

رابطه سلامت روانی و نگرش به بزهکاری در نوجوانان و جوانان در کمپ‌های اطراف تهران

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۹

ساناز رزمخواه*

دکتر بتول پاکزاد**

دکتر قدسی احقر***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت روان با نگرش به رفتار بزهکاری نوجوانان و جوانان در کمپ‌های اطراف شهر تهران انجام شد. تعداد ۱۲۰ نفر از نوجوانان و جوانان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت روان GHQ28 و پرسشنامه نگرش به رفتار بزهکاری جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون، آزمون رگرسیون چند متغیری) تحلیل شد. نتایج نشان داد بین خرده‌مقیاس‌های سلامت روان اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و خیم، نارسا کنش وری اجتماعی و نشانه‌های بدنی با نگرش به رفتار بزهکاری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. از روی نمرات خرده‌مقیاس‌های سلامت روان می‌توان رفتار بزهکاری را پیش‌بینی کرد. قدرت پیش‌بینی خرده‌مقیاس اضطراب و بی‌خوابی بیشتر از کنش وری اجتماعی، افسردگی و خیم و نشانه‌های بدنی است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و خیم، نارسا کنش وری اجتماعی، نشانه‌های بدنی، نگرش به رفتار بزهکاری.

* کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

Ahmadi_a30203@yahoo.com

** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

*** دانشیار پژوهشگاه مطالعات و دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات

Ahghar2004@yahoo.com

پیشرفت علم، فن آوری و گسترش روز افزون اطلاعات در عصر جدید، از یک سو وضعیت زندگی را بهبود بخشیده و از سوی دیگر تحولات اجتماعی، تغییر سبک زندگی و پیچیدگی های زندگی امروز، سلامتی، بهداشت و آرامش روانی انسان ها را تهدید می کند و مشکلات جدید، آسیب پذیری انسان ها را افزایش می دهد بیماری های روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی در مقابل آن، مصونیت ندارد. نهضت بهداشت روانی در نیم قرن اخیر، خرافات و افکار غلط در مورد بیماری های روانی را کنار گذاشته و نشان داده است که اگر این بیماری ها را زود تشخیص داده و درمان کنیم، به همان نسبت از مزمن شدن و عوارض آن کاسته خواهد شد. یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده ی انسان، مفهوم سلامتی است. هدف اساسی دانشمندان در حیطه های روان شناسی، جامعه شناسی و پزشکی، به حداکثر رساندن احساس سلامت افراد است. متخصصان، تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده اند؛ هر چند همه ی آنها در پذیرش مسؤ لیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم مشترکند (بلایر^۴، ۲۰۰۰).

چیونگ^۵ (۲۰۰۳) و نلسون^۶ (۲۰۰۵) با مروری بر پژوهش ها دریافتند که وقفه یا بازداری در ظرفیت های روان شناختی فرد و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده، سبب بی تفاوتی فرد نسبت به وظایف و اعمال خ و می شود. این فرآیند، سبب استقرار و گسترش نشانه های جسمانی افسردگی و اضطراب گردیده و نهایتاً کنش وری اجتماعی شغل و تحصیل را به نارسایی می کشاند. سلامت روانی، جسمی و اجتماعی برای همه ی افراد ضروری و اساسی است (لیچسنرینک ولی بینگ^۷، ۲۰۰۳). مطالعاتی که در سال های اخیر از طرف متخصصان سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حالی توسعه انجام گرفته، از افزایش دامنه ی شیوع افسردگی، اضطراب بزهکاری در میان ملل در حال رشد حکایت می کند. شواهد و مدارک مربوط به مطالعات همه گیر شناختی، حاکی از وجود یک دسته از متغیرهاست که با افسردگی، اضطراب و نارسا کنش وری اجتماعی و رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری ارتباط دارند (مایهر^۸، ۲۰۰۴).

از دیدگاه بارنت^۹ (۲۰۰۰) فردی دارای سلامت روان است که سازگار باشد، مواقعی که با تعارضات مواجه می شود دچار تنیدگی نگردد. در مواجهه با مشکلات برخورد منطقی داشته باشد و از سوی دیگر واقعیات زندگی را درک کرده و بپذیرد. وی معتقد است که سلامت روان فرد را به سوی هماهنگی با یک زندگی هدف دار سوق می دهد. براساس نظر زاکین^{۱۰} (۲۰۰۰) سلامت عمومی شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای دورنی و الزامات محیط در حال تغییر می باشد. امروزه مسأله بهداشت روانی از بُعد فردی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی از اهمیت ویژه ای برخوردار است چرا که مبتلایان به اختلال روانی رفتارهای ضد اجتماعی با کارایی کمتر و اتلاف نیروهای بالقوه خود در مدارس، سازمانها، محیط های خانوادگی و جامعه را در ابعاد مختلف با دشواری روبه رو خواهند ساخت (میلانی فر، ۱۳۸۳). هدف از بهداشت روانی ایجاد محیطی سالم

۴ Blair, S

۵ Chunping, N

۶ Nelson, H, E

۷ LeTcteerTnng, F., & Leibing, E

۸ Myhr. G

۹ Barnnen T, S

۱۰ Zakin, M

برای برقراری روابط صحیح انسانی است. سال ۲۰۰۱ میلادی از طرف سازمان بهداشت جهانی تحت عنوان سال جهانی بهداشت روانی اعلام گردید. این سازمان در این سال شعار «غفلت بس است، مراقبت کنیم» را برای بیان اهمیت موضوع مطرح کرد. همه روزه ما شاهد تعداد روز افزون افرادی هستیم که در ارتباط با دیگران مشکل دارند، افرادی که دستخوش ترس از برخوردهای اجتماعی هستند، جوانانی که هنگام ورود به جمع نمی دانند چه بگویند و چگونه رفتار کنند و احساس ناتوانی برای گفتگو با مردم و عدم همکاری با آنها دارند این افراد قادر به تصمیم گیری برای مسائل روزمره خود نیستند، که همه آن ها باعث شیوع اضطراب، افسردگی، و انزوای اجتماعی بزهکاری خواهد شد. این مسائل باعث طرد از اجتماع و مشکل در سلامت روانی شخص می گردد. (لوبر، فارینگتون و پکچک^{۱۱}، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش کلارک (۲۰۰۱) نشان داد که ریشه اکثر جرم ها و بزهکاری ها در نوجوانان از روابط نامساعد، اختلافات، نابسامانی ها و ناسازگاری های نوجوانان نشأت می گیرد و فقدان سلامت روان نقشی اساسی در بروز انحرافات اجتماعی ایفاء می نماید.

تحقیقات فلدمن^{۱۲} (۲۰۰۴) حاکی از آن است که میزان بزهکاری نوجوانان و جوانانی که به دلیل رفتارشان دستگیر شده بودند در میان افرادی که در دوران کودکی به دشواری با همسالان خود کنار می آمدند بیشتر بود. بزهکاری پدیده ای اجتماعی و دارای بستر اجتماعی است هر چند که عوامل زیستی، روانی، جغرافیایی، قومی، نژادی و موارد دیگر در نحوه شکل گیری و بروز نوع بزه نقش بسیار مهمی ایفاء می کنند، نگرش به بزهکاری قدمتی دیرینه دارد. به طوری که مطالعات باستان شناسی و انسان شناسی نشان داده اند این نگرش جزء لاینفک زندگی بشری در تمام اعصار بوده است. بزهکاری در محیط های اجتماعی مختلف به شکل های متفاوتی دیده می شود. (گریفین، گرمین، ویلکرسون^{۱۳}، ۲۰۱۲).

ماسچی، بردلی و مورگن^{۱۴} (۲۰۰۸) با در نظر گرفتن عوامل بیولوژیکی در طبیعت به این نکته اشاره کرده است که ذهن مجرم تحت تأثیر ترکیب بیولوژیکی می باشد و جنایت کاری را بعنوان یک انحطاط می دانند. بزه و رفتار بزهکارانه در هر جامعه ای توسط قوانین حقوقی و هنجارهای اجتماعی آن جامعه مشخص می شود. اگر چه در بیشتر جوامع، بزه به عنوان رفتاری قابل تنبیه از طرف قانون تعریف شده است، اما صرفاً در تبیین آن، مفهوم حقوقی مساله کافی نیست. بزهکاری به معنای تعدادی متغیر از اعمال ارتكابی علیه احکام قانونی که می تواند ماهیت های مختلفی داشته باشد، وجه مشترک تمام جوامع انسانی است. این اعمال تقریباً همیشه توسط قانون تعریف و پیش بینی می شود.

نتایج پژوهش گیلبرت^{۱۵} (۲۰۰۴) بیان آن است که اختلالات خلقی، اضطرابی، منجر به بروز انواع جرم ها، بزهکاری ها و عوامل محل نظم و آرامش و امنیت عمومی در سطح جامعه می شوند. براساس شواهد موجود در این راستا سوال زیر صورت بندی شد. سهم ابعاد سلامت روان در پیش بینی نگرش به رفتار بزهکاری چقدر است؟

۱۱ Loeber, R. Farrington, D.P & Pekechuk, D

۱۲ Feldmah, B

۱۳ Griffin, G. Germain, E. J wilkerson, R.G

۱۴ Maschi, T. Bradley, C.A & Morgen, K

۱۵ Gilbert, M

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است جامعه مورد مطالعه شامل نوجوانان و جوانان بزهکار در کمپهای اطراف شهر تهران در سال ۱۳۹۱ می باشد. چون مقیاس اندازه گیری پیوسته فرضیه پژوهش دو دامنه حجم نمونه طبق فرمول کوکران $(n = \frac{\sigma^2 \cdot Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2})$ ۱۲۰ نفر تعیین و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده ابتدا از شهر تهران سه کمپ به صورت تصادفی انتخاب آن گاه در هر کمپ اسامی تمام نوجوانان و جوانان ثبت و از هر کمپ ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شد.

در مطالعه حاضر به منظور دستیابی به هدف پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی می گلدبرگ^{۱۶} (GHQ) که پرسشنامه سرنندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است و در مجموعه های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد. هدف از این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال چهار گزینه ای در چهار زیر مقیاس: (۱) نشانه های بدنی، (۲) اضطراب و بیخوابی، (۳) نارسا کنش وری اجتماعی و (۴) افسردگی وخیم است.

زیر- مقیاس اول شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را در بر می گیرد. این زیر مقیاس، دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند ارزشیابی می کند. مواد این زیر مقیاس در پرسشنامه با حرف A مشخص شده اند. زیر- مقیاس دوم شامل موادی است که با اضطراب و بی خوابی مرتبطند. هفت ماده مربوط به این زیر- مقیاس در پرسشنامه با حرف B مشخص شده اند.

زیر- مقیاس سوم گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسایل زندگی روزمره می سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت های مداول زندگی، آشکار می کند. هفت ماده مربوط به این زیر مقیاس در پرسشنامه با حرف C متمایز شده اند.

و بالاخره چهارمین زیر- مقیاس دربرگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط اند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با حرف D مشخص شده اند. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر- مقیاس به دست می آید. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس و خامت وضع آزمودنی در آن عامل است (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۷۶).

اسلامیه (۱۳۸۶) ضریب پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اضطرابی خوابی، ۰/۸۲، افسردگی وخیم، ۰/۸۲ و نارساکنس وری اجتماعی ۰/۸۵ و نشانه های بدن ۰/۸۸ گزارش کرده است که بیانگر ثبات و همسانی درون پرسشنامه است و در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۹۰ بدست آمد که در حد مطلوب می باشد.

پرسشنامه نگرش به رفتارهای بزهکاری دارای ۲۸ سوال پنج گزینه ای در دو خرده مقیاس: نگرش مثبت به رفتار بزهکاری و نگرش منفی به رفتار بزهکاری استفاده شد. نمرات بین (۶-۰) بیانگر نگرش مثبت و نمرات (۱۱-۷) بیانگر نگرش منفی به رفتار بزهکاری است.

در پژوهش احمدی (۱۳۷۵) ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نگرش مثبت به رفتار

^{۱۶} Goldberg, D.P.

^{۱۷} General Health Questionnaire

بزهکاری ۰/۸۱ و نگرش منفی به رفتار بزهکاری ۰/۸۸، بدست آمد و در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳، بدست آمد.

یافته ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با استفاده از روش گام به گام) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: شاخص های آماری سلامت روان و خرده مقیاس های آن در بین پاسخگویان

متغیر	خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	نشانه های بدنی	۱۴/۴۴	۳/۰۶
	اضطراب و بی خوابی	۱۴/۹۸	۲/۷۱
	نارساکنش وری اجتماعی	۱۶/۶۷	۲/۳۳
	افسردگی	۱۲/۸۸	۲/۱۴
	کل	۵۸/۹۸	۳/۱۰
نگرش به رفتار بزهکاری	نگرش مثبت	۹/۰۱	۳/۱۰
	نگرش منفی	۳۹/۰۶	۲/۵۱
	کل	۴۸/۰۸	۲/۸۳

نتایج جدول شماره ۱ بیانگر آن است در رابطه با سلامت روان میانگین خرده مقیاس نشانه های بدنی پایین ترین رتبه و میانگین خرده مقیاس نارساکنش وری اجتماعی بالاترین رتبه را به خود اختصاص داده است. و در رابطه با متغیر نگرش به رفتار بزهکاری، نگرش مثبت به رفتار بزهکاری بالاترین رتبه را به خود اختصاص داده است. به منظور بررسی سؤال پژوهش ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات هر یک از خرده مقیاس های سلامت روان با نمره نگرش به رفتار بزهکاری محاسبه شد نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون

متغیرها	ضریب همبستگی
اضطراب و بی خوابی	** ۰/۲۷
افسردگی و خیم	** ۰/۶۲
نارساکنش وری اجتماعی	** ۰/۵۳
نشانه های بدنی	** ۰/۴۱

n=۱۲۰ ** P > ۰/۰۱ * P > ۰/۰۵

نتیجه جدول ۲ نشان می دهد ارتباط مثبت معنی داری بین ابعاد سلامت روان اضطراب و بی خوابی، افسردگی و خیم، نارساکنش وری اجتماعی و نشانه های بدنی با نگرش به رفتار بزهکاری وجود دارد. به منظور تأیید یا رد فرضیه پژوهش مبنی بر پیش بینی نگرش به رفتار بزهکاری از روی خرده مقیاس های

سلامت روان، اضطراب و بی خوابی، افسردگی وخیم، نارساکنش وری اجتماعی و نشانه های بدنی از رگرسیون چند متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی نگرش به رفتار بزهکاری از روی خرده مقیاس های سلامت روان

گام	متغیر شاخص	منابع تغییر	SS	Df	Ms	F	P	R	R ²
۱	اضطراب و بی خوابی	رگرسیون	۱/۴۶۲	۱	۱/۴۶۲	۱۸۵/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۳۸
		باقیمانده	۲/۳۴۷	۱۱۸	۰/۰۰۸				
		کل	۳/۸۰۸	۱۱۹					
۲	اضطراب و بی خوابی نارساکنش وری اجتماعی	رگرسیون	۲/۱۰۵	۲	۱/۰۵۲	۱۸۳/۴۳۰	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۰/۵۵
		باقیمانده	۱/۷۰۴	۱۱۷	۰/۰۰۶				
		کل	۳/۸۰۸						
۳	اضطراب و بی خوابی نارسا کنش وری اجتماعی افسردگی	رگرسیون	۲/۴۰۴	۳	۰/۸۰۱	۱۶۸/۹۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹	۰/۶۳
		باقیمانده	۱/۴۰۴	۱۱۶	۰/۰۰۵				
		کل	۳/۸۰۸	۱۱۹					
۴	اضطراب و بی خوابی نارساکنش وری اجتماعی افسردگی نشانه های بدنی	رگرسیون	۲/۴۳۷	۴	۰/۶۰۹	۱۳۰/۹۸۴	۰/۰۰۰	۰/۸۰	۰/۶۴
		باقیمانده	۱۱۵/۳۷۲	۰/۰۰۵					
		کل	۳/۸۰۸	۱۱۹					

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که این تحلیل در سه گام انجام شده است گام اول از بین خرده مقیاس های سلامت روان، اضطراب و بی خوابی دارای بیشترین ضریب همبستگی با نگرش به رفتار بزهکاری است و از طرف معنادار است و ۳۸ درصد از واریانس نگرش به رفتار بزهکاری از طریق خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی تبیین می شود. در گام دوم خرده مقیاس نارسا کنش وری اجتماعی وارد معادله شده و آزمون F معنی دار است و حاکی از آن است که بین خرده مقیاس نارسا کنش وری اجتماعی با نگرش به رفتار بزهکاری همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد و ۷۴ درصد از واریانس نگرش به رفتار بزهکاری از طریق خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی و نارسا کنش وری اجتماعی تبیین می شود.

در گام سوم خرده مقیاس افسردگی وارد معادله شده و آزمون F معنی دار است و مؤید آن است که بین خرده مقیاس افسردگی با نگرش به رفتار بزهکاری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و ۵۹ درصد از واریانس نگرش به رفتار بزهکاری از طریق خرده مقیاس اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی تبیین می شود. در گام چهارم خرده مقیاس نشانه های بدنی وارد معادله شده و آزمون F معنی دار است و بیانگر آن است که بین خرده مقیاس نشانه های بدنی با نگرش به رفتار بزهکاری همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد و ۸۰ درصد از واریانس نگرش به رفتار بزهکاری از طریق خرده مقیاس سلامت روان (اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی، افسردگی و نشانه های بدنی) تبیین می شود.

جدول ۴- ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش بینی نگرش به رفتار بزهکاری از روی خرده مقیاس های سلامت روان

متغیرها	B	SEB	Beta	T	P
اضطراب و بی خوابی	۰/۲۱۶	۰/۰۲۳	۰/۴۷۴	۱۲/۱۳۷	۰/۰۰۰
نارساکنش وری اجتماعی	۰/۲۱۵	۰/۰۱۸	۰/۳۹۸	۹/۱۷۷	۰/۰۰۰

افسردگی وخیم	۰/۱۱۶	۰/۰۱۶	۰/۲۷۲	۷/۳۹۶	۰/۰۰۰
نشانه های بدنی	۰/۰۴۱	۰/۰۱۶	۰/۱۱۶	۰/۶۲۵	۰/۰۰۹

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که بین خرده مقیاس های سلامت روان (اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی وخیم و نشانه های بدنی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، از روی نمرات خرده مقیاس های سلامت روان می توان نگرش به رفتار بزهکاری را پیش بینی کرد، قدرت پیش بینی اضطراب و بی خوابی بیشتر از نارسا کنش وری اجتماعی، افسردگی وخیم و نشانه های بدنی است.

بحث

نتایج پژوهش حاکی از آن است که نگرش به بزهکاری به طور کلی از طریق خرده مقیاس های؛ نشانه های بدنی، نارسا کنش وری اجتماعی، افسردگی وخیم قابل پیش بینی است. در میان این متغیرها، اضطراب و بی خوابی با بیشترین توانایی پیش بینی متغیر نگرش به بزهکاری ($Beta=0/474$)، نارساکنش وری اجتماعی با ($Beta=0/398$)، افسردگی با ($Beta=0/272$) و نشانه های بدنی با ($Beta=0/116$) به ترتیب در مرتبه های بعد قرار دارند. نتایج پژوهش براندت^{۱۸} (۲۰۰۶) نشان داد مشکلات رفتاری و روانی از جمله افسردگی و اضطراب نقش مهمی در رفتارهای ضد اجتماعی ایفا می نماید و علائم روانی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات رفتاری تاثیر قابل توجهی در نگرش به بزهکاری دارد و این پدیده بیشتر در میان نوجوانانی که زیر خط فقر زندگی می کردند دیده می شود.

مروری بر نتایج تحقیقات پیشین نشان داد افرادی که از سلامت روانی سالم و مناسبی برخوردارند خود را در برابر فشارهای بیرونی و درونی مصون نگه می دارد. سلامت روانی توانایی درک درست شرایط پیرامون و قابلیت تصمیم گیری مطلوب در مورد خویشتن است. افراد سالم به صورت انطباقی با موقعیت های تنش آفرین مانند انواع بزهکاری ها مقابله می کنند (بلایر^{۱۹}، ۲۰۰۰).

در همین راستا می توان اظهار کرد یافته های پژوهش حاضر هم را با تحقیقات چایننگ^{۲۰}، (۲۰۰۹)، بوتامز^{۲۱} (۲۰۰۹)، براندت^{۲۲} (۲۰۱۲) است.

دانا و هاینتی^{۲۳} (۲۰۰۹) در مطالعات خود دریافتند که میان اضطراب و بی خوابی، اختلال در کنش وری اجتماعی و خشونت و بزهکاری رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. ۷۴ درصد دخترانی که در بازداشتگاه ها به سر می برند از اختلالات روانی نظیر افسردگی، اضطراب، فشارهای روحی رنج می برند. اما دادگاه نوجوانان هنوز توانسته به خوبی مشکلات روحی دختران جوان را حل نموده و نیازهای آنها را برآورده نماید.

فرانک و ورمین^{۲۴} (۲۰۱۲) در مطالعات خود به این نتایج رسیدند بین اختلالات سلامت روانی و مشکلات مجرمان جوان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

۱۸ Brandt, D,E

۱۹ Blair.S

۲۰ chungping, N

۲۱ Bottoms, B.L.

۲۲ Brandn,Il & Myers, C

۲۳ Dana, L & Haynie, B

۲۴ Frank , M & Weerman, S

نتایج پژوهش میلیگان^{۲۵}، (۲۰۰۳) بیانگر آن است که مشکلات روانی در جوانان عامل مؤثر در رفتارهای تهاجمی و اقدامات بزهکارانه است و بین رفتارهای خشونت آمیز و بزهکاری رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

ولد ترنارد تامز (۲۰۰۷)^{۲۶} در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند نشانه های مشترک مرضی مانند اضطراب و بی خوابی، در افراد نابهنجار نسبت به افراد بهنجار یعنی کسانی که از لحاظ رفتار خصوصی و اجتماعی و از لحاظ شیوه های زندگی از الگوهای رفتاری مناسب پیروی می کنند، بیشتر است. آنها کسانی هستند که در برخورد با دشواری ها یا در زندگی عادی، کمتر رفتار سازگارانه از خود نشان می دهند و سبب بروز انواع هنجارشکنی ها و جرائم و بزهکاری خواهند شد، نظریه ساخت اجتماعی و آنومی مرتن به دنبال کشف این امر است که چگونه برخی از ساخت های اجتماعی بر افراد خاصی از جامعه تأثیر گذاشته و موجب شده آنان مرتکب رفتار ناهمنوا با هنجارهای اجتماعی شوند به نظر او ساخت های اجتماعی فعال بوده و تولید کننده الگوهای رفتاری می باشند؛ بنابراین، او بر نظم اجتماعی تمرکز نموده و تأثیر ساخت های هنجاری بر افراد مورد تفحص و تبیین قرار می دهد در تبیین نتایج این پژوهش می توان اذعان کرد که مخرج مشترک بزهکاری یک پدیده زیستی - روانی - اجتماعی است که از احساس نا ایمنی سرچشمه می گیرد. مکانیزمی است که از طریق تغییرات و دگرگونی های روانی فرد را وادار به انجام اعمال بزهکارانه و غیر قابل قبول برای اجتماعی می نماید.

اعمال بزهکارانه زیر مجموعه ای از رفتارهای ضد اجتماعی محسوب می گردند. رفتارهایی که با توجه به سن خاصی ناقض قوانین کیفری هستند (سئویر، ۲۰۰۵). بزهکاری به ارتکاب جرم هایی اطلاق می شود که کمتر از سن معینی به وقوع می پیوندند. قانون این سن را تعیین می کند، قانونی که بر حسب فرهنگ جوامع مختلف متفاوت است. با این همه، ریخت روانی معینی که خاص بزهکاران باشد وجود ندارد. مفهوم بزهکاری از یک سو معرف سنی است که فرد واجد آن است و برحسب شرایط اجتماعی، جغرافیایی و مردم شناختی، یک رفتار، برای یک جامعه رفتار ضد اجتماعی تلقی می گردد، و از سوی دیگر، اصطلاحی حقوقی که قانون آن را دقیقاً تعریف می کند. پس بزهکاری آن چیزی است که قانون می گوید چیست.

از دیدگاه پاره ای از مؤلفان، بزهکاری متمایز کننده مجموعه ای از رفتارها و گرایش های پر خا شگرانه؛ مانند، سرقت، خرابکاری، حریق عمدی، دروغگویی، ولگردی، فرار و ... می باشد که مستلزم شکستن سنت ها، ارزش ها و قوانین اجتماعی است. رفتارهایی که کنش وری روانی و اجتماعی فرد را در موقعیت های منزل، مدرسه و گروه های اجتماعی با مشکل مواجه می سازد (هوگز^{۲۷}، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش ساندر^{۲۸} و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده اند که افراد بزهکار در حل مسائل اجتماعی با مشکلاتی مواجه اند. این بیماران از یکسو، در تفسیر و دریافت رفتارهای عاطفی دیگران مشکل دارند و از سوی دیگر، از فرآیندهای شناختی مورد نیاز برای حل تعامل های مسأله دار در موقعیت های تنیدگی آور به خوبی استفاده نمی کنند چه کودکان اغتشاش گر رفتارهای کلامی و غیر کلامی دیگران را نامناسب تفسیر کرده و یا بطور انتخابی به آنها توجه می نمایند. این وضع به خصوص به هنگام بحث در خصوص موضوعات حساس و پیچیده به افزایش تعارض و مشکلات در زندگی اجتماعی منتهی می گردد.

با این همه می توان گفت که در خلال زندگی موقعیت های مسأله دار زیادی همواره وجود دارند که زندگی افراد

۲۵ Milligan, M

۲۶ Vold, G. B & Bernard Thomas, J

۲۷ Hughes, J, N

۲۸ Sander, M,R

بزهکار را در بستر تعارض و سازش نیافتگی قرار می دهد. در این راستا، توجه به فرآیند مقابله مهم به نظر می رسد.

Archive of SID

- استورا، چ. (۱۳۷۶). تنیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- اسلامیه، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت های حل مسأله بر سلامت عمومی دانش آموزان دوره پیش دانشگاهی شهر تهران. فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت شماره ۱۲ دوره دوم.
- میلانی فرد، ب. (۱۳۸۳). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قومس. چاپ ۵.
- احمدی، ع. (۱۳۷۵). بررسی اختلال رفتار هنجاری و سیمای همه گیری شناختی آن در ایران. پایان نامه دکتری، تربیت مدارس. تهران.

Barnnet, S. (2000). Strategies to improve student motivation. *Intervention in School Clinic*. 30 (12) 28.

Blair, S.(2000). Mental health in the northern Ireland civil service: Studies on prevalence and determinants of mental ill health. *Dissertation Abstract International*, 61(104), 1019.

Blair, S., & et al. (2000). The assessment of personality disorders: implications cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and therapy*, 34, 655-656.

Bottoms, B.L (2009). Children as victims, witnesses, and offenders: Psychological science and the law. New York, NY: Guilford Press.

Brandon H. Myers.c(2012). Divorced Families and Their Childrem Discovering What Leads to Delinquency. O/f Vet Nazarene University, bmvers@live.olivet.edu

Brandt, D.E. (2006). Delinquency, Development, and Social Policy. New Haven, CT: Yale University Press.

Chunping, N. (2009). Relationship between coping, self - esteem, indivisual factors and mental health among Chinese nursing student: A matched case -control study, accepted 3 September. (2009). published online 05 octobr 2009, Elseviere ltd . a I rights reserved.

Clark, M. (2001). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 466-470.

Dana, L. Haynie.B (2009). Delinquent Peers Revisited: Does Network Structure Matter? State University of New York, Albany.

Diener, B. (2003). The relations between social problem solving ability and-subsequent level of academic competence in college students., *Cognitive Therapy and Research*, 16, 5/589-599.

Feldman, B. (2004). Maternal perceptions on the effects of physical and occupational therapy services on care giving com competency. *Phys Occupy TherePediatric*. 16:33-54.

Frank, M. Weerman.S(2012). Peers and delinquency among girls and boys: Are sex differences in delinquency explained by peer factors? Machteld Hoeve University of Amsterdam, The Netherlands.

Gilbert, M. (2004). Achieving access to the general curriculum for students with mental retardation: A curriculum decision-making model. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 36(4), 327-342.

Griffin, G, Germain, E. J., & Wilkerson, R.G. (2012). Using a Trauma-Informed Approach in Juvenile Justice Institutions. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, (in press) 5(3), September.

Hughes, J. N. (2004) cognitive behavior therapy with children in schools, New York: Pergamon Press.

LeTcteerTnng, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic therapy and cognitive-behavior therapy in the Treatment of Personality disorders: A meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7).1223-1232.

Loeber, R & Farrington, D.P & Petechuk, D.(2012). Delinquency: Early Intervention and Prevention The Office of Juvenile Justice and delinquency Prevention is a component of the Office of Justice Programs, which also includes the Bureau of Justice Assistance, the Bureau of Justice Statistics, the National Institute of Justice, and the Office for Victims of Crime.

Loeber, R (2005) Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Adolescence* Vol. 10, No. 1, pp 1-41.

Maschi, T., Bradley, C.A., & Morgen, K. (2006). Unraveling the link between trauma and delinquency: The mediating role of negative affect and delinquent peer exposure. *Youth Violence and Juvenile Justice* 6(2), 136-157.

Milligan, M. (2003). Optimism and five-factor model of personality, coping / and health, behavior. PHD dissertation Psychology, Personality. Auburn university.

Montil, B (1999) Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 63, No.6, pp. 983-1003

Myhr, G. (2004) Reasoning with psychosis patients: why should a general psychiatrist care about cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? England: Bulletin archives.

Nelson, H. E. (2005). Cognitive - Behavioral therapy with delusions and hallucinations: A Practice Manual. London: Nelson Thomas Ltd.

Sander. M. R; Dadds, M. R & Sohston. B. M., (2008). Childhood depression and conduct disorder behavioral, affective and cognitive aspects of family problem solving interaction. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*. Vol.81, No. 3, pp.495-504.

Void, G.B. Bernard Thomas J. (2001). Theoretical criminology, oxford university press.

World Health Organization. (2007). Mental health: strengthening mental health promotion, www. Who. Org.

Zakin, M. (2000). Health and wellness (6th ed), Sudbury: Jones & Bartler Publisher.