reality about PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational Research Methods*, 17(2), 182-209. <https://doi.org/10.1177/1094428114526928>
- Jeevarajan, J. R., Theodorou, A., Nandy, K., Guerra, M., Madaia, N. D., Claassen, C., ... & Trivedi, M. H. (2025). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) in adolescent and young adult psychiatric outpatients in the Texas Youth Depression and Suicide Research Network (TX-YDSRN). *Journal of Affective Disorders*, 375, 155-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.091>
- Kabul, E. G., Aksoy, C. C., & Calik, B. B. (2025). The validity of Turkish version of Social Frailty Index in older adults: An index of social attributes predictive of mortality. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 60(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101556>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford publications. <https://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-Kline/9781462551910>
- Kordnooghi, R., & Veisi, S. (2024). Developing a Model of Wisdom Based on Successful Intelligence and Psychological Well-Being in Students: The Mediating Role of Creativity. *Positive Psychology Research*, 10(3), 29-50. [in Persian] <https://doi.org/10.22108/ppls.2025.139681.2473>
- Liang, M., Chen, P., Molassiotis, A., Jeon, S., Tang, Y., Hu, G., ... & Ye, Z. (2023). Measurement invariance of the 10-item resilience scale specific to cancer in Americans and Chinese: A propensity score-based multidimensional item response theory analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100171>
- Mansouri, J., Mohammadi, M., Besharat, M. A., & Amani, N. (2025). Predicting Job Burnout of Medical Staff of Karaj Government Hospitals by Ego Strength: Mediating Role of Emotion Regulation and Alexithymia. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(2), 81-95. [in Persian] <https://doi.org/10.22059/japr.2025.382012.645007>
- Maul, J. T., Augustin, M., Sorbe, C., Conrad, C., Anzengruber, F., Mrowietz, U., ... & Navarini, A. A. (2021). Association of sex and systemic therapy treatment outcomes in psoriasis: a two-country, multicentre, prospective, noninterventional registry study. *British Journal of Dermatology*, 185(6), 1160-1168. <https://doi.org/10.1111/bjd.20387>
- Maul, J. T., Navarini, A. A., Sommer, R., Anzengruber, F., Sorbe, C., Mrowietz, U., ... & Augustin, M. (2019). Gender and age significantly determine patient needs and treatment goals in psoriasis—a lesson for practice. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(4), 700-708. <https://doi.org/10.1111/jdv.15324>
- Mendia, J., Zumeta, L. N., Cusi, O., Pascual, A., Alonso-Arbiol, I., Díaz, V., & Páez, D. (2024). Gender differences in alexithymia: Insights from an Updated Meta-Analysis. *Personality and Individual Differences*, 227(1), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2024.112710>
- Mustață, M. L., Neagoe, C. D., Rădulescu, V. M., Dragne, I. G., Cîmpeanu, R. C., Radu, L., ... & Ianoși, S. L. (2025). Association Between Systemic Inflammation, Metabolic Syndrome and Quality of Life in Psoriasis Patients. *Life*, 15(2), 212-222. <https://doi.org/10.3390/life15020212>
- Muzi, S., Di Trani, M., Renzi, A., & Pace, C. S. (2023). Can alexithymia be assessed through an interview in adolescents? The Toronto Structured Interview for Alexithymia: Reliability, concurrent validity, discriminant validity, and relationships with emotional-behavioral symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1055946>
- Mwangi, K., Odero, S. A., Mbithi, G., Wachira, P., Odhiambo, R., Stephen, R., ... & Abubakar, A. (2025). The Swahili version of the CD-RISC 10 resilience scale: psychometric properties and factors associated with resilience among healthcare workers in Tanzania. *BMC nursing*, 24(1), 289-299. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02917-0>
- Parisi, R., Iskandar, I. Y., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, 369-379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
- Pérez-Chada, L. M., Hopkins, Z. H., Balak, D. M., Rashid, S., Creadore, A., Chu, B., ... & Barbieri, J. S. (2024). Patient-reported outcome measures for health-related quality of life in patients with psoriasis: a systematic review. *JAMA Dermatology*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5439>
- Pithadia, D. J., Reynolds, K. A., Lee, E. B., & Wu, J. J. (2020). Psoriasis-associated itch: etiology, assessment, impact, and management. *Journal of Dermatological Treatment*, 31(1), 18-26. <https://doi.org/10.1080/09546634.2019.1572865>
- Ringle, C. M., Sarstedt, M., Mitchell, R., & Gudergan, S. P. (2020). Partial least squares structural equation modeling in HRM research. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(12), 1617-1643. <https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1416655>

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sheykholeslami, A., Keyvanlou, M., Saeedichavan, H., & Gohari, F. (2025). The Relationship Between Health Anxiety and Illness Perception with Quality of Life of the Older Adult Living in Nursing Homes: The Mediating Role of Perceived Social Support. *Aging Psychology*, 11(1), 136-117. [in Persian] <https://doi.org/10.22126/jap.2025.11676.1832>
- Spitzer, C., Lübke, L., Wülfing, C., Meier, K., Kokolakis, G., Niebel, D., ... & Thiem, A. (2025). Facets of shame and their impact on quality of life in patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Scientific Reports*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-98353-w>
- Stone, C. J., Broadbent, E., Sahni, V. N., Gray, L., Clarke, J. T., Hansen, C. B., ... & Hopkins, Z. H. (2025). Use of the Connor-Davidson Resilience Scale in a complex medical dermatology clinic: Cross-sectional study evaluating associations between resilience, health-related quality of life, and mental health. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2025.02.082>
- Sugumaran, D., Yong, A. C. H., & Stanslas, J. (2024). Advances in psoriasis research: from pathogenesis to therapeutics. *Life Sciences*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2024.122991>
- Tamannaefar, M. R., & Shirani, Z. (2024). Structural Equation Modeling of the Mediating Role of Resilience in the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Well-Being of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Psychology and Personality*, 22(2), 131-142. [in Persian] <https://doi.org/10.22070/cpap.2024.18677.1479>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2021). Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: The way forward tilts to the past. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), 145-155. <https://doi.org/10.1159/000511988>
- Theron, L., Stekel, D. J., Höltge, J., Fawole, O. I., Levine, D. T., Mai-Bornu, Z., ... & Ungar, M. (2025). Factors that affect the resilience of young adults to depression: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 12(5), 377-383. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00044-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00044-6)
- Tsanasidis, M., Kafkia, T., Papoutsis, D., & Kourakos, M. (2025). Resilience, Pain Self-efficacy and Health-related Quality of Life in Greek Hemodialysis Patients: A Cross-sectional Study. *International Journal of Preventive Medicine*, 16(1), 1-10. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm\\_108\\_24](https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_108_24)
- Vaisi, S., Kordnohabi, R., Imani, S., & Kashefi, F. (2025). Psychometric Properties of the Persian Version Abbreviated Wisdom Scale in Iranian Adults. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(3), 161-179. [in Persian] <https://doi.org/10.22059/japr.2024.361950.644670>
- Veisi, S., Kashefi, F., & Imani, S. (2024). Fitness the Causal-Structural Relationships of Successful Intelligence with Wisdom with the Mediation of Musical Intelligence in Piano Players. *Social Psychology Research*, 14(54), 1-14. [in Persian] <https://doi.org/10.22034/spr.2024.424119.1877>
- Walniczek, P., Ponikowska, M., Kolarczyk, E. B., Spaleniak, P., Mróz-Kijowska, K., Czapla, M., & Uchmanowicz, I. (2025). Predictors of Quality of Life in Psoriasis Patients: Insights from a Cross-Sectional Study. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 163-174. <https://doi.org/10.2147/PTT.S516109>
- Wei, W., Zhang, B., Liu, T., & Lu, T. (2024). Effect of psychological intervention on quality of life among patients with psoriasis: a meta-analysis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 911-922. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10315-0>
- Wintermann, G. B., Bierling, A. L., Peters, E. M., Abraham, S., Beissert, S., & Weidner, K. (2024). Psychosocial stress affects the change of mental distress under dermatological treatment—A prospective cohort study in patients with psoriasis. *Stress and Health*, 40(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/smi.3263>
- World Health Organization. (2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.02). World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77773/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2012.02\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.02_eng.pdf)
- Zarei Nouroozi, M., Aghajani, S., & Noori Lasaki, S. (2025). Testing the Causal Model of Adolescent Psychological Distress Based on Childhood Abuse and Alexithymia with the Mediating Role of Sleep Quality. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(77), 115-129. [in Persian] <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.62297.6276>