

مقایسه‌ی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زنان و مردان مرتکب قتل عمد نسبت به زنان و مردان عادی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۶

محمد مهدی پسندیده^{۱*}، غلامحسین کاشف زمانه^۲

چکیده:

مقدمه: هدف این پژوهش مقایسه‌ی ابعاد روان‌شناختی از جمله حمایت اجتماعی ادراک‌شده، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زنان و مردان مرتکب قتل عمدی نسبت به زنان و مردان عادی بود. **روش:** روش این پژوهش از نوع علیّی مقایسه‌ای است. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۴۰ نفر (۷۰ زن و ۷۰ مرد مرتکب قتل عمد و ۷۰ زن و ۷۰ مرد عادی) که به شیوه‌ی نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی چندبعدی، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تاب‌آوری کانر و دیویدسون مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از شیوه‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس تک‌متغیری و چندمتغیری) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که در میزان کیفیت زندگی و ابعاد آن و نمره تاب‌آوری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و مقایسه‌ی میانگین‌ها حاکی از بالا بودن آن‌ها در افراد عادی نسبت به مجرمان قتل عمد بود؛ اما در بُعد حمایت اجتماعی ادراک‌شده تنها در بعد حمایت افراد مهم بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شد و تفاوت در سایر ابعاد معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که ابعاد روان‌شناختی از جمله کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو گروه از افراد مرتکب قتل عمد و عادی تفاوت دارد و این ابعاد می‌تواند در اجرای حکم‌های کیفری و پیشگیری از چنین مواردی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، تاب‌آوری، مرتکب قتل عمد

^۱ استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، * نویسنده‌ی مسئول: mmpasandideh@gmail.com

^۲ کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت

The Comparison of Perceived Social Support, Quality of Life and Resilience in Women and Men Committed by Murder than Common Men and Women

Pasandide, M. M., Kashef Zamane, Gh. H.

Abstract:

Introduction: The aim of the study was to compare the psychological dimension such as perceived social support, quality of life and resilience in women and men by committed crimes than common men and women.

Method: Method of the study is causal-comparative.

The sample was consisted of 140 participants (70 women and 70 men committed by murder and ordinary men and women) who are selected non-random. The instrument used to gather data was questionnaires which were according to the World Health Organization's quality of life, Connor Davidson's resiliency and multi-dimensional perceived social support. To analyze the data, the descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (single-variable and multi-variable analysis of variance) was used.

Results: The findings of the study indicate that there is a significant difference between the quality of life, its dimension and resiliency score between the two groups. Means comparison showed that there was a high rate of committed by murder in normal individuals compared to offenders. But there only is significance difference in dimension of perceived social support important people between the two groups and there are no significant differences in other aspects.

Conclusion: According to the findings of this study can be expressed that psychological aspects such as quality of life, resiliency and social support between the two groups is different from ordinary people and persons who committed by intentional murder. These dimensions can be considered in performing criminal penalty and the prevention of such cases.

Keywords: social support, quality of life, resilience, committed by murder

مقدمه

قتل عمد یکی از جرائم وخیم محسوب می‌شود. آمارهای مختلف نشان داده‌اند که پیامدهای بیشتر جرائم مانند دزدی، جیب‌بری یا آسیب‌زدن به اموال دیگری، نسبتاً جزئی و پیش‌پا افتاده‌اند و با آنکه قربانیان این جرائم کوچک نیز عوارض نامطلوب ارتکاب جرم را تجربه می‌کنند، اما بسیاری از آن‌ها پس از گذشت اندک زمانی، تعادل خود را به دست می‌آورند. برعکس اغلب جرائم علیه اشخاص دارای پیامدهای درازمدت نامطلوبی بر قربانیان است. زندگی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد و

حتی می‌تواند مرگ را هم در پی داشته باشد. طبق ماده‌ی ۲۰۶ قانون مجازات اسلامی قتل در موارد زیر قتل عمدی است (نصیری، رحیمی و مولوی، ۱۳۹۲).

- مواردی که قاتل با انجام کاری قصد کشتن شخص معین، فرد یا افرادی غیر معین از یک جمع را دارد، خواه آن کار نوعاً کشنده باشد، خواه نباشد ولی در عمل سبب قتل شود.
- مواردی که قاتل عمداً کاری را انجام دهد که نوعاً کشنده باشد هرچند قصد کشتن شخص را نداشته باشد.

- مواردی که قاتل قصد کشتن ندارد و کاری را که انجام می‌دهد، نوعاً کشنده نیست ولی نسبت به طرف بر اثر بیماری و یا پیری یا ناتوانی یا کودکی و امثال آن‌ها نوعاً کشنده باشد و قاتل نیز به آن آگاه باشد.

بروز و شکل‌گیری قتل عمد به‌مانند سایر پدیده‌ها، آسیب‌ها و جرائم اجتماعی متأثر از عوامل و انگیزه‌های متعددی است و در تبیین آن نیز بایستی با رویکرد همه‌جانبه نگریسته شود. هرچند این تبیین‌ها به شکل کلی به جرائم پرداخته و اختصاص به جرم قتل عمد ندارد و در سه حوزه‌ی زیستی، روانی، اجتماعی و بوم‌شناختی قابل طرح می‌باشند. از این‌رو به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای روان‌شناختی که در بروز و شیوع اختلالات رفتاری و ارتکاب جرم افراد نقش دارد، نداشتن حمایت اجتماعی است.

حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح و توصیه‌ی بهداشتی و حمایت عاطفی از سوی دیگران که فرد به آن‌ها علاقه‌مند است یا برای افراد ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی فرد به شمار می‌روند مانند والدین، بستگان، دوستان، همسر و نیز تماس با نهادهای مذهبی (لاورا، گراهام و ناومی^۱، ۲۰۰۷). نظریه‌پردازان این حوزه بر این باورند که روابطی حمایت اجتماعی محسوب می‌شوند که فرد آن را به‌عنوان یک منبع در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش ارزیابی کند (کلارا، کاکس، انیز، مورای و تورگادیک^۲، ۲۰۰۳). حمایت اجتماعی به دو صورت دریافت‌شده و ادراک‌شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در واقع حمایت اجتماعی ادراک‌شده احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد و اینکه بخشی از یک شبکه اجتماعی است که فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش فراهم می‌آورد (علیپور، صحرائیان، علی اکبری، حاجی آقا بابائی، ۱۳۹۰). در حمایت اجتماعی دریافت‌شده، میزان حمایت کسب‌شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارزیابی فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و موردنیاز بررسی می‌شود (جیلاکت^۳، ۲۰۱۰). از این‌رو می‌توان بیان کرد که تمامی روابط یک فرد با دیگران را نمی‌توان به‌عنوان حمایت اجتماعی در نظر گرفت، مگر اینکه خود فرد آن روابط را به‌عنوان منبعی در دسترس و مناسب برای رفع نیازهایش قلمداد نماید. به‌طوری‌که مقیاس‌های موجود برای ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیز بر جنبه‌ی

¹ Laura, Graham, Noami

² Clara, Cox, Enns, Murray, Torgruudic

³ Gulact

شناختی این ارزیابی از دیدگاه خود فرد تأکید داشته، اینکه فرد به اطمینان خاطر دست یابد که چنانچه به این حمایت و کمک نیاز داشت می‌تواند به آن دسترسی داشته باشد یا نه (ناکاهارا^۱، ۲۰۱۳؛ بیرامی، هاشمی، علی زاده و حسینی، ۱۳۹۱). خدابخشی، علیزاده، منصور و تقی پور (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که ساختار قدرت در خانواده‌های دارای نوجوان بزهکار بسیار شکننده است و رابطه‌ی والد - فرزندی به‌گونه‌ای است که حمایت عاطفی و اجتماعی از این‌گونه نوجوانان به عمل نمی‌آید. گویی که در این خانواده‌ها نه‌تنها نظم و انضباطی وجود ندارد، بلکه نوجوانان به حال خود رها شده‌اند و پدر که نماد قدرت است به حاشیه رفته است. از این‌رو نوجوانان عملاً هیچ‌گونه حمایتی را از خانواده دریافت نمی‌کنند.

شاخص کیفیت زندگی یکی دیگر از ابعاد روان‌شناختی است که می‌تواند احتمال ارتکاب به این جرم را در فرد تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت زندگی مفهومی گسترده است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربرمی‌گیرد (روبریو^۲، ۲۰۰۴). این تعریف از این حیث مهم است که بر برنامه‌های ارتقای سلامت اثر خواهد داشت، با وجود این توافقی عمومی درباره‌ی اجزا، معنای واژه‌ی کیفیت زندگی و چگونگی اندازه‌گیری آن وجود ندارد (علیزاده، محسنی، خانجانی، مؤمن آبادی، ۱۳۹۳). مفهوم کیفیت زندگی دارای ابعاد چندگانه است و جنبه‌های گوناگون زندگی فرد را دربرمی‌گیرد؛ بعلاوه تعریف کیفیت زندگی به‌شدت تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد و با مسائل فرهنگی، بسیار ارتباط دارد (کینگ و هاندس^۳، ۲۰۱۰). سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۵؛ به نقل از عباسی، ۱۳۹۰) کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: برداشت و درک افراد از موفقیت خود در خصوص اهداف و نظام ارزشی موردپذیرش آنان با توجه به شرایط عینی زندگی. در واقع کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر پایه تجارب ذهنی فرد ارزیابی می‌شود (مولر - نوردن^۴، ۲۰۰۶). بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی، اهمیت بسزایی دارد. پژوهشگران کیفیت زندگی را نه‌تنها به‌عنوان نشانگر روان‌شناختی بلکه به‌عنوان یک نشانگر اجتماعی هم می‌دانند. ارتباط میان اجزای کیفیت زندگی یعنی فقر انزوای اجتماعی و بدرفتاری با کودک در تمامی طبقه‌بندی‌های علل جرم تأکید می‌شود (اسچوارت، آندرسن، ناسک و کراهن^۵، ۲۰۰۷). همچنین پژوهشگران بر این باورند که برخورداری از کیفیت زندگی مناسب می‌تواند بر وجدان کاری و تلاش جهت انجام دادن درست کارها و پذیرش قوانین تأثیرگذار باشد (کارا، کیم و یوسال^۶، ۲۰۱۵).

از دیگر متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند نوع عملکرد فرد را در موقعیت‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد، تاب‌آوری است. با توجه به سطوح پایین تاب‌آوری در زندانیان و بالا بودن شیوع

¹ Nakahara

² Reberio

³ King, hinds

⁴ Muller, nordhorn

⁵ Schwartz, Andersen, Nosek, Krahn

⁶ Kara, Kim, Uysal

اختلالات روانی در آن‌ها به نظر می‌رسد تاب‌آوری بتواند به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز این اختلالات باشد. تاب‌آوری نشان دادن شایستگی، کفایت ثابت و توانایی سازگاری مثبت و موفقیت‌آمیز در رویارویی با شرایط تهدیدکننده و وقایع ناگوار زندگی است. به‌بیان‌دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (زاتورا، هال و مورای، ۲۰۱۰). این سازه ازجمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگه می‌دارد (کانر و داویدسون^۲، ۲۰۰۳) و به‌عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است (گالو، بوگارت، یرانسینو و ماتپوز^۳، ۲۰۰۵). البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (ماستن و رایت^۴، ۲۰۱۰) که به کنترل خود در برابر شرایط سخت و ناگوار کمک خواهد کرد. همچنین پژوهشگران برای باورند که بین تاب‌آوری و سلامت روانی فرد ارتباط وجود دارد و افرادی که دارای تاب‌آوری بالا می‌باشند، در شرایط تنش‌زا و موقعیت‌های ناگوار کنترل بیشتری بر اعمال و رفتار خود دارند (تول، سانگ و جوردن^۵، ۲۰۱۳) که همین مسئله می‌تواند احتمال ارتکاب بسیاری از جرائم را کاهش دهد.

بنابراین با توجه به تهدید جانی این پدیده و تأثیر آن بر امنیت شهروندان ضروری به نظر می‌رسد که علل و ابعاد این مسئله مورد بررسی دقیق و موشکافانه قرار گیرد و با بهره‌گیری از روش‌های علمی ریشه‌های این پدیده شناخته شود تا روش پیشگیرانه درخور و سازگار با شرایط بومی بر آن انتخاب گردد. از این‌رو هدف این پژوهش مقایسه عوامل روان‌شناختی کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان و مردان مرتکب قتل عمد با زنان و مردان عادی بود.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی و علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل دو گروه بود، یک گروه شامل کلیه زندانیان زن و مرد محکوم کیفری است که در سال ۱۳۹۵ - ۱۳۹۴ در زندان‌های کل استان گیلان در حال تحمل کیفر بودند و گروه دوم افراد عادی است که ساکن همین استان و شهر و هیچ‌گونه سابقه کیفری و جرم نداشته‌اند و از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه اول همگن بودند. نمونه موردبررسی شامل ۱۴۰ نفر (۲۰ زن و ۵۰ مرد مرتکب قتل عمد و ۲۰ زن و ۵۰ مرد عادی) بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و غیر تصادفی انتخاب و با استفاده

¹ Zautra, Hall, Murray

² Conner, davidson

³ Gallo, Bogart, Yrancenu, Matthews

⁴ Masten, wright

⁵ Tol, Song, Jordans

از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده، کیفیت زندگی و تاب‌آوری کانر و دیویدسون مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت جمع‌آوری نمونه‌های پژوهش بعد از هماهنگی با سازمان زندان‌های استان گیلان و تأیید پرسشنامه‌ها توسط مسئولین تعداد افرادی که مرتکب قتل عمد بوده و شرایط پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها را از جمله، سواد خواندن و نوشتن، تعادل روحی مناسب و تمایل به همکاری داشتند مشخص شدند. سپس مددکار هر بخش با فراخوان آن‌ها به اتاق مددکاری شرایط پژوهش را برای آن‌ها توضیح داده از آن‌ها می‌خواست تا در صورت تمایل به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری داده‌های افراد مرتکب قتل عمد برای جمع‌آوری نمونه‌های عادی اقدام شد و تلاش شد تا زنان و مردان عادی تا حد امکان از لحاظ مؤلفه‌های جمعیت شناختی موردبررسی همگن با گروه مرتکب قتل عمد انتخاب شوند.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی چندبعدی (MSPSS)^۱: این مقیاس چندبعدی

یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به‌منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. برای به‌دست آوردن نمره‌ی کل این مقیاس نمره‌ی همه‌ی گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آن‌ها ۱۲ تقسیم می‌شود. نمره‌ی هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیر مقیاس (۴) به دست می‌آید. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به‌دست آورده‌اند.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL – BREF)^۲:

کیفیت زندگی در قرن بیستم مورد توجه زیادی قرار گرفت. اولین بنیان دقیق آن را سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ مورد توجه قرار داد. این پرسشنامه چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با استفاده از ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت و در دامنه‌ای بین ۱ تا ۵ است. این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبار سنجی واقع شده است. اعتبار محاسبه‌شده‌ی این آزمون در حیطه‌های سلامت جسمی ۰/۷۷، روانی ۰/۷۷، اجتماعی ۰/۷۵ و محیطی ۰/۸۴ است و آلفای کرونباخ در حیطه‌ی جسمانی ۰/۷۰، روانی ۰/۷۳، اجتماعی ۰/۵۵ و محیطی ۰/۸۴ محاسبه گردید (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

¹ Multidimensional Scale of perceived social support

² Who quality of life-Bref

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (CD-RISC)^۱: کانر و دیویدسون این مقیاس را که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می‌گیرد، در سال ۲۰۰۳ ساختند. طراحی این ابزار دو هدف داشت، یکی تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمرات تاب‌آوری در پاسخ به درمان. این مقیاس یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا چهار (همیشه درست) می‌سنجد در حال حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود. محمدی این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴).

بعد از جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه‌های مذکور از شیوه‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد و فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره و تک متغیره) جهت تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۴۰ شرکت‌کننده (۷۰ نفر از زنان و مردان مرتکب قتل عمد و ۷۰ نفر از زنان و مردان عادی) مورد بررسی قرار گرفتند. فراوانی آزمودنی‌ها از لحاظ جنسیت، گروه‌های سنی و وضعیت تأهل بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که ۷۱/۴ درصد از آزمودنی‌های هر دو گروه مرد و مابقی زن بودند. بررسی سن آزمودنی‌ها نیز نشان داد که ۴۰ درصد از آزمودنی‌های مرتکب قتل عمد زیر ۳۰ سال و ۴۵/۷ درصد از افراد عادی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. همچنین بررسی وضعیت تأهل در دو گروه نشان داد که ۶۴/۳ درصد از آزمودنی‌های مرتکب قتل عمد و ۸۲/۹ درصد از افراد عادی متأهل و مابقی مجرد بودند. سپس سطح تحصیلات پدر و مادر، تعداد فرزند و فرزند چندم خانواده بودن بررسی شد و نتایج این تحلیل به تفکیک دو گروه مرتکب قتل عمد و عادی نشان داد که پدران ۷۲/۹ درصد از گروه مرتکب قتل عمد و ۶۰ درصد از گروه افراد عادی دارای تحصیلات در سطح سیکل یا زیر آن قرار داشتند. بررسی سطح تحصیلات مادران نیز نشان داد که ۷۴/۳ درصد از مادران گروه مرتکب قتل و ۷۱/۴ درصد از گروه عادی دارای تحصیلات در سطح سیکل و کمتر از آن قرار داشتند. همچنین مشخص شد که ۴۱/۱۴ درصد از گروه مرتکب قتل عمد و ۳۲/۹ درصد از گروه افراد عادی دارای چهار فرزند و ۳۱/۴ درصد از هر دو گروه فرزند دوم خانواده بودند.

سپس فراوانی میزان مطالعه، اقتصاد، سطح درآمد و محل سکونت و حرفه افراد بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که ۳۸/۶ درصد از گروه مرتکب قتل عمد و ۲۵/۷ درصد از گروه عادی به‌هیچ‌وجه در طول روز مطالعه نداشتند و ۱۱/۴ درصد از گروه مرتکب قتل و ۱۷/۱ درصد از افراد

¹ The Connor-Davidson Resilience Scale

عادی بیشتر از یک ساعت در روز مطالعه داشتند. بررسی وضعیت اقتصادی در دو گروه نیز نشان داد که ۴۴/۳ درصد از گروه مرتکب قتل عمد در وضعیت اقتصادی ضعیف و ۶۸/۶ درصد از افراد عادی در وضعیت متوسط قرار داشتند. همچنین بررسی سطح درآمد ماهیانه نشان داد که ۴۲/۹ درصد از گروه مرتکب قتل عمد زیر ۵۰۰ هزار و ۴۲/۹ درصد از افراد عادی بین یک تا دو میلیون درآمد داشتند. وضعیت سکونت در شهر و روستا نیز بررسی شد و نتایج نشان داد که ۸۱/۴ درصد از مرتکبان قتل و ۹۲/۹ درصد از افراد عادی ساکن شهر و مابقی روستایی بودند.

میزان فراوانی و درصد برخورداری از یک حرفه یا مهارت و سطح تحصیلات برای دو گروه و وضعیت حکم صادرشده و مدت زمان سپری حکم نیز برای گروه مرتکب قتل عمد بررسی شد نتایج این بررسی نشان داد که ۶۷/۱ درصد از آزمودنی‌های گروه مرتکب قتل و ۸۰ درصد از گروه عادی دارای یک مهارت یا حرفه بودند و مابقی مهارت یا حرفه‌ی خاصی نداشتند. بررسی سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز نشان داد که ۴۵/۷ درصد از گروه مرتکب قتل عمد و ۳۷/۱ درصد از گروه افراد عادی دارای تحصیلات در مقطع دیپلم و کاردانی بودند. در انتها وضعیت حکم مجرمان و مدت زمان سپری‌شده از حکم بررسی شد و نتایج نشان داد که ۵۱/۴ درصد از حکم‌های صادرشده برای گروه مرتکب قتل اعدام و تنها برای ۵/۷ درصد زیر ۵ سال بود. مدت زمان سپری‌شده حکم برای ۴۰ درصد از مجرمان بین ۲ تا ۵ سال قرار داشت و ۱۷/۲ درصد بیشتر از ۱۰ سال بود.

جدول ۱ میزان میانگین و انحراف استاندارد ابعاد موردبررسی (کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده) به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

بررسی میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دو گروه نشان می‌دهد که میانگین کسب‌شده در گروه افراد عادی بیشتر از گروه مرتکب قتل عمد است. در قسمت یافته‌های استنباطی قبل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شیوه‌های آماری پارامتریک ابتدا توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای هر خرده مقیاس و به تفکیک دو گروه انجام شد. نتایج این آزمون با توجه به میزان آماره Z و سطح معناداری ($P > 0/05$) نشان داد که این مفروضه برقرار و داده‌ها در دو گروه از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. از این رو در استفاده از شیوه‌های آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس چند متغیری و تک‌متغیری محدودیتی وجود ندارد.

ابتدا نمره کل کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بین دو گروه بررسی شد. از این رو ابتدا مفروضه‌ی همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد، نتایج این آزمون نشان داد که مفروضه‌ی همگنی واریانس خطا برای نمره کل کیفیت زندگی بین دو گروه برقرار نیست ($F_{1, 138} = 10/499, P = 0/001$)؛ اما با توجه به برابر بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس جهت مقایسه‌ی نمره‌ی کل کیفیت زندگی بین دو گروه از تحلیل واریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج این تحلیل

نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($F(1, 139) = 0.001$, $P = 0.001$, $n_2 = 0.001$, $F = 22/280$, مجموع مجذور) = ۷۵۶۳/۱۵۰.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی به تفکیک

دو گروه

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمی	مرتکب قتل عمد	۱۷/۸۲	۵/۸۹
	عادی	۲۰/۹۰	۴/۶۲
سلامت روانی	مرتکب قتل عمد	۱۶/۷۸	۵/۶۸
	عادی	۲۰/۰۴	۴/۲۲
سلامت اجتماعی	مرتکب قتل عمد	۸/۵۱	۳/۴۹
	عادی	۱۰/۵۴	۲/۵۴
سلامت محیطی	مرتکب قتل عمد	۱۹/۵۵	۷/۴۵
	عادی	۲۵/۹۰	۶/۱۵
نمره کل کیفیت زندگی	مرتکب قتل عمد	۶۲/۶۸	۲۰/۷۳
	عادی	۷۷/۳۸	۱۵/۷۸
تاب‌آوری	مرتکب قتل عمد	۸۱/۷۵	۲۲/۶۱
	عادی	۸۸/۳۳	۱۷/۷۹
حمایت خانواده	مرتکب قتل	۲۰/۱۷	۶/۸۳
	عادی	۲۱/۲۱	۵/۴۶
حمایت دوستان	مرتکب قتل	۱۷/۱۷	۶/۹۳
	عادی	۱۷/۴۵	۶/۲۰
حمایت افراد مهم زندگی	مرتکب قتل	۱۸/۵۱	۷/۴۵
	عادی	۲۰/۷۷	۵/۹۲
نمره کل حمایت	مرتکب قتل	۵۵/۸۵	۱۹/۰۹
	عادی	۵۹/۴۴	۱۵/۷۰

بعد از بررسی نمره‌ی کل کیفیت زندگی در دو گروه ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری بین دو گروه بررسی شد. بر این

اساس ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی کوواریانس‌ها نشان داد که این مفروضه برقرار نیست ($F_{10, 91.47, 0.12} = 2/818, P = 0/002$). بعد از آن مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لون بررسی شد نتایج آزمون لون نشان داد که در چهار بُعد پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برقرار نیست، با این وجود به دلیل برابر بودن تعداد حجم نمونه در دو گروه می‌توان بیان کرد که آزمون چند متغیری نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس جهت مقایسه‌ی ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون‌های چند متغیری استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها نشان داد که در ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{4, 135} = 7/877, P = 0/0001$). جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری را با جزئیات بیشتر برای هر بُعد ارائه می‌دهد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه‌ی ابعاد کیفیت زندگی

مؤلفه	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت جسمی	۳۳۰/۱۷۹	۱	۳۳۰/۱۷۹	۱۱/۷۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۹
سلامت روانی	۳۷۱/۳۱۴	۱	۳۷۱/۳۱۴	۱۴/۷۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۹۷
سلامت اجتماعی	۱۴۴/۰۲۹	۱	۱۴۴/۰۲۹	۱۵/۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۱۰۱
سلامت محیطی	۱۴۰۸/۱۱۴	۱	۱۴۰۸/۱۱۴	۳۰/۱۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۷۹

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در هر چهار بُعد کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی بین دو گروه افراد مرتکب قتل و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و مقایسه‌ی میانگین‌ها حاکی از بالاتر بودن این ابعاد در گروه افراد عادی نسبت به افراد مرتکب قتل عمد بود.

جهت مقایسه‌ی میزان تاب‌آوری در گروه افراد مرتکب قتل عمد و عادی از تحلیل واریانس تک متغیری بین دو گروه بررسی شد. از این رو ابتدا مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد، نتایج این آزمون نشان داد که مفروضه‌ی همگنی واریانس خطا برای میزان تاب‌آوری بین دو گروه برقرار است ($F_{1, 138} = 3/714, P = 0/056$). نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد که در میزان تاب‌آوری بین دو گروه افراد مرتکب قتل عمد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{1, 138} = 3/623, P = 0/049, \eta^2 = 0/026$). مقایسه‌ی میانگین‌ها حاکی از بالاتر بودن میزان تاب‌آوری در افراد عادی نسبت به افراد مرتکب قتل عمد بود. در انتها جهت مقایسه‌ی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و نمره‌ی کل آن در گروه افراد مرتکب قتل عمد و عادی از تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد. ابتدا نمره‌ی کل

حمایت اجتماعی با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بین دو گروه بررسی شد. از این رو ابتدا مفروضه‌ی همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد، نتایج این آزمون نشان داد که مفروضه‌ی همگنی واریانس خطا برای نمره‌ی کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو گروه برقرار نیست ($F_{(1, 138)} = 4/787, P = 0/030$)؛ اما با توجه به برابر بودن حجم نمونه‌ی دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس جهت مقایسه‌ی نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو گروه از تحلیل واریانس تک‌متغیری استفاده شد که نتایج این تحلیل نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1, 138)} = 1/472, P = 0/227, \eta^2 = 0/011$) (مجموع مجذور) = 450/007.

بعد از بررسی نمره‌ی کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دو گروه ابعاد آنکه شامل حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی بود با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری بین دو گروه بررسی شد. بر این اساس ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی کوواریانس‌ها نشان داد که این مفروضه برقرار نیست ($P = 0/013$)، $F_{(6, 137979/172)} = 2/696$ ، $F_{(6, 137979/172)} = 16/565$ (ام‌باکس). بعد از آن مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لون بررسی شد، نتایج آزمون لون نشان داد که در سه بُعد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، مفروضه‌ی هم‌گنی واریانس‌ها تنها برای بعد حمایت دوستان برقرار است و برای دو مؤلفه‌ی دیگر برقرار نیست، بالاین وجود به دلیل برابر بودن تعداد حجم نمونه در دو گروه می‌توان بیان کرد که آزمون چند متغیری نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس از آزمون‌های چند متغیری جهت مقایسه‌ی ابعاد حمایت اجتماعی بین دو گروه استفاده شد. نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داد که ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو گروه افراد مرتکب قتل عمد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P = 0/044, F_{(3, 136)} = 2/102, F_{(3, 136)} = 0/956$ ، لامبدای ویلکز). در انتها جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری را با جزئیات بیشتر برای هر بُعد ارائه می‌دهد.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه‌ی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده

مؤلفه	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتا
حمایت خانواده	38/064	1	38/064	0/994	0/320	0/007
حمایت دوستان	2/857	1	2/857	0/066	0/798	0/0001
حمایت افراد مهم	178/314	1	178/314	3/935	0/049	0/028

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در دو بُعد حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جمله خانواده و دوستان بین دو گروه افراد مرتکب قتل و عادی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در حمایت افراد مهم این تفاوت در دو گروه معنادار بود.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش ابعاد کیفیت زندگی، میزان تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان و مردان مرتکب قتل عمد و زنان و مردان عادی مقایسه شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در هر چهار بُعد کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی، نمره‌ی کل تاب‌آوری و حمایت افراد مهم زندگی از ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو گروه افراد مرتکب قتل و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و مقایسه‌ی میانگین‌ها حاکی از بالاتر بودن این ابعاد در افراد عادی نسبت به افراد مرتکب قتل عمد بود.

قتل عمد از سنگین‌ترین جرائمی است که در قانون مجازات اسلامی، شدیدترین مجازات برای آن پیش‌بینی شده است. از این رو شناخت منش افراد تبهکار، تشخیص گرایش‌های رفتار ضداجتماعی در آدمی و ارزیابی عوامل نهادی و اکتسابی چنین گرایشی و سیر تکوین آن از قوه به فعل، ارزیابی میزان مسئولیت و خودآگاهی در ارتکاب جرم و نقش ناخودآگاهی در فقدان یا زوال مسئولیت جزایی و ... اهمّ دغدغه‌های ذهنی متخصصان این رشته است. با توجه به پژوهش‌های میان رشته‌ای ثابت شده که عوامل روان‌شناختی در ارتکاب به جرم سهم به‌سزایی دارد. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که میزان کیفیت زندگی به‌عنوان یک شاخص از ابعاد روان‌شناختی در افرادی که مرتکب چنین جرم سنگینی شده‌اند متفاوت از افراد عادی است.

حمایت اجتماعی به‌عنوان شبکه‌ی حمایتی به سیستمی با دامنه‌ی بزرگ تا کوچک از افراد اشاره دارد که زمان نیاز به کمک، قابل دسترس باشند. حمایت اجتماعی به‌صورت حمایت دریافتی و ادراک‌شده مفهوم‌سازی می‌شود و به ارزیابی‌های ذهنی افراد درباره‌ی روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد (به نقل از کارا، کیم و یوسال، ۲۰۱۵). روزنفلد، ریچمن و باون^۱ (۲۰۰۰) معتقدند افرادی که والدین، دوستان و معلمان خود را حمایت‌کننده ادراک می‌کنند در ارتباط با دیگران رفتارهای مثبت بیشتری دارند. همچنین مطرح می‌کنند که وجود رابطه‌ی گرم و همراه با پذیرش با والدین داشتن الگوی مؤثر و پس از آن عامل کنترل به ترتیب به‌عنوان عامل مهم در پیشگیری از رفتارهای مخاطره‌آمیز در افراد بزهکار شناخته شده است. افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند کسی دوستشان دارد، به آن‌ها اهمیت داده می‌شود، دیگران آنان را افرادی محترم می‌شمارند و خود را بخشی از شبکه اجتماعی خانواده، دوستان یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌توانند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دوجانبه هنگام نیاز باشد. نظریه‌پردازان اجتماعی معتقدند که تمام روابطی که فرد با دیگران حمایت اجتماعی نیستند مگر اینکه فرد آن‌ها را به‌عنوان در دسترس و مناسب رفع نیاز خود تلقی کند (حسین زاده و سپاه منصور، ۱۳۹۰). به‌طور کلی حمایت اجتماعی شکل بنیادین و اساسی مرادده انسانی است که بین افراد در درون شبکه‌ای از روابط و وقایع زندگی عادی روزمره و اضطراری مبادله می‌شود. بی‌شک نداشتن حمایت اجتماعی نقش به‌سزایی

¹ Rosenfeld, Richman, Bowen

در شکل‌گیری رفتارهای مجرمانه افراد دارد (راک، ۲۰۰۹). پژوهشگران بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشتن، مراقبت و عزت نفس داشته و این موارد با نتایج سلامتی ارتباط مستقیم دارد. مطالعه راک (۲۰۰۹) مبتنی بر آسیب‌شناسی تحولی نیز رابطه بین تجارب منفی اولیه‌ی تحصیلی و حمایت اجتماعی و مشکلات افراد در دوران بزرگسالی در انجام تکالیف تحویل و مشکلات بزهکاری را مورد تأکید قرار می‌دهند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که در ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده نسبت به خانواده و دوستان تفاوت معناداری بین افراد مرتکب قتل عمد و عادی وجود ندارد؛ اما نکته‌ی قابل تأمل وجود تفاوت معنادار در حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی افراد مهم زندگی است که می‌تواند اثرات تأثیرگذارتری بر این قشر آسیب‌پذیر و آسیب‌زا داشته باشد. البته عدم وجود تفاوت معنادار در حمایت اجتماعی ادراک‌شده از خانواده و دوستان را می‌توان به حکم صادرشده این افراد نسبت داد که مرگ و پایان راه را به خود نزدیک می‌بیند و علی‌رغم مشکلات موجود میزان حمایت ادراک‌شده‌ی خود را از اطرافیان مطلوب و یا در حد افراد عادی گزارش می‌کنند.

در طی سه دهه‌ی اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در احتمال ارتکاب به جرائم افزایش یافته و شواهد زیادی وجود دارد که مجرمین عموماً در طول زندگی خود از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به دیگر افراد برخوردار بودند. کیفیت زندگی نیز مفهومی گسترده است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی‌گیرد (ربريو، ۲۰۰۴؛ کارو و همکاران، ۲۰۱۰). از این رو این باور وجود دارد که اگر در دوران کودکی، کیفیت زندگی و نیازهای اساسی شامل خوراک و پوشاک، سرپناه و مسکن، بهداشت و آموزش و پرورش فراهم نشوند، توقع یک زندگی باکیفیت در دوران بزرگسالی واقع بینانه نیست (روبینسون^۲، ۲۰۰۴). در واقع کیفیت زندگی مفهومی با دامنه‌ی وسیع است که تحت تأثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی شخص، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال روابط قرار دارد. در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در برمی‌گیرد (میلر و میلر^۳، ۲۰۰۹) و می‌تواند بر رفتاری‌های پرخطر و حتی مجرمانه فرد اثرگذار باشد. پژوهشگران کیفیت زندگی را نه تنها به عنوان نشانگر روان‌شناختی، بلکه به عنوان یک نشانگر اجتماعی هم می‌دانند. ارتباط میان اجزای کیفیت زندگی، یعنی فقر انزوای اجتماعی و بد رفتاری با کودک در تمامی طبقه‌بندی‌های ارتکاب به جرم تأکید می‌شود (امری و لامن، ۱۹۹۸). نتایج این پژوهش نیز نشان داد که مرتکبان قتل عمد از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد عادی برخوردارند که البته زندگی در زندان و محکوم‌شده خود به‌تهدایی می‌تواند بر این مؤلفه تأثیرگذار باشد و شناسایی میزان کیفیت زندگی آنان در شرایط قبل ارتکاب جرم و یا قبل از زندانی شدن از جمله مواردی که است که نیاز است تا با

¹ Rook

² Robinson

³ Miller, Miller

استفاده از مصاحبه‌های بالینی و صحبت با مجرم مشخص شود که متأسفانه امکان‌ها در این پژوهش جهت مسائل امنیتی فراهم نشد.

در این پژوهش مشخص شد که در میزان تاب‌آوری بین زنان و مردان مرتکب قتل عمد و زنان و مردان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. از این رو می‌توان استنباط کرد که یکی از عوامل اثرگذار بر ارتکاب به جرم ویژگی و خصوصیات شخصیتی چون تاب‌آوری است. افراد تاب‌آور در شرایط ناگوار و هنگام تجربه هیجانی منفی می‌توانند سازگاری و سلامت روانی خود را حفظ کنند. در واقع تاب‌آوری مهارتی مناسب برای پشت سر گذاشتن و مشکلات زندگی است؛ حتی زمانی که وضعیت نامطلوب و سخت وجود دارد (فولر، ۱۹۹۸؛ بتانکورت، مایرز، چارو و هنسن^۱، ۲۰۱۳). از میان عوامل مرتبط با تاب‌آوری می‌توان به عوامل شناختی محافظت‌کننده‌ای چون سطوح بالای عزت‌نفس و خودکارآمدی، خودداری بالا، منبع کنترل درونی و سبک‌های مقابله‌ی فعال‌تر اشاره کرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند این عوامل در مجرمان و زندانیان در سطحی پایین هستند و می‌تواند آن‌ها را در معرض رفتارهای تکانه‌ای و بدون فکر که قتل یکی از این نوع رفتارها است قرار دهد (چمبرز، ایسلستون، دای، وارد و هاوولز^۲، ۲۰۰۸). نتایج این پژوهش نیز نشان داد که افراد مرتکب به قتل عمد از میزان تاب‌آوری کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند که این مسئله می‌تواند احتمال ارتکاب به جرم و رفتارهای تکانه‌ای را افزایش دهد. ناگفته نماند که هر فرد ممکن است در موقعیتی تاب‌آور و در موقعیتی دیگر غیرتاب‌آور باشد. این موضوع به کیفیت ارتباط افراد با عوامل خطر و عوامل محافظ‌کننده بستگی دارد. در بهترین وضعیت حتی عامل خطر نیز می‌تواند زمینه‌ای برای فرد باشد تا منابع محافظ را جست‌وجو کند و در عمل به عاملی محافظ تبدیل شود. شناخت دقیق ویژگی‌های شخصیتی و نحوه‌ی تأثیر آن بر افراد مختلف می‌تواند محققان را در شناسایی هر چه بیشتر زندانیان، بروز جرم توسط آنان و پیشگیری از رفتارهای انحرافی یاری دهد (ابراهیمی، ۱۳۸۶).

در انتها به محدودیت‌های این پژوهش اشاره می‌شود که در تعمیم نتایج کسب‌شده باید مدنظر قرار گیرد، از آنجاکه مجرمان مرتکب قتل عمد از شرایط روحی مناسبی برخوردار نیستند و شرایط خاصی را تجربه می‌کنند، ممکن است در پاسخ‌گویی به سؤال‌ها کم‌حوصله باشند و یا برای توجیه رفتار خود در پاسخ‌گویی اغراق کنند. همچنین نزدیک بودن و یا دور بودن مدت زمان اجرای حکم خصوصاً حکم اعدام در نحوه‌ی پاسخ‌گویی به این سؤالات بی‌تأثیر نیست که در تبیین یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. از این رو با توجه به نتایج پژوهش حاضر و وجود تفاوت معنادار در ابعاد کیفیت زندگی، ویژگی شخصیتی تاب‌آوری و حمایت افراد مهم زندگی در احتمال ابتلا به چنین جرم سنگینی پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزش و آگاه‌سازی والدین برگزار شود تا کمتر شاهد چنین

¹ Betancourt, Meyers, Ohki, Charrow, hansen

² Chambers, Eccleston, Day, Ward, Howells

جرم‌های سنگینی شویم. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مدارس برای نوجوانان دختر و پسر دوره‌های آموزش مهارت تاب‌آوری و سبک زندگی سالم ارائه شود.

منابع

- ابراهیمی، م. (۱۳۸۶). مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیت در مجرمان مرتکب قتل و دیگر مجرمان در زندان مرکزی قزوین. ارائه‌شده در کنفرانس کاهش جرم
- بیرامی، م؛ هاشمی، ت؛ علی زاده گورادل، ج و حسینی بادنجان، س. م. (۱۳۹۱). پیش‌بینی آسیب‌پذیری در برابر استرس بر اساس میزان حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۲، شماره ۵.
- حسین زاده، ع و سپاه منصور، م. (۱۳۹۰). رابطه‌ی حمایت اجتماعی و عزت‌نفس با سبک‌های هویت دانشجویان. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره، شماره ۱: ۷۴-۸۸.
- خدابخشی کولایی، آ؛ علیزاده، ف؛ منصور، ل؛ تقی پور، الف؛ فلسفی زاده، م (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی خانواده و دوستان و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان پسر و دختر بزهکار، مجله سلامت، شماره ۲، سال ۱، ص ص ۱۲۹-۱۲۰
- رستمی، ص و احمدنیا، ش (۱۳۹۰). تعیین سهم مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر جوانرود سال ۱۳۸۹. پژوهش اجتماعی. دوره ۴(۱): ۱۲۹-۱۴۷.
- عباسی، م (۱۳۹۰). «بررسی رابطه‌ی بین کیفیت زندگی کاری و مدیریت ارتباط با مشتری در سازمان‌های دولتی استان کردستان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی سنندج، دانشکده علوم انسانی.
- علیپور، الف؛ صحرائیان، م. ع؛ علی‌اکبری، م و حاجی آقابابائی، م. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱؛ شماره ۳: ۱۱۰-۱۳۴.
- علیزاده، س؛ محسنی، م؛ خانجانی، ن؛ مؤمن‌آبادی و. (۱۳۹۳). همبستگی بین مشارکت اجتماعی زنان با کیفیت زندگی آنان در شهر کرمان. مدیریت ارتقای سلامت. دوره ۳(۲): ص ص ۳۴-۴۲.
- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکوئی نائینی، ک؛ محمد، ک و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردهای پرستشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله بهداشت و انیسیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲.

نصیری، ن؛ خلیلی، م؛ رحیمی، ح؛ مولوی، ح (۱۳۹۲). بررسی رابطه عوامل فردی، اقلیمی و بوم‌شناختی یا جرم قتل عمد در استان اصفهان. *مجله پزشکی قانونی*، دوره ۱۹، شماره ۱ و ۴، صص ۱۷۵-۱۸۲

Betancourt TS, Meyers-Ohki SE, Charrow A, Hansen N. (2013). Annual research review: Mental health and resilience inHIV/AIDS-affected children-a review of the literature and recommendations for future research. *J Child Psychol Psychiatry*; 54: 423-44

Chambers JC, Eccleston L, Day A, Ward T, Howells K. (2008). Treatment readiness in violent offenders: The influence of cognitive factors on engagement in violence programs. *Aggress Violent Behaviore*; 13: 276 – 284.

Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgruudic LJ. (2003). Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student sample. *Journal of personality assessment*: 81(3); 265 -273

Conner KM, Davidson JRT. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depress Anxiety*; 18: 76-82

Emery R, Laumman - Billings L. (1998). An overview of the nature causes and consequences of abusive family relationships to ward differencing maltreatment, and violence. *Journal of the American psychologist*; 2: 121-136

Gallo, L.C., Bogart, L.M., Vranceanu, A.M., & Matthews, K.A. (2005). Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: A test of the reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 386–399.

Gulact F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procardia social and behavioral sciences*, 2:44-9.

Kara, D., Kim, H.L. and Uysal, M., (2015). The effect of manager mobbing behavior on female employees' quality of life. *Current Issues in Tourism*, 15p.

Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 209–215.

King RC., Hinds PS. (2011) *Quality of life: From nursing and patient perspective theory*. Research Practice Toronto: Jones and Bartlett Publishers. P. 25-172

Laura, J. F., Graham, J. R. & Naomi. S. (2007). Social support, self- esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first –year under graduates. *Journal of College Student Development*, 48(3): 259-274

Masten, A.S., & Wright, M. (2010). Resilience over the Lifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery. In: Reich, J, W., Zautra. A.J., & Hall, J.S. *Handbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London

Miller, P. G., & Miller, W.R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction*, 104, 685–686.

Muller-Nordhorn J. (2006). Assessing quality of life in clinical trials. , 2nd ed. *Journal Epidemiology Community Health*; 60(9):822. Review

Nakahara J. (2013). Effects of social activities outside the home on life satisfaction among elderly people living alone. *International Journal of Psychological Studies*; 5(1):112.

Reberio J. (2004). Quality of life is a primary end point in clinical setting. *Clinical Nutrition*; 23: 121-123.

Robinson PF. (2004). Measurement of quality of life. *Journal of Association Nurses In AIDS Care*; 15: 14-19

Rook, K.S. (2009). Social support versus companionship effects on life stress, loneliness and evaluations by others. *Journal of personality and social Psychology*, 52(6) 1132-1142.

Schwartz, CE., Andresen, EM., Nosek, MA., & Krahn, GL. (2007). Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4):529-36

Tol WA, Song S, Jordans MJ. (2013). Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low-and middle-income countries. *Journal Child Psychology Psychiatry*; 54: 445-60.

Zautra, A.J., Hall, J.S., & Murray, K.E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In: Reich, J. W., Zautra. A.J., & Hall, J.S. *Handbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی