

مقایسه تاب آوری و حمایت اجتماعی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان عادی شهر تهران

یوسف کریمی^۱

محمود خباز^۲

یوسف حبیبی^۳

نادر کریمیان^۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۲

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تاب آوری و حمایت اجتماعی در نوجوانان بزهکار کانون‌های اصلاح تربیت و نوجوانان عادی جنوب شهر و حومه تهران انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان بزهکار کانون‌های اصلاح تربیت شهر تهران و نوجوانان عادی مدارس راهنمایی و دبیرستان جنوب شهر و حومه تهران بود. روش نمونه‌گیری در جامعه عادی به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام گرفت که ۲۶۴ نفر به‌عنوان نمونه در جامعه عادی انتخاب و از بین کلیه نوجوانان بزهکار کانون‌های اصلاح تربیت ۱۲۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی واکس (۱۹۸۶) و تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که میزان تاب آوری و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نوجوانان بزهکار به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از نوجوانان عادی می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که نوجوانان بزهکار مصرف‌کننده مواد در مقایسه با سایر بزهکاران از تاب آوری، حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی کمتری بهره‌مند هستند. با توجه به نتایج این مطالعه، باید اقدامات مناسبی جهت افزایش سطح تاب آوری نوجوانان و آموزش مهارت‌های اساسی زندگی به آن‌ها صورت گیرد و نهادهای حمایتی و قضایی باید با اقدامات تسهیلی و پیشگیرانه خود، خانواده‌ها را در جهت حمایت از فرزندان توانا سازند.

واژگان کلیدی: تاب آوری، حمایت اجتماعی، نوجوان بزهکار، نوجوان عادی.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) yukarimi@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی mkhabbazm@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علامه طباطبائی

۴. دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه هرمزگان naderk65@yahoo.com

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای است که به نظر می‌رسد در آن بسیاری از تصمیم‌گیری‌ها همانند بزرگسالان است، اما باید متذکر شد که هنوز تصمیم نوجوانان ناپایدار است و در برخی موارد ممکن است به رفتارهای ناکارآمد و حتی خطرناک منتهی شود (لونا، پادمانهان و اوهرن^۱، ۲۰۱۰). آسیب‌پذیری‌های جدایی‌ناپذیری در این دوره تحولی وجود دارد که ممکن است به مشکلات رفتاری همچون بزهکاری یا اختلال‌های روانی منتهی شود (لونا و سوینی^۲، ۲۰۰۴؛ سوینی، تاکارا، مک میلان، لونا و مین‌شو، ۲۰۰۴). آمار گزارش‌شده از کانون اصلاح و تربیت استان تهران نشان می‌دهد نزدیک به ۸۸ درصد بزهکاران را ساکنین شهرها تشکیل می‌دهند که از میان آن‌ها ۵۲ درصد در مناطق جرم‌خیز، زندگی می‌کنند (حاتمی‌نیا، ۱۳۹۰). در کشور ما پژوهش‌های محدودی در جوامع نوجوانان در معرض خطر، مثل مناطق حومه‌ی شهرهای بزرگ انجام شده است و پژوهش حاضر درصدد شناسایی عواملی است که سبب غلبه نوجوانان ساکن مناطق حومه‌ی شهر تهران بر شرایط استرس‌زا می‌شود. از جمله متغیرهای مهمی که امروزه در این حیطه مورد توجه قرار گرفته، تاب‌آوری می‌باشد.

تاب‌آوری توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود (ورنر^۳، ۲۰۱۳) و به آن به‌عنوان یکی از عوامل محافظتی در مقابل عوامل خطر ساز آینده توجه شده است. بسیاری از پژوهشگران تاب‌آوری را به‌عنوان توانایی غلبه و گذار از حوادث ناگوار تعریف و از آن به‌عنوان یک ایده خوب و باارزش کاربردی بالا برای کمک به افراد هنگام مواجهه با ناملایمات و محافظت آنان در برابر خطراتی که در طول زندگی‌شان به وجود می‌آید، یاد کرده‌اند (هارت، بلینکو و توماس^۴، ۲۰۰۷). تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی بین نوجوان و جوان جلوگیری کرده و آن‌ها را در برابر تأثیرات روان‌شناختی رویدادهای مشکل‌زا مصون نگه می‌دارد (پین کوآرت^۵، ۲۰۰۹). شواهد تجربی نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور کمتر جذب رفتارهای

1. Luna, B, Padmanabhan, A, O Hearn
2. Sweeney, J
3. Werner, E
4. Hart, A, Blincow, D & Thomas, H
5. Pinquart, M

پرخاطر می‌شوند (کومو، ساجیاپون، گیاناتونیو، مانسینی و روی، ۲۰۰۸). پین کوآرت معتقد است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین کند و ارتقا دهد (پین کوآرت، ۲۰۰۹) و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط افزایش پیدا کند (لوتار^۲، ۲۰۰۳). عدم تاب‌آوری می‌تواند در بروز رفتارهای پرخاشگرانه زودهنگام مؤثر باشد (آلن، کوکس و کوپر^۳، ۲۰۰۶).

پژوهش‌ها نشان داده است که تاب‌آوری با حمایت اجتماعی در میان جوانان در معرض خطر با مشکلات هیجانی ارتباط دارد و همچنین رشد فرایندهای تاب‌آوری می‌تواند در کاهش تأثیر هیجانی و روان‌شناختی استرس در بزرگسالان مفید باشد (اونگ، ادواردز و برگمن^۴، ۲۰۰۶). مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی که افراد دریافت می‌کنند تأثیر استرس را کاهش می‌دهد و شرایط را بهبود می‌بخشد (ساراسون^۵، ۲۰۱۳؛ سیلی^۶، ۱۹۹۸).

حمایت اجتماعی به‌عنوان اطلاعاتی است که شخص را بر این باور هدایت می‌کند که مورد عشق و علاقه، تأیید و ارزش از طرف خانواده و همسالان است و در معنای وسیع‌تر متعلق به شبکه‌های از ارتباطات و وظایف متقابل است (کوب^۷، ۱۹۷۶). ساراسون (۲۰۱۳) حمایت اجتماعی را داشتن این احساس که دیگران آدم را دوست دارند، برای او ارزش قائلند و آماده‌اند در صورت لزوم به او کمک کنند و پشتیبانی عاطفی او باشند، تعریف کرده است. همچنین حمایت اجتماعی به‌عنوان منبعی که افراد را قادر به مقابله با فشارهای روانی می‌سازد تعریف شده است (فریدمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ براون^۹، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی شامل مساعدت‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است که توسط دیگران تأمین می‌شود (جرارد، لندی-میر و گوزل-رو^{۱۰}، ۲۰۰۶). مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی که افراد دریافت می‌کنند تأثیر استرس را کاهش می‌دهد و شرایط

1. Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy
2. Luthar, S
3. Allen, L, Cox, J & Cooper, N
4. Ong, A, Edwards, L & Bergeman, C
5. Sarason, I
6. Seeley, C
7. Cobb, S.
8. Friedman, C
9. Brown, S
10. Gerard, Landry-Meyer & Guzell-Roe

را بهبود می‌بخشد. لو^۱ (۱۹۹۷) معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و منجر به کسب عواطف مثبت می‌گردد. در پژوهشی که بر روی دانشجویان آفریقایی تبار صورت گرفت، مشخص شد اجتماعی شدن نژادی و حمایت اجتماعی، تاب‌آوری را در این گروه پیش‌بینی می‌کند (براون^۲، ۲۰۰۸). در مطالعه طباطبایی و کیلی و قره‌آقاجی (۱۳۸۶) وجود حمایت اجتماعی به‌عنوان شاخص ارتقاءدهنده تاب‌آوری مشخص شد. همچنین هس و گرایدون^۳ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که با هدف مشخص کردن عواملی که سبب تاب‌آوری در افراد بزرگ شده در پرورشگاه (سراهی) انجام داده‌اند، حمایت اجتماعی را از جمله این عوامل شناسایی کردند. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد، رشد تاب‌آوری در کودکانی که در بحران هستند، جهت به‌حداقل رساندن بزهکاری طولانی‌مدت و تبدیل آن‌ها به بزرگسالانی متعهد ضروری است (آلن، کوکس و کوپر، ۲۰۰۶).

با توجه به اهمیت بحث تاب‌آوری و حمایت اجتماعی معرض خطر، مثل مناطق حومه‌ی شهرهای بزرگ از جمله تهران هدف پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در میان بزهکاران ساکن در کانون اصلاح و تربیت و نوجوانان بهنجار ساکن در حومه شهر تهران می‌باشد.

روش پژوهش

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری: روش تحقیق در این مطالعه علی‌مقایسه‌ای بود. پژوهش حاضر در دو جامعه نوجوانان پسر بزهکار و عادی در شهر تهران انجام گرفت؛ جامعه نوجوانان بزهکار را کلیه نوجوانان پسر ۱۸-۱۲ مقیم در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران تشکیل می‌دادند. با توجه به این که محل سکونت اکثر نوجوانان بزهکار مناطق جنوب شهر و حومه تهران بود جهت یکنواخت شدن دو جامعه و امکان مقایسه بین دو گروه، کلیه نوجوانان در حال تحصیل در مدارس راهنمایی و دبیرستان مناطق جنوب شهر و حومه تهران به‌عنوان جامعه عادی پژوهش در نظر گرفته شدند.

روش نمونه‌گیری در جامعه عادی به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام گرفت. جامعه آماری عادی، کلیه نوجوانان پسر در حال تحصیل در مقاطع راهنمایی و دبیرستان

-
1. Lu, L
 2. Brown, D
 3. Hass, M & Graydon, K

مناطق حومه شهر تهران بود. برآورد افراد نمونه با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) ۲۶۴ نفر در نظر گرفته شد که این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین مناطق جنوب شهر تهران منطقه ۱۷ و ۱۹ و از بین مناطق حومه تهران، مناطق شهریار، شهر قدس و اسلامشهر و پس از هماهنگی با آموزش و پرورش شهر تهران، از هر منطقه یک مدرسه در مقطع دبیرستان و یک مدرسه در مقطع راهنمایی و سپس از بین کلاس‌های هر مدرسه یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین کلیه نوجوانان بزهکار کانون‌های اصلاح و تربیت شهر تهران نیز ۱۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه حمایت اجتماعی^۱: این پرسشنامه توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوار^۲ در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته شد. بنا به تعریف کوب، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده و ۴ درجه‌بندی به شکل بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف است. این آزمون در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش‌آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. شهبخش (۱۳۸۹) ضرایب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی ۰/۶۶ محاسبه کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است.

۲- پرسشنامه تاب آوری^۳: این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و کانر و دیویدسون^۴ (۲۰۰۳) آن را با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. نمره‌گذاری ۵ درجه‌ای بین صفر=کاملاً نادرست تا چهار=همیشه درست انجام می‌شود. بیشترین نمره ۱۰۰ و کمترین نمره صفر است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه شامل جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مهارت‌های اولیه، بیماران سرپایی

1. Social Support Appraisals (SSA)
2. Vaux, Phillips, Holley, Thompson, Williams & Stewart
3. Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RIS)
4. Connor & Davidson

روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است (بینزاده، ۱۳۸۴). تهیه‌کنندگان معتقدند این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی و قابل استفاده در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی است. در ایران، محمدی (۱۳۸۴) برای هنجاریابی آن، پیش از تعیین روایی با استفاده از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی دو شاخص؛ مقدار کفایت نمونه‌برداری^۱ برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو آزمون کرویت بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ به دست آورد که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. ضریب پایایی با محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۸۹. به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در نمونه حاضر برابر ۰/۸۲ بود.

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ بیان شده است. نمونه تحقیق شامل ۱۲۰ نوجوان بزهکار و ۲۶۴ نوجوان عادی بود. ۷۴/۲ درصد افراد بزهکار برای اولین بار بازداشت شده بودند، ۱۳/۳ درصد برای دومین بار، ۶/۷ درصد برای بار سوم و ۵/۸ درصد بقیه بیش از سه بار سابقه بازداشت داشتند.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

| ویژگی | طبقات پاسخ | بزهکار | | عادی | |
|--------------------|------------|------------|---------|------|---------|
| | | درصد معتبر | فراوانی | | فراوانی |
| سن | ۱۲-۱۳ سال | ۴ | ۳/۳ | ۷۱ | ۲۶/۹ |
| | ۱۴-۱۶ سال | ۳۱ | ۲۵/۸ | ۱۵۴ | ۵۸/۳ |
| | ۱۷-۱۸ سال | ۸۵ | ۷۰/۸ | ۳۹ | ۱۴/۸ |
| تحصیلات | بی سواد | ۱ | ۰/۸ | ۰ | ۰ |
| | دبستان | ۱۵ | ۱۲/۵ | ۰ | ۰ |
| | راهنمایی | ۶۶ | ۵۵ | ۱۲۹ | ۴۸/۹ |
| سابقه فرار از خانه | دبیرستان | ۳۸ | ۳۱/۷ | ۱۳۵ | ۵۱/۱ |
| | دارد | ۳۵ | ۲۹/۲ | ۸ | ۳ |
| | ندارد | ۸۵ | ۷۰/۸ | ۲۵۶ | ۹۷ |
| اعتیاد والدین | بله | ۴۱ | ۳۴/۲ | ۶ | ۲/۳ |
| | خیر | ۷۹ | ۶۵/۸ | ۲۵۸ | ۹۷/۷ |

1. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)

| | | | | | |
|------|-----|------|----|-----|----------------------|
| ۱/۱ | ۳ | ۴۹/۲ | ۵۹ | بله | مصرف سیگار یا مخدرات |
| ۸۹/۹ | ۲۶۴ | ۵۰/۸ | ۶۱ | خیر | |

همانگونه که مشاهده می‌شود اکثر نوجوانان عادی در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۶ سال (۵۸/۳ درصد) و بزهکاران در دامنه سنی ۱۷ تا ۱۸ سالگی (۷۰/۸ درصد) قرار دارند. از نظر میزان تحصیلات بزه کارها بیشتر دارای تحصیلات دوره راهنمایی (۵۵ درصد) اما نوجوانان عادی دارای تحصیلات دبیرستان و مشغول ادامه تحصیل می‌باشند. بیشترین سابقه فرار از خانه را بزهکاران (۲۹/۲ درصد) داشتند. از لحاظ اعتیاد نیز در بین دو گروه تفاوت وجود دارد به نحوی که حدود ۳۴/۲ درصد والدین بزهکاران دارای اعتیاد اما در والدین نوجوانان عادی تنها ۲/۳ درصد دارای اعتیاد بودند. در مصرف سیگار و مخدرات نیز تفاوت قابل توجهی بین این دو گروه قابل مشاهده می‌باشد، به نحوی که ۴۹/۲ درصد از بزهکاران سیگار یا مخدرات مصرف می‌کردند اما در میان نوجوان عادی جنوب شهر تهران ۱/۱ درصد مصرف سیگار را داشته‌اند.

در مورد فرضیه های تحقیق T^2 هاتلینگ (تحلیل واریانس چند متغیری بین آزمودنی های دو گروهی) روی دو متغیر وابسته اجرا شد: تاب آوری و حمایت اجتماعی. متغیر مستقل، تعلق افراد به گروه بزهکار یا عادی بود. ۳۲ درصد شرکت کنندگان، بزهکار و بقیه افراد عادی بودند. ارزیابی ویژگی داده‌ها (نرمال بودن، همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس) نشان داد که مفروضه های آماری اصلی برقرار است و می توان تحلیل را انجام داد.

جدول ۲. تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری در مورد تاب آوری و حمایت اجتماعی افراد بزهکار و عادی

| تک متغیری | | | | | چند متغیری | | |
|-----------|--------|---------|-------------|--------|------------|----|------------------|
| حمایت | حمایت | حمایت | حمایت | تاب | F | Df | منبع |
| دیگران | دوستان | خانواده | اجتماعی کلی | آوری | | | |
| ۲۶/۲* | ۱۷/۷* | ۳۰/۹* | ۴۱/۷۵* | ۳۶/۷۹* | ۱۵/۱۶۷* | ۱ | نسبت F برای گروه |
| ۷۳/۸۷ | ۴۵/۳ | ۱۰۱/۲ | ۶۴۴/۳ | ۸۸۹۰/۷ | | | مجذور میانگین |

* P<./

شاخص لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعلق به گروه بزهکار و عادی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار است ($P<./۰۰۵$ و $partial n^2 = .۱۳۸$ و $F_{۳۷۹} = ۱۵/۱۶۷$).

آماره‌های ANOVA تک متغیری در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه انجام شد تا معناداری آماری اثر چندمتغیری تعیین شود.

جدول ۲ نشان می‌دهد بین میزان تاب‌آوری گروه بزهکار و عادی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < .005$ و $\text{partial } n^2 = .088$ و $F(1, 382) = 36.79$). میانگین‌ها و انحراف استاندارد‌های پنج متغیر وابسته برای هر یک از دو گروه در جدول ۳ نشان داده شده است. به نظر می‌رسد میانگین نمره افراد عادی در تاب‌آوری ($M = 87.23$ و $SD = 0.95$) در مقایسه با افراد بزهکار ($M = 76.85$ و $SD = 1.4$) بالاتر است. بین حمایت اجتماعی گروه بزهکار و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < .005$ و $\text{partial } n^2 = .099$ و $F(1, 382) = 41.75$). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمره حمایت اجتماعی افراد عادی بالاتر از گروه بزهکار می‌باشد.

تعلق به گروه بزهکار و عادی بر حمایت خانوادگی نیز تأثیر معنی‌دار داشته است ($P < .005$ و $\text{partial } n^2 = .075$ و $F(1, 382) = 30.9$). میانگین نمره افراد عادی در حمایت خانوادگی ($M = 14.66$ و $SD = 0.11$) در مقایسه با گروه بزهکار ($M = 13.35$ و $SD = 0.16$) بالاتر است. بین نمره حمایت دوستان افراد عادی و بزهکار تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < .005$ و $\text{partial } n^2 = .044$ و $F(1, 382) = 17.7$). میانگین نمره افراد عادی در حمایت دوستان ($M = 12.54$ و $SD = 0.09$) در مقایسه با گروه بزهکار ($M = 11.8$ و $SD = 0.14$) بالاتر می‌باشد. بین نمره مقیاس حمایت دیگران افراد عادی و بزهکار تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < .005$ و $\text{partial } n^2 = .064$ و $F(1, 382) = 26.2$). میانگین نمره افراد عادی در مقیاس حمایت دیگران ($M = 14$ و $SD = 0.1$) در مقایسه با گروه بزهکار ($M = 13.1$ و $SD = 0.153$) بالاتر می‌باشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در گروه بزهکار و عادی

| گروه | تاب‌آوری | | حمایت اجتماعی | | حمایت خانواده | | حمایت دوستان | | حمایت دیگران | |
|--------|----------|-------|---------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|--------------|------|
| | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M |
| بزهکار | ۱/۴ | ۷۶/۸۵ | ۰/۳۵۹ | ۳۸/۲۵ | ۰/۱۶ | ۱۳/۳۵ | ۰/۱۴ | ۱۱/۸ | ۰/۱۵۳ | ۱۳/۱ |
| عادی | ۰/۹۵ | ۸۷/۲۳ | ۰/۲۴۲ | ۴۱/۰۵ | ۰/۱۱ | ۱۴/۶۶ | ۰/۰۹ | ۱۲/۵۴ | ۰/۱ | ۱۴ |

از آنجا که ۴۹ درصد افراد بزهکار سابقه مصرف سیگار یا مصرف مواد مخدر داشتند، از T^2 هاتلینگ جهت مقایسه تاب آوری و حمایت اجتماعی این افراد با افرادی که سابقه مصرف مواد نداشتند استفاده گردید. ارزیابی ویژگی داده‌ها (نرمال بودن، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس) نشان داد که مفروضه‌های آماری اصلی برقرار است و می‌توان تحلیل را انجام داد.

جدول ۴. تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری در مورد تاب آوری و حمایت اجتماعی گروه مصرف کننده مواد و گروه عدم مصرف

| منبع | df | F | تک متغیری | | | |
|------------------|----|---------|-----------|-------------------|---------------|--------------|
| | | | تاب آوری | حمایت اجتماعی کلی | حمایت خانواده | حمایت دوستان |
| نسبت F برای گروه | ۱ | ۳/۲۱۹** | ۶/۷۹۶* | ۴/۹** | ۷/۹۵* | ۰/۰۳۷ |
| مجدور میانگین | | | ۱۶۱۵/۹ | ۸۴/۱۶ | ۳۴/۴۵ | ۰/۰۹۵ |

* P<./ ** P<./

شاخص لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعلق به گروه مصرف کننده مواد و گروه عدم مصرف بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است ($P<./۰۵$ و $\text{partial } n^2 = .۱۰۱$) و $F(۳/۲۱۹=۱۱۵)$. آماره های ANOVA تک‌متغیری در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه انجام شد تا معناداری آماری اثر چندمتغیری تعیین شود. جدول ۴ نشان می‌دهد بین میزان تاب آوری گروه مصرف کننده مواد و گروه عدم مصرف تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<./۰۱$ و $\text{partial } n^2 = .۰۵۴$ و $F(۱۱۸=۶/۷۹۶)$). میانگین‌ها و انحراف‌استاداردهای پنج متغیر وابسته برای هر یک از دو گروه در جدول ۵ نشان داده شده است. به نظر می‌رسد میانگین نمره تاب آوری افراد مصرف کننده مواد از نمرات افراد سالم به طور معنی‌داری پایین‌تر است.

بین حمایت اجتماعی گروه مصرف کننده‌ی مواد و گروه عدم مصرف تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<./۰۵$ و $\text{partial } n^2 = .۰۴$ و $F(۱۱۸=۴/۹)$). همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نمره حمایت اجتماعی افراد مصرف کننده مواد پایین‌تر از افراد سالم می‌باشد.

مصرف یا عدم مصرف مواد بر حمایت خانوادگی نیز تأثیر معنی‌دار داشته است ($P < .01$ و $partial n^2 = .063$ و $F(1, 118) = 7.95$). میانگین نمره افراد مصرف‌کننده مواد پایین‌تر از افرادی است که سابقه مصرف مواد نداشته‌اند. بین نمره حمایت دوستان افراد مصرف‌کننده مواد و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > .05$ و $partial n^2 = .004$). بین نمره مقیاس حمایت دیگران افراد مصرف‌کننده مواد و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P > .05$ و $partial n^2 = .02$ و $F(1, 118) = 3.02$). جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن در گروه مصرف‌کننده مواد و گروه عدم مصرف

| گروه | تاب‌آوری | | حمایت اجتماعی | | حمایت خانواده | | حمایت دوستان | | حمایت دیگران | |
|-----------------|----------|------|---------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M |
| مصرف‌کننده مواد | ۷۳/۱۱ | ۲ | ۰/۵۴ | ۳۷/۴ | ۰/۲۷۱ | ۱۲/۸۱ | ۰/۲ | ۱۱/۷۸ | ۰/۲۲ | ۱۲/۸۲ |
| عدم مصرف مواد | ۸۰/۴۶ | ۱/۹۸ | ۰/۵۳ | ۳۹/۰۸ | ۰/۲ | ۱۳/۸۸ | ۰/۲۱ | ۱۱/۸۳ | ۰/۲۳ | ۱۳/۳۶ |

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که میزان تاب‌آوری نوجوانان بزهکار به طور معنی‌داری پایین‌تر از نوجوانان عادی می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کومو^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، پین کوآرت (۲۰۰۸) و محمدی و آقاجانی (۱۳۹۰) هم‌خوانی نشان می‌دهد. محمدی و آقاجانی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که افراد تاب‌آور نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه می‌کنند. در واقع رشد تاب‌آوری در کودکانی که در بحران هستند، جهت به حداقل رساندن بزهکاری طولانی‌مدت و تبدیل آن‌ها به بزرگسالانی متعهد ضروری است (آلن و همکاران، ۲۰۰۶). هم‌چنین نتایج نشان داد که در بین افراد بزهکار نیز تاب‌آوری افرادی که سابقه سوءمصرف مواد یا دخانیات داشتند به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد بزهکار بود. این یافته با یافته‌های باکتر و همکاران (۲۰۰۳)،

کلیور و مورل^۱ (۲۰۰۷) و بونانو^۲ و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است. افراد تاب آور در شرایط سخت به میزان کمتری دچار اختلال می شوند و یا در صورت مواجه با موقعیت های دشوار و استرسزا سریع تر به حالت عادی برمی گردند و از انعطاف پذیری بیشتری برخوردارند و در مقابل پذیرش خواسته دیگران مقاومت نشان می دهند و می توانند خشم خود را کنترل کنند (پین کوآرت، ۲۰۰۸). تاب آوری تنها پایداری در برابر شرایط تهدیدکننده یا آسیب ها نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک می باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در حقیقت، داشتن سطوح بالای تاب آوری باعث می شود که فرد به جای پناه بردن به مواد مخدر و سیگار و یا انجام رفتارهای بزهکارانه، با بروز هیجانات مثبت و باورهای شناختی کارآمد به ترمیم خود پردازد.

یافته های پژوهش نشان داد که نمره نوجوانان بزهکار در مقیاس حمایت اجتماعی و مولفه های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران به طور معنی داری پایین تر از نمره افراد عادی می باشد. این یافته با یافته های مطالعات آلن و همکاران (۲۰۰۶)، براون (۲۰۰۸)، استروب، زیپ، استروب و آباکومکین^۳ (۲۰۰۵) همخوانی دارد. آنان نیز در مطالعات خود دریافتند که حمایت اجتماعی نقش مؤثری در پیشگیری از اختلالات روانی، بزهکاری، خشونت، اعتیاد و .. دارد. از طرفی نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی کلی و حمایت خانوادگی افراد بزهکار معتاد، پایین تر از افراد بزهکار غیرمعتاد می باشد. به این معنا که نوجوانانی که در مطالعه ما دارای پایین ترین سطح حمایت اجتماعی و خانوادگی بودند علاوه بر انجام بزهکاری سابقه مصرف مواد مخدر و دخانیات را نیز داشتند. این یافته همسو با نتایج خباز و بهجتی (۱۳۹۰)، براون (۲۰۰۸) و هس و گرایدون (۲۰۰۹) نشان می دهد که حمایت خانوادگی و اجتماعی تأثیر بسزایی در پیشگیری از اعتیاد و رفتارهای پرخطر دارد. در واقع باید گفت که حمایت اجتماعی از طریق افزایش سطح تاب آوری از فرد در مقابل مشکلات و ترس های محیطی محافظت می کند. بنارد^۴ (۲۰۰۴) روابط اجتماعی و مراقبتی را منبع اساسی تاب آوری در نظر می گیرد و اظهار می دارد افراد تأمین کننده این نوع

1. Kliwer, W & Murrelle, L
2. Bonanno
3. Stroebe, W, Zech, E, Stroebe, M & Abakoumkin, G
4. Benard

حمایت، افرادی مؤثر هستند که صمیمیت، مراقبت و توجه را فراهم و در عین حال به فرد کمک می‌کنند تا خود به‌ویژه توانمندی‌ها و منابع خود را بشناسد. از دیدگاه او جنبه‌ای از محیط اجتماعی که باعث ارتقای تاب‌آوری می‌شود ارائه فرصت مشارکت و همکاری است. هس و گریدون (۲۰۰۹) با بررسی منابع تاب‌آوری جوانان سر راهی که توسط والدین خود ترک شده بودند نشان دادند ترکیبی از عوامل حمایتی شامل احساس شایستگی، داشتن هدف برای آینده، مشارکت در فعالیت‌های خدمات اجتماعی در سازگاری و تاب‌آوری و غلبه آن‌ها بر این نابرابری مؤثر بوده‌است و هم‌چنین حضور و کمک مربیان، درمانگران و نیز داشتن دوستان هم‌سنی که فرد با او تعامل و هم‌حسی داشته باشد عامل اساسی در تاب‌آوری و سازگاری افراد بوده‌است. همانطور که نتایج مطالعه نشان می‌دهد در میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، خانواده نقش پررنگ‌تری دارد که همسو با نظریه‌های سیستمی خانواده می‌باشد. بر اساس این نظریه، خانواده هم‌چون سیستمی قدرتمند تمام اعضای خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجود ارتباطات صریح و کارآمد، سلسله‌مراتب قدرت، تقسیم نقش، پاسخ‌دهی عاطفی و مؤثر و وجود ساختارهای قوی و کارساز خانوادگی از عوامل مؤثر در کارآمدی خانواده و اعضایش می‌باشد. راتوس^۱ (۲۰۱۱) معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می‌کند: ۱- توجه عاطفی شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات، همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن. ۲- یاری‌رسانی یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می‌انجامد. ۳- اطلاعات یعنی ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله افراد. ۴- ارزیابی یعنی ارائه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد که منجر به تصحیح عملکرد می‌شود. ۵- جامعه‌پذیری یعنی دریافت حمایت اجتماعی که معمولاً به‌واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال دارد. با توجه به ارتباط قوی تاب‌آوری و حمایت اجتماعی به نقش دو عامل محافظت‌کننده درونی و بیرونی اشاره شده است: ۱- عوامل محافظت‌کننده درونی شامل کاربرد مهارت‌های زندگی به ویژه مهارت‌های حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود، کنترل تکانه، اجتماعی‌بودن، توانایی دوست داشتن و دوست داشته شدن و ایجاد روابط مثبت. ۲- عوامل محافظت‌کننده بیرونی شامل پیشگامی در ایجاد روابط و پیوندهای

صمیمی و ارج نهادن به تحصیل، سبک تعامل پرحرارت و کم‌بهبانه گیر و تقویت روابط حمایت‌گرانه و مهرورزانه با خانواده، همسالان و اجتماع (طباطبایی و قرا آقاجی، ۱۳۸۶؛ به نقل از خباز و بهجتی، ۱۳۹۰).

با توجه به یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تاب‌آوری و حمایت اجتماعی (خانوادگی، دوستان و دیگران) نوجوانان بزهکار پایین‌تر از نوجوان عادی می‌باشد و حتی بین بزهکاران معتاد و غیرمعتاد نیز از لحاظ تاب‌آوری و حمایت خانوادگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به این یافته‌ها و از آنجایی که نوجوانی سنی حساس و شکننده می‌باشد و نوجوانان ما امروزه در معرض انواع تهدیدها و مخاطرات هیجانی و استرس‌های گوناگون می‌باشند انجام اقدامات پیشگیری در اولویت می‌باشد. از همین رو به نهادهای مسئول در امر سلامت از جمله وزارت آموزش و پرورش، بهداشت، بهزیستی و سازمان ملی نوجوانان پیشنهاد می‌شود با ارائه برنامه‌های مدون و کارآمد در بالابردن میزان تاب‌آوری و فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی برای نوجوانان قدم‌های مؤثری در پیشگیری از بزهکاری بردارند. برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های اساسی زندگی، آموزش خانواده‌ها، در دسترس بودن مشاوران مجرب برای این گروه سنی و تولید رسانه‌های آموزشی می‌تواند راه‌گشای مسئولان سلامت کشور باشد. عدم تمایل نوجوانان ساکن در کانون اصلاح و تربیت یکی از موانع انجام سریع پژوهش بود که لازم است در مطالعاتی از این دست در آینده به حل این مشکل اقدام شود و هم‌چنین تحقیقاتی در زمینه شیوه‌های افزایش تاب‌آوری و فراهم‌نمودن حمایت اجتماعی برای نوجوانان صورت گیرد.

منابع

- ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). بررسی اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.
- حاتمی‌نیا، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه سبک‌های هویت‌یابی و هیجان‌خواهی بین نوجوانان عادی و بزهکار(دختر و پسر) شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- خباز، محمود و بهجتی، زهرا. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در پسران نوجوان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۵، ۴، ۱۰۸-۱۳۳.

شه بخش، افشین. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه رابطه بین ابعاد کمال گرایی، حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان با سطوح بالا و پایین فرسودگی تحصیلی دانشگاه علامه طباطبایی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

طباطبایی و کیلی، سیدمهدی، قره آقاجی، سعید. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی پیشگیری مشارکتی مدرسه محور (با تأکید بر سوء مصرف مواد)*. تهران: انتشارات هنر اول.

محمدی، ابوالفضل و آقاجانی، میترا. (۱۳۹۰). رابطه اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه‌های هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷، ۲، ۱۳۶-۱۴۲.

- Allen, L. R. Cox, J. & Cooper, N. L. (2006). The impact of a summer day camp on the resiliency of disadvantaged youths. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 77(1), 17-23.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*: WestEd.
- Bonanno, G. A. Galea, S. Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 671.
- Brown, D. L. (2008). African American resiliency: Examining racial socialization and social support as protective factors. *Journal of Black Psychology*, 34(1), 32-48.
- Brown, S. (2015). Improving Mental Health through Social Support: Building Positive and Empowering Relationships. *British Journal of Social Work*, bcv065.
- Buckner, J. C. Mezzacappa, E. & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cuomo, C. Sarchiapone, M. Di Giannantonio, M. Mancini, M. & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(3), 339-345.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I. Liscum, K. R. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603.
- Gerard, J. M., Landry-Meyer, L., & Roe, J. G. (2006). Grandparents raising grandchildren: The role of social support in coping with caregiving

- challenges. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(4), 359-383.
- Hart, A. Blincow, D. & Thomas, H. (2007). *Resilient therapy: Working with children and families*: Routledge.
- Hass, M. & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among successful foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 457-463.
- Kliwer, W. & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 448-455.
- Lu, L. (1997). Social Support, Reciprocity, and Well-Being. *The Journal of Social Psychology*, 137(5), 618-628.
- Luna, B. & Sweeney, J. A. (2004). The emergence of collaborative brain function: FMRI studies of the development of response inhibition. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 296-309.
- Luna, B. Padmanabhan, A. & O Hearn, K. (2010). What has fMRI told us about the development of cognitive control through adolescence? *Brain and cognition*, 72(1), 101-113.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*: Cambridge University Press.
- Ong, A. D., Edwards, L. M. & Bergeman, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1263-1273.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30(1), 53-60.
- Rathus, S. A. (2011). *Psychology* (10th ed.). Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston
- Sarason, I. G. (2013). *Social support: Theory, research and applications* (Vol. 24): Springer Science & Business Media.
- Seeley, C. (1998). *The effects of social support on psychological Resiliency*. Southern Connecticut state university.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S. & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Sweeney, J. A. Takarae, Y. Macmillan, C. Luna, B. & Minshew, N. J. (2004). Eye movements in neurodevelopmental disorders. *Current opinion in neurology*, 17(1), 37-42.
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? *Handbook of resilience in children* (pp. 87-102): Springer.