

رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متاهل شهر کرمان پس از زایمان

سعیده گروسی^۱، زهرا خداپرست^۲

(تاریخ دریافت ۹۱/۸/۲۴، تاریخ پذیرش ۹۲/۱۱/۳۰)

چکیده

دوران پس از زایمان یکی از مراحل اساسی زندگی زنان است که مسائل روانی، جسمانی و اجتماعی متعددی را برای ایشان پدید می‌آورد؛ از این رو مطالعه مسائل مربوط به این دوره از زندگی زنان مهم است. کیفیت زندگی زنان، که به معنای درک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربه‌های زندگی است، ممکن است در این مرحله دست‌خوش تغییر شود. این پژوهش سعی دارد علاوه بر بررسی کیفیت زندگی زنان در این دوران، عوامل اجتماعی مؤثر بر آن را تحلیل کند.

با استفاده از نظریه حمایت اجتماعی عملکردی یا حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تأثیر انواع حمایت‌های اجتماعی دریافتی زنان بر کیفیت زندگی ایشان سنجیده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان است (که شش ماه قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، زایمان کرده‌اند). تعداد نمونه ۳۷۳ زن بود. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌های اس.اف.۳۶ و حمایت اجتماعی فیلیپس و پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته حمایت پس از زایمان جمع‌آوری شد.

۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران
۲. پژوهشگر مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده مطالعات آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی (به صورت کلی) بیشتر زنان در حد متوسط است. اکثر زنان از حمایت اجتماعی کل و حمایت خانواده برخوردارند و حمایت دوستان غالباً در حد متوسط است. اکثر زنان به میزان زیادی از حمایت مادی همسر پس از زایمان، حمایت خدماتی، مشورتی، اطلاعاتی و عاطفی اطرافیان (خانواده و همسر) برخوردارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی زنان در درجه اول حمایت خاص همسر و در مرحله بعد حمایت‌های کلی دریافتی فرد است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، زنان، حمایت اجتماعی، مدل تأثیر مستقیم، کرمان.

مقدمه و بیان مسئله

انسان همواره به دنبال دستیابی به رفاه و آسایش بوده است. با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت 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 اجتماعی فرد و توانایی تأثیر آنها بر زندگی روزمره او. این پدیده هم مانند مسائل اجتماعی دیگر تحت تأثیر عوامل اجتماعی متعددی شکل می‌گیرد؛ 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، ۱۳۸۷: ۴۸).

تولد فرزند رویدادی طبیعی بسیار مهمی است که در طول زندگی بیشتر زنان رخ می‌دهد. با عنایت به رویدادهای مربوط به بارداری و تغییرات جسمی، زیستی، عاطفی و اجتماعی، که هم‌زمان با وضع حمل رخ می‌دهند، دوره پس از زایمان گاهی به‌حدی فشارزاست که سبب اختلالات گوناگونی در مادر می‌شود. تطبیق زنان با نقش‌ها و کارکردهای پس از زایمان، که به تعبیری مقوله‌ای از جامعه‌پذیری مجدد است، در کنار اختلالات روانی و عاطفی و اجتماعی ایجادشده برای زنان- برای نمونه افسردگی پس از زایمان که از هر ده‌زن دست‌کم یک‌نفر آن را پس از وضع حمل تجربه می‌کند- می‌تواند کیفیت زندگی ایشان را تحت‌تأثیر قرار دهد. این بیماری‌ها ممکن است بازتابی از عود یا تشدید اختلالات روانی قبلی باشند یا بر شروع اختلالی جدید دلالت داشته باشند. بیماری‌های روانی پس از زایمان طیف وسیعی دارند که ساده‌ترین آنها غم و اندوه مادری است. بیش از ۵۰ تا ۷۵ درصد زنان در روز دوم یا سوم پس از زایمان این غم و اندوه را تجربه می‌کنند. وضعیت جدی‌تر، ولی با شیوع کمتر، افسردگی پس از زایمان است که تقریباً ۱۰ درصد زنان چند هفته پس از زایمان به آن دچار می‌شوند. افسردگی پس از

زایمان با افسردگی خلق، کاهش علاقه به فعالیت، تغییر اشتها، خستگی، اختلالات خواب، دشواری در مراقبت از کودک و... همراه است. مادران افسرده تعاملات اجتماعی کمتری دارند و کمتر با کودکان خود بازی می‌کنند، احساس گناه، اعتمادبه‌نفس پایین، اشکال در تمرکز، فکر کردن به خودکشی و گاهی اقدام به آن در این مادران دیده می‌شود (خدادای و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۴۲). بنابراین، با توجه به واقعیت‌هایی که زنان درباره تغییرات جسمانی، هورمونی، عاطفی، روحی و... پس از زایمان با آنها روبه‌رو می‌شوند و با انتظارات، اهداف، اولویت‌ها و ادراک آنها از موقعیتشان در زندگی پیش از تولد کودک متفاوت است، تصور، درک، احساس لذت و رضایت خاطر زنان از زندگی، و به عبارت دیگر، کیفیت زندگی آنها، متأثر از تحولات فیزیکی، روحی، روانی و موقعیت پس از زایمان تغییر زیادی می‌کند (عظیمی‌اقدم، ۱۳۸۷؛ حسینی و خادم‌لو، ۱۳۸۷).

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 زایمان کاهش 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 زنان پس از زایمان دارد یا خیر؟ حمایت اجتماعی تا چه حد می‌تواند بر کیفیت زندگی این زنان تأثیر بگذارد؟ پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان حمایت‌های دریافتی زنان پس از زایمان از شبکه، تعیین میزان کیفیت زندگی با توجه به ابعاد هشت‌گانه آن و تعیین رابطه حمایت اجتماعی با سطح کیفیت زندگی این مادران انجام شده است.

ادبیات نظری پژوهش

انسان‌ها از بدو پیدایش همواره به دنبال دستیابی به رفاه و آسایش بوده‌اند، اما با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت جوامع انسانی، توجه به مسائل ذهنی و عینی در زمینه رفاه و احساس بهزیستی افزایش یافت. مطالعه کیفیت زندگی در دهه ۱۹۶۰ آغاز شد. وقتی شکوفایی اقتصادی پس از جنگ با رکود مواجه شد، شعار عمومی این بود: «بهزیستی بیشتر به جای ثروت بیشتر» و به این ترتیب سؤالاتی در باب بهزیستی و چگونگی تقویت آن گسترش یافت. عملاً اصطلاح کیفیت زندگی برای مفاهیم مختلف مربوط به زندگی خوب استفاده می‌شود. باید بدانیم که بین فرصت دستیابی به زندگی خوب و نتایج و پیامدهای مربوط به آن تمایز وجود دارد.

همچنین بین کیفیت زندگی درونی و بیرونی تفاوت وجود دارد. در اولی، کیفیت درونی و مورد نظر فرد اهمیت دارد و در دومی کیفیت محیطی. (ونهوون، ۲۰۰۷: ۵۵)

هنوز در باب تعریف دقیق کیفیت زندگی توافق وجود ندارد. تحقیقات گذشته غالباً در تعریف دچار دوگانگی درباره عینی یا ذهنی بودن شده‌اند. رویکرد عینی کیفیت زندگی را مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی می‌داند. در مقابل، رویکرد ذهنی کیفیت زندگی را مترادف شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد (رحیمی و مخیر، ۱۳۸۸: ۷).

در جامعه‌شناسی، کیفیت زندگی اغلب مضمونی ضمنی در مطالعات جامعه‌نگاری بود. در دهه ۱۹۶۰، به‌منزله واکنشی در برابر تسلط و برتری معرف‌های اقتصادی در روند سیاسی، استفاده از این اصطلاح در جامعه‌شناسی شدت گرفت. برای تعریف آن در ابتدا تأکید بر معرف‌های عینی رفاه مثل فقر، بیکاری و خودکشی بود. معرف‌های ذهنی در طول دهه ۱۹۷۰ هدف توجه قرار گرفتند (ونهوون، ۲۰۰۷: ۵۴).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است. کیفیت زندگی چیزی بیش از وضعیت سلامتی است، چون سلامتی فقط یک بعد از کیفیت زندگی است و دیگر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شامل احساس رضایت فرد از خود، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و از همه مهم‌تر وضعیت عاطفی-روانی است (نریمانی، ۱۳۸۷: ۶۴).

تستا^۱ و همکارانش (۱۹۹۸) ابعاد سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامتی که از تجربه‌ها، باورها، انتظارات و ادراکات فرد متأثرند. با این وصف، کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود (زمان‌زاده و دیگران، ۱۳۸۶: ۵۰).

فلانگان نیز پنج حیطه را در گروه‌بندی کیفیت زندگی مطرح می‌کند که عبارت‌اند از: خوب‌بودن فیزیکی و مادی، ارتباط با دیگران، فعالیت‌های جمعی و اجتماعی، تکامل فردی و اجتماعی شدن (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۱۲۱).

ریف و سینگر غیر از جنبه سلامت فیزیکی و جسمانی، برای کیفیت زندگی شش حیطه در نظر می‌گیرند که شامل پذیرش خود، هدف‌داشتن در زندگی، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران است (همان: ۱۱۹-۱۲۰).

1. Testa

مفهوم کیفیت زندگی ترکیبی از وضعیت عینی و ذهنی زندگی را دربرمی گیرد. جنبه ذهنی آن به احساس رضایت به طور عام اشاره دارد و جنبه عینی آن به پاسخگویی به تقاضاهای فرهنگی و اجتماعی برای ثروت مادی، پایگاه اجتماعی و بهزیستی جسمانی برمی گردد. (فیلیپس، ۲۰۰۶)

در غالب اصطلاحهای کلی، کیفیت زندگی ممکن است ساختاری چندبعدی و تشکیل دهنده تصور ذهنی فرد از بهزیستی اجتماعی، جسمانی و عاطفی در نظر گرفته شود که هم بعد شناختی (رضایت) و هم بعد عاطفی را دربرمی گیرد. (گاز، ۲۰۰۷: ۱۳۵۴)

کینگ معتقد است ابعاد مختلفی بر کیفیت زندگی اثر می گذارند که شامل وضعیت اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و شغلی است (فلاحی خشکناب و همکاران، ۱۳۸۲: ۲۵). به نظر باستانی و صالحی هیکوئی (۱۳۸۵) همیشه اجتماع کوچکی در مقایسه با جامعه در سطح کلان وجود دارد که با عنوان اجتماع شبکه‌ای^۱ از آن یاد می شود و در واقع، شبکه روابط غیررسمی فرد است. روابط و پیوندهای اجتماعی، بنابر نظریه تحلیل شبکه، سرمایه اجتماعی و دارایی فرد قلمداد می شود و فرد از طریق آن می تواند به منابع و حمایت‌های موجود در این پیوندها دسترسی یابد.

این سرمایه همچون محافظی از اعضای شبکه در برابر تنش‌های محیطی، فشارها، بیماری‌ها و موقعیت‌های تحمل ناپذیر حمایت می کنند (باستانی و صالحی هیکوئی، ۱۳۸۵: ۶۶).

سرمایه اجتماعی شبکه در سه بعد ویژگی‌های ساختی، ویژگی‌های تعاملی و ویژگی‌های کارکردی شبکه تحت بررسی قرار گرفته است. در بعد ساختی، سرمایه اجتماعی شبکه روابط: اندازه شبکه و ترکیب آن مطرح می شود که شاخص‌های این بعد هستند.

برکمن و گلاس ادعا می کنند که شبکه‌ها در سطح بین فردی از چهار راه مقدماتی اصلی عمل می کنند: ۱. تأمین حمایت اجتماعی ۲. دلبستگی و تعهد اجتماعی ۳. نفوذ و تأثیر اجتماعی ۴. دسترسی به امکانات و کالاهای مادی (ثروت). حمایت اجتماعی وقتی درون یک قالب هنجاری براساس وابستگی متقابل، انسجام و همبستگی و رابطه متقابل اجرایی شود، مهم‌ترین پدیده به‌شمار می رود. (فیلیپس، ۲۰۰۶: ۵۹)

طبق نظر هاوس، حمایت اجتماعی عبارت است از محتوای کارکردی روابط که می توان آن را در چهار گروه از رفتارهای حمایتی قرار داد: الف) پشتیبانی عاطفی ب) حمایت مادی ج)

1. Network community

حمایت اطلاعاتی (د) حمایت ارزیابی. این چهار عملکرد حمایت از لحاظ مفهومی متفاوت‌اند، ولی در عمل از یکدیگر مستقل نیستند (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۱۳۸۶: ۲۷۶).

کاسل^۱ حمایت اجتماعی را نوعی همبستگی اجتماعی تعریف می‌کند و کوب حمایت اجتماعی را عاملی محافظت‌کننده درمقابل فشار روانی می‌داند، به‌طوری‌که اثر زیادی بر سلامت و عملکرد اجتماعی دارد (حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۸: ۷۱).

حمایت اجتماعی احساس ذهنی تعلق، پذیرش، محبوب و ارزشمندبودن و نیز امکان دریافت کمک در وضعیت اضطراری تعریف شده است. حمایت اجتماعی شامل کمک و آرامشی است که کسی از رابطه‌ای پایدار و مداوم با شخص یا گروهی انتظار دارد. حمایت اجتماعی تبادلات بین‌فردی درمیان اعضای شبکه اجتماعی است که به‌صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خودبه‌خودی و سودمند است و دو حیطة عملکردی (حمایت اجتماعی درک‌شده) و ساختاری (اندازه شبکه اجتماعی) دارد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۷).

برم و همکاران (۱۹۹۶) بر مبنای نظر کوب (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را تعلق ادراک‌شده به شبکه ارتباط اجتماعی تعریف کرده‌اند (پورمحمدرضای تجریشی و میرزمانی، ۱۳۸۶: ۲۲۶). بعد ساختاری حمایت اجتماعی ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت است و بعد عملکردی حمایت اجتماعی عبارت است از ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت. حمایت اجتماعی دو شکل عاطفی و ابزاری دارد؛ حمایت اجتماعی عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و بامحبت با افراد دانست و مراد از حمایت اجتماعی ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و دیگر کمک‌هایی است که در اختیار افراد قرار می‌گیرد. اعضای خانواده همواره مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی ابزاری به‌شمار می‌روند (زکی، ۱۳۸۶: ۴۴۰).

بنابر تعریف حیدری و همکاران (۱۳۷۸) و زکی (۱۳۸۶)، در این تحقیق بر حیطة عملکردی حمایت اجتماعی یا حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأکید شده است و درباب بعد ساختاری یا عینی بحث نشده است. سوالیه^۲ (۱۹۹۶) و العربی^۳ (۲۰۰۳) معتقدند همبستگی بین زوجین به ایجاد پیوندهایی قدرتمند منجر می‌شود که منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی است. فرد به‌لحاظ اعتماد و اطمینانی که به همسر خود دارد، این پیوند را جایگاه اتکا برای ابراز تألم و تخلیه درونی می‌داند (رامبد و رفیعی، ۱۳۸۷).

1. Cassel
2. Suwalieh
3. Al-Arabi

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، توبین 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 درپایان، 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.

از سوی 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: ۹-۱۰).

بررسی مطالعات پیشین

در پژوهشی که آرزو عظیمی‌ا قدم با عنوان تعیین «ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان در دوره پس از زایمان» درباب مراجعه‌کنندگان به واحدهای بهداشتی-درمانی در سطح شهر اصفهان انجام داده است، بین حمایت اجتماعی کل (حمایت اجتماعی همسر، خانواده و کارکنان بهداشتی درمانی) و وضعیت سلامت جسمی زنان در دوره بعد از زایمان ارتباط مستقیم و معنی‌داری یافته است؛ ولی به‌طور مجزا، حمایت اجتماعی همسر و حمایت خانواده با وضعیت سلامت جسمی رابطه معنی‌داری نداشته و فقط حمایت اجتماعی کارکنان بهداشتی درمانی رابطه مثبت نشان داده است (عظیمی‌ا قدم، ۱۳۸۶).

تحقیق دیگری با عنوان «کیفیت زندگی در زنان باردار» به کوشش فاطمه عباسزاده درباره زنان بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۳۸۵ به مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه کرده بودند انجام گرفته است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار به‌جز بعد عملکرد اجتماعی با جمعیت زنان ایران تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی با سن، سن حاملگی، تعداد حاملگی و تعداد زایمان ارتباط معکوس برقرار است و بین میزان درآمد ماهیانه، حمایت‌های همسر، خواسته‌بودن حاملگی و رضایتمندی از زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر مبین پایین‌بودن کیفیت زندگی زنان باردار است (عباسزاده و همکاران، ۱۳۸۸).

در تحقیقی که سعیده گروسی و علی نقوی (۱۳۸۶) با عنوان «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان» در میان ساکنان محلات مختلف شهر کرمان انجام داده‌اند، ابعادی از کیفیت زندگی که با سلامت جسمانی و روانی فرد در ارتباط بود، در سطح بالایی قرار گرفت (گروسی و نقوی، ۱۳۸۷).

پژوهش دیگری با عنوان «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر شیراز» به کوشش مهدی رحیمی و محمد خیر انجام شده است. هدف این مطالعه بررسی میزان پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی، شامل «سلامت جسمی»، «سلامت روانی»، «ارتباطات اجتماعی» و «ادراک محیط زندگی» از طریق ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده شامل «بعد گفت‌و شنود» و «بعد هم‌نوایی» بود. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که در هر چهار بعد کیفیت زندگی، جهت‌گیری گفت‌و شنود خانواده پیش‌بین مثبت و جهت‌گیری هم‌نوایی پیش‌بین منفی بود (رحیمی و مخیر، ۱۳۸۸).

در پژوهشی که نوریس و کینگ^۱ با عنوان «مطالعه کیفی فاکتورهایی که کیفیت زندگی زنان پس از سکتة قلبی را تعیین می‌کنند» و با هدف فهم تجربه‌های زنان درباره سلامت انجام دادند، پاسخ‌های زنان نشان می‌دهد که فهم کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی زنان، کیفیت زندگی مربوط به سلامتی را متأثر می‌کند (نوریس و کینگ، ۲۰۰۹: ۱).

چارچوب نظری

برکمن و گلاس (فیلیپس، ۲۰۰۶) ادعا می‌کنند که شبکه‌های روابط اجتماعی از طریق تأمین حمایت اجتماعی و تعلق اجتماعی عمل می‌کنند. حمایت اجتماعی از پیوندهای اصلی روابط

1. Norris & King

درون شبکه اجتماعی قلمداد می‌شود و شبکه‌های اجتماعی حمایت اجتماعی را جهت افزایش توانایی مقابله فرد با فشارها تأمین می‌کنند که در بردارنده مبادلات مادی و روانی در بین افراد است. در این پژوهش از نظریه کوبزانسکی، برکمن و سیمن (۲۰۰۰) (معمدی شلمزاری، ۷ (۱۳۸) استفاده کرده‌ایم که باور دارند حمایت اجتماعی تعهدات دوجانبه و متقابلی را به وجود می‌آورد که در آن شخص احساس دوست‌داشته‌شدن، تحت مراقبت بودن و ارزشمند بودن دارد. چهار دسته اصلی حمایت اجتماعی عبارت‌اند از: عاطفی، مادی، مشورتی و خدماتی. نظریه لی (۲۰۰۴) و گرانت (۱۹۹۸) (به نقل از حیدری، ۱۳۸۷) بر این اصل استوار است که شبکه‌های حمایتی بزرگ از طریق تأمین امنیت بیشتر اقتصادی و اجتماعی برای بیماران می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبتی بر جای بگذارد.

اکثر مطالعات به اثر سودمند حمایت اجتماعی بر سلامت و احساس خوب بودن افراد تمرکز می‌کنند؛ به طوری که حمایت اجتماعی در مقابل فشار روانی اثر محافظتی دارد و عوارض ناشی از تجربه‌های ناخوشایند را به حداقل می‌رساند. پیرس و همکاران (۱۹۹۶) معتقدند حمایت اجتماعی هنگام بروز فشار روانی مانند سپری محافظ عمل می‌کند و از بروز نشانه‌های افسردگی پیش‌گیری یا شدت نشانه‌های روان‌شناختی را تعدیل می‌کند (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۲: ۵۲). حمایت اجتماعی پیش‌بین قوی سلامت در زندگی است. حمایت اجتماعی احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبودی را تسریع و مرگ‌ومیر را کم می‌کند (احمدی علون‌آبادی و همکاران، ۱۳۷۸). بسیاری از نویسندگان دیگر نیز ارتباط مثبتی بین حمایت شبکه‌های روابط اجتماعی و کیفیت زندگی گزارش و ادعا کرده‌اند که حمایت اجتماعی بر سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثر مثبت دارد، باعث بهبود کیفیت زندگی، ایجاد احساس خوب درباره زندگی و ارزیابی عمومی بهتر از زندگی می‌شود. علاوه بر این، برخی محققان معتقدند ارتباط مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی وجود دارد و بیان کردند هرچه حمایت اجتماعی بالاتر باشد، کیفیت زندگی مطلوب‌تر است (حیدرزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ رامبد و رفیعی، ۱۳۸۷؛ حیدری و همکاران، ۱۳۸۷).

بنابراین شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان می‌دهد حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد ایفا می‌کند و در کاهش آثار منفی فشارهای فراوانی که از محیط و جامعه به فرد وارد می‌شود می‌کاهد و بر کیفیت زندگی اثر مستقیم می‌گذارد.

حمایت اجتماعی از طریق فراهم کردن تجربه مثبت و افزایش سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا در بیماران و افرادی که در وضعیت غیرعادی جسمانی یا روانی به سر می‌برند، می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی آنها شود. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به فرد دل‌گرمی می‌دهد و

او را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده می‌کند. از این رو، می‌تواند بر ابعاد کیفیت زندگی زنان پس از طی دوره بارداری و به دنیا آوردن نوزاد تأثیرگذار باشد. به طور کلی، می‌توان گفت در شبکه روابط اجتماعی هر فرد افرادی قرار دارند که طی تعامل اجتماعی و بده‌بستان‌های زندگی روزمره با برقراری روابط عاطفی و اعطای حمایت‌های مالی، خدماتی، مشورتی و عاطفی فرد را به لحاظ ذهنی و عملی برای مواجهه با پیشامدهای مختلف زندگی آماده می‌کنند. بنابر مطالبی که گفتیم، این حمایت‌ها به تأمین و ارتقای کیفیت زندگی فرد هم از بعد جسمانی و هم بعد روانی کمک می‌کند. زنان در دوره پس از زایمان، به علت تجربه مرحله‌ای جدید و بسیار متفاوت از زندگی، با تغییراتی در کیفیت زندگی روانی و جسمانی مواجه می‌شوند. به نظر می‌رسد با بهبود سطح حمایت‌ها از طرف شبکه اجتماعی ایشان، می‌توان انتظار سطح بالاتری از کیفیت زندگی را داشت. حمایت اجتماعی قوی‌ترین و نیرومندترین قدرت مقابله برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد با تنش‌ها شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران آسان 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 احتمال بقا و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و در پایان بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (حیدری و دیگران، ۱۳۸۷). بر این مبنای فرضیه‌های زیر تدوین شده‌اند:

۱. انواع حمایت‌های اجتماعی (خدماتی، مالی، مشورتی و عاطفی) شبکه اجتماعی با میزان کیفیت زندگی زنان پس از زایمان رابطه دارد.
۲. حمایت‌های اجتماعی اعضای مختلف شبکه (خانواده، دوستان و دیگران) با میزان کیفیت زندگی زنان پس از زایمان رابطه دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی - همبستگی است که به صورت مقطعی در بین زنان شهر کرمان که در شش ماه منتهی به زمان انجام تحقیق زایمان کرده بودند و در زمان تحقیق به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند، انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی 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 (فیلیپس، 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 هر یک 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 فیلیپس در ایران استفاده کردیم که سه‌بعد 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 محقق‌ساخته، که ویژه انواع حمایت لازم برای زنان پس از زایمان است و انواع حمایت مادی، خدماتی، مشورتی و عاطفی را دربرمی‌گیرد، برای سنجش حمایت‌های خاص از زنان پس از زایمان 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 زن در تمام طول زندگی خود، چه پیش از زایمان و چه پس از زایمان، 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). سو الیه (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. پس از زایمان، هر زنی 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 ادراک‌شده تأکید کرده و بعد ساختاری یا عینی را محل بحث قرار نداده‌ایم.

جدول ۱. تعریف عملیاتی متغیر حمایت اجتماعی

نام متغیر	ابعاد	شاخص درجه ۱
حمایت اجتماعی	مادی	کمک مالی و پولی و تأمین امکانات
	خدماتی	کمک عملی و خدماتی، همکاری در تقسیم امورخانه و تربیت فرزند، ارائه خدمات، کمک به خودمراقبتی
	عاطفی	ایجاد نوعی رابطه صمیمی و بامحبت، ابراز محبت و علاقه، ابراز همدردی و درک و همدلی، قوت قلب دادن، مراقبت، عشق، گوش دادن صمیمانه به درد دل، ایجاد فرصت برای ابراز احساسات و توجه به نیازهای همسر
	اطلاعاتی و مشورتی	ارائه نصیحت و راهنمایی، توصیه و مشاوره به فرد تکیه بر نظر مشورتی دیگران برای حل مشکل تأیید رفتارها و کوشش‌های مرتبط با مراقبت از خود توسط همسر، خانواده

جدول ۲. تعریف عملیاتی متغیر کیفیت زندگی

نام متغیر	ابعاد	شاخص درجه ۱
کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	فعالیت‌های سنگین و متوسط، حمل بار، بالا رفتن از راه پله، خم شدن، راه رفتن، حمام کردن و پوشیدن لباس
	محدودیت نقش به علل جسمانی	دست‌یافتن به کمتر از تمایل، محدودیت در انجام فعالیت‌ها و مشکل در انجام کارها و نیاز به تلاش بیشتر به علت وضعیت جسمانی
	درد جسمانی	درد و اختلال ایجاد شدن در کار معمولی به دلیل درد
	سلامت عمومی	ارزیابی سلامت کلی، انتظار بدتر شدن وضع سلامتی، راحت‌مبتلا شدن به بیماری، از نظر سلامتی همانند دیگر افراد بودن
	نشاط	فعال، پرانرژی بودن، احساس ضعف و خستگی
	عملکرد اجتماعی	اختلال در فعالیت‌های اجتماعی به دلیل وضعیت جسمانی و مشکلات روحی
	محدودیت نقش به علل روانی	دست‌یابی به کمتر از تمایل، دقت نکردن در فعالیت‌های روزمره به علت مشکلات روحی - عصبی، غمگین و افسرده بودن؛ احساس آرامش و امنیت، شاد بودن
	سلامت روان بعد جسمانی	سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علل جسمانی، درد جسمانی
بعد روانی	سلامت روان، عملکرد اجتماعی، نشاط، محدودیت نقش به علل روانی	

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر کرمان است که در شش‌ماه منتهی به زمان جمع‌آوری اطلاعات، زایمان کرده‌اند. باتوجه به اینکه طبق گزارش سازمان ثبت‌احوال و اسناد شهرستان کرمان آمار زایمان‌های شش‌ماه اول سال ۱۳۸۹ در شهر کرمان ۶۶۲۷ بوده است و باتوجه به اینکه لین (۱۹۷۶) برای چنین جمعیتی، با خطای نمونه‌گیری $\pm 5\%$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، نمونه ۳۷۰ نفری را مناسب می‌داند، حجم نمونه

تحقیق حاضر باتوجه به محدودیت‌های محقق به لحاظ هزینه و زمان، ۳۷۰ نفر تعیین شد و چون در تحقیقات پیمایشی تعدادی از پرسش‌نامه‌ها به دلایل گوناگون (بی‌جوابی، پاسخ‌های نامربوط، الگوی یک‌نواخت در پاسخ‌دهی و غیره) قابل استفاده نیستند، تعداد بیشتری پرسش‌نامه توزیع شد و پس از اجرا و حذف پرسش‌نامه‌های نامناسب، در نهایت ۳۷۰ پرسش‌نامه مبنای کار قرار گرفت.

در این تحقیق، روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای است. ابتدا از بین ۲۷ مرکز بهداشتی-درمانی موجود در شهر کرمان تعدادی مرکز انتخاب شدند. نحوه انتخاب مراکز به این صورت بود که ابتدا با مشاهده و مصاحبه با مسئولان مرکز بهداشت شهرستان کرمان، شلوغ‌ترین و پرمراجعه‌ترین مراکز شناسایی شدند.

سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری اس.پی.اس. اس. تجزیه و تحلیل آماری شدند.

روایی و پایایی ابزار سنجش

پنج‌نفر از استادان علوم اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی پرسش‌نامه پژوهش حاضر را بعد از تنظیم پیش‌نویس، بررسی و داوری کردند. ضریب پایایی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی در پژوهش یارعلی (۱۳۷۹) با دو روش آلفای کرونباخ (۰,۶۰) و تصنیف (۰,۶۸) به دست آمد. در نمونه ایرانی ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب ۰,۵۵، ۰,۵۴، ۰,۶۴ است. ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰,۷۰ است (به نقل از باوی، ۱۳۸۳).

در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی فیلیپس ۰,۸۳ بوده است که حاکی از پایایی مطلوب پرسش‌نامه مزبور است (جدول ۳). در این پژوهش از پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی اس.اف.۳۶ نیز استفاده شده است که در ایران علی‌منتظری آن را استاندارد کرده است. در مطالعه‌ای که به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه اس.اف.۳۶ در شهر تهران درباره افراد ۱۵ سال به بالا انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰,۷ به دست آمد.

به منظور سنجش روایی ابزار تحقیق، پرسش‌نامه مزبور در نمونه‌ای ۴۰ نفری از زنان تکمیل شد که حداکثر شش‌ماه از زایمان آنها گذشته بود (مرحله آزمون مقدماتی). میزان پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر نیز با استفاده از آزمون همبستگی و آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آن به شرح ذیل است:

جدول ۳. ضرایب آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

ضریب آلفا	تعداد گویه	متغیر
۰.۸۷	۱۰	عملکرد جسمانی
۰.۸۵	۴	محدودیت نقش به علل جسمانی
۰.۸۰	۷	درد جسمانی
۰.۵۱	۵	سلامت عمومی
۰.۷۲	۴	نشاط
۰.۵۸	۲	عملکرد اجتماعی
۰.۸۷	۳	محدودیت نقش به علل روانی
۰.۶۱	۵	سلامت روان
۰.۸۵	۲	حیطه جسمانی و روانی کیفیت زندگی
۰.۸۳	۲۳	حمایت اجتماعی
۰.۹۲	۲۰	حمایت کلی پس از زایمان
۰.۸۰	۸	حمایت خانواده پس از زایمان
۰.۹۲	۱۳	حمایت همسر پس از زایمان
۰.۸۸	۳	حمایت مادی همسر پس از زایمان
۰.۸۱	۷	حمایت عاطفی پس از زایمان
۰.۶۹	۳	حمایت مشورتی و اطلاعاتی پس از زایمان
۰.۸۴	۷	حمایت خدماتی پس از زایمان
۰.۶۱	۷	حمایت دوستان
۰.۷۶	۸	حمایت خانواده
۰.۶۴	۸	حمایت دیگران

یافته‌ها

جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین سنی مادران ۲۷ سال با انحراف استاندارد ۵,۲۷ و میانگین سنی نوزادان ۱۱۴ 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 مادر
۳۷۰	۲,۸۳	۱۲	تحصیلات
۳۷۰	۱۹۱,۸۵	۳۷۶۰۰۰	درآمد
۳۷۰	۰,۸۴۲	۱	تعداد فرزند
۳۷۰	۵۳,۵۶	۱۱۴	سن نوزاد (به روز)

رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان

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. درمقابل 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
کم	۱۵	۴,۱	۴۳	۱۲,۲	۲۶	۷
متوسط	۵۰	۱۳,۵	۱۶۴	۴۴,۳	۷۷	۲۰,۸
زیاد	۳۰۵	۸۲,۴	۱۶۱	۴۳,۵	۲۶۷	۷۲
کل	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰

بیش از ۸۰ درصد پاسخگویان حمایت زیادی از اعضای خانواده دریافت می‌کردند، درحالی‌که 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.

جدول ۶. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب میزان حمایت دریافتی از خانواده پس از زایمان

میزان حمایت خانواده پس از زایمان	حمایت مالی		حمایت عاطفی		حمایت خدماتی		حمایت مشورتی و اطلاعاتی		حمایت کلی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم	۶	۱,۶	۷	۱,۹	۷	۱,۹	۱۳	۳,۵	۸	۲,۲
متوسط	۱۱۹	۳۲,۲	۹۳	۲۵,۱	۶۴	۱۷,۳	۷۷	۲۰,۸	۱۲۴	۳۳,۵
زیاد	۲۴۵	۶۶,۲	۲۷۰	۷۳	۲۹۹	۸۰,۸	۲۸۰	۷۵,۷	۲۳۸	۶۴,۳
تعداد کل	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰	۳۷۰	۱۰۰

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بیشترین میزان حمایت‌های دریافتی به‌ترتیب عبارت است از حمایت خدماتی، اطلاعاتی و مشورتی، عاطفی و سپس مالی. در مجموع بیش از ۶۴ درصد زنان تحت مطالعه از حمایت زیادی برخوردار بوده‌اند و فقط ۲,۲ درصد آنها حمایت

کمی دریافت کرده‌اند. علاوه بر این، یافته‌های تحقیق نشان داد که انواع حمایت‌های دریافتی از همسران برای ۷۵,۷ درصد آنها زیاد بوده است، در حالی که این شاخص برای خانواده ۶۷,۶ درصد بوده است.

جدول ۷. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت ابعاد و مؤلفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی

وضعیت مؤلفه‌ها	بعد جسمانی	بعد روانی	عملکرد جسمانی	محدودیت نقش جسمانی	درد جسمانی	سلامت عمومی	نشاط	اجتماعی عملکرد روانی	محدودیت نقش سلامت روان
بد	۲۳,۲	۲۴,۱	۲۴,۶	۲۴,۶	۲۶,۲	۲۷,۳	۳۵,۴	۳۵,۴	۳۰,۵
متوسط روبه پایین	۳۰,۶	۲۸,۶	۲۹,۱	۳۷,۱	۲۷	۳۱,۹	۱۹,۲	۲۲,۲	۱۹,۳
متوسط روبه بالا	۲۳	۲۳,۸	۲۴,۹	۱۵,۹	۲۵,۷	۲۱,۱	۲۵,۹	۱۸,۹	۳۵,۱
خوب	۲۳,۲	۲۳,۵	۲۱,۴	۲۲,۴	۲۱,۱	۱۹,۷	۱۹,۵	۲۳,۵	۱۵,۹
تعداد کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در "بعد جسمانی کیفیت زندگی" میانگین = ۵۰,۹۷۰۷ و انحراف معیار = ۱۲,۶۹۱۱۹ به دست آمده است. یعنی با توجه به نمره صد، که حداکثر نمره اکتسابی بوده است، پاسخگویان در این بعد وضعیت میانه‌ای داشته‌اند. در "بعد روانی کیفیت زندگی" میانگین = ۵۵,۷۳۸۰ و انحراف معیار = ۱۴,۴۳۶۶۲ بوده است. اگرچه این میانگین در مقایسه با کیفیت زندگی جسمانی اندکی بهتر است، باز هم نشان می‌دهد که پاسخگویان تقریباً از لحاظ کیفیت زندگی روانی در وضعیت میانه‌ای قرار دارند.

جدول ۸. توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس چگونگی کیفیت زندگی (به صورت کلی)

چگونگی کیفیت زندگی	فراوانی	درصد فراوانی
پایین	۱۴	۳,۸
متوسط	۲۳۹	۶۴,۶
بالا	۱۱۷	۳۱,۶
جمع کل	۳۷۰	۱۰۰,۰

همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، ۶۴,۶ درصد زنان پاسخگو از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بوده‌اند.

رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان

جدول ۹. همبستگی ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با ابعاد و مؤلفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی در بین پاسخگویان

ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی (مقیاس فیلیس)		حمایت پس از زایمان		حمایت مادی		حمایت عاطفی		حمایت مشورتی		حمایت خدماتی		حمایت خانواده (جز همسر) پس از زایمان		حمایت همسر پس از زایمان	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
کیفیت زندگی کلی	۰,۳۳۷	۰,۰۰۰	۰,۳۷۵	۰,۰۰۰	۰,۳۸۳	۰,۰۰۰	۰,۳۷۰	۰,۰۰۰	۰,۲۰۸	۰,۰۰۰	۰,۳۱۳	۰,۰۰۰	۰,۱۷۵	۰,۰۰۲	۰,۴۲۱	۰,۰۰۰
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۰,۲۸۸	۰,۰۰۰	۰,۳۰۰	۰,۰۰۰	۰,۳۱۱	۰,۰۰۰	۰,۳۰۵	۰,۰۰۰	۰,۱۸۷	۰,۰۰۱	۰,۲۵۲	۰,۰۰۰	۰,۱۴۶	۰,۰۰۷	۰,۳۲۰	۰,۰۰۰
بعد روانی کیفیت زندگی	۰,۳۱۰	۰,۰۰۰	۰,۳۴۹	۰,۰۰۰	۰,۳۸۸	۰,۰۰۰	۰,۳۴۴	۰,۰۰۰	۰,۱۸۸	۰,۰۰۰	۰,۲۷۸	۰,۰۰۰	۰,۱۳۹	۰,۰۱۰	۰,۴۰۶	۰,۰۰۰
عملکرد جسمانی	۰,۱۴۴	۰,۰۰۷	۰,۱۱۵	۰,۰۳۳	---	---	۰,۱۰۹	۰,۰۴۱	۰,۱۶۴	۰,۰۴۱	۰,۱۴۱	۰,۰۰۰	---	---	۰,۱۴۶	۰,۰۰۷
محدودیت نقش جسمانی	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ادامه جدول ۹. همبستگی ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با ابعاد و مؤلفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی در بین پاسخگویان

ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی (مقیاس فیلیپس)		حمایت پس از زایمان		حمایت مادی		حمایت عاطفی		حمایت مشورتی		حمایت خدماتی		حمایت خانواده (جز همسر) پس از زایمان		حمایت همسر پس از زایمان	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سلامت عمومی	۰,۳۳۹	۰,۰۰۰	۰,۲۴۵	۰,۰۰۰	۰,۲۵۶	۰,۰۰۰	۰,۲۶۱	۰,۰۰۰	۰,۱۶۹	۰,۰۰۱	۰,۱۹۶	۰,۰۰۰	۰,۱۴۱	۰,۰۰۷	۰,۲۷۵	۰,۰۰۰
نشاط	۰,۳۱۹	۰,۰۰۰	۰,۲۸۷	۰,۰۰۰	۰,۳۱۸	۰,۰۰۰	۰,۳۲۰	۰,۰۰۰	۰,۱۲۰	۰,۰۲۴	۰,۱۸۲	۰,۰۰۱	---	---	۰,۳۲۹	۰,۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۰,۲۱۶	۰,۰۰۰	۰,۳۲۶	۰,۰۰۰	۰,۳۵۴	۰,۰۰۰	۰,۲۸۹	۰,۰۰۰	۰,۲۳۶	۰,۰۰۰	۰,۲۷۳	۰,۰۰۰	۰,۱۸۵	۰,۰۰۰	۰,۳۴۸	۰,۰۰۰
محدودیت نقش روانی	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
سلامت روان	۰,۲۸۷	۰,۰۰۰	۰,۳۱۵	۰,۰۰۰	۰,۳۳۶	۰,۰۰۰	۰,۳۳۶	۰,۰۰۰	۰,۱۰۷	۰,۰۴۴	۰,۲۴۴	۰,۰۰۰	---	---	۰,۳۸۹	۰,۰۰۰

یافته‌های مندرج در جدول ۹ نشان می‌دهد که هیچ‌یک از جنبه‌های حمایت اجتماعی با سه مؤلفه کیفیت زندگی، یعنی محدودیت نقش به علت‌های جسمانی، محدودیت نقش به علت‌های روانی و درد جسمانی رابطه معنی‌داری ندارد، اما با ابعاد و مؤلفه‌های دیگر کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهد حمایت اجتماعی کلی که فرد از اعضای خانواده و دوستان دریافت کرده است با بقیه ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی رابطه مثبتی دارد. حمایت‌های خاص پس از زایمان که همسر فراهم کرده است هم با همه ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌دار داشته است. ابعاد چهارگانه حمایت (عاطفی، خدماتی، مشورتی و مالی) هم با بعد جسمانی و بعد روانی کیفیت زندگی، به‌انضمام مؤلفه‌های جزئی هریک از این دو بعد، رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار داشته است.

طبق آزمون‌های قبلی، تمام متغیرهای مستقلی که با میزان کیفیت زندگی رابطه معناداری داشتند وارد معادله رگرسیونی (با روش گام‌به‌گام) شدند و همان‌طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد، دو متغیر هم‌زمان بر کیفیت زندگی اثرگذار می‌گذارند. ضریب همبستگی کیفیت زندگی با متغیرهای مستقل هم‌زمان ۰,۴۴۷ و ضریب تعیین ۰,۲۰۰ و ضریب تعیین اصلاح‌شده ۰,۱۹۵ است. در واقع، متغیرهایی که وارد معادله شده‌اند ۰,۲۰ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند. بدین معنی که ۲۰ درصد از تغییرات حاصل در متغیر وابسته (کیفیت زندگی) از طریق متغیرهای حمایت اجتماعی همسر پس از زایمان و میزان حمایت اجتماعی کلی تفسیر می‌شود. اولین متغیر میزان حمایت همسر پس از زایمان است که براساس ضریب بتای به‌دست‌آمده (۰,۳۲۲) مهم‌ترین تأثیر را بر میزان کیفیت زندگی زنان پس از زایمان داشته است. براساس بتای محاسبه‌شده این متغیر، به‌ازای یک واحد تغییر در میزان حمایت همسر ۰,۳۲ درصد تغییر در میزان کیفیت زندگی به دست می‌آید. سپس، متغیر حمایت اجتماعی کلی است که با ضرایب بتای به‌دست‌آمده می‌توان گفت ۰,۱۹۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند (جدول ۱۰).

جدول ۱۰. مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی براساس نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره

متغیر وارد شده	بی	بتا	تی	سطح معنی‌داری
حمایت همسر پس از زایمان	۳,۸۸۶	۰,۳۲۲	۵,۶۱۳	۰,۰۰۰
حمایت اجتماعی (به صورت کلی)	۵,۲۱۱	۰,۱۹۰	۳,۳۰۶	۰,۰۰۱

R = 0.447, R square = 0.200, Adjusted R square = 0.195, Std. Error = 89.580

با توجه به ضرایب بتا معادله رگرسیونی استاندارد عبارت خواهد بود از: کیفیت زندگی = حمایت همسر پس از زایمان (۰,۳۲۲) + حمایت اجتماعی (۰,۱۹۰).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد کیفیت زندگی (به صورت کلی) بیشتر زنان در حد متوسط است. اکثر زنان تحت مطالعه از لحاظ ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی در وضعیت مطلوبی به سر نمی‌برند. وضعیت مؤلفه محدودیت نقش به علت‌های جسمانی و درد جسمانی بیشتر زنان متوسط روبه پایین است. به عبارت دیگر، بیشتر زنان به لحاظ وضعیت جسمانی محدودیتی در ایفای نقش‌هایشان ندارند و درد جسمانی کمی دارند. همچنین اکثر زنان عملکرد جسمانی و سلامت عمومی روبه‌افولی دارند. یعنی بیشتر زنان از عملکرد جسمی و سلامت عمومی مناسبی برخوردار نیستند. وضعیت مؤلفه نشاط، سلامت روان و عملکرد اجتماعی بیشتر زنان بد است. وضعیت متوسط روبه‌بالا در محدودیت نقش به علت‌های روانی در بیشتر زنان نشان می‌دهد بیشتر زنان به دلیل وضعیت روانی یا مشکلات روحی-روانی در ایفای نقششان محدودیت دارند.

تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان پس از زایمان رابطه 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 به لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، جهت رابطه دو متغیر مزبور نیز مثبت است؛ بدین معنا که با افزایش و بالارفتن حمایت اجتماعی در زنان، 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 زنان پس از زایمان 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 به لحاظ 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 زنان پس از زایمان ارتباط وجود دارد. باتوجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۳۷۰)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت عاطفی و کیفیت زندگی به لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد.

تحلیل‌ها نشان دادند که بین حمایت خدماتی اعضای شبکه ارتباطی و کیفیت زندگی زنان 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. باتوجه به ضریب همبستگی پیرسون (۰,۴۲۱)، که در سطح معنی‌داری صفر محاسبه شده است، میان دو متغیر حمایت همسر و کیفیت زندگی به لحاظ آماری رابطه معناداری وجود دارد. چنان‌که ملاحظه می‌شود، جهت رابطه دو متغیر مزبور نیز مثبت است؛ بدین معنا که با افزایش حمایت همسران از زنان پس از زایمان 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 مصمیمیت 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 زنان پس از زایمان 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 زنان پس از زایمان مبین آن است که کمک شوهر در کارهای منزل و نیز برآورده شدن نیاز عاطفی به دست همسر می‌تواند در بالابردن کیفیت زندگی زنان پس از زایمان 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 عمیق تر است. این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل اقتصادی-جمعیت‌شناختی، 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 زنان 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 زنان تازه‌مادر شده 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 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 زنان پس از زایمان 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.

رابطه حمایت اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان

پورمحمدرضای تجریشی، معصومه و سیدمحمود میرزمانی بافقی (۱۳۸۶) «ارتباط بین سیستم‌های مغزی و رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶: ۲۴۵-۲۲۳.

حاجبی، احمد و پیمان فریدنیا (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 نقیبی 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: ۳۲-۲۳.

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 میرحقوق، 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 همودیالیز»، 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 عزت‌نفس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های اصفهان»، مجله روان پزشکی و روان‌شناسی 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.

عظیمی‌اقدام، آرزو (۱۳۸۶) بررسی وضعیت حمایت اجتماعی مادران و ارتباط آن با سلامت جسمی و روانی دوره بعد از زایمان در مراجعه‌کنندگان به واحدهای بهداشتی - درمانی شهر اصفهان در سال

- ۱۳۸۵-۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان.
- علی پور، 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: ۴۰-۵۹.
- گروسی، سعیده و شیما شبستری (۱۳۹۰) «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان»، *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.
- معمدی 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 دانشورپزشکی دانشگاه شاهد*، سال شانزدهم، شماره ۷۹: ۶۳-۷۰.
- Phillips, D. (2006) *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*, London: Rutledge.
- Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, and Cetin I. (2007) "The Effect of Diabetic Patients' Perceived Social Support on Their Quality of Life", *Journal of clinical nursing*, 6(7):1353-1360.
- Suwalieh, M. A. (1996). The Relationship among Social Support, Coping Methods and Quality of Life in Adults Bahraini Clients on Maintenance Hemodialysis, Ph.D. Dissertation, Austin, University of Texas.
- Veenhoven, R. (2007) "Quality of Life Research", Pp. 934-957 in Bryant, D. and Peck, D. L. (eds.), *21st Century Sociology: A Reference Handbook*. Vol. 2. Sage publication.