

مطالعه رابطه بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا

حسین نازک تبار^۱، مرجان بهبهانی^۲

^۱ هیئت علمی دانشگاه پیام نور مرکز بهشهر
^۲ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز بهشهر

چکیده

یکی از معضلات جوامع در حال توسعه، پدیده کودکان کار می باشد. در طول تاریخ استفاده از نیروی کار کودکان همواره امری معمول و متداول بوده و پدیده‌ای نوظهور نیست. اجبار کودکان به کار موجب آسیب به سلامت فیزیکی، جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن‌ها می‌شود. کودکان خیابانی به عنوان بخشی از سرمایه انسانی هستند که سلامت جسم و روان آن‌ها می‌تواند نقش مهمی در سلامت جامعه داشته باشد. جدا از ضرورت و اهمیت پیشگیری، ارائه مجموعه‌ای از حمایت‌ها از جمله حمایت‌های عاطفی، مالی، روانی، اجتماعی و قانونی از این کودکان ضروری است. از طرفی شاخص کیفیت زندگی توصیفی است از وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی و اجتماعی فرد و توانایی تأثیر آن‌ها بر زندگی روزمره او. کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان‌ها و سطح واقعیت‌ها تعریف می‌کنند که هرچه این اختلاف کمتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر می‌رود. در این پژوهش رابطه بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کودکان کار مورد بررسی قرار می‌گیرد. روش تحقیق در این پژوهش پیمایشی است. نمونه این پژوهش عبارتند از: ۲۸۸ نفر از کودکان کار شهر تهران که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه محقق ساخته است که اعتبار آن به روش تحلیل عاملی و پایایی آن به روش همسانی درونی آلفای کرونباخ تأیید شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS، آماره‌های توصیفی (فراوانی و درصد معتبر) و آماره‌های استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، ضریب اتا، آزمون تی مستقل، تحلیل رگرسیون لجستیک و چندمتغیره) محاسبه شده است. یافته‌های تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی، عاطفی، مالی، مشورتی و ابزاری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، پایگاه اقتصادی-اجتماعی) و وضعیت دیابت رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: کودکان کار، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری، حمایت عاطفی، حمایت مالی.

مقدمه

امروزه در کنار افزایش طول عمر، عامل مهم دیگری مثل چگونگی زندگی کردن یا کیفیت زندگی مطرح است، بنا به تعریف گروه کیفیت سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (استر، کوپر و اسکوینگتون، ۲۰۰۳). کیفیت زندگی با بهداشت روانی افراد ارتباط دارد و به بیان حالات و تغییرات و توانایی‌های افراد و میزان رضایت افراد از عملکردهای زندگی می‌پردازد.

در طول تاریخ استفاده از نیروی کار کودکان همواره امری معمول و متداول بوده و پدیده‌ای نوظهور نیست. کودکان از قرن‌ها پیش همواره با والدین و نزدیکان خود به کارهای مختلف از جمله کشاورزی و دامداری اشتغال داشته‌اند. یکی از معضلات جوامع در حال توسعه، پدیده کودکان کار می‌باشد. کودکان کار، طبق تعریف قانون کار در ایران، به افراد زیر ۱۵ سال اطلاق می‌شود که برای ادامه بقای خود مجبور به کار و یا زندگی در خیابان هستند. الگوی کار و فعالیت‌های کودکان در خیابان تابعی از زمینه خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است که کودکان را به خیابان می‌کشاند و همزمان به رفتارهای آن‌ها در خیابان شکل می‌دهد. اجبار کودکان به کار موجب آسیب به سلامت فیزیکی، جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آن‌ها می‌شود. این کودکان برای تغییر در شرایط زندگی شان توانایی و شناخت لازم را نداشته و سلامت آنان به خطر می‌افتد. پدیده کودکان خیابانی مشکلی اجتماعی است که از دیرباز در کشورهای مختلف وجود داشته و در دهه‌های اخیر به علل گوناگون افزایش یافته است. جدا از ضرورت و اهمیت پیشگیری، ارائه مجموعه‌ای از حمایت‌ها از جمله حمایت‌های عاطفی، مالی، روانی، اجتماعی و قانونی از این کودکان ضروری است (هدایت و هاشمی، ۱۳۹۶).

کار کودکان علل مختلفی دارد و نایستی سطحی به آن نگریست. از جمله عوامل مؤثر بر آن زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی و محیط زندگی کودکان است. همچنین تصور کودک نسبت به خود تحت تأثیر درک او از خود و واکنش‌های دیگران به او قرار می‌گیرد که متأثر از متغیرهای گوناگونی نظیر سن، جنس، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی و... می‌باشد؛ بنابراین علاوه بر نگاه اجتماعی و بیرونی به این کودکان باید مفهوم خودپنداری را از زاویه دید این کودکان نیز بررسی نمود که این امر نیازمند تحقیقات گسترده‌تری است. ۹۵٪ از کودکان خیابانی، پسر و سن آن‌ها بین ۵ تا ۱۸ سال است.

یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به دست آورده است، حمایت اجتماعی می‌باشد. کوب با تعریف حمایت اجتماعی تحت عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه دیگران می‌باشد، عنصری ارزشمند و دارای شأن می‌باشد و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، اظهار می‌دارد که افزایش روز افزون تعداد مقالات چاپ شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن، حاکی از دست یافتن به این مهم است که عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی که در زندگی انسان دارند، توجه فزاینده‌ای را به دست آورده‌اند (علی پور، ۱۳۸۸).

سازمان بهزیستی بر اساس اهداف برنامه ششم توسعه پیش نویس سندی برای حمایت از کودکان کار و خیابان را با همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد تهیه کرده است، اما این که چقدر طول می‌کشد تا این موضوع به بخش اجرایی برسد، چندان روشن نیست. دلیل این موضوع هم این است که نهادهای مختلفی در مورد موضوع کودکان کار دخیل هستند. با توجه به این که بخشی از کودکان کار در واقع تنها نان آور خانواده خود هستند، مقابله با کار کودکان چه زبانی به اقتصاد خانواده‌هایی از این دست خواهد

زد، سیاست این است که خانواده ها را به گونه ای توانمند کنیم که فرد شاغل دیگری کاری را که کودکان به دوش می کشند، بر عهده بگیرد. بر همین اساس، به ازای هر نفر مبلغ ۵۵۰ هزار تومان به مؤسسات مردم نهاد یا خیریه ای که متولی آموزش و حمایت از کودکان خیابانی هستند، پرداخت می شود که البته رقم ناچیزی است. (بهادرانی، ۱۳۹۸) هدف این مقاله تعیین و بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا است.

مبانی نظری

حمایت اجتماعی

از حمایت اجتماعی تعاریف مختلفی به عمل آمده و به جنبه های مختلفی از حمایت اجتماعی تاکید داشته اند. همیلتون^۱ و سندلوسکی^۲ (۲۰۰۴؛ به نقل از باسول، ۲۰۰۸) حمایت اجتماعی را شامل انواع عاطفی، عملی و اطلاعاتی معرفی می کنند. آن ها حمایت عاطفی را همان محبت، مراقبت، علاقه و امنیت می دانند و معتقدند این نوع حمایت از انواع دیگر آن مهم تر است و در فرد خشنودی بیشتری ایجاد می کند. آلبرت^۳ و آدلمن^۴ (۱۹۸۷) حمایت اجتماعی را ارتباط بین افراد خواه کلامی یا غیر کلامی در نظر می گیرند که ابهام را در مورد شرایط خود، دیگری، رابطه و وظایف کاهش می دهد تا افراد در تجاربشان کنترل بیشتری را ادراک کنند (ساجد^۵، ۲۰۰۶).

کوهن (۲۰۰۴) نیز حمایت اجتماعی را اینگونه تعریف نموده است: حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی^۶ است که برای افراد منابع روان شناختی و محسوسی را فراهم می کند تا بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند، حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود.

متغیرهای جمعیت شناختی و کیفیت زندگی

برادفورد، راترفورد و جان^۷ (۲۰۰۲) به نقل از همتیان، (۱۳۸۵) ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی (از قبیل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنسیت و قومیت) با کیفیت زندگی را بر ۸۰۹۹ نوجوان سنین ۱۲-۱۶ بررسی نمودند، از این متغیرها، فقط سن به طور معنی دار با نمرات کیفیت زندگی ارتباط داشت. هاینونن، ارو، التو و انتلا^۸ (۲۰۰۴) ادراک از کیفیت زندگی، ابعاد بهزیستی و رضایت فردی با پیشرفت در زندگی و شرایط اقتصادی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی را بررسی نمودند. ضرایب همبستگی و مدل های سلسله مراتبی رگرسیون نشان داد که بهزیستی جسمی، اجتماعی، همچنین عوامل جمعیت شناختی اجتماعی و رضایت از پیشرفت در زندگی عوامل مهمی از ادراک از کیفیت زندگی در مردان و زنان می باشند. هارینگ، استک و اکان^۹ (۱۹۸۴) تحلیلی بر جنسیت و طبقه اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده های بهزیستی ذهنی بین نوجوانان ایالت متحده انجام دادند. نتایج نشان داد که جنسیت تعیین کننده بهزیستی ذهنی نمی باشد.

^۱Hamilton

^۲Sandloski

^۳Albert

^۴Adelman

^۵Sachdeva

^۶Social network

^۷Bradford, Rutherford & John

^۸Heinonen, Aro, Aalto & Untela

^۹Haring, Stock & Okum

معرفی کودکان کار

کودکانی هستند که به دلیل وجود شرایط و اوضاع و احوال خانوادگی، اجتماعی، مشکلات عدیده اقتصادی و... ساعاتی از عمر خود را در شبانه روز به کار کردن در کارخانه ها، کارگاه ها، ساختمان ها، خیابان ها و منازل مردم جهت کارگری و... می گذرانند که بسیاری از آن ها کمک خرج خانواده و برخی دیگر خود به تنهایی عهده دار مخارج خانواده هستند (ماندگار؛ ۱۳۹۶:۱۶۹؛ محسنی؛ ۱۳۸۴:۱۱؛ به نقل از شیشه گران و حاجی ده آبادی، ۱۳۹۷). همانطور که بیان شد، تعریف کودکان کار از تعریف اخلاقی و عاطفی آن جدا نیست، آن ها کودکانی هستند که بخش زیادی از ساعات روزانه ی خود را به جای گذراندن در مدرسه، خانواده، بازی با همسالان خود و تفریح و ... مجبور به کار کردن در موقعیت ها و مکانهایی که مناسب سن و روحیه ی آن ها نبوده سپری می کنند. آمار نشان می دهد، حدود ۹۰ درصد این کودکان، پسران هستند که از سنین ۵ سال شروع شده تا به ۱۸ سال، مشغول به کارهای گوناگون اند و اکثرشان دارای خانواده های پرجمعیت هستند. برخی از آن ها بعد از کار کردن به نزد خانواده بازمیگردند ولی برخی ارتباطشان با خانواده به کل قطع شده و برخی دیگر کم و بیش ارتباط دارند (همان).

پیشینه پژوهش

مطالعات داخلی

باقری و همکاران (۱۳۹۴)، در مقاله " بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی برانگیزه ی تحصیلی دانش آموزان (مطالعه ی موردی دانش آموزان دوره ی دوم متوسطه ی شهر دزفول)" بیان می کنند این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر انگیزه ی تحصیلی دانش آموزان متوسطه (مورد مطالعه: دانش آموزان مقطع دوم متوسطه شهر دزفول) انجام شده که جامعه ی آماری آن ۸۲۸۳ نفر، نمونه ی مورد بررسی ۳۶۷ نفر به شیوه ی نمونه گیری تصادفی طبقه ای متناسب با حجم نمونه انتخاب شد. این پژوهش پیمایشی بوده و برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی سنجش حمایت اجتماعی و انگیزه ی تحصیلی استفاده شده است. نتایج حاکی از آن است بین متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت، محل تولد، نوع مدرسه، رشته ی تحصیلی، وضعیت اشتغال سرپرست خانواده، تحصیلات پدر و مادر، درآمد ماهیانه ی خانواده، وضعیت سکونت) با انگیزه ی تحصیلی پرداخته شده نتایج به دست آمده نشان می دهد که بین متغیرهای جمعیت شناختی سن، پایه ی تحصیلی، رشته ی تحصیلی، وضعیت اشتغال سرپرست خانواده درآمد ماهیانه خانواده، تحصیلات پدر و مادر و وضعیت سکونت با انگیزه ی تحصیلی رابطه ی مثبت و معناداری مشاهده وجود دارد. ولی بین متغیرهای جمعیت شناختی جنس، محل تولد، نوع مدرسه، با انگیزه ی تحصیلی رابطه ی معناداری وجود نداشته است. نتایج حاصل از رگرسیون نشان می دهد که رابطه ی بین متغیرهای میزان مشارکت اجتماعی، پیوند اجتماعی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی با انگیزه ی تحصیلی معنادار بوده، و در مجموع ۵۵۳٪ از تغییرات مربوط به انگیزه ی تحصیلی را این متغیرها تبیین می کنند.

سیادت و جدیدی (۱۳۹۴)، در مقاله "تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر عزت نفس و ابعاد هویت کودکان کار" بیان می کنند هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر عزت نفس و ابعاد هویت کودکان کار شهرستان گرگان بود؛ به این منظور ۹۶ کودک کار (پسر و دختر) به عنوان جمعیت نمونه از بین ۱۲۵ کودک کار شهرستان گرگان و بر اساس جدول کوهن با روش نمونه گیری هدفمند در دسترس انتخاب شد، سپس تعداد ۵۰ نفر از کودکان کار که بر اساس مقیاس مهارت اجتماعی متسون، پرسش نامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسش نامه ابعاد هویت چیک نمره پایینی کسب نموده بودند به صورت کاملا تصادفی انتخاب و با استفاده از طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شد. در ادامه کودکان گروه آزمایشی، در ۱۲ جلسه یک ساعته در دوره آموزش مهارت های اجتماعی شرکت داده شدند. پس از برگزاری

برنامه مداخله ای، دو گروه آزمایشی و کنترل با یکدیگر مقایسه شدند. یافته ها نشان می دهد برنامه مداخله ای، اثر معناداری بر بهبود عزت نفس و ابعاد هویت کودکان کار در گروه آزمایشی دارد.

دادکان و همکاران (۱۳۹۴)، در مقاله "رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان ابتدایی" بیان می کنند هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان ابتدایی شهر خاشبود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد. بدین منظور با روش تصادفی طبقه ای ۱۸۱ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و با پرسشنامه های حمایت اجتماعی ادراک شده زمیت و همکاران (۱۹۸۸) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۸) ارزیابی شدند. برای توصیف داده ها از میانگین وانحراف معیار و برای تحلیل داده ها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، t تک نمونه ای و t مستقل استفاده شده است. یافته های پژوهش حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان رابطه معنی داری وجود دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه های آن بالاتر از حد متوسط می باشد. کیفیت زندگی و مؤلفه های آن بالاتر از حد متوسط می باشد. بین معلمان مرد وزن ابتدایی در مؤلفه حمایت دیگران؛ کیفیت زندگی و مؤلفه های جسمی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی تفاوت معنی داری وجود دارد.

خانیکی و معتمدی (۱۳۹۶)، در مقاله "تاثیر مشاوره ی گروهی «راه حل محور» بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کودکان کار" بیان می کنند زمینه و هدف: در حال حاضر، پدیده ی کودکان کار و خیابانی یکی از معضلات گریبان گیر بیشتر شهرهای بزرگ در جهان معاصر است؛ بنابراین هدف این پژوهش، ارزیابی اثربخشی مشاوره ی گروهی راه حل محور بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کودکان کار بود. روش: روش پژوهش، آزمایشی از نوع طرح پس آزمون با گروه گواه بود و جامعه ی آماری، کودکان حاضر در کانون فرهنگی حمایتی کودکان کار کوشا شهر تهران طی سال ۱۳۹۳ بود. نمونه ی پژوهش، ۳۰ کودک کار حاضر در آن کانون بودند که به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه با حجم برابر (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای سنجش، شامل پرسشنامه ی خودکارآمدی عمومی (شرر، ۱۹۸۲) و پرسشنامه ی حمایت اجتماعی (فیلیپس، ۱۹۸۶) بود. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای در مشاوره ی گروهی راه حل محور شرکت کردند و گروه گواه هیچگونه مشاوره های دریافت نکردند. به منظور بررسی اثربخشی مشاوره ی گروهی راه حل محور بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کودکان کار از آزمون t مستقل و نیز مجذور اتا استفاده شده است. یافته ها: نتایج نشان داده پس از اجرای جلسات مشاوره ی گروهی راه حل محور، خودکارآمدی در آزمودنیهای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش معناداری پیدا کرده است، درحالیکه در میزان متغیر حمایت اجتماعی، تفاوت مشاهده شده معنادار نبود ($p = 0.05$) نتیجه گیری: مشاوره ی گروهی راه حل محور، سطح خودکارآمدی کودکان کار را در این مطالعه افزایش داد اما تاثیر معناداری در متغیر حمایت اجتماعی، ایجاد نکرد؛ بنابراین بهتر است برای تقویت متغیر حمایت اجتماعی در کودکان کار، بر تعداد جلسات مشاوره افزوده و یا رویکردهای درمانی دیگر مورد آزمایش قرار گیرد.

بردیبه و بردبار (۱۳۹۸)، در مقاله "مقایسه حمایت اجتماعی، فرسودگی تحصیلی و رضایت از زندگی کودکان کار و عادی" بیان می کنند پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی، فرسودگی تحصیلی و رضایت از زندگی کودکان کار و عادی انجام شد. طرح پژوهش از نوع پژوهش های علی مقایسه ای، جامعه آماری دربرگیرنده کلیه کودکان کار و عادی شهر شیراز و نمونه پژوهش شامل ۵۰ از کودکان کار و ۵۰ نفر از کودکان عادی شهر شیراز بود که کودکان کار به روش هدفمند و از سطح خیابان های شیراز و کودکان عادی به روش در دسترس از مناطق مختلف شهر و پارک ها انتخاب شدند و از لحاظ سن و جنسیت همتاسازی شدند. ابزار اندازه گیری پژوهش، پرسشنامه حمایت اجتماعی، پرسشنامه فرسودگی تحصیلی و مقیاس رضایت از زندگی پروفوسور ادینر بود. آزمون فرضیه ها در سطح استنباطی با استفاده از آزمون های تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد. نتایج نشان

داد بین هر سه بعد حمایت اجتماعی و هر سه بعد فرسودگی تحصیلی و رضایت از زندگی دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و ابعاد حمایت اجتماعی در گروه کودکان عادی بیشتر از گروه کودکان کار و ابعاد فرسودگی در گروه کودکان عادی کمتر از گروه کودکان کار می باشد و گروه کودکان عادی نمرات بالاتری را در رضایت از زندگی کسب کردند.

خوب بخت و نیک نامی (۱۳۹۸)، در مقاله "نقد و بررسی سیاست ها و راه کارهای ارائه شده برای حمایت از کودکان کار و خیابان" بیان می کنند مشکل کودکان کار و خیابان یکی از عمده ترین مسایل مربوط به کودکان در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته است. بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون کودک خیابانی در جهان وجود دارد. برآورد درستی از تعداد این کودکان نمی توان ارائه داد، زیرا نه تعریف دقیقی از این مساله در دست است و نه دولت ها به شکل شفافیت و وسعت این پدیده را در کشور خود بیان می کنند. عوامل مختلفی در بروز این پدیده نقش دارد، از جمله سیاست های متفاوت و آسیب زای مسوولین و عوامل اجتماعی و خانوادگی. متاسفانه ناهمگونی قوانین در کشور و عدم رعایت قوانین موجود و نبود ضمانت اجرایی کافی در برخورد با متخلفین و عدم آگاهی خانواده ها از حقوق کودکان به این مشکلات دامن زده است که ضرورت مقابله با این پدیده را بیش از پیش نمایان می سازد. مقاله حاضر درصدد است بعد از نقد سیاست ها و بررسی مشکلات این کودکان به ارائه راه کارهایی جهت بهبود اوضاع کودکان مبادرت نماید.

خداخواه (۱۳۹۸)، در مقاله "حمایت اجتماعی از کودکان کار و خیابان" بیان می کنند در طول تاریخ همواره کودک به علت ویژگی های خاص جسمی و روحی در معرض سوءاستفاده های مختلف قرار گرفته است. وضعیت خاص کودکان خیابانی سبب شده تا آن ها هم در جامعه هم در محیط خانوادگی، در معرض انواع سوءاستفاده ها و آسیب ها قرار بگیرند و به انبوهی از حمایت ها از جمله حمایت قانونی نیازمند باشند. این پدیده کودکان خیابانی و کار، یکی از معضلات گریبان گیر اکثر شهرهای بزرگ در جهان معاصر است. کودکان کار به دلیل شرایط خاص زندگی خود مجبور به کار کردن هستند و همین امر منجر به ایجاد تغییرات مثبت و منفی در خودپنداری آن ها نسبت به سایر همسالان خود شده است. مساله رفع فقر و کودکان و حل مشکلات بچه های خیابانی موضوعی است که حقیقتاً تنها با همکاری بین المللی دولت ها، سازمان های بین المللی دولتی و سازمان های غیر دولتی بین المللی همچون عفو بین المللی و دیده بان حقوق بشر و همکاری مشترک و تنگاتنگ با فعالان حقوق کودک حل و فصل خواهد شد. وضعیت اجتماعی این کودکان بسیار نامطلوب است و بچه های خیابانی بیشتر از کودکان دیگر در معرض تجاوزهای جنسی و بیماری هایی همچون ایدز، خشونت های جنسی و در صورت دختر بودن حاملگی اجباری قرار خواهند گرفت.

مطالعات خارجی

جانان دمیر و همکاران (۲۰۱۳)، در مقاله "رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی" بیان می کنند. هدف توصیف سطح حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و بررسی رابطه آن ها با حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی. این مطالعه مقطعی در بخش های سرپایی قلب و عروق دو بیمارستان دانشگاهی در ازمیر، ترکیه، بین ژانویه و سپتامبر ۲۰۱۰ انجام شد. با استفاده از نمونه گیری آسان، این مطالعه شامل ۱۵۰ بیمار بود که در مقیاس ۱۲ بعدی چند بعدی ارزیابی شدند. پشتیبانی اجتماعی و مقیاس اختلال عملکرد بطن چپ ۳۶ نقطه ای. داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۵ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان می دهد که میانگین نمرات کل برای هر متغیر به شرح زیر است: حمایت اجتماعی درک شده (۴/۳۴+۱۷/۵۷/۱۷)، حمایت اجتماعی درک شده از خانواده (۲۴/۲۵/۶/۱۷)، حمایت اجتماعی درک شده از دوستان (۷۵/۸/۸/۱۶) و حمایت اجتماعی درک شده از دیگران (۱۳،۳۳) +/- (۷،۸۱). میانگین نمره کیفیت زندگی ۶۹/۲۵ +/- ۲۳/۱۲ بود. بین نمرات دو مقیاس مورد استفاده در مطالعه همبستگی متوسط

و منفی وجود داشت. کیفیت زندگی بیماران با افزایش حمایت اجتماعی بهبود می یابد. تعیین و بهبود حمایت های خانوادگی و اجتماعی دیگر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باید یک قسمت اساسی از عملکرد پرستاری باشد.

واحدی و همکاران (۲۰۱۷)، در مقاله "رابطه حمایت اجتماعی خانواده و کیفیت زندگی در بیماران مریضی دیابتی" بیان می کنند کیفیت زندگی بیماران دیابتی همیشه تحت تأثیر مشکلات روانی - اجتماعی، اختلالات جسمی و تغییرات سبک زندگی است. به نظر می رسد حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران دخالت کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی خانواده و کیفیت زندگی بیماران مونث مبتلا به دیابت انجام شد. این یک مطالعه مقطعی بود. جامعه آماری شامل ۱۷۳ زن دیابتی بود که به طور تصادفی از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت کرمانشاه انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه -۳۶) و همچنین مقیاس حمایت اجتماعی درک شده جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی داری وجود دارد. بعلاوه، در مورد مولفه های کیفیت زندگی، بین حمایت اجتماعی خانواده و عملکرد بدنی، محدودیت جسمی، خستگی، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی بیماران رابطه معنی داری وجود دارد. با این حال، هیچ رابطه معنی داری بین حمایت خانواده و محدودیت بیماران یافت نشد. نتایج نشان داد که بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی در زنان دیابتی رابطه مستقیمی وجود دارد. از این رو می توان نتیجه گرفت که حمایت خانواده از بیماران دیابتی زن می تواند کیفیت زندگی آن ها را افزایش دهد.

صبحی محمود و همکاران (۲۰۱۷)، در مقاله "رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران روانی" بیان می کنند هدف این مطالعه به منظور بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران روانی انجام شد. موضوع و روش: یک طرح تحقیق توصیفی همبستگی برای مطالعه حاضر استفاده شده است. افراد مورد مطالعه یک نمونه از ۱۱۵ بیمار از پنج واحد بستری روانپزشکی و یک کلینیک سرپایی بیمارستان بهداشت روان پورت سعید بودند. از سه برنامه مصاحبه ساخت یافته برای جمع آوری اطلاعات لازم استفاده شد. ابزار: I مقیاس کیفیت زندگی WHO (نسخه Bref)، ابزار: II مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، علاوه بر پرسشنامه داده های جمعیت شناختی اجتماعی و بالینی. یافته ها: این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از بیماران روانپزشکی **QOL** پایین و دو سوم آن ها حمایت اجتماعی پایین گزارش کرده اند. علاوه بر این، از نظر آماری همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی وجود داشت. مشاهده شد که شروع بیماری، شروع درمان و بستری قبلی به طور قابل توجهی بر سطح حمایت اجتماعی تأثیر می گذارد. در حالی که، سن، درآمد، وضعیت شغلی، تشخیص و شروع بیماری به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارد. می توان نتیجه گرفت که اکثر بیماران روانپزشکی دارای حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی پایین هستند. بعلاوه، بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد؛ بنابراین، حمایت اجتماعی به دلیل نقش مهمی که در افزایش کیفیت زندگی بیماران دارد، باید یک بخش اساسی در درمان روانپزشکی باشد. این مطالعه توصیه می کند، افزایش آگاهی تیم بهداشت روان در مورد اهمیت برخورد کلی با بیماران روانی با توجه به جنبه های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی وی.

هامنو و همکاران (۲۰۱۸) در مقاله «کار کودک در غنا: پیامدهای آموزش و بهداشت کودکان» بیان میدارند که در این مطالعه بر اساس نظریه سیستم های محیط زیست برونفن برنر، به این مطالعه که شامل تجربیات کار کودکان در غنا میباشد، پرداخته اند. با استفاده از یک رویکرد تحقیق کیفی، مصاحبه عمیق با ۲۵ شرکت کننده انجام شد که به طور هدفمند انتخاب شدند. داده های جمع آوری شده به صورت تئوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و یافته ها نشان داد که دلایل اینکه کودکان درگیر کار کودکان هستند، فقر، فقدان والدین و اجرای ضعیف قوانین کار و تحصیلات فرزند است. یافته های بیشتر نشان داد که

مشارکت کودکان در فروش در بزرگراه می‌تواند بر سلامت و آموزش آن‌ها تأثیر منفی داشته باشد. بر اساس یافته‌ها، توصیه می‌شود که اجرای قوانین کار و تحصیلات کار کودکان به منظور مقابله با این تهدید موثر می‌باشد.

هورن و همکاران (۲۰۲۰)، در مقاله "روابط بین استرس اقتصادی، حمایت اجتماعی، سن و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به زخم های مزمن: یک مدل میانجیگری تعدیل‌شده" بیان می‌کنند استرس اقتصادی با کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه منفی داشت. تأثیر غیر مستقیم فشار اقتصادی بر کیفیت زندگی از طریق حمایت اجتماعی منفی بود. علاوه بر این، سن رابطه بین فشار اقتصادی و کیفیت زندگی و همچنین رابطه بین فشار اقتصادی و حمایت اجتماعی را تعدیل کرد. کاهش استرس اقتصادی و بهبود حمایت اجتماعی از استراتژی‌های مهم برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران با زخم های مزمن، به ویژه برای بیماران جوان است. بیماران مبتلا به زخم های مزمن استرس اقتصادی قابل توجهی را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی را به شدت مختل می‌کنند. با این حال، اطلاعات کمی در مورد مکانیسم های درونی این رابطه در دست است. این مطالعه بر اهمیت ارائه حمایت اجتماعی در مقابله با آسیب هایی که استرس اقتصادی به سلامتی وارد می‌کند، تأکید کرد. پرستاران بالینی باید ارزیابی جامع از وضعیت اقتصادی - اجتماعی بیماران را تقویت کرده و برنامه های پرستاری را به موقع تنظیم کنند تا بار اقتصادی بیماران را بر اساس استفاده منطقی از مواد مراقبت از زخم کاهش دهند. علاوه بر این، هنگام پرستاری از بیماران مبتلا به زخم های مزمن، به ویژه افراد مسن، مراقبان باید ارزیابی حمایت اجتماعی را تقویت کنند و مداخلات را برای بهبود حمایت اجتماعی توسعه دهند.

یونگ می و همکاران (۲۰۲۰)، در مقاله "نقش تعدیل حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در ماهیگیران چینی" بیان می‌کنند نشان داده شده است که حمایت اجتماعی ادراک شده (PSS) با کیفیت زندگی خود گزارش شده (GOL) و همچنین با استراتژی تنظیم هیجان رابطه مثبت دارد. در مطالعه حاضر، ما یک شاخص کیفیت زندگی بین ماهیگیران چینی (N=۵۰۷) و روستاییان محلی (N=۱۹۲) مقایسه کردیم و بررسی کردیم که آیا PSS رابطه بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی را در نمونه ماهیگیران اقیانوس پیما چین تعدیل می‌کند. مشخص شد که کیفیت ماهیگیران نسبت به روستاییان محلی فقیرتر است. مدل سازی معادلات ساختاری (SEM) تأیید کرد که ارزیابی شناختی تنظیم هیجان تأثیر پیش‌بینی کننده مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، در حالی که سرکوب بیان تنظیم هیجان تأثیر پیش‌بینی منفی بر کیفیت زندگی دارد. با استفاده از معادلات ساختاری تعدیل‌شده نهفته (LME)، ما همچنین تأیید کردیم که PSS رابطه بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی را تعدیل می‌کند. تجزیه و تحلیل شیب ساده نشان داد که تنظیم عاطفی می‌تواند کیفیت زندگی را در یک زمینه PSS بالا پیش‌بینی کند اما در یک زمینه PSS پایین نمی‌تواند.

فرضیه های تحقیق

الف) فرضیه کلی

- بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا رابطه معناداری وجود دارد.

ب) فرضیه های فرعی

- بین حمایت ابزاری و کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا رابطه معناداری وجود دارد.
- بین حمایت مشورتی و کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا رابطه معناداری وجود دارد.
- بین حمایت مالی و کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا رابطه معناداری وجود دارد.
- بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی کودکان کار در دوران شیوع کرونا رابطه معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش، از روش پیمایش استفاده شده است. پیمایش، روشی است که برای جمع‌آوری داده‌ها که در آن محقق نمونه‌ای از جمعیت را انتخاب می‌کند و پرسشنامه‌ای استاندارد شده در اختیار آنان قرار می‌دهد تا به آن پاسخ دهند و این پاسخ‌ها مجموعه‌ای اطلاعاتی را به دست می‌دهد تا محقق آن‌ها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. تحقیق پیمایشی احتمالاً بهترین روش موجود برای آن دسته از پژوهندگان اجتماعی است که علاقه‌مند به جمع‌آوری داده‌های اصلی برای توصیف جمعیت‌های بسیار بزرگی هستند که نمی‌توان آن را مشاهده کرد.

ابزار گردآوری داده‌ها و اطلاعات

علاوه بر مطالعات کتابخانه‌ای به منظور جمع‌آوری اطلاعات در مورد پیشینه تحقیق، برای گردآوری اطلاعات پیمایشی، از پرسشنامه استفاده شده است. نوع سؤالات پرسشنامه، ترکیبی از سؤالات محقق ساخته و دگرساخته است که این مجموعه به صورت سؤالات بسته و باز می‌باشد. در پژوهش حاضر، برای سنجش متغیرها، جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم و بررسی فرضیه‌ها از پرسشنامه کتبی استفاده شده است.

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار می‌گیرند. ابتدا در قالب آمار توصیفی، داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از آماره‌های فراوانی، درصد، میانگین، واریانس، انحراف معیار، تشریح خواهند شد. در سطح آمار استنباطی نیز با توجه به سطوح مختلف متغیرها (اسمی-رتبه‌ای-فاصله‌ای) از روش‌های آماری مناسب آن‌ها استفاده خواهد شد. در این سطح، داده‌ها به صورت دو متغیره و چند متغیره تجزیه و تحلیل می‌شوند. متناسب با سطح سنجش متغیرها از آزمون‌های استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، تحلیل رگرسیون دو متغیره و چند متغیره، آزمون f) استفاده شده است.

آزمون فرضیه‌ها

بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی، عاطفی، مالی، مشورتی و ابزاری از دید افراد تحت مطالعه

نتایج مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ضریب همبستگی مثبت معنادار با ضریب $0/741$ با $P\text{-val ue}$ برابر $0/0001$ وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی و حمایت مشورتی ضریب $0/842$ با $P\text{-val ue}$ برابر $0/0001$ و نیز بین کیفیت زندگی و حمایت ابزاری، حمایت عاطفی و حمایت مالی نیز همبستگی مثبت معنادار با ضریب همبستگی $0/789$ ، $0/629$ و $0/632$ و $P\text{-val ue}$ برابر $0/0001$ وجود دارد.

جدول ۱. همبستگی بین کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی، عاطفی، مالی، مشورتی و ابزاری از دید افراد تحت مطالعه

حمایت اجتماعی		حمایت مشورتی		حمایت ابزاری		حمایت عاطفی		حمایت مالی	
P- val ue	ضریب همبستگی	P- val ue	ضریب همبستگی	P- val ue	ضریب همبستگی	P- val ue	ضریب همبستگی	P- val ue	ضریب همبستگی
	پیرسون		پیرسون		پیرسون		پیرسون		پیرسون

کیفیت زندگی	۷۴۱/۰	۰۰۰۱/۰	۸۴۲/۰	۰۰۰۱/۰	۷۸۹/۰	۰۰۰۱/۰	۶۲۹/۰	۰۰۰۱/۰	۶۳۲/۰	۰۰۰۱/۰
-------------	-------	--------	-------	--------	-------	--------	-------	--------	-------	--------

در بررسی ارتباط بین مولفه های مذکور، از مدل های رگرسیونی نیز استفاده شده است. در مدل اول، با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته، نتایج زیر حاصل شده است. همانگونه که پیداست،

جدول ۲. ویژگی های مدل رگرسیونی ۱ با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی، عاطفی، مالی، مشورتی و ابزاری به عنوان پیش‌بینی کننده

مدل	R	R مربع	R مربع تعدیل شده	SE برآوردها
۱	۷۴۱/۰	۵۵۰/۰	۵۴۷/۰	۳۴۴۶۶/۰

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مدل رگرسیونی

Sum of Squares	مقدار F	Si g
۲۸/۷۰۰	۲۴۱/۶	۰/۰۰۰
۲۳/۵۲۰		
۵۲/۲۲۰		
تغییرات کل (Total)		

جدول ۴. مدل رگرسیونی ۱ با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی به عنوان پیش‌بینی کننده

مدل ۱	B	SE	Beta	T	p-value
مقدار ثابت	۴۵۰/۲	۰۹۲/۰		۵۹۸/۲۶	۰۰۰۱/۰
حمایت اجتماعی	۳۶۵/۰	۰۲۳/۰	۷۴۱/۰	۵۴/۱۵	۰۰۰۱/۰

در جدول ۲، مقدار ضریب همبستگی چندگانه (R) بین متغیرهای مستقل مورد بررسی با متغیر وابسته ۰/۷۴۱ می باشد که نشان دهنده همبستگی نسبتاً خوبی بین متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش است. همچنین با توجه به مقدار ضریب (R²) می توان گفت ۵۵۰/۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل تحقیق، تبیین می شود.

در جدول ۳، با توجه به مقدار F (۲۴۱/۶) و $Si\ g < 0/05$ ، نتیجه می گیریم که مدل رگرسیونی مناسب خواهد بود؛ زیرا بیشتر تغییرات متغیر وابسته در این مدل دیده شده است. به این معنی که سهم مدل (Regression) در تغییرات کل که در سطر آخر (Total) ستون (Sum of Squares) دیده می شود، به نسبت سهم خطا یا باقی مانده ها (Residual) بسیار بیشتر است.

از سوی دیگر با توجه به اینکه سطح معنی داری جدول خلاصه مدل رگرسیونی برای همه متغیرمستقل کمتر از ۵ درصد است، لذا می توان نتیجه گرفت که الگوی رگرسیونی این پژوهش، الگوی خوبی است و متغیرمستقل قادر است، تغییرات مربوط به متغیر وابسته را پیش بینی کند. همچنین مقدار بتای ارائه شده در این جدول نشان می دهد که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مستقل، به مقدار بتای آن متغیر، بر متغیر وابسته افزوده می شود. بر اساس نتایج جدول فوق می توان گفت متغیر پیش گوی خوبی برای متغیر کیفیت زندگی به شمار می رود که مقدار بتای آن نیز برابر با ۰/۷۴۱ می باشد.

جدول ۵. ویژگی های مدل رگرسیونی دوم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی و حمایت مشورتی به عنوان پیش بینی کننده

مدل	R	R مربع	R مربع تعدیل شده	SE برآوردها
۲	۷۵۹/۰	۵۷۵/۰	۵۷۱/۰	۳۳۵۴۵/۰

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مدل رگرسیونی ۲

Sum of Squares	مقدار F	Sig
۳۰/۰۵	۱۳۳/۵۳	۰/۰۰۰
۲۲/۱۶۸		
۵۲/۲۲۰		
تغییرات کل (Total)		

جدول ۷. ویژگی های مدل رگرسیونی دوم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی و حمایت مشورتی به عنوان پیش بینی کننده

مدل ۱	B	SE	Beta	T	p-value
مقدار ثابت	۴۳۹/۲	۰۹۰/۰		۱۹۴/۲۷	۰۰۴/۰
حمایت اجتماعی	۲۴۱/۰	۰۴۲/۰	۴۹۱/۰	۷۰۷/۵	۰۰۰۱/۰
حمایت مشورتی	۱۲۹/۰	۰۳۷/۰	۲۹۸/۰	۴۶۷/۳	۰۰۱/۰

در جدول ۵، مقدار ضریب همبستگی چندگانه (R) بین متغیرهای مستقل مورد بررسی با متغیر وابسته ۰/۷۵۹ می باشد که نشان دهنده همبستگی نسبتاً خوبی بین متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش است. همچنین با توجه به مقدار ضریب (R^۲) می توان گفت ۰/۵۷۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل تحقیق، تبیین می شود.

در جدول ۶، با توجه به مقدار $F (۱۳۳/۵۳)$ و $si g < ۰/۰۵$ ، نتیجه می‌گیریم که مدل رگرسیونی مناسب خواهد بود؛ زیرا بیشتر تغییرات متغیر وابسته در این مدل دیده شده است. به این معنی که سهم مدل (Regression) در تغییرات کل که در سطر آخر (Total) ستون (Sum of Squares) دیده می‌شود، به نسبت سهم خطا یا باقی‌مانده‌ها (Residual) بسیار بیشتر است.

از سوی دیگر با توجه به اینکه سطح معنی داری جدول خلاصه مدل رگرسیونی برای همه متغیرمستقل کمتر از ۵ درصد است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که الگوی رگرسیونی این پژوهش، الگوی خوبی است و متغیرمستقل قادر است، تغییرات مربوط به متغیر وابسته را پیش‌بینی کند. همچنین مقدار بتای ارائه شده در این جدول نشان می‌دهد که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مستقل، به مقدار بتای آن متغیر، بر متغیر وابسته افزوده می‌شود. بر اساس نتایج جدول فوق می‌توان گفت متغیر پیش‌گویی حمایت اجتماعی بهترین متغیر برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی به شمار می‌رود که مقدار بتای آن نیز برابر با ۰/۴۹۱ می‌باشد.

جدول ۸. ویژگی‌های مدل رگرسیونی سوم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی، حمایت مشورتی و حمایت ابزاری به عنوان

پیش‌بینی کننده

مدل	R	R مربع	R مربع تعدیل شده	SE برآوردها
۳	۷۷۳/۰	۵۹۷/۰	۵۹۱/۰	۳۲۷۵۸/۰

جدول ۹. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مدل رگرسیونی ۳

Sum of Squares	مقدار F	Si g
۳۱/۱۸۸	۹۶/۸۰۰	۰/۰۰۰
۲۱/۰۳		
۵۲/۲۲۰		

رگرسیون
باقی‌مانده‌ها (خطا)
تغییرات کل (Total)

جدول ۱۰. ویژگی‌های مدل رگرسیونی سوم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی، حمایت مشورتی و حمایت ابزاری به عنوان

پیش‌بینی کننده

مدل ۱	B	SE	Beta	T	p-value
مقدار ثابت	۴۱۲/۲	۰۸۸/۰		۴۲۰/۲۷	۰۰۰۱/۰
حمایت اجتماعی	۲۳۵/۰	۰۴۱/۰	۴۷۸/۰	۶۹۴/۵	۰۰۰۱/۰
حمایت مشورتی	۰۲۵/۰-	۰۶۰/۰	۰۵۷/۰-	۴۱۷/۰-	۶۷۷/۰

حمایت ابزاری	۱۶۹/۰	۰۵۲/۰	۳۹۴/۰	۲۵۳/۳	۰۰۱/۰
--------------	-------	-------	-------	-------	-------

در جدول ۸، مقدار ضریب همبستگی چندگانه (R) بین متغیرهای مستقل مورد بررسی با متغیر وابسته ۰/۷۷۳ می باشد که نشان دهنده همبستگی نسبتاً خوبی بین متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش است. همچنین با توجه به مقدار ضریب (R²) می توان گفت ۵۹۷/۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل تحقیق، تبیین می شود.

در جدول ۹، با توجه به مقدار F (۹۶/۸۰۰) و $si\ g < ۰/۰۵$ ، نتیجه می گیریم که مدل رگرسیونی مناسب خواهد بود؛ زیرا بیشتر تغییرات متغیر وابسته در این مدل دیده شده است. به این معنی که سهم مدل (Regression) در تغییرات کل که در سطر آخر (Total) ستون (Sum of Squares) دیده می شود، به نسبت سهم خطا یا باقی مانده ها (Residual) بسیار بیشتر است.

از سوی دیگر با توجه به اینکه سطح معنی داری جدول خلاصه مدل رگرسیونی برای همه متغیرمستقل به جزء متغیر حمایت مشورتی کمتر از ۰/۰۵ درصد است، لذا می توان نتیجه گرفت که الگوی رگرسیونی این پژوهش، الگوی خوبی است و متغیرهای مستقل قادر است، تغییرات مربوط به متغیر وابسته را پیش بینی کنند. همچنین مقدار بتای ارائه شده در این جدول نشان می دهد که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مستقل، به مقدار بتای آن متغیر، بر متغیر وابسته افزوده می شود. بر اساس نتایج جدول فوق می توان گفت متغیر پیش گوی حمایت اجتماعی بهترین متغیر برای پیش بینی متغیر کیفیت زندگی به شمار می رود که مقدار بتای آن نیز برابر با ۰/۴۹۱ می باشد. بعد از آن متغیر حمایت ابزاری با ضریب بتای ۰/۳۹۴ نیز پیش گوی خوبی برای کیفیت زندگی بوده است.

جدول ۱۱. ویژگی های مدل رگرسیونی چهارم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی، حمایت مشورتی، حمایت ابزاری، حمایت عاطفی و حمایت مالی به عنوان پیش بینی کننده

مدل	R	R مربع	R مربع تعدیل شده	SE برآوردها
۴	۷۷۴/۰	۶۰۰/۰	۵۸۹/۰	۳۲۸۲۳/۰

جدول ۱۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مدل رگرسیونی ۴

مقدار F	Sum of Squares	Si g
۵۸/۱۴۱	۳۱/۳۱۹	۰/۰۰۰
	۲۰/۹۰	
	۵۲/۲۲۰	

رگرسیون
باقی مانده ها (خطا)
تغییرات کل (Total)

جدول ۱۳. ویژگی‌های مدل رگرسیونی چهارم با در نظر گرفتن حمایت اجتماعی، حمایت مشورتی، حمایت عاطفی و حمایت مالی به عنوان پیش‌بینی کننده

مدل ۱	B	SE	Beta	T	p-value
مقدار ثابت	۳۹۳/۲	۱۰۲/۰		۳۵۴/۲۳	۰۰۰۱/۰
حمایت اجتماعی	۲۳۳/۰	۰۴۲/۰	۴۷۴/۰	۶۰۲/۵	۰۰۰۱/۰
حمایت مشورتی	۰۰۲/۰-	۰۶۹/۰	۰۰۵/۰-	۰۳۳/۰-	۹۷۴/۰
حمایت ابزاری	۱۴۳/۰	۰۵۸/۰	۳۳۳/۰	۴۷۸/۲	۰۱۴/۰
حمایت عاطفی	۰۱۸/۰-	۰۳۰/۰	۰۴۲/۰-	۵۸۲/۰-	۵۶۱/۰
حمایت مالی	۰۳۰/۰	۰۳۸/۰	۰۵۷/۰	۷۷۸/۰	۴۳۸/۰

در جدول ۱۱، مقدار ضریب همبستگی چندگانه (R) بین متغیرهای مستقل مورد بررسی با متغیر وابسته ۰/۷۷۴ می باشد که نشان دهنده همبستگی نسبتاً خوبی بین متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش است. همچنین با توجه به مقدار ضریب (R²) می توان گفت ۰/۶۰۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل تحقیق، تبیین می‌شود.

در جدول ۱۲، با توجه به مقدار F (۵۸/۱۴۱) و $sig < ۰/۰۵$ ، نتیجه می‌گیریم که مدل رگرسیونی مناسب خواهد بود؛ زیرا بیشتر تغییرات متغیر وابسته در این مدل دیده شده است. به این معنی که سهم مدل (Regression) در تغییرات کل که در سطر آخر (Total) ستون (Sum of Squares) دیده می‌شود، به نسبت سهم خطا یا باقی‌مانده‌ها (Residual) بسیار بیشتر است.

از سوی دیگر با توجه به جدول خلاصه مدل رگرسیونی نهایی متغیرمستقل حمایت اجتماعی با سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ درصد تنها پیش گوی اصلی متغیر کیفیت زندگی است. همچنین مقدار بتای ارائه شده در این جدول نشان می‌دهد که به ازای افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مستقل، به مقدار بتای آن متغیر، بر متغیر وابسته افزوده می‌شود. بر اساس نتایج جدول فوق می‌توان گفت متغیر پیش گوی حمایت اجتماعی بهترین متغیر برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی به شمار می‌رود که مقدار بتای آن نیز برابر با ۰/۴۷۴ می‌باشد.

تبیین و تحلیل یافته‌ها

در پاسخ به سوالات تحقیق که ارتباط ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی را با کیفیت زندگی کودکان کار می‌سنجید، نتایج تحقیق نشان می‌دهند که بین سن و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه معنادار وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از آن است که بین دیگر سوالات تحقیق یعنی بین جنس، تحصیلات و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه وجود دارد. این یافته تحقیق، با نتایج پژوهش باقری و همکاران (۱۳۹۴)، که در مطالعه خود با هدف بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر انگیزه‌ی تحصیلی دانش‌آموزان، نشان می‌دهند که بین متغیرهای جمعیت شناختی سن، پایه‌ی تحصیلی، جنس، رشته‌ی تحصیلی، وضعیت اشتغال سرپرست خانواده، درآمد ماهیانه خانواده، تحصیلات پدر و مادر و وضعیت سکونت با انگیزه‌ی تحصیلی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. ولی بین متغیرهای جمعیت شناختی محل تولد، نوع مدرسه، با انگیزه‌ی تحصیلی رابطه‌ی معناداری وجود نداشته است. همچنین

یافته‌های تحقیق، هاینونن، ارو، التو و انتلا^{۱۰} (۲۰۰۴) که ادراک از کیفیت زندگی، ابعاد بهزیستی و رضایت فردی با پیشرفت در زندگی و شرایط اقتصادی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی را بررسی نمودند. ضرایب همبستگی و مدل‌های سلسله مراتبی رگرسیون نشان داد که بهزیستی جسمی، اجتماعی، همچنین عوامل جمعیت شناختی اجتماعی و رضایت از پیشرفت در زندگی عوامل مهمی از ادراک از کیفیت زندگی در مردان و زنان می‌باشند. این نتیجه را می‌توان با نظریه فرانس تبیین نمود، فرانس در مدل ادراکی خود برای کیفیت زندگی چهار عامل اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و وضعیت جسمانی را موثر می‌داند. این چهار متغیر اصلی می‌تواند مستقلاً یا توأم با هم بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشند.

در بررسی فرضیه اول مبنی بر اینکه، بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش به لحاظ تجربی مطابق با نتایج پژوهش دادکان و همکاران (۱۳۹۴)، که در مطالعه خود نشان دادند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی معلمان رابطه معنی داری وجود دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن بالاتر از حد متوسط می‌باشد. کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن بالاتر از حد متوسط می‌باشد. این نتیجه را می‌توان با نظریه الگوی عمومی حمایت اجتماعی تبیین نمود. طبق این الگو کمبود حمایت اجتماعی و یا فقدان آن به خودی خود فشار آور است، بنابراین حمایت اجتماعی در همه حال، اعم از وقوع حوادث تنش‌زا و غیر آن سودمند است. مطابق این الگو، حمایت اجتماعی به طرق مختلف مقاومت شخصی را افزایش می‌دهد (روو^{۱۱}، ۲۰۱۰). فلمینگ^{۱۲} و باوم^{۱۳} (۱۹۸۶) که از نظریه پردازان این مدل اند معتقدند افراد با حمایت اجتماعی بالا از سلامتی بیشتری بهره می‌برند. در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان حمایت اجتماعی آنان است.

در بررسی فرضیه دوم مبنی بر اینکه، بین حمایت ابزاری و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه معناداری وجود دارد، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بین حمایت ابزاری و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش به لحاظ تجربی مطابق با نتایج پژوهش بردبار (۱۳۹۸)، که در مطالعه خود نشان دادند بین هر سه بعد حمایت اجتماعی و هر سه بعد فرسودگی تحصیلی و رضایت از زندگی دو گروه کودکان کار و کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد و ابعاد حمایت اجتماعی در گروه کودکان عادی بیشتر از گروه کودکان کار و ابعاد فرسودگی در گروه کودکان عادی کمتر از گروه کودکان کار می‌باشد و گروه کودکان عادی نمرات بالاتری را در رضایت از زندگی کسب کردند. همچنین سیادت و جدیدی (۱۳۹۴)، که در مطالعه خود بر روی ۵۰ کودک کار و با ۱۲ جلسه یک ساعته در دوره آموزش مهارت‌های اجتماعی، نشان دادند برنامه مداخله‌ای، اثر معناداری بر بهبود عزت نفس و ابعاد هویت کودکان کار دارد. این نتیجه را می‌توان با نظریه ساراسون تبیین نمود. از نظر ساراسون حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. افراد براساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می‌کنند، به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی گسترده‌تر باشد میزان دسترسی به منابع حمایتی را بیشتر می‌کند و احتمالاً این منابع حمایت اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی را کاهش داده و به مثابه چتر دفاعی در مقابل عوامل استرس‌زای زندگی اجتماعی عمل می‌کند.

در بررسی فرضیه سوم مبنی بر اینکه، بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه معناداری وجود دارد، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بین حمایت عاطفی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش به

¹⁰. Heinonen, Aro, Aalto & Untela

¹¹ Rowe

¹² Fleming

¹³ Baum

لحاظ تجربی مطابق با نتایج پژوهش واحدی و همکاران (۲۰۱۷)، که نشان داد کیفیت زندگی بیماران دیابتی همیشه تحت تأثیر مشکلات روانی - اجتماعی، اختلالات جسمی و تغییرات سبک زندگی است. به نظر می رسد حمایت اجتماعی ادراک شده می تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران دخالت کند. این نتیجه را می توان با نظریه دلبستگی جان بالبی تبیین نمود. نظریه های مبتنی بر دلبستگی جان بالبی، اعضای خانواده و دوستان را منابع اصلی حمایت اجتماعی می دانند. به عقیده بالبی (۱۹۸۸) در طول تاریخ بشری در صورت کمک اطرافیان، انسان ها به بهترین وجه قادر به روبرویی با بحران ها و روبرو شدن با خطرات بوده اند. بدین گونه در طبیعت ما نیاز به دلبستگی های نزدیک استقرار یافته است تا بتوانیم از حمایت خانواده و اطرافیان برخوردار گردیم (شریفی در آمدی، ۱۳۸۱).

در بررسی فرضیه چهارم مبنی بر اینکه، بین حمایت مالی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه معناداری وجود دارد، یافته های پژوهش نشان می دهد بین حمایت مالی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های پژوهش به لحاظ تجربی مطابق با نتایج پژوهش، هورن و همکاران (۲۰۲۰) است، در مقاله "روابط بین استرس اقتصادی، حمایت اجتماعی، سن و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به زخم های مزمن: یک مدل میانجیگری تعدیل شده" بیان می کنند، استرس اقتصادی با کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه منفی داشت. تأثیر غیر مستقیم فشار اقتصادی بر کیفیت زندگی از طریق حمایت اجتماعی منفی بود.

در بررسی فرضیه پنجم مبنی بر اینکه، بین حمایت مشورتی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه معناداری وجود دارد، یافته های پژوهش نشان می دهد بین حمایت مشورتی و کیفیت زندگی کودکان کار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های پژوهش به لحاظ تجربی مطابق با نتایج پژوهش خانیکی و معتمدی (۱۳۹۶)، که در مقاله "تأثیر مشاوره ی گروهی «راه حل محور» بر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کودکان کار" نشان دادند که پس از اجرای جلسات مشاوره ی گروهی راه حل محور، خودکارآمدی در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش معناداری پیدا کرده است، درحالی که در میزان متغیر حمایت اجتماعی، تفاوت مشاهده شده معنادار نبود، بنابراین بهتر است برای تقویت متغیر حمایت اجتماعی در کودکان کار، بر تعداد جلسات مشاوره افزوده و یا رویکردهای درمانی دیگر مورد آزمایش قرار گیرد. این نتیجه را می توان با نظریه تئوری انسجام اجتماعی تبیین نمود. بر اساس تئوری انسجام اجتماعی، درگیری در اجتماعات موجود در جامعه پیامدهای مثبت را به همراه دارد. برعکس، عدم درگیری در این اجتماعات دارای پیامدهای منفی است، ادغام افراد در ساختارهای اجتماعی برای آن ها حمایت اجتماعی را فراهم می کند که در هنگام مواجهه با جریان های فشارزای روانی آن ها را از مصونیت برخوردار می کند، از این رو هرچه جایگیری افراد در ساختارهای اجتماعی - حمایتی بیشتر باشد آن ها بیشتر برخوردار از حمایت های اجتماعی حاصل از جایگیری در آن ها هستند. جایگیری ساختاری که بیانگر میزان انسجام یافتگی است مصونیت افراد را در برابر آسیب پذیری های متفاوت افزایش می دهد.

بحث و نتیجه گیری

گستره مطالعه و سنجش کیفیت زندگی شاید هیچ زمانی به اندازه امروز وسیع نبوده است. روان شناسان و خبرگان علوم اجتماعی هر کدام با دیدگاه خاصی به این موضوع می نگرند (جاجرمی و کلته، ۱۳۸۵: ۵). کیفیت زندگی از اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی در آمریکا به صورت موضوع پژوهشی مطرح شد. ریشه های استفاده از واژه کیفیت زندگی در آثار کلاسیک ارسطو یافت می شود او در آثار کلاسیک خود به خصوص نیکوماخوس از رابطه بین کیفیت زندگی و شادی سخن می گوید؛ اما می بینیم در این زمینه در اواخر قرن بیستم تاکنون پژوهش های مختلف با رویکردهای مختلف انجام شده است. همچنین بیشتر این پژوهش ها در حوزه پزشکی قرار دارند (ربانی خوراسگانی و کیانیپور، ۱۳۸۶: ۶۹). علاقه مندی به بررسی عوامل مؤثر بر خشنودی و رفاه انسان در تاریخ زندگی بشر

پیشینه‌ای طولانی دارد. در واقع اینکه چگونه باید و می‌توان زیست که بهترین منفعت را از زندگی کسب کرد، شاید به قدمت قابلیت آدمی برای اندیشه درباره آینده و عبرت‌گرفتن از گذشته باشد (بهمنی، ۱۳۸۰). برای به سعادت‌رساندن فرد، ابتدا باید ساختار جامعه را به نحوی طراحی کرد که قادر به تولید سعادت برای افرادش باشد. این رویه را سودانگاری همچون بن‌تام و میل نیز پی گرفتند. ایشان اعتقاد داشتند که سعادت در گرو کسب لذت است و هرگاه بیشترین لذت ممکن برای بیشترین افراد ممکن حاصل شود، جامعه و در نتیجه فرد به سعادت می‌رسند (Rawls ۱۹۷۱). بیشتر پژوهشگران حوزه کیفیت زندگی معتقدند اصطلاح «کیفیت» در قالب نمره سنجیده می‌شود؛ اما کلمه «زندگی» به سادگی با معیارهای کمی ارزیابی نمی‌شود. رویکردهای سنتی، کیفیت زندگی را بیشتر با جنبه ذهنی مرتبط دانسته‌اند؛ اما برخی رویکردهای متأخر به شاخص‌های عینی نیز توجه کرده‌اند و جنبه‌های ذهنی مانند آرزوها، انتظارات، نگرش‌ها و احساسات را به تنهایی در تعریف کیفیت زندگی کافی ندانسته‌اند؛ بلکه به شرایط عینی و محیط مؤثر بر زندگی نیز توجه می‌کنند (Skevington et al ۲۰۰۴).

چارچوب اصلی شاخص‌های کیفیت زندگی را مضامین اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و ویژگی‌های فردی شکل می‌دهد؛ اما شاخص‌های حمایت اجتماعی نیز در مطالعات کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارند. حمایت اجتماعی به این مسأله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از هم‌فکری و مساعدت‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و...) بهره‌مند شود و بتواند با آن‌ها احساس نزدیکی کند. در این پژوهش حمایت در برگیرنده کارکردهای حمایتی؛ یعنی شکل‌های متفاوت کمک و یاری است که فرد در صورت داشتن روابط اجتماعی در سطوح خانوادگی، دوستان و جامعه برخوردار شود. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است. جامعه زمینه‌ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد.

هر چند تلاش‌ها باید به سمت و سوی توقف کار اجباری کودکان برود که البته این امر غیر ممکن نیست اما آسان و سهل الوصول هم نمی‌باشید چرا که به یک اتصال و هدف مشترک میان سازمانی‌هایی چون بهزیستی، کمیته امداد، شهرداری و حتی ان‌جی‌اها و تشکل‌های حمایتی مردم نهاد و مجلس نیازمند است و در رأس آن‌ها همان مجلس که برای تدوین قوانین متقن، قابل اجرا و با رویکرد اصلاح در قوانین گذشته مانند قانون مصوب سال ۱۳۸۱ می‌باشد. در متن قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، مسیولیت‌هایی به مراکز مختلف اجتماعی داده شده و در آن راه‌های کمک به کودکان کار ذکر شده است. همچنین در متن این قانون نکاتی در مورد تحلیل مسایل مربوط به آسیب‌های اجتماعی کودکان کار ذکر شده است. دخالت مستقیم دادستان‌ها در این موضوع، یکی دیگر از مواردی است که در قانون حمایت از اطفال و نوجوانان درج شده است. به صورتی که در زمان خطر بودن کودک، دستگاه‌های اجرایی حق مداخله مستقیم در مورد موضوع پیش آمده را دارند.

اینکه سیکل حمایتی از کودکان کار هر چند سال یکبار با قوانین دست و پا شکسته و غیر عملیاتی متوقف می‌شود فقط موجب افزایش بزه، کودک همسری، سرخوردگی‌های غیر قابل جبران، چهره کریه شهری و در نهایت جامعه‌ای بیمار خواهد بود و به نظر می‌رسد تفکر مافیایی نسبت به کودکان کار را باید تقلیل داد که اگر درصدی هم با این ساختار در خیابان‌ها فعالیت می‌کنند و این باور وجود دارد که تحت پوشش کارفرما و قاچاق چیان فعالیت می‌کنند؛ اما شاخص اصلی کودکان شاغل همان پروسه کمک خرج خانواده بودن است و چون اغلب این کودکان خانواده دارند باید چتر حمایتی دولت را برای آن‌ها مطالبه کرد و آن هم با فرهنگ سازی سرعتی به وسیله برنامه سازی در صدا و سیما و رسانه‌ها و پلتفورم‌های مجازی، ورود موضوعات مرتبط با کودکان کار به کتب درسی. تعریف جامعی از شخصیت، نیازمندی، توانمندی، معضلات و تساوی انگار کودک کار با همه کودکان و نوجوانان جامعه و ارائه به صورت قشری محترم در اجتماع می‌تواند در پذیرش منطقی از سوی مردم و جلب حمایت‌های تشکل یافته صورت گیرد.

این تصور که کودکان کار فقط آن دسته از فروشندگان فال، دستمال، آب معدنی و یا اسپند دود کن می‌باشند غلط است چرا که در بستر شهر کودکان دیگری در تعمیرگاه‌ها، قالی‌شویی، کارواش و حتی کشاورزی و دامداری و بنایی مشغول کارند. مسئله در کودکی نکردن و نان آور شدن اجباری این معصومان بی پناه است که آسیب‌های روانی و جسمی غیر قابل جبرانی را در پی دارد.

احراز توان مالی و به دست آوردن پول یکی از اهداف اصلی کودکان کار محسوب می‌شود؛ اما به عنوان اولین و اساسی ترین راهکار، حفظ عزت نفس و کرامت انسانی است که در هر تعاملی باید رعایت شود و کودکان کار را نیز در بر می‌گیرد البته بیشتر. آنجا که هنگام خرید از آن‌ها حتی اگر با اصرار و پافشاری برای فروش از سوی کودک فروشنده مواجه شدیم با سعه صدر و خویشتنداری، ارزشمندی کالای ارائه شده و ابراز نیاز به خرید را در رفتارمان نشان دهیم و دیگر آنکه در مواردی با چانه زدن صمیمانه و بالا و پایین کردن جنس حس موجه بودن فروشنده را به کودک القا کنیم نیز در حفظ غرور و شخصیت کودک فروشنده موثر است.

در تقسیم بندی کودکان کار آنان که خانواده‌دار هستند سرپناه و محل خواب و استراحت آن‌ها فراهم است و دغدغه اسکان ندارند و فقط سامان دهی بهداشتی و درمان، شخصیت پردازی و تحصیل برابر باید برای آن‌ها احراز شود.

اما آن دسته از کودکان شاغل که خانواده ای ندارند، آسیب پذیرترین گروه محسوب می‌شوند که احتمال کودک آزاری، سوء استفاده جنسی، اعتیاد و کودک همسری و روابط پر خطر افزون بر معضلات گروه اول برای آن‌ها متصور است؛ که در بعضی موارد این آسیب‌ها غیر قابل جبران و تسلی پذیر نیست.

شناسای آن دسته از کودکان که همراه با خانواده‌هایشان در خیابان‌ها زندگی می‌کنند و البته بعضا مدارک شناسایی معتبر هم ندارند و بر اثر بلایای طبیعی، حادثه و یا اخراج توسط صاحب خانه به جهت عدم توانایی پرداخت اجاره‌بها ساکن خیابان‌ها شده‌اند. باید در وزارت مسکن و شهرسازی سوبسیدهایی که بخشی از سوی دولت و بخشی پایگاه مردمی تامین می‌شود پس از شناسایی موارد فوق به این وزارت ارجاع داده شوند و با ساخت خانه‌هایی حتی در حاشیه شهرها به صورت شهرکی با امکانات اولیه در اختیار این افراد قرار گیرد و اگر امکان پرداخت بلند مدت مبلغ خرید مسکن وجود داشته باشد به صورت تقسیط بیع ملک اخذ و در غیر این صورت با وقف و به صورت عام المنفعه ملکیت منزل مسکونی به آن‌ها واگذار شود.

به یاد داشته باشیم که همه موارد فوق با هماهنگی نهادهای دولتی و همراهی مردم امکان پذیر است و اگر اصلاح قانون و استفاده از جامعه شناسان در هر یک از سازمان‌های دولتی در دستور کار قرار گیرد سرعت ایجاد فضای امن زندگی نه مرفه مآبانه بلکه وضعیت متوسط اجتماعی این طبقه تامین خواهد شد.

پیشنهادها

پیشنهادهای پژوهشی

با توجه به نتایج حاصل و موارد مطرح شده در خلال پژوهش حاضر، پیشنهادهایی برای سایر پژوهشگران که علاقمند به بررسی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در کودکان کار هستند، مطرح می‌گردد.

در پژوهش‌های آتی در این زمینه به روش‌های گوناگون به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته شود و تنها به ابزار پرسش‌نامه اکتفا نشود.

از آنجا که زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی اجتماعات و شهرهای مختلف با هم متفاوت است، پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در شهرهای دیگر نیز انجام گیرد و یافته‌های آن با تحقیق حاضر مقایسه شود.

تحقیق حاضر بصورت مقطعی و در یک دوره‌ی زمانی انجام شده است. پژوهشگرانی که به بررسی حمایت اجتماعی در کودکان کار علاقمند هستند برای دستیابی به نتایج بهتر و مطمئن‌تر می‌توانند در طول یک دوره زمانی به بررسی این موضوع بپردازند.

پیشنهاد‌های پژوهشی

مشکل کودکان کار و خیابان یکی از عمده ترین مسایل مربوط به کودکان در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته است. بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون کودک خیابانی در جهان وجود دارد. برآورد درستی از تعداد این کودکان نمی توان ارائه داد، زیرا نه تعریف دقیقی از این مساله در دست است و نه دولت ها به شکل شفافیت و وسعت این پدیده را در کشور خود بیان می کنند؛ بنابراین پیشنهاد می گردد که سازمان های مربوطه به ارزیابی آمارها و تعریف دقیق از این پدیده توجه نمایند.

دربخش اقتصادی باید با ورود مستقیم وزارت آموزش و پرورش و همه نهادهای آموزشی در تسهیل شرایط تحصیلی و با افزایش امتیازهای علمی برای این کودکان موجب تشویق و استفاده بهینه از وقت برای تحصیل که بازده آن خروج از فقر فرهنگی و پس زدن جامعه است از سوی دولت به سرعت موافقت شود.

باید نظامی از جریمه و پاداش در رابطه با نهادها و بنگاه ها در باب کار کودک وجود داشته باشد. علاوه بر این باید یک نهاد یا واحد مرکزی در دولت برای مبارزه با پدیده کار کودکان ایجاد شود.

کودکان کار بین ۵ تا ۱۷ سال سن داشته و نه فقط در کشور ما بلکه در کل جهان حضور دارند و باید به کاهش این تعداد اقدام کرد. مراقبت های بهداشتی از جمله واکسن های ضروری، اعمال حق بیمه کار توسط پوششی که از بهزیستی یا وزارت کار باید برای آنها لحاظ شود، دسترسی آسان به دارو و درمان به موقع جهت کنترل بیماری های عفونی که به واسطه خیابان گردی و حضور طولانی مدت در فصول مختلف سال و مکان های آلوده متوجه کودکان کار است.

در دوران شیوع کرونا یونیسف در پاسخ به نیازهای کودکان آسیب پذیر از جمله کودکان کار و خیابان در دوران همه گیری بیماری کرونا و بنا به درخواست وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به توزیع تعدادی ژل ضد عفونی، مایع ضد عفونی و صابون اقدام کرد. این اقدام در میان کودکان و مناطق کم برخوردار توزیع شد که در مناطقی این حمایت ها کودکان افغان را هم در بر گرفت؛ بنابراین اگر در سطح گسترده حمایت های بهداشتی، امنیتی، عاطفی و تغذیه ای از کودکان کار به شکل سازمان دهی شده صورت گیرد، حتی اگر بخشی از سوی مردم و نهادهای حمایت مردمی تامین شود و به صورت تداوم یافته انجام پذیرد، آمار انتشار بیماری های عفونی، سو تغذیه و سواستفادهای عاطفی نیز در اجتماع کودکان کار کاهش می یابد.

در قلمرو عملی، با توجه به رابطه مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در کودکان کار، پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده به موضوعاتی مانند مطالعات مداخله ای بر روی کودکان کار با هدف ارتقای کیفیت زندگی و انجام مطالعات حمایتی بر روی کودکان کار و اندازه گیری اثر حمایت آن ها پرداخته شود.

منابع

۱. احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۸۶). روانشناسی رشد. تهران: پردیس. چاپ ششم.
۲. آبینکی، الهام (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین سبک های یادگیری خودکارآمدی با شیوه های مقابله با فشار روانی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. پایان نامه کارشناسی ارش روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
۳. باباپورخیرالدین، جلیل. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین شیوه های حل مساله، حل تعارض و سلامت روانشناختی در میان دانشجویان. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۴. باقرپور، صغری. (۱۳۸۴). بررسی رابطه الگوهای فرزندپروری با سلامت روانی و موفقیت تحصیلی کارکنان نظامی و غیر نظامی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.
۵. بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۳). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی دانشجویان، دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه تربیت مدرس، ۶۹-۷۱ و فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال هفتم شماره بیست و هفتم. ص، ۱۴۲ - ۱۵۲.
۶. برجعلی، احمد. (۱۳۷۸). رابطه الگوهای فرزندپروری والدین با تحول روانی-اجتماعی فرزندان. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی
۷. برک، لورا، (۲۰۰۷)؛ ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۹۱). روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی). تهران، انتشارات ارسباران
۸. بهزادی پور، ساره؛ سپاه منصور، مژگان؛ کشاورزی ارشد، فرناز؛ فرزاد، ولی؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه (۱۳۹۲). اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای در زنان مبتلا به سرطان پستان. روش ها و مدل های روان شناختی، سال ۳، شماره ۱۲، تابستان ۹۲
۹. بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ علیزاده گورادل، جابر؛ حسینی بادنجان، سید مهدی (۱۳۹۱). پیش بینی آسیب پذیری در برابر استرس بر اساس میزان حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل. فصلنامه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره ۲، شماره ۵، بهار ۹۱
۱۰. پروچسکا، جیمز؛ نورکراس، جان، (۲۰۰۷)؛ ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۹۱). نظریه های روان درمانی. تهران، انتشارات روان
۱۱. چراغی، علی؛ داوری دولت آبادی، الهام؛ صلواتی، محسن؛ مقیم بیگی، عباس (۱۳۹۱). ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلبی. نشریه مرکزی تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۲۵. شماره ۷۵. ۳۱-۲۱.
۱۲. چناری، مهین. (۱۳۷۴). بررسی رابطه بین نگرش والدین و خود پنداری فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
۱۳. حاتملوی سعداآبادی، منیژه و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روشهای مقابله ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره ۲۰. شماره ۵. صص، ۵۹۲ - ۵۸۱.
۱۴. حاجبی، احمد؛ فریدنیا، پیمان (۱۳۸۸). ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر. دو فصلنامه طب جنوب. سال دوازدهم. شماره ۱. صص. ۷۴ - ۶۷.
۱۵. حبیبی، مجتبی؛ قنبری، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم؛ قنبری، پرستو (۱۳۹۲). اثر بخشی مدیریت استرس به روش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. مجله تحقیقات و علوم رفتاری

۱۶. حسن زاده، پرستو؛ علی اکبری، دهکردی؛ خمه، محمد ابراهیم (۱۳۹۱). حمایت های اجتماعی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره ۲، تابستان ۹۱
۱۷. حسینی بادنجان، سیدمهدی؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج (۱۳۹۱). پیش بینی آسیب پذیری زنان سرپرست خانواده در برابر استرس بر اساس میزان حمایت های اجتماعی، راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل. فصلنامه مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۸، شماره ۱، بهار ۹۱
۱۸. حسینی نسب، داوود؛ احمدیان، فاطمه؛ و روانبخش، محمد حسین (۱۳۷۸). بررسی رابطه ی شیوه های فرزندپروری با خودکارآمدی و سلامت روانی دانش آموزان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی. شماره ۹ (۱).
۱۹. حیدرزاده، مهدی؛ قهرمانیان؛ اکرم؛ حقیقت، علی و یوسفی، الناز (۱۳۸۸). ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکنه مغزی. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. دوره ۲۲. شماره ۵۹. صص، ۲۳-۳۲.
۲۰. خدپناهی، محمدکریم. (۱۳۷۶). انگیزش و هیجان. تهران: انتشارات: سمت.
۲۱. خیرآبادی، غلامرضا؛ باقریان، رضا؛ نعمتی، کیانوش؛ دقاقزاده، حامد؛ مرانی، محمدرضا و غلامرضایی، علی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش راهبردهای مقابله ای بر شدت علائم، کیفیت زندگی و علائم روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم رودهی تحریک پذیر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. سال بیست و هشتم. شماره ۱۱۰. ۴۸۳-۴۷۳.
۲۲. دهقانی، عبدالله (۱۳۷۹). مقایسه ی بین شیوه های فرزندپروری و خودتنظیمی تحصیلی و تاثیر آن بر موفقیت تحصیلی در درس فارسی و ریاضی دانش آموزان دختر و پسر دوره ی متوسطه. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.
۲۳. ربیعی، مهدی؛ مولوی، حسین؛ کلانتری؛ مهرداد و عظیمی، حسین (۱۳۸۸). رابطه بین نگرش های ناکارآمد و راهبردهای مقابله ای با سلامت روانی. مجله پژوهش های تربیتی و روان شناختی دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان. صص، ۳۰-۲۱.
۲۴. رحیمی، مهدی (۱۳۸۶). "تاثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر کیفیت زندگی گروهی از دانش آموزان". پایان نامه کارشناسی ارشد بخش روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز.
۲۵. رضاییان، حمید. (۱۳۸۳). بررسی الگوهای علی متغیرهای خانواده (مشکلات روانی، رضامندی زناشویی، شیوه فرزندپروری و ادراک خود در نوجوانان دارای اختلال سلوک). رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تهران.
۲۶. ریاحی، اسماعیل؛ وردی نیا، اکبر علی و پورحسین، زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. مجله علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال دهم. شماره ۲۹.
۲۷. سید میرزایی، سیدمحمد؛ عبدالهی، زهرا؛ کمربگی، خلیل (۱۳۹۰). بررسی رابطه میان عوامل اجتماعی و امنیت اجتماعی زنان سرپرست خانوار (مورد مطالعه: زنان شهر ایلام). فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی.
۲۸. شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ حقانی، سعیده؛ سعادت، معصومه؛ خواجه وند، آرامه (۱۳۹۲). رابطه بین حمایت های اجتماعی خانواده و سبک های مقابله ای در سیر بهبودی بیماران سرطان پستان. فصلنامه بیماری های پستان ایران، سال ۶، شماره ۴.
۲۹. شعبان زاده، افسانه؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ حاتمی، حمیدرضا؛ زهرا کار، کیانوش (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال ۴، شماره ۴.
۳۰. شفیع آبادی، عبدالله؛ غلامحسین قشقایی، فهیمه (۱۳۹۰). اثر بخشی مقایسه مشاوره گروهی واقعیت درمانی و فمینیستی بر هویت زنان سرپرست خانوار. فصلنامه زن در توسعه و سیاست، دوره ۹، شماره ۴.

۳۱. شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۸۰). نظریه های مشاوره و روان درومانی. تهران. مرکز نشر دانشگاهی.
۳۲. شهامت، فاطمه؛ ثابتی، علیرضا؛ رضوانی، سمانه (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک های فرزند پروری و طرح وارده های ناسازگار اولیه. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد دوره ۱۱ شماره ۲.
۳۳. شیخی، محمدتقی (۱۳۷۴). "شاخص های موثر در کیفیت زندگی در استان های کشور" فرهنگ همدان، سال هفتم، شماره ۲۵، ص، ۲۶-۳۵.
۳۴. صادقیان، عفت؛ حیدریان پور، علی (۱۳۸۸). عوامل استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۱۵. شماره ۱.
۳۵. صیاد شیرازی، مریم (۱۳۸۳). رابطه بین سبک های تربیتی والدین و شکل گیری نوع هویت دینی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی.
۳۶. طاهری، ارسطو (۱۳۷۴). بررسی مقایسه میزان اضطراب در نوجوانان با پدران دارای الگوهای رفتاری مختلف. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
۳۷. غضنفری، فیروزه؛ قدم پور، عزت الله (۱۳۸۷). بررسی رابطه ای راهبردهای مقابله ای و سلامت روان در ساکنین شهر خرم آباد. فصل نامه اصول بهداشت روانی. سال دهم. شماره سی و هفتم. صص، ۴۷-۵۴.
۳۸. کلارک، آلیسون؛ کرنلیا برنتانو، استوارت، ۲۰۰۶؛ ترجمه صادقی، سعید؛ ناجی، مجتبی؛ محمدزاده، محمود؛ کریمیان، نفیسه (۱۳۹۲). طلاق علل و پیامدها. اصفهان، انتشارات پیام دانش.
۳۹. گنجی، حمزه (۱۳۸۴). بهداشت روانی، تهران انتشارات ارسباران. چاپ چهارم.
۴۰. ماسن، پاول هنری؛ کیگان، جروم؛ هوسون، آلتا کارون؛ و کانجر، جان جین وی (۱۳۷۷). رشد و شخصیت کودک. ترجمه ی مهشید یاسایی. تهران: نشر مرکز.
۴۱. محمد زاده، جهانشاه؛ خسروی افرا (۱۳۹۱). بررسی رابطه هدف در زندگی، سبک های مقابله ای با بهداشت روانی در میان دانشجویان دانشگاه ایلام. مجله تحقیقات نظام سلامت. شماره ششم. صص، ۹۵۱-۹۵۸.
۴۲. مرادی، اسود (۱۳۸۶). بررسی مقایسه ای رابطه بین فرسودگی شغلی و راهبدهای مقابله ای با استرس در مشاوران زن و مرد مدارس متوسطه و مراکز پیش دانشگاهی شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه شهید بهشتی.
۴۳. مرادی، مرتضی؛ شیخ الاسلامی، راضیه؛ احمدزاده، مژده؛ چراغی، اعظم (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی، نیازهای اساسی روان شناختی و بهزیستی روان شناختی: واری یک مدل علمی در زنان شاغل. فصلنامه روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی، سال ۱۰، شماره ۳۹.
۴۴. مرادی، مرتضی؛ شیخ الاسلامی، راضیه؛ احمدزاده، مژده؛ چراغی، اعظم (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی، نیازهای اساسی روان شناختی و بهزیستی روان شناختی: واری یک مدل علمی در زنان شاغل. فصلنامه روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی، سال ۱۰، شماره ۳۹.
۴۵. معتمدیان، اکبر (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر سبک های مقابله ای دانش آموزان مقطه متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
۴۶. میر کمالی، سید محمد (۱۳۷۳). روابط انسانی در آموزشگاه. چاپ دوم، نشر یسطرون.
۴۷. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قدس.

۴۸. ملک مکان، مراد (۱۳۷۸). بررسی رابطه نگرش مادر نسبت به شیوه‌های فرزندپروری (اقتداری، استبدادی، سهل‌گیر) با یادگیری خود تنظیمی و پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان مقطع سوم راهنمایی آباءه. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
۴۹. مومنی، خدامراد؛ شهبازی راد، افسانه (۱۳۹۱). رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری. دوره ۶، شماره ۲، ۱۰۳-۹۷.
۵۰. نصیری، امین (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش سخت‌رویی به شیوه گروهی بر افزایش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در دانشجویان پر استرس. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
۵۱. همتیان، خدیجه (۱۳۸۵). "بررسی و مقایسه نگرش افراد ناتوان ذهنی و افراد عادی نسبت به کیفیت زندگی و ابعاد آن". پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد بخش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز.
۵۲. یزدانی، فضل‌الله (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین نگرش دینی، سبک‌های مقابله‌ای و شادکامی در دختران و پسران دبیرستان‌های اصفهان. رساله دکتری روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی.

53. Bartley, C., Roesch, S. (2011). Coping with stress: The role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 50
54. Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
55. Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-103. Bartley, C., Roesch, S. (2011). Coping with stress: The role of conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 50
56. Bell, D. (2005). "Quality of life and well-being measuring the benefits of culture and sport literature". review anstainkpirce <http://www.Scotland.Gov.Uk/publications/2002/01/13110743/11>[2006/04/20].
57. Bovier, P., Chamot, E., Perneger, T. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13
58. Brown, E. (1999). "Embracing quality of life in times of spending restraint". *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 299-308.
59. Bukatko, D., & Deahler, M. W. (1992). *Child development*. University of Massachusetts, Houghton.
60. Clarke D, Goosen T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*. vol 46, 460-464.
61. Cohen, S., Wills, T. (1985). Stress, Social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98
62. Costanza, R. Fisher, B., Saleem, A., Caroline, B., Lynne, B., (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, 267 - 276.
63. Coyne, G. (2003). An Investigation of coping skills and Quality of Life Among Single Supporting Mothers. *International Journal of Anthropology*, 18
64. Dennis, R. E., Williams, W., Giangreco, M. F., & Cloninger, C.J. (1993). "Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities". *Exceptional Children*, 59, 499 - 572.
65. Diener, E., & Suh. (1997). *Quality of Life and Quality of Persons: A New Role for Government*. Oxford University Press, pp. 256-293.

66. Erasmus, R. U. (1997). Advances in understanding happiness. *Review Quebecois de Psychological*, 18, 29-79.
67. Felce, D., & Perry, J. (1995). "Quality of life: Its Definition and Measurement". *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74.
68. Galloway, S. (2005). Quality of life and well-being: Measuring the benefits of culture and sport. Centre for Cultural Policy Research. University of Glasgow.
69. Hays, J., & Reeve, B. B. (2008). Measurement and modeling of health related quality of life. *International Encyclopedia in public health*, 20, 241- 252.
70. Heinonen, H., Aro, A. R., Aalto, A.- M. & Untela, A. (2004). "Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status?" *Quality of life Research*, 13 (8). 1347 -1356.
71. Holahan C.K, Moerkbak Marie, Suzuki Rie. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology & Health*. vol 21, 615-631
72. Junger JD. et al. (2002). Health Related Quality of Life in Patients with Congestive Heart Failure: Comparison with other Chronic Disease and Relation of Functional Variable. *Heart J.*; 87(3): 235.
73. Keyes, C. L., & Ryff, C. D. (2000). Subjective change and mental health: A self-concept theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 264-279.
74. King, C. R., Hinds, P. S. (2011). Quality of life: from nursing and patient perspective. Jones and Bartlett publisher.
75. Koot, G. S., & wallander, j. G. (2001). Quality of life in child Adolescent Illness. New York: Brunner – Routledge.
76. Krenk, s., klessinger, N. (2000). Long term effect of avoidant coping on adolescents' depressive symptom. *Journal of youth and adolescents'*. 29, (6). 617-628.
77. Lazarus, r. s., folkman. S (1984). Stress, appraisal and coping. New York.
78. Li, L., Young, D., Wei, H., Zhang, Y., Zheng, Xiao, SH., Wang, X. & Chen, X. (1998). "The relationship between objective life status and subjective life satisfaction with quality of life". *Behavioral Medicine*, 23, 149 - 160.
79. Mindesa Erica J, Ingrama Kathleen M, Kliewera Wendy, Jamesb Cathy A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship between Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social Science & Medicine*. 56, 2165-2180.
80. Nejat, S. (2008). Quality of life and measuring it. *Iranian journal of Epidemiology*, 2, 57-62.
81. Pearlin LI, Schooler C. (1987). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior.*, 19: 2-21. Rathus SA. *Psychology*. (1990). Holt, Rinehart and Winston.
82. Penland Elizabeth A, Mastena William G, Zelharta Paul, Fourneta Glenn P, Callahan Theresa A. (2000). Possible selves, depression and coping skills in university students. *Personality and Individual Differences*. vol 29, 963-969.
83. Pollard, E. L., & Lee, P. D. (2003) 'Child Well-Being: a Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 61, 1, 60.
84. Sigelman, C. K. (1999). *Life Span Human Development*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
85. Smith, A. E. (2000). " Quality of life:" *A review Education & Ageing*, 15, No.3, 419 – 434.

86. Stenner.P.H., Cooper.D., skevington.S.M., (2003). Putting the Q in to quality of life; in identification of subjective construction of health- related quality of life using Q methodology. *socscimed*. 57(11).21. 61-72.
87. Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N. J (2003)."- quality of life - theory I. The IQQL theory: an integrative theory of the global quality of life concept", *The Scientific World Journal*, Vol. 3, pp. 1030-1040.
88. Watson, S. M. R., Keith, k. D. (2002). "Comparing the quality of life school - age children with and without disabilities". *Mental Retardation*, 40, 304 - 372.
89. Weylung-Fur., linduany-Yi., chingshu-Bih., & yinlee-Fei. (2004). Parental rearing style: Premorbid personality mental health and quality of life in chronieregional pain: A causal analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 206-212.
90. WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486–1497.
91. Yalcin, I. (2001). Social support and optimism as predictors of life satisfaction of college student. *International Journal for the Advancement & Counselling*, 33
92. Zimmer, Z., Chen, F. (2011). Social support and change in depression among adult in Taiwan. *Journal of Applied Gerontology*
93. Zinbauer, B. J., & Pargament, K. I. (1998). Spiritual conversion: A study of religious change among college students. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 137, 161-180.