

رابطه سلامت روان با کیفیت زندگی کودکان آزار دیده ۷ تا ۱۲ سال:
اثر تعدیل کننده ادراک حمایت اجتماعی

**The Relationship Between Mental Health and The
Quality of Life among Abused Children 7 to 12 Years
Old: Moderating effect of Perceived Social Support**

Ebrahim Namani¹*, Seyed Ali Ghorbani²

ابراهیم نامنی^{۱*}، سیدعلی قربانی^{۲**}

Introduction: Child abuse and misconduct with children have adverse effects on their growth and health and consequences such as anxiety, depression, risk of suicide, antisocial behavior and drug abuse. One of the important components that affects mental health is social support. Social protection, as one of the critical factors, can decrease the development of mental illness and improve mental health status. It means the more social support increases, the more the level of health increases and vice versa. Life quality is one of the factors which affects abused child's quality of life. The world health organization defines the quality of life as an individual's perception of their position in life in the content of culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. Given the importance of quality of life and the perception of social support for mental health, this study investigates the moderating role of perceived social support

مقدمه: کودک آزاری و سوء رفتار با کودکان تأثیرات زیان آوری بر روی رشد و سلامتی آنان دارد و پیامدهایی نظیر اضطراب، افسردگی، خطر خودکشی، رفتارهای ضداجتماع و سوء مصرف دارو را در پی دارد. یکی از مؤلفه های مهمی که بر سلامت روان تأثیرگذار است، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از فاکتورهای بحرانی می تواند مانع از پیشرفت بیماریهای روانی و بهبود سلامت روان شود؛ به این معنا که هر چه حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می کند و بالعکس. یکی از موضوعاتی که بر سلامت روان کودکان آزار دیده اثر می گذارد، کیفیت زندگی است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را برداشت یا پنداره های فرد از وضعیت زندگی خود می داند و آن را با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که فرد در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافته با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویتهای مورد نظر تعریف کرده است. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و ادراک حمایت اجتماعی بر سلامت روان، محقق در پژوهش حاضر به بررسی نقش تعدیل کننده ادراک حمایت اجتماعی در رابطه سلامت روان بر کیفیت زندگی کودکان آزار دیده پرداخته است.

روشن: پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی انجام شده است. جامعه آماری پژوهش

* دکتر مشاوره، دانشگاه حکیم سبزواری، (نویسنده

مسئول)، <a.namani@hsu.ac.ir>

** دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

1. Ph.D. in Counseling, <a.namani@hsu.ac.ir>

2. Ph.D. Student in Counseling

on the relationship between mental health and the life quality of abused children.

Method: This is a descriptive - correlation study. The statistical population of study included all abused children 7 to 12 years old at Torbat Haidarieh city. The sample size of the study included sixty abused children whose have file and record in social emergency section and have been experiencing one type of child abuse such as negligence, physical and sexual. They were chosen as whole-count. Three questionnaires of perceived social support of family, mental health and life quality were used to collect data for this research. The Kolmogorov- Smirnov test was used to determine the normal distribution of data. Then, to examine the relationship between mental health and life quality, Pearson correlation coefficient was used. Hierarchical regression analysis was used to investigate the moderating role of social support on the relationship between mental health and life quality.

Findings: Findings indicate that there is a positive and significant relationship between mental health and quality of life ($r = .63, p < .0001$). It means that with the increase of mental health, the

شامل کلیه کودکان آزار دیده بین ۷ تا ۱۲ ساله شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۵ است. تعداد این کودکان شامل ۶۰ نفر است که در اورژانس اجتماعی شهرستان تربت حیدریه دارای پرونده بوده و یکی از انواع کودک آزاریها (غفلت، جسمی و جنسی) را تجربه کرده‌اند و به صورت تمام شمار انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های این پژوهش از سه پرسشنامه ادراک حمایت اجتماعی خانواده، سلامت روان و کیفیت زندگی استفاده گردیده است. جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد، سپس جهت بررسی رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید و برای بررسی نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی در رابطه سلامت روان با کیفیت زندگی، از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد.

یافته‌ها: بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سلامت روان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. نتایج حاصل از رگرسیون سلسله مراتبی نیز بیانگر آن است که اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده معنادار است. بنابراین حمایت اجتماعی ادراک شده نقش تعدیل‌کننده در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی دارد. در مرحله بعد از آزمونهای تعقیبی استفاده شد؛ تا نشان دهد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در چه شرایطی (زمانی که حمایت اجتماعی ادراک شده بالاست و زمانی که حمایت اجتماعی ادراک شده پایین است) نقش تعدیل‌کنندگی دارد. بدین منظور یک بار اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده بالا و بار دیگر اثر

quality of life increases. Hierarchical regression analysis also indicates that the combined effect of mental health and perceived social support is significant. So, perceived social support has a moderating role in the relationship between mental health and quality of life. In the next step, follow up tests (Post hoc probing) method were used to show that in what circumstances the perceived social support variable (when perceived social support is high and when perceived social support is low) has moderating role. Therefore, once the combined effect of high perceived social support and mental health and once again the combined effect of low perceived social support and mental health were analyzed (follow up tests -post hoc probing). It became clear when quality of life is low, but social support is high, mental health is high. Also, when the quality of life is high, but social support is low, mental health is low.

Discussion: The results of the study showed that with increasing mental health, quality of life also increases. Concerning the moderating variable of perceived social support, the results also indicate that perceived social support has a moderating role in the re-

توانان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده پایین مورد تحلیل آماری در آزمونهای تعقیبی قرار گرفت و مشخص گردید زمانی که کیفیت زندگی پایین است، اما حمایت اجتماعی بالاست سلامت روان بالاست و زمانی که کیفیت زندگی بالاست اما حمایت اجتماعی پایین است سلامت روان پایین است.

بحث: نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. در خصوص متغیر تعدیل‌کننده ادراک حمایت اجتماعی نیز نتایج بیانگر این است که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش تعدیل‌کننده در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی دارد. در مجموع حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل حفاظتی در برابر تأثیرات آسیب‌زای انواع استرسها مطرح است. ادراک حمایت اجتماعی باعث ایجاد ارتباطات مثبت، مهارت حل مسئله و مهارت حفاظت در برابر مشکلات رفتاری و عاطفی می‌شود. حمایت اجتماعی به‌عنوان یک فاکتور مهم در بین قربانیان بالغ و کودکان تحت سوء رفتار مطرح است و تأثیرات روان‌شناختی آسیبهای استرس‌آور را کاهش می‌دهد، همچنین باعث تسهیل عملکرد عاطفی و شناختی در بین قربانیان سوء رفتار می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ادراک حمایت اجتماعی، سلامت روان، کودک‌آزاری، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۲۶

relationship between mental health and quality of life. In general, social support is a protective factor against the harmful effects of various types of stress. The perception of social support creates positive relationships, problem-solving skills, and protection skills against emotional and behavioral problems. Social support is considered as an important factor among adult victims and abused children and reduces the psychological effects of stressful injuries, as well as facilitates emotional and cognitive functioning among victims of abuse.

Keywords: Child abuse, Life quality, Mental health, Perceived social support

مقدمه

آزار و بدرفتاری^۱ با کودک از دیدگاه‌های قانونی، پزشکی و اجتماعی تعریف شده است و شامل هرگونه آزار جسمی^۲، جنسی^۳، هیجانی^۴ و غفلت^۵ از کودک زیر ۱۸ سال توسط فرد بزرگ‌تر (بالای ۱۸ سال) است (دورن^۶، ۱۹۹۸). در دهه‌های اخیر تأثیرات زیان‌آور سوء رفتار بر روی رشد کودکان و سلامتی آنها به‌خوبی مستندسازی شده است (سیسیل^۷، ۲۰۱۷). با این حال فهم عوامل مرتبط با پاسخهای افراد به سوء رفتار و ناهمگنی آنها به‌عنوان یک چالش مهم برای محققین مطرح است. یکی از فاکتورهایی که

می‌توان به پاسخ ناهمگن افراد نسبت داد شامل نوع سوء رفتاری است که آن فرد تجربه کرده است، برای مثال سوء رفتار و غفلت خطر مشکلات سلامت روان را افزایش می‌دهد (واچون^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). برخی از مطالعات ارتباط بین انواع مختلف سوء رفتار را بر روی افراد نشان داده‌اند. این نوع سوء رفتار و پیامدهای آن شامل اضطراب، افسردگی، خطر خودکشی، رفتارهای ضداجتماع و سوء مصرف دارو بوده است (هرنکل و هرنکل^۹، ۲۰۰۹). سوء رفتار عاطفی و غفلت به‌طور تقریبی از سوء رفتار جنسی و فیزیکی زیان‌آورتر است، سوء رفتار عاطفی که به‌عنوان سوء رفتار روان‌شناختی نیز شناخته می‌شود شامل مجموعه‌ای

1. maltreatment
4. emotional
7. Cecil

2. physical
5. neglect
8. Vachon

3. sexual
6. Doreen
9. Herrenkohl and Herrenkohl

از اقدامات غیرفیزیکی است که به شکل بالقوه بر روی سلامت و رشد قربانی تأثیرات منفی می‌گذارد و شامل رفتارهایی نظیر نکوهش کودک، نپذیرفتن و تحقیر کودک می‌شود. غفلت عاطفی که نوعی دیگر از سوء رفتار عاطفی است شامل نگرانیهایی در زمینه نبود دلسوزی، حمایت، عاطفه و محبت با کودکان است (آبی، ۲۰۱۵).

کودکان در حین بزرگ شدن تعداد متنوعی از سوء رفتارها را تجربه می‌کنند، درحالی‌که سوء رفتار جنسی و فیزیکی در بیشتر مطالعات موردبررسی قرار گرفته است. انواع دیگری از سوء رفتارها همچنان پنهان باقی مانده است (پترنکو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). سوء رفتار دوران کودکی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی و محکم برای سلامت روان ضعیف افراد است (ایوانس و کاسلز^۳، ۲۰۱۴). افراد بالغ و نوجوانانی که در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند ریسک بالایی برای بروز طیف وسیعی از مشکلات روانی شامل افسردگی، اضطراب، خودکشی، اختلالات خوردن و سوءاستفاده از دارو دارند (گریگر^۴، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات سیسیل و دیگران (۲۰۱۷) نشان داده است که علائم روانی به‌طور خطی با افزایش تعداد سوء رفتارها بالا می‌رود. در عوض کودکانی که تحت سوء رفتار فیزیکی قرار می‌گیرند بیشتر مشکلاتی نظیر کاهش تمرکز، بیش‌فعالی، سوء‌مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی از خود نشان می‌دهند (وان^۵، ۲۰۱۵).

سوء رفتار دوران کودکی عامل خطری برای بروز مشکلات سلامت روان و سلامت جسمی است، عوارض سوء رفتار دوران کودکی شامل کاهش رضایت از زندگی و مشکلات جسمی از جمله افزایش شیوع میگرن، افزایش وزن، آسم، بیماریهای معده‌ای، روده‌ای و همچنین مشکلات روان‌شناختی است. این کودکان در عملکرد مدرسه ضعیف بوده و در تاریخچه سوء رفتار گرفته شده از آنها به سوء رفتارهایی نظیر فیزیکی، جنسی و خشونت

1. Aebi
4. Greger

2. Petrenko
5. Van

3. Evans and Cassells

در دوران کودکی اشاره می‌کنند (گریگر، ۲۰۱۶). در هر جامعه‌ای، توجه به سلامت جسمی، روانی، فرهنگی و اجتماعی و فراهم آوردن شرایط لازم جهت تحقق زندگی پویا و سالم، ضامن سلامت افراد جامعه در سالهای آینده می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌گر در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی کاری کودکان آزرده از اهداف مهم پژوهش حاضر محسوب می‌شود. لذا امید است که پژوهش حاضر در راستای فهم بهتر و بیشتر مسائل و مشکلات کودکان آزرده و کمک به حل مشکلات آنان گام بردارد. حال بر اساس مطالب عنوان‌شده به چارچوب نظری متغیرهای پژوهش می‌پردازیم.

چارچوب نظری

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱، سلامت عبارت است از وضعیت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار نبودن و نقص نداشتن. سلامت روان حالتی از رفاه و بهبودی است که طی آن فرد می‌تواند تواناییهای بالقوه خویش را تحقق بخشد، با استرس‌های معمولی زندگی مقابله کند، به شکلی سازنده به کار و فعالیت پردازد و در اجتماع نقش مؤثری ایفا کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). پذیرش خود و دوست داشتن خویش و تبدیل شدن به انسانی که از نظر جسمی سالم، از حیث فکری بی‌عیب، از نظر روانی شاد، در بعد اجتماعی متعادل، از جنبه سیاسی آگاه، از نظر اقتصادی مولد و حیطة فرهنگی مسئول باشد، از خصوصیات سلامت روان است (وایت^۲، ۲۰۰۱). توجه روزافزون به موضوع بهداشت و سلامت روان در هیچ‌جا محسوس‌تر و چشمگیرتر از متون مربوط به نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان نیست. توجه بیشتر به مسائل مربوط به بهداشت روانی و انطباق سازنده برای این جمعیت در حال رشد، به اعتبار این برداشت منجر شده که اکتساب یا فراگیری مهارتها و کفایتهای متناسب با سن نه‌تنها برای انطباق موفقیت‌آمیز

1. WHO
2. White

در خلال مرحله کنونی رشد کودک و نوجوان، بلکه به‌عنوان مبنایی ضروری جهت ارتقای توانمندی‌های فردی و اجتماعی که برای سیر موفقیت‌آمیز مراحل بعدی رشد الزامی هستند، از اهمیت اساسی برخوردار است (نجفی فرد، ۱۳۹۴). دلسوزی والدین و روابط عاطفی امری ضروری برای رشد روانی کودکان است، که نبودن آن تأثیرات منفی بر روی سلامت روان آنها خواهد داشت. کودکانی که تحت سوء رفتار عاطفی قرار می‌گیرند؛ در مقایسه با کودکانی که تحت سوء رفتار فیزیکی قرار گرفته‌اند، اضطراب و حالات افسردگی بیشتری در بین آنها دیده می‌شود (یاب^۱، ۲۰۱۴). در عوض سوء رفتارهای فیزیکی در کودکان و بالغین مشکلاتی از جمله عصبانیت، پرخاشگری، درهم گسیختگی و رفتارهای جنایی را به وجود آورده است (وندروپوت^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات آبی (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که در کودکانی که مورد آزار فیزیکی، جنسی و عاطفی قرار می‌گیرند؛ مشکلات سلامت روان وجود دارد، همچنین دختران در مقایسه با پسران تعداد بیشتری از سوء رفتارها را تجربه کرده‌اند. بالغین و نوجوانانی که در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند؛ ریسک بالایی برای بروز طیف وسیعی از مشکلات روانی شامل افسردگی، اضطراب، خودکشی، اختلالات خوردن و سوءاستفاده از مواد دارند (گریگر، ۲۰۱۶).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌عنوان درک شخصی افراد از جایگاهشان در زندگی در بستری از فرهنگ و ارزشهایی می‌داند که افراد با آنها زندگی می‌کنند و به دنبال اهداف، انتظارات و استانداردهای زندگی خویش هستند. در کودکان علاوه بر این تعریف، کیفیت زندگی شامل تجربه شخصی کودکان از حیطه‌های مختلف زندگی ناشی می‌شود مانند سلامت روان، سلامت جسم، اعتمادبه‌نفس، ارتباط کودک با خانواده، دوستان و مدرسه (راونز^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). ارتقای کیفیت زندگی و عملکرد روزانه در کودکان و

1. Yap
2. van der Put
3. Ravens

نوجوانانی که مشکلات مزمن روانی و اختلالات جسمی دارند برای پزشکان به عنوان یک هدف مطرح است. کودکانی که سابقه سوء رفتار دارند؛ در بسیاری از حیطه‌های زندگی دچار مشکل هستند و پیدا کردن راه‌حل درمانی برای آنها بسیار چالش‌برانگیز است (جوزفیاک و سانچیچزن^۱، ۲۰۱۵).

تحقیقات کورسو^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد بالغینی که در دوران کودکی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند؛ از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و در برقراری تعادل با چالش‌های زندگی دچار مشکل هستند. نتیجه مطالعه گریگر و دیگران (۲۰۱۶) نیز نشان داده است که سوء رفتار دوران کودکی باعث کاهش کیفیت زندگی آنان در دوران بعد از کودکی خواهد شد و این کیفیت نامطلوب زندگی در تمامی حیطه‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، اعتماد به نفس و حتی ارتباط با دوستان و خانواده نیز دیده شده است. مطالعات نشان‌دهنده ارتباط منفی بین سوء رفتار دوران کودکی با کیفیت زندگی مطلوب در کودکان است و این ارتباط منفی شامل هرگونه سوء رفتار در دوران کودکی است. همچنین نوجوانانی که در کودکی قربانی چندین نوع سوء رفتار بوده‌اند؛ کیفیت زندگی ضعیف‌تری در مقایسه با جمعیت سالم داشتند و سلامت روان آنها نیز تحت تأثیر بوده است (چان^۳، ۲۰۱۳).

یکی از مؤلفه‌های مهمی که بر سلامت روان تأثیرگذار است، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد (آسایش، مسلم، قربانی، شریعتی و نصیری، ۲۰۱۱). در حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ارزیابی‌های فرد از دسترس بودن حمایتها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود (گلاکتی، ۲۰۱۰). درک حمایت از دریافت آن مهم‌تر است، به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان

1. Jozefiak, Sonnichsen

2. Corso

3. Chan

حمایت ارائه شده به فرد است. نتایج مطالعاتی که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرده‌اند، نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به طور قوی در سازگاری فرد با بیماری مؤثر است. لذا در بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است (صدیقی ارفعی و حسامپور، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از فاکتورهای بحرانی و مهم می‌تواند مانع از پیشرفت بیماری‌های روانی و بهبود سلامت روان گردد. حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و سایر افراد مانع از بروز دیسترس‌های روانی در کودکان می‌شود (نیلسون و همکاران، ۲۰۱۳). کمبود حمایت اجتماعی به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده منفرد برای پیشرفت علائم استرس‌زا در بین افراد در معرض سوء رفتار مطرح است (ایوانس، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های متعددی ثابت کرده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس، از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است، افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند کم‌تر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را علیه افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند و پرخاشگری و خشونت کمتری دارند (پورآقا، کافی و رضایی، ۱۳۹۰). این اثر حفاظتی حمایت اجتماعی به این دلیل است که افراد حادثه استرس‌زا را به‌خوبی درک کرده و از منابع و راه‌حلهای مختلفی که در سایر تجارب استرس‌زا وجود داشته بهره برده‌اند، با توجه به مدل حفاظتی در برابر استرس، حمایت اجتماعی افراد را قادر می‌سازد که تأثیرات روان‌شناختی ناشی از آسیب‌های استرس‌آور زندگی را تسکین دهند (سالازار^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی در قربانیان سوء رفتار نقش محافظتی در برابر پیشرفت استرس پس از سانحه و افسردگی دارد، باوجوداین که حمایت اجتماعی نقش مهم حفاظتی در برابر عوارض سوء رفتار کودکانی

1. psychological
2. Salazar

دارد؛ اما همچنان مطالعات ناکافی در زمینه نقش حمایت اجتماعی علیه تأثیرات روان‌شناختی قربانیان سوء رفتار وجود دارد (آیدین^۱، ۲۰۱۶). شواهد نشان داده است که حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند کودکان تحت سوء رفتار را در برابر پیامدهای روان‌شناختی منفی حمایت نماید (ایوانس^۲، ۲۰۱۴). از آنجایی که حمایت اجتماعی یکی از متغیرهای اثرگذار در افزایش سطح کیفیت زندگی و همچنین سلامت روان است و تاکنون در حوزه کودکان آزار دیده به این متغیر کمتر توجه شده است این پژوهش درصدد است تا نقش تعدیل‌کننده ادراک حمایت اجتماعی در رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی کودکان آزار دیده را بررسی کند. با توجه به هدف پژوهش، ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه پژوهش حاضر به این شرح است: بررسی رابطه سلامت روان با کیفیت زندگی با توجه به نقش تعدیل‌کننده ادراک حمایت اجتماعی در کودکان آزار دیده.

روش

این پژوهش، یک مطالعه کمی و توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان بین ۷ تا ۱۲ ساله است که به دلیل تجربه کردن یکی از انواع کودک‌آزاری به مرکز اورژانس اجتماعی شهرستان تربت‌حیدریه در سال ۱۳۹۵ ارجاع داده شده‌اند که همه ۶۰ نفر ارجاع داده شده به صورت تمام شمار انتخاب شدند.

در این تحقیق، از سه ابزار اندازه‌گیری استفاده شده است:

۱- پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و ۶ حیطه است: حیطه عملکرد فیزیکی (۸ سؤال)، عملکرد هیجانی (۵ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۵ سؤال)، عملکرد تحصیلی (۵ سؤال)، احساس خوب بودن (۶ سؤال) و درک از سلامت (۱ سؤال).

1. Aydin
2. Evans

در مطالعات مختلف (وارنی^۱ و همکاران، ۱۹۹۹) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است. همچنین هسکس^۲ (۲۰۰۳) پایایی این پرسشنامه را از ۰/۸۸ تا ۰/۹ بیان کرده است. محمدیان و دیگران (۱۳۹۳) پایایی کلی آزمون را ۰/۸۴ و در چهار خرده مقیاس عملکرد جسمانی، عاطفی، اجتماعی و مدرسه به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ بیان کرده‌اند. همچنین آلفای کرونباخ حیطه‌های مختلف ابزار مزبور بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ است.

شیوه نمره گذاری پرسشنامه به این صورت است که به هر سؤال از صفر تا چهار امتیاز تعلق می‌گیرد (هرگز=۰ و همیشه=۴). سؤالات حیطه‌های احساس خوب بودن و درک از سلامت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۱۰ تا ۳۵ سطح کیفیت زندگی بالا، نمرات ۳۵ تا ۷۵ سطح کیفیت زندگی متوسط و نمرات ۷۵ تا ۱۰۰ سطح کیفیت زندگی پایین را نشان می‌دهد. هر چه نمرات بالاتر باشد نشان‌دهنده سطح کیفیت زندگی پایین‌تر خواهد بود (بوستانی، ۱۳۹۱).

۲- پرسشنامه سلامت روان: فرم اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۰ ساخته شده و اعتبار و روایی آن بارها مورد بررسی قرار گرفته است. فرم GHQ که دارای ۲۸ سؤال است با روش باز آزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی ۸۰ نفر بررسی شده که ضریب اعتبار خرده مقیاسها را بین ۰/۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. روش نمره گذاری GHQ بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د نمره ۳، ۲، ۱ و ۰ تعلق می‌گیرد در نتیجه نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاسها از ۰ تا ۲۱ و در کل از ۰ تا ۸۴ است. نمرات هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات مقیاسها باهم جمع و نمره کلی به دست می‌آید. گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۰؛ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) این پرسشنامه را به روش دونیمه

1. Varni
2. Hesketh

کردن روی ۸۵۳ نفر اجرا کردند و پایایی آن را ۰/۹۵ گزارش کردند. تقوی (۱۳۸۰) برای بررسی پایایی این پرسشنامه از سه روش باز آزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ استفاده کرد و که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. همچنین روایی هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) ضریب همبستگی ۰/۵۵ به‌دست‌آمده است و ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر است.

۳- پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی: این پرسشنامه توسط مری پروسیدانو و کنیث هلر^۱ در سال ۱۹۸۳ ساخته شده است و شامل ۲۰ سؤال بوده که به‌صورت بله، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شود. برای پاسخ نمی‌دانم نمره صفر و به پاسخ خیر در سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۲۰ نمره یک و به پاسخ بله در سایر سؤالات نمره یک تعلق می‌گیرد. دامنه نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۲۰ است. آلفای نهایی برای این مقیاس بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ محاسبه گردیده و با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی خوبی برخوردار است (ثنائی و دیگران، ۱۳۷۹). نمرات مقیاس حمایت اجتماعی خانواده با حمایت محسوس و نامحسوس اعضای خانواده قابل پیش‌بینی بوده و ضریب همبستگی این مقیاس با شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار است.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات دموگرافیک، ۴۵ درصد از کودکان آزاردیده دختر و ۵۵ درصد پسر بودند. شغل پدر ۷۳ درصد از کودکان آزاردیده مورد مطالعه آزاد و ۲۷ درصد بیکار و کلیه مادران نیز خانه‌دار بود. همچنین بیشترین فراوانی (۶۷ درصد) مربوط به کودکان آزاردیده با پدران دارای سطح تحصیلات بی‌سواد و کمترین فراوانی (۶ درصد) مربوط به کودکان دارای پدران با میزان تحصیلات سیکل بود. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون

1- Mary E. Procidano and Kenneth Heller.

کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در تمامی متغیرها (سلامت روان، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده) بالاتر از آلفای ۰/۰۵ است که نشان از نرمال بودن داده‌ها است.

جدول (۱) یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و ادراک حمایت اجتماعی

کودکان آزاردیده

Max.	Min.	SD	M	f	مؤلفه
۷۵	۱۷	۱۵/۹۹	۴۹/۵۳	۶۰	سلامت روان
۱۰۷	۱۵	۲۴/۶۴	۶۴/۰۵	۶۰	کیفیت زندگی
۱۰	۱	۳/۱۴	۵/۹۸	۶۰	ادراک حمایت اجتماعی

همان‌طور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود بالاترین میانگین متعلق به نمره کل کیفیت زندگی (۶۴/۰۵) و پایین‌ترین میانگین متعلق به ادراک حمایت اجتماعی (۵/۹۸) است.

جدول (۲) ضریب همبستگی سلامت روان با کیفیت زندگی در کودکان آزاردیده

کیفیت زندگی	سلامت روان	متغیر
۰/۶۳**	-	سلامت روان
-	۰/۶۳**	کیفیت زندگی

** $p < ۰/۰۱$

جهت بررسی رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری ($r=0/63$ ، $p < 0/01$) وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد.

بهترین روش برای بررسی نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی رگرسیون سلسله مراتبی است. در صورتی که بیانگر متغیر مستقل، بیانگر متغیر وابسته (ملاک) و بیانگر متغیر تعدیل‌کننده باشد، برای اجرای رگرسیون سلسله مراتبی باید ه مدل زیر به مشاهدات برازش داده شوند.

از طرف دیگر اگر در مدل رگرسیون اثر توأمان متغیر مستقل و متغیر تعدیل‌کننده معنادار شود، آزمونهای تعقیبی (Post Hoc Probing) انجام می‌گردد تا نشان دهد متغیر تعدیل‌کننده در چه شرایطی نقش تعدیل‌کنندگی دارد. برای ارزیابی نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی مدلهای رگرسیونی فوق را به مشاهدات برازش شدند. در مدل (۱) متغیر مستقل سلامت روان، مدل (۲) متغیر تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی ادراک‌شده و در مدل (۳) اثر توأمان متغیر سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک‌شده وارد رگرسیون شدند که خلاصه نتایج در جدول شماره (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه سلامت روان با کیفیت زندگی

کودکان آزاردیده

مدل ۳			مدل ۲			مدل ۱			متغیر
Beta	SE B	B	Beta	SE B	B	Beta	SE B	B	
۰/۴۹*	۰/۲۹	۰/۷۵	۰/۱۵***	۰/۱۶	۰/۲۳	۰/۶۰***	۰/۱۶	۰/۹۳	سلامت روان
۰/۴۱*	۲/۴۱	۳/۱۹	۰/۶۹***	۰/۸۲	۵/۴۹				حمایت اجتماعی
									اثر توأم سلامت روان و حمایت اجتماعی
	۱/۶۲***	۰/۰۴	۰/۱۶						
		۶۶/۷۳			۲۰/۰۹			۱۷/۹۱	ضریب ثابت
		۰/۷۲			۰/۶۴			۰/۳۶	
		۰/۰۷			۰/۲۸			۰/۳۶	
		۰/۷۰			۰/۶۳			۰/۳۵	Adjusted
F(۵۶.۳)=۱۴,۳۹***			F(۵۷.۲)=۴۴,۲۶***			F(۱.۵۸)=۲۳,۲۲***			F

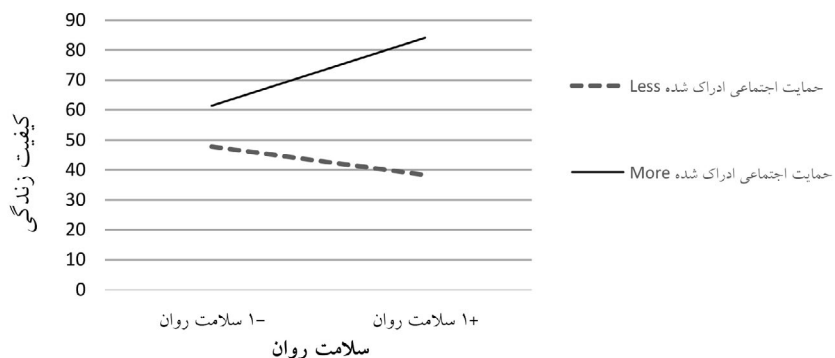
** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

بر اساس جدول هنگامی که اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده وارد رگرسیون می شود مقدار Change برابر با ۰/۰۷ و مقدار $F(۳,۵۶) = ۱۴/۳۹$ معنادار است. لذا نتایج حاصل از رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده معنادار است. بنابراین حمایت اجتماعی ادراک شده نقش تعدیل کننده در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی دارد. پس از آنکه نتایج مدل رگرسیون اثر توأمان

سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده معنادار شد، آزمون تعقیبی اجرا شد تا نشان دهد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در چه شرایطی (زمانی که حمایت اجتماعی ادراک شده بالاست و زمانی که حمایت اجتماعی ادراک شده پایین است) نقش تعدیل کننده دارد. بدین منظور یک بار اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده بالا و بار دیگر اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده پایین مورد تجزیه و تحلیل آماری آزمون تعقیبی قرار گرفتند. نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی ادراک شده در شکل ذیل به وضوح قابل مشاهده است. این شکل نشان می دهد که زمانی که کیفیت زندگی پایین است اما حمایت اجتماعی بالاست سلامت روان بالاست و زمانی که کیفیت زندگی بالاست اما حمایت اجتماعی پایین است سلامت روان پایین است.

نمودار ۱: نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه سلامت روان با کیفیت زندگی



بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، بدین معنا که با افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که اثر توأمان سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک‌شده معنادار است بدین معنا که زمانی که کیفیت زندگی پایین است اما حمایت اجتماعی بالاست سلامت روان بالاست و زمانی که کیفیت زندگی بالاست اما حمایت اجتماعی پایین است سلامت روان پایین است و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش تعدیل‌کننده در رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی دارد. این نتایج با یافته‌های (گریگر، ۲۰۱۶؛ چان، ۲۰۱۳؛ جوزفیاک، ۲۰۱۵؛ کورسو و همکاران، ۲۰۰۸؛ آیدین، ۲۰۱۶؛ نیلسون و همکاران، ۲۰۱۳؛ گودمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ تامپسون، لی ساندرز، ۲۰۰۵؛ بوش و روزنبرگ، ۲۰۰۴؛ پورآقا، کافی و رضایی، ۱۳۹۰) همسو است.

سوء رفتار در دوران کودکی ارتباط مستقیمی با پیامدهای منفی در دوران نوجوانی خواهد داشت و مطالعات نشان داده است که کودکانی که مورد آزار قرار می‌گیرند نمی‌توانند با تغییرات دوران نوجوانی به صورت مثبت سازگار شوند و این موضوع بر سلامت روان آنها تأثیر می‌گذارد (هربرت^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده باعث ایجاد ارتباطات مثبت، مهارت حل مسئله، همچنین مهارت حفاظت در برابر مشکلات رفتاری و عاطفی می‌شود، در قربانیان سوء رفتار جنسی که خانواده و محیط حمایت مثبت از آنها داشته است در مقایسه با گروهی که حمایت اجتماعی ضعیف‌تری دریافت کرده‌اند تأثیرات روان‌شناختی طولانی‌مدت کمتری وجود داشته است (هربرت و همکاران، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی ادراک‌شده در قربانیان انواع سوء رفتار به‌عنوان یک فاکتور محافظتی مطرح است، سوء رفتار در کودکان تأثیرات منفی بر روی رشد شناختی و عاطفی آنان دارد، همچنین عامل

1. Herbert

آسیبهای متعدد در دوران بلوغ آنها است که دو تا از مهم‌ترین تأثیرات منفی سوء رفتار کودکی افسردگی و استرس پس از سانحه است. که بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد و همچنین باعث کاهش کیفیت زندگی کودکان آزار دیده می‌گردد. در مجموع حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل حفاظتی در برابر تأثیرات آسیب‌زای انواع استرسها مطرح است (آیدین، ۲۰۱۶).

حمایت اجتماعی می‌تواند پریشانیهای روانی را در بالغین نیز کاهش دهد و این نوع حمایت در دوران مختلف زندگی متفاوت است. برای مثال در دوران کودکی، والدین و خانواده نقش مهمی برای کودک دارند و در دوران نوجوانی دوستان نقش مهم‌تری به‌عنوان حامی اجتماعی ایفا می‌کنند و این موضوع به دلیل مستقل شدن نوجوان و دوری وی از والدین نشئت می‌گیرد (نیلسون و همکاران، ۲۰۱۳). حمایت اجتماعی به‌عنوان یک فاکتور مهم در بین قربانیان بالغ و کودکان تحت سوء رفتار مطرح است و تأثیرات روان‌شناختی آسیبهای استرس‌آور را کاهش می‌دهد، همچنین باعث تسهیل عملکرد عاطفی و شناختی در بین قربانیان سوء رفتار می‌گردد. مطالعات نشان داده است که کمبود حمایت اجتماعی به‌عنوان یک پیش‌بینی کننده منفرد برای پیشرفت علائم استرس‌زا در بین افراد در معرض سوء رفتار مطرح است (ایوانس، ۲۰۱۴). افزایش شدت انواع مختلف سوء رفتار (جنسی، عاطفی، غفلت روانی و غفلت فیزیکی) به‌عنوان پیش‌بینی‌های قوی در بروز آسیب در زنان و مردان مطرح هستند. همچنین مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی درک شده از خانواده علائم آسیب را کاهش می‌دهد، همچنین در بین زنانی که مورد آسیب قرار گرفته‌اند با افزایش حمایت اجتماعی ادراکی ناشی از دوستان، علائم آسیب کاهش می‌یابد (ایوانس، ۲۰۱۴). حمایت اجتماعی ادراک شده در مقابل احساس تنهایی زنانی که قربانی سوء رفتار بوده‌اند به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده مطرح است همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس و کاهش علائم ترس پس از سانحه می‌گردد. قربانیان سوء رفتارهای مختلف که حمایت اجتماعی کافی از سوی خانواده و دوستان را دریافت نکرده‌اند در سازگاری با موقعیتهای بعد

از آسیب با مشکل مواجه بوده و ترس، عصبانیت و خشونت از خود بروز می‌دهند درحالی‌که حمایت اجتماعی درک شده در قربانیان سوء رفتار خشونت را کاهش داده و علائم ترس پس از سانحه را نیز تا حدودی رفع می‌نماید (سالازار و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهشهای بسیاری نشان از آن دارند که بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند و همچنین این اعتقاد وجود دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد به کاهش فشار روانی منجر شده و بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد (پورآقا و دیگران، ۱۳۹۰). حمایت اجتماعی به‌عنوان یک سپر و عامل محافظت‌کننده در برابر پیامدهای منفی بدرفتاری، می‌تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی قربانیان خشونت خانگی، مقابله بهتر با شرایط خشونت‌آمیز و کاهش بدرفتاری در روابط زناشویی والدین مؤثر باشد (گودمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ تامپسون و لی ساندرز، ۲۰۰۵؛ بوش و روزنبرگ، ۲۰۰۴).

حمایت اجتماعی همچنین نقش تعدیل‌کننده در کیفیت زندگی کودکان آزاردیده دارد به‌طوری‌که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی در این کودکان افزایش می‌یابد. در تبیین توانمند بودن ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی می‌توان گفت افرادی که از سوی خانواده، دوستان و دیگران (سایر افراد مهم زندگی) مورد حمایت قرار می‌گیرند، این حمایتها می‌توانند مانند سپری در مقابل حوادث و رویدادهای فشارآوری باشند که افراد تجربه می‌کنند. همچنین حمایت اجتماعی انزوا را کاهش می‌دهد و در فرد احساس اعتماد به نفس و ارزشمندی ایجاد می‌کند. هر چه دریافت شخص از میزان حمایت بیشتر باشد به همان اندازه از شادکامی، سلامت و رضایت از زندگی بالاتری بهره‌مند خواهد بود و نگاه خوش‌بینانه‌تری به زندگی دارند و شادتر هستند که این امر باعث می‌شود ابعاد حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی را داشته باشند. تبیین دیگر درباره توانمندی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی اینکه افراد که از هر سه بعد

حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از برخی ابعاد حمایت برخوردارند و یا افرادی که از هیچ‌یک از ابعاد حمایت برخوردار نیستند، احساس می‌کنند که بیشتر موردعلاقه دیگران هستند، از آنان در مواقع لزوم مراقبت می‌شود، ارزش و احترام بیشتری دارند و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات هستند و هرچقدر این شبکه‌های ارتباطی و حمایتی بیشتر باشد به افراد در کنار آمدن با فشارهای محیطی کمک بیشتری می‌کند و به لحاظ روانی افراد را در موقعیتی آرامش‌بخش قرار می‌دهد که در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند ابعاد حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی را داشته باشند. حمایت اجتماعی یک متغیر محیطی مهم است که تأثیری عمیق بر رفتار روزمره افراد به‌ویژه کودکان آزرده‌دهنده، که نیازمند حمایت هستند، می‌گذارد. در شرایطی که از کودکان آزرده‌دهنده حمایت نشود، آنان دچار خستگی، تحریک‌پذیری، افسردگی و غیره می‌شوند. در مقابل اگر توسط دیگران موردحمایت قرار گیرند به‌جای خستگی، تحریک‌پذیری و غیره، احساس انرژی برای مقابله با رویدادهای منفی به‌ویژه استرس می‌کنند. حمایت اجتماعی یک اثر محافظتی در برابر استرس دارد و عوارض ناشی از یک رویداد منفی مثل رفتارهای آزردهنده را کاهش می‌دهد. بنابراین افرادی که از سوی خانواده، دوستان و دیگران موردحمایت واقع می‌شوند در زندگی امیدوار هستند.

پژوهش حاضر با محدودیتهایی روبرو بوده است؛ نمونه موردبررسی در این پژوهش نمونه کودکان آزردهنده شهرستان تربت‌حیدریه بود که به‌طور داوطلبانه در پژوهش شرکت داشتند لذا باید در تعمیم‌یافته‌ها به سایر جهتها جانب احتیاط رعایت شود، همچنین ممکن است به علت استفاده از شیوه خودگزارشی و شرکت داوطلبانه کودکان آزردهنده، سوگیری‌هایی در پاسخ شرکت‌کنندگان ایجاد شده باشد. و درنهایت به دلیل حجم محدود نمونه و عدم کنترل متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در تعمیم‌یافته‌های حاصل از آن جانب احتیاط رعایت شود. بر اساس محدودیتهای پژوهش پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، پژوهشگران از حجم نمونه بیشتری با تنوع اجتماعی و فرهنگی بیشتر استفاده کنند.

- بوستانی، ن. (۱۳۹۱). *مقایسه سطح کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن میان کودکان آزار دیده و کودکان عادی ۱۴-۱۰ سال شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۱*. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*. ۵(۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- پورآقا، ف.، کافی، م. و رضایی، س. (۱۳۹۰). ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان تازه وارد دانشگاه گیلان. *فصلنامه دانشگاه شاهد*. ۱۹(۶)، ۲۷-۳۶.
- ثنائی، ب.، علاقیوند، س. و هومن، ع. (۱۳۷۹). *مقیاسهای سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۱). *خشونت علیه زنان* (ترجمه ش. رفیعی و س. پارسی نیا). تهران: نشر تندیس.
- صدیقی ارفعی، ف. و حسامپور، ف. (۱۳۹۴). رابطه ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۴(۴)، ۵۲-۴۲.
- محمدیان، ه. و دیگران (۱۳۹۳). اعتباریابی پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان (PedSQL) در شهر کاشان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۲(۳)، ۱۰-۱۸.
- نجفی فرد، ط. (۱۳۹۴). اثربخشی بازآموزی اسنادی بر سلامت روان کودکان پسر با اختلال صرع. *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*. ۲(۴)، ۸۱-۶۹.
- Aebi, M. et al. (2015). Detained male adolescent offender's emotional, physical and sexual maltreatment profiles and their associations to psychiatric disorders and criminal behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 999-1009. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9961>.
- Asayesh, H., Moslem, H., Ghorbani, M., Shariati, A. & Nasiri, H. (2011). The relationship of perceived social support, mental health and life satisfaction in martyrs and veterans students of state universities in Gorgan. *The scientific Journal of Nursing and Midwifery of Faculty of Gorgan Booye*. 8(1): 34-41.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D. & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 63, 106-119.
- Chan, K. L. (2013). *Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health*. *Prev Med*, 56, 207-10.

- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. & Mercy, J. A. (2008). Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health*, 98, 1094–100.
- Doreen, A. (1998). Sexual, and emotional. Gale encyclopedia of childhood and adolescent. www.findarticles.com.
- Evans, G. & Cassells, R. (2014). Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 287–296.
- Goodman, L., Dutton, M., Vankos, N. & Weinfurt, K. (2005). *Women's resources and use of strategies as protective factors for reabuse over time Behavior*, 31, 103–122.
- Gulacti, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3844–9. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2 (2010) 3844–3849
- Hebert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Can J Psychiatry*, 54, 631–6.
- Hebert, M., Lavoie, F. & Blais, M. (2014). *Post Traumatic Stress Disorder /PTSD in ado-lescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors*. *Cièn.SaúdeColet*, 19(3), 685–694.
- Herrenkohl, R. & Herrenkohl, T. (2009). Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. *Journal of Family Violence*, 24(7), 485–496. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-009-9247>.
- Jozefiak, T. & Sonnichsen, K. N. (2015). Self- and proxy reports of quality of life among adolescents living in residential youth care compared to adolescents in the general population and mental health services. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 104.
- Nilsen, W., Karevold, E., Roysamb, E., Gustavson, K. & Mathiesen, K. S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: social support as a mediator in girls versus boys. *J. Adolesc.* 36(1), 11–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.08.005>.
- Petrenko, C. L., Friend, A., Garrido, E., Taussig, H. & Culhane, S. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 633–644.

- Ravens-Sieberer, U., Karow, A., Barthel, D. & Klasen, F. (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*, 16, 147–58.
- Salazar, A. M., Keller, T. E. & Courtney, M. E. (2011). Understanding social support's role in Accepted Manuscript the relationship between maltreatment and depression in youth with foster care experience. *Child Maltreatment*, 16, 102–113. [PubMed: 21471145].
- Vachon, D., Krueger, R., Rogosch, F. & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of childmaltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135–1142.
- vanderPut, C., Lanctot, N., de Ruiter, C. & van Vugt, E. (2015). Child maltreatment among boy and girl probationers: Does type of maltreatment make adifference in offending behavior and psychosocial problems? *Child Abuse & Neglect*, 46, 142–151.
- Varni, J. W., Tasha, M., Michael A., Jodi, L., Olson, K. N. (2004). The PedsQL™ in Pediatric Asthma: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales and Asthma Module. *Journal of Behavioral Medicine*.27(3).297-318.
- White, J. (2001). *Mental health concepts and skill online. Salem-Keizer Public Schools*.
- Yap, M., Pilkington, P., Ryan, S. & Jorm, A. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8–23.