



The role of quality of life components with the mediation of psychological capital in reducing PTSD among earthquake victims in Kermanshah

Shohreh. Mozaffari¹, Ali. Delavar^{*2}, & Fariborz. Dortaj³

1. PhD student, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2. *Corresponding author: Adjunct Professor, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
3. Adjunct Professor, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

ARTICLE INFORMATION

ABSTRACT

Article type

Original research

Pages: 32-47

Corresponding Author's Info

Email:

Dr.delavarali@gmail.com

Article history:

Received: 2022/07/03

Revised: 2022/10/03

Accepted: 2022/10/10

Published online:

2023/05/07

Keywords:

quality of life, psychological capital, post-traumatic stress, earthquake victims.

Background and Aim: Natural and human traumatic events have always had destructive physical, economic, social and of course psychological effects. The aim of the present study was to investigate the role of quality of life components with the mediation of psychological capital in reducing post-traumatic stress disorder among earthquake victims in Kermanshah. **Methods:** The research method was descriptive and structural equation modeling. The statistical population of the research included all earthquake victims of the recent Kermanshah earthquake. The number of sample people was 386 people who were affected by the earthquake, who were selected according to the criteria of entering and exiting the research and being available. The research tools included Mississippi PTSD Citizenship Scale (1988), World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996) and McGee Psychological Capital Questionnaire (2011). The collected data were analyzed by structural equation modeling method and using AMOS software. **Results:** The results of data analysis showed that the prediction model of spiritual health based on resilience, mindfulness and personal values, taking into account the mediating role of cognitive emotion regulation based on experimental data, has a favorable fit. Also, the direct and indirect effects of personal values, resilience and mindfulness on spiritual health were confirmed ($p < 0.05$). Also, the cognitive regulation of emotion directly affects the spiritual health of artists ($p < 0.05$). **Conclusion:** It can be concluded that the quality of life components were effective in reducing post-traumatic stress disorder among the earthquake victims of Kermanshah through the mediation of psychological capital.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article:

Mozaffari, Sh., Delavar, A., & Dortaj, F. (2023). The role of quality of life components with the mediation of psychological capital in reducing PTSD among earthquake victims in Kermanshah. *Jayps*, 4(2): 32-44.



نقش مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش PTSD در بین زلزله‌زدگان شهر کرمانشاه

شهره مظفری^۱، علی دلاور^{۲*} و فریبرز درتاج^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲. استاد مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۳. استاد مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۴۴-۳۲ اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: Dr.delavarali@gmail.com سابقه مقاله	زمینه و هدف: رویدادهای آسیب‌زای طبیعی و انسانی همواره آثار مخرب جسمی، اقتصادی، اجتماعی و البته روان شناختی را به دنبال خود داشته‌اند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش اختلال استرس پس از سانحه در بین زلزله‌زدگان شهر کرمانشاه بود. روش پژوهش: روش پژوهش توصیفی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زلزله‌زدگان زلزله اخیر کرمانشاه بودند. تعداد افراد نمونه ۳۸۶ نفر از زلزله‌زدگان بودند که با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس شهروندی اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی (۱۹۸۸)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامه سرمایه روانشناختی مک گی (۲۰۱۱) بودند. داده‌های گردآوری شده با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزار AMOS تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که مدل پیش‌بینی بین سلامت معنوی بر اساس تاب‌آوری، ذهن آگاهی و ارزش‌های شخصی با در نظر گرفتن نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان بر اساس داده‌های تجربی از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین اثر مستقیم و غیرمستقیم ارزش‌های شخصی، تاب‌آوری و ذهن آگاهی بر سلامت معنوی مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$). همچنین تنظیم شناختی هیجان به طور مستقیم بر سلامت معنوی هنرمندان اثر می‌گذارد ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش اختلال استرس پس از سانحه در بین زلزله‌زدگان شهر کرمانشاه موثر بود.
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۱۸ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۲/۱۷	
واژگان کلیدی کیفیت زندگی، سرمایه‌های روانشناختی، استرس پس از سانحه، زلزله‌زدگان	

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

مظفری، شهره؛ دلاور، علی؛ و درتاج، فریبرز. (۱۴۰۲). نقش مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش PTSD در بین زلزله‌زدگان شهر کرمانشاه. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۴(۲): ۴۴-۳۲.

مقدمه

دانسته اند: تجربه‌های دوران کودکی، شخصیت، نظام حمایت اجتماعی. افرادی که به دلیل ویژگی‌های شخصیت مشکلات روان شناختی داشته‌اند، فاقد غنای روابط اجتماعی بوده‌اند، و یا کسانی که خود را فاقد توانایی مهار کردن رویدادهای مشکل زندگی می‌دانند، آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه دارند (کتگاسنر و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو در این پژوهش به مطالعه روابط بین کیفیت زندگی با اختلال استرس پس از سانحه و همچنین با نظر گرفتن نقش میانجی سرمایه‌های روانشناختی در زلزله‌زدگان پرداخته شد.

یکی از متغیرهایی که می‌تواند با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه مرتبط باشد، کیفیت زندگی است (برنوس و بارگیل-ماتوسویکز، ۲۰۱۸). سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۱۴) چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت شان در زندگی در زمینه‌ی فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند است و با درک آن‌ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق شان در ارتباط است. کیفیت زندگی یک مفهوم با محدوده‌ی وسیع است که با شیوه‌ای پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با محیط اطرافش قرار دارد (ترویزان، میازاکی، سیلوا و راک، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود؛ اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف جسمانی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و معنوی است. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنای چگونه زندگی کردن است (نایب‌حسین‌زاده، فتح‌اله‌زاده، سعادت‌ی و رستمی، ۱۳۹۵)؛ با این وجود، مفهوم آن برای هر کس

گریزناپذیری رویدادهای آسیب‌زای طبیعی و انسانی در طول تاریخ، امری بدیهی است، رویدادهایی که همواره آثار مخرب جسمی، اقتصادی، اجتماعی و البته روان شناختی را به دنبال خود داشته‌اند (لیتز و همکاران، ۲۰۱۸). استرس پس از سانحه^۱، یک اختلال شدید روانی است که پس از تجربه شدید رویدادهای آسیب‌زایی چون بلایای طبیعی، جنگ، گروگان‌گیری، خشونت خانگی با شهری، تجاوز جنسی، تصادف به وجود می‌آید (انثا و دافینیو، ۲۰۱۳)؛ به نقل از بهاروند، درتاج، نصری و نصرالهی، (۱۳۹۹). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که براساس معیارهای ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، حدود ۸۹/۷٪ از بزرگسالان، در طول زندگی خود با یک واقعه تروماتیک مواجه شده‌اند، این در حالیست که تنها ۱۰٪ از آن‌ها به اختلال استرس پس از تروما (PTSD) مبتلا می‌شوند (کارمسی و همکاران، ۲۰۲۰). براساس DSM-5 این اختلال متشکل از علائمی همچون تجربه روان-شناختی مجدد واقعه تروماتیک، اجتناب از محرک‌های مرتبط با تروما، و افزایش تحریک‌پذیری به‌صورت مداوم است، که می‌تواند شامل اختلال در فرایندهای شناختی، بیش‌گوش‌بزیگی، پاسخ از جاپریدگی شدید و افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک به نشانه‌هایی باشد که نمادی از حادثه تروماتیک هستند (والتون و همکاران، ۲۰۱۸). عوامل زمینه‌ساز متعددی در رابطه با آسیب‌پذیری ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد. افراد خیلی خردسال و خیلی سالخورده در برخورد با وقایع آسیب‌زا بیشتر از میانسالان مشکل پیدا می‌کنند. افرادی که قبل از آسیب از نظر روانی سالم هستند در معرض کمترین خطر اختلال استرس پس از سانحه قرار دارند. اما اگر رویداد به قدر کافی فجیع و وحشتناک باشد، سلامتی روانی قبلی شما را مصون نخواهد داشت. عامل احتمالی دیگری که به آسیب‌پذیری در برابر اختلال استرس پس از سانحه کمک می‌کند، آمادگی ارثی است. علت ابتلای برخی افراد و عدم ابتلای دیگران را متأثر از سه عامل

2. World Health Organization

1. Post-traumatic stress disorder (PTSD)

سائق کنش گرایانه احساس موفقیت پویایی و احساس موفقیت راهکارها است (هارگرو، کازا و مک کارتر، ۲۰۱۹) و در نهایت خودکارآمدی، اعتقاد راسخ فرد بر توانایی هایش برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای موردنیاز برای اجرای موفقیت‌های معین می‌باشد (بندورا، ۱۹۹۷). در واقع این مؤلفه‌ها، در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشید، تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و مقاومت و سرسختی وی را در تحقق اهداف، تضمین می‌کند (وو و چن، ۲۰۱۸).

با توجه به مطالب گفته شده چنین بنظر می‌رسد که با شناخت و درک عمیق تر از چگونگی ارتباط بین کیفیت زندگی و سرمایه روانشناختی و اختلال استرس پس از سانحه در افراد، می‌توان گام‌هایی را برای بهبود آنان برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش‌هایی به دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه کننده روبه رو شوند و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورند. با توجه به مطالب گفته شده، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش اختلال استرس پس از سانحه در بین زلزله زدگان شهر کرمانشاه بود.

روش پژوهش

این پژوهش با استفاده از روش پژوهش همبستگی و الگویابی معادلات ساختاری انجام شد. این روش به منظور مطالعه میزان تغییرات متغیر ملاک (اختلال استرس پس از سانحه) بر اساس متغیرهای پیش بین (مولفه‌های کیفیت زندگی) استفاده شد. افزون بر تعیین شدت رابطه بین متغیرها، سهم هر کدام از متغیرهای پیش بین در پیش بینی متغیر ملاک مشخص شد و در ادامه نقش واسطه‌ای سرمایه‌های روانشناختی در رابطه بین متغیرها مطالعه شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زلزله زدگان زلزله اخیر کرمانشاه بودند که تعداد آنها حدود ۲۱ هزار نفر می‌باشد.

منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است. عده‌ای از محققان این واژه را پیچیده تر از آن می‌دانند که بتوان آن را در یک جمله توصیف نمود. اگرچه در این مورد که کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است و بر اساس ارزیابی بیمار از وضعیت خودش در حیطه‌های جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تعیین می‌شود، یک توافق همگانی در بین پژوهشگران وجود دارد؛ ولی در تعاریف نظری و عملیاتی و تعیین حوزه‌های اختصاصی آن توافق وجود ندارد (لیمبرز و اسکیر، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب، سرمایه روانشناختی است (ایدمودیا و همکاران، ۲۰۲۰). سرمایه روان شناختی از «روانشناسی مثبت» سرچشمه می‌گیرد که در مکتب پست‌مدرن مطرح شده است (دی کلرکو، بوکنوق و راجا، ۲۰۱۹). سرمایه روان‌شناختی نقاط قوت و جنبه‌های مثبت رفتار انسان را در برمی‌گیرد (کاس و گوکن، ۲۰۱۵). لوتانز مثبت‌گرایی را بیشتر در راستای توجه و تقویت توانمندی‌های افراد می‌دید تا مدیریت نقاط ضعف آنها (یو، ۲۰۱۶). سرمایه روان‌شناختی بر فعالیت‌هایی تمرکز دارد که منجر به رفاه افراد، ساخت افراد مثبت، شکوفا ساختن جوامع و عدالت اجتماعی می‌شود. تصویری که روانشناسان مثبت‌گرا از طبیعت انسان به دست می‌دهند، خوش‌بینانه و امیدبخش است؛ زیرا آنها به قابلیت گسترش، پرورش، شکوفایی و کمال انسان و تبدیل شدن به آنچه در توان آدمی است، باور دارند (بیتمیس و ارجنیلی، ۲۰۱۵). بنابراین سرمایه روان‌شناختی، سازه‌ای ترکیبی و به‌هم‌پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی خوش‌بینی، تاب‌آوری، امید و خودکارآمدی را در بردارد (لی و چو، ۲۰۱۶). خوش‌بینی سبک تفسیری است که اتفاقات مثبت را به علل دائمی، شخصی و فراگیر و اتفاقات منفی را به علل خارجی، موقتی و شرایط خاص نسبت می‌دهد (نیومن، نیلسن، اسمیت و هیرست، ۲۰۱۸). تاب‌آوری، طبقه‌ای از پدیده‌هایی که با الگویی از انطباق‌پذیری مثبت در زمینه مشکلات و مخاطرات قابل ملاحظه، مشخص شده است (جورجیو و نیکولائو، ۲۰۱۹). امیدواری، وضعیت مثبت انگیزشی مبتنی بر یک

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس شهروندی اختلال استرس پس از سانحه می‌سی سی پی (PTSD):** این آزمون یک مقیاس خودگزارشی است که توسط کیان و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود. این مقیاس ۳۵ سؤال دارد و آزمودنی‌ها به این سؤاها در یک مقیاس ۵ درجه ای پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ بوده و نمره ۱۰۷ و بالاتر بیانگر وجود اختلال استرس پس از سانحه در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در دامنه ۰٫۸۶ تا ۰٫۹۴ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعه سجاد بشرپور تحت عنوان اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس آسیبی، کیفیت زندگی، عزت نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی ۰٫۷۹ بدست آمد. این آزمون اعتبار بالایی دارد و همبستگی خیلی خوبی با دیگر ابزارهای سنجش اختلال استرس پس از سانحه دارد کیان و همکاران، ۱۹۸۸. این مقیاس در ایران توسط گودرزی ۱۳۸۱ اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰٫۹۲ گزارش شده است. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوا استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس می‌سی سی پی با هر یک به ترتیب برابر ۰٫۲۳، ۰٫۸۲ و ۰٫۷۵ گزارش شده است (گودرزی، شفیع‌ی و تاریخی، ۱۳۹۱).

۲. **پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF):** سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود (WHOQOL-100). چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶

درباره حجم نمونه در پژوهش‌های مربوط به روش تحقیق همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری، نظرات گوناگونی وجود دارد ولی همه بر این موضوع توافق دارند که مدل معادلات ساختاری شبیه تحلیل عامل از فنون آماری است که با نمونه بزرگ قابل اجرا می‌باشد. بر اساس اندازه اثر مورد انتظار و توزیع متغیرهای اندازه گیری شده و همچنین لحاظ توان آزمون، به ازای هر پارامتر برآورد شده، حداقل ۱۰ آزمودنی کافی می‌باشد، به شرط اینکه اندازه برآورد اثر بزرگ باشد و متغیرهای اندازه گیری شده دارای توزیع نرمال باشند (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷) و با توجه به مناسب بودن حجم نمونه حداقل ۳۰۰ نفری برای تحلیل عاملی تأییدی و الگوسازی معادلات ساختاری از نظر برخی منابع (کریازوس، ۲۰۱۸) در این مطالعه حداقل نمونه پژوهش حاضر با در نظر گرفتن تعداد پارامترهای برآورد شده در مدل حداقل ۳۵۰ نفر از زلزله‌زدگان خواهد بود، که با در نظر گرفتن ریزش‌های احتمالی ۴۰۰ زلزله زده به عنوان نمونه ی پژوهش انتخاب شد. پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص در نهایت ۳۸۶ پرسشنامه وارد تحلیل نهایی شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود. لازم به ذکر است جهت کنترل متغیرهای مداخله گر، ملاکهای ورود به پژوهش عبارت خواهند بود از: قرار داشتن در رده سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم. به منظور رعایت مسایل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. از مواردی که به شرکت کنندگان توضیح داده شد موارد زیر بود: ۱- کسب مجوز پژوهش از دانشگاه‌ها و مراکز مطالعاتی مرتبط؛ ۲- کسب رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان مورد مطالعه؛ ۳- محترم شمردن حقوق آزمودنی‌ها در رابطه با قطع یا ادامه همکاری در هر مرحله از تحقیق؛ ۴- عدم ذکر نام شرکت کنندگان در فرم اطلاعاتی به جهت محرمانه بودن و دادن اطمینان به افراد؛ ۵- ارائه توضیحات لازم به شرکت کنندگان در زمینه هدف تحقیق و رعایت حقوق آنان در زمینه قبول یا رد مشارکت در تحقیق.

همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش گل پرور و همکاران (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی ۲۶ سوال این پرسشنامه همان چهار عامل معرفی شده در پرسشنامه اصلی را به دست داده و آلفای کرونباخ به ترتیب برای خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

روش اجرا

هر پژوهشگر باید با توجه به ماهیت مسئله و فرضیه‌های طراحی شده یک یا چند ابزار را طراحی کند و پس از کسب شرایط در مورد اعتبار این ابزارها، از آن‌ها در جهت جمع‌آوری داده‌ها بهره جوید تا در نهایت از طریق پردازش و تحلیل این داده‌ها بتوان در مورد فرضیه‌ها قضاوت کرد. در پژوهش حاضر اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع‌آوری گردیده است.

در مرحله اول: با مراجعه به منابع کتابخانه‌ای شامل کتاب‌ها، مجلات و مقالات علمی معتبر، مطالب مربوط به ادبیات پژوهش جمع‌آوری شده است. در مرحله دوم: در این پژوهش اطلاعات به شیوه میدانی با استفاده از ابزار پرسشنامه جمع‌آوری شده است. پرسشنامه پژوهش از دو بخش تشکیل شده است. ابتدا مشخصات عمومی آزمودنی‌ها و سپس پرسش‌های مربوط به پژوهش است. به منظور رعایت مسایل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود. افراد شرکت کننده ابتدا رضایت‌نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند فرم رضایت‌نامه پژوهش در قسمت پیوست ارائه شده است یکی از مواردی که به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد این بود که به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت‌کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخ‌دهی خود را به پرسش‌نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش‌نامه‌های افراد به زبانی ساده در اختیار آن‌ها قرار گرفت؛ همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و نتایج آن‌ها به آزمودنی‌ها توضیحات لازم داده شد.

توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد (جات و همکاران، ۱۳۸۵).

۳. پرسشنامه سرمایه روانشناختی مک گی (۲۰۱۱)

(PCQ): برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه بیست و چهار سوالی که توسط مک گی (۲۰۱۱) به نقل از گل پرور، جعفری و جوادیان، ۱۳۹۲) با چهار خرده مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی ارائه شده، استفاده شد. مقیاس پاسخگویی استفاده شده در این پژوهش برای این پرسشنامه شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) است.

مک گی (۲۰۱۱) به نقل از گل پرور و همکاران، ۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم‌های بیست و پنج و دوازده سوالی سرمایه روانشناختی بررسی و شواهدی از روایی و پایایی این پرسشنامه ارائه کرده است. برای نمونه مک گی (۲۰۱۱) به عنوان شواهدی از روایی هم‌زمان این پرسشنامه با نسخ دیگر پرسشنامه سرمایه روانشناختی، بین سرمایه روانشناختی با خودکارآمدی همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۴، با امیدواری همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۱، با تاب آوری همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۵ و با خوش بینی همبستگی مثبت و معنادار بین ۰/۴۷ تا ۰/۵۰ را گزارش کرده است. روایی صوری این پرسشنامه نیز بررسی و تایید شده است (گل پرور و

ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS-۲۴ و AMOS استفاده شد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های جمعیت‌شناختی، ۵۲/۰۷ درصد گروه نمونه را زنان و ۴۷/۹۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. بیشترین افراد گروه نمونه برای زلزله‌زدگان ۴۱ تا ۴۵ سال است.

در بخش توصیفی به منظور توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی از درصد، توزیع فراوانی، جدول، نمودار و شکل استفاده شد و همچنین به منظور توصیف متغیرهای پژوهش از میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی استفاده شد. در بخش استنباطی با توجه به ماهیت سؤال پژوهش و فرضیه‌های پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی، رگرسیون چندمتغیری و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

شاخص آماری مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سلامت جسمانی	۱۸.۱۸	۶.۰۱	۰.۹۱	-۰.۵۶
سلامت روان	۱۷.۸۶	۵.۶۱	۰.۹۱	-۰.۳۶
روابط اجتماعی	۱۷.۴۱	۵.۴۰	۱.۰۷	-۰.۰۴
سلامت محیط	۱۶.۱۷	۴.۷۶	۱.۷۲	۲.۰۹
خودکارآمدی	۱۷.۲۸	۳.۶۵	-۰.۰۳	-۰.۱۴
امیدواری	۱۶.۵۵	۵.۰۳	۰.۱۳	-۰.۶۸
تاب آوری	۱۶.۶۳	۶.۸۰	-۰.۷۴	-۰.۴۴
خوش بینی	۱۵.۳۰	۵.۷۷	۰.۰۹	-۰.۶۰
استرس پس از سانحه	۱۰۸.۹۹	۱۲.۹۶	۰.۳۹	۰.۲۰

برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۲/۸۲ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. زمانیکه داده‌های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می‌توان روش برآورد بیشینه درست نمایی^۱ (ML) را مورد استفاده قرار داد.

برای بررسی نرمال بودن تک متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۳، -۳) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. (کولیکن، ۲۰۰۹). براساس داده‌های جدول ۴-۳ مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ یک از نشانگرها خارج از بازه ی (۳، -۳) نیست و بنابراین می‌توان آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. یکی از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. بنتلر^۱ (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب ماردیا نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است (برن، ۲۰۱۰). مقدار ضریب ماردیا

2. maximum likelihood

1. Bentler

جدول ۲. ضرایب و معناداری بارهای عاملی مدل‌های اندازه‌گیری				
متغیر	مؤلفه	وزن استاندارد شده	آماره t	sig
کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	۰.۳۸	۵.۵۳	۰.۰۰۱
	سلامت روان	۰.۵۱	۶.۶۵	۰.۰۰۱
	روابط اجتماعی	۰.۴۴	۶.۹۵	۰.۰۰۱
	سلامت محیط	۰.۴۷	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
سرمایه‌های روانشناختی	خودکارآمدی	۰.۴۷	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱
	خوش بینی	۰.۵۴	۶.۸۶	۰.۰۰۱
	امیدواری	۰.۳۹	۵.۶۶	۰.۰۰۱
	تاب آوری	۰.۴۳	۵.۹۷	۰.۰۰۱

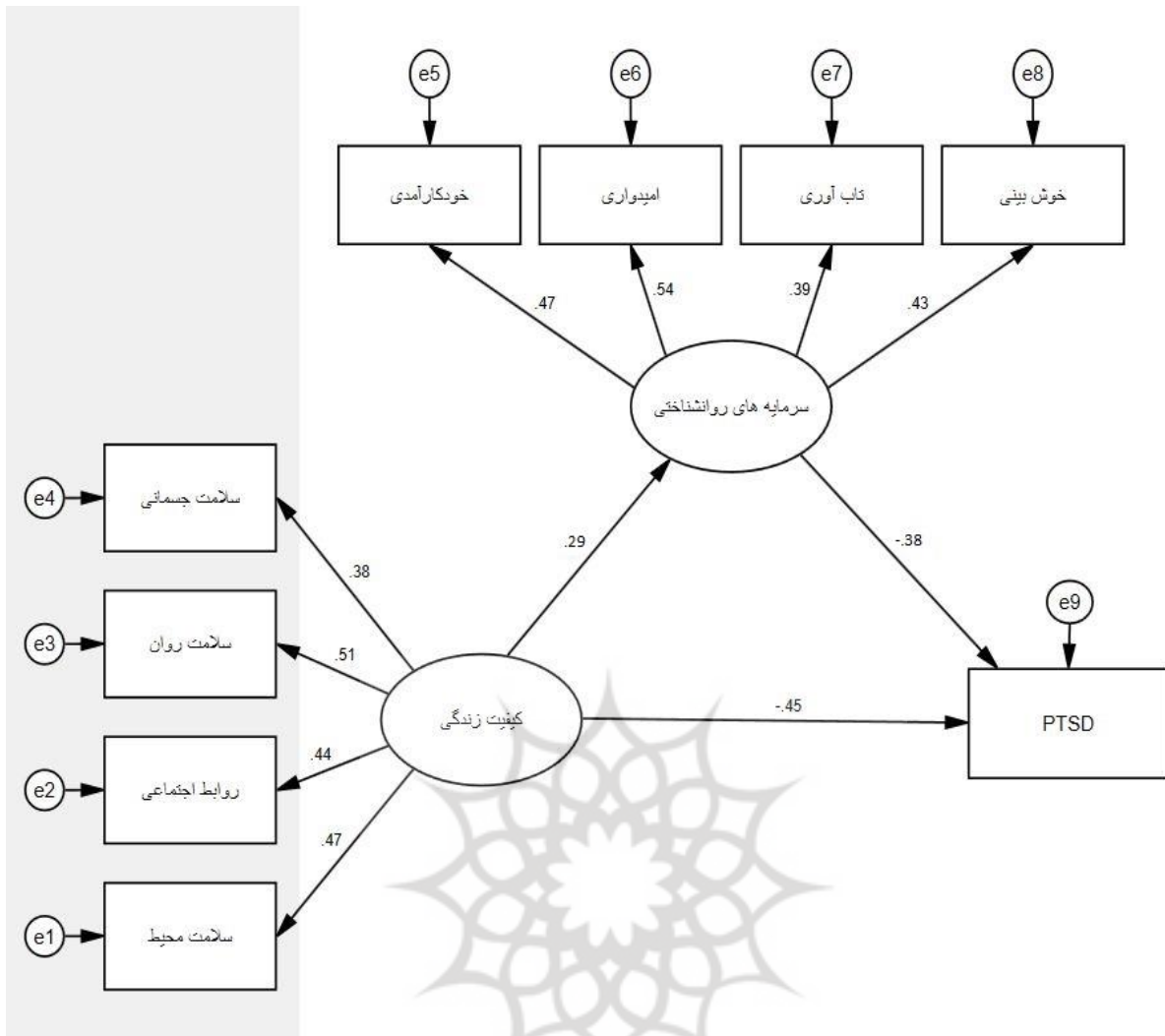
هستند، در ادامه به همراه جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم به آزمون سایر فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است.

آنچه از نتایج جدول ۲ برمی‌آید این است که عوامل هر دو مقیاس بار عاملی معناداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد دارند. با توجه به اینکه در مدل‌های آزمون شده بالا، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه‌های پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی		
نام شاخص	شاخص‌های برازش	مقدار
$\frac{\chi^2}{df}$	حد مجاز	۲/۸۱
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	کمتر از ۰/۱	۰/۰۵
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۴
NFI (برازندگی نرم شده)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۴
GFI (نیکویی برازش)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۳
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	بالاتر از ۰/۹	۰/۹۰

برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است. در ادامه شاخص‌های مدل اندازه‌گیری ابتدا گزارش می‌شود. نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل اولیه در شکل ۱ ارائه شده است.

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول فوق می‌توان بیان به طور کلی در کار با برنامه آموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و



شکل ۱. مدل اولیه در حالت ضرایب استاندارد شده

پایین‌تر کیفیت زندگی بهتر و اختلال استرس پس از سانحه کمتری را درک می‌کنند. در تبیین این یافته ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که در زلزله زدگان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، به دلیل اینکه مشکلات جسمانی یا افت سلامت عمومی موجب محدودیت در فعالیت‌هایی از قبیل مشارکت در روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های فیزیکی آنها می‌شود، به طور طبیعی در مولفه‌های جسمانی کیفیت زندگی نمره ی پایین تری برخوردار هستند. به بیان دیگر به دلیل مشکلات جسمی و روانی ناشی از زلزله و مزمن شدن علائم در طی زمان و اضافه شدن مسایل دیگر از قبیل مشکلات مالی، بیکاری، تحمل درد جسمی و روانی، روابط بین فردی ضعیف، خشونت، احساس ناامیدی و

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مولفه‌های کیفیت زندگی با میانجی‌گری سرمایه‌های روانشناختی در کاهش PTSD در بین زلزله زدگان شهر کرمانشاه بود. نتایج آزمون آماری نشان داد شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت مطلوبی قرار دارد. همچنین مؤلفه‌های کیفیت زندگی اثر مستقیم و غیر مستقیم بر اختلال استرس پس از سانحه داشته‌اند.

همسو با این یافته هو و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که قرار گرفتن در معرض زمین لرزه با شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارد و به طور مستقیم با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد. بونیچینی و ترمولادا (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که افراد متاهل/همسرایان، غیرکارگر و افراد با سطح تحصیلات

خشونت بین فردی در مبتلایان به استرس پس از سانحه ارتباط دارد.

برخی دیگر از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات روانی به ویژه اختلال فشار عصبی پس از سانحه همانند یک فشار عصبی بر تمامیت خانواده و اقتصاد آنها و حتی افراد جامعه که با آنها در ارتباط هستند، تأثیر منفی داشته و کیفیت زندگی فرد مبتلا و سایر اعضای خانواده را تهدید می‌کند. مراقبت از بیماری سبب مختل شدن روابط خانوادگی، تحمل مسئولیت‌های فشارزا و تأثیر سوء بر کیفیت زندگی سایر افراد خانواده و حتی جامعه و ایجاد محیطی ناامن در خانواده‌های زلزله زدگان می‌شود که این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد، از هم پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و ترس در سایر افراد خانواده و در نهایت تشدید استرس پس از سانحه می‌شود. از سویی وجود رفتارهای تحریک پذیری، حالت‌های دفاعی، زود از جا پریدن، اضطراب و نگرانی عواملی هستند که می‌توانند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. به دلیل یادآوری خاطرات مربوط به صحنه‌های زلزله در فرد مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه، کوچکترین مسئله‌ای زندگی او را مختل نموده و منجر به احساس مداومی از نگرانی در مورد احتمال وقوع خطری مبهم اما وحشتناک می‌گردد (بونچینی و ترمولادا، ۲۰۲۱).

نتایج آزمون آماری نشان داد شاخص‌های برآزش مدل پژوهش در وضعیت مطلوبی قرار دارد. همچنین عوامل سرمایه‌های روانشناختی اثر معنادار بر اختلال استرس پس از سانحه داشته‌اند. در تبیین این یافته‌ها ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که افراد با سرمایه‌های روانشناختی بالا در برخورد با مسائل حالت فراگیری دارند و با افکار واگرا که اساسی برای خلاقیت است، خود را مشغول می‌سازد و اولویت‌های مختلف را در ارزیابی موقعیت مورد توجه قرار می‌دهد. این نگرش نقطه مقابل تفکر همگرا (یک بعدی) است که از خصوصیات اصلی افراد افسرده است. تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی به این افراد می‌کند تا شرایط پرفشار و شرایط تغییر - خوب و بد - برای آنها به منزله فرصت‌های مبارزه، رشد و

عوامل متعدد دیگر، به طور طبیعی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (هو و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال استرس پس از سانحه، تغییراتی در احساسات و رفتار فرد مبتلا و در نتیجه بروز مشکلاتی در زمینه‌ی روابط بین فردی و خانوادگی می‌شود که ممکن است فرد مبتلا از نظر روابط عاطفی و هیجانی، سرد شده و نسبت به دیگران احساس دوری و بیگانگی کنند. وجود رفتارهای تحریک‌پذیر، حالت‌های دفاعی، زود از جا پریدن، اضطراب و نگرانی، عواملی است که می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد و به دلیل یادآوری خاطرات مربوط به صحنه‌های زلزله در فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و مختل شدن زندگی به دلیل حساسیت نسبت به مسایل مختلف و تداعی شدن صحنه‌های زلزله در زندگی کنونی فرد مبتلا، احساس مداومی از نگرانی در مورد احتمال وقوع خطری مبهم اما وحشتناک در فرد می‌شود. از سوی دیگر، کابوس‌های شبانه‌ی مربوط به صحنه‌های زلزله نیز مانع از آن می‌شود که فرد مبتلا، شب را با آرامش در کنار سایر افراد خانواده سپری کند. بدین ترتیب، شرایط استرس‌زا منجر به عود اختلال می‌شود و این عوامل وضعیت عمومی - روانی، عملکرد اجتماعی و بطور کلی کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بونچینی و ترمولادا، ۲۰۲۱).

از سویی بروز مشکلات جسمانی و روانی از آثار آسیب‌زای هر سانحه است که ممکن است برای افرادی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در صحنه حاضر بوده‌اند به وجود می‌آید. ایجاد این مشکلات کیفیت زندگی این افراد از قبیل سلامت جسمانی، روانی، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، شغلی و اقتصادی را به خودی خود دستخوش تغییرات و تحت تأثیر قرار می‌دهد. یافته‌های متعددی نشان دادند بازماندگان زلزله که مبتلا به اختلال فشار عصبی پس از سانحه شده‌اند، از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار بوده و به طور غالب مشکلاتی را در زمینه روابط صمیمی و نقش‌های خانوادگی، مشکلات روانی اجتماعی، سازگاری خانوادگی ضعیف‌تر و عملکرد جسمانی ضعیف را تجربه می‌کنند و علائم آن با ناسازگاری، بیماری و

یافته‌ها با برخی از مطالعات کلینیکی در این حیطه، بهتر است از تست‌های بالینی به‌منظور سنجش میزان ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه استفاده شود. از آنجا که علائم و اثرات اختلال استرس پس از سانحه در طول زمان پس از مواجهات مکرر با حوادث ناگوار بروز می‌کند لذا توصیه می‌شود مطالعات آتی به شیوه مطالعات طولی با در نظر گرفتن گروه مقایسه طراحی شوند تا در درازمدت روابط علی معلولی بین متغیرهای کیفیت زندگی و سرمایه‌های روانشناختی با استرس پس از سانحه بدون اثرات مخدوش‌کننده سایر متغیرها، سنجیده شود. در پژوهش‌های آینده از روش‌های کیفی و تست‌های بالینی از قبیل مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-V و مقیاس بالینی CAPS برای ارزیابی عوامل پیش بین اختلال استرس پس از سانحه استفاده شود. آنچه در این مطالعه تایید شد رابطه معکوس کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان، سلامت محیطی و حیطه روابط اجتماعی با اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. این نکته شایان ذکر است که این نتایج صرفاً به گروه مورد مطالعه اختصاص دارد و نمی‌توان آن را به سایر گروه‌های استرس پس از سانحه عمومیت داد. این مطالعه پیشنهاد می‌کند، استراتژی‌های مقابله با آسیب‌های روانی ناشی از زلزله با حمایت نهادهای بالادستی پیاده‌سازی شود. فاکتورهای متعددی از قبیل افزایش حمایت‌های اجتماعی از سمت سازمان‌های حمایتی، افزایش سرمایه‌های روانشناختی در مشاوره‌های فردی، نقش و آموزش‌هایی که به افزایش مقاومت فرد کمک می‌کنند؛ مانند آموزش تاب آوری به‌عنوان فاکتورهای حفاظتی در برابر علائم اختلالات پس از سانحه شناخته شده‌اند. پیاده‌سازی استراتژی‌های مقابله با اختلالات روانی براساس رویکردهای تقویت‌کننده سرمایه‌های روانشناختی باعث می‌شود زلزله‌زدگان، راحت‌تر بتوانند به شرایط بهینه خود بازگردند و این منتج به بهبود تاب آوری، خودکارآمدی، خوش بینی و امیدواری و افزایش کیفیت زندگی آنان خواهد شد. یافته‌های تحقیقات فوق، بر نتایج پژوهش حاضر، مبنی بر این که مولفه‌های کیفیت زندگی با شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است، صحت می‌گذارد. این یافته‌ها می‌تواند

غنی ساختن زندگی محسوب شود و به دنبال آن در مقابله با مسائل به یافتن راه حل فکر می‌کنند. این افراد افکار و احساسات خود را می‌پذیرند و سپس به شکل فعالی تغییر دادن آنچه را که نمی‌خواهند، تجربه می‌کنند. آنها از زندگی استقبال می‌کنند و از نظر عاطفی به آنچه در زمان حال انجام می‌دهند، اشتغال می‌یابند و حتی زمانی که استراحت می‌کنند در استراحت خود متمرکز هستند.

در چارچوب نظریه بندورا افراد با سطح بالای سرمایه‌های روانشناختی، با مشکلات سازگار می‌شوند، وقتی اوضاع وخیم می‌شود، هدف‌های عالی تنظیم می‌کنند، زیرا می‌دانند چگونه از مهارت و راهبرد مسأله‌مدار استفاده کنند. به بیان دیگر توانایی انتخاب از میان شیوه‌های مواجهه با وقایع را دارا هستند، کنترل شناختی دارند، یعنی توانایی تفسیر و ارزیابی وقایع فشارزا به طرح‌های در حال پیشرفت و خنثی کردن اثرات نامطلوب آن و همچنین از مهارت سازگاری یعنی داشتن خزانه بزرگتری از پاسخ‌های مناسب در همه موقعیت‌ها که به دنبال یک محرک خاص به وجود آمده است، برخوردارند. هماهنگ با این شرایط، مفهوم‌سازی‌های جاری از اختلال استرس پس از سانحه اشاره داشته‌اند که افراد مبتلا به اختلال تلاش می‌کنند رویارویی با نشانه‌های مرتبط با رویداد استرس‌زا را محدود کرده یا از آن‌ها اجتناب کنند و نیز مانع فعال شدن هیجانات مرتبط با آسیب شوند. بنابراین مدل‌های شناختی اختلال مطرح می‌کنند ارزیابی نادرست و منفی از رویداد استرس‌زا و فقدان بازبینی مبتنی بر اطلاعات جدید دریافتی موجب حس تهدید و در نتیجه تداوم علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. در نهایت باید به این نکته اشاره کرد که در افراد بی‌ثبات (نااستوار) تزلزل و عدم تعادل عاطفی، احتمال واکنش پرخاشگرانه، شکایت از دردهای جسمانی متعدد، اضطراب، وسواس، خودکم‌بینی، فقدان استقلال، فقدان نشاط و احساس گناه دیده می‌شود و همین باعث تشدید استرس در آن‌ها می‌شود (هو و همکاران، ۲۰۱۸).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن و عدم وجود گروه مقایسه در مطالعه اشاره کرد. همچنین به‌منظور افزایش دقت و صحت نتایج و قابل قیاس بودن

نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
 نایب‌حسین‌زاده، سپیده؛ فتح‌اله‌زاده، نوشین؛ سعادت‌ی، نادره؛ رستمی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی و خود-شفقتی مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر. مطالعات روانشناختی، ۱۲(۳): ۱۰۳-۱۲۲

Abbasi, S. (2015). The effectiveness of life skills training on the quality of life of mothers with Down syndrome children. Master's thesis in psychology, Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences (In Persian)

Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D., & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(4), 484-496.

Boamah, S., & Laschinger, H. (2015). Engaging new nurses: the role of psychological capital and workplace empowerment. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 265-277.

Bonichini, S., & Tremolada, M. (2021). Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4385.

Burnos, A., & Bargiel-Matusiewicz, K. M. (2018). Quality of life and PTSD symptoms, and temperament and coping with stress. *Frontiers in psychology*, 9, 2072.

Carmassi, C., Bertelloni, C. A., Cordone, A., Cappelli, A., Massimetti, E., Dell'Oste, V., & Dell'Osso, L. (2020). Exploring mood symptoms overlap in PTSD diagnosis: ICD-11 and DSM-5 criteria compared in a sample of subjects with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 276, 205-211.

Costa, S., & Neves, P. (2017). Job insecurity and work outcomes: The role of psychological contract breach and positive psychological capital. *Work & Stress*, 31(4), 375-394.

Dawkins, S., Martin, A., Scott, J., & Sanderson, K. (2015). Advancing conceptualization and measurement of psychological capital as a collective construct. *Human Relations*, 68(6), 925-949.

Donkor, E. S. (2018). Stroke in the century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke research and treatment*, 2018.

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., ... & Helseth, S. (2019). A systematic review of

مولفه‌های مهمی را شناسایی کند که ممکن است به کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و توسعه ی طرح‌های درمانی منجر شود تا بتوان به این بیماران در جهت بهبود کیفیت زندگی مناسب‌تر در زمینه‌های مختلف خانوادگی، اجتماعی و شغلی کمک کرد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

خوارزمی، شهرام. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و انقلاب دیجیتال. درج در وبگاه آینده نگر به نشانی: www.Ayandehnegar.org
 صادقی خراشاد، محمود؛ رضاییان، احسان و عبدالله نژاد، امیر احسان. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و کیفیت زندگی در بین آتش‌نشانان شهر بیرجند در سال ۱۳۹۷. فصلنامه علمی تخصصی طب کار یزد؛ ۱۲(۳): ۲۵-۱۴.
 عباسی، سعید. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند سندرم داون. پایان

- Nayeb Hoseinzadeh, S., Fatollahzadeh, N., Saadati, N., & Rostami, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment training on improving the quality of life and self-compassion of the mothers of educable disabled children. *Journal of Psychological Studies*, 12(3), 103-122. doi: 10.22051/psy.2016.11517.1219 (In Persian)
- Newman, A., Nielsen, I., Smyth, R., & Hirst, G. (2018). Mediating role of Psychological capital in the relationship between social support and wellbeing of refugees. *International Migration*, 56(2), 117-132.
- Paek, S., Schuckert, M., Kim, T. T., & Lee, G. (2015). Why is hospitality employees' psychological capital important? The effects of psychological capital on work engagement and employee morale. *International Journal of Hospitality Management*, 50, 9-26.
- Sabot, D. L., & Hicks, R. E. (2020). Does psychological capital mediate the impact of dysfunctional sleep beliefs on well-being?. *Heliyon*, 6(6), e04314.
- Sadeghi Khorashad, M., Rezaiyan, E., & Abdullah Nejad, A. E. (2020). Investigating the relationship between post-traumatic stress disorder (PTSD) and quality of life among firefighters in Birjand city in 2018. *Yazd Occupational Medicine Quarterly*, 12(3): 14-25 (In Persian)
- Shalev, A. Y., Gevonden, M., Ratanatharathorn, A., Laska, E., van der Mei, W. F., Qi, W., ... & van Zuiden, M. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 18(1), 77-87.
- Slåtten, T., Lien, G., & Mutonyi, B. R. (2020). The Impact of Leadership Autonomy Support, Psychological Capital and Creativity on Hospital Employees' Innovative Behaviour.
- Vandeleur, M., Walter, L. M., Armstrong, D. S., Robinson, P., Nixon, G. M., & Horne, R. S. (2017). Quality of life and mood in children with cystic fibrosis: Associations with sleep quality. *Journal of Cystic Fibrosis*.
- Walton, J. L., Raines, A. M., Cuccurullo, L. A. J., Vidaurri, D. N., Villarosa-Hurlocker, M. C., & Franklin, C. L. (2018). The relationship between DSM-5 PTSD symptom clusters and alcohol misuse among military veterans. *The American journal on addictions*, 27(1), 23-28.
- Wu, C. M., & Chen, T. J. (2018). Collective psychological capital: Linking shared leadership, organizational commitment, and creativity. *International Journal of Hospitality Management*, 74, 75-84.
- quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life Research*, 28(10), 2641-2650.
- Hargrove, D., Caza, A., & McCarter, M. W. (2019, July). Third-Party Effects of Psychological Capital: Observer Attributions and Responses. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2019, No. 1, p. 18119). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Idemudia, E. S., Olawa, B. D., Wyatt, G. E., & Milburn, N. (2020). Pre-displacement stressors, psychological morbidity, and PTSD symptoms among displaced women by Boko-Haram in North-East Nigeria: The buffering roles of psychological capital. *Journal of Psychology in Africa*, 30(4), 307-314.
- Junaid, F. A., Haar, J., & Brougham, D. (2021). Post-traumatic stress, job stressors, psychological capital and job outcomes: a study of Pakistan employees living under ongoing terrorism. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 31(2), 106-128.
- Kharazmi, Sh. (2007). Quality of life and digital revolution. Insertion in the Ayandehnegar website at: www.Ayandehnegar.org (In Persian)
- Krediet, E., Bostoen, T., Brecksema, J., van Schagen, A., Passie, T., & Vermetten, E. (2020). Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 23(6), 385-400.
- Litz, B. T., Contractor, A. A., Rhodes, C., Dondanville, K. A., Jordan, A. H., Resick, P. A., ... & Strong Star Consortium. (2018). Distinct trauma types in military service members seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 31(2), 286-295.
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press, USA.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2015). *Psychological capital and beyond*. Oxford University Press, USA.
- Morin, M., Vayssiere, C., Claris, O., Irague, F., Mallah, S., Molinier, L., & Matillon, Y. (2017). Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 214, 115-130.