

پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی  
سال هفتم، شماره پیاپی ۲۰، شماره اول، بهار ۱۳۹۷  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۲۶  
صص ۸۱-۹۶

## مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهدار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز

ناصر بهروزی، دانشیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران\*  
فروغ محمدی، کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران  
مرتضی امیدیان، دانشیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه سلامت روان، حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهدار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز و جامعه آماری آن، تمام نوجوانان بزهدار مستقر در کانون اصلاح و تربیت اهواز و تمام نوجوانان دبیرستانی شهر اهواز بوده است. از میان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت، ۴۷ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شده‌اند. برای نمونه‌گیری گروه مقایسه عادی به‌صورت خوشه‌ای مرحله‌ای به ۷۵ نفر از نوجوانان پسر عادی در شهر اهواز در دبیرستان‌های مرحله نخست و دوم و در مناطق محروم شهری مراجعه شده است و از این میان، باتوجه به میزان تحصیلات پدر، درآمد خانواده و تعداد افراد خانواده، ۴۷ نفر از طریق همسان‌سازی با نوجوانان بزهدار انتخاب شده‌اند. ابزارهای این پژوهش، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) پرسش‌نامه حمایت اجتماعی (MOS) پرسش‌نامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و پرسش‌نامه سرزندگی رایان و فردریک بوده‌اند. تحلیل‌ها نیز به روش واریانس چندمتغیره (MANOVA) با نمرات تفاضل اجرا شده‌اند. طبق نتایج حاصل شده، میان نوجوانان عادی و بزهدار در سه متغیر سلامت روان، حمایت اجتماعی و سرزندگی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در باورهای فراشناختی (خرده‌مقیاس نیاز به کنترل افکار) تفاوت معنادار و نمره نوجوانان بزهدار بیشتر بود که این موضوع، نشان‌دهنده اختلال بیشتر در آنان است و باتوجه به احساس ندامت و ترس از حبس، بروز این نگرانی طبیعی به نظر می‌رسد. درباره تفاوت‌نداشتن سایر متغیرها این احتمال وجود دارد که برخی از نوجوانان مقیم کانون اصلاح تربیت، به‌دلیل حادثه‌ای جرم را مرتکب شده باشند؛ اما سیر زندگی بزهداران‌های نداشته باشند. گفتنی است که در برخی پژوهش‌های قبلی هم‌تاسازی وضعیت اجتماعی اقتصادی انجام نشده بود.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سرزندگی، بزهدار.

## مقدمه و بیان مسأله

جرم جوانان پدیده‌ای جهانی محسوب می‌شود؛ اگرچه نوع و میزان آن از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است. نوجوانان، قشر عظیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که در پویایی آینده و تداوم حیات نظام اجتماعی و رشد و توسعه همه‌جانبه آن، به‌طور بسزایی نقش خواهند داشت؛ به همین دلیل، نوجوانان و مسائل مرتبط با آنان، باید از کانونی‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گزاران و پژوهشگران مسائل اجتماعی - باشد و آن گونه که از منابع و اسناد استنباط می‌شود، این نگرانی، دغدغه و توجه به دوران ما اختصاص ندارد: «اگر اجازه دهیم اعمال بی‌سابقه نسل‌های جوان‌تر ما ادامه یابد، تمدن و فرهنگ ما محکوم به نابودی است». این سخن مصلحی اجتماعی یا فرد فرهیخته مذهبی در روزگار ما نیست؛ بلکه گفتاری نوشته شده بر یک لوح باستانی متعلق به ۳۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح در شهر اور، یعنی یکی از مراکز تمدن سومری بوده است. این محل، به گفته تورات، زادگاه ابراهیم نبی است (لاور، ۱۳۷۳ به نقل از دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱: ۹۰). درزمینه بررسی وضعیت جرم در ایران، گفتنی است در کشور، تا پایان سال ۱۳۸۳ حدود ۱۳۰ هزار نفر در کشور زندانی بوده‌اند و هر ۴۷ ثانیه، یک نفر به زندان وارد و یک نفر از زندان خارج می‌شود (معمدی، ۱۳۸۶، به نقل از دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱: ۹۰) بنابراین، پرداختن به «جرم» از زاویه دید تئوری جدید ممکن است به شکل‌گیری اندیشه‌های جدید درباره جرم و سایر آسیب‌های اجتماعی منجر شود.

تلاش برای ابراز وجود، یافتن هویتی مستقل، ناکافی بودن تجارب و محدودیت آگاهی موجب می‌شود تا نوجوان به مشکلات واکنش‌های گوناگونی نشان دهد که یکی از این واکنش‌ها بزهکاری است. بزهکاری به‌صورت پدیده‌ای حقوقی شناخته می‌شود، نه روان‌شناختی و به رفتارهای غیرقانونی‌ای اشاره دارد که رسماً ثبت شده است. بزه، به معنی انجام اعمالی علیه قانون است که این اعمال قادرند ماهیت‌های گوناگونی مانند آسیب به اموال، صدمه به افراد،

لطمه به نظم عمومی یا ارزش‌های حاکم داشته باشند. انجام این اعمال منع قانونی دارد و در دوره سنی کمتر از ۱۸ سال انجام می‌شوند (دریایی فرد، ۱۳۹۰: ۵).

دلایل احتمالی زیادی برای بزهکاری وجود دارد که از جمله آنها می‌شود به مسائل مربوط به علل خانوادگی، ویژگی‌های شخصیتی و شناختی خود فرد بزهکار، انواع نابسامانی‌های اقتصادی و اجتماعی، ویژگی‌های خاص جوامع متمدن از جمله توسعه صنایع، گسترش غیراصولی شهرها، برخورد اقوام گوناگون، سست‌شدن مبانی مذهبی و اخلاقی مهاجرت، دوری از خانواده و نداشتن حمایت اجتماعی اشاره کرد (خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۲۱).

درواقع، عوامل محیطی و باورهای فرد از خود، توانایی‌ها، محدودیت‌ها، عزت نفس، اعتماد به نفس و کنترل افکار و روابط را می‌سازند که اگر برآیند آنها به طرف تضعیف شخصیت نوجوان باشد، سلامت روان و سرزندگی او را به خطر می‌اندازد و او را در معرض اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، انزوا و سایر بحران‌های روحی قرار می‌دهد. این مشکلات نیز فرد را به طرف اعمال بزهکارانه علیه دیگران با هدف انتقام، قدرت‌نمایی یا تخلیه هیجانات منفی سوق می‌دهند. در این پژوهش نیز سعی بر آن است که مشخص شود آیا سلامت روان، حمایت اجتماعی از فرد، باورهای فراشناختی و سرزندگی نوجوانان پسر مقیم کانون اصلاح و تربیت اهواز، با نوجوانان عادی تفاوت دارد یا خیر. به‌عبارت‌دیگر، هدف این پژوهش، بررسی این موضوع است که آیا درزمینه متغیرهای ذکرشده، میان نوجوانان عادی و بزهکار شهر اهواز تفاوتی وجود دارد یا خیر.

## چارچوب نظری پژوهش

بزهکاری نوجوانان، به تخلفات آنها در سنینی مربوط می‌شود که توسط قوانین حدود آن تعیین شده و معمولاً این حد تا ۱۸ سالگی است.

یکی از متغیرهای بررسی شده در افراد بزهکار، سلامت

خدابخشی-کولایی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۲۱). حمایت اجتماعی مفهومی پیچیده و چندبعدی است که به طور گسترده در پژوهش‌های مختلف بررسی شده است. در ابتدا طی سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ مفهوم حمایت اجتماعی با اصطلاحات عینی، محسوس و برای نشان دادن یک تعامل، فرد یا ارتباط به کار برده می‌شد. طی سال‌های بعد، اصطلاحات بیش‌ازپیش انتزاعی شد و انتظارات، ادراکات، کیفیت، کمیت تعاملات حمایتی، ویژگی‌های انتزاعی و غیرمحسوس افراد مثل رفتارها، روابط یا سیستم حمایت نیز را در بر گرفت (Hapsy, 1998). به نقل از مظفری، ۱۳۸۹: ۴۶). به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با تقویت پیوند اجتماعی<sup>۹</sup> و احساس تعلق اجتماعی<sup>۱۰</sup> و کاهش فشارهای روانی قادر است مانند مانعی بر ارتکاب به جرم مؤثر واقع شود (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۵) با این حال، ممکن است به این پرسش توجه شود که در صورت حمایت خانواده و دوستان فرد از اعمال بزهکارانه او آیا این معیار ممکن است روابط بین فردی بزهکار را به خوبی بسنجد.

همچنین، دیگر متغیر مهم و مشاهده شده در افراد مجرم، باورهای فراشناختی<sup>۱۱</sup> آنان است. فراشناخت، گستره‌ای از عوامل مرتبط را توصیف می‌کند و هر نوع دانش یا فرآیند شناختی را در بر می‌گیرد که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناخت نقش دارند. تقسیم فراشناخت به دانش، تجارب و راهبردها، بسیار مفید و راهگشاست (Flavell, 1979; Nelson et al., 1991 & Wells, 1995 in: Wells, 2009). همکاران، ۱۳۹۱: ۱۷۷) و باورهای فراشناختی نیز بخشی از این دانش هستند. اختلال در باورهای فراشناختی فرد، مواردی چون اعتماد شناختی<sup>۱۲</sup>، باورهای مثبت درباره نگرانی<sup>۱۳</sup>، وقوف شناختی<sup>۱۴</sup>، باورهای منفی در زمینه کنترل ناپذیری و خطر افکار<sup>۱۵</sup> و نیاز به کنترل افکار<sup>۱</sup> و نیز عاملی درونی - اما

روان<sup>۱</sup> محسوب می‌شود و این اصطلاح، مفهومی است که در عموم، بیشتر با نبود اختلالات روانی شناخته می‌شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO, 2014) در تعریف از سلامت روان، تأکید می‌کند داشتن سلامت روانی به فقدان اختلالات روانی منحصر نیست؛ بلکه وضعیتی از بهزیستی<sup>۲</sup> و رفاه است که براساس آن، فرد بتواند توانایی‌ها و استعداد خود را محقق سازد و قابلیت سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی روزمره را داشته باشد و با فعالیت‌های سودمند و مفید، در جامعه خود بتواند تأثیر داشته باشد. افرادی که به دلایلی به آشفتگی‌های هیجانی دچار هستند و بهداشت روانی آنها تضعیف شده است، به شیوه‌های متفاوت آشفتگی‌های خود را بروز می‌دهند. این افراد، بیشتر چنین مشکلاتی دارند: افسردگی<sup>۳</sup>، خودپنداره<sup>۴</sup> ضعیف، افت تحصیلی<sup>۵</sup>، طرد اجتماعی<sup>۶</sup> و ناتوانی در برقراری ارتباط با همسالان و پایبند نبودن به قوانین اجتماعی (امینی، ۱۳۸۶: ۱۴۶). این مشخصه‌ها ممکن است از فشارهای اقتصادی، بحران بلوغ، بیماری‌ها، سبک فرزندپروری<sup>۷</sup> نادرست والدین و... ناشی شده باشند (رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۳۶ و شکرپیگی و یاسمی‌نژاد، ۱۳۹۱: ۱۸۷).

باتوجه به تحقیقات گذشته، یکی دیگر از عواملی که در بروز و شیوع اختلالات رفتاری و بزهکاری نوجوانان نقش دارد، نداشتن حمایت اجتماعی<sup>۸</sup> است. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح و توصیه بهداشتی و حمایت عاطفی از طرف دیگران که فرد به آنها علاقه دارد یا برایش ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی او به شمار می‌روند، مانند والدین، بستگان، دوستان، همسر و نیز تماس با نهادهای مذهبی

<sup>9</sup> social links

<sup>10</sup> social belonging

<sup>11</sup> metacognitive beliefs

<sup>12</sup> cognitive confidence

<sup>13</sup> positive beliefs about worry

<sup>14</sup> cognitive self-consciousness

<sup>15</sup> negative beliefs about uncontrollability and danger

<sup>1</sup> mental health

<sup>2</sup> Well-being

<sup>3</sup> depression

<sup>4</sup> self-concept

<sup>5</sup> dropout

<sup>6</sup> social exclusion

<sup>7</sup> parenting style

<sup>8</sup> social support

متأثر از وضعیت محیطی - است که احتمال دارد به اقدام به بزهکاری منجر شود.

در پژوهش‌های اخیر، متغیر جدید مدنظر، سرزندگی است. سرزندگی<sup>۲</sup> - شامل احساس توانایی در انجام امور و داشتن نیرو - نیز ممکن است در این نوجوانان مختل باشد. احساس سرزنده بودن، یکی از تجارب مهم است که در زندگی به دست می‌آید. همچنین، سرزندگی را به صورت انرژی منبعث از خود<sup>۳</sup> می‌دانند. این انرژی از منابع درونی و نه از تهدید اشخاص در محیط، سرچشمه می‌گیرد؛ پس برخلاف شیدایی با تعادل درونی همراه است (Bostic et al., 2000: 313).

#### پیشینه تجربی پژوهش

خان محمدی اطاق‌سرا و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی کشوری سلامت روان را در ایران ارزیابی کرده‌اند. هدف آنها بررسی رابطه بین هوش هیجانی با سلامت روانی در نوجوانان بزهکار و عادی پسر و دختر بوده است و در طی این مطالعه دریافته‌اند که نوجوانان بزهکار، در پرسش‌نامه GHQ نمرات بیشتری در ابعاد بیماری‌های روانی کسب کرده‌اند. از آن گذشته، شکرپیگی و یاسمی‌نژاد (۱۳۹۱) در ضمن مقایسه سبک‌های فرزندپروری خانواده، عزت نفس و سلامت عمومی نوجوانان پسر بزهکار و عادی کرمانشاه، با استفاده از پرسش‌نامه GHQ نشان داده‌اند که سلامت عمومی نوجوانان بزهکار، به طور معناداری متفاوت و کمتر است. همچنین، نظرزاده (۱۳۹۰) در ضمن مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان نوجوانان بزهکار و عادی در شهر خرم‌آباد، با استفاده از پرسش‌نامه GHQ دریافته است که بزهکاران در مقایسه با نوجوانان عادی از نظر سلامت روانی کمتر سالم هستند. ضریب همبستگی پیرسون هم میان سلامت روان نوجوانان

عادی و بزهکار ۵۰ درصد بود.

قاسم‌بکلو و همکاران (۱۳۹۳) برای بررسی متغیر حمایت اجتماعی در داخل کشور، رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس را بر ارتکاب مجدد جرم نزد زندانیان مرد شهر خوی سنجیده‌اند. آنها با استفاده از پرسش‌نامه فلمینگ<sup>۴</sup> برای سنجش حمایت اجتماعی دریافته‌اند که حمایت اجتماعی با ارتکاب مجدد جرم رابطه ندارد. دلپسند و همکاران (۱۳۹۱) نیز در مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام، در بررسی رابطه حمایت اجتماعی و جرم نشان داده‌اند که با افزایش حمایت اجتماعی، احتمال ارتکاب جرم کاهش می‌یابد.

در زمینه باورهای فراشناختی و علائم سلامت روان در داخل کشور، پوراحسان و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود ضمن اشاره به تمایل دانش‌آموزان تهرانی به سوء مصرف مواد مخدر، ابراز کرده‌اند که باورهای فراشناختی مثبت و منفی مختل، به ویژه باورهای درباره نگرانی، به طور چشمگیری تمایل دانش‌آموزان به سوء مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. ناظمی سجاوندی و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی رابطه مؤلفه‌های فراشناختی با رفتارهای جامعه‌سستیزی و مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تهران، نشان داده‌اند بین فراشناخت و مؤلفه‌های نیاز به کنترل افکار و اعتماد شناختی با رفتارهای جامعه‌سستیزی رابطه معناداری وجود دارد؛ اما بین مؤلفه‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف‌شناسی و افکار خطرناک و کنترل‌ناپذیر با رفتارهای جامعه‌سستیزی رابطه معناداری مشاهده نشد. اکبرزاده و همکاران (۱۳۹۳) با مقایسه سرمایه روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف‌کننده مواد و دانشجویان عادی دانشگاه آزاد تبریز، به کمک روش واریانس چندمتغیره، دریافته‌اند که دانشجویان مصرف‌کننده مواد، سرمایه روان‌شناختی کم و باورهای فراشناختی مختلی دارند و خادمی و سیف (۱۳۸۹) در بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های

<sup>1</sup> negative beliefs concerning the consequences of not controlling thoughts

<sup>2</sup> vitality

<sup>3</sup> self

<sup>4</sup> Fleming

کافی نیست. این حمایت‌ها به بهبود نتایج تحصیلی این دانش‌آموزان کمک کرد؛ اما برای سلامتشان، برنامه‌ریزی پیشگیرانه از طرف مدرسه لازم است. از جمله پژوهش‌های برون‌کشوری دیگر درباره حمایت اجتماعی، پژوهش کوپر و همکاران<sup>۷</sup> (2013) را می‌شود نام برد که در مقایسه روابط فردی زندانیان مرد و افراد عادی در هلند، مشاهده کرده‌اند که زندانیان حاضر در پژوهش، پیش از دستگیری، با اطرافیان خود به شکل صمیمانه‌ای رابطه داشته‌اند و این روابط را حفظ کرده‌اند و تفاوتی نیز میان افراد عادی و زندانی مشاهده نشد. گلدستین و هیون<sup>۸</sup> (2000) در ضمن بررسی رابطه پیوند والد با فرزند و سبک کنترل والد، با تعادل عاطفی و رفتاری در دانش‌آموزان دوره متوسطه استرالیا ابراز کرده‌اند که ادراک نوجوان از مراقبت و محبت کم والدین، به‌طور مستقیم با بزهکاری و بهزیستی کم ارتباط دارد.

درخصوص متغیر باورهای فراشناختی اسپادا<sup>۹</sup> و ولز (2006) در بررسی کلینیکی درباره باورهای فراشناختی درباره مصرف الکل در معتادان به مشروبات، متوجه شده‌اند میان باورهای فراشناختی مثبت درباره الکل و اعتیاد به الکل رابطه مستقیم وجود دارد؛ به‌طوری‌که باورهای فراشناختی مثبت این افراد، روی فواید الکل به‌صورت وسیله‌ای برای تنظیم خود در ابعاد عاطفی، شناختی و تصویری تمرکز دارد و باورهای فراشناختی منفی، روی کنترل‌ناپذیری و زیان استفاده از الکل متمرکز است.

کیم و پارک<sup>۱۰</sup> (2008) در کره جنوبی در رابطه با سرزندگی و درخصوص رابطه میان انعطاف‌پذیری خود، سبک‌های مقابله با استرس و تمایل به بزهکاری پژوهشی را انجام داده‌اند که براساس نتایج آن، از میان ۵ زیرمقیاس انعطاف خود، از لحاظ آماری تمایل به بزهکاری بزرگ‌ترین متغیر برای پیش‌بین است و این دو به‌طور معکوس باهم رابطه

فراشناختی در کاهش رفتارهای ضداجتماعی جوانان مستقر در زندان ارومیه، نشان داده‌اند مؤلفه‌های پنج‌گانه فراشناختی در جوانان ضداجتماعی مختل است. همچنین، ربانی با وجدان و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی رابطه میان باورهای فراشناختی و گرایش به اعتیاد در دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، دریافته‌اند که باورهای فراشناختی و پنج خرده‌مقیاس آن، با اعتیاد به‌صورت منفی و معنادار رابطه دارد. درزمینه سرزندگی، طی پژوهشی در ایران نیز در رابطه با بررسی تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری بر شادکامی<sup>۱</sup> و باورهای غیرمنطقی<sup>۲</sup> نوجوانان بزهکار دختر در تهران، نشان داده شده که میزان شادکامی نوجوانان بزهکار نسبت به محدوده بهنجار کمتر است (رعیت‌ابراهیم‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۴). در میان پژوهش‌های خارج از کشور درباره بررسی سلامت روان، فاسارت و همکاران<sup>۳</sup> (2016) در مطالعه خود درزمینه مراقبت‌های سلامت روان عمومی برای خلافکاران نوجوان هلند، ذکر کرده‌اند که در این مطالعه و پیشینه پژوهشی خود، رابطه‌ای مستقیم اما نه قاطعانه، میان وجود اختلالات روانی و حضور رفتار مجرمانه وجود دارد. گیسین و همکارانش<sup>۴</sup> (2012) در بررسی خلافکاران جوان در سوئیس دریافته‌اند ۹۱ درصد از نمونه بررسی شده، دست‌کم به یک علامت روانی در سیاهه ICPC-2 و ۸۸ درصدشان به دست‌کم یک اختلال در سیاهه ICD-10 دچار بوده‌اند.

روتون و همکاران<sup>۵</sup> (2011) برای بررسی حمایت اجتماعی، با استفاده از پرسش‌نامه MSPSS (حمایت اجتماعی ادراک‌شده) در یک مطالعه دورنما درباره آثار قلدری بر دستیابی به نتایج تحصیلی و سلامت روان در دانش‌آموزان متوسطه لندن دریافته‌اند که حمایت دوستان و والدین برای درمان اختلال روان نوجوانان قرارگرفته در معرض قلدری<sup>۶</sup>

<sup>1</sup> Happiness

<sup>2</sup> irrational

<sup>3</sup> Fassaert et al.

<sup>4</sup> Gisin et al.

<sup>5</sup> Rotheron et al.

<sup>6</sup> bullied adolescents

<sup>7</sup> Cuyper et al.

<sup>8</sup> Goldstein & Heaven

<sup>9</sup> Spada & Wells

<sup>10</sup> Kim & Park

### فرضیه‌های پژوهش

پژوهش حاضر سعی دارد این فرضیه‌ها را ارزیابی کند:

- ۱- بین سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های آن در نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت اهواز و گروه گواه تفاوت وجود دارد؛
- ۲- حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت اهواز و گروه گواه تفاوت دارد؛
- ۳- بین باورهای فراشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن در نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت اهواز و گروه گواه تفاوت وجود دارد و
- ۴- سرزندگی نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت اهواز و گروه گواه باهم تفاوت دارد.

### روش پژوهش

روش این مقاله، توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن، دو بخش دارد که بخش نخست، نوجوانان بزهکار پسر مستقر در کانون اصلاح و تربیت اهواز و بالغ بر ۷۰ نفر هستند. به دلیل کوچک بودن جامعه، نمونه کل جامعه را در بر می‌گیرد؛ اما در این پژوهش برای بی‌سواد و بی‌میلی عده‌ای از نوجوانان مقیم در کانون، امکان دسترسی به ۴۷ نفر فراهم شده است. بخش دوم، نوجوانان عادی هستند که با توجه به احتمال دخالت برخی از عوامل، نیاز به همسان‌کردن گروه گواه با گروه بزهکار ضروری به نظر می‌رسید؛ به همین دلیل، برای همسانی با در نظر گرفتن محل زندگی افراد بزهکار که بیشتر از طبقات ضعیف بودند، از دبیرستان‌های مرحله نخست و دوم این گونه محلات، ۷۵ نفر به صورت خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. از این میان، ۴۷ نفر از طریق هم‌سازی اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی با نوجوانان بزهکار و با توجه به میزان تحصیلات پدر، درآمد خانواده و تعداد افراد خانواده انتخاب شده‌اند. اطلاعات به دست آمده، از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیارها و با استفاده از

دارند. وایت و همکاران<sup>۱</sup> (1994) اعلام کرده‌اند کودکان ناتوان در زمینه کنترل انرژی خود، الگویی از رفتارهای بزهکارانه را از خود نشان می‌دهند (Wells et al., in Huey & Weisz, 1997) بنابراین، این سؤال به ذهن می‌آید که آیا همه نوجوانان قادرند انرژی و توانمندی‌های خود را مدیریت کنند؟ چه بسا نوجوانان بزهکار در تنظیم و به‌کارگیری انرژی خود برای فعالیت‌های مثبت فردی و اجتماعی مشکل داشته باشند؛ یعنی احتمال دارد امر مهم درباره بزهکاران، نه فقدان یا کاهش سرزندگی بلکه نحوه کنترل آن باشد. در بررسی متغیر سرزندگی به دلیل کمبود پیشینه مستقیم، از متغیرهای مشابه نیز استفاده کرده‌ایم. یانگ و همکاران<sup>۲</sup> (2015) در بررسی میزان شادکامی و محرومیت اجتماعی نوجوانان قلدر در چین، دریافته‌اند که بخش کوچکی از نوجوانان قلدر، ناراحتی و محرومیت<sup>۳</sup> اجتماعی را احساس می‌کنند (۲۲/۴ درصد از نمونه قلدرهای شاد بودند و روابط اجتماعی داشتند؛ در حالی که ۱۷/۳ درصد، قلدرهای ناراحت و از روابط اجتماعی محروم بودند).

به‌طور کلی، براساس بررسی متغیرهای گزینش‌شده، بیشتر تحقیقات وجود اختلال یا نابهنجاری در سلامت روان، حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی و سرزندگی در میان نوجوانان بزهکار نسبت به نوجوانان عادی را تأیید کرده‌اند؛ اما دیگر پژوهش‌ها در بعضی خرده‌مقیاس‌ها یا در کل خرده‌مقیاس‌ها وجود داشتن اختلال یا نابهنجاری نسبی را نشان داده‌اند. با این توصیف، نیاز به تحقیق بومی در حوزه این متغیرها احساس می‌شود. این امر، به‌ویژه برای این است که متغیرهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر، در هیچ‌یک از پژوهش‌های داخلی و خارجی به این شکل و یکجا ارزیابی نشده‌اند و خصوصاً طبق ارزیابی‌های پژوهشگران این مقاله، مطالعات اندکی به مقایسه با کنترل متغیرهای احتمالی مداخله‌گر توجه کرده‌اند.

<sup>1</sup> White et al.

<sup>2</sup> Young et al.

<sup>3</sup> exclusion

اعتبار سازه پرسش‌نامه سلامت عمومی از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شده و شاخص‌های برازش به‌دست‌آمده  $GFI=0.715$  و  $AGFI=0.663$  و  $RMSEA=0.077$  نشان‌دهنده برازش مطلوب داده‌ها با مدل اندازه‌گیری است.

**پرسش‌نامه حمایت اجتماعی:** مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) ساخته‌شده در سال 1991 به دست شربورن و استوارت، میزان حمایت اجتماعی دریافت‌شده آزمودنی را می‌سنجد و ۱۹ عبارت و ۵ خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: حمایت ملموس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت. آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هریک از عبارات را در ۱ مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای مشخص می‌کند.

پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (Sherbourne & Stewart, 1991: 710). تمنائی فر و منصورنیک (۱۳۹۳: ۱۵۶) ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی این ابزار، از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده و مقادیر آن، برای ۵ خرده‌مقیاس پرسش‌نامه، به ترتیب ۰/۸۳۳، ۰/۷۷۵، ۰/۷۶۷، ۰/۸۶۹ و ۰/۸۶۱ تعیین شده است. پایایی کلی نیز ضریب ۰/۹۴۱ را به خود اختصاص داده است که این امر، پایایی زیاد پرسش‌نامه را نشان می‌دهد.

**پرسش‌نامه باورهای فراشناختی:** این پرسش‌نامه ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به آیتم‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. پرسش‌نامه، پنج مؤلفه اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در خصوص کنترل‌ناپذیری افکار و خطر و باورهای درباره نیاز به کنترل افکار را می‌سنجد. فرم پذیرفته‌شده این مقیاس (MCQ-30) به دست ولز و کارترایت - هاتون (2004) شبیه به فرم اولیه آن، ایجاد و گسترش داده شده است (Wells 1997 & 1995 in Wells et al., 2004: 388). در

روش تحلیل واریانس چندمتغیره با هم‌تاسازی وضعیت اجتماعی اقتصادی، روی نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، تجزیه و تحلیل شده‌اند. پایایی و روایی پرسش‌نامه‌ها نیز با روش آلفای کرونباخ و تحلیل عامل تأییدی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۱ سنجیده شده و میزان معناداری برای همه فرضیه‌ها  $\alpha=0.05$  در نظر گرفته شده است.

## ابزار پژوهش

**پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ:** این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی به دست گلدبرگ و هیلبرگ در سال 1979 تهیه شده و یکی از شناخته‌ترین ابزارهای غربالگری در پژوهش‌های مربوط به سلامت روانی است. پرسش‌نامه سلامت عمومی از ۴ خرده‌مقیاس تشکیل شده است که هرکدام از آنها ۷ سؤال دارند و این ۴ خرده‌مقیاس عبارت‌اند از: علایم جسمانی سازی، علایم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی. نمره‌گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرت (چهاردرجه‌ای) است (Goldberg & Hillier, 1979: 139).

گلدنبرگ و ویلیامز<sup>۱</sup> (1988) پایایی تنصیف ۰/۹۵ و جان (1985) ثبات درونی پرسش‌نامه سلامت عمومی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (گلدنبرگ و ویلیامز، به نقل از موسوی، ۱۳۸۵: ۷۵). تقوی (۱۳۸۰) برای مطالعه روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی از ۳ روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرده است که به ترتیب ۰/۵۵ و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود (تقوی، ۱۳۸۰، به نقل از پابندان، ۱۳۸۹: ۱۱۴). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای ۴ خرده‌مقیاس مدنظر، به ترتیب ۰/۶۱۸، ۰/۶۹۶، ۰/۷۱۹ و ۰/۸۵۳ تعیین شده و پایایی کلی پرسش‌نامه نیز ۰/۸۶۱ به دست آمده است. باتوجه‌به این موضوع، پایایی مواد پرسش‌نامه قابل قبول است. برای تعیین

<sup>1</sup> Goldenberg & Williams

این مقیاس، در ایران در سال ۱۳۸۲ به دست عریضی ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن را ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی بالینی تأیید کرده‌اند و ضریب پایایی آن ۰/۸۵ به دست آمده است (رایان و فردریک، ۱۹۹۷، به نقل از ابوالقاسمی، ۱۳۸۲: ۷۸). در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای مواد پرسش‌نامه، ۰/۸۵۷ تعیین شده است و این مسئله، پایایی مناسب را نشان می‌دهد. برای تعیین اعتبار سازه پرسش‌نامه، باورهای فراشناختی از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شده است و شاخص‌های برازش به دست آمده  $GFI = 0/868$  و  $AGFI = 0/736$  برازش مطلوب اطلاعات با مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

#### یافته‌ها

**یافته‌های توصیفی:** نتایج توصیفی نشان می‌دهد رده سنی نوجوانان بزهکار مقیم کانون، از ۱۳ تا ۲۰ است که البته ۸۰ درصد از آنان در رده ۱۴ - ۱۹ سال قرار دارند. چهل درصد از نمونه بزهکار، بین ۰ تا ۱ میلیون و ۴۷ درصدشان بین ۱ تا ۲ میلیون و ۱۳ درصد بیش از ۲ میلیون درآمد دارند. همچنین، ۲۱ درصد از آنان تحصیلات پدرشان بی‌سواد، ۲/۵ درصد ابتدایی، ۳۰ درصد سیکل و ۸/۵ درصد دیپلم است. درباره جمعیت خانوار نوجوانان بزهکار نیز نسبت خانواده‌های ۵ تا ۷ نفره بیش از سایر گزینه‌ها بوده است؛ یعنی حدود ۷۰ درصد و ۲۱/۵ درصد خانواده‌ها بیش از ۸ نفر و ۸/۵ درصد خانواده‌های کمتر از ۵ نفر بوده‌اند. مشابه همین وضعیت در میان نمونه عادی گردآوری شده است و جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش را در این دو گروه نشان می‌دهد.

این مقیاس، پاسخ‌ها براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت محاسبه می‌شوند.

پرسش‌نامه MCQ-30 پایایی و روایی قابل قبولی دارد. پایایی به دست آمده از طریق ضریب آلفای کرونباخ، برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل، بعد از ۲۲ تا ۱۱۸ روز، ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (Wells & Cartwright-، Hatton, 2004:393-395). در ایران، شیرین‌زاده‌دستگیری و همکاران (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته، برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است (شیرین‌زاده‌دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۵۵). در این مقاله، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقادیر آن برای ۵ خرده‌مقیاس پرسش‌نامه، به ترتیب ۰/۷۶۰، ۰/۶۷۶، ۰/۶۶۱، ۰/۶۸۱ و ۰/۴۹۶ تعیین شده است؛ بنابراین، ۴ خرده‌مقیاس ابتدایی پایایی خوب، اما خرده‌مقیاس پنجم پایایی نسبتاً قابل قبولی دارد. پایایی کلی نیز با ضریب ۰/۸۲۹ مشخص شده که مناسب است. برای تعیین اعتبار سازه پرسش‌نامه باورهای فراشناختی از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شده است و شاخص‌های برازش به دست آمده،  $GFI = 0/681$  و  $AGFI = 0/072$  RMSEA= برازش مطلوب اطلاعات با مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهند.

**پرسش‌نامه سرزندگی:** مقیاس سرزندگی به دست رایان و فردریک، در سال 1997 ساخته شده و ۷ عبارت دارد. پاسخ‌دهنده براساس طیف لیکرت ۷ تایی عددی را مشخص می‌کند که میزان درستی عبارت درباره خودش را نشان می‌دهد. روند نمره‌گذاری در مورد سؤال دوم این پرسش‌نامه معکوس است.



جدول ۱- نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha = 0/05$ )
سلامت روان	عادی	۴۷	۴۸/۲۱	۱۱/۱۵
	بزهکار	۴۷	۴۷/۳۶	۸/۶۶
حمایت اجتماعی	عادی	۴۷	۶۳/۵۹	۱۶/۷۷
	بزهکار	۴۷	۶۸/۸۰	۱۸/۳۴
باورهای فراشناختی	عادی	۴۷	۵۸/۵۳	۱۲/۴۲
	بزهکار	۴۷	۶۳/۴۲	۹/۷۰
سرزندگی	عادی	۴۷	۳۳/۲۱	۱۰/۲۴
	بزهکار	۴۷	۳۵/۸۷	۹/۲۳

باورهای فراشناختی ۵۸/۵۳۲ و ۶۳/۴۲۶ و در متغیر سرزندگی و بزهکار به ترتیب در متغیر سلامت روان ۴۸/۲۱۳ و ۴۷/۳۶۲، در جدول (۲)، (۳)، و (۴) یافته‌های توصیفی حاصل از خرده‌مقیاس‌ها نمایش داده شده‌اند.

طبق اطلاعات این جدول، میانگین نمرات نوجوانان عادی و بزهکار به ترتیب در متغیر سلامت روان ۴۸/۲۱۳ و ۴۷/۳۶۲، در متغیر حمایت اجتماعی ۶۳/۵۹۶ و ۶۸/۸۰۹، در متغیر

جدول ۲- یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های سلامت روان در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha = 0/05$ )
علائم جسمانی	عادی	۴۷	۱۲/۹۱۵	۳/۱۱۲
	بزهکار	۴۷	۱۲/۳۴۰	۲/۶۷۲
اضطراب	عادی	۴۷	۱۰/۴۶۸	۲/۸۲۷
	بزهکار	۴۷	۱۱/۴۲۵	۳/۰۲۷
کارکرد اجتماعی	عادی	۴۷	۱۱/۲۳۴	۲/۷۷۵
	بزهکار	۴۷	۱۲/۳۱۹	۲/۶۱۳
افسردگی	عادی	۴۷	۱۳/۲۳۴	۵/۵۰۵
	بزهکار	۴۷	۱۱/۴۴۶	۳/۸۲۶

جدول ۳- نتایج توصیفی خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha = 0/05$ )
حمایت ملموس	عادی	۴۷	۱۷/۵۹۵	۵/۳۱۴
	بزهکار	۴۷	۱۸/۷۰۲	۵/۲۷۴
حمایت هیجانی	عادی	۴۷	۱۳/۰۲۱	۳/۹۷۵
	بزهکار	۴۷	۱۴/۰۲۱	۴/۲۰۳
حمایت اطلاعاتی	عادی	۴۷	۱۳/۰۲۱	۳/۶۳۲
	بزهکار	۴۷	۱۴/۱۷۰	۴/۲۱۳
مهربانی	عادی	۴۷	۱۰/۰۸۵	۳/۶۴۶
	بزهکار	۴۷	۱۰/۸۹۳	۳/۴۲۷
تعامل اجتماعی مثبت	عادی	۴۷	۹/۸۷۲	۳/۷۳۹
	بزهکار	۴۷	۱۱/۰۲۱	۳/۴۷۳

جدول ۴- یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار با سطح اطمینان ۹۵٪ ( $\alpha = ۰/۰۵$ )
اعتماد شناختی	عادی	۴۷	۹/۷۲۳	۳/۶۴۵
	بزهکار	۴۷	۱۰/۱۴۸	۳/۷۰۶
باورهای مثبت درباره نگرانی	عادی	۴۷	۱۲/۲۹۷	۳/۵۸۰
	بزهکار	۴۷	۱۳/۴۲۵	۳/۷۴۵
وقوف شناختی	عادی	۴۷	۱۵/۲۵۵	۴/۱۹۳
	بزهکار	۴۷	۱۵/۳۸۳	۲/۸۱۷
افکار خطرناک و کنترل‌ناپذیر	عادی	۴۷	۱۲/۹۳۶	۴/۳۰۵
	بزهکار	۴۷	۱۴/۵۳۱	۳/۶۰۴
نیاز به کنترل افکار	عادی	۴۷	۸/۶۱۷	۲/۸۵۵
	بزهکار	۴۷	۹/۹۳۶	۲/۱۱۰

اثر پیلایی (Pillai's Trace) لامبدای ویلکز (Wilk's Lambda) اثر هتلینگ (Hotelling's Trace) و بزرگ‌ترین ریشه روی (Roy's Largest Root) برای ۴ متغیر تحقیق، بدون خرده‌مقیاس‌ها، بررسی شده است. نتایج این آزمون‌ها نشان می‌دهد که در میزان  $\alpha = ۰/۰۵$ ، رابطه ترکیب خطی متغیرهای وابسته با متغیر مستقل معنادار نیست و این معناداری در سطح  $\alpha = ۰/۰۸$  رخ خواهد داد. این آزمون‌ها محافظه‌کارانه هستند و سطح معناداری آنها نزدیک به  $۰/۰۵$  (سطح معناداری پژوهش) است و برای بررسی بیشتر باید به تحلیل‌های واریانس تک‌راهه (ANOVA) مراجعه کرد (Giles, 2002). ترجمه بهرامی احسان و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰۷).

در جدول (۵)، نتایج آزمون آثار بین آزمودنی‌ها (عادی و بزهکار) در ۴ متغیر مدنظر ارائه شده است که واریانس یک‌راهه متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. طبق اطلاعات این جدول، میان دو گروه در باورهای فراشناختی تفاوت معنادار وجود دارد ( $F = ۴/۵۳۲$  و  $p = ۰/۰۳۶$ ) و در ۳ متغیر دیگر، این تفاوت معنادار نشده است. برای حمایت اجتماعی و سرزندگی این معناداری ممکن است به ترتیب در سطح  $۰/۱۵۴$  و  $۰/۱۸۹$  حاصل شود. این نتیجه، احتمال دارد با نتیجه آزمون‌های معناداری هم‌راستا تلقی شود؛ زیرا واریانس یک متغیر و آن هم در سطح  $۰/۰۳۶$  معنادار شده است.

### نتایج استنباطی: ابتدا با هدف انجام تحلیل کوواریانس

در آزمون لون<sup>۱</sup> برای بررسی پیش‌فرض‌های کوواریانس برای متغیرها و بیشتر خرده‌مقیاس‌هایشان، نتایج غیرمعنادار به دست آمد که این موضوع، تجانس واریانس خطای پس‌آزمون متغیرهای وابسته یا همگن بودن واریانس گروه‌ها را نشان می‌دهد. در این میان، خرده‌مقیاس افسردگی (سلامت روان) و وقوف شناختی (باورهای فراشناختی) با مقادیر  $۰/۰۰۲$  و  $۰/۰۱۱$  معنادار شده‌اند؛ بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس معنادار نیستند. همچنین، طبق گفته‌های گال، بورگ و گال (Gall, Borg & Gall, 1942). ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۲: ۶۷۴) اگر پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برقرار نباشد، از تحلیل واریانس میانگین‌ها می‌توانیم استفاده کنیم؛ پس تحلیل واریانس چندمتغیره و سپس، تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا برای مقایسه استفاده شده است. بنا بر آن تحلیل و باتوجه به برابری تعداد آزمودنی‌های هر دو گروه و همگن‌سازی گروه‌ها از لحاظ متغیرهای درآمد، جمعیت، نوع مسکن و تحصیلات پدر، تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) امکان‌پذیر بوده و تحلیل اجرا شده است.

تحلیل واریانس چندمتغیره صورت گرفته، در جداول (۵) و (۶) ارائه شده‌اند. پیش از آن، وضعیت ۴ آزمون معناداری

<sup>1</sup> Levene

جدول ۵- نتایج آزمون واریانس تکراهه برای ۴ متغیر اصلی پژوهش در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	ضریب تأثیر (Eta)	توان آزمون
سلامت روان	۱۷/۰۲۱	۱	۰/۱۷۱	۰/۶۸۰	۰/۰۰۲	۰/۰۶۹
حمایت اجتماعی	۶۳۸/۵۶۴	۱	۲/۰۶۷	۰/۱۵۴	۰/۰۲۲	۰/۰۰۰
باورهای فراشناختی	۵۶۲/۷۶۶	۱	۴/۵۳۲	۰/۰۳۶	۰/۰۴۷	۰/۰۰۰
سرزندگی	۱۶۶/۲۲۳	۱	۱/۷۴۷	۰/۱۸۹	۰/۰۱۹	۰/۰۰۰

درخصوص ۴ آزمون معناداری برای خرده‌مقیاس‌ها رابطه ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌ها با متغیر مستقل در سطح  $p=0/002$  معنادار شده است که این مسئله نشان می‌دهد دست‌کم یکی از واریانس خرده‌مقیاس‌ها معنادار است. در جدول (۶) نیز آزمون اثر بین آزمودنی‌ها (یا همان ANOVA) برای خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون واریانس تکراهه برای خرده‌مقیاس‌های باورهای فراشناختی در نوجوانان بزهکار و گروه گواه

متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	ضریب تأثیر (Eta)	توان آزمون
اعتماد شناختی	۴/۲۵۵	۱	۰/۳۱۵	۰/۵۷۶	۰/۰۰۳	۰/۰۸۶
باورهای مثبت درباره نگرانی	۲۹/۸۸۳	۱	۲/۲۲۶	۰/۱۳۹	۰/۰۲۴	۰/۰۰۰
وقوف شناختی	۰/۳۸۳	۱	۰/۰۳۰	۰/۸۶۳	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳
افکار خطرناک و کنترل ناپذیر	۵۹/۸۴۰	۱	۳/۷۹۵	۰/۰۵۴	۰/۰۴۰	۰/۰۰۰
نیاز به کنترل افکار	۴۰/۸۹۴	۱	۶/۴۸۸	۰/۰۱۳	۰/۰۶۶	۰/۰۰۰

بیشتر وجود دارد. همچنین، طبق مطالب ذکرشده که در جدول (۳) هم نشان داده شده، آزمون‌های معناداری واریانس یکراهه برای خرده‌مقیاس نیاز به کنترل افکار ( $F = 6/488$  و  $p = 0/013$ ) از لحاظ آماری معنادار است؛ بنابراین، فرضیه ۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه

مطابق یافته‌ها در سلامت روان، حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آنها و سرزندگی میان نوجوانان عادی و بزهکار تفاوت معناداری وجود نداشت. در زمینه سلامت روان، این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مطالعه‌شده مخالف است. درخصوص حمایت اجتماعی نیز این نتیجه با پژوهش روتون و همکاران (2011) و کوپیر و همکاران (2013) همسو و با نتایج گلدستین و هیون (2000) خدابخشی کولایی و همکاران

مطابق اطلاعات جدول (۶)، خرده‌مقیاس پنجم باورهای فراشناختی (نیاز به کنترل افکار) یعنی خرده‌مقیاس پایانی جدول، در  $\alpha = 0/05$  به‌طور معناداری تفاوت یافته است. خرده‌مقیاس افکار خطرناک و کنترل‌ناپذیر نیز نزدیک به معناداری است.

همانطور که ذکر شد، آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره، شامل اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی معنادار نشده‌اند؛ اما این آزمون‌ها محافظه‌کارانه هستند و سطح معناداری مورد نیاز نیز نزدیک به ۰/۰۵ است. همچنین، واریانس یکراهه برای متغیر باورهای فراشناختی ( $F = 4/532$  و  $p = 0/036$ ) از لحاظ آماری معنادار شده است؛ بنابراین، می‌شود نتیجه گرفت که فرضیه ۳، در سطح معناداری ۰/۰۵ تأیید می‌شود. با توجه به میانگین‌ها در جدول (۱)، نمره بزهکاران در این مقیاس بیشتر است؛ یعنی اختلال در آنان

بوده‌اند و این تفاوت بخشی از ناهم‌سویی را توجیه می‌تواند بکند. همچنین، (باتوجه به نظریه زیست‌بوم از برونفن برنر<sup>۲</sup> که تأثیر محیط زندگی را بسیار مهم می‌داند و محیط را به چند سطح تقسیم‌بندی می‌کند) به مبحث سیستم زیستی افراد می‌شود توجه کرد و این را متذکر شد که بسیاری از نوجوانان بزهکار، از قشر ضعیف جامعه هستند و ممکن است در این قشر، انجام رفتارهای خشونت‌آمیز، به‌ویژه برای جنس مذکر، رفتاری طبیعی تلقی شود؛ در نتیجه، با انجام رفتارهای ضدقانون، حمایت خانواده و دوستان خود را از دست نمی‌دهند. همچنین، در پژوهش وایت و همکارانش (1994) به یکی از علل این عدم تفاوت می‌شود رسید که آنها می‌گویند کنترل‌نکردن انرژی درونی کودک، به تشکیل الگویی از رفتارهای بزهکارانه در او منجر می‌شود؛ بنابراین، می‌شود گفت نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت، مانند سایر نوجوانان، باتوجه به رده سنی خاصشان، سرزندگی را به‌خوبی احساس می‌کنند (میانگین نمره بیشتر از نصف نمره کل داشتند) اما ممکن است در تنظیم خود (self) با مشکل روبه‌رو باشند.

نمره باورهای فراشناختی نوجوانان بزهکار از نوجوانان عادی (گروه گواه) بیشتر است؛ اما این تفاوت مربوط به خرده‌مقیاس پنجم - نیاز به کنترل افکار - است. با در نظر گرفتن اطلاعات جدول (۴)، میانگین نمره نوجوانان بزهکار در این خرده‌مقیاس، از نوجوانان عادی بیشتر است؛ یعنی در این خرده‌مقیاس بیشتر اختلال دارند. این نتیجه با مطالعات ناظمی سجاوندی و همکاران (۱۳۹۴) همسو و با مطالعات پوراحسان و همکاران (2016) اکبرزاده و همکاران (۱۳۹۳) خادمی و سیف (۱۳۸۹) و ربانی با وجدان و همکاران (۱۳۸۹) ناهمسو است؛ زیرا آنها گفته‌اند تمامی خرده‌مقیاس‌ها با ارتکاب جرم به‌طور مستقیم رابطه دارند. در بررسی علت این امر، باید به این نکته توجه داشت که نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت، به دلیل آثار ناشی از حضور در این کانون،

(۱۳۹۳) و قاسم بکلو و همکاران (۱۳۹۳) و دلپسند و همکاران (۱۳۹۱) ناهمسو است. درباره متغیر سرزندگی نیز این نتیجه با پژوهش وایت و همکاران (1994) و یانگ و همکاران (2015) همسویی دارد؛ اما با پژوهش کیم و پارک (2008) و رعیت‌ابراهیم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو است.

در بررسی علل این امر، می‌شود اشاره کرد که در برخی پژوهش‌های قبلی همتاسازی وضعیت اجتماعی اقتصادی انجام نشده است و انتخاب نمونه‌های عادی به‌صورت کاملاً تصادفی در جامعه انجام شده بود (موناهان و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از مارکویتز، ۲۰۱۱: ۳۹، نظرزاده، ۱۳۹۱ و خان‌محمدی‌اطاق‌سرا و همکاران، ۱۳۹۳). پس این احتمال وجود دارد که وضعیت اجتماعی اقتصادی بر وضعیت سلامت روان نوجوانان عادی و بزهکار اثرگذار بوده و همتاسازی آن، واریانس سلامت روان را کاهش داده باشد. براساس این نکته، ممکن است بسیاری از نوجوانان عادی طبقه محروم در معرض اقدام به رفتار بزهکارانه باشند. گذشته از آن، این احتمال وجود دارد که برخی از نوجوانان مقیم کانون اصلاح تربیت به دلیل یک حادثه مرتکب جرم شده باشند؛ اما سیر زندگی بزهکارانه‌ای نداشته‌اند. براین اساس، آنها از لحاظ حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان کاملاً تأمین شده‌اند. در بسیاری از محیط‌های اجتماعی مستعد بزهکاری افراد با گروه سنی و حتی خانواده به‌طور صمیمانه‌ای ارتباط دارند و از این طریق، حمایت اجتماعی خوبی دریافت می‌کنند. به‌ویژه در محیط‌های قومی و عشیره‌ای ممکن است در مواردی برای حمایت از قوم و طایفه خود بزه مرتکب شوند و این بزه، از نظر قوم و طایفه تأیید شده و چتر حمایتی قومی و خانوادگی را داشته باشد و به این دلیل، از نظر حمایت اجتماعی متفاوت نباشد؛ درحالی‌که در پژوهش‌های انجام‌شده قبلی در محیط شهری و شهرنشینی فقدان حمایت اجتماعی در گروه‌هایی دیده می‌شود که از نظر قانونی مشکلاتی دارند و در نمونه مطالعه‌شده در این پژوهش، بیشتر از گروه‌های قومی و حاشیه‌ای و روستایی

<sup>2</sup> Bronfenbrenner

<sup>1</sup> Monahan et al.

انتخاب شده‌اند نیز انجام شود، تا از نحوه تأثیر متغیرهای اجتماعی اقتصادی بیشتر آگاهی یابیم.

به دلیل اهمیت هر چهار متغیر پژوهش، به ویژه در معضل بزهکاری توصیه می‌شود پژوهش‌های میدانی بیشتری درباره این متغیرها و عوامل مؤثر بر آنها در ایران و خوزستان انجام شود که مطالعاتی مانند نحوه حمایت خانواده و جامعه میان سیستم، برون سیستم و کلان سیستم (در طرح برونفن برنر) از نوجوان، عوامل مؤثر بر کنترل انرژی و سرزندگی، نظیر نیاز به شایستگی، رابطه و استقلال، تعیین اهداف درونی، تنظیم خودمختارانه خود و... را در بر می‌گیرد. باتوجه به شباهت وضعیت افراد عادی و بزهکار نیز توصیه می‌شود برنامه‌هایی برای آموزش فراشناخت و اصلاح باورهای فراشناختی برای نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت و همچنین، در مدارس اجرا شود؛ زیرا تمامی نوجوانان اقشار ضعیف و حتی اقشار متوسط جامعه که وضعیت روانی، خانوادگی و اجتماعی آنها مناسب نیست، برای تمایل به بزهکاری و رفتارهای مخل نظم اجتماعی مستعد هستند. گذشته از آن، تقویت مراکز مشاوره در معاونت‌های اجتماعی نیروی انتظامی و ارتباط بیشتر با خانواده‌های نوجوانان خاطی که (به دلیل رضایت شاکي و...) به کانون اصلاح و تربیت وارد نمی‌شوند، در جلوگیری از وقوع جرم‌های سنگین‌تر این نوجوانان و واردنشدن آنان به کانون، مثر ثمر می‌تواند باشد. تشکیل جلسات و گروه‌های غیردولتی مداخله در محیط‌های زندگی افراد، به ویژه باتوجه به شباهت زیاد گروه‌های همتاشده، نشان می‌دهد این افراد بعدها از افراد مقیم کانون اصلاح تربیت می‌توانند باشند و این امر نیز از دیگر توصیه‌های ما در این مقاله است.

#### منابع

ابوالقاسمی، ف. (۱۳۸۲). *هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

ممکن است تا حدودی درباره جرم مرتکب شده، پشیمانی و نیاز به کنترل افکار و رفتار خود را احساس کنند. آنها به همین دلیل، در پاسخ به سؤالات درباره نیاز به کنترل افکار بد یا احساس گناه از خطوط برخی افکار، ممکن است نمرات بیشتری را کسب کنند که این نمرات به این خرده‌مقیاس مربوط می‌شود. همچنین، باید توجه داشت که این نوجوانان ممکن است از آموزش‌های اجرا شده در آن کانون تأثیراتی بپذیرند که به بهبود احساس سرزندگی و بهزیستی آنها منجر شود. هم‌تاسازی واریانس بین گروهی را کاهش داده و به همین دلیل، ممکن است در خرده‌مقیاس‌ها میان دو گروه تفاوتی دیده نشود.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از:

نتایج پژوهش به نوجوانان پسر بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز محدود است؛ بنابراین، تعمیم آن به نوجوانان بزهکار سایر شهرها و جنسیت دختر، باید همراه با احتیاط انجام شود. استفاده صرف از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی در این گونه پژوهش‌ها با متغیرهای بالینی نامناسب است؛ زیرا به خصوص به دلیل کم‌سوادی بسیاری از نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت، بی‌دقتی یا درک نکردن صحیح در پاسخ به سؤالات برای هر دو گروه آزمودنی وجود داشت. با عنایت به این مسئله، ممکن است با وجود تلاش پژوهشگر برای توضیح سؤالات برای آزمودنی‌ها این درک نادرست در نتایج تحقیق اثرگذار بوده باشد.

پیشنهادهای این پژوهش عبارت‌اند از:

در این گونه پژوهش‌های همراه با متغیرهای بالینی برای علت یا ریشه‌یابی پاسخ‌ها انجام مصاحبه به جای استفاده از پرسش‌نامه ضرورت می‌یابد؛ به این ترتیب، بهتر می‌شود به عوامل مرتبط با بزهکاری دست یافت و آنها را در درمان این معضل به کار بست. همچنین، پیشنهاد می‌شود این مقایسه با نوجوانان عادی که به صورت تصادفی از کل شهر اهواز

- دانشگاه اصفهان.
- اکبرزاده، د.؛ اکبرزاده، ح. و جوانمرد، غ. ح. (۱۳۹۳). «مقایسه سرمایه روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف‌کننده مواد و دانشجویان عادی»، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۸ ش ۳۱، ص ۲۴-۹.
- امینی، ز. م. (۱۳۸۶). «بررسی رابطه باورهای فراشناختی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر شهرستان اشنویه»، *فصلنامه نوآوری آموزشی*، ۶ ش ۱۹، ص ۱۵۴-۱۴۱.
- پایندان، ط. (۱۳۸۹). *مقایسه تاب‌آوری، سلامت روان، پرخاشگری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی خانواده‌های طلاق و عادی شهر اهواز با کنترل وضعیت اجتماعی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- تمنائی‌فر، م. ر. و منصوری‌نیک، ا. (۱۳۹۳). «ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان»، *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ۲۰ ش ۱، ص ۱۶۹-۱۴۴.
- خادمی، ع. و سیف، ع. ا. (۱۳۸۹). «بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های فراشناختی در کاهش رفتارهای ضداجتماعی جوانان زندان مرکزی ارومیه»، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۹ (۱۳۹۰)، ش ۳، ص ۱۹۶-۱۸۶.
- خان‌محمدی اطاق‌سرا، ا.؛ همایونی، ع. و اسحاقی، م. (۱۳۹۳). «رابطه بین هوش هیجانی با سلامت روان در نوجوانان بزهکار و عادی»، *فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی نوجوانان*، ۴ ش ۱۳، ص ۲۲-۹.
- خدابخشی‌کولایی، آ.؛ علیزاده، ف.؛ منصور، ل.؛ پورابراهیم، ت. و فلسفی‌نژاد، م. ر. (۱۳۹۳). «حمایت اجتماعی ادراک‌شده خانواده و دوستان و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان پسر و دختر بزهکار و غیربزهکار»، *مجله سلامت اجتماعی*، دوره ۱، ش ۲، ص ۱۲۹-۱۲۰.
- دریایی‌فرد، ل. (۱۳۹۰). «رابطه بین هیجان‌خواهی و ارتکاب جرم در نوجوانان بزهکار»، *ماهنامه اصلاح و تربیت*، ۱۰ ش ۱۱۵، ص ۵-۶.
- دلپسند، ک.؛ ایبار، ع.؛ خانی، س. و محمدی، پ. (۱۳۹۱). «حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام»، *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی*، دوره ۱، ش ۲، ص ۱۲۰-۸۹.
- ربانی با وجدان، م.؛ ربانی با وجدان، م. و نژادعلی، ب. (۱۳۸۹). «رابطه بین باورهای فراشناختی و گرایش به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان»، *اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، تهران، ایران.
- رعیت‌ابراهیم‌آبادی، م.؛ ارجمندنی، ع. ا. و افروز، غ. ع. (۱۳۹۴). «تأثیر برنامه آموزشی مثبت‌نگری بر شادکامی و باورهای غیرمنطقی نوجوانان بزهکار»، *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱ ش ۲، ص ۱۴-۱.
- رنجبر، خ.؛ امینی‌خوئی، ن. و پولادی‌ری‌شهری، ک. ا. (۱۳۹۰). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقاء سلامت روان نوجوانان بزهکار مستقر در کانون اصلاح و تربیت استان بوشهر»، *فصلنامه علمی تخصصی پلیس بوشهر*، ش ۲، ص ۱۵۲-۱۳۵.
- شکرپیگی، ع. و یاسمی‌نژاد، پ. (۱۳۹۱). «مقایسه سبک‌های فرزند پروری، عزت نفس و سلامت عمومی نوجوانان پسر بزهکار و عادی در کرمانشاه»، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲ ش ۲، ص ۱۹۲-۱۷۸.

- شیرین زاده دستگیری، ص.؛ گودرزی، م. ع.؛ رحیمی، چ. و نظیری، ق. (۱۳۸۷). «بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسش نامه فراشناخت ۳۰»، مجله روان شناسی، ش ۴۸، ص ۴۶۱-۴۴۵.
- قاسم بکلو، ی.؛ محمدیاری، ق.؛ محمودزاده، م.؛ محمدزادگان، ر. و مختاری، م. (۱۳۹۳). «رابطه حمایت اجتماعی و عزت نفس بر ارتکاب مجدد جرم نزد زندانیان»، مجله پژوهش و سلامت، س ۴، ش ۳، ص ۸۲۶-۸۱۸.
- گال، م.؛ بورگ، و. و گال، ج. (۱۳۸۲). *روش های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان شناسی*، ترجمه: احمد رضا نصر و همکاران، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- گیلس، د. (۱۳۹۱). *روش تحقیق پیشرفته در روان شناسی*، ترجمه: هادی بهرامی احسان، غلامرضا صرامی فروشان، روحیه بازرگان، مهران فرهادی، سعیده بزازیان و مسلم پرتو، تهران: انتشارات آوای نور.
- مظفری، ا. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران رماتیسمی شهر اهواز*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- موسوی، م. (۱۳۸۵). *بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت روان و عزت نفس دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر ایلام*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ناظمی سجاوندی، م.؛ کبودانی نصرآباد، ا. و سروری، ر. (۱۳۹۴). «بررسی رابطه مؤلفه های فراشناختی با رفتارهای جامعه سستیزی و مسئولیت پذیری»، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم
- تربیتی و روان شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، مؤسسه آموزش عالی مهر اروند.
- نظرزاده، ز. (۱۳۹۰). *مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت و نوجوانان عادی*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه زنجان.
- ولز، آ. (۱۳۹۱). *فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی*، ترجمه: مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی و زهرا اندوز، تهران: کتاب ارجمند.
- Bostic, T. J. McGartland Rubio, D. & Hood, M. (2000) "A Validation of the Subjective Vitality Scale Using Structural Equation Modeling", *Social Indicators Research*, 52: 313-324.
- Cuyper, R. Dirkzwager, A. Völker, B. Van Der Laan, P. & Nieuwebeerta, P. (2013) "Personal Networks of Prisoners Prior To Incarceration: A Comparison with the General Dutch Population", *Social Science Research*, 42: 1612-1621.
- Fassaert, T. Segeren, M. Grimbergen, C. Tuinebreijer, W. & De Wit, M. (2016) "Violent Offenders as A Target Population for Public Mental Health Care", *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 40: 54-57.
- Gisin, D. Haller, M. D. Cerutti, B. Wolff, H. Bertrand, D. Sebo, P. Heller, P. Niveau, G. & Eytan, A. (2012) "Mental Health of Young Offenders in Switzerland: Recognizing Psychiatric Symptoms During Detention", *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19: 332- 336.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979) "A Scaled Version of the General Health Questionnaire", *Psychology Medicine*, 9: 139-45.
- Goldstein, M. & Heaven, P. C. L. (2000) "Perceptions of the Family, Delinquency, and Emotional Adjustment Among Youth", *Personality and Individual Differences*, (29)6: 1169-1178.
- Huey Jr, S. J. & Weisz, J. R. (1997) "Ego control, Ego Resiliency, and the Five-Factor Model as Predictors of Behavioral and Emotional Problem in Clinic-Referred Children and Adolescents", *Journal of Abnormal Psychology*, 3(106): 404- 415.

- Markowitz, F. E. (2011) "Mental Illness, Crime, and Violence: Risk, Context, and Social Control", *Aggression and Violent Behavior*, 16: 36-44.
- Kim, M. & Park, W. (2008) "Ego-Resilience, Stress Coping Styles and Disposition to Delinquency in Middle School Students", *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, (14)4: 415-422.
- Purehsan, S. Falsafinejad, M. Delavar, A. Farokhi, N. & Borjali, A. (2016) "Metacognitive Beliefs and Students' Tendency Toward Drug Abuse and Cross-Level Effect of School-Bounding", *Practice in Clinical Psychology*, (4)1: 33- 41.
- Rothon, C. Head, J. Klineberg, E. & Stansfeld, S. (2011) "A Prospective Study on the Effects of Bullying on the Educational Achievement and Mental Health of Adolescents at Secondary Schools in East London", *Journal of Adolescence*, 34: 579-588.
- Sherbourne, D. & Stewart, A. L. (1991) "The Mos Social Support Survey", *Social Science Medicine*, 32(6): 705-714.
- Spada, M. M. & Wells, A. (2006) "Metacognitions About Alcohol Use in Problem Drinkers", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2): 138-143.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004) "A Short Form of the Meta-Cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30", *Behavior Therapy*, 42: 385- 396.
- World Health Organization. (2014) *Mental health: A state of well-being*. Retrieved from [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
- Young, K. C. Kashdan, T. B. McKnight, P. E. Blalock, D. V. Yuen, M. & Richberg, J. B. (2015) "Happy and Unhappy Adolescent Bullies: Evidence for Theoretically Meaningful Subgroups", *Personality and Individual Differences*, 75: 224-228.