پیش‌بینی اختلال سلوک نوجوانان براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با میانجی‌گری تاب‌آوری

الناز سامانی‌فر[۱]، دکتر فاطمه باقریان[۲]،
سید جواد عمادی چاشمی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۹ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۸/۱۱
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱/۱۵

چکیده

هدف: در پژوهش حاضر که موضوع آن نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است، به این امر پرداخته می‌شود که آیا تاب‌آوری می‌تواند بر ارتباط اختلال سلوک با حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی پلی بزند یا خیر. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی است. این پژوهش در کانون اصلاح و تربیت شهر تهران انجام شد که تعداد افراد نمونه آن ۷۲ پسر بودند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور و دیویدسون، پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران، پرسشنامهٔ خودکارآمدی اجتماعی کنلی، پرسشنامهٔ هوش هیجانی شاته و پرسشنامهٔ درجه‌بندی تشخیص اختلال سلوک (فرم معلمان) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی، هوش هیجانی و تاب‌آوری هرکدام ارتباط منفی معناداری با اختلال سلوک دارند. با این حال نقش میانجی تاب‌آوری در ارتباط اختلال سلوک با حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی تأیید نشده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده به نظر می‌رسد که لازم است آموزش تاب‌آوری در قالب مفاهیم نظری و عملی برای این گروه از اختلال رفتاری میسر شود. همچنین افزایش احساس ادراک حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و هوش هیجانی به منظور کاهش نشانه‌های این اختلال در آنها ضروری خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: *اختلال سلوک، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی، هوش هیجانی.*

۱. **نویسنده مسئول:** کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار دانشکده روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Prediction of Conduct Disorder based on Perceived Social Support, SocialSelf-efficacy and Emotional Intelligence: The Mediating Role of Resilience

Elnaz Samanifar[1], M.A.,
Fatemeh Bagherian[2], Ph.D.,
Seyed Javad Emadi Chashmi[3], M.A.

Received: 07. 29.2020 Revised: 11.1.2020
Accepted: 04. 4.2021

Abstract

Objective: The present study deals with the juveniles affected by conduct disorder aimimng to find out whether resilience could associate between conduct disorder with perceived social support, social self-efficacy and emotional intelligence. **Method:** This study is a descriptive-correlation which was done at the Correction and Rehabilitation Center in Tehran. The reaserch sample was 72 boys. In order to collect the data, Connor-Davidson Resilience Questionnaire, Zimet Perceived Social Support Questionnaire, Kenly Social Self–Efficacy Questionnaire, Schutte Emotional Intelligence Questionnaire and Rating Conduct Disorder Questionnaire (teachers form) were used. **Results:** The results showed perceived social support, social self-efficacy, emotional intelligence and resilience by individual had significant negative correlation with conduct disorder. However, the role of resilience has not been confirmed as a mediator variable in relation conduct disorder with perceived social support, social self-efficacy and emotional intelligence. **Conclusion:** Based on the results, it is vital that the people with conduct disorder are taught of theorical and pragmatic concepts about resilience. Also it is necessary that they feel perception of social support, social self–efficacy and emotional intelligence at a high level for decreasing the signs of this disorder.

Key words: *Conduct disorder, Emotional intelligence, Perceived Social support, Resilience, social self–efficacy.*

1.**Corresponding Author:** M.A. in Public Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. **Email:** Elnazsamanifar@yahoo.com
2.Accociate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3.M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

مقدمه

پرداختن به مسئلهٔ کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های جوامع امروزی است، به‌ویژه اگر دارای اختلالات روان‌شناختی و از جمله اختلالات رفتاری باشند که این اهمیت را صدچندان می‌کند (بارانه و فالیسارد، ۲۰۱۸). اختلالات رفتاری، اختلالات شایع و محدودکننده‌ای هستند که برای نخستین بار در دوران کودکی یا نوجوانی نمایان می‌شوند. از ویژگی‌های بارز این اختلالات می‌توان به توانایی‌نداشتن در به‌تأخیرانداختن امیال و ارضای آنها، توانایی‌نداشتن در کنترل رفتار، تکانشگری، پرخاشگری و آزاررساندن به دیگران اشاره کرد. نوجوانان مبتلا به این گروه از اختلالات، ضعیف‌ترین پیش‌آگهی را به منظور سازگاری در دوران بزرگسالی نشان می‌دهند (گنجی، ۱۳۹۷). اختلال سلوک یکی از این اختلالات رفتاری است که در سال‌های گذشته بیشترین ارجاع مشکلات را در میان نوجوانان به خود اختصاص داده است (فریک، ۲۰۰۱). براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال سلوک الگوی مکرر و مداوم رفتارهایی است که به موجب آن حقوق اساسی دیگران، هنجارها یا مقررات عمدهٔ اجتماعی متناسب با سن نقض شده و با علایمی مثل پرخاشگری با افراد و حیوانات، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و تخلف‌های جدی از مقررات شناسایی می‌شود. میزان شیوع این اختلال در جمعیت از ۲ درصد تا بیش از ۱۰ درصد برآورد شده و در پسران بالاتر از دختران است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین مشخصه‌های اختلال سلوک عبارتند از (گنجی، ۱۳۹۷): عدم پشیمانی و عذاب وجدان، بی‌عاطفگی و فقدان همدلی، فقدان دغدغه دربارهٔ عملکرد خود و عاطفهٔ سطحی یا ساختگی. بر همین اساس، نتایج یک پژوهش توانسته است ارتباط معنادار میان ویژگی‌های شخصیتی اراذل و اوباش با گرایش به خشونت را تأیید کند؛ به این صورت که هرچه قدر فرد آرام و خونسرد بوده و تیپ شخصیتی پرخاشگر داشته باشد، گرایش به خشونت در او بیشتر از سایر افراد در این گروه خواهد بود (امین‌صارمی، عطازاده، شکوری و نجفی، ۱۳۹۷). یکی از عوامل مهم در رابطه با رفتارهای پرخطر افراد دارای اختلال سلوک، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده درواقع داده‌هایی است که فرد را به این باور می‌رساند ارزشمند است و به او این احساس را می‌دهد که می‌تواند به یک شبکهٔ ارتباطی تعلق داشته باشد. این احساس تعلق همراه با پذیرش و مورد عشق و توجه قرار گرفتن از سوی گروه خانواده، دوستان و همسالان است (کوبز، ۱۹۷۶). یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های قابل ذکر در این متغیر از نظر هوب فول و وکس (۱۹۸۶)، میزان ارزیابی ذهنی از وجود حمایت اجتماعی است؛ به این صورت که ادراک فرد از اینکه مورد حمایت و پشتیبانی قرار گرفته، وابسته به برداشت و تفسیر او خواهد بود و این امر در تعریف حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اهمیت بسیاری دارد (خان‌محمدی، ۱۳۹۲). از دیگر متغیرهایی که می‌تواند با رفتارهای پرخاشگرانه‌ای چون اختلال سلوک در نوجوانان ارتباط داشته باشد، خودکارآمدی اجتماعی است (علامه، شهنی‌ییلاق، حاجی‌یخچالی و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۴). مفهوم خودکارآمدی به معنای احساس فرد دربارهٔ قابلیت‌ها و توانایی‌های خودش است؛ به عبارتی دیگر، باور فرد به اینکه می‌تواند در موقعیت‌های متعدد زندگی از عهده امور مربوط به خودش برآید. درصورتی‌که فرد برای رسیدن به نتیجهٔ مشخصی یا انجام رفتاری تلاش کند و در جهت حفظ آن تلاش بکوشد، فردی خودکارآمد خواهد بود. به اعتقاد بندورا، فردی که از کفایت لازم و صلاحیت بالایی برای انجام عملی برخوردار است، ولی نسبت به توانایی‌های خود تردید می‌کند و خود را باور ندارد، تلاش کافی برای رسیدن به اهدافش انجام نمی‌دهد و این تأثیری است که خلأ خودکارآمدی بر جا می‌گذارد (بندورا، ۱۹۸۲). بنابر پژوهش‌های انجام‌شده،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

کنش‌وری اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات رفتار ایذایی در پایین‌ترین سطح است؛ با این‌حال آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی، در تحول مهارت‌ها و مقبولیت اجتماعی تأثیرگذار می‌باشند (شیشه‌فر و همکاران، ۱۳۹۶). هوش هیجانی از دیگر متغیرهای مرتبط با اختلالات رفتاری از جمله اختلال سلوک است (شورچی‌گلنگدری، حسین‌ثابت و مهاجر، ۱۳۹۲). مایر و سالوی (۱۹۹۰) هوش هیجانی را توانایی نظارت بر احساسات و هیجان‌های خود و دیگران و چگونگی ارزیابی هیجان‌ها، استفاده از آنها و برقراری تعامل از این راه تعریف می‌کنند (پارکر، تیلور و بگبای، ۲۰۰۱). هوش هیجانی به‌عنوان یک عامل محافظتی در ارتباط با رویدادهای منفی زندگی معرفی شده است (آرمسترانگ، گالیگان و کریتیچلی، ۲۰۱۱). جوانانی که هوش هیجانی پایینی دارند، به عملکردهای ضعیف تحصیلی و اجتماعی مثل شکست تحصیلی، اخراج یا ترک تحصیل، بروز رفتارهای پرخاشگرانه و مشکلات قانونی دچار می‌شوند که این نشان‌دهندۀ رابطۀ قوی بین هوش هیجانی با رفتار انسان‌ها است (علیزاده‌دربندی، ۲۰۰۷). از سویی دیگر میزان تاب‌آوری یک فرد می‌تواند جنبه‌های زیادی از اختلال سلوک آن شخص را نمایان سازد (داداش‌زاده، ۱۳۸۸؛ سیبدری، ۱۳۸۹). تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌های مهم در روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به فرایند مواجهۀ مثبت با رویدادها و تجربه‌های ناراحت‌کننده زندگی به شکلی پویا تعمیم می‌شود (لوتار، چیتی و بکر، ۲۰۰۰). اینکه برخی از افراد با وجود خطرهایی که زندگی آنها را تهدید می‌کند، باز هم موفق می‌شوند به نتایج قابل ملاحظه‌ای دست پیدا کنند؛ با دیگران روابط مسالمت‌آمیزی برقرار کنند و به حفظ سلامت روان خود توجه داشته باشند؛ در واقع افرادی تاب‌آور هستند که هدفشان انطباق‌یافتن با مشکلات است (راتر، ۲۰۰۶). در تعریف این مفهوم وجود دو شرط مهم حایز اهمیت است و آن مواجهه با یک واقعۀ آسیب‌رسان و سازگاری و انطباق موفقیت‌آمیز با آن رویداد است (ماستن، ۲۰۱۲). به‌این‌ترتیب تاب‌آوری نه تنها دربرگیرندۀ توانایی مقابله با موانع و رویدادهای تلخ است، بلکه به‌عنوان قابلیت احیای دوبارۀ فرد به همراه پیامدهای مثبت عاطفی، هیجانی و شناختی نیز شناخته می‌شود (ماستن و گویرتز، ۲۰۰۶). بنابر یک پژوهش انجام‌شده، میزان بالای تاب‌آوری، به افراد این کمک را می‌کند تا با برخورداری از هیجان‌ها و عواطف مثبت بتوانند تجربۀ اتفاق‌های ناخوشایند را در زندگی پشت سر بگذارند و دوباره در وضعیت مطلوبی مستقر شوند (صادقی، لطیفی و آقابابایی، ۱۳۹۷). به‌این‌ترتیب اثربخشی برنامه‌های آموزش تاب‌آوری در کاهش اختلالات پرخاشگرانه و مخرب نوجوانان در پژوهش‌ها تأیید شده است (شجاعی و به‌پژوه، ۱۳۹۴). همان‌گونه که اشاره شد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی می‌توانند در پیش‌بینی اختلال سلوک تأثیرگذار باشند. اما جای این سؤال باقی است که این عوامل چگونه جایگاه خود را در رابطه با اختلال سلوک اعمال می‌کنند؟ از آن‌جایی‌که تاب‌آوری یکی از پیامدهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی است (پاک‌نهاد و مداحی، ۱۳۹۶؛ بوستانی‌کوشکی، ۱۳۹۴؛ حمزوی‌جهرمی، ۱۳۹۴)، پژوهش حاضر بر آن است که ضمن بررسی روابط بین حمایت اجتماعی‌ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با اختلال سلوک به این سؤال پاسخ دهد که آیا تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان متغیر واسطه‌ای میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با اختلال سلوک قرار گیرد و روابط میان آنها را تقویت کند یا خیر؟

روش

در تحلیل داده‌های این پژوهش برای تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی و استنباطی به روش رگرسیون همزمان یا چندگانه استفاده شده است. جامعۀ آماری

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

طرح موردنظر کانون اصلاح و تربیت شهر تهران بود. افراد نمونه پسر و در ردهٔ سنی ۱۴ تا ۱۸ (۱/۶۹ ± ۱۶/۴۵) سال بودند. پس از اخذ مجوز از نهاد مذکور، پرسشنامه‌ها در بین افراد توزیع شد و پس از پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، داده‌ها تحلیل شدند. تعداد افراد نمونه ۱۰۱ نفر بودند که از این تعداد به دلیل همکاری‌نکردن یکی از روان‌شناسان در پاسخ به پرسشنامهٔ سلوک، تعداد ۲۹ نفر ریزش کردند و درنهایت تنها ۷۲ نفر باقی ماندند. روش نمونه‌گیری از راه در دسترس و حجم نمونه براساس فهرستی که از مرکز تهیه شد، می‌باشد. پرسشنامهٔ مربوط به متغیر تاب‌آوری را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱- ۱۹۷۹ حوزهٔ تاب‌آوری تهیه کردند. پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر عبارت با نمرهٔ کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبهٔ همبستگی هر نمره با نمرهٔ کل بجز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. در پژوهشی که به‌وسیله سامانی در بین دانشجویان انجام شد، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا به‌وسیله سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز شد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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 ادراک‌شده فرد را در هریک از سه حیطهٔ مذکور در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) در حد مطلوب گزارش شده است (شکری، فراهانی، کرمی‌نوری و مرادی، ۱۳۹۱). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. پرسشنامهٔ خودکارآمدی اجتماعی نوجوان در سال ۱۹۸۹ توسط کنلی به‌منظور سنجش میزان خودکارآمدی نوجوانان ساخته شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که زیرمقیاس‌هایی همچون قاطعیت اجتماعی، عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی، شرکت در گروه‌های اجتماعی، جنبه‌های دوستی، صمیمیت و کمک‌کردن یا کمک‌گرفتن را می‌سنجد. رضایی، مصطفایی و خانجانی (۱۳۹۳) در پژوهشی ضمن سنجش روایی صوری و محتوایی این ابزار، پایایی پرسشنامهٔ خودکارآمدی نوجوانان را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند که مقدار آن برابر با ۰/۸۲ بوده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. در بررسی سیاروچی و دین (۲۰۰۰) اعمال آزمون هوش هیجانی شاته روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله، پایایی کلی a=۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌های آن، یعنی ارزیابی و ابراز هیجان، تنظیم هیجان و بهره‌برداری از هیجان به‌ترتیب a=۰/۷۶, a= ۰/۰۶۶ و a=۰/۵۶ را نشان داد. (بشارت، ۱۳۸۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. پرسشنامهٔ درجه‌بندی تشخیص اختلال سلوک در سال ۱۳۸۹ توسط شهریوری، ناطق، عظیم‌خانی و عزیزی‌جوان ساخته و هنجاریابی شد. این پرسشنامه، نسخهٔ مخصوص معلمان است و مشتمل بر ۳۵ سؤال و پنج عامل است که عبارتند از پرخاشگری، بی‌مسئولیتی، فریب‌کاری، خراب‌کاری و روابط بین‌فردی ضعیف. در این پژوهش، روایی و پایایی این پرسشنامه آزمایش شد. روایی سازهٔ آن با استفاده از آزمون همبستگی بین این پرسشنامه با آزمون۴ -CSI محاسبه شد و ۰/۸۷۱ به دست آمد که

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

نشان از روایی خوب آن است. برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار ۰/۹۷۵ برای این پرسشنامه حاصل شد که نشان از پایایی خوب این مقیاس است. همچنین پایایی آن از راه روش آزمون- آزمون مجدد ۰/۸۵۸ به دست آمد (شهریوری و همکاران، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ آمار توصیفی داده‌ها را براساس اطلاعات دریافتی از پرسشنامه‌های پاسخ داده‌شده به‌وسیله افراد حاضر در این پژوهش ارائه می‌کند. همچنین خرده‌مقیاس‌های هر متغیر نیز به‌طور جداگانه بررسی شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
	فریب‌کاری	۲۰/۱۸	۵/۹۲
	بی‌مسئولیتی	۲۲/۳۶	۵/۸۷
اختلال سلوک	روابط بین‌فردی ضعیف	۱۴/۶۶	۵/۳۶
	خراب‌کاری	۱۱/۵۶	۴/۷۳
	پرخاشگری	۱۸/۴۱	۷/۷۳
	دوستان	۱۴/۰۵	۴/۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	خانواده	۱۳/۳۰	۴/۷۱
	دیگران مهم	۱۲/۹۳	۸/۰۷
	جنبه‌های دوستی و صمیمت	۲۹/۵۱	۸/۴۴
	قاطعیت اجتماعی	۲۲/۵۵	۶/۸۹
خودکارآمدی اجتماعی	شرکت در گروه‌های اجتماعی	۲۲/۲۷	۶/۷۶
	کمک‌کردن یا کمک‌گرفتن	۱۳/۶۲	۴/۰۹
	عملکرد در موقعیت اجتماعی	۲۱/۴۱	۵/۸۶
	مهارت اجتماعی	۳۴/۶۱	۸/۱۸
هوش هیجانی	تنظیم هیجانی	۴۲/۶۹	۱۰/۳۱
	ارزیابی هیجانی	۲۸/۲۵	۷/۴۹
	کاربرد هیجانی	۱۸/۸۳	۵/۴۴
	پذیرش مثبت تغییر	۱۶/۷۵	۴/۵۰
	تأثیرات معنوی	۷/۳۴	۲/۳۲
تاب‌آوری	اعتماد به غرایز فردی	۲۲/۷۲	۵/۱۲
	تصور از شایستگی فردی	۲۵/۶۳	۶/۷۸
	کنترل	۱۰/۲۰	۳/۲۱

سؤال فرعی اول: آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ براساس نتایج به‌دست‌آمده، مقدار F (۱۶/۲۷۸) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین از قدرت تبیین برخوردار بوده و قادر است میزان تغییرات و واریانس متغیر ملاک را توضیح دهد (جدول ۲).

جدول ۲ تحلیل رگرسیون اختلال سلوک براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig	R	R^2
	بتا	SE	بتا				
مقدار ثابت	۱۱۷/۳۵۵	۸/۰۳۸		۱۴/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۱۹
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	-۰/۷۲۸	۰/۱۸۱	-۰/۴۳۴	-۴/۰۳۵	۰/۰۰۱		

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک بود.

سؤال فرعی دوم: آیا خودکارآمدی اجتماعی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ براساس نتایج به‌دست‌آمده، مقدار F (۳۷/۵۲۳) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین از قدرت تبیین برخوردار بوده و قادر است میزان تغییرات و واریانس متغیر ملاک را توضیح دهد (جدول ۳).

جدول ۳ تحلیل رگرسیون اختلال سلوک براساس خودکارآمدی اجتماعی

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig	R	R^2
	بتا	SE	بتا				
مقدار ثابت	۱۴۲/۹۱۰	۹/۴۷۱		۱۵/۰۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۳۵
خودکارآمدی اجتماعی	-۰/۵۴۴	۰/۰۸۹	-۰/۵۹۱	-۶/۱۲۶	۰/۰۰۱		

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، متغیر خودکارآمدی اجتماعی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است.

سؤال فرعی سوم :آیا هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ براساس نتایج به‌دست‌آمده، مقدار F (۴۴/۷۱۶) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین از قدرت تبیین برخوردار بوده و قادر است میزان تغییرات و واریانس متغیر ملاک را توضیح دهد (جدول ۴).

جدول ۴ تحلیل رگرسیون اختلال سلوک براساس هوش هیجانی

	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig	R	R^2
	بتا	SE	بتا				
مقدار ثابت	۱۵۰/۲۴۷	۹/۷۷۱		۱۵/۳۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۳۹
هوش هیجانی	-۰/۶۴۳	۰/۰۹۶	-۰/۶۲۴	-۶/۶۸۷	۰/۰۰۱		

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، متغیر هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است.

سؤال فرعی چهارم: آیا تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ براساس نتایج، مقدار به‌دست‌آمده F (۱۴/۳۱۸) با سطح معناداری ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین از قدرت تبیین برخوردار بوده و قادر است میزان تغییرات و واریانس متغیر ملاک را توضیح دهد (جدول ۵).

جدول ۵ تحلیل رگرسیون اختلال سلوک براساس تاب‌آوری

	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	t	sig	R	R^2
	بتا	SE	بتا				
مقدار ثابت	۱۲۵/۵۶۸	۱۰/۵۷۲		۱۱/۸۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۱۷
تاب‌آوری	-۰/۵۴۵	۰/۱۴۴	-۰/۴۱۲	-۳/۷۸۴	۰/۰۰۱		

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، متغیر هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است.

سؤال اصلی پژوهش: آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با میانجی‌گری تاب‌آوری، اختلال سلوک را پیش‌بینی می‌کنند؟

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده مقدار DF برابر با ۱۰، X^2 برابر با ۱۵۰/۶۸۴، RMSEA برابر با ۰/۴۴۵،

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

CFI برابر با ۰/۴۰، NFI برابر با ۰/۴۴، IFI برابر با ۰/۴۶، GFI برابر با ۰/۷۶ و AGFI برابر با ۰/۱۵ است. بر همین اساس شاخص‌های برازش در این پژوهش نشان‌دهندهٔ برازش نامناسب مدل با داده‌هاست.

بحث و نتیجه‌گیری

سؤال فرعی اول: آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ پاسخ به این سؤال مثبت است؛ به این معنا که حمایت اجتماعی ادراک‌شده توانسته با سطح معناداری ۰/۰۰۱ پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال سلوک باشد. به‌این‌ترتیب براساس پیشینهٔ پژوهشی که در این موضوع وجود دارد، افراد مبتلا به اختلال سلوک، کمتر درکی از حمایت اجتماعی را در خود احساس می‌کنند. از طرفی هرچه قدر افراد، این حمایت اجتماعی را بیشتر از سوی منابع مهم زندگی خود احساس کنند، کمتر تمایل به بروز رفتارهای مخرب و ویرانگری همچون اختلال سلوک خواهند داشت؛ برای مثال لی، چونگ، پارک و چون (۲۰۰۴) و هلانگ (۲۰۱۲) در مطالعه‌های خود به این نتایج دست پیدا کردند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به‌عنوان نیروی مقابله‌ای قدرتمند با شرایط تنش‌زا شناخته شده و به شکل یک سازوکار مقابله در مقابل رفتارهای پرخطر اثر مهمی به جا می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که درک مناسب از حمایت‌های دریافت‌شده از خانواده، دوستان و افراد خاص می‌تواند گرایش به رفتارهای آسیب‌زا برای فرد و جامعه را کاهش دهد. به همین صورت در پژوهشی که در سال ۲۰۱۰ توسط ریتاکالیو، لوکالا، مارتونن، پالکونن و کالتیالا و همکاران انجام شد، ارتباط کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده با اختلال سلوک نیز مورد تأیید است. در این پژوهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند همایندی میان افسردگی و اختلال سلوک را اصلاح و تعدیل کند؛ بااین‌حال حمایت اجتماعی ادراک‌شده نتوانسته توضیحی کافی برای همایندی میان این دو داشته باشد. بنابراین لازم است برای آن ملاحظه‌های درمانی بیشتری در کلینیک‌های روان‌شناختی انجام شود. همچنین در پژوهش ولف و همکاران (۲۰۱۴) حمایت اجتماعی ادراک‌شده توانسته ارتباط معناداری را به عنوان متغیر میانجی میان پرخاشگری و تمایل به رفتارهای آسیب‌زننده به خود کسب کند؛ به این معنا که میزان پایین حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رابطهٔ دو متغیر ذکر شده را تحکیم می‌بخشد. بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش، حمایت اجتماعی ادراک‌شده توانسته اختلال سلوک را به صورت منفی پیش‌بینی کند؛ می‌توان این معنا را از آن دریافت کرد که ادراک فرد مبتلا به اختلال سلوک از حمایت اجتماعی دریافت‌شده از خانواده، دوستان و همسالانش به این صورت که حس ارزشمندبودن و مورد پذیرش قرارگرفتن به او دست بدهد و احساس تعلق به یک جامعهٔ مطلوب را داشته باشد، پایین است یا حتی اصلاً وجود ندارد. این موضوعی است قابل توجه در اینکه بپذیریم اگر حمایت اجتماعی مناسب و درخور لازم را از این گروه از افراد انجام دهیم، شاید بتوان تا حدی به اصلاح رفتارهای مخرب آنها امیدوار شد. البته که به‌طور یقین فاکتورهای مداخله‌گر در این اختلال بسیار است و نمی‌توان به تنها حضور این متغیر قناعت کرد، اما زمانی‌که می‌توان از پیش‌بینی اختلال سلوک به‌وسیله آن سخن به میان آورد، پس می‌توان به اثرگذاری مفید آن نیز دل بست.

سؤال فرعی دوم: آیا خودکارآمدی اجتماعی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ پاسخ به این سؤال مثبت است؛ به این معنا که خودکارآمدی توانسته با سطح معناداری ۰/۰۰۱ پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال سلوک باشد. به‌این‌ترتیب براساس پیشینهٔ پژوهشی که در این موضوع وجود دارد، افراد مبتلا به اختلال سلوک از سطح پایینی در خودکارآمدی اجتماعی برخوردار هستند؛ به عبارتی دیگر خلأ خودکارآمدی به‌عنوان یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای پرخاشگرانه از جمله رفتارهای مصداقی اختلال سلوک نقش دارد، برای مثال صابر (۱۳۹۵) در پژوهش خود

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

به این نتیجه رسید که نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک از سطح پایینی در خودکارآمدی اجتماعی برخوردار هستند. طهماسیان، اناری و صدق‌پور (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود این نتیجه را کسب کردند که خودکارآمدی در پذیرش همسالان، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دارد. از آن‌جایی‌که خودکارآمدی اجتماعی به ظرفیت ادراک‌شده برای رابطه با همسالان و مدیریت انواع تعارض‌های بین‌فردی اطلاق می‌شود، نوجوانانی که خودکارآمدی بیشتری دارند، در ایجاد روابط اجتماعی موفق‌ترند. در پژوهشی دیگر توسط علامه، شهنی‌ییلاق، حاجی‌یخچالی و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۹۴) این نتیجه تأیید شد که خلأ خودکارآمدی در ارتباط با همسالان، به‌عنوان یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای پرخاشگرانه تأثیرگذار است. بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش، خودکارآمدی توانسته اختلال سلوک را به صورت منفی پیش‌بینی کند؛ می‌توان این معنا را از آن دریافت کرد که خودکارآمدی اجتماعی در پایین‌ترین سطح خودش می‌تواند به بروز رفتارهای مخرب اختلال سلوک دامن بزند و افراد مبتلا به این اختلال را در دور باطل رفتارهای اشتباه خویش اسیر سازد. درواقع این افراد نمی‌توانند خودکارآمدی لازم را در مسائل اجتماعی از خود بروز دهند و به‌این‌ترتیب به جای اینکه بتوانند انرژی خود را در جهت حل مسئله صحیح اجتماعی هزینه کنند، آن را در راهی انحرافی به هدر می‌دهند. با علم به این موضوع شاید بتوان این امر را پذیرفت که با آموزش صحیح خودکارآمدی اجتماعی به افراد مبتلا به این اختلال، از بروز رفتارهای ویرانگر آنها به ضرر خودشان و دیگران تا حدی جلوگیری به عمل آورد چون آنها یاد خواهند گرفت با اتکای مثبت بر توانایی‌های خودشان در مسیری درست و بهینه به جای اعمال آن در جهتی اشتباه می‌توانند به احساس خودکارآمدی نایل شوند و با وجود آن به نفع خود و دیگر افراد، رفتاری شایسته از خود بروز دهند.

سؤال فرعی سوم: آیا هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ پاسخ به این سؤال مثبت است؛ به این معنا که هوش هیجانی توانسته با سطح معناداری ۰/۰۰۱ پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال سلوک باشد. به‌این‌ترتیب براساس پیشینهٔ پژوهشی که در این موضوع وجود دارد، یک ارتباط منفی و معناداری میان این دو برقرار است؛ به این معنا که افراد مبتلا به این اختلال، بهره چندانی از هوش هیجانی ندارند و هرچه قدر شدت اختلال در آنها بیشتر باشد، میزان هوش هیجانی کمتر خواهد بود، برای مثال جوادیان (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین خودتنظیمی در میان نوجوانان با اختلال سلوک و بدون اختلال سلوک به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین ضعیف‌تر عمل‌کردن نوجوانان دارای اختلال سلوک از نظر مهارت‌های تنظیم هیجان نسبت به افراد هم‌سن و سال خود (فریک، ۲۰۰۱؛ مرجان طاهری، ۱۳۹۶) نشان از هوش هیجانی پایین در افراد دارای این اختلال است. همایون‌نیا، شیخ و حمایت‌طلب (۱۳۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه توجه کردند که هوش هیجانی می‌تواند به شکلی معنادار و منفی، اختلال‌های رفتاری را پیش‌بینی و تبیین کند. محمدی و غرایی (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود این نتیجه را کسب کردند که هوش هیجانی به همراه خرده‌مقیاس‌های خود، یعنی تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان و بهره‌گیری از هیجان، ارتباط معنادار و منفی قابل توجهی با اختلال‌های رفتاری دارند. بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش، خودکارآمدی توانسته اختلال سلوک را به صورت منفی پیش‌بینی کند، می‌توان این معنا را از آن دریافت کرد که در صورت افزایش هوش هیجانی شاهد این موضوع باشیم که رفتارهای تعیین‌کنندهٔ اختلال سلوک تا حدی کاهش پیدا کنند. با توجه به پژوهش‌های پیشین اگر بتوان این نتیجهٔ ضمنی را دریافت کرد که اختلال سلوک هم یکی از مهم‌ترین اختلال‌های رفتاری است و از

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

طرفی خودتنظیمی را یکی از مهم‌ترین مصادیق هوش هیجانی به حساب بیاوریم، می‌شود به این نتیجه دست پیدا کرد که بروز اختلال سلوک با کاهش هوش هیجانی در ارتباط است. ضمن اینکه باید به خاطر داشت موارد بسیاری در بروز اختلال سلوک مؤثر واقع می‌شوند و نمی‌توان به‌راحتی از این امر صحبت کرد که هوش هیجانی در این افراد بتواند به‌تنهایی ابتلا به اختلال سلوک را بهبود بخشد. با این حال می‌توان به این امر امیدوار بود که در صورت افزایش آن از شدت بروز اختلال سلوک کاسته شود و و شاید اگر بتوان بر آموزش هوش هیجانی در این افراد متمرکز شد، تا حدودی به انتظار تخفیف علایم این اختلال چشم داشت.

سؤال فرعی چهارم: آیا تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی اختلال سلوک است؟ پاسخ به این سؤال مثبت است؛ به این معنا که هوش هیجانی توانسته با سطح معناداری ۰/۰۰۱ پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال سلوک باشد. به‌این‌ترتیب براساس پیشینهٔ پژوهشی که در این موضوع وجود دارد، می‌توان اینگونه تفسیر کرد که افراد مبتلا به اختلال سلوک از کمترین درجه از تاب‌آوری بهره‌مند هستند، برای مثال در پژوهش انجام‌شده به‌وسیله کارگر (۱۳۸۹)، میزان تاب‌آوری در کودکان بدون اختلال سلوک بیشتر از کودکان دارای اختلال سلوک است. همچنین داداش‌زاده (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه دست پیدا کرد که میان سطح تاب‌آوری در والدین دارای کودکان با اختلال سلوک و والدین فرزندان بدون اختلال سلوک تفاوت معناداری وجود دارد. در همین رابطه تحقیقی توسط سیبدری (۱۳۸۹) انجام شده است که نتایج آن نشان داد آموزش تاب‌آوری، رابطهٔ معناداری با کاهش رفتار پرخاشگرانهٔ دختران دبیرستانی دارد. بنابراین با توجه به اینکه در این پژوهش، تاب‌آوری توانسته اختلال سلوک را به‌صورت منفی پیش‌بینی کند، می‌توان این معنا را از آن دریافت کرد که افراد مبتلا به این اختلال، تاب‌آوری را در سطح بالایی تجربه نمی‌کنند. بنابراین می‌توان به این نتیجه قائل بود که اگر آموزش صحیحی در زمینهٔ تاب‌آوری به آنها داده شود، بتوانند بر بسیاری از مشکلات خود فایق آیند و با نگرشی اصولی به موارد پیش‌آمده در زندگی خود، با درمانگران در زمینهٔ پذیرش اختلالشان و بهبود آن دست‌کم مشارکت کنند. ازهمین‌رو می‌توان امیدوار بود به اینکه با افزایش تاب‌آوری از شدت بروز رفتارهای اختلال سلوک کاسته شود و فرد مبتلا به مرور زمان مسیر انحرافی خود را به جهتی درست هدایت کند. البته به‌طور قطع عوامل بسیاری در ایجاد این اختلال مؤثر هستند و نمی‌توان به یقین این نظر را داشت که در صورت افزایش تاب‌آوری، افراد مبتلا به این اختلال بهبود پیدا می‌کنند. اما همین که تاب‌آوری توانسته پیش‌بینی‌کنندهٔ آن باشد، پس لازم است اقدام اصولی برای کاهش بروز رفتارهای مرتبط با این اختلال از مسیر افزایش تاب‌آوری انجام شود.

سؤال اصلی: آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با میانجی‌گری تاب‌آوری، اختلال سلوک را پیش‌بینی می‌کنند؟ پاسخ به این سؤال منفی است. این سؤال که درواقع هدف اصلی انجام پژوهش مذکور است، در جریان تحلیل داده‌ها معناداری لازم را کسب نکرده و در نتیجه متغیر تاب‌آوری در این پژوهش نتوانسته جایگاه خود را به‌عنوان متغیر میانجی تأیید کند. براساس پژوهش‌های پیشین، نتایجی که کسب شده، نشان می‌دهد که تاب‌آوری در بیشتر مواقع توانسته به‌عنوان متغیر میانجی جایگاه خود را تأیید کند، برای مثال در پژوهش انجام‌شده توسط علی‌پور، علی‌اکبری دهکردی، امینی و هاشمی‌جشنی (۱۳۹۵) این نتیجه را به دست آورده‌اند که تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی، تأثیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده را بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تقویت می‌کند. در پژوهشی دیگر، تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر میانجی، اثر معناداری میان خودکارآمدی و سبک‌های دلبستگی دارد (هنرپیشه، ۱۳۹۱).

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

همچنین فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) توانسته‌اند در پژوهش خود، متغیر میانجی را برای تاب‌آوری میان خودکارآمدی و کیفیت زندگی تأیید کنند. در پژوهش نادری و اکبری (۱۳۹۷) نیز این نتیجه کسب شده است که تاب آوری به عنوان متغیر میانجی، ارتباطی معنادار و مثبت در رابطهٔ میان هوش هیجانی و بهزیستی روانی دارد. در ادامه جایگاه تاب‌آوری به‌عنوان متغیر میانجی در پژوهش جوکار (۱۳۸۶) برای ارتباط هوش هیجانی و رضایت از زندگی، در پژوهش دروپرت و همکارانش (۲۰۱۹) برای ارتباط هوش هیجانی و اجرای آموزشگاهی نوجوانان و در پژوهش لیو، وانگ و لو (۲۰۱۳) برای ارتباط هوش هیجانی و رضایت‌مندی از زندگی قابل تأیید است. در پژوهشی دیگر نیز تاب‌آوری توانسته نقش متغیر میانجی را در رابطهٔ خودکنترلی و پرخاشگری به‌عنوان یکی از معیارهای اختلال سلوک به دست آورد (فاخته، ۱۳۹۶). در دو پژوهش دیگر نیز تنها جایگاه متغیر تعدیل‌کننده برای تاب‌آوری تأیید شده ولی نقش میانجی‌گری آن تأیید نشده است. یکی از آنها در پژوهش کونگ، لیو، گوپنگ، یویان، زایوفی و پینگ (۲۰۱۶) در ارتباط هوش هوش هیجانی و توانایی ارتباط بالینی و دیگری هم در پژوهش اسماعیلی (۱۳۹۴) در ارتباط هوش هیجانی و سازگاری مکتوب است. با این حال مواردی هم یافت شده است که تاب‌آوری در آنها نقش متغیر میانجی را به خود نگرفته است، برای مثال در پژوهش البرزی (۱۳۹۶) تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر میانجی در میان متغیرهای سبک های مقابله‌ای مسئله‌مدار و گرایش به بزهکاری اثرگذار است. با این حال تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر میانجی میان هوش هیجانی و گرایش به بزهکاری ارتباطی معنادار ندارد. همچنین قدرت الهی‌فرد (۱۳۹۲) در پژوهش خود، میانجی‌گری تاب‌آوری را در ارتباط متغیرهای هوش هیجانی و رضایت از زندگی تأیید نکرده‌اند. به‌این‌ترتیب ملاحظه می‌شود تاب‌آوری در بیشتر موارد توانسته جایگاه متغیر میانجی را داشته باشد و تنها در چند پژوهش، خلاف آن تأیید شده است. بنابر پژوهش‌های پیشین، ارتباط تاب‌آوری با دیگر متغیرهای این پژوهش نیز مشهود است؛ به عبارتی دیگر آنها توانستند ارتباط تاب‌آوری را با هرکدام از این متغیرها تأیید کنند؛ این به آن معنا خواهد بود که به‌رغم اینکه تاب‌آوری در این پژوهش نتوانسته است اثر متغیر میانجی را داشته باشد، اما ارتباط آن با یک به یک متغیرهای حاضر در این موضوع تأیید شده است؛ برای مثال در پژوهش گرامی (۱۳۹۴) ارتباط حمایت خانواده به‌عنوان یکی از خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تاب‌آوری و خودتنظیمی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی با تاب‌آوری مسجل است. در پژوهش عظیم‌زاده (۱۳۹۵) و بهجتی، خباز و ناصری (۱۳۹۲) ارتباط تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأیید شده است. همچنین در پژوهش (نارایانان و چینگ‌ونگ‌اون، ۲۰۱۶) حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودکارآمدی توانستند در سطح قوی و معناداری، پیش بینی‌کنندهٔ تاب‌آوری باشند. در مورد ارتباط تاب‌آوری و خودکارآمدی می‌توان به پژوهش‌هایی مثل ساگون و دی‌کارولی (۲۰۱۳)، همالاتا و بانو، ۲۰۱۸، جلیلی (۱۳۸۸)، کافی، اعتصامی، عبدالهی و شاهقلیان (۱۳۹۵)، فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) اشاره کرد. ارتباط معنادار هوش هیجانی و تاب‌آوری به این صورت که آموزش هوش هیجانی منجر به افزایش تاب‌آوری می‌شود، در پژوهش وکیلی‌گرمرودی (۱۳۹۳)، هوش هیجانی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی تاب‌آوری در پژوهش محراب‌زاده (۱۳۹۶)، تأیید رابطهٔ مستقیم هوش هیجانی و تاب‌آوری در پژوهش فرهادی‌مطلق (۱۳۹۱)، افزایش تاب‌آوری به‌واسطهٔ آموزش هوش هیجانی در پژوهش شورچی گلنگدری، حسین‌ثابت و مهاجر (۱۳۹۲)، اینکه سطح بالای هوش هیجانی، احتمال تاب‌آوری افراد را در برابر شرایط پرخطر بیشتر خواهد کرد. در پژوهش خداجوادی و پرو (۱۳۸۷) و چندین پژوهش دیگر از

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

این قبیل، همگی ارتباط معنادار هوش هیجانی و تاب‌آوری را تأیید کرده‌اند. همچنین در پژوهش البرزی (۱۳۹۶) ارتباط معنادار منفی میان هوش هیجانی، تاب‌آوری و خودکارآمدی با گرایش به بزهکاری تأیید شده است. به‌همین‌ترتیب شهیدی و موسوی (۱۳۹۷) در پژوهش خود این نتیجه را تأیید کردند که اختلال سلوک در بزهکاری نوجوانان اثر به‌سزایی دارد. از طرفی ارتباط تاب‌آوری و اختلال سلوک در پژوهش‌هایی مثل پژوهش کارگر (۱۳۸۹) به این صورت تأیید شدکه میزان تاب‌آوری در کودکان بدون اختلال سلوک بیشتر از کودکان دارای اختلال سلوک است. در پژوهش داداش‌زاده (۱۳۸۸) با این نتیجه که میان سطح تاب‌آوری در والدین دارای کودکان با اختلال سلوک و والدین فرزندان بدون اختلال سلوک تفاوت معناداری وجود دارد و در پژوهش سیبدری (۱۳۸۹) به این صورت که آموزش تاب‌آوری رابطهٔ معناداری با کاهش رفتار پرخاشگرانه دارد، آشکار و مبرهن است. بنابر پژوهش‌های پیشین و نتیجهٔ کسب‌شده در این پژوهش می‌توان این تفسیر را داشت که تاب‌آوری سازه‌ای است که جنس آن برای میانجی قرارگرفتن، متغیر است. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، پژوهش‌هایی هم بوده اند که تاب‌آوری نتوانسته است در آن جایگاه متغیر میانجی را به دست آورد. هرچند که در بیشتر پژوهش‌ها خلاف آن به نتیجه رسیده است. با این حال نکتهٔ حایز اهمیت در این پژوهش این است که تاب‌آوری توانسته است با هریک از متغیرهای پیش‌بین و همچنین متغیر ملاک ارتباط قابل توجهی برقرار کند و همین مسئله این سؤال را به وجود می‌آورد که چرا متغیری که می‌تواند با هرکدام از متغیرهای این موضوع معنادار شود، نتوانسته به‌عنوان متغیر میانجی‌گر میان آنها قرار گیرد. پاسخ به این سؤال می‌تواند به عوامل گوناگونی بستگی داشته باشد، اما پیش از آنکه به تحلیل پاسخ آن پرداخته شود، در پی مفهوم این نتیجه خواهیم بود که «تاب‌آوری به‌عنوان متغیر میانجی تأیید نشد». درواقع باید خاطرنشان کرد اگر تاب‌آوری توانسته بود در این پژوهش، نقش متغیر میانجی را به خود اختصاص دهد، این معنا را از آن دریافت می‌کردیم درحالی‌که متغیرهای پیش‌بین که عبارتند از حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی و ارتباط معنادار و البته منفی آنها با بروز نشانه‌های اختلال سلوک تأیید شدند. تاب‌آوری در صورت میانجی‌شدن می‌توانست اثر این ارتباط معنادار را تقویت کند و در صورتی‌که ادراک افراد مبتلا به اختلال سلوک از حمایت اجتماعی بالا رود، خودکارآمدی اجتماعی آنها افزایش پیدا کند. همچنین هوش هیجانی در سطح بالایی را نیز تجربه کنند؛ افزون بر تمامی اینها با آموزش تاب‌آوری به آنها می‌توانستیم این نتیجه را که ابتلای آنها به اختلال سلوک بهبود قابل توجهی پیدا کند و نشانه‌های بروز آن بیشتر و بهتر کاهش پیدا کند، از این مجموعه دریافت کنیم. اما هم‌اکنون این نتیجه‌ای نیست که بتوان به آن قائل شد. چرا که تاب‌آوری نتوانسته این واسطه‌گری میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اختلال سلوک، میان خودکارآمدی اجتماعی و اختلال سلوک و میان هوش هیجانی و اختلال سلوک را ایجاد و به طبع اثر ارتباط آنها را قوت بخشد و چندین برابر کند؛ به عبارتی دیگر، تابآوری نمی‌تواند پلی شود میان این متغیرها تا با اتکای به آن بتوان با یک راه میانبر و با سرعتی بیشتر و نتیجه‌ای بهتر به بهبود نشانه‌های اختلال سلوک امیدوار بود. حالا برای پاسخ به این سؤال که چرا تاب‌آوری نتوانسته است در این پژوهش متغیر میانجی شود، به نکاتی چند می‌توان اذعان داشت؛ از جمله اینکه شاید بتوان گفت مهم‌ترین دلیل آن این است که جنس متغیرهای پیش‌بین این مجموعه نتوانستند تاب‌آوری را کاندید میانجی‌شدن کنند و از آن برای تقویت اثر ارتباطی خود با اختلال سلوک بهره گیرند. همچنین به دلیل همگنی بالای افراد نمونه، واریانس درون‌گروهی پایین بوده است. بنابراین

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

این نکته می‌تواند تبیین‌کنندهٔ این موضوع باشد که تاب‌آوری به‌طور دقیق در این گروه نتوانسته به‌عنوان متغیر میانجی نقش ایفا کند. بر همین اساس شاید بتوان نتایج متفاوتی از گروهی با همگنی کمتری در میان اعضای آن کسب کرد. از طرفی شاید بتوان گفت اختلال سلوک برای بهبود، نیازی به واسطه‌گری تاب‌آوری ندارد یا برعکس به قدری از نشانه‌های شدیدی برخوردار است که به‌راحتی نمی‌توان با آموزش تاب‌آوری، اثر ارتباط منفی معنادارش را با سایر متغیرها تقویت کرد. آخرین نکته که ذکر آن لازم خواهد بود این است که در جریان تحلیل داده‌های مربوط به این پژوهش، این نتیجه دریافت شد که خرده‌مقیاس‌های تاب‌آوری که عبارتند از پذیرش مثبت تغییر، تأثیرات معنوی، اعتماد به غرایز فردی، تصور از شایستگی فردی و کنترل، توانسته‌اند در مدل تحلیل مسیر انجام‌شده میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اختلال سلوک نقش میانجی را داشته باشند. اما به این دلیل که در مدل اصلی، رابطهٔ معناداری میان مؤلفه‌های مذکور تاب‌آوری و اختلال سلوک برقرار نشده است، میانجی‌شدن تاب‌آوری در ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و اختلال سلوک نیز فاقد معنا خواهد بود.

افراد این جامعهٔ آماری تنها محدود به کانون اصلاح و تربیت شهر تهران بودند و به همین دلیل باید در تعمیم نتایج این پژوهش احتیاط کرد.

جامعهٔ آماری این پژوهش محدود به پسران بود و این امر امکان مقایسهٔ میان جنس دختر و پسر را منتفی کرد.

با توجه به نتایج مربوط به ارتباط متغیرهای پیش‌بین و ملاک و به عبارتی دیگر رابطهٔ معنادار میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودکارآمدی اجتماعی و هوش هیجانی با اختلال سلوک می‌توان با آموزش این سه مؤلفه به افراد مبتلا به اختلال مذکور در مؤسسه‌ها و کلینیک‌های روان‌شناختی به ارتقای سلامت روان و کاهش مشکلات رفتاری این گروه امیدوار بود.

همچنین ارتباط معنادار تاب‌آوری و اختلال سلوک به‌عنوان یکی از نتایج این پژوهش می‌تواند کمک بزرگی در راه اصلاح مشکلات رفتاری این گروه از اختلال‌ها باشد. بنابراین لازم است آموزش تاب‌آوری و مفاهیمی که در این زمینه راهگشاست، به‌صورت نظری در کانون‌های اصلاح و تربیت، مدارس، مؤسسه‌های آموزشی و همچنین به‌صورت عملی با الگو قراردادن افراد موفق برای این افراد و هدایت‌کردن آنها در جهت به‌کارگیری سبک زندگی به‌صورتی که به تاب‌آوری و موفق‌شدن در ابعاد مختلف زندگی منجر گردد، انجام شود.

منابع

اسماعیلی، ل .(۱۳۹۴). *تبیین نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در ارتباط بین هوش هیجانی و سازگاری*، دومین کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، صص. ۱-۱۷.

البرزی، اح .(۱۳۹۶). *رابطهٔ سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی با گرایش به بزهکاری در نوجوانان با میانجیگری تاب‌آوری و خودکارآمدی*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، چاپ‌نشده.

امین‌صارمی، ن؛ عطازاده، س؛ شکوری، م؛ نجفی، ع‌ر .(۱۳۹۷). «بررسی ویژگی‌های شخصیتی اراذل و اوباش و رابطهٔ آن با گرایش به خشونت»، *فصلنامهٔ علمی پژوهش‌های اطلاعاتی و جنایی*، ۱۳(۵۱،): ۱۲۵ - ۱۴۲.

بشارت، مع .(۱۳۸۴) «اعتباریابی مقیاس هوش هیجانی شاته»، *مجلهٔ علوم روان‌شناختی*، ۴(۱۶): ۱-۸.

بوستانی کوشکی، س .(۱۳۹۴). *نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در رابطهٔ هوش اخلاقی، هوش هیجانی، باورهای هوشی با شادکامی*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، چاپ‌نشده.

بهجتی، ز؛ خباز، م؛ ناصری، م .(۱۳۹۲). «رابطهٔ حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری در نوجوانان پسر بزهکار»، *فصلنامهٔ علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۴،(۵۲): ۱۸۳-۲۰۰.

پاک‌نهاد، ز؛ مداحی، م ا .(۱۳۹۶) «رابطهٔ رشد اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در دانشجویان»، *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۷(۲۷): ۴۹-۶۶.

جلیلی، ع، .(۱۳۸۸). *بررسی رابطهٔ خودکارآمدی و تاب‌آوری در دانشجویان نخبهٔ ورزشکار و غیر ورزشکار*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز، چاپ‌نشده.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

جوادیان، ه .(۱۳۹۶). *مقایسهٔ مؤلفه‌های خودتنظیمی در نوجوانان با و بدون اختلال سلوک*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ‌نشده.

جوکار، ب .(۱۳۸۶). «نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطهٔ بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی»، *مجلهٔ روان‌شناسی معاصر*، ۲(۲): ۳-۱۲.

حمزوی جهرمی، س س .(۱۳۹۴). *نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در بین هوش اخلاقی و خودکارآمدی*. پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، چاپ‌نشده.

خان‌محمدی، م .(۱۳۹۲). *نقش کارکرد خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده و رابطهٔ والد – نوجوان در شادکامی و امید نوجوانان*. پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی خانواده‌درمانی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، چاپ‌نشده.

جوادی، ر؛ پرو، د .(۱۳۹۳). «رابطهٔ هوش هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی»،*مجلهٔ اعتیادپژوهی*، ۲(۸): ۶۹-۸۲.

داداش‌زاده، ش .(۱۳۸۸). *بررسی رابطهٔ سبک‌های زندگی و میزان تاب آوری والدین دارای فرزندان اختلال سلوک و بدون اختلال سلوک*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ‌نشده.

رضائی ل؛ مصطفایی، ع؛ خانجانی، ز .(۱۳۹۳). «بررسی مقایسه‌ای تحول اخلاقی، نوع‌دوستی و خودکارآمدی اجتماعی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی دبیرستان‌های شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۹۱»، *مجلهٔ آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۵): ۲۹- ۴۱.

سامانی، س؛ جوکار، ب؛ صحراگرد، ن .(۱۳۸۶). «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی»، *مجلهٔ روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۹۰- ۲۹۵.

سیبدری، س .(۱۳۸۹). *اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش رفتار پرخاشگرانهٔ دختران دبیرستانی مقطع اول متوسطهٔ منطقه ۱۳ آموزش و پرورش شهر تهران سال تحصیلی۸۸-۸۹*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ‌نشده.

شجاعی، س؛ به‌پژوه، ا. (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در خواهران و برادران کودکان دارای نشانگان داون»، *فصلنامهٔ کودکان استثنایی*، ۱۵(۷): ۵-۱۷.

شکری، ا؛ فراهانی، مn؛ کرمی‌نوری، ر؛ مرادی، ع‌ر .(۱۳۹۱) «حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی»، روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۹(۳۴): ۱۴۳-۱۵۶.

شورچی گلنگدری، ف؛ حسین‌ثابت، ف؛ مهاجر، ی .(۱۳۹۲). «بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی به روش درونگری جذب و انطباق بر تاب‌آوری و پرخاشگری در دختران نوجوان»، *نشریهٔ فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۵): ۱۳۷-۱۴۲، ۱۶۲-۱۳۷.

شهریوری، ک؛ ناطق، ا؛ عظیم‌خانی، ا؛ عزیزی‌جوان، حع .(۱۳۸۹). «ساخت و هنجاریابی مقیاس درجه‌بندی تشخیص اختلال سلوک در دانش‌آموزان مقطع پنجم ابتدایی شهر تهران (فرم معلمان)»، *مجلهٔ اصول بهداشت روانی*، ۱۲ (۳): ۵۷۴-۵۸۳.

شهیدی، س؛ موسوی، ر .(۱۳۹۷). *نقش اختلال سلوک در بروز بزهکاری نوجوانان کانون اصلاح و تربیت*، اولین همایش ملی جهانی‌سازی حقوق کودکان و نوجوانان، مشهد، صص ۵۷-۶۹.

شیشه‌فر، س؛ عطاریان، ف؛ کارگربرزی، ح؛ درویش نارنج بن، س؛ محمدلو، ه .(۱۳۹۶) «مقایسهٔ اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی -رفتاری بر مهارت‌های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایذایی»، *فصلنامهٔ کودکان استثنایی*، ۱۷(۴): ۸۷-۱۰۰.

صابر، م .(۱۳۹۵). *مقایسهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان و خودکارآمدی اجتماعی در نوجوانان پسر ۱۲-۱۵ سال مبتلا به نشانه‌های اختلال سلوک. نافرمانی مقابله‌ای و بهنجار*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیت دانشگاه خوارزمی، چاپ‌نشده.

صادقی، ز؛ لطیفی، ز؛ آقابابایی، س .(۱۳۹۷). «اثربخشی آموزش ذهن آگاهی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و تاب‌آوری مادران کودکان کم‌توان ذهنی مقطع دبستان شهر اصفهان»، *فصلنامهٔ کودکان استثنایی*، ۱۸ (۳): ۱۰۵-۱۱۶.

طاهری، م.(۱۳۹۶) «مقایسهٔ کارکردهای اجرایی و مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و عادی»، *مجلهٔ پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۹) ۱-۱۵.

طهماسیان، ک؛ اناری، آ؛ صدق‌پور، ب ص .(۱۳۸۸). «اثرمندی اجتماعی در احساس تنهایی نوجوانان»، *مجلهٔ علوم رفتاری*، ۲(۳): ۹۳-۹۷.

عظیم‌زاده، ف .(۱۳۹۵). *پیش‌بینی تاب‌آوری نوجوانان پسر از روی عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، چاپ‌نشده.

علامه ،ع؛ شهنی‌ییلاق، م؛ حاجی‌یخچالی، ع ر؛ مهرابی‌زاده هنرمند، م .(۱۳۹۴). «مقایسهٔ خودکارآمدی در تعامل با همسالان و شایستگی اجتماعی در دانش‌آموزان پسر با رفتارهای پرخاشگرانه و عادی»، فصلنامهٔ علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، سال چهارم، شمارهٔ ۲، (پیاپی ۸)، پاییز و زمستان ۱۳۹۴،صص. ۱۰۲-۱۲۳.

علی‌پور، ا؛ علی‌اکبری دهکردی، م؛ امینی، ف؛ هاشمی‌جشنی، ع .(۱۳۹۵). «رابطهٔ بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پیروی از درمان در بیماران با دیابت نوع دو: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید»، *فصلنامهٔ علمی - پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۰(۲): ۵۳-۶۷.

فاخته، ه .(۱۳۹۶) *رابطهٔ خودکنترلی آشکار و پنهان با میانجی‌گری تاب‌آوری بر پرخاشگری دانشجویان دانشگاه*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان، چاپ‌نشده.

فتحی افشار، خ م؛ عتیق، م .(۱۳۹۰). «رابطهٔ بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در بین بیماران

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

قلبی- عروقی» *مجلهٔ روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، سال ۲، ویژه‌نامهٔ نیمسال دوم۱۳۹۰، صص. ۱۰۹- ۱۲۲.

فرهادی مطلق، ل .(۱۳۹۱). *رابطهٔ مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانشجویان مقطع علوم پایهٔ رشتهٔ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز، چاپ‌نشده.

قدرت‌الهی‌فرد، م ع .(۱۳۹۲). *رابطهٔ هوش هیجانی و هوش معنوی با رضایت از زندگی با واسطه‌گری تاب‌آوری*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، چاپ‌نشده.

کارگر، م .(۱۳۸۹). *بررسی رابطهٔ سبک‌های فرزندپروری با تاب آوری و مقایسهٔ آن در کودکان با و بدون اختلال سلوک*، پایان نامهٔ مقطع ارشد، روان شناسی عمومی، دانشکدهٔ مرکز آموزش‌های نیمه‌حضوری و تخصصی آزاد دانشگاه علامه طباطبایی، چاپ‌نشده.

کافی، س؛ اعتصامی، ما؛ عبدالهی، مح؛ شاهقلیان، م .(۱۳۹۵). «رابطهٔ سرسختی و تاب‌آوری با خودکارآمدی مدیران بحران جمعیت هلال احمر»، *فصلنامهٔ علمی - پژوهشی امداد و نجات*، ۸(۳):۱-۱۲.

گرامی، ر .(۱۳۹۴) *نشانه‌ها و عوامل مؤثر در تاب‌آوری نوجوانان دارای خانواده‌های در معرض خطر*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی خانواده‌درمانی، پژوهشکدهٔ خانوادهٔ دانشگاه شهید بهشتی، چاپ‌نشده.

گنجی، م.(۱۳۹۷). *آسیب‌شناسی روانی براساس ۵- DSM*، تهران: انتشارات سالاوان، صص. ۸۲۲-۸۲۵.

محراب‌زاده، ن .(۱۳۹۶). *بررسی پیش‌بینی تاب‌آوری براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی و منبع کنترل در بیماران مبتلا به سرطان*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور واحد تهران جنوب، چاپ‌نشده.

محمدی، د؛ غرایی، ب .(۱۳۸۶) «ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش‌آموزان»، *مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۴(۴): ۲۸۹- ۲۹۹.

نادری، ح، اکبری، ع .(۱۳۹۷). «پیش‌بینی بهزیستی روانی براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی با واسطه‌گری تاب‌آوری در دانش‌آموزان»، رویش روان‌شناسی، سال ۷، ۴(۲۵): ۴۱-۶۳.

وکیلی گرمرودی، مر .(۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش هوش هیجانی به شیوهٔ گروهی بر افزایش هوش هیجانی و تاب‌آوری همسران جانباز*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، مشاورهٔ خانواده، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی، چاپ‌نشده.

هنرپیشه، ز.(۱۳۹۱). *نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط با سبک‌های دلبستگی و خودکارآمدی دانشجویان کارشناسی ارشد ۱۳۹۰*، پایان‌نامهٔ مقطع ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، چاپ‌نشده.

همایون‌نیا، م؛ شیخ، م؛ حمایت طلب، ر .(۱۳۹۳). «بررسی رابطهٔ اختلالات رفتاری، راهبردهای مقابله‌ای و هوش هیجانی در ورزشکاران نوجوان»، *مجلهٔ رفتار حرکتی*، ۱۷: ۱۴۱-۱۵۶.

Alizadeh Darbandi, H. (2007). The study of effectiveness of education emotional intelligence female student of high school. *Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences*. 87-103.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *American Psychiatric Publishin.*

Armstrong, A. R., Galligan, R. F., & Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Pers Individ Differ*., 51(3): 331-6.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*,37(2). 122-126.

Baranne, M.L & Falissard, B. (2018). Global Burden of Mental Disorders Among Children Aged 5–14 Years. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, (2018), 1-9.

Cobb's, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Journal*, 38. 300-314.

Droppert, k., Downey, L., Lomas, J., Bunnet, E.R., Simmons, N., Wheaton, A., Neild, C., & Stough, C. (2019). Differentiating the contributions of emotional intelligence and resilience on adolescent male scholastic performance. *Personality and Individual Differences*, Volume 145, 15 July 2019. 75-81.

Frick, P.J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. The *Canadian Journal of Psychiatry*, 46: 597-608.

Hemalatha, M., & Banu.N. (2018). Relationship between social support, self-efficacy and resilience of Caregivers Attending to Alzheimer's Patients. *International Journal of Pure & Applied Bioscience*, 6 (5): 748-753.

Hlaing, T.T. (2012). Comparison of social networks, perceived risk and HIV risk behaviors between older and younger African americans living in high HIV prevalence. *Zip Codes of Atlanta*, Georgia. 10-25.

Kong, L., Liu, Y., Guopeng, L., Yueyan, F., Xiaofei, K., & Ping, L. (2016). Resilience moderates the relationship between emotional intelligence and clinical communication ability among Chinese practice nursing students: A structural equation model analysis. *Nurse Education Today*, Volume 46, November 2016. 64-68.

Lee, E. H., Chung, B.Y., Park, H. B., & Chun, K. H. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 5(27): 433-425.

Liu, Y., Wang, ZH., & Lu, W. (2013). Resilience and affect balance as mediators between trait emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, Volume 54, Issue 7, May (2013). 850-855.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, May/June 2000, Volume 71, Number 3. 543-562.

Masten, A.S., & Gewirtz, A.H. (2006). Vulnerability and resilience in early child development. *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*, (2006). 22-43.

Masten, A.S. (2012). Ordinary majic: "resilience processes in development." *American Psychologist*, 56. 227-238.

Narayanan, S.S., & Cheang Weng Onn, A. (2016). The influence of percieved social support and self-efficacy on resilience among the first-year Malaysian students. *Division of Psychology & Behavioural Sciences*, Kajian Malaysia, Vol. 34, No. 2, (2016). 1–23.

Parker, J. DA., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30 (2001). 107-115.

Ritakallio, M., Luukkaala, T., Marttunen, M., Pelkonen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: The role of perceived social upport. *Nord Journal Psychiatry*, Vol 64, No. 3 (2010). 164-71.

Rutter, M. (2006). Impications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of New York Academy of Science*.1094. 1-12.

Sagone, E., & De Caroli, M.E. (2013). Relationships between resilience, self-efficacy, and thinking styles in Italian middle adolescents. *Procedia-Social and Behaivioral Sciences*, Volume 92, 10 October 2013. 838-845.

Wolf, J.C., Frazier, E.A., Smythers, CH., Becker, S.J., Burke, T.A., Cataldo, A., & Spirito, A. (2014). Negative cognitive style and perceived social support mediate the relationship between aggression and NSSI in hospitalized adolescents. *Journal of Adolescence*, 37 (2014). 483- 491.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.2.5.5]
[Downloaded from joec.ir on 2026-11-24]