

رابطه تاب آوری و اختلالات روانی در جوانان مجرم زندان مرکزی شیراز

سجاد آلبوکردی^۱، محمد نیکوسیر جهرمی^۲، سمانه حسینی^۲، معصومه نیکرو^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران. (مولف مسوول) تلفن: ۰۶۳۱-۳۳۳۸۵۶۱، Salboukordi@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانشناختی زندانیان و ارائه خدمات روانشناختی به آن‌ها توجه فراوانی را از سوی متخصصان به خود جلب کرده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانی در زندانیان و تاب‌آوری پایین که یکی از عوامل مرتبط با بیماری‌های روانی است، در زندانیان بیش از جمعیت عادی مشاهده می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات روانی و بررسی رابطه تاب آوری و اختلالات روانی در زندانیان مرد انجام گرفته است.

روش بررسی: جامعه آماری این پژوهش مقطعی شامل کلیه زندانیان مرد بند جوانان زندان عادل‌آباد شیراز بود که ۱۴۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان و چک‌لیست نشانگان روانی استفاده شد. داده‌ها به کمک ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** با توجه به نتایج مشاهده شده درصد قابل‌توجهی از زندانیان نشانگان اختلالات روانی را نشان دادند. همچنین ۹۷/۱ درصد از آزمودنی‌ها تاب‌آوری پایینی را نشان دادند. نتایج تحلیل رگرسیون خطی نیز نشان داد به‌جز فوبی و پارانوئیا، تاب‌آوری توانست به‌طور معنی‌داری نمره مجموع این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده شیوع بالای نشانگان بیماری‌های روانی و تاب‌آوری پایین در زندانیان بود. یافته‌های این پژوهش ضرورت ارائه خدمات روانی اجتماعی به زندانیان را خاطر نشان می‌سازد. همچنین توجه به تاب‌آوری به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز بروز بیماری‌های روانی ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، اختلالات روانی، زندان

وصول مقاله: ۹۰/۱۰/۱۱ اصلاحیه نهایی: ۹۱/۱/۱۵ پذیرش: ۹۱/۲/۱۴

مقدمه

سلامت روانشناختی زندانیان و ارائه خدمات روانشناختی به آن‌ها توجه فراوانی را از سوی متخصصان به خود جلب کرده است. بیش از ۱۰/۱ میلیون نفر در سراسر دنیا و ۲۰۰۰۰ نفر در ایران در زندان به سر می‌برند که بررسی سلامت

روانشناختی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱). تحقیقات بسیاری با هدف بررسی میزان اختلالات روانی در زندانیان صورت گرفته‌اند و نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانی در زندانیان بیش از جمعیت عادی است.

مهم تاب آوری در سلامت روانی، تاب آوری در زندانیان چندان مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف شیوع شناسی اختلالات روانی و بررسی رابطه تاب آوری و اختلالات روانی انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی (مقطعی) می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زندانیان مرد بند جوانان زندان عادل آباد در سال ۱۳۹۰ بود. نمونه تحقیق شامل ۱۶۴ نفر از این زندانیان بود که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرط ورود زندانیان به مطالعه حداقل ۳ ماه حضور در زندان بود. برای جمع آوری داده های مورد نیاز پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تاب آوری بزرگسالان^۱ (RSA): برای اندازه گیری تاب آوری در این پژوهش از مقیاس تاب آوری Fribourg استفاده شد (۱۵). این مقیاس دارای ۴۳ سوال ۵ گزینه ای با طیف لیکرت است که گزینه های آن از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شوند و نمرات بالا در این مقیاس بیانگر تاب آوری پایین تری است. حداقل و حداکثر نمره کل این مقیاس به ترتیب برابر با ۴۳ و ۲۱۵ است. در این پژوهش از نسخه فارسی این مقیاس استفاده شده است که چالمه، روایی آن را به روش تحلیل عاملی مناسب گزارش کرده است (۱۶). همچنین نورافشان نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای این مقیاس گزارش کرده است (۱۷).

چک لیست نشانگان روانی^۲ (SCL90):

SCL90 یکی از پرکاربردترین ابزارهای تشخیصی اختلالات روانی است. این ابزار شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی روانی است و شامل ۹ خرده مقیاس است: جسمانی کردن، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی،

این پژوهش ها شیوع اختلالات روانی در زندانیان را بین ۷۵٪ تا ۸۵٪ برآورد کرده اند (۵-۲). شناخت دقیق ویژگی های شخصیتی و نحوه تأثیر آن بر افراد مختلف می تواند محققان را در شناسایی هر چه بیشتر زندانیان، بروز جرم توسط آنان و پیشگیری از رفتارهای انحرافی یاری دهد (۶). از میان این ویژگی های شخصیتی، تاب آوری جایگاه ویژه ای را در حوزه های روان شناسی و بهداشت روانی یافته است. تاب آوری، نشان دادن شایستگی، کفایت ثابت و توانایی سازگاری مثبت و موفقیت آمیز در رویارویی با شرایط تهدید کننده و وقایع ناگوار زندگی است (۷).

به عبارت دیگر تاب آوری مفهومی فراتر از مقاومت در برابر فشارهای زندگی است و بنابراین مترادف با عدم آسیب پذیری نیست (۸). رحیمیان بوگر، نشان داده است که تاب آوری و سرسختی می تواند به صورت معنی داری سلامت روان را پیش بینی کند (۹). یافته های Hjerdal و همکاران (۱۰) و Tagade و Fredrickson (۱۱) نیز به ارتباط تاب آوری با سلامت روان اشاره کرده اند. از طرفی روان رنجورخویی در پژوهش های مختلف رابطه منفی خود را با تاب آوری نشان داده است (۱۲).

از میان عوامل مرتبط با تاب آوری می توان به عوامل شناختی محافظت کننده ای چون، سطوح بالای عزت نفس و خودکارآمدی، خودداری بالا، منبع کنترل درونی و سبک های مقابله فعال تر اشاره کرد. پژوهش ها نشان داده اند این عوامل در مجرمین و زندانیان در سطحی پایین هستند (۱۳). Sternberg و Bry (۱۴) معتقدند با آموزش مهارت های ارتباطی، مقابله، جرأت ورزی و ابراز خود می توان تاب آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش داد.

با توجه به سطوح پایین تاب آوری در زندانیان و بالا بودن شیوع اختلالات روانی در آن ها به نظر می رسد تاب آوری بتواند به عنوان یکی از عوامل موثر در بروز این اختلالات باشد. علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی در زندان و نقش

1- Resiliency Scale for Adults
2- Symptom Check List

تحلیل شدند. به منظور بررسی پیش فرض آزمون‌های آماری نرمال بودن توزیع نمرات تاب‌آوری و SCL90 بررسی شد که نتایج آزمون اسمیرنوف-کولموگروف نشان داد توزیع این دو متغیر نرمال است ($p > 0.05$ ، 0.057 ، $Kolmogorov-Smirnov =$).

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه نمونه که ۱۴۰ نفر از زندانیان مرد زندان عادل‌آباد شیراز بودند، برابر با $31/3 \pm$ ۲۳/۶ سال بود. دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۸ تا ۳۰ سال بود و ۱۵/۷ درصد (۲۲ نفر) از آنها دارای سابقه محکومیت بودند. ۱۷/۱ درصد (۲۴ نفر) از گروه نمونه متاهل و سایر آنها مجرد بودند. ۵۴/۳ درصد (۷۶ نفر) آزمودنی‌ها سابقه سوء مصرف مواد مخدر را گزارش کردند و سطح تحصیلات ۹۱/۴ درصد (۱۲۸ نفر) آنها نیز دیپلم و پایین‌تر بود. ویژگی‌های آزمودنی‌ها از نظر نوع جرم نیز در جدول ۱ آمده است.

افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبی، افکار پارانوئید و روانپریشی.

ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار برای استفاده در ایران توسط نوربالا و همکاران قابل قبول گزارش شده است (۱۸). مرعشی نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ را برای ابعاد ۹ گانه این مقیاس گزارش کرده است (۱۹). نمره‌دهی گویه‌های این مقیاس در طیف لیکرت و از هیچ (۰) تا خیلی زیاد (۴) صورت می‌گیرد. میانگین بالاتر از ۱ در هر یکی از خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده حالت مرضی است و میانگین بالاتر از ۳ روان‌پریشی را نشان می‌دهد. در مقیاس افسردگی نمره بالاتر از ۲ نیز بیانگر حالت روان‌پریشی است (۱۸).

روش اجرای پرسشنامه به این صورت بود که پس از جلب رضایت زندانیان، همه آزمودنی‌ها به صورت انفرادی و در حضور پژوهشگر به سوالات مقیاس‌ها پاسخ دادند. از مجموع ۱۶۴ پرسشنامه توزیع شده، پرسشنامه ۱۴۰ آزمودنی معتبر بود و در تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی

جدول ۱: توزیع فراوانی جرم نمونه‌های پژوهش

جرم	فراوانی	درصد
مواد	۳۱	۲۲/۱۴
سرقت	۴۰	۲۸/۵۷
درگیری	۱۹	۱۳/۵۷
آدم ربایی	۲۰	۱۴/۲۹
قتل	۱۴	۱۰/۰۰
سایر جرائم	۱۶	۱۱/۴۳
مجموع	۱۴۰	۱۰۰/۰۰

نشانگان فوبی، خصومت و روانپریشی به ترتیب کمترین میزان شیوع نشانگان را به خود اختصاص دادند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری برابر با $1/97 \pm 96/53$ بود. با توجه به نمرات کل تاب‌آوری، نمرات مقیاس تاب‌آوری ۹۷/۱ درصد (۱۳۶ نفر) در سطحی بالاتر از

به منظور بررسی نشانگان بیماری‌های روانی و تشخیص اولیه آنها از خرده‌مقیاس‌های آزمون SCL90 استفاده شد. نتایج آن نشان داد در بین ۹ خرده‌مقیاس مورد بررسی، افکار پارانوئید، افسردگی و اضطراب به ترتیب دارای بیشترین شیوع نشانگان بودند. همچنین در بین اختلالات مختلف،

داشت ($r=0/233$, $p<0/01$). در بین خرده‌مقیاس‌ها نیز بیشترین همبستگی متعلق به خصومت ($r=0/252$, $p<0/01$) و وسواس ($r=0/225$, $p<0/01$) بود. بین تاب‌آوری و سن شرکت‌کنندگان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0/05$).

میانگین نمرات مقیاس قرار داشت که نشان‌دهنده تاب‌آوری پایین زندانیان است. جدول ۲ ماتریس همبستگی تاب‌آوری با SCL90 و خرده‌مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین نمره کلی مقیاس SCL90 و تاب‌آوری زندانیان رابطه معنی‌داری وجود

جدول ۲. ماتریس همبستگی نمرات تاب‌آوری و اختلالات روانی در آزمودنی‌ها پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
تاب‌آوری	۱									
SCL90	۰/۲۳۳**	۱								
جسمانی کردن	۰/۱۶۹*	۰/۷۹۶**	۱							
وسواس	۰/۲۲۵**	۰/۸۴۷**	۰/۷۱۰**	۱						
حساسیت بین فردی	۰/۲۰۳*	۰/۸۲۷**	۰/۵۹۱**	۰/۶۷۸**	۱					
افسردگی	۰/۱۸۷*	۰/۸۳۴**	۰/۶۰۸**	۰/۷۷۱**	۰/۶۶۳**	۱				
اضطراب	۰/۲۰۳*	۰/۸۵۲**	۰/۶۷۴**	۰/۷۴۹**	۰/۶۳۰**	۰/۷۴۱**	۱			
خصومت	۰/۲۵۱**	۰/۷۳۰**	۰/۵۸۹**	۰/۶۱۴**	۰/۶۴۲**	۰/۵۵۱**	۰/۵۸۹**	۱		
فوبی	۰/۱۳۵	۰/۷۴۰**	۰/۶۴۲**	۰/۵۷۲**	۰/۶۳۲**	۰/۵۲۳**	۰/۶۲۲**	۰/۶۱۵**	۱	
افکار پارانوئید	۰/۰۳۷	۰/۶۶۸**	۰/۴۷۲**	۰/۵۸۱**	۰/۶۵۹**	۰/۶۰۹**	۰/۵۳۴**	۰/۳۹۱**	۰/۴۹۰**	۱
روانپریشی	۰/۱۸۶*	۰/۸۰۳**	۰/۶۵۸**	۰/۶۴۹**	۰/۶۸۳**	۰/۶۵۴**	۰/۶۹۶**	۰/۵۱۰**	۰/۶۱۹**	۰/۵۶۷**

* $P<0/05$, ** $P<0/01$

با توجه به نتایج به‌دست آمده خصومت و وسواس به ترتیب دارای بیشترین ضریب بتا بودند و تاب‌آوری توانست بخش قابل توجهی از واریانس این متغیرها را پیش‌بینی کند ($p<0/01$). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندراهه نشان داد بین زندانیان جرائم مختلف از نظر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p>0/05$).

نتایج تحلیل رگرسیون خطی نیز نشان داد تاب‌آوری توانست نمره آزمودنی‌ها در SCL90 و بیشتر خرده‌مقیاس‌های آن را پیش‌بینی کند (جدول ۳). با توجه به جدول ۳ به جز خرده‌مقیاس‌های فوبی و افکار پارانوئید، وجود نقش پیش‌بین تاب‌آوری در سایر خرده‌مقیاس‌ها مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون خطی تاب‌آوری بر خرده‌مقیاس‌های SCL90 در نمونه مورد مطالعه

Sig.	تاب‌آوری			R ²	R	متغیر پیش‌بین
	β	B				متغیر ملاک
۰/۰۰۶	۰/۲۳۳	۰/۰۰۸	۰/۰۵۴	۰/۲۳۳		SCL90
۰/۰۴۶	۰/۱۶۹	۰/۰۰۷	۰/۰۲۹	۰/۱۶۹		جسمانی کردن
۰/۰۰۸	۰/۲۲۵	۰/۰۰۹	۰/۰۵۱	۰/۲۲۵		وسواس
۰/۰۱۶	۰/۲۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۴۱	۰/۲۰۳		حساسیت بین فردی
۰/۰۲۷	۰/۱۸۷	۰/۰۰۸	۰/۰۳۵	۰/۱۸۷		افسردگی
۰/۰۱۶	۰/۲۰۳	۰/۰۰۹	۰/۰۴۱	۰/۲۰۳		اضطراب
۰/۰۰۳	۰/۲۵۲	۰/۰۱۱	۰/۰۶۴	۰/۲۵۲		خصوصیت
۰/۱۱۲	۰/۱۳۵	۰/۰۰۵	۰/۰۱۸	۰/۱۳۵		فوبی
۰/۶۶۲	۰/۰۳۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۳۷		افکار پارانوئید
۰/۰۲۷	۰/۱۸۶	۰/۰۰۶	۰/۰۳۵	۰/۱۸۶		روانپریشی

بحث

سودمند بوده‌اند (۲۵-۲۳). این یافته‌ها ضرورت ارائه خدمات روانشناختی در جهت کاهش شیوع افسردگی و آسیب‌های ناشی از آن را خاطر نشان می‌سازند.

یافته قابل توجه پژوهش حاضر نقش مهم تاب‌آوری در بروز اختلالات روانی زندانیان است. همسو با یافته‌های Chambers و همکاران (۱۳)، در پژوهش حاضر اغلب آزمودنی‌ها (۹۷/۱ درصد) تاب‌آوری پایینی داشتند. بنابراین اگرچه تاب‌آوری در مرتکبین جرائم مختلف تفاوت معنی‌داری نداشت، با این حال عاملی مهم در زندانیان است و توجه به آن ضروری به نظر می‌رسد. بسیاری از جوامع و سازمان‌ها اکنون دریافته‌اند که پس از وقایع منفی مهم زندگی، شامل بلایای طبیعی، زندانی شدن و نظایر آن ارائه مداخلات آموزشی ضرورت پیدا می‌کند که تاب‌آوری از مولفه‌هایی است که در این مداخلات گنجانده شده است (۲۶). نکته قابل توجه در این رابطه این مساله است که با توجه به این‌که زندانیان مورد بررسی تحت آموزش‌های ارائه شده توسط روان‌شناسان زندان قرار داشتند، باز هم تاب‌آوری پایینی را نشان دادند که نشان‌دهنده این مساله است که نمی‌توان با قطعیت درباره اثربخشی این آموزش‌ها بر تاب‌آوری زندانیان اظهار نظر کرد؛ مساله‌ای که نیازمند

تاب‌آوری در کنار سایر عوامل فردی، محیطی و خانوادگی نقش مهمی در سلامت روان زندانیان، وقوع جرائم و ارتکاب مجدد آن‌ها دارد. هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی رابطه بین تاب‌آوری و اختلالات روانی در مجرمین جوان بود. همچنین شیوع‌شناسی نشانگان این اختلالات نیز مورد توجه قرار گرفت. با توجه به نتایج SCL90 بسیاری از زندانیان نشانگان اختلالات مختلف را نشان دادند.

هرچند نتایج SCL90 از توانایی تشخیص‌گذاری قطعی اختلالات روانی برخوردار نیست، اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده شیوع بالای نشانگان اختلالات روانی در زندانیان است و با یافته‌های سایر پژوهشگران (۲۱ و ۲۰ و ۳) همسو است که در پژوهش‌هایشان به شیوع بالای افسردگی، اضطراب، وسواس و سایر اختلالات روانی اشاره کرده‌اند. شیوع بالای نشانگان این اختلالات را می‌توان به شرایط زندان، احساس گناه و ناامیدی در بین زندانیان نسبت داد (۲۲). همچنین این احتمال وجود دارد که این نشانگان پیش از ورود به زندان نیز در افراد وجود داشته باشند؛ مساله‌ای که ضرورت انجام مطالعات طولی را خاطر نشان می‌سازد. این در حالی است که تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی در ارتقاء سلامت روان زندانیان

مساله به دلیل عدم دسترسی محققین به تمامی بندهای زندان رخ داده است. بنابراین ممکن است بین افراد ساکن در این بندها و سایر زندانیان از نظر موارد بررسی شده تفاوت‌هایی وجود داشته باشد که نتایج این مطالعه را تحت تاثیر خود قرار داده است. همچنین از آن‌جا که یافته‌های مطالعات مقطعی نمی‌تواند روابط علی بین متغیرها را نشان دهد، استنباط علی از یافته‌های پژوهش امکان‌پذیر نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده شیوع بالای نشانگان بیماری‌های روانی در زندان و نقش پیش‌بین تاب‌آوری برای اختلالات روانی بود. یافته‌های این پژوهش ضرورت ارائه خدمات روانی اجتماعی به زندانیان را خاطرنشان می‌سازد. همان‌گونه که مشاهده شد، زندانیان مورد بررسی تاب‌آوری پایینی را نشان دادند که لازم است در آموزش‌های روانشناختی ارائه شده در زندان مورد توجه قرار گیرد. با انجام مجموعه‌ای از اقدامات آموزشی، درمانی و مراقبتی برای زندانیان و فراهم ساختن خدمات روان‌شناختی می‌توان امیدوار بود کاهش قابل ملاحظه‌ای در بیماری‌های روانی و پیامدهای آن‌ها را شاهد باشیم.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله قدردانی خود را از روان‌شناسان زندان عادل آباد شیراز و کلیه زندانیانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

توجه جدی پژوهشگران است. با این حال از آن‌جا که تاب‌آوری می‌تواند در نقش یک مکانیسم دفاعی موفق عمل کند که افراد را در مواجهه با ناملایمات زندگی توانمند می‌سازد، می‌توان آن را به‌عنوان هدفی مهم در اقدامات پیش‌گیرانه و درمانی در نظر گرفت (۲۷).

در زمینه رابطه بین تاب‌آوری و اختلالات روانی مشاهده شد که به استثنای فوبیا و پارانویا، بین تاب‌آوری و سایر اختلالات روانی مورد بررسی رابطه معنی‌داری وجود داشت که از این میان بیشترین میزان همبستگی متعلق به خصومت و وسواس فکری-عملی بود. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات پژوهشگران دیگر (۱۰ و ۱۱) است که در پژوهش‌هایشان به رابطه بین سطوح پایین تاب‌آوری و اختلالات روانی اشاره کرده‌اند.

نتایج تحلیل رگرسیون خطی روی خرده‌مقیاس‌های SCL90 نشان داد به‌جز فوبی و پارانویا، تاب‌آوری توانست به‌طور معنی‌داری نمره مجموع این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن را پیش‌بینی کند. لذا می‌توان تاب‌آوری پایین را یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اختلالات روانی در زندانیان به‌شمار آورد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سطح پایین سواد آزمودنی‌ها اشاره کرد که شاید این مساله علت درصد نسبتاً بالای (۱۴/۶۳) پرسشنامه‌های نامعتبر باشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم نمونه‌گیری تصادفی و عدم دسترسی به زندانیان زن اشاره کرد. همچنین بندهای مطالعه شده تحت پوشش خدمات مشاوره‌ای و مددکاری قرار داشتند که این

References

1. Walmsley R. World Prison Population List. 9th ed. King's College of London: International Centre for Prison Studies, 2011;1-4.
2. Shakeri J, Hoseini M, Sadeghi KH, Rashidi A, Mehdiinia AR, Ahannavard M. Epidemiology of personality Disorders in opioid substance-traffic -prisoners in Kermanshah central prison. J Forensic Med 2004;13:158-63. [In Persian]

3. Ashkani H, Dehbozorgi GH, Shojae SA. Epidemiology of mental disorders among male prisoners in Adelabad prison of Shiraz. *Andishe and Raftar* 2002;8:4-9. [In Persian]
4. Kavanagh L, Rowe D, Hersch J, Barnett KJ, Reznik R. Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:20-26.
5. Bulten E, Nijman H, Staak CV. Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:115-119.
6. Ebrahimi M. The comparison of personality characteristics among murderer offenders and other criminals in Ghazvin central prison. *The Int Conference of Reducing Crim Penalties*. Tehran; 2007. [In Persian]
7. Cicchetti D, Beker FA, Lynch M. Resilience in maltreated children process leading to adaptive outcome. *Dev Psychopathol* 1993;5:629-647.
8. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience. *Am Psychol* 2004;59:20-28.
9. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid AA. The relationship between psychological hardiness also ego-resiliency and mental health in adolescent and adult survivors of Bam earthquake. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14:62-70. [In Persian]
10. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms. *Clin Psychol Psychother* 2006;13:194-201.
11. Tagade MM, Fredrickson BL. Resilient individual use positive emotions to Bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psycho* 2004;86:320-333.
12. Thomasen DG, Gilbert DG. Factors characterizing marital conflict states and traits. Psychological affective, behavioral and neurotic variable contribution to marital conflict and satisfaction. *Pers Individ Differen* 1997;25:833-55.
13. Chambers JC, Eccleston L, Day A, Ward T, Howells K. Treatment readiness in violent offenders: The influence of cognitive factors on engagement in violence programs. *Aggress Violent Behav* 2008;13:276-284
14. Sternberg JA, Bry BH. Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapy with families of adolescents. *Child Fam Behav Ther* 1994;16:65-76.
15. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge OH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Method Psychiatr Res* 2003;12:65-76.
16. Chalmeh R. Psychometrics properties of the resiliency scale in a group of prisoners: validity, reliability and factor structure. *J Psychol Mod Method* 2011;1:31-43. [In Persian]
17. Noorafshan L. The relationship between imaginary supervisor and self-romance with resilience among adolescents. MA thesis. Shiraz Univ; 2009. [In Persian]
18. Nourbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Bagheri Yazdi SA. Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Daneshvar Med* 2009;16:63-70. [In Persian]
19. Marashi SM. The comparison of social adjustment and mental health among employed and unemployed war handicapped individuals in Ahwaz city. MA thesis. Ahwaz Islamic Azad Univ. 1995. [In Persian]
20. Alboukordi S, Nouri R, Nikoosiyar M, Zahedian SF. The Relationship between self-esteem and social support with depression in male prisoners. *J Mazand Univ Med Sci* 2010; 20:62-68. [In Persian].
21. Herman H, Macgory P, Mills J, Singh B. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Australian study. *Rican J Psychiatry* 1991;14:236-39.
22. Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the depression, hopelessness and suicide screening form (DHS). *Legal Crim Psychol* 2005;10:1-12.

23. Bayanzadeh SA, Bolhari J, Atefvahid MK, Nori-Ghasem Abadi R, Lavasani F, Karimi Kisami I. Medical and psychological interventions in reducing the risks of drug abuse and improving the psychological status of drug addicts in Iranian prisons. *J Iran Univ Med Sci* 2007;14:47-58. [In Persian]
24. Khodayari MF, Abedini Y, Akbari SZ, Ghobari BB, Sohrabi F, Younesi SJ. Cognitive behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health. *J Behav Sci* 2009;2:283-290. [In Persian]
25. James DJ, Glaze LE. *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington D.C: U.S. Department of Justice, 2006.
26. Herman H. Promoting mental health and resilience after a disaster. *J Exp Clin Med* 2012; In Press.
27. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin Psychol Rev* 2010;30:479-495.