

پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی در دختران نوجوان بر اساس باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی

الهام مستشاری*، امیر هوشنگ مهریار**

نادره سهرابی***، حجت‌الله جاویدی****

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی در دختران نوجوان بر اساس باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش توصیفی - همبستگی دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۲ الی ۱۹ ساله خودآسیب‌رسان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند که از این میان تعداد ۱۵۰ نفر که نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در سیاهه خودگزارشی خودآسیب‌رسانی کسب کردند، با استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. اطلاعات به‌وسیله پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (۱۹۶۸)، مقیاس کزنظیمی هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضرب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) در نرم‌افزار SPSS.23 تحلیل شدند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از میان مؤلفه‌های متغیر باورهای غیرمنطقی، توقع تأیید از دیگران ($B=0.039, p=0.171$)، از میان مؤلفه‌های متغیر دشواری در تنظیم هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ($B=0.074, p=0.006$)، دشواری کنترل تکانه‌های تحت‌فشار ($B=0.082, p=0.001$)، از میان مؤلفه‌های متغیر حمایت اجتماعی نیز خانواده ($B=0.160, p=0.001$) و دوستان ($B=0.123, p=0.001$) توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارند و ۳۸٪ از واریانس مربوط به خودآسیب‌رسانی توسط متغیرهای باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. به نظر می‌رسد این پژوهش تلویحات مهمی در خصوص ارتباط بین خودآسیب‌رسانی با باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی در دختران نوجوان به همراه دارد.

کلیدواژه‌ها: خودآسیب‌رسانی، باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی، حمایت اجتماعی

* دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

e.mostashari.28144@gmail.com

** استاد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، ایران. (نویسنده مسئول).

amirmehryar36@gmail.com

sohrabi_sh2006@yahoo.com *** استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

javid952@hotmail.com

**** استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران.

مقدمه

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است و الگوهای رفتاری مهمی که می‌توانند در تمام طول عمر بر زندگی فرد اثرگذار باشند، در این دوره شکل می‌گیرند. هنگامی که نوجوانان نتوانند به‌طور موفقیت‌آمیز بر بحران‌ها و چالش‌های تحولی غلبه کنند، اختلال قابل‌ملاحظه‌ای در جریان بهنجار زندگی روزمره و جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی آنها بروز می‌کند (صمیمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۸۶). یکی از موضوع‌هایی که ممکن است جنبه‌های زندگی عاطفی، اجتماعی و شناختی هر دختر و پسر نوجوانی را دچار مشکل سازد، بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان^۱ است (Steinberg, 2019: 50). رفتار خودآسیب‌رسان به‌عنوان تخریب یا تغییر عمدی بافت‌های بدن که منجر به آسیب به بافتها می‌شود، تعریف شده است (صفاری نیا و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۴۴)؛ و به طیف وسیعی از رفتارهایی اشاره دارد که در نتیجه آن به بافت‌های درونی و بیرونی بدن آسیب وارد می‌شود (Whitlock et al, 2006: 1943). رفتار خودآسیب‌رسان شامل انواع مختلف رفتارهایی است که با هدف‌های مختلف درون فردی و بینفردی به شکل‌های مستقیم و غیرمستقیم انجام می‌شود که این رفتارها می‌تواند با و یا بدون قصد خودکشی همراه باشند (Klonsky & Muehlenkamp, 2009: 218).

برای درک رفتارهای خودآسیب‌رسان باید بدانیم که چرا یک رفتار خاص، در یک زمان خاص، تحت یک پیامد خاص و توسط یک فرد خاص انجام می‌گیرد. الگوی جامعی از چهار کارکرد رفتار خودآسیب‌رسان توسط لوید و همکاران ارائه شده است. در این الگو، زمانی یک فرد، رفتار خودآسیب‌رسانی را انجام می‌دهد که تحت یک یا چند کارکرد از میان چهار کارکرد تقویت منفی خودکار (به‌عنوان مثال، برای کاهش تنش و یا یک حالت عاطفی)، تقویت مثبت خودکار (برای مثال، ایجاد یک حالت مطلوب فیزیولوژیکی)، تقویت مثبت اجتماعی (مثلاً برای جلب توجه دیگران) و در نهایت تقویت

منفی اجتماعی (برای مثال، برای فرار از وظایف و یا خواسته‌های بینفردی) قرار گیرد (Lloyd-Richardson et al, 2007: 1184).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد توانایی پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان دارد، باورهای غیرمنطقی^۱ است. به عقیده آلبرت آلیس، رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها، اعتقادات و طرز تفکر اوست. اضطراب، افسردگی، خشم و ترس همگی ناشی از طرز تفکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است. آلیس، نام این باورها را باورهای غیرمنطقی گذاشت و بیان داشت که باورهای غیرمنطقی مجموعه‌ای از خواسته‌ها و اهدافی هستند که در آنها اجبار، الزام، وظیفه و مطلق‌گرایی وجود دارد و در صورت عدم ارضا این دسته از باورها به اضطراب و آشفتگی تبدیل می‌شوند (Ellis, 1999: 6).

دشواری در تنظیم هیجانی^۲ از جمله دیگر عامل خطر ساز رفتارهای خودآسیب‌رسان بدون خودکشی است (You et al, 2018: 737). دشواری در تنظیم هیجانی به‌عنوان یکی از عوامل خطر ساز هیجانی به دسترسی محدود و انعطاف‌ناپذیر به راهبردهای تنظیم هیجان اشاره دارد که غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می‌شود. تشدید و خنثی‌سازی هیجان به‌عنوان دو شکل دشواری در تنظیم هیجان مشخص شده‌اند. در حالت تشدید هیجان، هیجانان به‌صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده‌کننده و مشکل‌ساز تجربه می‌شوند، نظیر آنچه که در افراد تجربه‌کننده حوادث آسیب‌زا رخ می‌دهد. خنثی‌سازی هیجان نیز می‌تواند در بردارنده تجارب تفرقی نظیر دگرسان‌بینی خود یا محیط، جداسازی یا کرختی هیجانی باشد. خنثی‌سازی هیجانی مانع از پردازش هیجانی می‌شود و بخشی از سبک مقابله‌ای اجتناب محسوب می‌شود (Leahy et al, 2011:44).

به نظر می‌رسد که فقدان حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای خودآسیب‌رسان مطرح است؛ چنانچه، مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی کافی به‌عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام نوجوانان به خودکشی عمل می‌کند (Walsh et

1. irrational beliefs
2. emotional dysregulation

350: 2007). حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافتشده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های مهم نظیر اعضای خانواده، دوستان و یا دیگران اشاره دارد و ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است. عاطفه یعنی ابراز عشق و محبت، تصدیق یعنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری به مساعدت مستقیم مانند مساعدت مالی و یاری‌دادن در انجام کارها اشاره دارد (Schulz & Schwartzberg, 2004: 717).

موضوع خودآسیب‌رسانی در دختران نوجوان وقتی اهمیت پیدا می‌کند که نوجوانان دختر با سابقه خودآسیب‌رسانی به میزان ۷۷٪، حداقل یک‌بار و به میزان ۵۵٪، چندین بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. به علاوه، خودآسیب‌رسانی جزء جدانشدنی خودکشی محسوب می‌شود؛ چرا که مهم‌ترین ریسک فاکتور رایج در خودکشی به شمار می‌رود (Majid et al, 2016: 174). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، در سال ۲۰۱۲ حدود ۸۰۴۰۰۰ خودکشی در سراسر جهان اتفاق افتاده است. خطر مرگ در اثر خودکشی در طول شش ماه اول پس از دوره خودآسیبی بسیار زیاد است. به عبارتی نوجوانی دورانی است که ریسک خطر هر دو رفتار بسیار بالاست (Jacobson et al, 2008: 365). با وجود شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان میان نوجوانان دختر ایرانی در سال‌های اخیر آمار دقیقی در این زمینه وجود ندارد و تنها می‌توان به پژوهش پیوسته‌گر (۱۳۹۲) اشاره کرد که نشان داد ۱۷/۹٪ از دختران دانش‌آموز حداقل یک‌بار و ۱۱/۱٪ آن‌ها بیش از یک‌بار اقدام به رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. با توجه به آنچه ذکر شد، هدف از انجام این پژوهش پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی دختران نوجوان بر اساس باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی بود.

تاکنون برخی از تحقیقات ارتباط بین رفتارهای خودآسیب‌رسان را با باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی نشان دادند؛ این بخش به‌مرور این دسته از روابط متغیرها در پژوهش‌های داخلی و خارجی به‌صورت جداگانه اختصاص می‌یابد.

عظیمی (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای از نوع همبستگی بر روی دانشجویان تک سرپرست با عنوان «نقش ناسازگاری ادراکی در روابط میان حمایت اجتماعی و افکار خودکشی در دانشجویان تک سرپرست» نشان داد که ناسازگاری شدید ادراکی، روابط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ارتباط اجتماعی با افکار خودکشی دانشجویان تک سرپرست را میانجی‌گری می‌کند. تعلقپذیری خنثی هیچ ارتباطی را در سطح اطمینان ۹۹٪ میانجی‌گری نکرد.

صدری دمیچی و صمدی فرد (۱۳۹۷) در یک پژوهش همبستگی بر روی نمونه‌ای متشکل از سربازان وظیفه با عنوان «نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی افکار خودکشی سربازان وظیفه» نشان دادند که بین باور غیرمنطقی، ذهن آگاهی و اجتناب شناختی با افکار خودکشی رابطه معناداری وجود داشت. باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و اجتناب شناختی در مجموع ۰/۵۸ قابلیت پیش‌بینی افکار خودکشی را در سربازان داشتند. همچنین ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین نشان داد که ذهن آگاهی از قدرت پیش‌بینیکنندگی بالاتری برخوردار بود.

صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی از نوع همبستگی بر روی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی با عنوان «رابطه بین حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۳۹۶» نشان دادند که بین حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. بین تنظیم شناختی هیجان ناسازگار با افکار خودکشی نیز رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار تقریباً ۲۳٪ از تغییرات افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند.

مامی و یاری (۱۳۹۴) در یک بررسی همبستگی بر روی دانشجویان با عنوان «بررسی رابطه بین امید و حمایت اجتماعی ادراک شده با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه آزاد

اسلامی واحد ایلام در سال ۹۳» نشان دادند که بین امید و حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همچنین بین امید در دانشجویان و افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

موحدی و همکاران (۱۳۹۲) در یک بررسی همبستگی بر روی دانشجویان با عنوان «پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دینداری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی» نشان دادند که سازه‌های دینداری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی، توانستند ۵۴٪ از تغییرات افکار خودکشی دانشجویان را تبیین کنند. جو خانواده بیشترین مقدار رابطه و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت.

حسینی و میرآقایی (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای از نوع همبستگی بر روی دانشجویان با عنوان «رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی» نشان دادند که از بین راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، راهبردهای کم‌اهمیت شماری، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت به صورت منفی ایده پردازی خودکشی را مورد پیش‌بینی قرار دادند. همچنین، از بین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای خود سرزنش‌گری و فاجعه‌نمایی به صورت مثبت ایده پردازی خودکشی را پیش‌بینی کردند.

پورشریفی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی از نوع همبستگی بر روی دانشجویان با عنوان «نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان» نشان دادند که سازه‌های شادکامی، افسردگی، استرس و حمایت اجتماعی توانستند ۷۶٪ تغییرات افکار خودکشی دانشجویان را تبیین کنند. افسردگی بیشترین مقدار رابطه و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت.

صولتی (۱۳۷۹) در یک بررسی مقایسه‌ای بر روی دو گروه از افراد شامل اقدام‌کنندگان به خودسوزی و افرادی که هیچ‌گونه سابقه بیماری روانی نداشتند با عنوان «بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار» نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی با افراد بهنجار

تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این رابطه بین دو گروه در باورهای غیرمنطقی تأیید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بیش‌ازحد از خود، تمایل به سرزنش، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی بیش‌ازحد توأم با اضطراب و درماندگی نسبت به تغییر تفاوت معنی‌داری به دست آمد؛ اما این تفاوت در باورهای غیرمنطقی اجتناب از مشکلات، وابستگی و کمال‌گرایی در همان سطح آماری معنی‌دار نبود.

فورستر و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در پژوهش همبستگی بر روی نمونه‌ای متشکل از دانش‌آموزان دبیرستانی با عنوان «نقش حمایت اجتماعی در ارتباط بین مشکلات دوران کودکی و خودآسیب‌رسانی نوجوانان و خودکشی: یافته‌های نمونه‌ای در سراسر کشور از دانش‌آموزان دبیرستانی، سه گروه از مشکلات خانوادگی کم یا فاقد مشکلات خانوادگی، اختلال در عملکرد فرزندپروری اما با مسامحه کم و همچنین اختلال در عملکرد فرزندپروری اما با مسامحه بالا را شناسایی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که عضویت در کلاس با اختلال در عملکرد فرزندپروری و مسامحه با خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نوجوانان ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد؛ درحالی‌که عضویت در هر دو کلاس مشکلات خانوادگی کم یا فاقد مشکلات خانوادگی و کلاس اختلال در عملکرد فرزندپروری اما با مسامحه پایین با بروز رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیرخودکشی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را در مقایسه با مشکلات خانوادگی کم یا فاقد مشکلات خانوادگی افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی همسالان و معلمان ارتباط مثبت و معنی‌داری با نوجوانان در شرایط پرتنش خانوادگی دارد.

چن و چون^۲ (۲۰۱۹) در پژوهشی از نوع مقایسه‌ای بر روی نوجوانان زن تایوانی با عنوان «ارتباط بین کژتنظیمی و گروه‌های متمایز از خودآسیب‌زنی غیر خودکشی در نوجوانان زن تایوانی» نشان دادند که عاطفه منفی بالا، عاطفه مثبت کم و مشکلات در تمام جنبه‌های تنظیم هیجانات نوجوانان دختر را در گروه شدید خودآسیب‌زنی غیر خودکشی

1. Forster et al
2. Chen & Chun

از همتایان خود در گروه غیر خود آسیب‌زنی غیر خودکشی متمایز می‌کند. گروه‌های خود آسیب‌زنی غیر خودکشی متوسط و شدید بیشتر از نظر سن شروع، عاطفه منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل تکانه متمایز شدند. نوجوانان طبقه‌بندی شده در گروه شدید، بروز زودتر خود آسیب‌زنی غیر خودکشی، عاطفه منفی بالاتر، راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت کمتر و کنترل تکانه بیشتری را گزارش کردند.

روجر و همکاران^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی از نوع همبستگی بر روی دانشجویان با عنوان «خود آسیب‌رسانی و دل‌بستگی در بزرگسالان: نقش کژتنظیمی هیجانی چیست؟» نشان دادند که بین سبک دل‌بستگی ناامن و کژتنظیمی هیجان با رفتارهای خود آسیب‌رسان ارتباط مثبتی وجود دارد. علاوه بر این، کژتنظیمی هیجان باعث ایجاد ارتباط بین سبک‌های دل‌بستگی و خود آسیب‌زنی را میانجی می‌کند. مسیرهای مشخصی بین انواع سبک‌های دل‌بستگی ناایمن از کژتنظیمی هیجان و رفتارهای آسیب‌زنی وجود دارد.

په و همکاران^۲ (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای از نوع همبستگی بر روی نمونه‌ای از افراد بزرگسال با عنوان «کژتنظیمی هیجان به‌عنوان مکانیزمی مرتبط با مواجهه با مسامحه کودک و رفتارهای خود آسیب‌رسان در بزرگسالان» نشان دادند که در ارتباط معنی‌دار بین شدت مواجهه با مسامحه و تکرار رفتارهای خود آسیب‌رسان به‌واسطه کژتنظیمی هیجان میانجی‌گری می‌شود.

خارساتی و بهولا^۳ (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای از نوع همبستگی بر روی دانشجویان یکی از دانشگاه‌های هند با عنوان «رفتار خود آسیب‌رسان، تنظیم هیجان و سبک‌های دل‌بستگی در بین دانشجویان دانشگاه در هند» نشان دادند که جوانان خود آسیب‌رسان سطوح بالاتری از دل‌بستگی مضطرب، مشغله در روابط و نیاز به تأیید در روابط و دشواری‌ها را در همه حوزه‌های تنظیم هیجانات گزارش کردند. تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد

1. Rogier et al

2. Peh et al

3. Kharsati & Bhola

که مشغولیت با روابط و مشکلات کنترل تکانه را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان شناسایی کرد.

آدرین و همکاران^۱ (۲۰۱۱) در یک بررسی از نوع همبستگی بر روی دختران نوجوان با عنوان «کژتنظیمی هیجانی و مشکلات بینفردی به‌عنوان عوامل خطر برای خودزنی غیر خودکشی در دختران نوجوان» نشان دادند که مشکلات روابط خانوادگی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق کژتنظیمی با خودزنی غیر خودکشی ارتباط دارند. فرآیندهای غیرمستقیم مشکلات رابطه‌ای همسالان، از طریق کژتنظیم هیجانی به‌طور معنی‌داری با فراوانی و شدت خودزنی غیر خودکشی در ارتباط بودند.

با توجه به نتایج بررسی‌های ذکرشده، برخی از تحقیقات ارتباط بین خودکشی، افکار مرتبط با خودکشی یا اقدام به خودکشی را با باورهای غیرمنطقی (صولتی، ۱۳۷۹؛ دمی‌چی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۷)، تنظیم هیجان (Rogier et al, 2017) و همچنین حمایت اجتماعی (موحدی و همکاران، ۱۳۹۲) نشان داده‌اند؛ درحالی‌که ارتباط متغیرهای مذکور به‌طور مستقیم با رفتارهای خودآسیب‌رسان موردبررسی و یا تأیید قرار نگرفته است؛ لذا، محققان در پژوهش حاضر درصد پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی دختران نوجوان بر اساس باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی بودند.

مبانی نظری

خودآسیب‌رسانی

خودزنی غیر انتحاری^۲ در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۳ در قسمت اختلالاتی برای مطالعه بیشتر تعریف شده است، و دربرگیرنده رفتارهایی نظیر بریدگی، سوزاندن و سوراخ کردن است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۷۷۲). خودآسیب‌زنی پیش از اینکه به پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی

1. Adrian et al

2. Nonsuicidal Self-Injury

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM)

افزوده شود، به عنوان علائم اختلال شخصیت مرزی^۱ در نظر گرفته می‌شد (You et al, 2016: 91). خود آسیب‌رسانی اغلب در نوجوانان بین سنین ۱۳ تا ۱۵ سال آغاز می‌شود و با شروع دوره جوانی کاهش می‌یابد (Grandclerc et al, 2016:2)، و شیوع آن در میان نوجوانان حدود ۱۴-۲۳٪ (Muehlenkamp et al, 2012: 3) و در نمونه بالینی نوجوانان تقریباً ۳۱-۶۴٪ تخمین زده شده است (Jacobson et al, 2012: 364) و گزارش‌ها حاکی از آن است که ۱۰٪ دانش‌آموزان اروپایی در طول دوران تحصیل رفتار خودآسیب‌رسان داشته‌اند (Majid et al, 2016: 171) و ۱۷/۹٪ از دختران دانش‌آموز ایرانی حداقل یک‌بار و ۱۱/۱٪ آن‌ها بیش از یک‌بار اقدام به رفتارهای خود آسیب‌رسان کرده‌اند (پیوسته گر، ۱۳۹۲: ۳۲).

باورهای غیرمنطقی

باورهای غیرمنطقی^۲ دیگر عاملی است که مشخص شده با رفتارهای خودآسیب‌رسان ارتباط دارد. یک باور^۳ هرگونه فرض اساسی، چه آگاهانه و یا ناآگاهانه است که به اشخاص این آمادگی را می‌دهد که وقایع را به نحو خاصی درک کنند و نوع خاصی از اعمال را انجام دهند (Dryden & Branch, 2008: 91). باورهای غیرمنطقی، اهداف و خواسته‌هایی می‌باشند که به شکل اولویت‌ها و ترجیحات ضروری و الزامی نمود پیدا می‌کنند و اگر برآورده گردند باعث آشفتگی فردی می‌شوند (Ellis, 1999: 6) و به صورت رجحان‌ها، فاجعه‌آمیزی، تحمل پایین ناکامی، خودتحقیری و دیگر تحقیری نمود می‌یابند (عباسپور، ۱۳۹۳: ۷).

آلیس، گروهی از فرض‌های غیرمنطقی را برمی‌شمارد که از نحوه برخورد مراجعینش با جهان و خودشان دریافته است. آلیس این یازده تفکر غیرمنطقی را به شرح زیر معرفی کرد: توقع تأیید از دیگران، انتظارات بیش‌ازحد از خود، سرزنش کردن خود و دیگران،

-
1. borderline personality disorder (BPD)
 2. irrational beliefs
 3. belief

واکنش به درماندگی همراه با ناکامی، بی‌مسئولیتی هیجانی، توجه مضطربانه، اجتناب از مشکل، وابستگی، درماندگی در برابر تغییر و کمال‌گرایی (درایدن، ۱۳۹۱: ۲۶). درمانگران عقلانی - هیجانی، خصوصیات ذیل را برای باورهای غیرمنطقی در نظر می‌گیرند: افکار و باورهای غیرمنطقی با واقعیات موجود هماهنگ و هم‌جهت نیستند. باورهای غیرمنطقی توسط شواهد عینی تأیید نمی‌شوند و فرد درصدد آزمایش آنها نیست. باورهای غیرمنطقی به شکل اطلاعات و یا به شکل تصمیم‌گیری نادرست هستند. باورهای غیرمنطقی با اجبار و الزام و وظیفه همراه بوده و خشک و انعطاف‌ناپذیر هستند. باورهای غیرمنطقی باعث حالت‌های آشفته و ناراحت‌کننده در فرد می‌شوند و درنهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه می‌شود (دریایی، ۱۳۹۳: ۱۹).

دشواری در تنظیم هیجان

دشواری در تنظیم هیجانی^۱ نیز از جمله عواملی است که زمینه‌ساز بروز و تداوم رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌شود (Peh et al, 2017: 384). دشواری در تنظیم هیجانی به دسترسی محدود و انعطاف‌ناپذیر به راهبردهای تنظیم هیجان اشاره دارد که غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص شده است. تشدید و خنثی‌سازی هیجان به‌عنوان دو شکل دشواری در تنظیم هیجان مشخص شده‌اند. در حالت تشدید هیجان، هیجان‌ها به‌صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده‌کننده و مشکل‌ساز تجربه می‌شوند، نظیر آنچه که در افراد تجربه‌کننده حوادث آسیب‌زا رخ می‌دهد. خنثی‌سازی هیجان نیز می‌تواند در بردارنده تجارب تفرقی نظیر دگرسان‌بینی خود یا محیط، جداسازی یا کرختی هیجانی باشد. خنثی‌سازی هیجانی مانع از پردازش هیجانی می‌شود و بخشی از سبک مقابله‌ای اجتناب محسوب می‌شود (Leahy et al, 2011:59).

بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودتنظیم‌گری، نقص در مکانیسم‌های خودتنظیم‌گری هیجانی که شکلی از تنظیم هیجان است، باعث دشواری در تنظیم هیجانی و تداوم

اختلالات روانی می‌شود (Wells & Matthews, 1994: 882)؛ چنانچه مطالعات اخیر نیز نقش کنش‌وری هیجانی و نقص در عملکرد تنظیم هیجان را در اختلال‌های روانشناختی وابسته برجسته ساخته‌اند (Gross & Thompson, 2007: 25). به‌منظور درک هرچه بیشتر مفهوم دشواری در تنظیم هیجانی به مفهوم تنظیم هیجان می‌پردازیم.

حمایت اجتماعی

در نهایت، فقدان حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای خودآسیب‌رسان مطرح است (Walsh & Eggert, 2007: 349). حمایت اجتماعی^۱ به کمک یا مساعدتی اطلاق می‌شود که دیگران در هنگام مواجهه شخص با استرس، فشار و مشکلات زندگی در اختیار فرد می‌گذارند (تاسیگ و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۹) و این مساعدت و حمایت به اشکال مختلفی می‌تواند صورت بگیرد. در شرایطی به شکل عاطفی و هیجانی از طریق ابراز علاقه و احترام و در شرایطی به شکل ابزاری و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس نظیر پول، نفوذ و اطلاعات برای فرد انجام می‌پذیرد (ظهورپرونده، ۱۳۹۷: ۲۸۷).

محققان اجتماعی طبقه‌بندی‌های گوناگونی را از انواع حمایت‌های اجتماعی ارائه نموده‌اند. اساسی‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی در دو بعد ساختاری و عملکردی طبقه‌بندی می‌شود؛ بعد ساختاری که ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت را در برمی‌گیرد و شامل روابط اجتماعی رسمی یا غیررسمی فرد با دیگران و تعداد نقش‌هایی است که فرد ایفا می‌کند. بعد عملکردی که شامل ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت می‌باشد و به خصایص روابط اجتماعی که فرد برقرار می‌کند، مربوط است (چلبی، ۱۳۹۵: ۵۸). کوب^۲، انواع حمایت اجتماعی را شامل حمایت عاطفی، حمایت اعتباری (ارزشی) و احساس تعلق داشتن می‌داند. به اعتقاد کاپلان ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی، تمام نیازهای اجتماعی اساسی

1. social support
2. Kobb

را شامل می‌شود. نیازهای اجتماعی اساسی، علاقه و محبت، اعتبار و ارزش و یا موافقت، تعلق، هویت و امنیت را در برمی‌گیرد (Kaplan & Sadock, 2015: 66).

حمایت اجتماعی از منابع مختلفی می‌تواند تأمین گردد، برای مثال، خانواده، دوستان، همکاران، مدیران و ... هر یک از این منابع قادر هستند که فقدان منابع حمایتی دیگر را جبران نمایند. این منابع را در دو گروه کلی می‌توان تقسیم‌بندی نمود: (۱) حمایت‌های رسمی که غالباً از سوی مؤسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می‌شود. (۲) حمایت‌های غیررسمی که از روابط شخصی فرد با خانواده، دوستان و ... به‌ویژه در هنگام بحران‌ها و نیازها ناشی می‌شود دارد (Schulz & Schwartzberg, 2004: 718).

عوامل متعددی در تعیین بهره‌مندی از حمایت اجتماعی مؤثر هستند. بعضی از این عوامل به خود فرد مربوط می‌شوند (عوامل درون‌فردی)؛ به‌عنوان نمونه خلق‌وخوی فرد تعیین‌کننده این است که فرد، گیرنده یا دهنده حمایت باشد. یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، ساختار شبکه اجتماعی فرد، یعنی پیوندهایی است که فرد با اعضای خانواده و جامعه خود دارد. میزان حمایت اجتماعی که افراد دریافت می‌کنند، به جنس و گروه فرهنگی اجتماعی آنان بستگی دارد. برخی شواهد نشان می‌دهد که زنان در مقایسه با مردان کمتر از همسرانشان از حمایت برخوردار می‌شوند و برای کسب حمایت اجتماعی، بیشتر به دوستان زن خود تکیه می‌کنند (سارافینو، ۱۳۹۸: ۱۷۴).

چارچوب نظری

مبانی و چارچوب نظری این پژوهش تلفیقی از نظریات مختلف درباره رفتارهای خودآسیب‌رسان (به‌عنوان مثال، دیدگاه ریچاردسون و همکاران)، دشواری در تنظیم هیجانی مطابق با مدل ولز و متیوس و نظریات مطرح در زمینه حمایت اجتماعی می‌باشد؛ نظریاتی که علاوه بر افزایش حساسیت نظری، پس از استخراج یافته‌های پژوهش در تحلیل یافته‌ها نیز می‌توانند مؤثر باشند. مطابق با الگوی جامع لوید ریچاردسون و همکاران، رفتارهای خودآسیب‌رسان تحت یک یا چند کارکرد تقویت منفی خودکار، تقویت مثبت خودکار،

تقویت مثبت اجتماعی و یا تقویت منفی اجتماعی اتفاق می‌افتد (Lloyd-Richardson et al, 2007: 1184).

دشواری در تنظیم هیجانی مطابق با مدل کارکرد اجرایی خودتنظیم‌گری ولز و متیوس، با آن نقص در مکانیسم‌های خودتنظیم‌گری هیجانی منجر به دشواری در تنظیم هیجان و یا بروز و تشدید بسیاری از اختلالات روانشناختی می‌گردد (Wells & Matthews, 1994: 882). در خصوص حمایت اجتماعی دیدگاه‌های متعددی مطرح شده است؛ اما به‌طور کلی حمایت اجتماعی به‌عنوان کمک یا مساعدت در هنگام روبرو شدن اشخاص با استرس، فشار و مشکلات زندگی است و دربرگیرنده دو بعد اساسی ساختاری و عملکردی می‌باشد (چلبی، ۱۳۹۵: ۵۸). لذا، محققان در این پژوهش با بهره‌گیری از نظریات موجود، درصد پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی دختران نوجوان بر اساس باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی بودند.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه پژوهشی. باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را در دختران نوجوان دارد.

روش‌شناسی

روش این پژوهش توصیفی - همبستگی (به کد اخلاق به شماره IR.IAU.M.REC. 1400. 002) بود. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۲ الی ۱۹ ساله خودآسیب‌رسان شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند. با توجه به اینکه برای اعتبار معادلات در مطالعات علوم اجتماعی به ازای هر متغیر پیشین می‌بایست حدوداً ۱۵ مشارکت‌کننده وجود داشته باشد (Gall et al, 2007: 451)؛ لذا در این پژوهش تعداد ۱۵۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری

چند مرحله‌ای به‌عنوان نمونه آماری با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند.

$$\frac{\frac{z^2 Pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 Pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{384.16}{1 + \frac{1}{300} (384.16 - 1)} = 168$$

N = دانش‌آموزان دختر ۱۲ الی ۱۹ ساله خودآسیب‌رسان

T = درصد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول

P = نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین

(p-1) = q

D = درجه اطمینان

نحوه نمونه‌گیری بدین شکل بود که از بین نواحی آموزش و پرورش شهر تهران تعداد ۲ ناحیه به‌صورت تصادفی انتخاب و از هر ناحیه تعداد ۳ مدرسه به‌صورت تصادفی مشخص شدند و از هر پایه تحصیلی در هر مدرسه تعداد ۲ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شد. سپس، دانش‌آموزان این کلاس‌ها سیاهه خودگزارشی خودآسیب‌رسانی را تکمیل کردند و تعداد ۱۶۸ نفر از آنها که نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب کردند، به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که در این میان ۱۸ نفر به دلیل عدم دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش کنار گذاشته شدند و ۱۵۰ نفر به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از تشخیص مشکل خودآسیب‌رسانی بر اساس دریافت نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در سیاهه خودگزارشی خودآسیب‌رسانی؛ محدوده سنی ۱۲ الی ۱۹ سال؛ جنسیت دختر؛ نداشتن اختلال جدی پزشکی هم‌زمان که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند؛ درحالی‌که دارا بودن اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال روانی که تکمیل پرسشنامه‌ها را مختل کند؛ عدم موافقت دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش و همچنین عدم همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل می‌دادند.

به‌منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد

اسلامی و موافقت مسئولین ذی ربط به آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه شد. پس از مشخص کردن نواحی و مدارس مربوط، متناسب با حجم نمونه با دانش آموزانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، هماهنگی های لازم به عمل آمد و پرسشنامه ها در بین آنها توزیع و پس از تکمیل جمع آوری شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود.

اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزارهای زیر گردآوری شد:

سیاهه خود گزارشی خود آسیب رسانی^۱. این سیاهه توسط کلونوسکی و گلن در سال ۲۰۰۹ به منظور سنجش رفتارهای خود آسیب رسان افراد طراحی شد و دارای ۲ بخش رفتاری و کارکردی است. بخش رفتاری از ۷ سؤال و بخش کارکردی نیز دارای ۳۹ سؤال است که از ۱۳ خرده مقیاس (کارکرد فردی و بین فردی) به شرح زیر تشکیل شده است: تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، ضد تجزیهای، ضد خودکشی، جستجویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، تنبیه خود، مراقبت از خود، انتقامگیری و خودمختاری. سئوالات سیاهه مذکور به صورت مقیاس لیکرت سه درجه ای (مناسب نیست=۰، تا حدودی مناسب=۱، کاملاً مناسب=۲) نمره گذاری می شود. دامنه سئوالات سیاهه خود گزارشی خود آسیب رسانی نمرات بین ۰ تا ۷۸ قرار دارد (Klonsky & Glenn, 2009: 218). کلونوسکی و گلن، در پژوهشی ضرایب پایایی سیاهه خود گزارشی خود آسیب رسانی را در طی یک سال برای کارکرد فردی و بین فردی به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۲۲ گزارش کردند. خانپور و همکاران (۱۳۹۵)، نیز پایایی کل سئوالات سیاهه را به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ دست آوردند.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی^۲. این پرسشنامه توسط جونز در سال ۱۹۶۸ جهت ارزیابی باورهای غیرمنطقی ساخته شد و از ۴۰ سؤال و چهار خرده مقیاس درماندگی در برابر

1. Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)
2. Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ)

تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل، بی‌مسئولیتی هیجانی تشکیل یافته است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف=۱؛ کاملاً موافق=۵) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۴۰ تا ۲۰۰ قرار دارد و کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده باورهای غیرمنطقی بالاتر است (Jones, 1968: 65). جونز (۱۹۶۸)، همسانی درونی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی را بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۲، ضریب باز آزمایی آن را برابر با ۰/۹۲ و همچنین روایی هم‌زمان آن را با مشکلات روانپزشکی ۰/۶۱ گزارش کرد. عبادی و معتمدی (۱۳۸۴)، برای اولین بار در کشور ما به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه پرداختند و پایایی خرده‌مقیاس‌های درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی را به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آوردند و پایایی کل آن را با روش دونیمه‌سازی ۰/۷۶ برآورد کردند.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی^۱. این مقیاس توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ برای سنجش مشکلات تنظیم هیجانی ساخته شده است و از ۳۶ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس به شرح زیر تشکیل شده است: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار، فقدان آگاهی هیجانی، عدم وضوح هیجانی، دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار. این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=اصلاً، ۵=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود که سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ نیز دارای نمره‌گذاری معکوس هستند و سؤالات آن در دامنه‌ای بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرند. دریافت نمره بالا نشان‌دهنده مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر است (Gratz & Roemer, 2004: 44).

گراتز و رومر، پایایی مقیاس کژتنظیمی هیجانی را به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی آن را در فاصله ۲ هفته‌ای ۰/۸۵ گزارش کردند. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کژتنظیمی هیجانی در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در کشور

1. Disacceptance of Emotional Responses Scale (DERS)

ما مورد تأیید قرار گرفته است؛ چنانچه، پایایی آن با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و برای کل پرسشنامه از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ محاسبه شده است (بشارت، ۱۳۹۷: ۹۰).

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱. این مقیاس توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ساخته شد و دارای ۱۲ سؤال و سه خرده مقیاس خانواده (۳،۴،۸،۱۱)، اجتماع یا افراد مهم (۱،۲،۵،۱۰) و دوستان (۶،۷،۹،۱۲) است که در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم=۷ تا کاملاً موافقم=۱) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۸۴ قرار دارد و کسب نمرات بالاتر در این مقیاس بیانگر حمایت اجتماعی ادراک شده بالا می‌باشد (Zimet et al, 1988: 32). آن‌ها، پایایی کل مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند. بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، نیز پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از همین روش ۰/۷۷ برآورد کردند. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (انحراف معیار و میانگین) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) در نرم‌افزار SPSS.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۵۰ دانش‌آموزان دختر شرکت کردند که ۱۲ نفر (۸/۰٪) از شرکت‌کنندگان زیر ۱۴ سال سن، ۱۹ نفر (۱۲/۷٪) بین ۱۴ تا ۱۵ سال سن، ۴۷ نفر (۳۱/۳٪)

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPS)

پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی در دختران ...، مستشاری و همکاران | ۱۶۵

بین ۱۵ تا ۱۶ سال سن و ۷۲ نفر (۰/۴۸٪) بین ۱۶ تا ۱۷ سال سن داشتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بحث درج شده است.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی متغیرهای خودآسیب‌رسانی، باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم

هیجانی و حمایت اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
خودآسیب‌رسانی	۴۹/۷۲	۱۰/۹۴
باورهای غیرمنطقی	۶۵/۵۰	۱۲/۴۵
دشواری در تنظیم هیجانی	۶۹/۶۶	۱۲/۲۰
حمایت اجتماعی	۲۵/۹۸	۱۰/۸۰

پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه پیشفرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفتند؛ ابتدا مفروضه چند هم خطی (استقلال متغیرها) مورد بررسی قرار گرفت. چند هم خطی به همبستگی بالای بین متغیرهای پیشین اشاره می‌کند، در صورتی که همبستگی دو متغیری بین دو متغیر پیشین بیشتر از ۰/۷ باشد، از این پیش فرض تخطی شده است، چرا در تحلیل رگرسیون چندگانه نباید چند هم خطی وجود داشته باشد. مقادیر مربوط به چند هم خطی عبارت است از Tolerance و VIF، که مقدار Tolerance باید بالاتر از ۰/۱ و مقدار VIF کمتر از ۱۰ باشد (Pallanat, 2010:29). با توجه به اینکه بالاترین همبستگی کمتر از ۴۰ بود و شاخص Tolerance همه متغیرهای پیشین بالاتر از ۱ و مقادیر VIF کلیه متغیرها کمتر از ۱۰ بود، بنابراین از مفروضه چند هم خطی تخطی نکردیم. پیش فرض داده‌های پرت را با استفاده از نمودار پراکندگی می‌توان نشان داد. داده‌های پرت به مواردی اطلاق می‌گردد که پس مانده‌های استاندارد (در نمودار پراکندگی) بیشتر از ۳/۳ و کمتر از -۳/۳- داشته باشد (Tabachinck & Fidell, 2007: 16).

با توجه به اینکه مشخص شد پس مانده‌ها، توزیعی تقریباً مستطیلی شکل داشتند و داده‌های پرت موجود در نمودار پراکندگی کمتر از آن است که به عنوان تخطی از این

پیش فرض محسوب گردد، چرا که هیچ پس ماند استاندارد بیشتری از ۳/۳ و کمتر از ۳/۳- وجود نداشت؛ لذا داده پرتی در توزیع داده‌ها وجود نداشت. نرمال بودن توزیع نمرات نیز با استفاده از آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای متغیرها مورد بررسی قرار گرفت؛ چنانچه، آماره‌های این آزمون برای متغیرهای خودآسیب‌رسانی برابر ۰/۸۶۴، باورهای غیرمنطقی ۰/۷۰۲، دشواری در تنظیم هیجانی ۰/۷۰۸ و حمایت اجتماعی ۰/۸۳۶ بود و در سطح $p < 0.05$ غیرمعنادار بود، لذا، این مفروضه نیز مورد تأیید قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- ضریب همبستگی خودآسیب‌رسانی با باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و

حمایت اجتماعی

متغیر	مؤلفه‌ها	ضریب همبستگی	سطح معناداری
باورهای غیرمنطقی	درماندگی در برابر تغییر	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
	توقع تأیید از دیگران	۰/۴۱۲	۰/۰۰۱
	اجتناب از مشکل	۰/۲۶۳	۰/۰۰۲
	بی‌مسئولیتی هیجانی	۰/۱۵۹	۰/۰۰۵
دشواری در تنظیم هیجانی	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۲۴۴	۰/۰۰۲
	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۳۲۰	۰/۰۰۱
	دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۰/۳۵۴	۰/۰۰۱
	فقدان آگاهی هیجانی	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱
	عدم وضوح هیجانی	۰/۳۴۵	۰/۰۰۱
	دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار	۰/۳۶۳	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	خانواده	-۰/۴۵۶	۰/۰۰۱
	اجتماع یا افراد مهم	-۰/۵۷۴	۰/۰۰۱
	دوستان	-۰/۵۷۰	۰/۰۰۱

بین درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی با خودآسیب‌رسانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بین عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار، فقدان آگاهی هیجانی، عدم وضوح هیجانی و دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار با خودآسیب‌رسانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بین خانواده، اجتماع یا افراد مهم و دوستان با خودآسیب‌رسانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲). در ادامه، متغیرهای باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و متغیر خودآسیب‌رسانی به‌عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل معادله رگرسیون شدند که نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی آن در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه ملاک از روی متغیرهای پیش‌بین خودآسیب‌رسانی، روی باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی

گام	مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گام ۱	رگرسیون	۷۶۸/۲۳۱	۴	۱۹۲/۰۵۸	۸/۶۳۰	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۱۷۰۸۵/۵۶۲	۱۴۵	۱۱۷/۸۳۱		
گام ۲	رگرسیون	۴۵۶/۸۷۷	۶	۷۶/۱۴۶	۵/۶۲۶	۰/۰۰۲
	باقیمانده	۱۷۳۹۶/۹۱۶	۱۴۳	۱۲۱/۶۵۷		
گام ۳	رگرسیون	۵۳۲/۷۰۱	۳	۱۷۷/۵۶۷	۹/۴۹۷	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۱۷۳۲۱/۰۹۲	۱۴۶	۱۱۸/۶۳۸		

گام ۱، متغیر پیش‌بین: بی‌مسئولیتی هیجانی، درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل

گام ۲، متغیر پیش‌بین: عدم وضوح هیجانی، دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار، فقدان آگاهی هیجانی

گام ۳، متغیر پیشین: خانواده، اجتماع یا افراد مهم، دوستان

خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی با خودآسیب رسانی در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیونی باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت

اجتماعی با خودآسیب رسانی

منبع شاخص	β ضریب	خطای استاندارد برآورد	ضریب بتای استاندارد	آماره آزمون	سطح معناداری
درماندگی در برابر تغییر	-۰/۱۰۲	۰/۱۱۰	-۰/۰۷۶	-۰/۹۳۱	۰/۳۵۴
توقع تأیید از دیگران	-۰/۳۵۵	۰/۱۷۱	-۰/۱۷۱	-۲/۰۸۱	۰/۰۳۹
اجتناب از مشکل	۰/۰۹۱	۰/۱۶۷	۰/۰۴۶	۰/۵۴۶	۰/۵۸۶
بی مسئولیتی هیجانی	۰/۰۸۰	۰/۱۴۸	۰/۰۴۵	۰/۵۳۸	۰/۵۹۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	-۰/۲۷۷	۰/۲۲۷	-۰/۱۰۵	-۱/۲۲۲	۰/۲۲۴
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۰/۱۱۸	۰/۱۴۲	۰/۰۷۴	۰/۸۳۳	۰/۰۰۶
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	-۰/۱۰۶	۰/۳۰۷	-۰/۱۰۲	۰/۱۱۸	۰/۹۸۵
فقدان آگاهی هیجانی	-۰/۰۴۸	۰/۱۸۲	-۰/۰۲۳	-۰/۲۶۳	۰/۷۹۳
عدم وضوح هیجانی	۰/۰۸۰	۰/۱۴۸	۰/۰۴۵	۰/۵۳۸	۰/۵۹۱
دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار	۰/۲۳۵	۰/۲۴۲	۰/۰۸۲	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱
خانواده	-۰/۲۷۸	۰/۲۲۰	-۰/۱۰۶	-۱/۲۶۵	۰/۰۰۱
اجتماع یا افراد مهم	۰/۳۱۵	۰/۲۱۱	۰/۱۲۴	۱/۴۹۳	۰/۱۳۷
دوستان	-۰/۳۱۲	۰/۲۱۴	-۰/۱۲۳	-۱/۴۶۱	۰/۰۰۱

از میان مؤلفه‌های متغیر باورهای غیرمنطقی تنها مؤلفه توقع تأیید از دیگران ($B = -۰/۱۷۱, p = ۰/۰۳۹$) توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارد؛ از میان مؤلفه‌های متغیر دشواری در تنظیم هیجانی تنها دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ($B = ۰/۰۷۴, p = ۰/۰۰۶$) و دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار ($B = ۰/۰۸۲, p = ۰/۰۰۱$)

توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارد و همچنین از میان مؤلفه‌های متغیر حمایت اجتماعی تنها مؤلفه‌های خانواده ($B = -0/106, p = 0/001$) و دوستان ($B = -0/001, p = 0/001$) توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارد. به علاوه، مشخص شد حدود ۳۸٪ از واریانس مربوط به خودآسیب‌رسانی توسط متغیرهای باورهای غیرمنطقی، دشواری در تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

مطابق با اولین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که از میان مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی بین درماندگی در برابر تغییر، توقع تأیید از دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی با خودآسیب‌رسانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات (Lester, 1989) و (Lester, 2012)، مبنی بر ارتباط بین افکار خودکشی با باورهای غیرمنطقی (صدری دمیرچی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۷)، همسو است که نشان دادند بین باور غیرمنطقی با افکار خودکشی رابطه معناداری وجود دارد و باورهای غیرمنطقی، قابلیت پیش‌بینی افکار خودکشی را در سربازان دارند.

همچنین، این یافته با نتایج پژوهش صولتی (۱۳۷۹)، نیز همسو است که نشان داد بین باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) با افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این رابطه بین دو گروه در باورهای غیرمنطقی تأیید و حمایت از جانب دیگران، انتظار بیش‌ازحد از خود، تمایل به سرزنش، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، نگرانی بیش‌ازحد توأم با اضطراب و درماندگی نسبت به تغییر تفاوت معنی‌داری به دست آمد؛ درحالی‌که این تفاوت در باورهای غیرمنطقی اجتناب از مشکلات، وابستگی و کمال‌گرایی معنی‌دار نبود.

مطابق با نظریه عقلانی - هیجانی، انواع مختلف باورهای غیرمنطقی عامل اصلی مشکلات انسانی است. رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به بروز اضطراب و افکار

پریشان در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. آلیس، ریشه بسیاری از ناراحتی‌ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان را در باورهای غیرمنطقی که در مورد جهان پیرامون خود دارد، می‌داند. از نظر وی باورها اساساً به دو دسته منطقی و غیرمنطقی تقسیم می‌شوند. باورهای منطقی، باورهای کارآمدی هستند که به فرد کمک می‌کنند تا به اهداف مهم، واقع‌گرایانه، منطقی و انعطاف‌پذیر خود دست یابند (Ellis, 1999: 6).

در مقابل، باورهای غیرمنطقی باورهای ناکارآمدی هستند که مانع از رسیدن اشخاص به اهداف شخصی‌شان شده و می‌توانند منجر به خود آسیب‌رسان شود. از سوی دیگر، افرادی که باورهای غیرمنطقی بیشتری دارند، هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و تنش‌زا، پایداری کمتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات مثبت درباره خود را نمی‌پذیرند که همین امر می‌تواند باعث بروز رفتارهای خود آسیب‌رسان شود (صدری دمیرچی و صمدی فر، ۱۳۹۷: ۴۳۵).

به علاوه، این پژوهش نشان داد که از میان مؤلفه‌های متغیر باورهای غیرمنطقی تنها مؤلفه توقع تأیید از دیگران توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارد؛ بدین معنا که هرچه نیاز به مورد تأیید قرار گرفتن نوجوان از سوی دیگران بیشتر باشد؛ احتمال اینکه آنها اقدام به آسیب‌رساندن به خود کنند، نیز بیشتر می‌شود. بدین ترتیب که داشتن باورهای غیرمنطقی توقع تأیید از دیگران که در آن نوعی اجبار، الزام و مطلق‌گرایی وجود دارد، موجب بروز اختلالات عاطفی و یا رفتاری می‌شود که در نهایت این اختلالات زمینه‌ساز بروز افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان را فراهم می‌آورند.

همچنین این مطالعه نشان داد که از میان مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان بین عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار، فقدان آگاهی، عدم وضوح هیجانی و دشواری کنترل تکانه‌های تحت‌فشار با خود آسیب‌رسان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های (Peh et al, 2017)، مبنی بر ارتباط بین رفتارهای خودآسیب‌رسان با دشواری در تنظیم هیجانات و همچنین (Rogier et al, 2017)

و (Kharsati & Bhola, 2016)، مبنی بر ارتباط مستقیم دشواری در تنظیم هیجانات با فراوانی رفتارهای خودآسیب‌رسان ارتباط و با پژوهش صدری دمیچی و صمدی فر (۱۳۹۶)، مبنی بر رابطه مثبت راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی همسو می‌باشد. به‌علاوه، همسو با یافته‌های تحقیق ما، (Adrian et al, 2011) در پژوهشی نشان دادند که دشواری تنظیم هیجانات یکی از عوامل مؤثر بر خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی در دختران نوجوان است.

دانش‌آموزانی که فاقد مهارت لازم برای مقابله با تجارب هیجانی خود هستند، هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، اقدام به انجام رفتارهای خودآسیب‌رسان می‌کنند یا احساسات خود را سرکوب کرده و یا نادیده می‌گیرند؛ چرا که افرادی که با هیجانات خود سازگار نیستند یا راهی برای ابراز مناسب آن ندارند، منابع محدودتری برای غلبه بر احساسات خود دارند و برای تسکین هیجانانشان، به خود آسیب می‌رسانند. بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودتنظیم‌گری ولز و متیو^۱، نیز می‌توان بیان داشت که نقص در راهبردهای شناختی خودتنظیم‌گری هیجانی که شکلی از تنظیم هیجان است، باعث ناسازگاری هیجانی و تداوم خودآسیب‌رسانی می‌شود.

به‌علاوه، در این پژوهش مشخص شد که از میان مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجانی تنها مؤلفه‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار و دشواری کنترل تکانه‌های تحت فشار توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارند. بنابراین، این دو مؤلفه دشواری در تنظیم هیجانی ممکن است قرینه‌ای باشد از پیش‌بینی احتمالی خودآسیب‌رسانی؛ بدین ترتیب که دانش‌آموزان در هنگام رویارویی با استرس و فشارهای موجود در دوران نوجوانی که از سوی خانواده، همسالان و یا معلمان بر آنها وارد می‌شود، دسترسی مناسبی به منابع تنظیم شناختی هیجانات خود ندارند و یا تحت این چنین فشارهایی نمی‌توانند به راحتی تکانه‌ها و یا انگیزه‌های روانی خود را کنترل کنند؛ لذا در چنین شرایطی به خود آسیب می‌زنند.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که بین خانواده، اجتماع یا افراد مهم و دوستان با خودآسیب‌رسانی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ این یافته پژوهش ما، با نتایج حاصل از تحقیقات (مرادی و همکاران، ۱۳۸۸)، همسو است که در مطالعه‌ای نشان دادند که میزان همبستگی خانوادگی، ابراز وجود، جامعه‌پذیری و آرمان خانوادگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پایین‌تر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. همچنین میزان تعارض، گسستگی، گرایش‌های فرهنگی - عقلانی و درهم تنیدگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی بالاتر از افرادی است که اقدام به خودکشی نداشته‌اند. موحدی و همکاران (۱۳۹۲)، نیز همسو با یافته‌های تحقیق حاضر نشان دادند که جو خانواده بیشترین مقدار رابطه و قدرت پیشینیکنندگی را در مورد افکار خودکشی داشت. به‌علاوه این یافته‌ها با نتایج پژوهشی مبنی بر ارتباط منفی و معنیدار حمایت اجتماعی با رفتارهای خودآسیب‌رسان همسو است (Walsh & Eggert, 2007).

حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافته‌شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های مهم نظیر اعضای خانواده، دوستان و یا دیگران اشاره دارد. فقدان حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای خودآسیب‌رسان مطرح است (Schulz & Schwartzberg, 2004: 717)؛ چنانچه، مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی کافی به‌عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام نوجوانان به خودکشی عمل می‌کند (Walsh & Eggert, 2007: 350). در این راستا حمایت اجتماعی ممکن است از طریق کاهش آثار منفی استرس‌های زندگی، میزان احتمال اقدام به خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش دهد؛ تا جایی که ارائه سطح ثابت و مناسب از حمایت‌های اجتماعی، تأثیر استرس‌های زندگی را به حداقل کاهش دهد. به‌عنوان مثال، حمایت یک دوست خوب و یا یکی از اعضای خانواده و مواردی از این قبیل، می‌توانند در مواقع بحران به یاری فرد شتافته، با ارائه حمایت‌های عاطفی و روانی، وی را از کشیده شدن به سوی رفتارهای خودآسیب‌رسان بازدارند (Rudd, 1990: 19). برای مثال، یافته‌ها نشان می‌دهند که افراد بیوه، مطلقه و مجرد، بیش از افراد متأهل در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار دارند (موحدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۹۷).

مطابق با آخرین یافته این پژوهش مشخص شد که میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی تنها مؤلفه‌های خانواده و دوستان توانایی پیش‌بینی خودآسیب‌رسانی را دارند؛ بر اساس نظریه همپوشی (Westefeld, 2000: 452)، نقص در کارکرد اعضای خانواده در سطح روانی اجتماعی برای فرد مشکلاتی را ایجاد می‌کند که عمدتاً حمایت اجتماعی فرد را مختل می‌کند. حمایت اجتماعی قوی نیز به‌نوبه خود، افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان را کاهش می‌دهد. وجود شبکه حمایتی دوستان نیز در نقش مهمی در پیشگیری از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در مواقعی دارد که شخص گرفتار افکار خودآسیب‌رسان بوده و در پی آسیب رساندن به خود است.

مهم‌ترین محدودیت این مطالعه این بود که این بررسی تنها بر روی دانش‌آموزان دختر شهر تهران که در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند، انجام شد؛ لذا قدرت تعمیم‌یافته‌های پژوهش به سایر نمونه‌ها را کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقه‌مند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دانش‌آموزان سایر مقاطع تحصیلی در سایر شهرها و بر روی نمونه‌ای متشکل از پسران در مدارس غیردولتی انجام دهند تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به‌طور دقیق مشخص گردد. ضمن اینکه اطلاعات از طریق پرسشنامه گردآوری شد و از صرفاً یک ابزار جهت سنجش هر متغیر استفاده شد، لذا بایستی توجه داشت که در برخی از فرهنگ‌ها با توجه به شرایط خاص اجتماعی، پرسشنامه نمی‌تواند دقت لازم را در گردآوری اطلاعات به همراه داشته باشد؛ لذا، این مسئله در کنار تک‌بعدی بودن ابزارهای پژوهشی (به‌ویژه استفاده از صرفاً یک ابزار برای تشخیص خودآسیب‌رسانی نوجوانان) محدودیت‌هایی به وجود می‌آورد.

پیشنهاد می‌شود که گردآوری داده‌ها تنها متکی به پرسشنامه‌های خودگزارشی نباشد و از ابزارهای متنوعی جهت ارزیابی هر یک از متغیرهای این تحقیق (برای مثال روش‌هایی همچون مصاحبه و مشاهده و یا استفاده از سایر چک‌لیست‌های رفتاری) استفاده شود. طرح پژوهش مطالعه حاضر به‌عنوان نمونه‌ای از طرح‌های توصیفی - همبستگی، محدودیت‌هایی را در زمینه اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی و روابط علت و معلولی ایجاد

می‌کند. پیشنهاد می‌شود که به منظور بررسی روابط علت و معلولی در تحقیقات آینده از الگویی معادلات ساختاری استفاده شود.

پیشنهادها

- با توجه به اینکه خودآسیب‌رسانی در میان نوجوانان دختر نسبتاً شایع است و نظر به پیامدهای منفی که این دسته از رفتارها برای ادامه تحصیل دانش‌آموزان می‌تواند به همراه داشته باشد، لازم است نسبت به پیشگیری از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در مدارس تمهیدات مقتضی با استفاده از شناسایی عوامل زمینه‌ساز صورت گیرد؛ چرا که به کارگیری روش‌های پیشگیرانه برای دانش‌آموزانی که با توجه زمینه‌های ارثی و یا محیطی در معرض اقدام به انجام رفتارهای خودآسیب‌رسان هستند، با استفاده از شناسایی عوامل زمینه‌ساز و تلاش برای مداخله‌های زودهنگام امری ضروری است. در این زمینه تدوین برنامه‌های آموزشی جهت اصلاح و تعدیل دشواری در تنظیم هیجان‌ها و همچنین اتخاذ رویکردهای درمانی مناسب پیشنهاد می‌شود.

- با توجه به اینکه حمایت اجتماعی مناسب به‌عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام نوجوانان به رفتارهای خودآسیب‌رسان عمل می‌کند، لذا به متخصصان بهداشت روان به‌ویژه مددکاران اجتماعی و یا کلیه افرادی که به نحوی با دانش‌آموزان در معرض اقدام به رفتارهای خودآسیب‌رسان سروکار دارند، توصیه می‌شود که در کنار ارتقای حمایت اجتماعی با استفاده از مداخلات مؤثر به این مقوله به‌عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر بروز و تشدید رفتارهای خودآسیب‌رسان توجه خاصی مبذول دارند.

- با در نظر گرفتن اینکه باورهای غیرمنطقی یکی از عوامل مؤثر در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان است؛ لازم است اصلاح و تغییر باورهای غیرمنطقی به‌صورت مجزا هدف درمان قرار گیرد؛ چرا که توجه ویژه بر بازسازی شناختی باورهای غیرمنطقی با استفاده از روش‌های شناختی و یا رفتاری می‌تواند از بروز بسیاری از رفتارهای خودآسیب‌رسان پیشگیری به عمل آورد.

منابع

- انجمن روانپزشکی امریکا. (۱۳۹۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ترجمه دکتر فرزین رضاعی، دکتر علی فخرایی، دکتر آتوسا فرمند، علی نیلوفری، دکتر ژانت هاشمی آذر و دکتر فرهاد شاملو، تهران: انتشارات ارجمند، چاپ پنجم.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۷)، «پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان»، اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، دوره ۱۳، شماره ۴۷: ۸۹-۹۲.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، معصومه؛ موحدی، یزدان؛ عزیزی، امیر و محمدزادگان، رضا. (۱۳۹۳)، «نقش مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی فرسودگی شغلی پرستاران»، مدیریت پرستاری، دوره ۳، شماره ۱: ۲۷-۳۴.
- پورشریفی، حمید؛ حبیبی، مجتبی؛ زرانی، فریبا؛ عاشوری، احمد؛ حفاظی، میترا؛ حاجبی، احمد و ابوالهیری، جعفر. (۱۳۹۱)، «نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان»، روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۸، شماره ۲: ۱۰۷-۹۹.
- پیوسته‌گر، مهرانگیز. (۱۳۹۲)، «شیوع رفتار خودآسیبی عمدی و رابطه آن با احساس تنهایی و سبک دلبستگی در دانش‌آموزان دختر»، مطالعات روانشناختی، دوره ۹، شماره ۳: ۲۹-۵۲.
- تاسیگ، مارک؛ میکلو، جانت؛ و سویدی، سری. (۱۳۹۳)، جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، ترجمه: احمد عبداللهی، تهران: انتشارات سمت، چاپ سوم.
- چلبی، مسعود. (۱۳۹۵)، جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران: نشر نی، چاپ هشتم.
- حسنی، جعفر و میرآقایی، علی‌محمد. (۱۳۹۱)، «رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌پردازی خودکشی»، روانشناسی معاصر، دوره ۷، شماره ۱: ۶۱-۷۲.
- خانی‌پور، حمید؛ برجعلی، احمد و فلسفی‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۵)، «خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی: انگیزه‌ها و احتمال خودکشی»، روانشناسی افراد استثنایی، سال ۶، شماره ۲۱: ۵۹-۷۹.
- درایدن، ویندی. (۱۳۹۱)، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی رفتاری، ترجمه: رابعه موحد، تهران: انتشارات ارجمند، چاپ اول.

- دریایی، گلرخ. (۱۳۹۳)، رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان در دبیران دوره راهنمایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود.
- سارافینو، ادوارد. (۱۳۹۸)، روانشناسی سلامت، ترجمه علی منتظری مقدم، غلامرضا گرمارودی، پریش قوامیان، فروغ شفیع، ابوالقاسم جزایری، حسن افتخار اردبیلی، سید علی احمدی ابهری، ابوالحسن ندیم، تهران: انتشارات رشد، چاپ هشتم.
- صدری دمیچی، اسماعیل و صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۷)، «نقش باورهای غیرمنطقی، ذهن آگاهی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی افکار خودکشی سربازان وظیفه»، طب نظامی، دوره ۲۰، شماره ۴: ۴۳۸-۴۳۱.
- صدری دمیچی، اسماعیل؛ کیانی، عارفه و خاکدال قوجه بگلو، سعید. (۱۳۹۶)، «رابطه بین حس انسجام و تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۳۹۶»، سلامت جامعه، دوره ۱۱، شماره ۳ و ۴: ۵۶-۶۴.
- صفاری‌نیا، مجید؛ نیکوگفتار، منصوره؛ دماوندیان، ارغوان. (۱۳۹۳)، «اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران»، مطالعات روانشناسی بالینی، دوره ۴، شماره ۱۵: ۱۴۱-۱۵۸.
- صمیمی، زبیر؛ حیرتی، حبیبه؛ رامش، سمیه و کردتمینی، مسلم. (۱۳۹۵)، «نقش انگیزش تحصیلی در تبیین رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان اقشار آسیب‌پذیر»، سلامت روان کودک، دوره ۳، شماره ۳: ۸۵-۹۵.
- صولتی، سید کمال. (۱۳۷۹)، «بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۲، شماره ۱: ۵۲-۶۰.
- ظهورپرورنده، وجیهه. (۱۳۹۷)، «رابطه حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روانشناختی مادران کودکان استثنایی»، خانواده پژوهشی، دوره ۱۵، شماره ۲: ۲۸۳-۳۰۱.
- عبادی، غلامحسین و معتمدی، مختار. (۱۳۸۴)، «بررسی ساختار عاملی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز در شهر اهواز»، دانش و پژوهش در روانشناسی، دوره ۲۳، شماره ۷: ۷۳-۹۲.

- عباس‌پور، ذبیح‌اله. (۱۳۹۳)، بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و سرسختی روانشناختی با عملکرد تحصیلی در دانشجویان سال دوم فنی حرفه‌ای اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عظیمی، آر.ش. (۱۳۹۸)، نقش ناسازگاری ادراکی در روابط میان حمایت اجتماعی و افکار خودکشی در دانشجویان تک سرپرست، سومین کنفرانس دانش و فناوری روانشناسی، علوم تربیتی و جامعه‌شناسی ایران، تهران.
- مامی، شهرام و یاری، نصرت. (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه بین امید و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افکار خودکشی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام در سال ۹۳»، اولین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران. <https://civilica.com/doc/430267>
- مرادی، علیرضا؛ اکبری زردخانه، سعید؛ چراغی، فرشته و فولادوند، خدیجه. (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان»، خانواده پژوهی، دوره ۵، شماره ۲۰: ۴۸۷-۵۰۲.
- موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه؛ هاشمی، تورج؛ ماشینچی عباسی، نعیمه و بازگیر، زهره. (۱۳۹۲)، «پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان بر پایه دینداری، حمایت اجتماعی، جو خانوادگی و افسردگی»، فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال ۳، شماره ۱: ۸۳-۱۰۶.
- Adrian, Molly., Janice Zeman, Cynthia A. Erdley., & Lisa Ludmila. (2011). "Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 389-400.
- Chen, Wan-Lan., and Chin-Cha Chun. (2019). "Association between Emotion Dysregulation and Distinct Groups of Non-Suicidal Self-Injury in Taiwanese Female Adolescents." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (18), 1-13.
- Dryden, Windy., and Rhena Branch. (2008). *The fundamentals of rational emotive behavior therapy: a training handbook*. 2nd edition, WILEY Press: 91.
- Ellis, Albert. (1999). "Rational- Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly People." *Journal of Rational - Emotive and Cognitive Behavior Therapy*; 17, (1) 5-18.

- Forster, Myriam., Timothy Grigsby, Amy L.Gower, Christopher J. Mehus, and Barbara J. McMorris. (2020). "The Role of Social Support in the Association between Childhood Adversity and Adolescent Self-injury and Suicide: Findings from a Statewide Sample of High School Students." *Journal of Youth Adolescence*, 49, (6), 1195–1208.
- Gall, Meredith D., Joyce P. Gall, and Walter R. Borg. (2007). *Educational research: An introduction*. 8th ed. USA: Longman Publishing: 451-452.
- Grandclerc, Salome., Diane de Labrouhe, Michel Spodenkiewicz, Jonathan Lachal, and Marie Rose Moro. (2016). "Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review." *PLoS One*, 11(4), e0153760, 1-15.
- Gratz, Kim L., and Lizabeth Roemer. (2004). "Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale." *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, James J., and Ross A. Thompson. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundation*. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press. 3-27.
- Jacobson, Colleen M., Jennifer J. Muehlenkamp, Alec L. Miller, and Blake J. Turner. (2008). "Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm." *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (2), 363-375.
- Jones, Richard-Garner. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates*. A thesis for the degree of Doctor of Philosophy, Texas Tech University.
- Kharsati, Naphisabet., and Poornima Bhola. (2016). "Self-injurious behavior, emotion regulation, and attachment styles among college students in India." *Industrial psychiatry journal*, 25 (1), 23-28.
- Klonsky, David E., and Catherine R. Glenn. (2009). "Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)." *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, (3): 215-219.
- Leahy, Robert L., Lisa A. Napolitano, and Dennis Tirch. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioners guide*. New York: Guilford Press: 44-59.
- Lester, David. (1989). "Depression, Suicidal Preoccupation and Rational Thinking". *Journal of General Psychology*, 116(2), 221-223.

- Lester, David. (2012). "The role of irrational thinking in suicidal behavior." *Comprehensive Psychology*, 1 (8), 1-9.
- Lloyd-Richardson, Elizabeth E., Nicholas Perrine, Lisa Dierker, and Mary L. Kelley. (2007). "Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents." *Psychological Medicine*, 37 (8), 1183-1192.
- Majid, Madiha, Maria Tadros, George Tadros, Swaran Singh, Matthew R. Broome, and Rachel Upthegrove. (2016). "Young people who self-harm: a prospective 1-year follow-up study." *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 51(2),171-181.
- Muehlenkamp, Jennifer J., Laurence Claes, Lindsey Havertape, and Paul L. Plener. (2012). "International prevalence of adolescent non-suicidal selfinjury and deliberate self-harm." *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*;6 (10), 1-9.
- Peh, Chao Xu, Shazana Shahwan, Restria Fauzian,, Mithila Mahesh, Rajeswari Sambasivam, Yun-Jue Zhang, Say How Ong, Siow Ann Chong, and Mythily Subramaniam. (2017). "Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents." *Child Abuse & Neglect*,31(67), 383-390.
- Pallanat, Julie. (2010). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM Spss*, 4th ed. McGraw- Hill Education;29-30.
- Rogier G, Petrocchi C, D'aguanno M, Velotti P. (2017)." Self-harm and attachment in adolescents: What is the role of emotion dysregulation?" *European Psychiatry*,41(S1),222-222.
- Rudd, David M. (1990)."An Integrative Model of Suicide Ideation." *Suicide and Life-Threatening Behavior*;20(1):16-30.
- Kaplan, Benjamin J., and Virginia A. Sadock. (2015). *Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science*, Updated with DSM-5. 11nd ed. Iran: Arjomand Publications: 66.
- Schulz, Ute, and Ralf Schwartzberg. (2004). "Long- term effects of spousal support on coping with cancer after surgery." *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (5), 716- 732.
- Steinberg, Laurence. (2019). *Adolescence*. 12th ed. New York: McGraw-Hill.
- Tabachinck, Barbara G., Linda S. Fidell, and Jodie B. Ullman. (2007). *Using multivariate statistics*, 5nd ed. Boston: Person Education:14-19.
- Walsh, Elaine, and Leona L. Eggert. (2007). "Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties." *International Journal of*

- Mental Health Nursing*, 16, (5) 349-359.
- Wells, Adrian, and Gerald Matthews. (1994). "Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Department of clinical psychology." *Behaviour research and therapy*, 34, (11-12), 881-888.
 - Westefeld, John S., Lillian M. Range, James R. Rogers, Micheal R. Maples, Jamie L. Bromley, and John Alcorn. (2000). "Suicide: An Overview." *Counselling Psychologist*, 28 (4), 445-510.
 - Whitlock, Janis, John Eckenrode, and Daniel Silverman. (2006). "Self-injurious behaviors in a college population." *Pediatrics*, 117 (6), 1939-1948.
 - You, Jianing, Yaxuan Ren, Xu Zhang, Zhilong Wu, Sian Xu, and Min-Pei Lin. (2018). "Emotional Dysregulation and Nonsuicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review." *Neuropsychiatry*, 8(2), 733-774.
 - You, Jianing, Chuhua Zheng, Min-Pei Lin, and Freedom Leung. (2016). "Peer group impulsivity moderated the individual-level relationship between depressive symptoms and adolescent nonsuicidal self-injury." *Journal of Adolescence*, 47, 90-99.
 - Zimet, Gregory D., Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet, and Gordon K. Farley. (1988). "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support." *Journal of Personality Assessment*, 52, (1), 30-41.