

Research Article

Comparison of resilience, self-compassion and experiences of early abuse in students with and without self-harming behaviors

Authors

Kiana sabet dizkuhi¹, Abbas abolghasemi^{2*}, Seyed mosa kafie masoleh³

1. Master of General Psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author).

3. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

Abstract

Receive Date:
23/02/2021

Accept Date:
11/07/2021

Introductoin: This study aimed to compare resilience, self-compassion, and experiences of early abuse in students with and without self-harm behaviors.

Method: This descriptive study was performed with a causal-comparative design. The statistical population of this study consists of all undergraduate students studying at the University of Guilan in the academic year 2021-2021. The study participants were 115 students with, and 130 students without self-harm behaviors who were identified and selected among the students through the self-harm questionnaire of Sanson et al. (With a score of 5). Research data using the self-harm questionnaire of Sanson et al. (1998), Wagnild's (2009) short form of resilience scale, Raes et al.'s (2010) short form of self-compassion scale, Karami et al.'s (2019) short form of Dura et al.'s (2006) Psychiatric Symptoms questionnaire was collected. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data.

Results: Based on the results, students have significant differences in the variables of resilience, self-compassion, and experiences of early abuse ($P < 0.05$). In the other words, in this research, students with self-harm behaviors have less resilience and self-compassion and experiences of early abuse. Self-harmer people have self-management, meaning in life, self-kindness, common human experiences, less mindfulness and self-judgment, over-identification, isolation, experiences of physical and verbal abuse, and more neglect than non-self-harmer people.

Discussion and Conclusion: Considering the research findings and low levels of resilience and self-compassion in students with a history of self-harm, it is suggested that programs and workshops in university counseling centers teach the method of Self-management, increase resilience, and increase self-compassion to prevent self-harm behaviors. Findings indicate that there are more experiences of early abuse in students with self-harm, therefore, it is suggested that measures be taken to review the mental health record of students and provide medical services to people with experiences of early abuse.

Keywords

Experiences of early abuse, Resilience, Self-harm, Self-compassion, university students.

Corresponding Author's E-mail

abolghasemi1344@guilan.ac.ir

مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی

نویسندگان

کیانا ثابت دیزوهی^۱، عباس ابولقاسمی^{۲*}، سیدموسی کافی ماسوله^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی، با طرح علی-مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل در دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۱۵ نفر با و ۱۳۰ نفر بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی بودند که از میان دانشجویان از طریق پرسشنامه خودآسیب‌زنی سانسون و همکاران [۱] با نمره برش (۵) شناسایی و انتخاب شدند. سایر داده‌های پژوهش با استفاده از فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری واگنیلد [۲]، فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ریس و همکاران [۳]، مقیاس آزاردیدگی اولیه کرمی و همکاران [۴] و فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی دورا و همکاران [۵] جمع‌آوری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج: براساس نتایج به دست آمده دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی در متغیرهای تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه با هم تفاوت معنی‌دار دارند. به بیان دیگر، در پژوهش حاضر دانشجویان با رفتارهای خودآسیب‌زنی دارای تاب‌آوری و شفقت به خود کمتر و تجربیات آزاردیدگی اولیه بیشتری هستند. افراد خودآسیب‌زنی دارای مدیریت خود، معناداری زندگی، خودمهربانی، تجارب مشترک انسانی، ذهن آگاهی کمتر و قضاوت خود، همانندسازی افراطی، انزوا، تجربیات آزار جسمی و کلامی و غفلت بیش‌تری نسبت به افراد غیر خودآسیب‌زن هستند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش و سطوح پایین تاب‌آوری و شفقت به خود در دانشجویان دارای سابقه خودآسیب‌زنی، پیشنهاد می‌گردد که در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش روش‌های مدیریت خود، افزایش تاب‌آوری و همچنین افزایش شفقت به خود افراد برگزار شود تا از بروز رفتارهای خودآسیب‌زنی پیشگیری شود. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده وجود تعداد بیشتر تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان دارای خودآسیب‌زنی است، براین اساس پیشنهاد می‌گردد اقداماتی جهت بررسی پرونده سلامت روان دانشجویان و ارائه خدمات درمانی به افراد دارای تجربیات آزاردیدگی اولیه صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها

تاب‌آوری، تجربیات آزار دیدگی، خودآسیب‌زنی، دانشجویان، شفقت به خود.

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

abolghasemi1344@guilan.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

مهم در زندگی، فرد ممکن است دچار آشفتگی شود. در این شرایط افراد با ویژگی‌های تاب آورانه طی مرحله‌ای به نام انسجام مجدد^۵، علاوه بر سازگار شدن با موقعیت، توانایی‌های مقابله‌ای خود را نیز رشد می‌دهند [۱۵]. اما افراد با تاب آوری پایین ممکن است در این مرحله برای مقابله با شرایط تنش‌زا از راهبردهای ناسازگار مانند خودآسیب زنی و سایر رفتارهای مخرب استفاده کنند [۱۶، ۱۷]. افراد خودآسیب‌زن نیز معمولاً در زمینه مقابله با شرایط تنش‌زا ناکارآمد هستند [۱۸]. این افراد از طریق خودآسیب زنی می‌خواهند احساس کنترل خود بر شرایط تنش‌زا را بازیابند [۱۹]. براساس نتایج برخی از پژوهش‌ها مبنی بر ارتباط خودآسیب زنی و تاب آوری یکی از علل کنترل کم این افراد بر شرایط، تاب آوری پایین آن‌ها است [۲۰-۲۶]. در واقع با افزایش تاب آوری فردی، منابع مدیریت درونی نیز افزایش می‌یابند [۲۷] و افراد به احتمال کمتری از روش‌های ناسازگاری مانند خودآسیب زنی برای مدیریت خود استفاده می‌کنند [۲۲]. در مطالعه که بر روی جوانان ۱۸-۱۹ ساله‌ی نروژی انجام شد، پژوهشگران نشان دادند که بین تاب آوری و خودآسیب‌رسانی رابطه منفی وجود دارد و تاب آوری به عنوان یک سازه مثبت باعث کاهش مشکلات روانی می‌شود [۲۸]. نمرات افراد خودآسیب‌زن در این پژوهش در همه ابعاد تاب آوری پایین‌تر از افراد غیر خودآسیب‌زن بود.

شفقت به خود^۶ نیز سازه‌ای تاثیرگذار بر رفتارهای خودآسیب‌زنی است. به عقیده نف^۷ شفقت به خود توانایی دلسوزی و مهربانی نسبت به خود در هنگام مواجهه با شکست‌ها و همچنین توانایی پذیرش اشتباهات و نقص‌های شخصی است [۲۹]. شامل ۳ عنصر مثبت است که در مقابل ۳ ویژگی منفی قرار می‌گیرند: خودمهربانی در مقابل خودانتقادی و قضاوت خودتجربیات مشترک انسانی در مقابل انزوا و تنهایی، ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی. بین خودآسیب زنی با ۳ ویژگی منفی مرتبط با عناصر شفقت به خود ارتباط وجود دارد و به همین علت می‌توان گفت که خودآسیب زنی در نقطه

رفتارهای خودآسیب زنی^۱ یکی از نگرانی‌های مهم در زمینه بهداشت عمومی است که خصوصاً دانشجویان جوان‌تر را درگیر می‌کند [۶]. خودآسیب زنی آسیب‌زدن عمدی و آگاهانه به خود است که رفتارهایی مانند بریدن با شی تیز، سوزاندن بدن، کندن مو و زخم را شامل می‌شود [۷]. این رفتارها به دو نوع تقسیم می‌شوند: رفتارهای خودآسیب زنی مستقیم شامل هرگونه آسیب عمدی، آگاهانه و مستقیم به بدن است که توسط خود فرد صورت می‌گیرد. خودآسیب زنی غیر مستقیم نیز شامل رفتارهایی است (مانند مصرف الکل و مواد مخدر) که با آگاهی نسبت به پیامدهای آسیب‌زای آن رفتارها توسط خود فرد انجام می‌شوند [۸].

دانشجویان خصوصاً در سال‌های اول تحصیل، یکی از گروه‌های پرخطر در زمینه مشکلات سلامت روان هستند [۹]. خودآسیب زنی یکی از این مشکلات است که در سال‌های اخیر به دلایلی مانند مقابله با تجربیات و احساسات منفی و فراهم کردن احساس کنترل بر زندگی در دانشجویان افزایش یافته است [۶]. رفتارهای خودآسیب زنی معمولاً پنهان شده، در نتیجه مزمن می‌شوند و می‌توانند پیامدهای منفی بسیاری مانند بروز انواع مشکلات سلامت روان، هدر رفتن زمان و انرژی فرد، کاهش کارایی لازم به عنوان نیروی کار در آینده و همچنین از دست دادن مناسبات اجتماعی را به دنبال داشته باشند [۷]. نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده شیوع ۲/۵ تا ۴۲/۵۹ درصدی این رفتارها در میان دانشجویان خارج از ایران [۱۰، ۱۱] و شیوع ۱۲/۳ تا ۴۰/۵ درصدی در دانشجویان ایرانی [۱۲، ۱۳] است.

یکی از عوامل تاثیرگذار بر شروع و تکرار رفتارهای خودآسیب زنی تاب آوری^۲ است. به عقیده مستن^۳ تاب آوری توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است و این ظرفیت که متعلق به همه‌ی سیستم‌های زنده و غیر زنده مانند فرد، خانواده و یا یک سیستم امنیتی است بر عملکرد خوب، دوام و رشد آن سیستم تاثیر می‌گذارد [۱۴]. براساس مدل فلچ^۴ (۱۹۸۸ تا ۱۹۹۷) در مواجهه با برخی از تغییرات و پیشامدهای

5. Reintegration

6. Self-Compassion

7. Neff

1. Self-harm

2. Resilience

3. Masten

4. Flach

ورود به دانشگاه معمولاً با چالش‌های بسیاری همراه است، در نتیجه استفاده از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ناسازگار در مواجهه با این چالش‌ها و همچنین انتخاب‌های اشتباه در این دوران، اثرات طولانی مدتی بر سایر مقاطع زندگی فرد می‌گذارد [۵۰]. با توجه به اهمیت دوران دانشگاه، به عنوان دوره آمادگی برای ورود به جامعه و محیط شغلی بروز رفتارهای خودآسیب زنی پیامدهای منفی بسیاری مانند از دست دادن نیروی مولد را برای جامعه و نظام اقتصادی کشور به دنبال دارد [۵۱]. شناسایی عوامل مرتبط با خودآسیب زنی، با توجه به نقش آن‌ها در پیش‌آگهی و درمان این رفتارها، به منظور تدوین برنامه‌هایی با اهداف ذکر شده، در دانشگاه‌ها ضروری است. با توجه به خلاء موجود در زمینه پژوهش‌های مربوط به خودآسیب زنی و همچنین ارتباط متغیرهای این پژوهش خصوصاً در ایران، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزار دیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون خودآسیب زنی در دانشگاه گیلان انجام شد.

روش

نوع پژوهش

این پژوهش توصیفی، با طرح علی-مقایسه‌ای انجام شد.

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه گیلان بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بوده‌اند.

ب) نمونه و روش نمونه‌گیری پژوهش:

نمونه اولیه شامل ۵۰۸ (۳۶۸ زن و ۱۴۰ مرد) دانشجوی دوره کارشناسی ۲۵-۱۸ سال بودند که به صورت زیر انتخاب شدند:

ابتدا از ۱۰ دانشکده دانشگاه گیلان، ۳ دانشکده (ادبیات و علوم انسانی، فنی و مهندسی، هنر و معماری) به صورت تصادفی انتخاب و سپس از ۳ دانشکده ۵۰۸ دانشجوی (۳۴۴ نفر از دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۶۱ نفر از دانشکده فنی و ۱۱۰ نفر از دانشکده هنر و معماری) به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه خودآسیب زنی سانسون و همکاران [۱]، پرسشنامه سلامت روان دورا [۴] و همکاران [۵]، مقیاس تاب‌آوری واگنیلد [۲]، مقیاس

مقابل شفقت به خود قرار دارد [۳۰]. شفقت به خود برخلاف خودآسیب زنی، یک روش کارآمد تنظیم عواطف و هیجانات منفی است [۳۱]. در حالی که افراد با شفقت به خود پایین، به علت تجربه عواطف منفی بیش‌تر از سایر افراد و ناتوانی در تنظیم این عواطف، بیشتر احتمال دارد به خودشان آسیب برسانند [۳۰، ۳۲]. یکی از عواطف منفی مشترک در افراد خودآسیب زن و افراد با شفقت به خود پایین، خودانتقادی^۱ است. افراد خودآسیب زن معمولاً دارای سطوح بالای خودانتقادی هستند [۳۳]. در مقابل افراد دارای سطح بهنجار شفقت به خود، خودانتقادی کمتری نسبت به دیگران دارند [۳۱، ۳۴]. شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش خودانتقادی، احتمال خودآسیب زنی به علت تنظیم این احساسات و تنبیه خود را کاهش دهد و نقش یک عامل محافظ را برای خودآسیب زنی ایفا کند [۳۵]. بین خودآسیب زنی و شفقت به خود همبستگی منفی وجود دارد و در نتیجه شفقت به خود بالا موجب کاهش خطر ابتلا به خودآسیب زنی در جوانان و نوجوانان می‌شود [۳۲، ۳۶، ۳۷].

یکی دیگر از عوامل مهم و تاثیرگذار بر رفتارهای خودآسیب زنی، تجربیات آزار دیدگی اولیه^۲ است [۷]. تجارب منفی دوران کودکی بر سلامت جسمی و روانی فرد در بزرگسالی تاثیر بسزایی دارد و ممکن است موجب مشکلات عمده سلامت روان شوند [۳۸] طبق مدل یتس^۳ خودآسیب زنی روش جایگزینی برای تنظیم هیجانات، غلبه بر احساس تنهایی و جلوگیری از تجربیات تجزیه‌ای برای افراد با تجربیات آزار دیدگی اولیه است، زیرا این تجربیات مانع رشد بهنجار کودک در این زمینه‌ها می‌شود و در نتیجه احتمال خودآسیب زنی را افزایش می‌دهد [۳۹]. تجربیات آزار دیدگی اولیه با خودآسیب زنی در بزرگسالی ارتباط دارد و می‌تواند عامل خطر مهمی برای این رفتارها در دانشجویان باشد [۴۰-۴۲]. تجربه چندین نوع آزار در ۱۶ سال اول زندگی و برخی از انواع آزار مانند آزار جنسی بر شروع و تکرار رفتارهای خودآسیب زنی تاثیر می‌گذارد [۴۳-۴۶]. تجربیات آزار دیدگی به صورت مستقل نیز می‌توانند ریسک بروز رفتارهای خودآسیب زنی را افزایش دهند [۴۷]. اما عواملی مانند تکانشگری، مشکلات جسمی و پریشانی‌های روانی می‌توانند این ارتباط را پررنگ کرده و نقش میانجی را در آن ایفا کنند [۴۸، ۴۹].

3. Yates

4. Dura

5. Wagnild

1. Self-criticism

2. Experiences of early abuse

کرونباخ در دامنه‌ی ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ و به روش بازآزمایی در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۵ به دست آمد و تایید شد [۵۵]. براساس نتایج تحلیل عاملی ابعاد سه گانه ۴۸/۲۵۷ درصد از کل واریانس مقیاس را تبیین کردند که نشان دهنده اعتبار مطلوب مقیاس است. همچنین ضرایب همبستگی این مقیاس با مقیاس‌های بهزیستی روانی (۰/۴۱) و هیجانان منفی (۰/۳۶-) معنی‌دار گزارش شده است ($P < 0.01$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود (SCS): این مقیاس توسط ریس و همکاران ساخته شده است [۳]. شامل ۱۲ گویه (از ۲۶ سوال) است که سه مولفه مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی را می‌سنجد. نف (۲۰۰۳) ضرایب پایایی همسانی درونی و بازآزمایی این مقیاس را (با فاصله سه هفته) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۳ گزارش کرد [۵۶]. ضریب آلفای کرونباخ آن در دانشجویان ۰/۵۸ گزارش شد. در پژوهش خانجانی، فروغی، صادقی و بحرینیان (۱۳۹۵) پایایی این مقیاس بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و مولفه‌های آن در دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ به دست آمد. هم چنین ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس (با فاصله یک هفته) $r = 0.90$ به دست آمد [۵۷]. این مقیاس از اعتبار مطلوب برخوردار است و ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس‌های شرم بیرونی (۰/۲۱-)، کمال‌گرایی (۰/۳۸) و عاطفه منفی (۰/۳۸) معنی‌دار بود ($P < 0.01$) [۵۶]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس آزاردیدگی اولیه: این پرسشنامه که توسط کرمی و همکاران ساخته شد، شامل ۱۲ سوال است [۴]. ضریب اعتبار محتوایی این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد که شاخص قابل قبولی است. همچنین همبستگی این مقیاس با پرسشنامه‌های تجربیات اولیه زندگی (۰/۴۳) و دشواری‌های تنظیم هیجانی (۰/۴۰) در افراد غیر اقدام کننده به خودکشی معنادار بود ($P < 0.01$). ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در افراد غیراقدام کننده به خودکشی ۰/۸۶، در افراد اقدام کننده به خودکشی ۰/۸۱ و در کل نمونه ۰/۹۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

شفقت به خود ریس^۱ و همکاران [۳] و مقیاس آزاردیدگی اولیه بگیان و همکاران [۴] را تکمیل کردند. در مرحله دوم با توجه به نمره کسب شده در پرسشنامه خودآسیب زنی، ۱۳۰ نفر که دارای هیچگونه تجربه خودآسیب زنی نبودند، به عنوان گروه غیر خودآسیب زن انتخاب شدند. جهت انتخاب گروه خودآسیب زن، علاوه بر ملاک کسب نمره ۵ و یا بالاتر در پرسشنامه خودآسیب زنی، همچنین سلامت روان این افراد و عدم تاثیر هرگونه مشکل سلامت روان در رفتارهای خودآسیب زنی آن‌ها از طریق نمره کسب شده در پرسشنامه دورا و همکاران تایید شد. بدین طریق ۱۱۵ نفر به عنوان گروه بدون خودآسیب زنی برای مقایسه سایر متغیرهای ذکر شده انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه خودآسیب‌زنی: این پرسشنامه که توسط سانسون و همکاران طراحی شده است دارای ۲۲ گویه برای سنجش رفتارهای خودآسیب زنی مستقیم (بریدن، ضربه زدن و سوزاندن) و غیر مستقیم (مصرف داروهای غیرمجاز، الکل و مواد مخدر) در جمعیت‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی است [۱]. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه با نمره برش ۵ در خارج از ایران بررسی و مطلوب گزارش شد. ضریب پایایی همسانی درونی این مقیاس در آزمون آلفای کرونباخ نیز ۰/۷۴ به دست آمد [۵۲]. همچنین اعتبار همگرایی این پرسشنامه با متغیر خودتخریبی بررسی شد و ضریب همبستگی آن ۰/۶۶ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود [۵۳]. خانی‌پور و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند [۵۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد.

فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری (RS-14): این مقیاس که توسط واگنیلد ساخته شد دارای ۱۴ سوال است [۲]. در بررسی کفایت روانسنجی این مقیاس و مولفه‌های آن در کره جنوبی ضریب بارلت آن را ۱۷۵۲/۸۶ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین ضریب KMO این مقیاس برابر با ۰/۹۱۷ به دست آمد. در بررسی پایایی به روش آلفای کرونباخ این ضریب برای مولفه‌ها و کل مقیاس در دامنه‌ی ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش هاشمی و همکاران پایایی این مقیاس و مولفه‌های آن به روش ضریب آلفای

^۱. Raes

از هر دانشکده چندین کلاس انتخاب گردید. پیش از ارائه پرسشنامه‌ها توضیحاتی درباره محرمانه بودن نتایج پژوهش و لزوم پاسخگویی صادقانه به همه سوالات به دانشجویان ارائه گردید. سپس کلیه پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. جمع آوری داده‌ها تقریباً ۳ ماه به طول انجامید. از بین ۵۱۸ پرسشنامه تکمیل شده، ۲۳ پرسشنامه ناقص بودند که از پژوهش حذف شدند. پس از جمع آوری داده‌ها، براساس نمره برش ۵ و یا بالاتر در پرسشنامه خودآسیب زنی سانسون و همکاران و به صورت تصادفی ۱۱۵ دانشجو با خودآسیب زنی و ۱۳۰ دانشجو بدون خودآسیب زنی برای مقایسه با گروه اول انتخاب شدند.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغییری و نرم افزار «اس پی اس اس» استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تاب‌آوری، تجربیات آزر دیدگی اولیه و شفقت به خود و مولفه‌های آن‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

فرم کوتاه پرسشنامه نشانه‌های روانی: این پرسشنامه که توسط دورا و همکاران تهیه شد، شامل ۱۸ سوال است که سه عامل جسمانی سازی، افسردگی و اضطراب را می‌سنجد [۵]. نمره برش مورد نظر برای این مقیاس در این پژوهش ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین است. این مقیاس همبستگی بالایی با فرم بلند خود دارد و ضریب همبستگی آن ۰/۸۲ گزارش شده است. دورا و همکاران ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند [۵]. مدانلو با بررسی پایایی این مقیاس ضرایب پایایی بازآزمایی و همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش کرد [۵۸]. همچنین ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس‌های عواطف مثبت ($r=0.38$) و منفی ($r=-0.46$) و افسردگی ($r=0.48$) معنی‌دار گزارش شده است ($P < 0.001$) در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه گیلان اخذ گردید. پس از دریافت اطلاعات جمعیتی، دانشکده‌های ادبیات و علوم انسانی، فنی و مهندسی و هنر و معماری برای انجام پژوهش انتخاب شدند. سپس

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تاب‌آوری، تجربیات آزر دیدگی، شفقت به خود و مولفه‌های آن‌ها

متغیرها	بدون خودآسیب زنی		با خودآسیب زنی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	مدیریت خود	۱۸/۰۵	۳/۱۱	۳/۰۳
	معناداری زندگی	۱۸/۹۵	۳/۹۷	۳/۱۸
	اعتماد به نفس	۳۵/۷۵	۶/۵۵	۲/۱۷
	کل	۵۲/۴۹	۷/۶۰	۷/۱۱
شفقت به خود	مهربانی با خود	۶/۳۱	۱/۷۴	۱/۷۵
	قضاوت خود	۵/۵۸	۱/۹۲	۱/۹۱
	تجارب مشترک	۶/۰۸	۱/۷۹	۱/۴۵
	انزوا	۵/۵۴	۱/۸۴	۱/۹۴
	ذهن آگاهی	۶/۴۲	۱/۷۳	۱/۷۷
	همانندجویی افراطی	۵/۷۲	۲/۰۱	۱/۷۷
	کل	۳۵/۷۹	۶/۷۱	۶/۳۷
تجربیات آزر دیدگی	آزار فیزیکی و کلامی	۶/۷۵	۵/۷۴	۳/۶۹
	غفلت و بی‌توجهی	۷/۳۰	۴/۵۳	۳/۴۵
	کل	۱۴/۰۶	۹/۵۹	۶/۵۱

درصد مرد بودند.

در پژوهش حاضر ابتدا پیش فرض‌های مهم مورد بررسی قرار گرفت. براساس آماره کالموگروف اسمیرنوف توزیع متغیرها نرمال است. همچنین براساس نتایج آزمون لوین، فرض همگنی واریانس متغیرها رعایت شد ($P > 0/05$). همچنین براساس نتایج آزمون ام باکس، فرض همگنی کواریانس مولفه‌های مر یک از متغیرها رعایت شده است ($P > 0/05$).

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش $20/74 \pm 1/93$ به دست آمد. ترتیب تولد افراد به ترتیب $36/4$ درصد فرزند اول، $37/6$ درصد فرزند دوم، $11/2$ درصد سوم و $14/8$ درصد فرزند چهارم و بیشتر بود. همچنین $63/2$ و $36/8$ درصد از افراد شرکت کننده به ترتیب بومی و غیر بومی بودند. در رابطه با سابقه مشروط شدن نیز $7/9$ درصد با سابقه مشروطی و $92/1$ درصد بدون سابقه مشروطی بودند. $72/4$ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش زن و $27/6$

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مولفه‌های تاب آوری، تجربیات آزاردیدگی و شفقت به خود در دانشجویان با و بدون خودآسیب زنی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
تاب آوری	۶۲۱/۵۷	۱	۶۲۱/۵۷	۱۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴۵	۰/۹۲۲
شفقت به خود	۱۹۳۵/۴۸	۱	۱۹۳۵/۴۸	۴۵/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۱۵۷	۱
تجربیات آزاردیدگی	۲۳۰۲/۶۹	۱	۲۳۰۲/۶۹	۳۵/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۱۲۶	۱

($Wilks=0/90$, $F=0/942$, $P<0/01$, $Eta=0/058$)؛ مهربانی با خود، قضاوت خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی ($Eta=0/163$)، کلامی، غفلت و بی‌توجهی ($Wilks=0/71$ ، $F=0/837$ ، $P<0/001$ ، $Eta=0/126$)، غفلت و بی‌توجهی ($Eta=0/126$)، $P<0/001$ ، این نتایج نشان دهنده وجود تفاوت در دو گروه با و بدون خودآسیب زنی در مولفه‌های متغیرهای تاب آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه است. مجذور اتا برای مدیریت خود، معناداری زندگی، اعتماد به نفس ($Eta=0/058$)، مهربانی با خود، قضاوت خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی ($Eta=0/163$) و آزار فیزیکی و کلامی، غفلت و بی‌توجهی ($Eta=0/126$) نشان می‌دهد که $5/8$ درصد از واریانس مولفه‌های تاب آوری، $16/3$ درصد از واریانس مولفه‌های شفقت به خود و $12/6$ از واریانس مولفه‌های تجربیات آزاردیدگی ناشی از اختلاف بین دو گروه می‌باشد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است ($P > 0/000$, $Wilks=0/894$). این نتایج نشان دهنده وجود تفاوت در دو گروه با و بدون خودآسیب زنی در مولفه‌های متغیر-های وابسته است. مجذور اتا ($Eta=0/206$) نشان می‌دهد که $20/6$ درصد از واریانس هر سه متغیر، ناشی از اختلاف بین دو گروه می‌باشد.

نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای دو گروه که در جدول ۲ ذکر شده است، نشان می‌دهد که بین دانشجویان با و بدون خودآسیب زنی در تاب آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). به بیان دیگر، دانشجویان با رفتارهای خودآسیب زنی دارای شفقت به خود و تاب آوری کمتر و تجربیات آزاردیدگی اولیه بیشتری دارند.

نتایج آزمونهای اعتباری تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است: مدیریت خود، معناداری زندگی، اعتماد به نفس

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری مولفه‌های تاب آوری، تجربیات آزاردیدگی و شفقت به خود در دانشجویان با و بدون خودآسیب زنی

مولفه‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری	
مدیریت خود	۷۳/۶۰	۱	۷۳/۶۰	۷/۷۱	۰/۰۰۶	۰/۰۲۱	۰/۷۹۳	تاب آوری
معناداری زندگی	۱۷۴/۲۰	۱	۱۷۴/۲۰	۱۳/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۳	۰/۹۵۷	
اعتماد به نفس	۹/۹۴	۱	۹/۹۴	۱/۹۷	۰/۱۶۱	۰/۰۰۸	۰/۲۸۸	
مهربانی با خود	۵۶/۲۴	۱	۵۶/۲۴	۱۸/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۰۷۰	۰/۹۹۰	
قضاوت خود	۷۰/۰۲	۱	۷۰/۰۲	۱۸/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۷۲	۰/۹۹۱	
تجارب مشترک انسانی	۲۹/۰۴	۱	۲۹/۰۴	۱۰/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۰۴۳	۰/۹۱۰	
انزوا	۶۱/۶۸	۱	۶۱/۶۸	۱۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶	۰/۹۸۵	شفقت به خود
ذهن آگاهی	۴۷/۹۲	۱	۴۷/۹۲	۱۵/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۰۶۰	۰/۹۷۵	
هماندسازی افراطی	۷۸/۲۰	۱	۷۸/۲۰	۲۱/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۰۸۲	۰/۹۹۶	
آزار فیزیکی و کلامی	۷۳۱/۵۹	۱	۷۳۱/۵۹	۳۲/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۱۱۷	۱	
غفلت و بی توجهی	۴۳۸/۴۱	۱	۴۳۸/۴۱	۲۷/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۱۰۱	۰/۹۹۹	آزار دیدگی

دو گروه با و بدون خودآسیب زنی در متغیر تاب آوری با پژوهش‌هایی که نشان دهنده سطوح پایین تاب آوری در افراد خودآسیب زن در مقایسه با غیر خودآسیب زن‌ها بودند، همخوانی دارد [۲۰، ۲۲-۲۶] نتایج ذکر شده را می‌توان بر طبق مدل تاب آوری فلچ تبیین کرد. براساس این مدل خودآسیب زنی زمانی اتفاق می‌افتد که فرآیند انسجام مجدد که همان سازگاری و افزایش توانایی‌های مقابله‌ای است، به درستی اتفاق نیفتد [۱۵]. به بیان دیگر افراد با تاب آوری پایین این مرحله را به خوبی طی نمی‌کنند و نتایج مخربی را برای آن‌ها به دنبال دارد که ممکن است خودآسیب زنی یکی از این نتایج مخرب باشد [۱۶]. از جهت دیگر ممکن است تاب آوری پایین یکی از نتایج خودآسیب زنی باشد. زمانی که فرد در مواجهه با مشکلات و تنش‌ها تاب آوری بالایی نداشته باشد، استرس بیشتری را ادراک می‌کند و در نتیجه ممکن است به طور مداوم از خودآسیب زنی به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای فوری و موثر استفاده کند. در این صورت سایر منابع درونی مدیریت خود و در واقع تاب آوری هرچه بیش تر ضعیف می‌شوند [۲۰]. مدیریت خود یکی از مولفه‌ها و جنبه‌های مهم تاب آوری است [۵۹] که در پژوهش حاضر در دانشجویان خودآسیب زن کمتر از غیر خودآسیب زن‌ها بود. مدیریت و کسب کنترل بر خود و شرایط زندگی خود یکی از دلایل اصلی خودآسیب زنی افراد است [۸].

پس می‌توان این‌گونه استدلال کرد که افراد با تاب آوری پایین در واقع برای کسب کنترل بر شرایط تنش‌زا و کاهش

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر تاب آوری، دو مولفه مدیریت خود^۱ و معناداری زندگی^۲ و در تجربیات آزاردیدگی اولیه، مولفه‌های آزار فیزیکی / کلامی^۳ و غفلت و بی توجهی با هم متفاوت هستند ($P < ۰/۰۰۵$). به عبارت دیگر، دانشجویان دارای خودآسیب زنی دارای معناداری زندگی و مدیریت خود کمتر و تجربه غفلت و آزار جسمی / فیزیکی بیشتری نسبت به دانشجویان بدون خودآسیب زنی هستند. نتایج جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد که بین دو گروه در ۶ مولفه شفقت به خود تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۰۵$). به بیان دیگر، دانشجویان خودآسیب زن مهربانی با خود^۴، ذهن آگاهی^۵ و احساس انسانیت مشترک^۶ کمتر و همچنین قضاوت خود^۷، انزوا^۸ و همانندسازی افراطی^۹ بیشتری را نسبت به دانشجویان غیر خودآسیب زن دارا هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه تاب آوری، تجربیات آزاردیدگی اولیه و شفقت به خود در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب زنی است. براساس نتایج به دست آمده تاب آوری در دانشجویان خودآسیب زن کمتر از غیر خودآسیب زن‌ها بود. مولفه‌های مدیریت خود و معناداری زندگی به صورت معنی‌داری در دانشجویان خودآسیب زن کمتر بود. اما دو گروه در مولفه اعتماد به نفس^{۱۰} تفاوت معنی‌داری نداشتند. نتایج مطالعه کنونی در ارتباط با تفاوت

6. Sens of common Humanity

7. Self-judgment

8. Isolation

9. over-identification

10. Self- confidence

1. Self-management

2. Meaningfulness

3. Physical/ verbal abuse

4. Self-kindness

5. Mindfulness

پس می‌توان این‌گونه استدلال کرد که شفقت به خود پایین ناشی از تجربیات نامطلوب دوره کودکی است و هرچه این تجربیات منفی‌تر و آسیب‌زننده‌تر باشند، شفقت به خود افراد پایین‌تر است. در نتیجه شفقت به خود می‌تواند عامل میانجی بروز رفتارهای خودآسیب‌زنی در افراد با این تجربیات در این پژوهش و سایر پژوهش‌ها باشد.

در یک پژوهش که سطوح شفقت به خود در دانشجویان با و بدون سابقه رفتارهای خودآسیب‌زنی بررسی شد افراد با شفقت به خود بالا دارای سابقه خودآسیب‌زنی کمتر و افراد با شفقت به خود پایین دارای سابقه خودآسیب‌زنی بیشتری بودند [۳۵]، نتایج این پژوهش با مطالعه کنونی همخوانی داشت. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده بیشتر بودن تجربیات آزاردیدگی اولیه، و همچنین مولفه‌های آزار فیزیکی و کلامی و غفلت در دانشجویان خودآسیب‌زن نسبت به غیر خودآسیب‌زن‌ها بود. یافته‌های این پژوهش با مطالعاتی که نشان دادند تجربیات آزاردیدگی اولیه یک عامل خطر برای خودآسیب‌زنی است و تعداد بیشتر این تجربیات در جوانان، دانشجویان و نوجوانان این رفتارها را پیش‌بینی می‌کند، همسواست [۴۰-۴۴، ۴۶]. براساس نتایج این پژوهش‌ها افراد خودآسیب‌زن بیشتر از سایر افراد ممکن است از نظر فیزیکی و کلامی آزار دیده و یا مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته باشند. همچنین نتایج این پژوهش با چند مطالعه که در آن‌ها خودآسیب‌زنی و تجربیات آزاردیدگی اولیه ارتباط معنی‌داری نداشتند، ناهمسو بود [۶۶-۶۸].

تجربیات آزاردیدگی اولیه هم به صورت مجزا و هم با وجود عوامل واسطه‌ای امکان بروز رفتارهای خودآسیب‌زنی را افزایش می‌دهد [۴۸، ۴۷]. یکی از عوامل واسطه‌ای در این ارتباط تنظیم عواطف و هیجانات است که بر طبق مدل یس‌علت اصلی خودآسیب‌زنی محسوب می‌شود. براساس این مدل خودآسیب‌زنی روشی برای تنظیم عواطف و هیجانات منفی است که فرد به علت عدم رشد و بلوغ هیجانی نمی‌تواند از روش‌های سازگار برای تنظیم آن‌ها استفاده کند [۳۹]. مدل نوبخت و ینگوار نیز تجربیات تجزیه‌ای را به عنوان علت افزایش رفتارهای خودآسیب‌زنی در افراد با تجربیات آزاردیدگی اولیه و عامل واسطه‌ای این ارتباط عنوان می‌کند [۱۳]. براساس این مدل افراد دارای تجربیات آزاردیدگی بیشتر از سایر افراد دچار تجربیات تجزیه‌ای شده و برای رهایی از این حالات و دستیابی به تسکین موقتی به خودآسیب‌می‌رسانند. همچنین خودانتقادی و احساسات شرم و گناه ناشی از تجربیات آزاردیدگی اولیه خصوصاً تجربیات غفلت و مقصر دانستن خود بابت بروز این تجربیات، می‌تواند رفتارهای خودآسیب‌زنی را در این افراد به عنوان روشی برای تنبیه خود و فراموش کردن این خاطرات آزار دهنده افزایش دهد [۳۰، ۳۳، ۶۹].

استرس به خودآسیب‌می‌رسانند. در واقع تاب‌آوری پایین در بروز خودآسیب‌زنی نقش دارد و افزایش آن موجب افزایش کنترل، توانایی مدیریت خود و در نتیجه کاهش خودآسیب‌زنی می‌شود [۲۳].

کسب کنترل بر خود همان عاملی است که به اعتقاد بامیستر موجب معنادار شدن زندگی فرد می‌شود [۶۰]. معناداری زندگی عامل دیگری بود که در بین دو گروه پژوهش حاضر متفاوت بود. افراد با معنی‌داری زندگی پایین بیشتر ممکن است رفتارهای خودآسیب‌زنی را انجام دهند [۶۱]. همچنین معنی‌داری زندگی پایین با مشکلات سلامت روان، مشکلات عاطفی و هیجانی نیز ارتباط دارد [۶۰]. پس می‌توان این‌گونه بیان کرد که افراد با معنی‌داری زندگی پایین، بیش‌تر از سایر افراد دچار تنش، عواطف و هیجانات منفی می‌شوند [۵۹] و به دلیل تاب‌آوری پایین، در کنترل شرایط، مقابله سازگار و تنظیم عواطف ناتوان هستند و در نتیجه از خودآسیب‌زنی برای کاهش تنش و تنظیم عواطف منفی خود استفاده می‌کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان دهنده وجود مهربانی با خود، تجارب مشترک انسانی، انزواجویی بالا و ذهن‌آگاهی قضاوت خود و همانندسازی افراطی پایین در دانشجویان خودآسیب‌زن نسبت به غیر خودآسیب‌زن‌ها است. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات انجام شده در این زمینه که نشان دهنده همبستگی منفی بین خودآسیب‌زنی و شفقت به خود و سطوح پایین شفقت به خود در افراد بودند، همسو بود [۳۱، ۳۶، ۳۷].

افراد دارای شفقت به خود پایین دارای خودانتقادی و قضاوت خود بالا و خود مهربانی پایین هستند. آن‌ها اکثر ناکامی‌ها و شکست‌ها را مختص خودشان می‌دانند. همچنین خودانتقادی ویژگی مشترک بین افراد خودآسیب‌زن و افراد دارای شفقت به خود پایین است [۶۲]. براین اساس می‌توان بیان کرد که نتایج این پژوهش با مدل خودتنبیهی خودآسیب‌زنی مطابقت دارد [۶۳]. براساس این مدل، افراد به علت انتقاد شدید از خود، خشم نسبت به خود و احساس گناه نسبت به ناکامی‌ها و شکست‌ها، با هدف تنبیه خود رفتارهای خودآسیب‌زنی انجام می‌دهند [۳۰]. خودانتقادی و خشم نسبت به خود از ویژگی‌های شایع در دانشجویان است [۶۴]، که احتمال بروز خودآسیب‌زنی به علت شفقت به خود پایین در این پژوهش را تقویت می‌کند. از سوی دیگر شفقت به خود یک روش موثر تنظیم عواطف منفی است که در مقابل خودآسیب‌زنی اثر سپر مانند دارد [۶۵]. در واقع می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که به علت پایین بودن سطح شفقت به خود، این افراد ممکن است عواطف منفی مانند شرم و گناه بیشتری را تجربه کرده و از خودآسیب‌زنی برای تنظیم این عواطف استفاده کنند [۳۱].

- 2-Wagnild G. A Review of the Resilience Scale. *J Psychosom Res.* 2009;17(2):105-13.
- 3-Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a Short Form of the Self-compassion Scale. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(3):250-5.
- ۴- بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد؛ عادل، الهی. « نقش تجربه ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار » اندیشه و رفتار، دوره ۱۴ شماره ۵۳، پاییز ۱۳۹۸: ۸۹-۷۷.
- 5- Dura AE, Andrea Y, Galdona JM, Ferrandoa M, Murguib S, Povedac R, Jimenez Y. Psychological assessment of patients with temporomandibular disorders: Confirmatory analysis of the Brief Symptoms Inventory. *J Psychosom Res.* 2006;18(60):365-370.
- 6-Vidourek AR. Non-suicidal self-injury and associated factors among college students. *JBH.* 2018;7(4):168-76.
- 7-nami.org [homepage on the Internet]. Arlington: The National Alliance on Mental Illness. inc; c1979-2021 [updated 2020 Dec 22; cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Common-with-Mental-Illness/Self-harm>
- 8- Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:339-63.
- ۹- پورآقا رودبرده، فاطمه؛ کافی، سید موسی؛ رضائی، سجاد. « ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان تازه‌وارد » مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۰ شماره ۱ بهار و تابستان ۱۳۹۱: ۳۶-۲۷.
- 10- Labouliere CD. The spectrum of self-harm in college undergraduates: The intersection of maladaptive coping and emotion dysregulation [Thesis]. South Florida USA: univ. South Florida;2009.
- 11- Taliaferro AL, Muehlenkamp J. Risk Factors Associated with Self-injurious Behavior Among a National Sample of Undergraduate College Students. *J Am Coll Health.* 2015;63(1):40-48 .
- 12- Gholamrezaei M, Heath N, Panaghi, L. Non-suicidal self-injury in a sample of university students in Tehran, Iran: prevalence, characteristics and risk factors. *Int J Educ Cult.*2016;10:136- 49 .

تاب‌آوری عامل واسطه ارتباط تجربیات آزاردیدگی اولیه با خودآسیب زنی است. [۷۰]. پس می‌توان این گونه استدلال کرد که افراد دارای تجربیات آزاردیدگی اولیه در مواجهه با مشکلات و شرایط تنش‌زا، توانایی کمتری برای استفاده از روش‌های مقابله کارآمد و درست دارند. در نتیجه بیشتر ممکن است از روش‌های ناسازگار مانند خودآسیب زنی استفاده کنند. در مطالعه کنونی نیز تاب‌آوری در دو گروه تفاوت معنی‌دار داشت و در نتیجه ممکن است تاب‌آوری عامل واسطه در ارتباط خودآسیب زنی و تجربیات آزاردیدگی اولیه باشد که منجر به بروز بیش‌تر رفتارهای خودآسیب زنی در افراد دارای تجربیات آزاردیدگی در این پژوهش شده است. نتایج بررسی شیوع در مطالعه‌ای نشان داد که بین خودآسیب زنی و وجود انواع تجربیات آزار و خشونت قبل از ۱۷ سالگی ارتباط قوی وجود دارد و این تجربیات احتمال بروز خودآسیب زنی پراکنده و مکرر را در آینده را پیش‌بینی می‌کنند [۴۱]. نتایج این پژوهش با مطالعه کنونی همخوانی دارد.

به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد خودآسیب‌زن دارای تاب‌آوری و شفقت به خود پایین‌تر و تجربیات آزاردیدگی بیشتر از افراد غیر خودآسیب‌زن هستند. همچنین این افراد دارای مدیریت خود و معناداری زندگی پایین هستند. براساس نتایج پژوهش افراد خودآسیب‌زن در زمینه اعتماد به نفس تفاوت معناداری با سایر افراد ندارند، در حالی که اعتماد به نفس از ابعاد اصلی تاب‌آوری است و با آن ارتباط دارد [۷۱]. معنادار نشدن این مولفه ممکن است مربوط به تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان باشد. همچنین افراد خودآسیب‌زن قضاوت خود، انزواجویی و همانندسازی افراطی بیشتری دارند و به همان میزان مهربانی با خود، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی کمتری نیز دارند. آن‌ها دارای سوابق سواستفاده جسمی و جنسی بیشتر، همچنین آزار فیزیکی و کلامی بیشتری نسبت به سایرین هستند. از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان جهت تعیین برنامه‌های پیشگیری و درمان رفتارهای خودآسیب‌زنی در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها بهره برد. اما این یافته‌ها صرفاً برای دانشجویان کاربرد دارد و قابل تعمیم به سایر گروه‌ها نیست. به همین جهت، پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی سایر گروه‌های سنی و مقاطع تحصیلی نیز بررسی گردد.

منابع

- 1-Sansone RA, Wiederman MW, Sansone L. The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol.*1998;54(7):973-83.

- 25- Huang L, Mossige S. Resilience in young people living with violence and self-harm: evidence from a Norwegian national youth survey. *Psychol Res Behavior Manage.* 2015;8231-38 .
- 26- Watson C, Tatnell R. Resilience and non-suicidal self-injury in LGBTQIA+ people. *Curr Psychol.* 2019;1-8.
- ۲۷- اسفندیار، یوسف؛ راه نجات، امیر محسن؛ موسوی، مرضیه؛ صبیان، بهنوش. « اثربخشی آموزش تاب آوری در کاهش استرس و اقدام به خودزنی سربازان در شهر تهران » مجله طب نظامی، دوره ۲۲ شماره ۱ فروردین ۱۳۹۹: ۲۷-۳۵.
- 28- Huang L, Mossige S. Resilience in young people living with violence and self-harm: evidence from a Norwegian national youth survey. *Psychol Res Behavior Manage.* 2015;8231-38 .
- 29- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Ident.* 2003;2(3):223-50.
- 30- Xavier A, Gouveia JP, Cunha M, editors. Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child & Youth Care Forum*; 2016: Springer.
- 31-Wiseman JM. Self-compassion and its relation to nonsuicidal self-injury. [Dissertation]. Ohio USA: Wright state university;2017.
- 32- Tuna E, Gençöz T. Pain perception, distress tolerance and self-compassion in Turkish young adults with and without a history of non-suicidal self-injury. *Curr Psychol.* 2020;1-13.
- 33- Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, Rockliff H. Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *Br J Clin Psychol.* 2010;49:563-76.
- ۳۴- حسین خانزاده، عباسعلی؛ طاهر، محبوبه؛ فلاح مرتضی‌نژاد، سیده زینت؛ سیدنوری، سیده زهرا. « پیشبینی خودکارآمدی و حرمت خود بر اساس خوددلسوزی » مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۴ شماره ۱ بهار و تابستان ۱۳۹۵: ۳۳-۴۲.
- 35- Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *J Cognit Psychother.*2010;3:97-112.
- 36- Cleare S, Gumley A, Rory OC. Self-compassion, Self-forgiveness, Suicidal ideation and Self-harm: Systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2019;26(5):511-30.
- 13- Nobakht NH, Yngvar KD. The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2017;18(4):610-23.
- 14- Masten AS. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development.* 2014;85(1):6-20.
- 15- Richardson GE, Neiger BL, Jensen S, Kumpfer KL. The Resiliency Model. *Health Education.* 1990;21(6):33-39.
- 16-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety.* 2003;18(2):76-82.
- 17-Ran H, Le C, He X, Jiang L, Wang T, Yang R, et al. Resilience mediates the association between school bullying victimization and self-harm in Chinese adolescent. *J Affect Disord.* 2020;277:115-20.
- 18-Pickering L. What is the Role of Schools and Colleges in Supporting Adolescents who Self-Harm. [Dissertation]. Southampton England: univ. Southampton;2015.
- 19-Chapmana AL, Gratz LL, Brown ZM.). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006;44:371-94.
- 20-Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescen.. *Child Adolesc Psychiatr Ment Health.* 2015;9(1):28.
- 21- Tian X, Yang G, Jiang L, Yang R, Ran H, Xie F, et al. Resilience is inversely associated with self-harm behaviors among Chinese adolescents with childhood maltreatment. *PeerJ.* 2020;8:e9800.
- 22- Van der wal W, George AA.) Social support-oriented coping and resilience for self-harm protection among adolescents. *J Psychol Af.* 2018;28(3):237-41 .
- 23- Nruham L, Holen A, Sund AM. Associations Between Attempted Suicide, Violent Life Events, Depressive Symptoms, and Resilience in Adolescents and Young Adults. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(2):131-6 .
- 24- Rotolone C, Martin G. Giving up self-injury: a comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Arch Suicide Res.* 2012;16(2):147-58.

- assessment studies and future directions. *J Clin Psychol*. 2015;71(6):561-74 .
- 49- Manninen RM. Adverse Childhood Experiences, Psychopathology, and Self-Harming. [Dissertation]. Tampere Finland: University of tampere ;2018.
- 50-Auerbach RP, Alonso J, Cuijpers P, Ebert DD, Hasking P, Nock MK, et al. Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *J Abnorm Psychol* . 2018;127(7):623-38 .
- ۵۱- علیوردی‌نیا، اکبر؛ رضایی، احمد؛ پیرو، فریبرز. «تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی» مجله جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۴۴ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۰: ۱۸-۱.
- 52- Sansone RA, Sellbom M, Songer DA. Borderline personality disorder and mental health care utilization: The role of self-harm. *J Pers Disord*. 2018;9(2):188-191.
- 53- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Neufeld, S., Jones, P. B., & Goodyer, I. M. (2018). Sporadic and recurrent nonsuicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 222-226.
- ۵۴- خانی پور، حمید؛ نعمتی، مهسا، محمدی، علی. «مقایسه خودآسیب‌رسانی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد با اختلال هویت جنسی قبل و بعد از عمل جراحی تغییر جنسیت» روانشناسی بالینی، دوره ۴ شماره زمستان ۱۳۹۶: ۳۲-۲۳.
- ۵۵- هاشمی، سهیلا؛ اکبری، عباسی؛ عباسی اصل، رویا؛ اردشیری آلاشتی، رویا. «ساختار عاملی و کفایت روانسنجی فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری (RS-14)» فصلنامه پژوهش‌های نویت روانشناختی. دوره ۱۳ شماره ۵۱ پاییز ۱۳۹۷: ۵۱-۲۷۲.
- 56- Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2003:285-101.
- ۵۷- خانجانی، سجاد؛ فروغی، علی‌اکبر؛ صادقی، خیرالله؛ بحرینیان، سید عبدالمجید. «ویژگی‌های روانسنجی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی شفقت به خود (فرم کوتاه)» مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۲۱ دوره ۵ آذر و دی ۱۳۹۵: ۸۹-۲۸۲.
- ۵۸- مدانلو فاطمه. بررسی ارتباط تاب‌آوری، روش‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با وضعیت روانی زنان. داغ دیده» پایان‌نامه کارشناسی ارشد [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. اردبیل ایران: دانشگاه محقق اردبیلی: ۱۳۸۸.
- 37- Jiang Y, Ren Y, Zhu J, You J. Gratitude and hope relate to adolescent nonsuicidal self-injury: Mediation through self-compassion and family and school experiences. *Current Psychology*. 2020:1-8.
- 38- Cassels M. Predictors and Correlates of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury [dissertation]. England Cambridge: University of Cambridge;2018 .
- 39- Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):35-74.
- 40- Demirci A. Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse. *J Forensic Med Leg Aff*. 2018;53:17-21 .
- 41- Kiekens G, Hasking P, Claes L, Boyes M, Mortier P, Auerbach RP, et al. Predicting the incidence of non-suicidal self-injury in college students. *Eur Psychiatry*. 2019;59:44-51 .
- 42-Swahn HM, Ali B, Bossarte MR, Dulmen VM, Crosby A, Jones CA, Schinka CK. Self-Harm and Suicide Attempts among High-Risk, Urban Youth in the U. *Int J Environ Res Publ Health*. 2012: 9, 178-91 .
- 43- Wan Y, Chen J, Sun Y, Tao F. Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *Plos one*. 2015;10(6):e0131239.
- 44- Cleare S, Wetherall K, Clark A, Ryan C, Kirtley OJ, Smith M, O'Connor RC. Adverse Childhood Experiences and Hospital-Treated Self-Harm. *Int J Environ Res Public Health*. 2018: 15(6): 1235.
- 45- Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. self-injurious behavior in a college population. *Pediatrics*.2006;117(6):1939-48 .
- 46- Baidena P, Stewart SHL, Fallon B. The role of adverse childhood experiences as determinants of nonsuicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse Negl*. 2017;69:163-76 .
- 47- McMahon K, Hoertel N, Olfson M, Wall MM, Wange SH, Blanco C. Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study. *Psychiatr Res J*. 2018;269:386-93.
- 48- Hamza CA, WilloughbyT. Nonsuicidal self-injury and affect regulation: recent findings from experimental and ecological momentary

- 66- Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child Maltreatment, Non-Suicidal Self-Injury, and the Mediating Role of Self-Criticism. *Behav Res Ther*. 2007;45(10):2483-90 .
- 67- Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, Spiro WJ, Cha C, Gold J, et al. Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry research*. 2014;220(1-2):579-84.
- 68- Zetterqvist M, Perini I, Mayo LM, Gustafsson PA. Nonsuicidal Self-Injury Disorder in Adolescents: Clinical Utility of the Diagnosis Using the Clinical Assessment of Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Front. Psychiatry*. 2020;11(8).
- 69- McKenzie K, Gross JJ. Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *J Psychopathol Behav Assess*. 2013;47(4):1-13.
- 70- Bellis MA, Hardcastle K, Ford K, Hughes K, Ashton K, Quigg Z, et al. Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences – a retrospective study on adult health harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):110.
- 71- Masten AS, Coatsworth JD. The development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons from research on successful Children. *American Psychologist*. 1998;53(2):205.
- ۵۹- خزائلی پارسا، فاطمه. «تاب آوری و نقش آن در ارتقاء سلامت کودکان» ایران پاک، دوره ۲۷ شماره ۲۹ فروردین ۱۳۸۹.
- ۶۰- نصیری، حبیب‌الله؛ جوکار، بهرام. «معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان» پژوهش زنان. دوره ۶ شماره ۲ تابستان ۱۳۸۷: ۷۶-۱۵۷.
- 61- Marco JH, Garcia-Alandete J, Pérez S, Guillen V, Jorquera M, Espallargas P, et al. Meaning in life and non-suicidal self-injury. *Psychiatr Res J*. 2015;230(2):561-6.
- 62- Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, Rockliff H. Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *Br J Clin Psychol*. 2010;49,563-576 .
- 63- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- 64- Smith NB, Steele AS, Weitzman ML, Trueba AF, Meuret AE. Investigating the role of self-disgust in nonsuicidal self-injury. *Arch Suicide Res*. 2015: 19(1), 60-74 .
- 65- Warren R. Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Pers Ment Health*. 2015: 9(1), 84-6 .