

مدیریت و بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تعارضات زناشویی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و حمایت اجتماعی زوجین در استان اصفهان

محبوبه مرادی^۱

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

چکیده

انسان همواره به دنبال دستیابی به رفاه و آسایش بوده است. با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت روانی و روانشناختی جوامع انسانی، توجه به مسائل ذهنی و عینی درباب رفاه اهمیت زیادی پیدا کرد و رفته‌رفته مفاهیمی چون کیفیت زندگی دربرابر طول عمر و درمان قرار گرفت.

کیفیت زندگی توصیفی است از وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی و روانی و اجتماعی فرد و توانایی تأثیر آنها بر زندگی روزمره او. این پدیده هم مانند مسائل اجتماعی دیگر تحت تأثیر عوامل اجتماعی متعددی شکل می‌گیرد؛ و رابطه زناشویی و زوجین تحت تأثیر خود قرار می‌دهد؛ از جمله سرمایه اجتماعی (و ابعاد سه‌گانه آن: عضویت در شبکه‌های اجتماعی و روابط اجتماعی، هنجار اجتماعی و اعتماد اجتماعی) و وضعیت اقتصادی-اجتماعی (گروسی و نقوی، ۱۳۹۹: ۴۸). در این پژوهش به اثر بخشی آموزش زوجین در انعطاف‌پذیری روانشناختی و حمایت اجتماعی زوجین و تأثیرات آن می‌پردازیم.

واژگان کلیدی: آموزش زوجین- انعطاف‌پذیری، حمایت اجتماعی، استان اصفهان، پژوهش‌ها

۱- مقدمه

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی باعث کاهش تنش تجربه‌شده، افزایش طول عمر و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و در پایان بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود. براین اساس، به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی دریافتی از شبکه می‌تواند تنش‌های عاطفی و روانی زنان را پس از روابط عمومی زوجین دهد و جریان جامعه‌پذیری مجدد آنها را تسهیل کند و کیفیت زندگی ایشان را نیز ارتقا بخشد. با توجه به آنچه گفتیم، سؤال اساسی این است که آیا حمایت‌های اجتماعی شبکه اجتماعی رابطه تعیین‌کننده‌ای با کیفیت زندگی زوجین و روابط زناشویی است یا خیر؟ حمایت اجتماعی تا چه حد می‌تواند بر کیفیت زندگی این زوجین تأثیر بگذارد؟ پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان حمایت‌های دریافتی زوجین از روانشناسی تا تأثیر پذیری عوامل زناشویی در استان اصفهان از شبکه، تعیین میزان کیفیت زندگی با توجه به ابعاد هشت‌گانه آن و تعیین رابطه حمایت اجتماعی با سطح کیفیت زندگی این زوجین انجام شده است.

این تحقیق بر حیطه عملکردی حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأکید شده است و درباب بعد ساختاری یا عینی بحث نشده است. سوالیه [۴] (۱۹۹۶) و العربی [۵] (۲۰۰۳) معتقدند همبستگی بین زوجین به ایجاد پیوندهایی قدرتمند منجر می‌شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألم و تخلیه درونی می‌داند (رامبد و رفیعی، ۱۳۸۷).

افرادی که شبکه‌های ارتباطی خوبی دارند، از سلامت جسمی و روحی بهتری سود می‌برند. اثر ارتباطات در افزایش سلامتی افراد طی مطالعات و تحقیقات فراوانی به اثبات رسیده است (حیدرزاده، ۱۳۸۷). در همین زمینه، توپین و برلسون (۱۹۹۴) براین باورند که بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی رابطه‌ای مثبت و قوی وجود دارد.

حمایت اجتماعی قوی‌ترین و نیرومندترین قدرت مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد با موقعیت‌های تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه‌شده، افزایش میزان بقا و بهبود مراقبت بهداشتی و در پایان، بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (حیدری و دیگران، ۱۳۸۷).

همان‌طور که اشاره کردیم، عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌توانند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهند که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است. یکی از سازوکارهایی که حمایت اجتماعی از طریق آن بر کیفیت زندگی و شاخص‌های آن اثر می‌گذارد، برداشت از خود و مفهوم خود است که به لحاظ روان‌شناختی منبع مهمی برای انطباق با موقعیت‌های فشارزای زندگی قلمداد می‌شود.

ازسوی دیگر، حمایت اجتماعی از طریق افزایش احساس خودارزشمندی و کنترل امور به ارتقای سطح سلامت کمک می‌کند. یافته‌های تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی شبکه‌های اجتماعی می‌تواند کارکردهای مثبتی برای سلامت روانی و سلامت جسمی داشته باشد (گروسی و شبستری، ۱۳۸۶: ۹-۱).

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی - همبستگی است که به صورت مقطعی در بین زوجین و روابط زناشویی که در شش ماه نخست زندگی و تأثیرات اجتماعی به زمان انجام تحقیق کرده بودند و در زمان تحقیق به در پرسشنامه عمومی مراجعه می‌کردند، انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

گروه کیفیت زندگی سازمان‌های مختلف عمومی و اجتماعی در رابطه با روانشناسی اجتماعی و زوجین این تعریف را ارائه می‌کند: [کیفیت زندگی] برداشت، درک و استنباط فرد از موقعیتش در زندگی است، با توجه به زمینه‌های نظام ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می‌کند. مفهوم کیفیت زندگی با توجه به ادراک فرد از اهداف، انتظارات، ارزش‌ها در حوزه سلامت فیزیکی، وضعیت روحی و روانی، سطح استقلال، عقاید شخصی، علائق معنوی، ارتباطات محیطی و روابط او با محیط تعریف می‌شود (فیلیس، ۲۰۰۶: ۳۳). در این پژوهش جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه استاندارد اس.اف.۳۶ استفاده شد. این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال دارد که هشت مؤلفه سلامت روان، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی، درد، محدودیت نقش به علت مشکلات روانی، و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی را دربرمی‌گیرد. گفتنی است که نمرات در هریک از این هشت مؤلفه می‌تواند بین صفر تا ۱۰۰ باشد. به‌طور کلی، این هشت مؤلفه را می‌توان در دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی دسته‌بندی کرد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسش‌نامه استاندارد شده حمایت اجتماعی فیلیس در ایران استفاده کردیم که سه بعد حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران را دربرمی‌گیرد. در این پرسش‌نامه نمرات پاسخگویان می‌تواند بین صفر تا ۲۳ باشد. این پرسش‌نامه ۲۳ گویه دارد.

پرسش‌نامه محقق ساخته، که ویژه انواع حمایت لازم برای زوجین و روابط زناشویی و روابط اجتماعی است و انواع حمایت مادی، خدماتی، مشورتی و عاطفی را دربرمی‌گیرد، برای سنجش حمایت‌های خاص از زوجین جوان استفاده شد. در این پرسش‌نامه نمرات پاسخگویان بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. این پرسش‌نامه ۲۰ گویه دارد. استفاده از این دو پرسش‌نامه بر این فرض اساسی استوار است که از حمایت خانواده (همسر و دیگران)، دوستان و بقیه افراد متعامل برخوردار است. حمایت عاطفی، هم از اعضای خانواده و هم از دوستان دریافت می‌شود (زکی، ۱۳۸۶: ۴۴۰). سوالیه (۱۹۹۶) بر این اعتقاد است که اولین منبع حمایت همسر است (رامبد و رفیعی، ۱۳۸۷). او معتقد است حضور همسر در نقش حامی در کاهش تنش مؤثر است و سبب افزایش رضایت از زندگی طی مراحل بیماری و ناتوانی می‌شود.

حضور همسر در جایگاه فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد نیز می‌تواند بر سلامت و عملکرد فرد، کیفیت حمایت اجتماعی و درک آن تأثیرگذار باشد. زوجین از حمایت‌های ویژه‌ای برخوردار می‌شود که با توجه به نزدیکی شوهر به زن، در این پژوهش نقش حمایت‌های شوهر بیش از دیگر افراد هدف توجه قرار گرفته است.

بنابر تعریف حیدری و همکاران (۱۳۷۸) و زکی (۱۳۸۶)، در این تحقیق بر حیطه عملکردی حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی ادراک شده تأکید کرده و بعد ساختاری یا عینی را محل بحث قرار نداده‌ایم.

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفا
عملکرد جسمانی	۱۰	۰,۸۷
محدودیت نقش به علل جسمانی	۴	۰,۸۵
درد جسمانی	۷	۰,۸۰
سلامت عمومی	۵	۰,۵۱
نشاط	۴	۰,۷۲
عملکرد اجتماعی	۲	۰,۵۸
محدودیت نقش به علل روانی	۳	۰,۸۷
سلامت روان	۵	۰,۶۱
حیطه جسمانی و روانی کیفیت زندگی	۲	۰,۸۵
حمایت اجتماعی	۲۳	۰,۸۳
حمایت کلی پس از ازدواج	۲۰	۰,۹۲
حمایت خانواده پس از ازدواج	۸	۰,۸۰
حمایت همسر پس از ازدواج	۱۳	۰,۹۲
حمایت مادی همسر پس از ازدواج	۳	۰,۸۸
حمایت عاطفی پس از ازدواج	۷	۰,۸۱

۰,۶۹	۳	حمایت مشورتی و اطلاعاتی پس از ازدواج
۰,۸۴	۷	حمایت خدماتی پس از ازدواج
۰,۶۱	۷	حمایت دوستان
۰,۷۶	۸	حمایت خانواده
۰,۶۴	۸	حمایت دیگران

یافته‌ها

جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین سنی زوجین ۲۷ سال با انحراف استاندارد ۵,۲۷ و میانگین سنی روز با انحراف استاندارد ۵۳,۵۶ بوده است.

جدول ۴. توصیف متغیرهای جمعیت شناختی پاسخگویان

تعداد کل	انحراف استاندارد	میانگین	
۳۷۰	۵,۲۷	۲۷	سن زوجه
۳۷۰	۲۸۳	۱۲	تحصیلات
۳۷۰	۱۹۱,۸۵	۳۷۶۰۰۰	درآمد
۳۷۰	۰,۸۴۲	۱	تعداد فرزند
۳۷۰	۵۳,۵۶	۱۱۴	سن نوزاد (به روز)

میانگین سنی همسران ۳۱ سال بود و بیشترین تعداد آنها ۱۲ سال تحصیل کرده بودند. ۷۶,۲ درصد پاسخگویان خانه‌دار و ۱۷,۶ درصد شاغل بوده‌اند. در مقابل ۹۲,۷ درصد همسران ایشان شاغل بوده‌اند. میانگین تعداد افراد حاضر در شبکه اجتماعی پاسخگویان ۸ نفر با انحراف استاندارد ۴,۹۳ ذکر شده است. میانگین تعداد دیدارها با اعضای شبکه در طول یک‌ماه ۱۴ بار با انحراف استاندارد ۱۰,۴۳ بوده است.

جدول ۵. میزان حمایت دریافتی پاسخگویان برحسب اعضای شبکه

میزان حمایت		خانواده		دوستان		سایر	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۵	۴.۱	۴۳	۱۲.۲	۲۶	۷	۲۶	۷
۵۰	۱۳.۵	۱۶۴	۴۴.۳	۷۷	۲۰.۸	۷۷	۲۰.۸
۳۰۵	۸۲.۴	۱۶۱	۴۳.۵	۲۶۷	۷۲	۲۶۷	۷۲
۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰
کل							

بیش از ۸۰ درصد پاسخگویان حمایت زیادی از اعضای خانواده دریافت می‌کردند، درحالی که ۴۳.۵ درصد آنها این میزان حمایت را از دوستان دریافت کرده‌اند (جدول ۵). بازبینی اطلاعات جدول ۵ خاطرنشان می‌سازد که خانواده در مقایسه با دوستان و دیگر منابع حمایتی از اهمیت بیشتری برخوردار است. در مجموع ۵۷.۶ درصد پاسخگویان اظهار کرده‌اند که از کل منابع حمایتی پیرامون خود، حمایت زیادی دریافت می‌کنند و فقط از ۵.۱ درصد حمایت کمی دریافت کرده‌اند.

زندگی و سلامت بیشتری هم بهره می‌برند. درگیری افراد در شبکه‌های دوستی، خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌کند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (علی‌پور، ۱۳۸۸). در این تحقیق نیز مشاهده شد که با افزایش حمایت‌های چهارگانه و حمایت اعضای شبکه، خصوصاً همسر، کیفیت زندگی زوجین افزایش می‌یابد. از این رو می‌توان پیشنهاد کرد که با برنامه‌ریزی منسجم و فعال به همه اعضای جامعه آموزش‌های لازم در باب نحوه حمایت از زوجین جوان جدید داده شود. علاوه بر این، آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم به پسران نوجوان، که همسران آینده هستند، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی زناشویی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد کیفیت زندگی (به صورت کلی) بیشتر زوجین و روابط زناشویی و روانشناسی در حد متوسط است. اکثر زوجین که تحت مطالعه از لحاظ ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برند. وضعیت مؤلفه محدودیت نقش به علت‌های جسمانی و روانشناختی متوسط روبه پایین است. به عبارت دیگر، بیشتر زوجین به لحاظ وضعیت جسمانی محدودیتی در ایفای نقش‌هایشان ندارند و وومشکل روانشناسی کمی دارند. همچنین اکثر زنان عملکرد جسمانی و سلامت عمومی روبه‌افولی دارند. یعنی بیشتر زوجین از عملکرد جسمی و سلامت عمومی مناسبی برخوردار نیستند. وضعیت مؤلفه نشاط، سلامت روان و عملکرد اجتماعی بیشتر زوجین نرمال است.

وضعیت متوسط روبه‌بالا در محدودیت نقش به علت‌های روانی در بیشتر زوج‌های جوان نشان می‌دهد بیشتر زنان به‌دلیل وضعیت روانی یا مشکلات روحی-روانی در ایفای نقششان محدودیت دارند.

تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زوجین‌های جوان پس از زندگی مشترک و ایجاد رابطه جدید وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۳۳۷)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان به‌لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، جهت رابطه دو متغیر مزبور نیز مثبت است؛ بدین‌معنا که با افزایش و بالا رفتن حمایت اجتماعی در روابط زوجین، کیفیت زندگی آنان نیز بهبود پیدا می‌کند. با تأیید رابطه میان این دو متغیر نظریه‌هایی را به یاد می‌آوریم که به ارتباط مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی قائل‌اند و می‌گویند هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد، کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. نتایج مطالعه حیدرزاده و همکاران (۱۳۸۸)، نتایج تحقیق رامبد و رفیعی (۱۳۸۸) و حیدری و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و مثبت و معنی‌داری وجود دارد و اکثر افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری درک کرده بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند.

بین حمایت مادی اعضای شبکه ارتباطی و کیفیت زندگی زوج‌های جوان نیز ارتباط وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۳۸۳)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت مادی و کیفیت زندگی به‌لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. با تأیید رابطه میان این دو متغیر می‌توان نظریه کیز را یادآوری کرد که حمایت مادی را دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌داند.

بین حمایت عاطفی اعضای شبکه ارتباطی و کیفیت زندگی زوج‌های جوان ارتباط وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۳۷۰)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت عاطفی و کیفیت زندگی به‌لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد.

تحلیل‌ها نشان دادند که بین حمایت خدماتی اعضای شبکه ارتباطی و کیفیت زندگی زوج‌های جوان پس از زایمان ارتباط وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۳۱۳)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، بین حمایت همسر و کیفیت زندگی زنان پس از زایمان ارتباط وجود دارد. با توجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۴۲۱)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت همسر و کیفیت زندگی به‌لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، جهت رابطه دو متغیر مزبور نیز مثبت است؛ بدین‌معنا که با افزایش حمایت همسران از ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی آنها نیز افزایش خواهد یافت. با تأیید رابطه میان این دو متغیر، سوالیه (۱۹۹۶) بر این اعتقاد است که اولین منبع حمایت همسر و پس از او فرزندان هستند.

قدسی (۱۳۸۲) و سوالیه (۱۹۹۶) و العربی (۲۰۰۳) بر این باورند که همبستگی بین زوجین به ایجاد پیوندهایی قدرتمند می‌انجامد که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألم و به عبارتی تخلیه درونی می‌داند. رامبد و رفیعی (۱۳۸۷) نیز دریافتند که وجود وابستگی و صمیمیت زوجین سبب افزایش و درک حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود.

ازسوی دیگر، یافته‌ها نشان دادند که بین حمایت مشورتی و اطلاعاتی اعضای شبکه ارتباطی و کیفیت زندگی زوجین جوان ارتباط وجود دارد. باتوجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰٫۲۰۸)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت مشورتی و کیفیت زندگی به لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. کیز (حیدرزاده، ۱۳۸۷) حمایت عاطفی و خدماتی و مادی را دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌داند.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار بین حمایت همسر و کیفیت زندگی زوجین مبین آن است که کمک شوهر در کارهای منزل و نیز برآورده شدن نیاز عاطفی به دست همسر می‌تواند در بالابردن کیفیت زندگی زوجین جوان مؤثر باشد. می‌توان نتیجه گرفت که عوامل اجتماعی همچون حمایت اجتماعی، خصوصاً پشتیبانی و حمایت همسر، بر وضعیت ارزیابی عملکرد جسمانی و روانی در این دوره اثر دارد. ارتباط همسران با یکدیگر با ارتباط اعضای دیگر خانواده با فرد متفاوت است. زیرا این رابطه به علت منافع مشترک بین زن و شوهر (مثل فرزندان، اموال، روابط جنسی، عشق و وابستگی روانی) بسیار عمیق‌تر است. این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل اقتصادی-جمعیتی شناختی، مثل تحصیلات، سن، میزان درآمد، شغل و... تأثیری بر کیفیت زندگی زنان ندارد. این یافته حاکی از نقش مهم‌تر و تأثیر زیاد متغیرهای اجتماعی بر کیفیت زندگی زوجین است.

یافته‌های تحقیق حاضر مؤید مدل تأثیر مستقیم حمایت‌های اجتماعی است. مطابق مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر زیاد حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی به بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود. رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی خطی است. فلمینگ و باوم (۱۹۸۶)، که از نظریه پردازان برجسته این دیدگاه‌اند، معتقدند افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند، از کیفیت زندگی و سلامت بیشتری هم بهره می‌برند. درگیری افراد در شبکه‌های دوستی، خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌کند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (علی‌پور، ۱۳۸۸). در این تحقیق نیز مشاهده شد که با افزایش حمایت‌های چهارگانه و حمایت اعضای شبکه، خصوصاً همسر، کیفیت زندگی زوجین جوان می‌یابد. از این رو می‌توان پیشنهاد کرد که با برنامه‌ریزی منسجم و فعال به همه اعضای جامعه آموزش‌های لازم در باب نحوه حمایت از مادران جدید داده شود. علاوه بر این، آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم به پسران نوجوان، که همسران آینده هستند، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی زوجین جوان داشته باشد.

منابع

- احمدی علون‌آبادی، احمد، مریم فاتحی‌زاده و هاجر صادقی (۱۳۷۸) «حمایت اجتماعی و سلامت جسم و روان»، خلاصه مقالات ارائه‌شده در هفته پژوهش، دانشگاه اصفهان.
- باستانی، سوسن و مریم صالحی هیکویی (۱۳۸۶) «سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران»، نامه علوم اجتماعی، شماره ۳۰: ۶۳-۹۵.
- بخشانی، نورمحمد و همکاران (۱۳۸۲) «ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی»، اندیشه و رفتار، شماره ۵۵: ۹-۴۹.
- پورمحمدرضای تجریشی، معصومه و سیدمحمد میرزمانی بافقی (۱۳۸۶) «ارتباط بین سیستم‌های مغزی و رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶: ۲۲۳-۲۴۵.
- حاجبی، احمد و پیمان فریدینا (۱۳۸۸) «ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر»، دوفصلنامه طب جنوب، سال دوازدهم، شماره ۱: ۶۷-۷۴.
- حسینی، حمزه، ابوالحسن نقیعی و حمید خادم‌لو (۱۳۸۷) «افسردگی پس از زایمان و رابطه آن با برخی از عوامل مرتبط»، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، شماره پیاپی ۴۳: ۷۶-۸۱.
- حیدرزاده، مهدی و همکاران (۱۳۸۸) «ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی»، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۲۲، شماره ۵۹: ۲۳-۳۲.
- حیدری، سعیده و همکاران (۱۳۸۷) «ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان»، فصلنامه فیض، دوره دوازدهم، شماره ۲: ۶۳-۵۷.
- خدادادی، نعیمه، محمودی‌هایده و میرحق‌جو، سیده نوشاز (۱۳۸۷) «ارتباط افسردگی پس از زایمان با عوارض روانی-اجتماعی مادران»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، شماره ۲: ۱۴۲-۱۴۸.
- رامبد، معصومه و فروغ رفیعی (۱۳۸۸) «حمایت اجتماعی درک‌شده در بیماران تحت همودیلیز»، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۲۲، شماره ۵۸: ۹۹-۱۱۰.
- رحیمی، مهدی و محمد مخیر (۱۳۸۸) «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز»، مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره دهم، شماره ۱: ۵-۲۵.

رفیعی، فروغ، معصومه رامبد و حسینی، فاطمه (۱۳۸۸) «درک بیماران تحت درمان با همودیالیز از حمایت اجتماعی»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره ۱۵، شماره ۱: ۵-۱۲.

زکی، محمدعلی (۱۳۸۶) «کیفیت زندگی و رابطه آن با عزت نفس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های اصفهان»، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، سال یازدهم، شماره ۴: ۴۱۶-۴۱۹.

زمان‌زاده، وحید و همکاران (۱۳۸۶) «ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی»، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۲۹، شماره ۱: ۴۹-۵۴.

عباس‌زاده، فاطمه، اعظم باقری و ناهید مهران (۱۳۸۸) «کیفیت زندگی در زنان باردار»، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، دوره ۱۵، شماره ۱: ۴۱-۴۸.

عظیمی اقدم، آرزو (۱۳۸۶) بررسی وضعیت حمایت اجتماعی مادران و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی دوره بعد از زایمان در مراجعه کنندگان به واحدهای بهداشتی - درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان.

علی‌پور، فردین، حمیرا سجادی و آمنه فرزانه (۱۳۸۸) «نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال نهم، شماره ۳۳: ۱۴۷-۱۶۵.

گروسی، سعیده و علی نقوی (۱۳۸۷) «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۳۰ و ۳۱: ۵۹-۴۰.

گروسی، سعیده و شیما شبستری (۱۳۹۰) *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، سال پنجم، شماره ۱: ۹۹-۱۲۳.

مختاری، مرضیه و جواد نظری (۱۳۸۹) *کیفیت زندگی*، تهران: جامعه‌شناسان.

مروتی شریف‌آباد، محمدعلی و نوشین روحانی تنکابنی (۱۳۸۷) «حمایت اجتماعی و وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز تحقیقات دیابت یزد»، *مجله طبیب شرق*، دوره ۹، شماره ۴: ۲۷۵-۲۸۴.

معتمدی شلمزاری، عبدالله و همکاران (۱۳۸۱) «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال»، *مجله روان‌شناسی*، دوره ۲۲، سال ۶، شماره ۲: ۱۱۶-۱۳۳.

نریمانی، کوروش (۱۳۸۷) «بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی»، *دوماهنامه دانشور پزشکی دانشگاه شاهد*، سال شانزدهم، شماره ۷۹: ۶۳-۷۰.

Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 20, 3-13. Alonso, Y., (2004). The bio psychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. Patient Education and Counseling, 53, 239-244.

Bali, A., Dhiugra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. Journal of Social Science, 24, 73-76.

Bennett, S. L. R. (2009). An investigation of sources of women infertility specific distress and well being. Oxford University Press.

Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. British Journal of Health Psychology, 14, 1-16. Berg,

B. J., & Wilson, J. F. (1995). Patterns of psychological distress in infertile couples. Journal of Psychosomatic, 16, 65-78.

Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., & Schroeder, I. (1999). Treatment related stress and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF. Anderology, 31, 27-35.

Bridges, K. R. & Harnish, R. J. (2010). Role of Irrational Beliefs in Depression and Anxiety: A review. Health, 8, 862-877. Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. Comprehensive Psychiatry, 49, 195-201. Chou, K. L.