مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت

دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

بررسی مدل نشانگان اختلال استرس پس از ضربه در بیماران تصادفی بیمارستان جیرفت براساس سرسختی روانشناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۳ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۰۲

سمانه ملائی سربیژن نسب[۱]، فرشته مظهری آزاد[۲]*، اقبال زارعی[۳]

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران ۲. گروه پرستاری، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران ۳. گروه روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به پیامدهای روانی و کاهش کیفیت زندگی ناشی از حوادث ترافیکی، پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل نشانگان اختلال استرس پس از ضربه بر اساس سرسختی روان‌شناختی و نقش میانجی حمایت اجتماعی در بیماران تصادفی بیمارستان جیرفت انجام شد.

روش‌کار: پژوهش حاضر به شیوه توصیفی–همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران تصادفی بستری در بیمارستان جیرفت در بازه زمانی آبان تا دی ۱۴۰۳ بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود، ۳۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس اختلال استرس پس از ضربه واترز و همکاران، پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز کیامرثی و همکاران و پرسشنامه حمایت اجتماعی شربون و استوارت بودند. پایایی ابزارها با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۱ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و مدل‌سازی معادلات ساختاری (PLS) تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سرسختی روان‌شناختی اثر مثبت و معناداری بر حمایت اجتماعی دارد.($p<۰/۰۵$) همچنین، هر دو متغیرِ حمایت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی، تأثیر منفی و معناداری بر شدت علائم اختلال استرس پس از ضربه نشان دادند ($p<۰/۰۵$) با توجه به ضرایب تعیین برای حمایت اجتماعی ۰/۵۴ و برای اختلال استرس پس از ضربه ۰/۶۲ و مقادیر F به‌ترتیب (۴۲/۱ و ۳۶/۸)، مدل از برازش مطلوب و قدرت پیش‌بینی بالایی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی به عنوان عوامل محافظتی، با کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه در مصدومان سوانح، بستری مناسب برای طراحی مداخلات روان‌اجتماعی هدفمند فراهم می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، حمایت اجتماعی، حوادث ترافیکی، سرسختی روان‌شناختی

* **نویسنده مسئول:** گروه پرستاری، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

ایمیل: f.mazhariazad@iau.ac.ir **تلفن:** ۰۹۰۴۳۹۹۵۲۵۶ **نمابر:** ۰۷۶۳۳۶۷۰۲۵۴

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی است که پس از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای شدید مانند تصادفات جاده‌ای، جنگ، حوادث طبیعی، خشونت یا سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی بروز می‌یابد (۱). این اختلال با علائمی در چهار حوزه اصلی مشخص می‌شود: ۱. خاطرات مزاحم و ناخواسته شامل فلاش‌بک‌ها، کابوس‌ها و افکار تکرارشونده مرتبط با رویداد آسیب‌زا؛ ۲. اجتناب از محرک‌های یادآور حادثه مانند مکان‌ها، افراد یا گفتگوهای مرتبط؛ ۳. تغییرات منفی در خلق‌وخو و شناخت، مانند احساس بیگانگی، کاهش علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش و افکار منفی درباره خود یا جهان و افزایش تحریک‌پذیری و واکنش‌های جسمی-عاطفی، مانند اختلال خواب، عصبانیت شدید و رفتارهای خودتخریبی (۲، ۳). این علائم می‌توانند عملکرد روزمره، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی افراد را به شدت مختل کنند و در صورت عدم مداخله درمانی مناسب، برای سال‌ها ادامه یابند (۴). مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به PTSD دو تا پنج برابر بیشتر از جمعیت عمومی در معرض خطر افکار و اقدامات خودکشی قرار دارند (۵). تصادفات جاده‌ای به عنوان یکی از عوامل اصلی ایجاد تروما، سالانه میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهند (۶). شیوع PTSD در بازماندگان این حوادث به طور قابل توجهی بالاتر از جمعیت عمومی است و نرخ آن در برخی مطالعات بین ۲۰ تا ۴۵٪ گزارش شده است. این آمار در ایران، به دلیل نرخ بالای تصادفات جاده‌ای، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۷) سرسختی روانشناختی، به عنوان یک سازه روانشناختی متشکل از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌طلبی، نقش مهمی در کاهش اثرات منفی رویدادهای آسیب‌زا ایفا می‌کند (۸). این ویژگی به افراد کمک می‌کند تا در برابر استرس‌های شدید انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند و و کمتر تحت تأثیر پیامدهای منفی قرار گیرند (۹). مطالعات نشان داده‌اند که افراد با سرسختی روانشناختی بالا، توانایی بهتری در بازسازی شناختی رویدادهای منفی و سازگاری با شرایط دشوار دارند (۱۰، ۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل میانجی، می‌تواند اثرات سرسختی روانشناختی بر PTSD را تعدیل کند. مطالعه‌ای توسط رستم‌پور و همکاران بر روی ۴۷۳ بیمار مبتلا به PTSD با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که حمایت اجتماعی تأثیر مثبت و معناداری بر تاب‌آوری دارد (۱۲). حمایت اجتماعی، که شامل ادراک فرد از مراقبت، تعلق و تعهد متقابل در شبکه‌های اجتماعی است، به عنوان یک سپر محافظتی در برابر استرس‌های روانی عمل می‌کند (۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند حمایت اجتماعی قوی می‌تواند شدت علائم PTSD را کاهش دهد و به بهبود سلامت روان کمک کند (۱۴، ۱۵). نتایج مطالعه باقری و فتحی‌آشتیانی نشان داد که برخورداری از خوش‌بینی، عزت‌نفس، کیفیت زندگی مطلوب، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و سلامت روانی می‌تواند به‌طور معناداری شدت PTSD را در سربازان و جانبازان کاهش دهد (۱۶).

با توجه به این که PTSD می‌تواند طیف گسترده‌ای از پیامدهای منفی را در سطوح فردی، خانوادگی و شغلی به دنبال داشته باشد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این اختلال افزون بر نشانه‌های اصلی خود، با پیامدهای روان‌شناختی قابل توجهی همچون اضطراب، افسردگی، استرس مزمن و افزایش خطر افکار یا رفتارهای خودکشی همراه است. در سطح خانوادگی نیز می‌تواند به تضعیف عملکرد جنسی، کاهش رضایت زناشویی، اختلال در تعاملات والد–فرزند و افت کیفیت فرزندپروری منجر شود. از منظر شغلی، پیامدهایی نظیر کاهش کارآمدی، افزایش رفتارهای پرخطر، غیبت‌های مکرر و حتی ترک خدمت یا شغل در مبتلایان گزارش شده است (۱۷). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در حوزه درمان، از جمله به‌کارگیری رویکردهای شناختی–رفتاری، مداخلات مبتنی بر مدیریت بحران و گروه‌های حمایتی، همچنان مکانیسم‌های زیربنایی PTSD به طور کامل تبیین نشده‌اند و عوامل فردی و بین‌فردی مؤثر بر بروز، شدت و تداوم این اختلال نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر و مدل‌سازی‌های جامع‌تر هستند (۱۸). پیچیدگی نشانه‌ها و تنوع واکنش افراد به رویدادهای آسیب‌زا نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر درمان‌های علامت‌محور، بدون توجه به سازوکارهای محافظتی و زمینه‌ای، نمی‌تواند به درک عمیق و مداخلات پایدار منجر شود. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل ساختاری نشانگان اختلال استرس پس از ضربه در بیماران تصادفی بیمارستان جیرفت، بر اساس سرسختی روان‌شناختی و با میانجی‌گری حمایت اجتماعی انجام شد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی–همبستگی انجام شد. جامعه آماری، بیماران تصادفی بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) جیرفت طی دوره سه ماهه آبان، آذر و دی ماه سال ۱۴۰۳ بودند که حدود ۳۵۰۰ نفر برآورد شدند. برای تعیین حجم نمونه، بر اساس فرمول کوکران، ۳۴۶ نفر محاسبه شد که با احتمال ریزش نمونه ۳۵۰ نفر تعیین گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند (۱۹).

برای انجام پژوهش، معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس اخذ و در اختیار رئیس بیمارستان امام خمینی جیرفت قرار گرفت تا اطلاعات بیماران تصادفی در اختیار پژوهشگر قرار گیرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سابقه تصادف منجر به بستری در بازه زمانی مورد نظر، تشخیص PTSD بر اساس پرسشنامه SRS-PTSD، برخورداری از توانایی جسمی و روانی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و انجام مصاحبه، و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. همچنین، افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی شدید، آسیب‌های مغزی یا نخاعی، و مصرف‌کنندگان داروهای روان‌گردان از مطالعه کنار گذاشته شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه و جلب همکاری داوطلبانه شرکت‌کنندگان، فرآیند جمع‌آوری داده‌ها آغاز شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش و حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، به آنان اطمینان داده شد که مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه است و می‌توانند در هر مرحله، بدون پرداخت هیچ‌گونه هزینه یا تحمل پیامد منفی، از ادامه همکاری انصراف دهند. پس از ارائه توضیحات لازم و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌های پژوهش در فضایی آرام و مناسب در اختیار آنان قرار گرفت. در طول فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها، یکی از پژوهشگران برای پاسخ‌گویی به ابهامات احتمالی در دسترس بود. مدت زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها به طور میانگین حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و ابزار های زیر استفاده شد.

مقیاس اختلال استرس پس از ضربه: (Posttraumatic Stress Disorder Interview (PTSD-I)) یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی برای سنجش نشانگان PTSD است که توسط Wortmann و همکاران، همسو با ملاک‌های تشخیصی ارائه شده در DSM-5 تدوین شده است (۲۰). Blevins و همکاران همسانی درونی این ابزار را ۰/۹۴ و پایایی آزمون–بازآزمون آن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند آیتم‌های مختلف این مقیاس در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز تا بی نهایت) نمره گذاری می‌شود (۲۱). همچنین بویین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۶گزارش کرد (۲۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز (AHI) (Ahvaz Psychological Hardiness Inventory) برای ارزیابی سرسختی: روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه توسط کیامرثی و همکاران (۱۹۹۸) تدوین شده و شامل۲۰ گویه در سه بعد مبارزه‌جویی (سؤالات ۱ تا ۸)، کنترل (سؤالات ۹ تا ۱۵) و تعهد (سؤالات ۱۶ تا ۲۰) است که بر اساس طیف چهاردرجه‌ای لیکرت (هرگز تا اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش کیامرثی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۷۶ برای دختران ۰/۷۴ و برای پسران ۰/۷۶ گزارش شد (۲۳). روایی این ابزار در مطالعه فلاح و همکاران (۱۳۹۸) تأیید و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد مطلوب مقیاس است (۲۴). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سرسختی روانشناختی ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی ۰/۸۱ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب در نمونه مورد مطالعه است.

مقیاس حمایت اجتماعی مطالعه پیامدهای پزشکی: (Medical Outcomes Study Social Support Survey; MOS_SSS) به منظور سنجش ادراک حمایت اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه توسط شربورن و استوارت طراحی شده و شامل ۱۹ گویه در پنج خرده مقیاس است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۵). همچنین تمنایی‌فر و منصوری‌نیک ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۷ گزارش کردند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

برای مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار در نمونه مورد بررسی است.

تجزیه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای آزمون مدل از رویکرد معادلات ساختاری با روش حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. برازش مدل اندازه‌گیری از طریق پایایی (آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و بارهای عاملی)، روایی همگرا (AVE) و روایی واگرا ارزیابی گردید. همچنین برازش مدل ساختاری با شاخص‌های R^2 و Q^2 و برازش کلی با معیار GOF بررسی شد و معناداری نقش میانجی حمایت اجتماعی با آزمون سوبل مورد آزمون قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۳۴۳ (۹۸٪) پرسشنامه تکمیل و جمع‌آوری گردید. بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد در بین شرکت کنندگان ۲۲۹ نفر (۶۶/۷۶٪) را مردان تشکیل دادند. ۹۷ نفر (۲۸/۲۸٪) متاهل بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان (۵۴/۵۲٪) دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر، (۲۸/۸۶٪) کارشناسی، (۹/۹۱٪) کارشناسی ارشد و بالاتر، و (۶/۷۱٪) کاردانی بودند. (۳۸/۷۸٪) شرکت‌کنندگان دارای شغل آزاد، (۲۷/۷۰٪) بیکار، (۲۲/۷۴٪) محصل و (۱۰/۷۹٪) کارمند بودند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده مؤلفه‌های آنها آورده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشخص است همه متغیرها از پایایی بالایی در مدل برخوردارند. پایایی ترکیبی و ضریب آلفای کرونباخ در مورد همه متغیرها بالاتر از ۰/۷ است. در نتیجه، نتایج پژوهش حاضر در مورد این دو معیار برازش مناسب مدل را تأیید می‌کند.

معیار AVE نشان‌دهنده میزان همبستگی یک عامل با گویه‌های خود است. در مطالعه حاضر، مقدار AVE بالای ۰/۵ گزارش شده است که در نتیجه روایی همگرای مدل و مناسب بودن برازش مدل‌های اندازه‌گیری تأیید می‌شود (جدول ۳).

جدول ۱. شاخص های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیرها و ابعاد	انحراف معیار± میانگین	کمینه	بیشینه
اختلال استرس پس از ضربه	۲/۳۳ ±۰/۵۴	۱/۰۰	۴/۵۰
سرسختی روانشناختی	۲/۵۴± ۰/۵۴	۱/۱۲	۴/۷۰
حمایت اجتماعی	۳/۸۳±۰/۶۴	۱/۵۰	۴/۹۵

جدول ۲. گزارش آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی سازه‌های مدل

متغیرها و ابعاد	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب پایایی ترکیبی
اختلال استرس پس از ضربه	۰/۸۳۲	۰/۸۷۷
مزاحمت	۰/۸۲۱	۰/۷۹۹
اجتناب	۰/۷۸۹	۰/۸۷۹
تغییرات منفی خلقی	۰/۸۰۰	۰/۸۱۷
برانگیختگی	۰/۷۴۳	۰/۸۹۸
سرسختی روانشناختی	۰/۸۳۵	۰/۸۷۸
مبارزه جویی	۰/۸۱۷	۰/۸۳۴
کنترل	۰/۸۰۲	۰/۸۳۸
تعهد	۰/۸۴۵	۰/۸۱۰
حمایت اجتماعی	۰/۷۵۴	۰/۸۰۳

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

جدول ۳. نتایج میانگین واریانس استخراج شده (AVE) سازه‌های مدل

متغیرها و ابعاد	میانگین واریانس استخراج شده (AVE)
اختلال استرس پس از ضربه	۰/۵۲۴
مزاحمت	۰/۵۶۷
اجتناب	۰/۵۱۳
تغییرات منفی خلقی	۰/۶۰۰
برانگیختگی	۰/۵۶۹
سرسختی روانشناختی	۰/۵۵۹
مبارزه جویی	۰/۶۸۸
کنترل	۰/۵۷۳
تعهد	۰/۵۸۳
حمایت اجتماعی	۰/۵۹۱

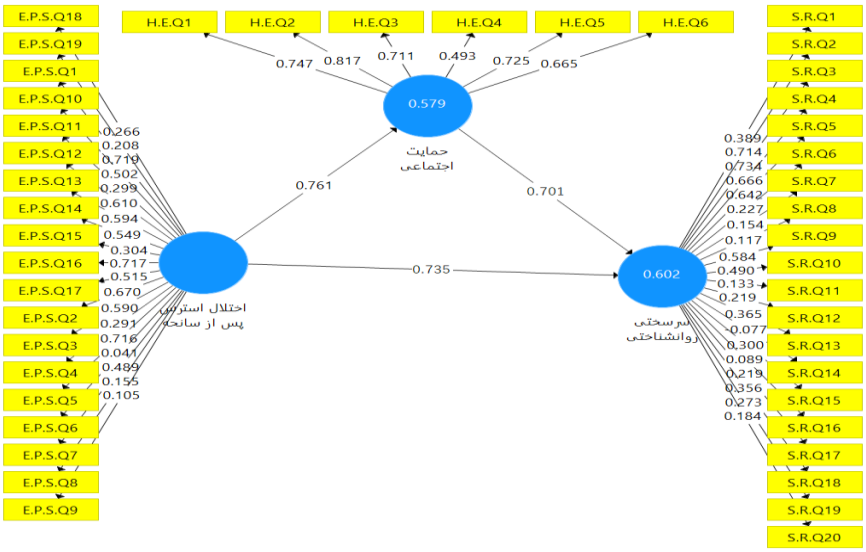
مقادیر R^2 برای تمامی سازه‌ها در محدوده ۰/۷۳۲ تا ۰/۹۹۱ قرار دارند که بیانگر برازش قوی مدل ساختاری است. همچنین، مقادیر Q^2 بین ۰/۵۳۲ تا ۰/۶۰۳ گزارش شده‌اند که تأییدکننده قدرت پیش‌بینی بالای مدل است. مقدار GOF برای مدل حاضر به میزان، ۰/۴۸۹ محاسبه گردید که نشان از برازش کلی قوی مدل پژوهش می‌باشد.

مقدار Z-value برای مدل مطالعه حاضر برابر با ۲/۲۱ محاسبه شد و از آنجایی که این مقدار بالاتر از ۱/۹۶ است، می‌توان گفت که در سطح اطمینان ۹۵٪، تأثیر متغیر میانجی حمایت اجتماعی بر رابطه بین اختلال استرس پس از ضربه و سرسختی روانشناختی معنادار است. نتایج تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل مفهومی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴. مقادیر R^2 و Q^2 سازه‌های مدل

متغیر	R^2	Q^2
اختلال استرس پس از ضربه	۰/۷۸۵	۰/۵۹۲
مزاحمت	۰/۷۷۳	۰/۶۰۳
اجتناب	۰/۸۱۲	۰/۵۳۹
تغییرات منفی خلقی	۰/۷۳۲	۰/۵۸۰
برانگیختگی	۰/۷۹۳	۰/۵۳۲
سرسختی روانشناختی	۰/۹۱۱	۰/۵۸۲
مبارزه جویی	۰/۸۱۹	۰/۵۷۳
کنترل	۰/۹۰۱	۰/۵۵۵
تعهد	۰/۸۵۶	۰/۶۰۰
حمایت اجتماعی	۰/۸۹۴	۰/۵۹۶

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]



شکل ۱. میزان ضریب اثر اختلال استرس پس از ضربه بر سرسختی روانشناختی

جدول۵. نتایج فرضیه حمایت اجتماعی بر سرسختی روانشناختی

فرضیه های پژوهش	ضریب مسیر	آماره T	P Value
سرسختی روانشناختی -> حمایت اجتماعی	۰/۷۳۹	۴/۹۲۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی -> اختلال استرس پس از ضربه	۰/۷۹۴	۳/۹۷۰	۰/۰۰۱
سرسختی روانشناختی -> اختلال استرس پس از ضربه	۰/۸۰۲	۴/۰۷۸	۰/۰۰۱

بحث

هدف پژوهش حاضر آزمون مدل نشانگان اختلال استرس پس از ضربه در بیماران تصادفی بیمارستان جیرفت براساس سرسختی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سرسختی روان‌شناختی اثر مثبت و معناداری بر حمایت اجتماعی دارد. این یافته بیانگر آن است که با افزایش سطح سرسختی روان‌شناختی، میزان ادراک و بهره‌مندی از حمایت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. نتایج مطالعه آزادی و همکاران نشان داد که سرسختی روان‌شناختی در بستر حمایت اجتماعی با افزایش سطح مثبت‌اندیشی و تفسیر موقعیت‌های تنش‌زا بر مبنای «چالش» به‌جای «تهدید» همراه است. در چنین شرایطی، فرد با احتمال بیشتری در جهت یافتن راه‌حل‌های کارآمد حرکت کرده و برای حل مسئله به جذب و استفاده از حمایت دیگران روی می‌آورد (۲۷). همسو با یافته‌های مطالعه حاضر تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که افراد با سرسختی روانشناختی بالا، توانایی بهتری در بازسازی شناختی رویدادهای منفی و سازگاری با شرایط دشوار دارند (۱۰، ۱۱). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل میانجی، می‌تواند اثرات سرسختی روانشناختی بر PTSD را تعدیل کند. این نتیجه با چارچوب نظری ارائه شده توسط Wood قابل تبیین است؛ بر اساس این چارچوب، سرسختی شامل سه مؤلفه تعهد، کنترل و چالش است که به افراد کمک می‌کند موقعیت‌های استرس‌زا را به‌جای تهدید، به‌عنوان فرصت رشد و یادگیری بازتفسیر کنند. چنین نگرشی می‌تواند به افزایش رفتارهای فعالانه در تعاملات اجتماعی، تقویت حس مسئولیت‌پذیری در روابط و در نهایت گسترش شبکه‌های حمایتی منجر شود (۲۸). در این راستا، افراد سرسخت نه‌تنها در مواجهه با فشارهای روانی عملکرد سازگارانه‌تری دارند، بلکه در برقراری ارتباط مؤثر و جلب حمایت دیگران نیز موفق‌تر عمل می‌کنند.

همچنین یافته های پژوهش حاکی از آن است که حمایت اجتماعی اثر منفی و معناداری بر نشانگان اختلال استرس پس از ضربه دارد. به بیان دیگر، افزایش سطح حمایت اجتماعی با کاهش شدت علائم PTSD همراه است. که بیانگر نقش محافظتی حمایت اجتماعی در تعدیل پیامدهای روان‌شناختی ناشی از رویدادهای آسیب‌زا است. این یافته با نتایج مطالعه فروغی اغمیونی و همکاران همسو است که نشان دادند حمایت

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل کرده و از تداوم و مزمن‌شدن علائم PTSD جلوگیری کند. همچنین، پژوهش داوکین و همکاران نشان داده است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای اثربخشی روان‌درمانی و کاهش علائم PTSD است همخوانی دارد (۲۹). از سوی دیگر، نتایج مطالعه تیرون و همکاران نیز نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی مهم در برابر علائم PTSD عمل کند (۳۰).

برای تبیین این یافته می‌توان گفت که وجود حمایت اجتماعی عاطفی و عملی از سوی خانواده، دوستان و کادر درمان می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کرده و از تشدید علائم جلوگیری کند (۱۴، ۳۱-۳۳). شبکه‌های حمایتی قوی با کاهش احساس تنهایی و انزوا، تقویت حس تعلق و افزایش تاب‌آوری، زمینه را برای مقابله فعالانه‌تر با پیامدهای روانی حادثه فراهم می‌کنند.در چنین شرایطی، فرد نه‌تنها مقاومت بیشتری در برابر فشارهای روانی از خود نشان می‌دهد، بلکه بهره‌گیری مؤثرتری از منابع موجود برای بازسازی کارکرد روانی خود خواهد داشت.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که سرسختی روان‌شناختی اثر منفی و معناداری بر نشانگان اختلال استرس پس از ضربه دارد. این یافته حاکی از آن است که سطوح بالاتر سرسختی روان‌شناختی با کاهش شدت علائم PTSD همراه است. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، پژوهش Thomassen و همکاران نشان داد که اثر سرسختی بر علائم PTSD به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش مقابله اجتنابی اعمال می‌شود؛ به این معنا که افراد سرسخت کمتر به سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی متوسل می‌شوند و در نتیجه شدت علائم PTSD در آنان کاهش می‌یابد (۱۱). این یافته بر نقش سازوکارهای مقابله‌ای به‌عنوان مسیر واسطه‌ای میان ویژگی‌های شخصیتی و پیامدهای بالینی تأکید دارد. نتایج پژوهش طیبی و همکاران نیز نشان داد که خودشفقتی، سازوکارهای دفاعی پخته و سازوکارهای دفاعی نوروتیک تأثیر معناداری بر نحوه واکنش افراد به تروما و رویدادهای استرس‌زا دارند (۳۴). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسو بوده و حاکی از آن است که تفاوت‌های فردی در ویژگی‌های روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای می‌توانند شدت علائم PTSD را تعدیل کنند. بنابراین، شناسایی و تقویت این مؤلفه‌ها می‌تواند در طراحی مداخلات هدفمند برای کاهش علائم و تسهیل رشد پس از ضربه مؤثر باشد (۳۵).

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی دو منبع مکمل و تعاملی در کاهش نشانگان PTSD هستند؛ سرسختی از طریق تقویت ارزیابی‌های شناختی سازگارانه و راهبردهای مقابله‌ای فعال عمل می‌کند و حمایت اجتماعی از طریق ایجاد احساس امنیت، تعلق و پذیرش، فرایند تنظیم هیجان و سازگاری روانی را تسهیل می‌نماید. بنابراین، مداخلات بالینی و برنامه‌های توانبخشی باید رویکردی چندبعدی داشته باشند که در آن علاوه بر تقویت مهارت‌ها و نگرش‌های فردی مرتبط با سرسختی روانشناختی، شبکه‌های حمایت اجتماعی بیماران نیز توسعه و تقویت یابد. چنین رویکردی می‌تواند به کاهش پیامدهای روانی سانحه و ارتقای کیفیت زندگی بیماران کمک شایانی نماید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس و کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی یا شخصی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

حمایت مالی

این مطالعه هیچگونه حمایت مالی از دانشگاه دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.IAU.BA.REC.1404.024 می باشد.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در تمامی مراحل انجام پژوهش، از جمله طراحی مطالعه، جمع آوری و تحلیل داده ها، نگارش و بازبینی نهایی مقاله مشارکت داشته اند و مسئولیت کامل محتوای آن را می پذیرند.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

References

1. Orang S, Saberi H, Taheri A. develop and evaluate the effectiveness of emotion-based therapy on cognitive emotion regulation and death anxiety in the elderly with cancer. The Women and Families Cultural-Educational. 2023;18(63):133-52. 20.1001.1.26454955.1402.18.63.5.1
2. Nemeroff CB, Schatzberg AF, Rasgon N, Strakowski SM. The American Psychiatric Association publishing textbook of mood disorders: American Psychiatric. 2nd ed. Washington DC: Elsevier; 2022: 727-69.
3. Bisson JI, Berliner L, Cloitre M, Forbes D, Jensen TK, Lewis C, et al. The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. Journal of Traumatic Stress. 2019;32(4):475-83. https://doi.org/10.1002/jts.22421
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. European Journal of Psychotraumatology. 2017;8(5):135-47. .https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383
5. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology. 2020;11(1):1729633 https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633
6. Organization WH. others. Global Status Report on Road Safety 2023: Summary. World Health Organization:last ed. Geneva, Switzerland. 2023:3-75.
7. Yadollahi M. A study of mortality risk factors among trauma referrals to trauma center, Shiraz, Iran, 2017. Chinese Journal of Traumatology. 2019;22(4):212-8. https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2019.01.012
8. Mund P. Kobasa concept of hardiness. International Research Journal of Engineering, IT and Scientific Research. 2016;2(1):34-40.. https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/
9. Munroe M, Al-Refae M, Chan HW, Ferrari M. Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2022;14(S1): 157-164. https://doi.org/10.1037/tra0001164
10. Padmanabhanunni A, Pretorius TB. Psychological hardiness and burnout in the context of post-traumatic stress disorder among south african first responders. Chronic Stress. 2025;9:(24):373-84. https://doi.org/10.1177/24705470251373021
11. Thomassen ÅG, Hystad SW, Johnsen BH, Johnsen GE, Bartone PT. The effect of hardiness on PTSD symptoms: A prospective mediational approach. Military Psychology. 2018;30(2):142-51. https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1425065
12. Rostampour H, Dehghani-Arani F, Farahani H. Structural modeling of the relationship between resilience and trauma disclosure with the mediating role of social support in individuals with post-traumatic stress disorder (PTSD) and trauma-exposed healthy participants (TEHC). Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2025;32(2):195-206. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310
13. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin. 1985;98(2):310-322. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1883925
14. Tirone V, Orlowska D, Lofgreen AM, Blais RK, Stevens NR, Klassen B, et al. The association between social support and posttraumatic stress symptoms among survivors of betrayal trauma: A meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology. 2021;12(1):1883925. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011601
15. Xiong T, Milios A, McGrath PJ, Kaltenbach E. The influence of social support on posttraumatic stress symptoms among children and adolescents: a scoping review and meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology. 2022;13(1):2011601. https://doi.org/10.1016/j.trip.2025.101374
16. Bagheri Sheykhangafshe F, Fathi-Ashtiani A. Risk and protective factors associated with post-traumatic stress disorder in military veterans and soldiers: A systematic review. EBNESINA. 2024;26(1):90-101 https://doi.org/10.22034/26.1.90 (in Persian)
17. Vasterling JJ, Brailey K, Proctor SP, Kane R, Heeren T, Franz M. Neuropsychological outcomes of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder and depression in Iraq-deployed US Armysoldiers. The British Journal of Psychiatry. 2012;201(3):186-92. . https://doi.org/10.1037/pas0000260
18. Bhateja A, Kumar P, Gaidhane S, Ballal S, Kumar S, Bhat M, et al. Post-traumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A systematic review and meta-analysis. Transportation Research Interdisciplinary Perspectives. 2025;30:101374. https://doi.org/10.1002/jts.22059

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

19. Cochran WG. Sampling techniques: john wiley & sons: 3nd ed; New York: Wiley:1977. 205-396
20. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. Psychological Assessment. 2016;28(11):1392. https://doi.org/10.1037/pas0000260
21. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress. 2015;28(6):489-98. https://doi.org/10.1002/jts.22059
22. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders–fifth edition (PCL-5) in veterans. Psychological Assessment. 2016;28(11):1379. https://doi.org/10.1037/pas0000254
23. Kiamarthi. A, B. N, M. MZH. Development and validation of a scale for measuring psychological hardiness. Journal of Educational Sciences and Psychology. 1998;2(3):272-84.
24. Fallah S, Mehmandoost Z, Mami S. The causal relationship between active memory, anxiety and depression with mediation of psychological Emotion Regulationin people with post traumatic stress disorder in the earthquake in Sarapul Zahab. Iranian Journal of Nursing Research. 2021;16(3):84-95. http://ijnr.ir/article-1-2433-en.html
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Social Science & Medicine. 1991;32(6):705-14. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-
26. Tamannaeifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2023;20(1):149-66. https://journal.irphe.ac.ir/article_702839_04580228131c019b616217ff3d26d5bc.pdf?lang=en
27. Azadi R, Ahadi H, Hatami HR. The relationship of psychological wellbeing and psychological hardiness with the mediating role of social support in women with breast cancer. Internal Medicine Today. 2020;27(1):18-33. : http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3353-en.html
28. Wood C. Buffer of hardiness: An interview with Suzanne C. Ouellette Kobasa. Advances. 1987;4(1):37-45. https://psycnet.apa.org/record/1988-20730-001
29. Dworkin ER, Brill CD, Ullman SE. Social reactions to disclosure of interpersonal violence and psychopathology: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2019;72:101750. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101750
30. Tirone V, Orlowska D, Lofgreen AM, Blais RK, Stevens NR, Klassen B, et al. The association between social support and posttraumatic stress symptoms among survivors of betrayal trauma: a meta-analysis. European Journal of Psychotraumatology. 2021;12(1):1883925. http://https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1883925
31. Koohboomi Z, Ghamari M, Hosseinian S. The mediating role of resilience in the relationship between coping styles with Quality of Life and domestic violence against women in the corona virus quarantine period. Social Psychology Research. 2023;12(48):75-88. https://www.socialpsychology.ir/article_169387_7de4aae5b1aeb1e8620c23f0f099b4d9.pdf
32. Basharpoor S, Eyni S. Developing a causal model of life satisfaction of veterans with post-traumatic stress disorder based on loneliness: The mediating role of perceived social support. Military Caring Sciences. 2021;8(3):206-17 http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-445-en.html.
33. Kamel A, Mehdad A, Abdulkadhim Johni A, Sajjadian I. The moderating role of perceived social support in relationship between workplace violence with post-traumatic stress disorder symptoms among nurses in Karbala. Occupational Medicine. 2024;16(1):31-42 . https://doi.org/10.18502/tkj.v16i1.15122
34. Tayebi Z, Sarafraz MR, Shahamatmanesh M. Study of predisposing factors of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in patients affected by car accidents. Journal of Emergency Health Care. 2025;14(1):1-7. http://10.22034/jehc.14.1.31
35. Asgarian FS, Namdari M, Soori H. Mediating role of anxiety and depression in the relationship between posttraumatic stress disorder and aggression in motor vehicle accident: a structural equation modelling approach. Bulletin of Emergency & Trauma. 2020;8(4):243-8. http://doi10.30476/beat.2020.85690

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]

Examining the Post-Traumatic Stress Disorder Model in Accident-Injured Patients in Jiroft Hospital: The Role of Psychological Hardiness Mediated by Social Support

Received: 14 Aug 2025 Accepted: 23 Dec 2025

Samaneh Mollaei Sarbizhannasab[1], Fereshteh Mazhariazad[2*], Eghbal Zarei[3]
1. Department of Clinical Psychology, BA.C, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran 2. Department of Nursing, BA.C, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran 3. Department of Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran

Abstract

Introduction: Given the psychological consequences and diminished quality of life resulting from traffic accidents, this study aimed to test a model of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) based on psychological hardiness, with the mediating role of social support, among accident-injured patients hospitalized at Jiroft Hospital.

Methods: The present study was conducted using a descriptive–correlational design among accident-injured patients hospitalized at Jiroft Hospital between October and December 2024. Based on the inclusion criteria, 350 participants were selected through purposive sampling. Data were collected using the PTSD questionnaire developed by Waters et al., the Ahvaz Psychological Hardiness Scale developed by Kiamarsi et al., and the Social Support Questionnaire designed by Sherbourne and Stewart. The reliability of the instruments was confirmed using Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.79 to 0.81. Data were analyzed using SPSS version 27 and Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM).

Results: The results indicated that psychological hardiness had a positive and statistically significant effect on social support ($p<0.05$). Furthermore, both social support and psychological hardiness had a significant negative effect on the severity of PTSD symptoms ($p<0.05$). The coefficients of determination (R^2) for social support and PTSD were 0.54 and 0.62, respectively. Moreover, the F statistics for the overall models were 42.1 and 36.8, respectively, indicating an acceptable model fit and a strong predictive power.

Conclusion: Psychological hardiness and social support serve as protective factors that attenuate PTSD symptoms among trauma survivors, providing a solid framework for the development of targeted psychosocial interventions.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder, Social Support, Traffic Accidents, Psychological Trauma

***Corresponding Author:** Department of Nursing, BA.C, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran
E-mail: f.mazhariazad@iau.ac.ir **Tel:** +989043995256 **Fax:** 07633670254

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-10-24]