

The Effect of Coping with Stress Training Skills on the Quality of Life of Housewives

Nazibanaei. M.A.

in Psychology, Islamic Azad University, Arak

Mohamad Asgari. Ph.D.

University of Malayer

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of training skills in coping with stress on the quality of life of housewives. The research method was semi- experimental (pre-test and pos-test with a control group). Statistical population included housewives in Arak petrochemical company in 2009. A sample of 60 persons was selected through multiple random method and they were assigned to two experimental and control groups randomly, 30 persons each. For the experimental group, 8 sessions of 45 minutes per of coping with stress training skills programme were administered. The research instrument was Life Quality Questionnaire-short form (SF-36 Ware & Sherbourn, 1992). The data were analyzed by applying multiple analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that coping with stress training skills has a meaningful effect on all subscales of life quality, except physical pain scale ($P < 0.01$).

Key words: Coping with stress skills, Quality of life, Housewives.

تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی زنان خانه‌دار

نازی بنایی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

محمد عسگری

استادیار دانشگاه ملایر

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی زنان خانه‌دار اجرا شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری زنان خانه‌دار شهرک پتروشیمی اراک بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی دو مرحله‌ای، ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی اجرا گردید. ابزار سنجش پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه (SF-۳۶)، واره و شربورن، (۱۹۹۲) بود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل گردید. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر همه خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی بجز خرده‌مقیاس درد جسمانی، تأثیر معناداری دارد ($P < 0.01$).

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های مقابله با فشار روانی، کیفیت زندگی، زنان خانه‌دار.

* نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلق، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک (رایانامه): nazibanaei@yahoo.com

وصول ۹۰/۱/۲۱ پذیرش ۹۲/۱/۲۰

مقدمه

مثبت است، نه یک مانع دست و پاگیر برای رسیدن به کارایی کامل و سلامتی و خوشبختی. عوامل فشارزا به هر شکل و با هر عنوان و یا دیدگاهی که آن را تبیین می‌کند، بر بهداشت روانی در سه بعد پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و پیشگیری ثالث مؤثر است. از این رو تدوین و تدارک راهبردهای اساسی علمی و کاربردی به منظور کاهش فشار روانی و افزایش سطح سازگاری و مقابله با این شرایط، از اصول پیشگیری و تأمین بهداشت روانی است (آتش‌پور، آقایی، بختیارپور، رشیدی، عابدی و همکار، ۱۳۸۵).

به سبب اهمیت کیفیت زندگی، پژوهش‌های متعددی عوامل مؤثر بر آن را بررسی کرده‌اند. در پژوهش‌های گذشته تاکنون رابطه هوش، معنویت، سلامت جسمانی و روانی، فعالیت‌های اوقات فراغت و ارتباط اعضای خانواده و عوامل اجتماعی مانند شغل و تعاملات بین فردی با کیفیت زندگی بررسی شده است (وود^۹، ۱۹۹۹؛ فریش^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ سونگ^{۱۱}، ۲۰۰۹). این مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی برآیندی از فشارهای روانی، حوادث زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی از یک سو و برنامه‌هایی همچون بهداشت عمومی و منابع فردی (مانند شناخت، توان مقابله، احساس شایستگی، احساس امنیت، مهارت‌های سازشی، نظام باورهای اعتقادی - ارزشی باثبات و نظام حمایتی) از سوی دیگر است (ربانی خوراسگانی و کیانپور، ۱۳۸۹؛ مارکوویتز، ویسمن، اولت، لیش و کلرمن^{۱۲}، ۱۹۹۳).

یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، نحوه رویارویی با فشار روانی و مشکلات زندگی شخصی و اجتماعی است، ولی توانایی سازگاری افراد در این دو مورد با یکدیگر برابر نیست (گروس و جان^{۱۳}، ۲۰۰۳). در یک محیط مشابه اجتماعی، بعضی اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار فشار روانی، اضطراب، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی می‌شوند، در حالی که عده‌ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف می‌کنند و یا آن را پشت سر می‌گذارند. بر همین اساس می‌توان گفت هر اندازه ظرفیت مقابله در افراد بالاتر یا بیشتر باشد، به همان اندازه قادر خواهند بود کیفیت زندگی، سلامت

توجه انحصاری به آسیب‌شناسی روانی در برهه‌ای از زمان گذشته در حوزه روان‌شناسی موجب دور شدن از روند تکامل سلامت انسان‌ها شده است (دولموس و رپ - پگلیسی^۱، ۲۰۰۵). افزایش فشار روانی، شیوع برخی از اختلالات روانی، همزمان با رشد جوامع و محدودیت منابع درمانی از یک سو (هاریهاران و رات^۲، ۲۰۰۸)، و بار مالی تحمیل شده بر دولت‌ها به واسطه هزینه درمان و خسارت ناشی از افت عملکرد^۳ افراد، موجبات توجه پژوهشگران به وضعیت سلامت و بهداشت روان افراد را در سال‌های اخیر بیش از پیش فراهم کرده است (سازمان جهانی بهداشت^۴، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵).

در گذشته امر پیشگیری متمرکز بر تشخیص بیماری بود، اما امروزه توجه به ترویج سبک زندگی سالم^۵ روشی موفق‌تر و کم‌هزینه‌تر معرفی شده است. علاوه بر این تأثیر فشار روانی بر کیفیت زندگی نیز مورد توجه قرار گرفته است. قرار گرفتن در معرض عوامل فشارزای روانی در مراحل مختلف زندگی عواقب طولانی‌مدتی بر بهزیستی و کیفیت زندگی کلی دارد (کراسک و زاکر^۶، ۲۰۰۲). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که بر اثر فشار روانی مزمن، قسمت‌های مختلف مغز مانند حافظه که در امر هیجان‌ات و عملکردهای شناختی دخالت دارند، در معرض آسیب‌های زیادی قرار می‌گیرند. همچنین فشار روانی و واکنش‌های هیجانی مرتبط با اضطراب و افسردگی، باعث می‌شود که ما سریع‌تر بیمار شویم (تورکینگتون^۷، ۱۳۸۳). انسان امروزی با دو جنبه متضاد فشار روانی روبه‌رو است؛ از یک سو فشار روانی جزء ضروری زندگی است که با تحریک حرکات آنی، فرد را برای زندگی، حرکت و پیشرفت آماده می‌کند و از سوی دیگر، فشار روانی ریشه بسیاری از مشکلات روانی، پزشکی و اجتماعی است (میشل^۸، ۱۳۷۹؛ عامری صفی‌آبادی، ۱۳۸۵).

حذف فشار روانی به‌طور کامل، بسیار مشکل و حتی غیرممکن است و همچنین از نظر فیزیولوژیک، نداشتن هیچ فشار روانی، مساوی با مرگ است. ما باید سعی کنیم فشار روانی را در جامعه کاهش دهیم و اشخاص را با توانایی‌هایی حساس‌نماییم که به آنها در عمل کردن در سطح مناسب فشار روانی کمک می‌کند. سطحی که در آن فشار روانی یک نیروی

1. Dulmus & Rapp – Paglicci
3. function
5. healthy life style
7. Turkington
9. Wood
11. Sung
13. Gross & John

2. Hariharan & Rath
4. World Health Organization (WHO)
6. Craske & Zucker
8. Mishel
10. Frish
12. Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish & Klerman

تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر ... / ۴۵

پتل و مارموت^۴ (۱۹۸۷) آموزش آرمیدگی عضلانی و مقابله با فشار روانی را بر کاهش تنش، کیفیت زندگی، کاهش فشارخون و سلامت عمومی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که این آموزش‌ها بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت عمومی، روابط خانوادگی و شخصی و لذت از زندگی مؤثر هستند. کارلسون، ایدسوی، دیردال و هانستید^۵ (۲۰۰۴) تأثیر یک برنامه گروهی را بر کاهش فشار روانی، افزایش مقابله، سلامت روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم سوخت و ساز در بزرگسالان مبتلا به دو نوع دیابت بررسی کردند و در پایان به این نتیجه رسیدند که این برنامه در کاهش فشار روانی، بهبود مقابله و سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی مؤثر است. پیگیری شش ماهه نیز کاهش فشار روانی و سرزنش خود و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای را در بزرگسالان مبتلا به دیابت نشان داد. میشل^۶ (۲۰۰۴) در پژوهش خود نقش مؤثر و مفید یکی از مهارت‌های مقابله‌ای به نام خودرهبری را در کاهش فشار روانی و افزایش رفتارهای شناختی و هیجانی و افزایش کارکرد جسمانی افراد نشان داد. همچنین کارلین و میرنام^۷ (۲۰۰۴) در پژوهش خود تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی را بر کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری بررسی کرد. در این برنامه از مهارت‌های مقابله‌ای مثل تغذیه درست، ورزش، آرمیدگی، کنترل‌شناختی، مدیریت زمان و مهارت‌های پاسخگویی به آزمون استفاده کردند. این برنامه به‌طور معناداری در افزایش عزت‌نفس و کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود نمرات تحصیلی دانشجویان مؤثر بود.

فریدنبرگ (۲۰۰۴) برنامه مهارت‌های مقابله با فشار روانی را برای دانش‌آموزان استرالیایی و ایتالیایی به‌کار برد و این برنامه را در افزایش سلامت روانی و جسمی دانش‌آموزان و توانایی آنها برای برخورد مؤثر با مشکلات و تعارضات بسیار مؤثر دانست. این برنامه در افزایش خودکارآمدی و کاهش علائم افسردگی و بهبود عملکرد تحصیلی و افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان نیز بسیار مؤثر بود. به‌طور کلی افرادی که از مهارت‌های مقابله‌ای سازگاران استفاده می‌کنند، در مقابله با مشکلات و مسائل فشارزا در زندگی بسیار موفق‌ترند (کلینکه^۸، ۱۳۸۱). کاتو^۹ (۲۰۰۵) نیز یک برنامه آموزشی مقابله با فشار روانی را برای کاهش پاسخ فشار روانی به‌کار برد. این برنامه

روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارند و به شیوه مثبت، سازگاران و کارآمدتری به حل مشکلات خود پردازد. بنابراین انتخاب یک راهبرد مقابله‌ای کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، علاوه بر کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روانی و جسمانی فرد تأثیر می‌گذارد (کمپبل‌سیل، کوهانا و مورای^۱، ۲۰۰۶).

روان‌شناسی سلامت در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای راهبردهای مقابله‌ای در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قایل شده است. به این ترتیب یکی دیگر از اهداف مداخلات پیشگیرانه افراد از طریق تغییر در پاسخ مقابله‌ای و تنظیم شناختی و هیجان‌ها خواهد بود (بوتلر و کیاروچی^۲، ۲۰۰۷). اما پژوهشگرانی که تأثیر مداخلات مختلف بر بهبود کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند، اغلب افراد دارای بیماری جسمانی را هدف مطالعات خود قرار داده‌اند و تاکنون مداخلات محدودی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد سالم صورت پذیرفته است. این در حالی است که متخصصان علوم پیشگیری و سلامت روانی، کارآمدترین مداخله را پیشگیری در سطح اول با هدف ارتقای سلامت جمعیت سالم می‌دانند. همچنین ثروت و سرمایه هر جامعه، نیروی انسانی آن جامعه است. هر فردی در سایه آسایش می‌تواند به توانایی‌های خود پی ببرد و آنها را شکوفا کند (فریدنبرگ^۳، ۲۰۰۴). به سبب اهمیت کیفیت زندگی، پژوهش‌های متعددی تأثیر دوره‌های آموزشی مختلف را بر این متغیر بررسی کرده‌اند.

غضنفری (۱۳۸۲) در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش کیفیت زندگی زوج‌ها مؤثر است. با توجه به اینکه زنان یکی از مهمترین ارکان خانواده و جامعه هستند، بهبود کیفیت زندگی نه‌تنها سبب بقای آنان می‌شود، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می‌گردد. مرادی و کلانتری (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر نیمرخ روانی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی مهارت‌های مقابله‌ای موجب افزایش سلامت روانی و کارکرد جسمانی و کاهش اضطراب و ناسازگاری اجتماعی زنان دارای ناتوانی جسمی - حرکتی می‌شود.

1. Campbellsills, Cohana & Murray
3. Frydenberg
5. Karlsen, Iidsoe, Dirdal & Hanstad
7. Karelyn & Myrnam
9. Kato

2. Butler & Ciarrochi
4. Patel & Marmot
6. Michael
8. Kleinke

خانه‌دار شهرک پتروشیمی اراک در سال ۱۳۸۸ بود که به روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای و سپس به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. نمونه‌گیری دو مرحله‌ای به این صورت بود که در مرحله اول از بین چهار ناحیه شهرک پتروشیمی اراک، به روش تصادفی ناحیه دو انتخاب و سپس در مرحله دوم از بین زنان خانه‌دار این ناحیه ۶۰ نفر به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری قرار گرفتند. در نهایت یکی از گروهها به‌صورت تصادفی به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه گواه تعیین شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-36)^۴: برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از فرم ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی استفاده شد که واژه و شربورن^۵ (۱۹۹۲) آن را تهیه و آماده اجرا کردند. این پرسشنامه هشت خرده‌مقیاس به نام‌های کارکرد جسمانی^۶ (۹ سؤال)، نقش جسمانی^۷ (۴ سؤال)، درد جسمانی^۸ (۲ سؤال)، سلامت عمومی^۹ (۵ سؤال)، سرزندگی^{۱۰} (۴ سؤال)، کارکرد اجتماعی^{۱۱} (۲ سؤال)، نقش هیجانی^{۱۲} (۳ سؤال) و سلامت روانی^{۱۳} (۵ سؤال) و مقیاس پاسخگویی چندگانه (برای نمونه در برخی پرسش‌ها به‌صورت پنج‌درجه‌ای، عالی = ۱، بسیار خوب = ۰/۷۵، خوب = ۰/۵، متوسط = ۰/۲۵ و بد = ۰) است. چهار خرده‌مقیاس اول (کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی) در بعد سلامت جسمانی و چهار خرده‌مقیاس دوم (سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی) در بعد سلامت روانی ترکیب می‌شوند. همچنین پرسشنامه SF-36 یک سؤال دارد که مربوط به ارزیابی فرد از وضعیت سلامتی‌اش و تغییرات آن در یک سال گذشته است. فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF-36) کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، پرسشنامه معتبری است که به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به‌کار برده می‌شود. در ایران این فرم را منتظری، گشتاسبی، وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده‌اند و بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱) که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی

آموزشی بر روی ۱۰۰ دانشجوی پرستاری انجام شد. بعد از آموزش و بعد از پیگیری ۱۸ هفته‌ای نتایج مشخص گشت که گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری، مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دادند و همچنین به‌طور معناداری فشار روانی و آشفتگی کمتری را گزارش کردند. سونگ (۲۰۰۹) در پژوهشی تأثیر ۱۶ هفته برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را بر سلامت جسمی و روانی (عزت‌نفس و افسردگی) در زنان بررسی کردند و به این نتیجه رسید که این آموزش بر ابعاد مختلف توان جسمی و عزت‌نفس و سلامت روانی زنان سنین بالاتر تأثیر مثبت دارد. گری^۱ (۲۰۱۱) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را به‌کار برد و نتیجه گرفت که این آموزش بر افزایش مهارت‌های مقابله‌ای افراد و بهبود نقش جسمانی و خودرهبی مؤثر است. فولک، پرلینگ و ملینب^۲ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر پذیرش خویشتن و مهارت‌های مقابله‌ای موجب بهبود احساس فشار روانی و افسردگی می‌شود و سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد. مونت، پارساراسی، چای، استرلینگ و کمپل^۳ (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که استفاده از دوازده گام انجمن معتادان گمنام استعمال مشروبات الکلی را کاهش و سلامت روان و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد.

با توجه به آنچه بیان شد و با توجه به اینکه در کمتر پژوهشی با رویکرد روان‌شناسی سلامت‌گرا گروه‌های نمونه زنان خانه‌دار مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته‌اند، این پژوهش، با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی زنان خانه‌دار انجام شد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن به‌صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گواه) همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. متغیر مستقل، آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی به شیوه گروهی بود که فقط در گروه آزمایش اعمال شد و متغیر وابسته مؤلفه‌های کیفیت زندگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان

1. Grey

3. Mundt, Parthasarathy, Chi, Sterling & Campbell

5. Ware & Sherbourn

7. role- physical

9. general health

11. social functioning

13. mental health

2. Folke, Parling & Melinb

4. Life Quality Questionnaire -short form

6. physical functioning

8. bodily pain

10. vitality

12. role – emotional

جلسه پس از جمع‌بندی مطالب، تکلیفی برای جلسه بعدی داده می‌شد. خلاصه جلسات آموزشی بدین شرح است: **جلسه اول:** آشنایی و معرفی اولیه، بیان نکاتی درباره مهارت‌های مقابله با فشار روانی، بیان اهداف و اجرای پیش‌آزمون؛ **جلسه دوم:** آشنایی با مفهوم مقابله و تفکیک سه روش مقابله (عملی، هیجانی، اجتنابی)؛ **جلسه سوم:** آموزش سه راهبرد بیان احساس، استفاده از فعالیت‌های جسمانی و آموزش آرمیدگی جسمانی؛ **جلسه چهارم:** آموزش دو راهبرد نظام‌های پشتیبانی و شوخ‌طبعی؛ **جلسه پنجم:** آموزش دو راهبرد خودرهبی و تفکیک خود؛ **جلسه ششم:** آموزش دو راهبرد مدیریت زمان و حل مسأله؛ **جلسه هفتم:** آموزش دو راهبرد خودگویی مثبت و بازسازی شناختی و **جلسه هشتم:** جمع‌بندی و ارائه خلاصه‌ای از کل جلسات و اجرای پس‌آزمون. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل گردید. در تحلیل کوواریانس میانگین‌های تعدیل شده، یعنی میانگین‌های پس‌آزمون که تأثیرات پیش‌آزمون از آن حذف شده بود، مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است:

گردیده است. ضریب پایایی^۱ (آلفای کرونباخ) گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ (به غیر از خرده‌مقیاس سرزندگی که برابر با ۰/۶۵ بوده است) در نوسان گزارش شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). هوشنگی (۱۳۸۵) نیز آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را به ترتیب برای کارکرد جسمانی برابر با ۰/۸۰، برای نقش جسمانی برابر با ۰/۸۶، برای درد جسمانی برابر با ۰/۸۰، برای سلامت عمومی برابر با ۰/۸۵، برای سرزندگی برابر با ۰/۶۵، برای کارکرد اجتماعی برابر با ۰/۸۹، برای نقش هیجانی برابر با ۰/۸۷ و برای سلامت روانی برابر با ۰/۸۳ گزارش کرده است (هوشنگی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل آزمون برابر با ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۹۰ تا ۰/۶۷ در نوسان بود. یک نمونه از پرسش‌های این پرسشنامه به این شرح است: «در انجام کار یا سایر فعالیت‌ها دچار مشکل شده‌اید (مثلاً نیازمند تلاش بیشتری بوده‌اید)؟»؛ این پرسش مربوط به خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی است.

روش اجرا و تحلیل

آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی در طی هشت جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. به این صورت که در هر هفته یک جلسه به مدت ۴۵ دقیقه برگزار می‌گردید و در پایان هر

جدول ۱- نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه

ردیف	خرده‌مقیاس	df1	df2	F	P
۱	کیفیت زندگی کلی	۱	۵۸	۰/۰۹	۰/۷۵
۲	کارکرد جسمانی	۱	۵۸	۰/۰۴	۰/۸۴
۳	نقش جسمانی	۱	۵۸	۲/۳۳	۰/۱۳
۴	درد جسمانی	۱	۵۸	۰/۰۰	۰/۹۵
۵	سلامت عمومی	۱	۵۸	۰/۸۰	۰/۳۷
۶	سرزندگی	۱	۵۸	۰/۲۶	۰/۶
۷	کارکرد اجتماعی	۱	۵۸	۲/۷۷	۰/۱
۸	نقش هیجانی	۱	۵۸	۰/۰۱	۰/۹۱
۹	سلامت روانی	۱	۵۸	۱/۲۶	۰/۲۶

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. در جدول ۳، میانگین‌های تعدیل‌شده همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین امتیازات دو گروه پژوهش در پس‌آزمون ارائه شده است:

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

ردیف	متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			SD	M	SD	M
۱	کارکرد جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۴/۳۹	۲۱/۳	۳/۰۹	۲۳/۵
			۳/۹۴	۲۱/۶۳	۳/۹۳	۲۰/۸۳
۲	نقش جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱/۵۴	۱/۹۶	۰/۷۷	۳/۴۳
			۱/۳۹	۲/۱۰	۱/۶۰	۱/۶۶
۳	درد جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۰/۵۵	۱/۳۳	۰/۵۴	۱/۳۳
			۰/۵۴	۱/۳۰	۰/۵۴	۱/۲۶
۴	سلامت عمومی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱/۳۰	۲/۹۱	۰/۹۰	۳/۴۰
			۱/۰۲	۲/۸۵	۱/۰۲	۲/۷۱
۵	سرزندگی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۴/۷۹	۱۵/۵	۲/۶۱	۱۸/۸۰
			۳/۸۸	۱۶	۳/۷۷	۱۶/۱۶
۶	کارکرد اجتماعی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۰/۴۶	۱/۲۲	۰/۳۳	۱/۶۰
			۰/۴۷	۱/۳۱	۰/۴۷	۱/۲۹
۷	نقش هیجانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱/۲۳	۱/۳	۰/۵۴	۲/۶۶
			۱/۱۶	۱/۵۳	۱/۱۷	۱/۳۰
۸	سلامت روانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۶/۰۱	۲۰/۳۳	۳/۵۲	۲۴/۲۳
			۵/۱۱	۲۰/۲۶	۵/۱۴	۲۰/۳۶

جدول ۳- میانگین‌های تعدیل‌شده همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس‌آزمون برای گروههای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	گروه	M	SE	*LL	HL
۱	کیفیت زندگی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۸۰/۹۲	۰/۵۸	۷۹/۷۵	۸۲/۰۸
			۶۶/۲۰	۰/۵۸	۶۵/۰۴	۶۷/۳۶
۲	کارکرد جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۲۳/۶۰	۰/۲۴	۲۳/۱۱	۲۴/۰۹
			۲۰/۶۷	۰/۲۴	۲۰/۱۱	۲۱/۱۶
۳	نقش جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۳/۴۴	۰/۱۴	۳/۱۵	۳/۷۴
			۱/۶۰	۰/۱۴	۱/۳۰	۱/۸۹
۴	درد جسمانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱/۳۱	۰/۰۳	۱/۲۵	۱/۳۸
			۲/۷۴	۰/۰۳	۱/۲۱	۱/۳۴
۵	سلامت عمومی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۳/۳۹	۰/۸۰	۳/۲۳	۳/۵۵
			۲/۷۴	۰/۸۰	۲/۵۸	۲/۹۰
۶	سرزندگی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱۸/۹۶	۰/۲۷	۱۸/۴۱	۱۹/۵۱
			۱۶/۰۰	۰/۲۷	۱۵/۴۵	۱۶/۵۵
۷	کارکرد اجتماعی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۱/۶۳	۰/۰۳	۱/۵۶	۱/۷۰
			۱/۲۴	۰/۰۳	۱/۱۷	۱/۳۲
۸	نقش هیجانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۲/۶۸	۰/۰۹	۲/۴۸	۲/۸۸
			۱/۱۹	۰/۱۰	۰/۹۹	۱/۳۹
۹	سلامت روانی	گروه مهارت‌های مقابله با فشار روانی گروه گواه	۲۴/۲۱	۰/۲۵	۲۳/۷۱	۲۴/۷۱
			۲۰/۳۹	۰/۲۵	۱۹/۸۹	۲۰/۹۰

* توجه: LL=حد پایین و HL=حد بالا

زندگی مرتبط با سلامتی ($P < 0/01$)، کارکرد جسمانی ($P < 0/01$)، نقش جسمانی ($P < 0/01$)، درد جسمانی ($P < 0/01$)، سلامت عمومی ($P < 0/01$)، سرزندگی ($P < 0/01$)، کارکرد اجتماعی ($P < 0/01$)، نقش هیجانی ($P < 0/01$) و سلامت روانی ($P < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس بررسی تفاوت بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است:

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پس از بررسی پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین گروه آزمایش (آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی) و گروه گواه در کیفیت

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس در ابعاد کیفیت زندگی بین گروه‌های آزمایش و گواه

ردیف	متغیرها	آزمون	SS	df	MS	F	P	مجدور سهمی اتا
۱	کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۸۰۷۶/۱۱	۱	۸۰۷۶/۱۱	۷۹۹/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱
		پس‌آزمون	۱۴۰۵/۷۴	۱	۱۴۰۵/۷۴	۱۳۹/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳
۲	کارکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۶۲۵/۱۳	۱	۶۲۵/۱۳	۲۶/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶
		پس‌آزمون	۴۸	۱	۴۸/۰۰	۱۷۴/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۳۲
۳	نقش جسمانی	پیش‌آزمون	۴۲/۲۱	۱	۴۲/۲۱	۶۵/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۵۳
		پس‌آزمون	۵۸/۳۵	۱	۵۸/۳۵	۹۰/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۶۱
۴	درد جسمانی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۹	۱	۱۵/۳۹	۴۸۷/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۸۹
		پس‌آزمون	۰/۰۰	۱	۰/۰۰	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰
۵	سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۴۳/۶۱	۱	۴۳/۶۱	۲۲۶/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰
		پس‌آزمون	۵/۰۳	۱	۵/۰۳	۱۰/۶۶۲	۰/۰۰۰	۰/۳۱
۶	سرزندگی	پیش‌آزمون	۴۸۴/۶۸	۱	۴۸۴/۶۸	۲۱۵/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۷۹
		پس‌آزمون	۱۳۱/۳۷	۱	۱۳۱/۳۷	۵۸/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۵۰
۷	کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۷/۳۱	۱	۷/۳۱	۱۹۸/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۷۸
		پس‌آزمون	۱/۱۴	۱	۱/۱۴	۳۰/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۳۵
۸	نقش هیجانی	پیش‌آزمون	۲۳/۰۰	۱	۲۳/۰۰	۵۳۰/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۵۸
		پس‌آزمون	۳۸/۹۰	۱	۳۸/۹۰	۷۵/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۷۰
۹	سلامت روانی	پیش‌آزمون	۱۰۰۸/۶۲	۱	۱۰۰۸/۶۲	۵۳۰/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۹۰
		پس‌آزمون	۵۳۰/۳۹	۱	۵۳۰/۳۹	۷۵/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷

بحث

فشار روانی به افراد موجب افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان می‌شود. تبیین احتمالی این است که با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر مانند بیان احساس، خودرهبری، تقویت خود، حل مسأله، بازسازی شناختی، می‌توان کیفیت زندگی افراد را افزایش داد.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر افزایش کارکرد جسمانی گروه آزمایش بود. این نتایج در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های غضنفری (۱۳۸۲)، پتل و مارموت (۱۹۸۷)،

این پژوهش که با هدف بررسی و تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی زنان خانه‌دار اجرا شد، نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی موجب افزایش کیفیت زندگی زنان خانه‌دار می‌شود (جدول ۴). نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های پتل و مارموت (۱۹۸۷) و کارلسون و همکاران (۲۰۰۴) همسو است. به‌طور کلی شواهد پژوهشی گذشته نشان داده که آموزش مهارت‌های مقابله با

به‌عنوان یک مشکل نافذ با تأثیرات بسیار مشخص و تعیین‌کننده، شامل تأثیرات جسمی و روانی بر سلامت انسان، شناخته شده است، میزان سلامت عمومی فرد را کاهش می‌دهد. براساس نظر وود (۱۹۹۹) بسیاری از وقایع زندگی (جدایی، طلاق، مرگ همسر، بیماری و امثال آن) ممکن است باعث اضطراب و فشار روانی شود و این فشارها نیز بر سلامت روانی و عملکرد و بهزیستی جسمی اثر نامطلوبی بر جای می‌گذارند. به‌طور کلی می‌توان گفت برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با کمک به مراجعان برای گسترش شناخت نقشی که فشار روانی در زندگی آنها ایفا می‌کند، همچنین کمک به آنها در بررسی افکار و احساسات درباره موقعیت فشارآور، امکان افزایش سلامت عمومی (جسمی - روانی) و کیفیت زندگی را برای آنها فراهم می‌کند. این شیوه آموزش با ساختن پادتن‌های روان‌شناختی، به افراد کمک می‌کند تا در برابر ناملایمات و موقعیت‌های فشارآور روانی که باعث تضعیف توان سازگاری فرد می‌شود، مقاوم شوند و با محرک‌های فشارآور به‌طور موفقیت‌آمیزی مقابله کنند. نتیجه دیگر این پژوهش، نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر افزایش سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی زنان بود. از جمله پژوهش‌های همسو با این پژوهش می‌توان به پژوهش‌های صفی‌آبادی (۱۳۸۵)، پتل و مارموت (۱۹۸۷)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۴)، فریدنبرگ (۲۰۰۴)، سونگ (۲۰۰۹) و گری (۲۰۱۱) اشاره کرد. در همه این پژوهش‌ها تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی به اشکال مختلف بر نقش جسمانی، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی تأیید شده است. با توجه به تأیید تأثیر آموزش‌های مقابله با فشار روانی بر کیفیت زندگی در ابعاد کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی، به‌طور ضمنی می‌توان بیان کرد که اگر همه مهارت‌های مقابله‌ای را به شرکت‌کنندگان ارائه دهیم، احتمال اینکه به نتیجه مطلوب برسیم که همان تأثیر این آموزش‌ها در ابعاد مختلف کیفیت زندگی است، بیشتر خواهد شد.

در پایان در راستای پیشنهادی کاربردی می‌توان گفت که در این پژوهش جلسه‌هایی برای آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی طراحی گردید تا در مراکز مشاوره در کنار سایر شیوه‌های آموزشی به‌کار گرفته شود. اما این پژوهش با محدودیت‌های خاصی نیز روبه‌رو بود. از جمله اینکه پژوهش حاضر درباره پایداری تأثیرات آموزشی در طول زمان چیزی به‌دست نمی‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، مطالعه پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان ارزیابی پایداری تغییرات در شرکت‌کنندگان فراهم شود.

کارلسون و همکاران (۲۰۰۴) و گری (۲۰۱۱) همسو است. از آنجا که کارکرد جسمانی، ادراک فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه (که نیاز به صرف انرژی دارد) همراه با ادراکات و احساسات معطوف به درد، ناراحتی، استراحت، خواب، ظرفیت و توان انجام کارهاست، به‌طور منطقی کاهش تنش فیزیولوژیک، افزایش کارایی اکسیژن، رضایت بیشتر از ظاهر جسمانی، بهبود سریع‌تر از فشار روانی، بهبود کارکرد قلبی - عروقی، کاهش درصد چاقی بدن، کاهش تنش و اضطراب و بهبود خودکارآمدی، اعتماد به نفس، افزایش خلق مثبت که بر اثر آموزش‌های حوزه مهارت‌های مقابله که مستقیم و غیرمستقیم مورد توجه قرار می‌گیرند، به‌خوبی زمینه را برای تقویت کارکرد جسمانی فراهم می‌سازد. همچنین نتایج پژوهش‌های گذشته نشان داده است که انجام نرمش‌های مختلف، علاوه بر فواید جسمی فراوان، بر مقابله با مشکلات روانی نیز تأثیر مثبت می‌گذارد. ورزش احساس آرامش را افزایش می‌دهد و انسان را در مقابل فشارهای روانی و اضطراب مقاوم می‌کند (کلینکه، ۱۳۸۱). به نظر می‌رسد در برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی، شرکت‌کنندگان با ایجاد یک برنامه منظم ورزشی در ساعات به‌خصوصی از روز به‌طور فعالانه توانسته‌اند کارکرد جسمانی خود را افزایش دهند. نتیجه دیگر این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر افزایش نقش جسمانی زنان بود. پژوهش عامری صفی‌آبادی (۱۳۸۵) و گری (۲۰۱۱) همسو با این پژوهش است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که اگر همه مهارت‌های مقابله‌ای را به شرکت‌کنندگان دوره‌های آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی ارائه دهیم، احتمال اینکه تأثیر این آموزش‌ها در ابعاد مختلف کیفیت زندگی افزایش یابد، بیشتر خواهد شد. نتیجه دیگر پژوهش حاضر، تأثیر نداشتن آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی بر میزان درد جسمانی زنان بود. پژوهش‌های سونگ (۲۰۰۹) و فریدنبرگ (۲۰۰۴) با این پژوهش همسو نیست که در همه این پژوهش‌ها تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت جسمانی تأیید شده است. در این خصوص می‌توان گفت که مهارت‌های آموزش داده شده نقشی در کاهش درد جسمانی نداشته است. نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با فشار روانی سلامت عمومی زنان را افزایش می‌دهد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشگرانی مانند پتل و مارموت (۱۹۸۷)، فریدنبرگ (۲۰۰۴) و سونگ (۲۰۰۹) همسو است. با توجه به نتایج به‌دست آمده همان‌طور که فریش (۲۰۰۶) بیان کرد، سلامت عمومی ارتباط نزدیکی با دیدگاه فرد در مورد فشار روانی دارد. از این نظر، از آنجا که فشار روانی

منابع

- Dulmus, C.N., & Rapp-pagliccia, L. (2005). *Handbook of preventive interventions for adults*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012, in press). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Frish, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Frydenberg, E. (2004). Coping competencies: What to teach and when. *Theory into Practice*, 43(1), 437-442.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual difference in two emotion regulation processes implication for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Grey, M. (2011). Coping skills training for youth on intensive treatment has long-lasting effects on control and quality life. *Diabetes Spectrum*, 24(2), 70-75.
- Hariharan, M., & Rath, R. (2008). *Coping with life stress: The Indian experience*. New Delhi: SAGE Publications.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., & Hanestad, B.R. (2004). Effects of a group-based counseling program on diabetes related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Educational Counseling*, 53(3), 299-308.
- Kato, T. (2005). Study of the effect of interpersonal stress coping training reducing stress response: A research of student nurses (Article in Japanese). *Shinrigaku Kenkyu* 75(6), 495-502.
- Karelyn, L., & Myrnam, M. (2004). Stress management program: Intervention in nursing student performance anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 190-199.
- Marowitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R., Lish, J.D., & Klerman, G.L. (1993). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Mitshell, D. (2004). Stress, coping, and appraisal in an HIV- seropositive rural sample: A test of the goodness of fit hypothesis. *Unpublished Master's Thesis in Psychology, Ohio University*.
- Mundt, M.P., Parthasarathy, S., Chi, F.W., Sterling, S., & Campbell, C. (2012). 12-step participation reduces medical use costs among adolescents with a history of alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 126 (1-2), 124-130.
- Patel, C., & Marmot M.G. (1987). Stress management, blood pressure and quality of life. *Journal of Hypertensions* 5(1), 21-58.
- آتش‌پور، ح. آقایی، ا. بختیاری، پ. رشیدی، ع. عابدی، م. و منتظرالظهور، ا. (۱۳۸۵). آموزش مهارت‌های ارتقای بهداشت روانی. چاپ اول، اصفهان: سازمان آموزش و پرورش اصفهان.
- تورکینگتون، ک. (۱۳۸۳). مدیریت فشار روانی. ترجمه رحیم بلالی و فریبا باعزت. چاپ اول، تهران: مؤسسه انتشارات بعثت (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۱).
- ربانی خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۹). درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف عملی مفهوم کیفیت زندگی. مددکاری اجتماعی، ۴۵(۴)، ۴۳-۵۶.
- کلینکه، ک. (۱۳۸۱). مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. چاپ اول، تهران: مؤسسه انتشارات اسپند هنر (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۴).
- غضنفری، ا. (۱۳۸۲). بررسی رابطه هویت و راههای مقابله با سلامت روانی در دانش‌آموزان شهر اصفهان. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- عامری صفی‌آبادی، ن. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت روانی زنان خانه‌دار در شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(ع) تهران.
- مرادی، ا. کلاتری، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر نمرخ روانی زنان دارای ناتوانی‌های جسمی - حرکتی. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱(۱)، ۵۷۶-۵۵۹.
- منتظری، ع. گشتاسبی، آ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. پیش، ۵، ۴۹-۵۶.
- میشل، م. (۱۳۷۹). فشار روانی (علل، علایم، نشانه‌ها و راه‌حل‌ها). ترجمه سعید هرسینی و عبدالرحیم درشتی. چاپ اول، تهران: انتشارات ارسباران (سال انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۷).
- هوشنگی، ف. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از کارگذاری پیسمیکر (باتری قلب). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Campbel-Sills, L., Cohan, S.N., & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior Research and Therapy*, 44(4), 585-599.
- Craske, M., & Zucker, B.C. (2002). Prevention of anxiety disorders: A model for Intervention. *Applied & Preventive Psychology*, 10, 155-175.

- Sung, R. (2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 12-24.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- WHO. (1998). *Partners in life education*. Geneva, Department of Mental Health.
- WHO. (2001). *The world health report 2001*. Geneva, World Health Organization.
- WHO.(2002). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- WHO. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization.
- Wood, D.S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and were we going? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 355-363.