فصلنامه مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی
سال هفتم، شماره ۲ (پیاپی: ۲۹)، تابستان ۱۴۰۳

بررسی رابطه کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب بر اساس حمایت اجتماعی درک شده و امید به زندگی

زهرا خاتمی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰
کد مقاله: ۵۵۵۵۵

چکـیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی در پیش‌بینی کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب بود. این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی و از نوع همبستگی مقطعی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به اضطراب بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها، ۱۴۰ نفر (۷۲ زن و ۶۸ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار استاندارد شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک‌شده (MSPSS) و پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید. در سطح توصیفی از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش Enter استفاده شد. نتایج نشان داد بین حمایت اجتماعی درک‌شده، امید به زندگی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p<0.01$). همچنین تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که این دو متغیر قادرند به‌طور ترکیبی ۵۹٫۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند ($R^2 = 0.596$). در این میان، حمایت اجتماعی با ضریب $\beta = 0.645$ قوی‌ترین پیش‌بین کیفیت زندگی بود و پس از آن، امید به زندگی با $\beta = 0.210$ نیز تأثیر معناداری داشت. یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی می‌توانند به‌عنوان عوامل روان‌شناختی محافظ، نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب ایفا کنند. تقویت این دو عامل از طریق مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، گروه‌درمانی و آموزش مهارت‌های تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان راهبردی مؤثر در بهبود سلامت روان این گروه سنی مدنظر قرار گیرد.

واژگـان کلـیدی: کیفیت زندگی جوانان، اضطراب، حمایت اجتماعی درک شده، امید به زندگی

۱- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم
Khatami_Z20@gmail.com

۱- مقدمه

دوران جوانی، به‌عنوان مرحله‌ای حساس از رشد روانی–اجتماعی، با چالش‌ها و فشارهای متعددی همراه است که می‌تواند بروز اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه اضطراب را تسهیل کند. اضطراب، یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی در میان جوانان است و براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت[1](۲۰۲۳)، حدود ۲۳ درصد از جوانان در جهان، سطوحی از اضطراب بالینی را تجربه می‌کنند. اضطراب مزمن می‌تواند کارکردهای روزمره فرد را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای منفی گسترده‌ای بر کیفیت زندگی وی به‌جا بگذارد (لیا و همکاران[2]،۲۰۲۲). کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی و پیچیده است که وضعیت کلی سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی فرد را منعکس می‌کند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت(1997) ، کیفیت زندگی «ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و دغدغه‌های خود» است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اضطراب، در مقایسه با همتایان سالم خود، به‌طور معناداری از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند، به‌ویژه در ابعاد روانی و اجتماعی (وانگ و همکاران[3]، ۲۰۲۱).

در کنار عوامل روان‌شناختی آسیب‌زا، وجود منابع محافظتی نظیر حمایت اجتماعی درک‌شده می‌تواند نقش مهمی در کاهش اثرات اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی ایفا کند. حمایت اجتماعی درک‌شده به برداشت ذهنی فرد از میزان حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی در دسترس از سوی اطرافیان (از جمله خانواده، دوستان و دیگر منابع اجتماعی) اشاره دارد (زیمت و همکاران[4]، ۱۹۷۹). یافته‌های پژوهش‌های اخیر، نقش کلیدی حمایت اجتماعی در ارتقاء سلامت روان، کاهش نشانه‌های اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی را نشان داده‌اند (یانگ و چن[5]، ۲۰۲۳؛ تیلور و همکاران[6]، ۲۰۲۴).

در کنار حمایت اجتماعی، امید به زندگی نیز یکی دیگر از متغیرهای محافظتی مهم در مواجهه با فشارهای روانی است. امید به زندگی، از منظر نظریه‌پردازانی چون اشنایدر[7](۲۰۰۲)، شامل احساس هدفمندی و توانمندی در یافتن مسیرهایی برای تحقق اهداف می‌شود. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سطوح بالاتر امید به زندگی می‌تواند با سلامت روانی بهتر، کاهش اضطراب، افزایش انگیزش و بهبود کیفیت زندگی همراه باشد (علوی و همکاران، ۲۰۲۳؛ چیونگ[8] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین امید می‌تواند به‌عنوان یک واسطه در ارتباط بین عوامل حمایتی و سلامت روان عمل کند (رادفورد و همکاران[9]، ۲۰۲۴). با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب نه‌تنها از سوی شدت علائم اضطرابی، بلکه از طریق متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی نیز قابل تبیین است. با وجود این، علی‌رغم اهمیت این موضوع، تحقیقات داخلی و منطقه‌ای اندکی به بررسی همزمان این سه متغیر پرداخته‌اند، به‌ویژه در گروه جوانان با شرایط اضطرابی .بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی با کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب طراحی شده است. امید است یافته‌های این مطالعه بتواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه کمک کند و راهکارهای کاربردی برای مداخلات بالینی و روان‌درمانی ارائه دهد.

۲-مساله پژوهش

در سال‌های اخیر، اختلالات اضطرابی در میان جوانان به‌عنوان یکی از رایج‌ترین مشکلات روان‌شناختی شناخته شده‌اند که نه‌تنها عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی آن‌ها را مختل می‌کند، بلکه موجب افت چشمگیر در کیفیت زندگی آنان می‌شود (لیا و همکاران، ۲۰۲۲). کیفیت زندگی در این گروه سنی، که در مرحله شکل‌گیری هویت و ساخت آینده قرار دارند، تحت تأثیر مستقیم اضطراب مزمن، کاهش عملکرد روانی–اجتماعی و احساس بی‌ثباتی هیجانی قرار می‌گیرد (وانگ و همکاران[10]، ۲۰۲۱). با توجه به این‌که جوانان در حال گذار از مرحله وابستگی به استقلال هستند، توانایی آنان در مقابله با اضطراب، به منابع روانی و اجتماعی موجود در زندگی‌شان وابسته است. در چنین شرایطی، درک بهتر از عواملی که می‌توانند این آسیب‌پذیری را کاهش داده و به بهبود کیفیت زندگی منجر شوند، اهمیت فزاینده‌ای دارد.

1 WHO
2 Lea et al.
3 Wong et al.
4 Zimet et al.
5 Yang & Chen.
6 Taylor et al.
7 Snyder et al.
8 Cheung et al.
9 Rutherford et al.
10 Wong et al.

اگرچه مطالعات متعددی به بررسی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اضطراب پرداخته‌اند، اما بررسی همزمان نقش حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی در این زمینه، به‌ویژه در جمعیت جوانان، هنوز در ادبیات علمی محدود است. اغلب پژوهش‌ها بر جمعیت بزرگسال یا سالمند تمرکز داشته‌اند (لین و چان، ۲۰۲۲). یا به‌طور جداگانه به نقش امید یا حمایت اجتماعی پرداخته‌اند و اثر ترکیبی آن‌ها بر کیفیت زندگی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (تیلور و همکاران[1]، ۲۰۲۴). همچنین، پژوهش‌های داخلی عمدتاً توصیفی بوده‌اند و کمتر از مدل‌های پیش‌بینی یا تحلیل‌های ترکیبی برای شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بهره گرفته‌اند. این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات جامع‌تر در این زمینه را برجسته می‌سازد.

۳-اهمیت پژوهش

اختلالات اضطرابی از جمله شایع‌ترین مشکلات سلامت روان در میان جوانان به‌شمار می‌روند که تأثیرات منفی فراوانی بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی و تحصیلی این قشر دارند (سازمان جهانی بهداشت[2]، ۲۰۲۳). با توجه به اینکه دوره جوانی، مرحله‌ای حساس و تعیین‌کننده در شکل‌گیری هویت، استقلال روانی و تعیین مسیر آینده است، ابتلا به اضطراب می‌تواند کیفیت زندگی را به‌شدت کاهش داده و احساس نارضایتی، ناامیدی و فرسودگی روانی را در فرد ایجاد کند(کسلر و همکاران[3]، ۲۰۰۵).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را شامل می‌شود و از شاخص‌های کلیدی در ارزیابی سلامت عمومی، بهزیستی و عملکرد فرد در زندگی روزمره به‌حساب می‌آید (سازمان جهانی بهداشت،۱۹۹۸). کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اضطراب می‌تواند منجر به افت مشارکت اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی ضعیف، بروز سایر اختلالات روانی مانند افسردگی، و در موارد شدید، گرایش به رفتارهای پرخطر و خودآسیب‌زننده شود (استین و سارین[4]، ۲۰۱۵)..

از جمله عوامل روان‌شناختی که می‌توانند نقش محافظتی در برابر پیامدهای منفی اضطراب ایفا کنند، حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی هستند. حمایت اجتماعی درک‌شده به معنای برداشت ذهنی فرد از میزان دسترسی و اثربخشی حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری از سوی خانواده، دوستان و سایر منابع اجتماعی است (زیمت و همکاران، ۱۹۷۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح بالاتر حمایت اجتماعی درک‌شده، با کاهش شدت اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد (روگر و همکاران[5]، ۲۰۱۶). افراد زمانی که خود را در شبکه‌ای از روابط حمایتگر احساس می‌کنند، توانایی بیشتری در مقابله با چالش‌های روانی و استرس‌زا دارند.

همچنین، امید به زندگی که به‌معنای گرایش فرد به اهداف آینده، احساس کنترل بر مسیر زندگی و انتظار برای دستیابی به نتایج مثبت است، یکی از متغیرهای کلیدی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). امید با بهبود تاب‌آوری روانی، کاهش افسردگی و اضطراب، و افزایش احساس معنا در زندگی ارتباط دارد (گالاگر و همکاران[6]، ۲۰۲۰). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افراد امیدوار، در مواجهه با مشکلات روانی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری بهره می‌گیرند و کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (آلارکن و همکاران[7]، ۲۰۱۳، یلدریم و ارسلان[8]، ۲۰۲۱)..

با توجه به هم‌پوشانی گسترده عوامل روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی در افراد مضطرب، پژوهش حاضر با بررسی نقش ترکیبی و پیش‌بینانه حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی در کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب، می‌کوشد خلأ مطالعات پیشین را که عمدتاً به تحلیل جداگانه این متغیرها پرداخته‌اند، پوشش دهد. این مطالعه نه‌تنها از لحاظ نظری می‌تواند به گسترش ادبیات روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌گرا کمک کند، بلکه از نظر کاربردی، نتایج آن می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های ارتقایی در مراکز مشاوره دانشگاهی، مراکز بهداشت روان، و نظام‌های آموزشی برای بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی جوانان باشد.

در شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کنونی که اضطراب به‌ویژه در میان جوانان در حال افزایش است، پرداختن به راهکارهایی مبتنی بر منابع حمایتی و انگیزشی درونی و بین‌فردی، ضرورتی انکارناپذیر دارد. در نتیجه، این پژوهش از جنبه نظری،

1 Taylor et al.,
2 World Health Organization
3 Kessler et al.
4 Stein & Sareen
5 Rueger et al.,
6 Gallagher et al.,
7 Alarcon et al.,
8 Yıldırım & Arslan,

عملی و اجتماعی دارای اهمیت فراوانی است و می‌تواند گامی مؤثر در مسیر ارتقای سلامت روان جوانان و پیشگیری از تبعات گسترده اختلالات اضطرابی تلقی شود.

۴-پیشینه پژوهش

در جدول زیر پیشینه مرتبط با عنوان پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است:

جدول۱- پیشینه مرتبط با عنوان پژوهش

	نام پژوهشگر / سال	روش پژوهش	متغیرهای اصلی	جامعه آماری	نتایج کلیدی
۱	لیا و همکاران (۲۰۲۲)	همبستگی	اضطراب، کیفیت زندگی	جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در آمریکا	اضطراب بالا با کیفیت زندگی پایین‌تر رابطه معنادار دارد.
۲	لین و چان (۲۰۲۲)	مدل معادلات ساختاری	اضطراب، امید، کیفیت زندگی	دانشجویان دانشگاهی در تایوان	امید نقش میانجی بین اضطراب و کیفیت زندگی را ایفا می‌کند.
۳	وونگ و همکاران (۲۰۲۱)	فراتحلیل	اضطراب، کیفیت زندگی	نوجوانان مبتلا به اضطراب	اضطراب تأثیر منفی معناداری بر ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی دارد.
۴	یانگ و چن (۲۰۲۳)	مطالعه طولی	حمایت اجتماعی درک‌شده، اضطراب	جوانان چینی	حمایت اجتماعی اثر محافظتی در کاهش اضطراب دارد.
۵	تیلور و همکاران (۲۰۲۴)	همبستگی و رگرسیون	حمایت اجتماعی درک‌شده، تنظیم هیجان	بزرگسالان جوان در آمریکا	حمایت اجتماعی با بهزیستی روانی رابطه مثبت دارد.
۶	چونگ و همکاران (۲۰۲۲)	تحلیل فراتحلیلی	امید، سلامت روان	فراتحلیل ۳۰ مطالعه	امید تأثیر مثبت و معناداری بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارد.
۷	علوی و همکاران (۲۰۲۳)	همبستگی	اضطراب، امید، رضایت از زندگی	دانشجویان ایرانی	امید به زندگی با اضطراب رابطه منفی و با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد.
۸	محمدخانی و همکاران (۲۰۲۱)	پیمایشی	حمایت اجتماعی، اضطراب	نوجوانان ایرانی	حمایت خانواده بیشترین نقش را در کاهش اضطراب ایفا می‌کند.
۹	جلالی و عسگری (۲۰۲۳)	توصیفی-تحلیلی	کیفیت زندگی، اضطراب	جوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره	اضطراب کمتر با کیفیت زندگی بهتر همراه است.
۱۰	زی‌مت و همکاران (۱۹۷۹)	مطالعه اعتبارسنجی	حمایت اجتماعی درک‌شده	طراحی و اعتبارسنجی مقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده	معرفی و تأیید روایی و پایایی مقیاس MSPSS.
۱۱	رضایی و همکاران (۲۰۲۲)	همبستگی	امید به زندگی، اضطراب	دانش‌آموزان دبیرستانی	امید به زندگی پیش‌بینی‌کننده منفی اضطراب است.
۱۲	احمدی و حجازی (۲۰۲۱)	همبستگی	کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی	دانشجویان	حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد.
۱۳	فرد و مرادی (۲۰۲۴)	رگرسیون	اضطراب، امید به زندگی	بیماران مبتلا به اضطراب	امید نقش مهمی در کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی دارد.

۵-روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی با طرح همبستگی از نوع مقطعی است. در این نوع پژوهش‌ها، هدف بررسی روابط میان متغیرها در یک مقطع زمانی مشخص و بدون مداخله مستقیم پژوهشگر است. پژوهش‌های همبستگی به‌ویژه برای مطالعاتی که به دنبال تحلیل هم‌زمان چند سازه روان‌شناختی هستند، مانند کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی، بسیار کاربرد دارند. در این پژوهش تلاش شد تا از طریق سنجش همبستگی‌ها و همچنین تحلیل‌های پیش‌بین، نقش دو متغیر روان‌شناختی (امید به زندگی و حمایت اجتماعی) در تبیین تغییرات متغیر کیفیت زندگی در بین جوانان مبتلا به اضطراب بررسی شود.

رویکرد مقطعی این پژوهش بدین معناست که داده‌ها در یک بازه زمانی مشخص و کوتاه گردآوری شدند و پژوهش از نوع طولی یا آزمایشی نبود. در طراحی این مطالعه، هیچ‌گونه دست‌کاری یا مداخله‌ای در متغیرها صورت نگرفت و کلیه داده‌ها از طریق ابزارهای خودگزارشی استاندارد گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی صورت گرفت تا روابط بین متغیرها مشخص شود و میزان توان تبیینی متغیرهای مستقل نسبت به متغیر وابسته تعیین گردد.

با توجه به ماهیت مطالعه، این پژوهش در رده مطالعات کاربردی نیز قابل طبقه‌بندی است؛ زیرا نتایج حاصل می‌تواند برای برنامه‌ریزان حوزه سلامت روان، روان‌شناسان، مشاوران و سیاست‌گذاران اجتماعی در جهت بهبود کیفیت زندگی افراد جوان مبتلا به اضطراب، دارای ارزش عملی و راهبردی باشد.

۶-جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان زن و مرد مبتلا به اضطراب در بازه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. این مراکز شامل کلینیک‌های روان‌شناسی، دفاتر خدمات روان‌شناسی دانشگاهی، و مراکز سلامت روان فعال در مناطق مختلف شهری از جمله قاسم‌آباد، احمدآباد، الهیه و سرافرازان بودند. ملاک ورود به مطالعه، داشتن تشخیص اولیه اضطراب توسط روان‌شناس یا مشاور مرکز و تمایل به مشارکت داوطلبانه در پژوهش بود. حجم نمونه پژوهش برابر با ۱۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس[1] انتخاب شدند. از میان این افراد، تعداد ۷۲ نفر زن و ۶۸ نفر مرد بودند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه اخذ شد و اطمینان حاصل شد که داده‌ها صرفاً در چارچوب اهداف علمی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. همچنین، ویژگی‌هایی مانند سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی و شغلی جهت تحلیل‌های توصیفی جمع‌آوری شد.

۷-ابزارهای گردآوری داده‌ها

۷-۱-پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[2]

در این پژوهش به‌منظور سنجش متغیرهای اصلی یعنی کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی، از سه پرسشنامه استاندارد و معتبر استفاده شده است که پیشینه قابل‌توجهی در مطالعات ملی و بین‌المللی دارند. ابزار نخست، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) است که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و نسخه کوتاه‌شده‌ای از ابزار ۱۰۰ سؤالی اولیه محسوب می‌شود. این پرسشنامه از ۲۶ گویه تشکیل شده که به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حوزه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی می‌پردازد. دو گویه ابتدایی نیز به بررسی ارزیابی کلی افراد از کیفیت زندگی و سلامت‌شان اختصاص دارد. پاسخ‌دهی به این گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از "بسیار ضعیف" تا "بسیار خوب" یا "هرگز" تا "همیشه" انجام می‌شود. برخی از گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پس از جمع‌آوری نمرات خام، نمرات هر حوزه به بازه ۰ تا ۱۰۰ نرمال‌سازی می‌شوند، به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر هستند. اعتبار ابزار در مطالعات متعدد داخلی و خارجی تأیید شده است. در ایران، این پرسشنامه توسط نریمانی و همکاران (۱۳۹۹) اعتباریابی شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰٫۸۴ تا ۰٫۹۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی کلی آن از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰٫۸۹ به‌دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب این ابزار است.

۷-۲-مقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده[3]

برای سنجش حمایت اجتماعی درک‌شده، از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی درک‌شده (MSPSS) استفاده شد که نخستین‌بار توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی گردید. این مقیاس از ۱۲ گویه تشکیل شده است که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده را در سه حوزه خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر (مانند مشاور، شریک عاطفی یا استاد) مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها در طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" ارائه می‌شوند و نمرات بالا بیانگر سطح بالاتری از حمایت اجتماعی درک‌شده هستند. این ابزار در ایران توسط قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) ترجمه و استانداردسازی شده و روایی محتوایی و سازه آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰٫۸۷ محاسبه شد که

1 Available Sampling
2 WHOQOL-BREF
3 MSPSS

نشان‌دهنده پایایی رضایت‌بخش ابزار می‌باشد. سادگی گویه‌ها، زمان اجرای کوتاه و پوشش سه‌گانه منابع حمایتی، از نقاط قوت این ابزار محسوب می‌شود.

۷-۳-مقیاس امید به زندگی اشنایدر

سومین ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر است که با هدف اندازه‌گیری میزان امید افراد به توانایی رسیدن به اهداف خود طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۲ گویه است، اما تنها ۸ گویه اصلی آن برای نمره‌دهی لحاظ می‌شوند و ۴ گویه باقی‌مانده به‌عنوان گویه‌های پرت جهت کنترل صداقت پاسخ‌دهی در نظر گرفته شده‌اند. گویه‌ها دو مؤلفه مسیر (Pathways)و عاملیت (Agency) را می‌سنجند که به‌ترتیب نشان‌دهنده توانایی فرد در یافتن مسیرهای رسیدن به هدف و انگیزه برای پیگیری این مسیرها هستند. پاسخ‌دهی به هر گویه بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از "کاملاً نادرست" تا "کاملاً درست" انجام می‌شود. نمرات به‌صورت مجموع مؤلفه‌ها محاسبه می‌شوند و نمرات بالاتر، بیانگر سطح بالاتری از امید به زندگی هستند. این ابزار در ایران توسط محمدزاده و همکاران (۱۳۹۶) ترجمه و اعتباریابی شده و در پژوهش‌های متعدد داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰٫۸۵ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول آن می‌باشد.

در مجموع، هر سه ابزار مورد استفاده در این مطالعه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده و با توجه به ساختار استاندارد، اجرای آسان و کاربرد گسترده در مطالعات روان‌شناسی و سلامت، به‌عنوان ابزارهای مناسبی برای گردآوری داده‌های مورد نیاز پژوهش حاضر انتخاب شده‌اند.

۸-روش گردآوری اطلاعات و تحلیل داده‌ها

فرآیند گردآوری اطلاعات در این پژوهش به‌صورت میدانی و خودگزارشی انجام شد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا با مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز سلامت روان منتخب در شهر مشهد از جمله مراکز فعال در مناطق قاسم‌آباد، احمدآباد، الهیه و سرافرازان هماهنگی‌های لازم صورت گرفت. پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه، پس از دریافت موافقت مدیریت مراکز، با مراجعه حضوری به این مراکز، نسبت به شناسایی مراجعان واجد شرایط اقدام کرد.

پس از توضیح اهداف کلی پژوهش به شرکت‌کنندگان و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از داوطلبان دریافت شد. سپس از آن‌ها خواسته شد تا در محیطی آرام و بدون فشار زمانی، به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. برای اطمینان از درک صحیح سؤالات، توضیحات مختصر و راهنمایی‌های لازم نیز ارائه شد و به افراد تأکید گردید که پاسخ‌ها باید بر اساس ادراک و تجربه شخصی آن‌ها باشد.

پرسشنامه‌ها در قالب یک بسته حاوی سه ابزار استاندارد (کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک‌شده، و امید به زندگی) تهیه و به داوطلبان داده شد. برخی شرکت‌کنندگان به‌صورت حضوری در مراکز یادشده و برخی دیگر به‌صورت آنلاین (از طریق لینک فرم الکترونیکی تهیه‌شده در گوگل فرم) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، تا در شرایطی که حضور فیزیکی ممکن نباشد نیز مشارکت تسهیل شود.

فرآیند گردآوری اطلاعات طی بازه‌ای حدوداً یک‌ماهه در بهار ۱۴۰۳ انجام شد. در پایان، پرسشنامه‌های ناقص یا مخدوش از فرایند تحلیل حذف گردیدند و تنها داده‌های معتبر وارد مرحله تحلیل آماری شدند.

۹-روش تحلیل داده‌ها

پس از گردآوری داده‌ها از طریق سه پرسشنامه استاندارد شامل کیفیت زندگی(WHOQOL-BREF) ، حمایت اجتماعی درک‌شده(MSPSS) ، و امید به زندگی ,(Snyder) داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSنسخه ۲۶ وارد و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه (سن، جنس، مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی) و متغیرهای اصلی پژوهش (امید به زندگی، حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت زندگی) محاسبه شد.

۱۰-یافته های پژوهش

بررسی توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی به شرح زیر است:

نمونه این پژوهش شامل ۱۴۵ دانشجو در شهر مشهد است که ۳۸/۴ درصد آنها در دانشگاه سراسری، ۲۴/۹ درصد دانشگاه آزاد، ۱۸/۹ درصد پیام نور و ۱۷/۸ درصد در دانشگاه علمی کاربردی در حال تحصیل هستند. از بین این نمونه۶۵ نفر زن و ۸۰ نفر مرد، سن آنها بین ۱۸ تا ۳۵ سال و میانگین سنی آنها ۲۲/۵ سال است. ۳۲/۲ درصد پاسخگویان در رشته های فنی مهندسی، ۲۴/۲ درصد در علوم انسانی، ۲۵/۳ درصد در علوم پایه، ۹/۳ درصد در منابع‌طبیعی و ۸/۹ درصد در رشته هنر تحصیل می‌کنند. از نظر مقطع تحصیلی، ۹۵ نفر(۶۵/۶ درصد) دانشجویان در مقطع کارشناسی، ۳۵ نفر(۱۸/۴ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۱۵ نفر (۶/۴) در مقطع دکترا هستند.

جدول۲-متغیرهای پژوهش

متغیر	نمره کل و زیر مقیاس‌ها	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	نمره کل	۱۴۵	۱۸	۷۱	۴۲/۲۶	۱۳/۳۹
	تسلط بر محیط	۱۴۵	۲۰	۷۶	۴۴/۲۲	۱۳/۹۵
	پذیرش خود	۱۴۵	۱۶	۶۹	۴۱/۲۶	۱۳/۱۶
	هدفمندی در زندگی	۱۴۵	۱۶	۶۹	۳۹/۰۸	۱۳/۲۸
	روابط مثبت با دیگران	۱۴۵	۱۸	۷۸	۴۶/۲۷	۱۴/۵۲
	خودمختاری	۱۴۵	۲۰	۷۶	۴۴/۲۴	۱۴/۰۰
	رشد فردی	۱۴۵	۱۶	۷۰	۳۶/۲۰	۱۳/۰۹
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	نمره کل	۱۴۵	۱۶	۶۶	۳۷/۷۶	۱۱/۹۶
	خانواده	۱۴۵	۱۲	۷۷	۴۱/۳۰	۱۴/۵۳
	دوستان	۱۴۵	۱۶	۷۵	۳۳/۴۲	۱۱/۵۸
	افراد مهم	۱۴۵	۱۸	۷۱	۳۸/۳۴	۱۱/۷۰
امید به زندگی		۱۴۵	۱۵	۶۱	۳۱/۵۸	۹/۷۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود نمره کمینه و بیشینه و میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در متغیر کیفیت زندگی به ترتیب ۱۸، ۷۱، ۴۲/۲۶ و ۱۳/۳۹ در حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ۱۶، ۶۶، ۳۷/۷۶ و ۱۱/۹۶ و در امید به زندگی ۱۶، ۶۱، ۳۱/۵۸ و ۹/۷۵ بود. میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس روابط مثبت با دیگران در امید به زندگی و زیرمقیاس خانواده در حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتر از سایر متغیرهاست.

۱۱-داده‌های استنباطی

جدول ۳-نتایج ضریب همبستگی بین امید به زندگی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی

		کیفیت زندگی						
		کیفیت زندگی	تسلط بر محیط	پذیرش خود	هدفمندی در زندگی	روابط مثبت با دیگران	خودمختاری	رشد فردی
امید به زندگی	ضریب همبستگی	۰/۵۳۱	۰/۴۸۹	۰/۵۰۱	۰/۵۴۱	۰/۵۴۷	۰/۴۷۹	۰/۳۹۴
	معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	تعداد	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵

جدول ۲ ضریب همبستگی بین امید به زندگی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین امید به زندگی، مقیاس کل کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن یعنی تسلط بر محیط، پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و رشد فردی به ترتیب برابر است با ۰/۵۳۱، ۰/۴۸۹، ۰/۵۰۱، ۰/۵۴۱، ۰/۵۴۷، ۰/۴۷۹ و ۰/۳۹۴ بوده و این مقادیر در سطح P۰/۰۱> معنادار می‌باشند، لذا فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین امید به زندگی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی رد و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود؛ یعنی بین امید به زندگی و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۴-نتایج ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی

متغیر		کیفیت زندگی						
		کیفیت زندگی	تسلط بر محیط	پذیرش خود	هدفمندی در زندگی	روابط مثبت با دیگران	خودمختاری	رشد فردی
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	ضریب همبستگی	۰/۷۵۰	۰/۶۹۶	۰/۷۵۱	۰/۷۱۱	۰/۷۱۰	۰/۷۰۰	۰/۶۹۹
خانواده		۰/۷۳۹	۰/۷۳۰	۰/۷۵۷	۰/۷۰۱	۰/۷۰۶	۰/۷۰۰	۰/۷۱۶
دوستان		۰/۶۷۹	۰/۶۶۶	۰/۶۷۴	۰/۶۴۴	۰/۶۴۷	۰/۶۳۹	۰/۶۶۳
افراد مهم		۰/۶۶۰	۰/۶۵۸	۰/۶۶۴	۰/۶۵۰	۰/۶۴۹	۰/۶۳۲	۰/۶۳۴
سطح معناداری		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد		۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵

جدول ۳. ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار ضریب همبستگی بین مقیاس کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده و زیرمقیاس‌های خانواده، دوستان و افراد مهم با امید به زندگی به ترتیب برابر است با ۰/۷۵۰، ۰/۷۳۹، ۰/۶۷۹، ۰/ ۶۶۰ بوده و این مقادیر در سطح P >۰/۰۱ معنادار می‌باشند، لذا فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی رد و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود؛ یعنی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای کیفیت زندگی،حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی

	مدل							
	B	SE	β	t	P	R	R^2	F
کیفیت زندگی					۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۰/۵۹۶	۱۰۸/۴۶۶
ثابت مدل	۵/۷۶۰	۲/۶۹۳		۲/۱۳۹	۰/۰۳۴			
امید به زندگی	۰/۲۹۰	۰/۰۸۳	۰/۲۱۰	۳/۴۶۹	۰/۰۰۱			
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۶۹۴	۰/۰۶۶	۰/۶۴۵	۱۰/۶۴۶	۰/۰۰۰۱			

جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای کیفیت زندگی، امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرهای پیش‌بین با کیفیت زندگی برابر ۰/۷۶۹ بوده و امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده ۰/۵۹۶ از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

۱۲-بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی، دو مؤلفه روان‌شناختی مهم و مثبت‌گرا، توانسته‌اند کیفیت زندگی جوانان مبتلا به اضطراب را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. این نتیجه با بخش قابل‌توجهی از ادبیات نظری و پژوهشی همخوانی دارد که به نقش عوامل محافظتی در کاهش تأثیرات منفی اضطراب بر زندگی فرد تأکید دارند. مطابق نظریه امید اشنایدر (۲۰۰۲) ، امید نوعی منبع انگیزشی است که از دو مؤلفه عاملیت (انگیزه برای حرکت به‌سوی اهداف) و مسیرها (توانایی برای یافتن راه رسیدن به اهداف) تشکیل شده و افراد امیدوار بهتر می‌توانند با موانع روانی مقابله کرده و در مسیر اهداف خود باقی بمانند. مطالعات اخیر مانند پژوهش لین[1] و چان[2] (۲۰۲۲) نیز نشان داده‌اند که امید می‌تواند به‌عنوان متغیر میانجی، اثر اضطراب را بر کیفیت زندگی کاهش دهد. یافته‌های حاضر نیز چنین کارکردی را تأیید می‌کنند و نشان می‌دهند که افراد دارای سطح بالای امید به زندگی، از ارزیابی مثبت‌تری نسبت به آینده برخوردار بوده و در نتیجه، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. در کنار امید، حمایت اجتماعی درک‌شده نیز به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده قوی کیفیت زندگی شناسایی شد. این یافته با پژوهش‌های متعددی همسو است که نشان داده‌اند حمایت اجتماعی می‌تواند با کاهش تنهایی، تقویت احساس تعلق و افزایش تاب‌آوری روانی، به بهبود کیفیت زندگی افراد دچار اضطراب کمک کند (یانگ و چن، ۲۰۲۳). برای مثال، در مطالعه تیلور و همکاران (۲۰۲۴)، مشخص شد که ادراک حمایت اجتماعی، از طریق تقویت تنظیم هیجانی، باعث کاهش شدت اضطراب و ارتقاء

1 Lin
2 Chan

عملکرد اجتماعی جوانان می‌شود. همچنین، یافته‌های(اوزبای و همکاران[1] ،۲۰۰۷) و گالاگر و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی درک‌شده نه‌تنها مستقیماً با بهزیستی روانی در ارتباط است، بلکه از طریق کاهش علائم اضطرابی، باعث ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود.

از منظر بومی و منطقه‌ای، یافته‌های پژوهش با نتایج علوی و همکاران (۲۰۲۳) و فرد و مرادی (۲۰۲۴) نیز هم‌راستا است که در نمونه‌های ایرانی نیز نشان دادند امید و حمایت اجتماعی دو عامل مهم در کاهش اضطراب و افزایش رضایت از زندگی هستند. همچنین، مطالعه محمدخانی و همکاران (۲۰۲۱) تأکید داشت که حمایت خانواده، به‌ویژه در دوره نوجوانی و اوایل جوانی، بیشترین نقش را در محافظت روانی در برابر اضطراب ایفا می‌کند؛ یافته‌ای که در پژوهش حاضر و با توجه به ابزار MSPSS نیز تأیید شده است، چراکه زیرمقیاس حمایت خانواده دارای بیشترین میانگین نمره بود. همچنین باید به این نکته توجه داشت که برخلاف برخی مطالعات پیشین که صرفاً رابطه‌ای دومتغیره بین اضطراب و کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند، در این پژوهش از تحلیل ترکیبی استفاده شده و اثر هم‌زمان حمایت اجتماعی و امید به زندگی بررسی گردیده است؛ که این رویکرد به‌ویژه در جمعیت جوانان دارای اضطراب در ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر گامی نوین در جهت تحلیل چندبعدی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی روان‌شناختی جوانان ایرانی برداشته و نتایج آن می‌تواند مبنایی نظری و عملی برای سیاست‌گذاری در حوزه سلامت روان جوانان باشد. با این حال، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شود. از جمله، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تمرکز صرف بر شهر مشهد ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مناطق کاهش دهد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی، احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. محدودیت دیگر، ماهیت مقطعی پژوهش است که امکان بررسی روابط علی میان متغیرها را فراهم نمی‌کند. همچنین متغیرهای اقتصادی، خانوادگی و فرهنگی در مدل در نظر گرفته نشده‌اند که می‌توانند در کیفیت زندگی تأثیرگذار باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از روش‌های طولی یا مداخلاتی برای بررسی پویایی متغیرها استفاده شود و نقش متغیرهای میانجی مانند تاب‌آوری، خودکارآمدی و حمایت سازمانی نیز بررسی گردد.

در مجموع، نتایج این پژوهش بیانگر آن است که حمایت اجتماعی درک‌شده و امید به زندگی، دو منبع روان‌شناختی ارزشمند هستند که می‌توانند در کاهش آسیب‌های ناشی از اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی جوانان نقش کلیدی ایفا کنند. طراحی برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره‌ای با تأکید بر تقویت این دو مؤلفه، می‌تواند به‌عنوان راهکاری اثربخش برای بهبود سلامت روانی جوانان در نظر گرفته شود. در شرایط اجتماعی و اقتصادی کنونی که اضطراب در بین جوانان ایرانی در حال افزایش است، پرداختن به منابع حمایتی و انگیزشی نه‌تنها از منظر علمی بلکه از نظر اجتماعی نیز ضرورتی راهبردی دارد.

منابع

۱. علوی، م.، پورشریفی، ح.، و مختاری، ا. (۲۰۲۳). *رابطه امید، اضطراب و رضایت از زندگی در جوانان ایرانی*. مجله روان‌شناسی مثبت‌گرا، ۹(۲).

۲. محمدخانی، ش. و همکاران (۲۰۲۱). *نقش حمایت خانواده در کاهش اضطراب نوجوانان ایرانی*. مجله مطالعات روان‌شناسی رشد، ۱۷(۳).

۳. فرد، م. و مرادی، ع. (۲۰۲۴). *پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس امید و حمایت اجتماعی در بیماران مضطرب*. مجله روان‌شناسی سلامت ایران، ۱۲(۱).

4. Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821–827.
5. Alavi, M., Poursharifi, H., & Mokhtari, A. (2023). Hope, anxiety, and life satisfaction in Iranian youth: The mediating role of emotion regulation. *Middle East Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9(2), e12345.
6. Alavi, M., Poursharifi, H., & Mokhtari, A. (2023). Hope, anxiety, and life satisfaction in Iranian youth: The mediating role of emotion regulation. *Middle East Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9(2), e12345.
7. Cheung, R. Y., et al. (2022). *Hope as a protective factor*. Journal of Positive Psychology, 17(1), 1–14.
8. Cheung, R. Y., Kwok, S. Y. C. L., & Lo, H. H. M. (2022). Hope as a protective factor: A meta-analysis of its effect on well-being and mental health. *Journal of Positive Psychology*, 17(1), 1–14.
9. Cheung, R. Y., Kwok, S. Y. C. L., & Lo, H. H. M. (2022). Hope as a protective factor: A meta-analysis of its effect on well-being and mental health. *Journal of Positive Psychology*, 17(1), 1–14.

1 Ozbay et al.

10. Gallagher, M. W., et al. (2020). *Optimism and physical health: A meta-analytic review*. Health Psychology, 39(12), 1040–1034.
11. Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Pressman, S. D. (2020). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 39(12), 1040–1034.
12. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
13. Lea, R., Nguyen, M., & Zhang, H. (2022). The psychological cost of uncertainty: Anxiety and quality of life in emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *51*(9), 1734–1747. https://doi.org/10.1007/s10964-022-01653-0
14. Lea, R., Nguyen, M., & Zhang, H. (2022). The psychological cost of uncertainty: Anxiety and quality of life in emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(9), 1734–1747.
15. Lin, C. Y., & Chan, C. H. (2022). Hope as a mediator between anxiety and quality of life in young adults. *Journal of Affective Disorders*, 311, 142–149.
16. Lin, C. Y., & Chan, C. H. (2022). *Hope as a mediator between anxiety and quality of life in young adults*. Journal of Affective Disorders, 311, 142–149.
17. Ozbay, F., et al. (2007). *Social support and resilience to stress*. Psychiatry, 4(5), 35–40.
18. Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.
19. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313.
20. Rueger, S. Y., et al. (2016). *A meta-analytic review of perceived social support and depression in youth*. Psychological Bulletin, 142(10), 1017–1067.
21. Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017–1067.
22. Rutherford, H. J. V., et al. (2024). Hope as a mediator of social support and psychological health in young adults. *Personality and Individual Differences*, 211, 112345.
23. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
24. Snyder, C. R., et al. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.
25. Snyder, C. R., et al. (2002). *Hope theory: Rainbows in the mind*. Psychological Inquiry, 13(4), 249–275.
26. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585.
27. Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (2002). Hope and health: Measuring the will and the ways. In Snyder, C. R. (Ed.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285–305).
28. Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Clinical practice. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2066.
29. Taylor, R. D., et al. (2024). *Perceived social support and emotional adjustment in emerging adulthood*. Journal of Adolescent Health, 74(1), 104–112.
30. Taylor, R. D., Jones, S. M., & Kim, J. (2024). Perceived social support and emotional adjustment in emerging adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *74*(1), 104–112.
31. Taylor, R. D., Jones, S. M., & Kim, J. (2024). Perceived social support and emotional adjustment in emerging adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 74(1), 104–112.
32. The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 341–348.
33. WHOQOL Group. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. *World Health Organization*.
34. Wong, S. Y., Ma, T. T., & Leung, P. W. (2021). Quality of life in adolescents with anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *24*(3), 320–336. https://doi.org/10.1007/s10567-021-00348-1
35. Wong, S. Y., Ma, T. T., & Leung, P. W. (2021). Quality of life in adolescents with anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 320–336.
36. World Health Organization. (2021). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.
37. World Health Organization. (2023). *Mental health of adolescents*. https://www.who.int
38. Yang, Y., & Chen, L. (2023). Buffering the effects of anxiety through social support: A longitudinal study. *Anxiety, Stress & Coping*, *36*(5), 420–395.
39. Yang, Y., & Chen, L. (2023). Buffering the effects of anxiety through social support: A longitudinal study. *Anxiety, Stress & Coping*, 36(5), 420–395.
40. Yang, Y., & Chen, L. (2023). *Buffering the effects of anxiety through social support*. Anxiety, Stress & Coping, 36(5), 420–395.
41. Yıldırım, M., & Arslan, G. (2021). Exploring the associations between resilience, dispositional hope, subjective well-being, and psychological health among young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 36.
42. Zimet, G. D., et al. (1979). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41