

Research Article

Prediction of Non-Suicidal Self-Injury Based on Selected Psychological and Demographic Variables Among University Students in Iran and Afghanistan

Authors

Samira Erfan Noornia¹, Iraj Shakerinia^{2*}, Seyed Mosa Kafi³

1. PhD student in General Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. s.erfan@webmail.guilan.ac.ir
[0009-0008-5057-6362](tel:0009-0008-5057-6362)

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. (Corresponding Author) [0000-0001-9015-879X](tel:0000-0001-9015-879X)

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran. mosakafi@guilan.ac.ir
[0000-0001-8094-6725](tel:0000-0001-8094-6725)

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Non-suicidal self-injury is a significant mental health challenge among university students, and understanding its associated factors can inform preventive interventions. The present study aimed to examine the role of demographic variables, dimensions of mental health and psychological well-being in predicting the likelihood of NSSI among male students at the universities of Guilan (Iran) and Balkh (Afghanistan).

Method: This correlational study included 766 male students aged 18 to 25 years from the Universities of Guilan and Balkh during the 2024–2025 academic year. Participants were selected using convenience sampling and completed the NSSI Questionnaire, the General Health Questionnaire, and Ryff's Psychological Well-Being Scale. Data were analysed using binary logistic regression.

Results: Anxiety–insomnia ($P < 0.001$, OR = 1.11) and depression ($P < 0.001$, OR = 1.09) were the strongest predictors of NSSI. Among demographic variables, university of study, employment status and faculty were significant predictors, whereas age, marital status, somatic complaints, social dysfunction and psychological well-being were not. The final model explained a portion of the variance in NSSI and correctly classified 71% of cases.

Discussion and conclusion: Findings indicate that emotional factors, particularly Anxiety–insomnia and depression, play a decisive role in the occurrence of NSSI, highlighting the role of mental health over demographic variables. Differences related to educational context and academic role pressures may also increase students' vulnerability. Accordingly, strengthening psychological screening and expanding preventive services in universities may help reduce NSSI.

Keywords

Non-suicidal self-injury, Anxiety–insomnia, depression, employment, university students

Corresponding
Author's E-mail

irajeshakerinia@guilan.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Non-suicidal self-injury (NSSI) refers to intentional behaviours that cause direct damage to body tissue without suicidal intent and without culturally sanctioned purposes. This behaviour is considered an important mental health concern, particularly among adolescents and university students [Error! Reference source not found.]. NSSI commonly occurs in forms such as cutting, scratching, burning, or hitting the body and may begin during adolescence and continue into adulthood [2,3]. International evidence suggests that the lifetime prevalence of NSSI among university students is relatively high, with estimates of about 17.7% among first-year students. In Iran, the prevalence has been reported to be approximately 12%, while systematic data on this phenomenon in Afghanistan remain limited[13,14,14]. Previous studies indicate that several demographic factors, including age, marital status, employment status and field of study, may be associated with NSSI [Error! Reference source not found.,19,21,22,23]. Moreover, negative dimensions of mental health (such as somatic symptoms, anxiety–insomnia, social dysfunction and depression) have been linked to a higher likelihood of NSSI. In contrast, psychological well-being, as a positive indicator of mental health, may serve as a protective factor [11,24252627282930313233•52]. Despite these findings, few studies have simultaneously examined demographic characteristics, negative mental health dimensions and psychological well-being within a single predictive model, particularly among university students and in cross-national contexts. Therefore, the present study aimed to examine the role of demographic variables, mental health dimensions and psychological well-being in predicting NSSI among male students at the Universities of Guilan (Iran) and Balkh (Afghanistan)

Methods

The present study employed a correlational research design. In this study, demographic variables (university, age, marital status, employment and faculty) and components of mental health (somatic symptoms, anxiety–insomnia, social functioning, depression and psychological well-being) were considered as predictor variables and NSSI as the criterion variable. The statistical population comprised all male undergraduate students enrolled at universities in Guilan (Iran) and Balkh (Afghanistan) during the 2024–2025 academic year. The study sample consisted of 766 male students who were selected using a convenience sampling method. In the initial stage, 782 questionnaires were collected and after removing incomplete ones, a total of 766 were included in the analysis. The data were collected in a relatively balanced manner from the two universities. Faculties were classified into four groups based on similar academic disciplines: humanities, engineering and technical sciences, basic sciences and agriculture. Inclusion criteria were provision of informed consent, undergraduate level,

age range of 18 to 25 years and male gender. Exclusion criteria included lack of cooperation, incomplete questionnaires or a history of chronic psychological or physical illness. Data were collected using the Sansone Non-Suicidal Self-Injury Questionnaire, the General Health Questionnaire (GHQ) developed by Goldberg and Hiller, and Ryff's Psychological Well-Being Scale. The reliability coefficients of the instruments in the present sample ranged from 0.75 to 0.92. The questionnaires were administered in person and collected over the period from May to July 2025. Data analysis was conducted using binary logistic regression and the level of statistical significance was set at 0.05.

Results

In the present study, among the 766 participating male students, the highest proportion belonged to the 18–22 age group (70.7%). In terms of marital status, 91.3% of participants were single and 8.7% were married. Regarding employment status, 69.9% were unemployed and 29.7% were employed. The highest frequencies were observed in the faculties of humanities and economics (30.6%) and engineering and technical sciences (27.7%).

Participants with NSSI reported higher scores across all mental health dimensions, particularly anxiety–insomnia and severe depression, and slightly lower levels of psychological well-being compared with those without NSSI. The mean score for anxiety–insomnia was 15.92 ± 4.67 in the NSSI group and 12.15 ± 4.14 in the non-NSSI group. The mean psychological well-being score was 67.94 ± 13.66 in the NSSI group and 69.26 ± 12.12 in the non-NSSI group (Table 1).

Table 1. Mental health indicators and psychological well-being by NSSI status (Mean $\pm$ SD)

SCALE	NON-NSSI GROUP	NSSI GROUP
SOMATIC SYMPTOMS	11.92 $\pm$ 3.53	14.87 $\pm$ 4.67
ANXIETY–INSOMNIA	12.15 $\pm$ 4.14	15.92 $\pm$ 4.67
SOCIAL DYSFUNCTION	13.35 $\pm$ 3.44	15.45 $\pm$ 4.18
DEPRESSION	10.27 $\pm$ 4.24	14.31 $\pm$ 5.31
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING	69.26 $\pm$ 12.12	67.94 $\pm$ 13.66

Binary logistic regression analysis indicated that university of study, faculty and employment status were significant demographic predictors of NSSI. Being enrolled at the Guilan university, compared with the Balkh university, was associated with a 31% reduction in the odds of NSSI (OR = 0.69, p = 0.031). Students enrolled in humanities and economics had a higher likelihood of engaging in NSSI (OR = 1.67, p = 0.029), whereas being unemployed was associated with a 35% reduction in the odds of NSSI (OR = 0.65, p = 0.019). Age group and marital status did not show significant effects (Table 2).

Table 2. Demographic predictors of NSSI (Binary logistic regression)

VARIABLE	OR	P
UNIVERSITY (GUILAN VS. BALKH)	0.69	0.031

FACULTY (HUMANITIES & ECONOMICS VS. AGRICULTURE)	1.67	0.029
EMPLOYMENT STATUS (UNEMPLOYED VS. EMPLOYED)	0.65	0.019
AGE GROUP (18–22 VS. 23–25)	0.61	0.754
MARITAL STATUS (SINGLE VS. MARRIED)	0.56	0.055

Among the mental health subscales, anxiety–insomnia and severe depression emerged as significant predictors of NSSI. Each one-unit increase in anxiety–insomnia was associated with a 11% increase in the odds of NSSI (OR = 1.11, $p < 0.001$), and each one-unit increase in depression was associated with a 9% increase in the likelihood of NSSI (OR = 1.09, $p < 0.001$). Model fit indices indicated that the regression model explained approximately 20–27% of the variance in NSSI, with an overall prediction accuracy of 71% (Table 3).

Table 3. Mental health predictors of NSSI (Binary logistic regression)

SUBSCALE	OR	P
ANXIETY–INSOMNIA	1.11	< 0.001
DEPRESSION	1.09	< 0.001
SOMATIC SYMPTOMS	1.05	0.098
SOCIAL DYSFUNCTION	1.01	0.710
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING	0.99	0.109

Conclusion

The present study highlights the importance of emotional and mental health factors in understanding non-suicidal self-injury (NSSI) among male university students. Anxiety–insomnia and depression emerged as significant predictors of NSSI, suggesting that emotional distress may play an important role in the occurrence of these behaviours. Among the demographic variables, university of study, faculty and employment status were also significantly associated with NSSI, whereas age and marital status were not significant predictors. These findings underscore the importance of considering both psychological and contextual factors when addressing NSSI in university populations.

From a practical perspective, universities should prioritize the early identification of anxiety, sleep disturbances and depressive symptoms among students. Accessible psychological counselling services, mental health screening programs and interventions aimed at improving emotion regulation skills may help identify students who require additional support. Furthermore, university-based prevention strategies should consider differences in

students' academic and socioeconomic circumstances when designing targeted interventions.

However, the findings should be interpreted cautiously because of the cross-sectional study design, the inclusion of male students only and the differences between the two participating universities. The observed associations do not establish causal relationships, and the findings may not be generalizable to other student populations. Future studies should use longitudinal designs, include more diverse student populations and investigate potential mediating and moderating factors to clarify the mechanisms underlying NSSI. Overall, integrating psychological support and context-sensitive prevention strategies into university mental health services may contribute to the early identification of students at risk of NSSI and support their psychological well-being.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study was conducted in full compliance with established research ethics principles. All questionnaires were administered anonymously and participation was entirely voluntary. Prior to completing the questionnaires, participants were informed about the objectives of the study and were assured of their right to withdraw from the research at any stage without any consequences. The study protocol was reviewed and approved by the Biomedical Research Ethics Committee of the University of Guilan and was assigned the ethical approval code **IR.GUILAN.REC.1403.162**.

Funding: This study received no financial support from any funding agency in the public, commercial or non-profit sectors.

Authors' Contributions: This article was derived from the first author's doctoral dissertation. The second author served as the academic supervisor and the third author acted as the research advisor.

Conflict of Interest: The authors of this article report no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors sincerely wish to thank Professor Abbas Abolghasemi, faculty member of the Department of Psychology, for his valuable contributions in data analysis and providing expert feedback. The authors also extend their gratitude to the authorities of the Universities of Guilan and Balkh, the staff who assisted in data collection and the students who participated responsibly in this research.

پیش‌بینی خودآسیب‌زنی غیر خودکشی بر اساس برخی متغیرهای روان‌شناختی و جمعیت‌شناختی در دانشجویان ایرانی و افغانستانی

نویسندگان

سمیرا عرفان نورنیا^۱، ایرج شاکری‌نیا^{۲*}، سید موسی کافی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

samira.erfan45@gmail.com، کد: 0009-0008-5057-6362

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)

irajeshakerinia@guilan.ac.ir، کد: 0000-0001-9015-879X

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

irajeshakerinia@guilan.ac.ir، کد: 0000-0001-9015-879X

چکیده

مقدمه: خودآسیب‌زنی غیر خودکشی از چالش‌های مهم سلامت روان در میان دانشجویان است و شناخت عوامل مرتبط با آن می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه کمک کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی، ابعاد سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در پیش‌بینی احتمال بروز خودآسیب‌زنی غیر خودکشی در دانشجویان پسر دانشگاه‌های گیلان و بلخ است.

روش: پژوهش حاضر، با طرح همبستگی انجام شد. نمونه، شامل ۷۶۶ دانشجوی پسر ۱۸ تا ۲۵ سال از دانشگاه‌های گیلان و بلخ در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که به صورت دو دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های خودآسیب‌زنی، سلامت عمومی و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک دودویی تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که اضطراب‌بی‌خوابی ($OR = 1.11, P < 0.001$) و افسردگی ($OR = 1.09, P < 0.001$) مهم‌ترین پیش‌بین‌های خودآسیب‌زنی غیر خودکشی (NSSI) بودند. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، دانشگاه محل تحصیل، وضعیت اشتغال و دانشکده‌ی تحصیلی از پیش‌بین‌های معنادار این رفتارها بودند؛ در حالی که سن، وضعیت تأهل، شکایات جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی، پیش‌بین‌های معناداری برای این رفتارها نبودند. مدل نهایی توانست بخشی از واریانس خودآسیب‌زنی غیر خودکشی را تبیین کند و ۷۱ درصد از موارد را به درستی طبقه‌بندی کرد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که عوامل هیجانی، به ویژه اضطراب‌بی‌خوابی و افسردگی، نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز خودآسیب‌زنی غیر خودکشی دارند و اهمیت سلامت روان را بیش از متغیرهای جمعیت‌شناختی برجسته می‌کنند. همچنین، تفاوت‌های مربوط به بستر آموزشی و فشارهای نقش تحصیلی می‌تواند آسیب‌پذیری دانشجویان را افزایش دهند. بر این اساس، تقویت برنامه‌های غربالگری روان‌شناختی و گسترش خدمات پیشگیرانه و حمایتی در دانشگاه‌ها می‌تواند گامی مؤثر در کاهش بروز خودآسیب‌زنی غیر خودکشی باشد.

کلیدواژه‌ها

خودآسیب‌زنی غیر خودکشی، اضطراب‌بی‌خوابی، افسردگی، اشتغال، دانشجویان

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

irajeshakerinia@guilan.ac.ir

این مقاله، مستخرج از پایان‌نامه نویسنده اول است.

مقدمه

در این زمینه وجود ندارد. پژوهش‌ها بیان می‌کنند که دانشجویان به سبب فشارهای تحصیلی، شکل‌گیری هویت و تغییر نقش‌های اجتماعی در معرض افزایش پریشانی روانی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی قرار دارند [۱۷۱۶] و این شرایط، می‌تواند احتمال بروز NSSI را افزایش دهد [۱۸]. در کنار شیوع قابل توجه، شواهد نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز می‌توانند در پیش‌بینی بروز NSSI نقش داشته باشند. سن، وضعیت تأهل، اشتغال و رشته‌ی تحصیلی از جمله عواملی هستند که در مطالعات پیشین با این رفتارها مرتبط گزارش شده‌اند [Error! Reference source not found.]. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی افزایش احتمال NSSI باشد [22]. همچنین، وضعیت تأهل در برخی مطالعات به عنوان عاملی محافظتی معرفی شده است [Error! Reference source not found.]; اما در برخی بافت‌ها می‌تواند منبع فشار روانی باشد [Error! Reference source not found.]. در مورد اشتغال نیز، شغل پایدار ممکن است با احساس کفایت و حمایت اجتماعی همراه باشد [19]. علاوه بر این، نوع رشته‌ی تحصیلی و محیط آموزشی می‌توانند در میزان استرس و در نتیجه، در بروز NSSI مؤثر باشند [21]. با وجود اهمیت متغیرهای جمعیت‌شناختی، یافته‌ها حاکی از آن است که نشانه‌های جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی با افزایش احتمال همراه‌اند [Error! Reference source not found.].

نشانه‌های جسمانی به تجربه و گزارش علائم بدنی مانند سردرد، خستگی، دردهای جسمی و سایر ناراحتی‌های بدنی اشاره دارند که در بسیاری از موارد می‌توانند با عوامل روان‌شناختی مرتبط باشند [034]. این علائم

خودآسیب‌زنی غیر خودکشی (NSSI) به رفتارهای عمدی و مستقیم آسیب‌زننده به بافت بدن اطلاق می‌شود که بدون نیت آگاهانه برای مرگ و با اهدافی انجام می‌شوند که از نظر فرهنگی پذیرفته‌شده نیستند [Error! Reference source not found.]. این رفتارها، به ویژه در میان نوجوانان و دانشجویان جوان، یکی از چالش‌های فزاینده‌ی بهداشت روان به شمار می‌رود و معمولاً در قالب بریدن، خراشیدن، سوزاندن یا زدن به بدن، بروز می‌یابد [23]. در پژوهش‌های رفتارهای خودآسیب‌زنانه، تمایز مهمی میان رفتارهای دارای قصد خودکشی و فاقد قصد خودکشی مطرح شده است و NSSI به اعمالی گفته می‌شود که فرد عمداً به بدن خود آسیب می‌زند، اما قصد مرگ ندارد [Error! Reference source not found.]. در این مطالعه، تمرکز بر نوع فاقد قصد خودکشی است که یکی از چالش‌های عمده‌ی روان‌شناختی و از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم اقدام به خودکشی محسوب می‌شود [8910]. این رفتارها غالباً در دوران نوجوانی آغاز شده، سیر مزمن دارد و می‌تواند تا بزرگسالی تداوم یابد [11]. در پاسخ به اهمیت فزاینده‌ی این پدیده، NSSI در ویرایش پنجم DSM به عنوان یک وضعیت بالینی نیازمند پژوهش بیشتر معرفی شده است [12].

شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که NSSI در دانشجویان، پدیده‌ای شایع است [13]. در همین راستا، یافته‌های «ابتکار بین‌المللی سلامت روان دانشجویان کالج» نشان داد که ۱۷/۷ درصد از دانشجویان سال اول در ۲۴ دانشگاه از ۹ کشور، سابقه‌ی همیشگی NSSI را گزارش کرده‌اند [14]. در ایران، برآوردهای موجود، میزان بروز این رفتارها را حدود ۱۲ درصد نشان می‌دهد [15] و این در حالی است که در افغانستان داده‌های نظام‌مند

ممکن است دچار محدودیت‌های شناختی و اختلال در الگوهای تفکر و رفتار شوند؛ از جمله کاهش توانایی در پردازش و درک هیجانات دیگران و اختلال در ارتباطات بین‌فردی [۳۵، Error! Reference source not found. ۲۴] که این عوامل می‌توانند با افزایش آسیب‌پذیری هیجانی، احتمال درگیر شدن در NSSI را افزایش دهند [۲۴]. افزون بر این، اضطراب با دشواری در تنظیم هیجان همراه است و برخی افراد ممکن است برای کاهش آشفتگی هیجانی از NSSI به عنوان راهبرد مقابله‌ای استفاده کنند [۱]. پژوهش هوانگ و همکاران نشان داد که اضطراب نه تنها اثر مستقیم بر NSSI دارد، بلکه از طریق مسیرهای غیرمستقیم نیز بر آن تأثیر می‌گذارد [۲۴]. نتایج یک فراتحلیل شامل ۵۶ مطالعه نیز گزارش کرد که افراد دارای اختلالات عاطفی مانند اضطراب، در مقایسه با دیگران در معرض خطر بیشتری برای بروز NSSI قرار دارند [۱۱]. در همین راستا، یافته‌های پژوهش لو بر روی دانشجویان نیز نشان داد که اضطراب با افزایش احتمال بروز NSSI رابطه دارد [۱۰]. همچنین یافته‌های پژوهش جیانگ و همکاران روی نوجوانان نشان داد که در مدل پیش‌بینی، اضطراب قوی‌ترین متغیر پیش‌بین بوده و نقش برجسته‌تری نسبت به سایر متغیرهای روان‌شناختی در تبیین NSSI ایفا می‌کند [۲۶].

بی‌خوابی به تجربه‌ی ذهنی نارضایتی از کیفیت و مدت خواب اشاره دارد که با وجود محیط و فرصت مناسب برای خواب، بر عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد [۳۶]. در این زمینه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بی‌خوابی می‌تواند موجب بی‌ثباتی روانی شده و در صورت تداوم، نوسانات خلقی را افزایش دهد. افزون بر این، با اختلال در حافظه و کاهش تمرکز نیز همراه است [۱۳].

همچنین نگرانی مفرط درباره‌ی خواب می‌تواند سطح برانگیختگی شناختی و هیجانی را افزایش داده و به نشخوار فکری و پریشانی روانی منجر شود [۳۷]. بر

اغلب با افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با وضعیت روانی فرد همراه‌اند و حتی در مواردی که توضیح پزشکی مشخصی برای آن‌ها یافت نشود نیز ممکن است تجربه شوند [۱۰]؛ به‌گونه‌ای که در DSM-5 تأکید شده است تمرکز تشخیص، بیشتر بر واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به علائم جسمانی است تا صرف وجود یا عدم وجود یک علت پزشکی مشخص [۱۲]. بروز مکرر نشانه‌های جسمانی می‌تواند موجب اختلال قابل توجه در جنبه‌های مختلف زندگی فرد، از جمله عملکرد تحصیلی، روابط بین‌فردی و سازگاری اجتماعی شود [۲۳].

از منظر آسیب‌شناسی روانی، فرض بر این است که نشانه‌های جسمانی می‌توانند با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و پیامدهای ناسازگارانه همراه باشند. شواهد تجربی نیز این فرض را تأیید می‌کند؛ به‌گونه‌ای که در مطالعه‌ای بر نوجوانانِ اوایل دوره نوجوانی، نشانه‌های جسمانی همبستگی معنادار و نسبتاً قوی با NSSI نشان داد [۲۳]. این یافته نشان می‌دهد افرادی که نشانه‌های جسمانی بیشتری تجربه می‌کنند، ممکن است بیشتر در معرض این رفتارها قرار داشته باشند. اگرچه این مطالعه در جمعیت نوجوانان انجام شده است، نتایج آن می‌تواند نشان‌دهنده‌ی اهمیت نشانه‌های جسمانی به عنوان یکی از عوامل مرتبط با NSSI در مراحل بعدی رشد (از جمله دوره‌ی جوانی) باشد. با وجود این، بررسی مستقیم نقش نشانه‌های جسمانی در پیش‌بینی NSSI در ادبیات پژوهشی هنوز محدود است.

اضطراب بی‌خوابی از مشکلات شایع روان‌شناختی هستند که می‌توانند با پیامدهایی مانند اختلال در تمرکز، افزایش تحریک‌پذیری و کاهش عملکرد روزانه همراه باشند [۱۲] و با افزایش احتمال بروز رفتارهای ناسازگارانه، از جمله NSSI نیز ارتباط داشته باشند [۱۳]. اضطراب، شامل تجربه‌ی مکرر نگرانی، تنش روانی و انتظار وقوع پیامدهای منفی یا تهدیدآمیز در آینده است [۱۲]. افرادی که اضطراب را تجربه می‌کنند،

کارکرد اجتماعی یکی از مؤلفه‌های اساسی کیفیت زندگی محسوب می‌شود [0]. با وجود کاربرد گسترده‌ی این مفهوم در پژوهش‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی، تا کنون تعریف استاندارد و مورد توافق برای آن ارائه نشده و دامنه‌های مفهومی آن بسته به چارچوب‌های نظری و شیوه‌های سنجش، متفاوت گزارش شده است [0]. در این میان، پیکل کارکرد اجتماعی را «توانایی فرد برای ایفای نقش‌ها و کارکرد مؤثر در محیط معمول زندگی» توصیف کرده است [0]. بر این اساس، اختلال کارکرد اجتماعی شامل کاهش توانایی فرد در انجام وظایف روزمره، افت کارآمدی در ایفای نقش‌های تحصیلی و بین‌فردی و دشواری در تصمیم‌گیری است [34] که می‌تواند به‌عنوان یک منبع فشارزای مزمن در زندگی روزمره عمل کند.

بر اساس مدل تبادلی استرس و مقابله لازاروس و فولکمن، زمانی که افراد، مطالبات موقعیت‌های روزمره را فراتر از منابع مقابله‌ای خود ارزیابی می‌کنند، استرس روان‌شناختی تجربه می‌شود [43]. در چنین شرایطی، تجربه استرس‌های روزمره می‌تواند هیجان‌های منفی را برانگیزد و در صورت نارسایی در تنظیم مؤثر این هیجان‌ها، افراد ممکن است به سمت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه سوق داده شوند؛ فرایندی که با چارچوب فرایندی تنظیم هیجان گروس قابل تبیین است [43]. شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهند که ضعف در تنظیم هیجان در جمعیت دانشجویی با NSSI ارتباط معناداری دارد [44]. افزون بر این، پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که شاخص‌های مرتبط با کارکرد اجتماعی، از جمله کیفیت زندگی، در نوجوانان دارای NSSI در سطح پایین‌تری گزارش می‌شود و عوامل اجتماعی غالباً از طریق افزایش مشکلات روان‌شناختی با بروز این رفتارها مرتبط هستند [45]. با توجه به این چارچوب‌های نظری و شواهد پژوهشی، می‌توان انتظار داشت که اختلال

اساس مدل سه عاملی بی‌خوابی اسپیلمن¹ (مدل 3P)، تداوم بی‌خوابی نتیجه‌ی تعامل عوامل مستعدکننده، برانگیزاننده و تداوم‌بخش است و عواملی مانند نگرانی‌ها و باورهای نادرست درباره‌ی خواب می‌توانند با افزایش برانگیختگی شناختی به پایداری مشکلات خواب کمک کنند [38]. در چارچوب، افکار منفی و نشخوار فکری مرتبط با مشکلات خواب ممکن است توانایی فرد را در حل مسئله تضعیف کند؛ به‌گونه‌ای که ناتوانی در مدیریت این افکار می‌تواند فشار روانی را افزایش داده و گرایش به رفتارهای خودآسیب‌رسان را تقویت کند [40]. در مجموع، پیامدهای هیجانی و شناختی ناشی از بی‌خوابی - از جمله نوسانات خلقی، برانگیختگی شناختی و پریشانی روانی - می‌توانند زمینه‌ساز استفاده از NSSI به‌عنوان راهبردی ناسازگار برای کاهش موقتی تنش یا رهایی از حالت‌های هیجانی منفی شوند.

پژوهش‌های پیشین نیز به ارتباط میان مشکلات خواب و NSSI اشاره کرده‌اند. برای مثال، شواهد طولی نشان می‌دهد نوجوانانی که علائم بی‌خوابی پایدار یا رو به افزایش را تجربه می‌کنند، در مقایسه با افرادی که مشکلات خواب آن‌ها کاهش می‌یابد، فراوانی بیشتری از NSSI گزارش می‌کنند [27]. افزون بر این، پژوهش‌ها در جمعیت دانشجویان نشان داده‌اند که بی‌خوابی نه تنها به طور مستقیم، بلکه به صورت غیرمستقیم و از طریق فرایندهایی مانند نشخوار فکری با NSSI ارتباط دارد [13]. همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر گزارش می‌کند که سطوح بالاتر بی‌خوابی در دانشجویان با احتمال بیشتر بروز این رفتارها همراه است [28]. بنابراین به نظر می‌رسد مسیرهای اثرگذاری بی‌خوابی و اضطراب بر NSSI تا حدی هم‌پوشانی داشته باشد؛ به‌گونه‌ای که هر دو از طریق افزایش پریشانی هیجانی، برانگیختگی شناختی و دشواری در تنظیم هیجان می‌توانند آسیب‌پذیری افراد نسبت به این رفتارها را افزایش دهند.

1. Spielman's 3P Model of Insomnia: Predisposing, Precipitating and Perpetuating factors

کارکرد اجتماعی با افزایش استرس‌های روزمره و تضعیف توانایی فرد در تنظیم هیجان‌های منفی همراه باشد و از این طریق احتمال بروز NSSI را افزایش دهد.

افسردگی یکی از اختلالات هیجانی شایع است که با نشانه‌هایی مانند غمگینی پایدار، ناامیدی، کاهش انرژی و کاهش علاقه به فعالیت‌ها شناخته می‌شود. این اختلال معمولاً با مشکلاتی مانند کاهش تمرکز یا توانایی تصمیم‌گیری، احساس بی‌ارزشی و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی همراه است [12]. شواهد پژوهشی متعدد نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند نقش مهمی در بروز و تداوم NSSI ایفا کند [47، 49]. زیرا توانایی فرد در تنظیم هیجان‌ها را تضعیف کرده و فرد را در مدیریت تنش‌های هیجانی با مشکل مواجه می‌کند [49].

در این چارچوب، بر اساس مدل چندکارکردی NSSI کلونسکی این رفتارها می‌توانند کارکردهای مختلفی داشته باشند که در میان آن‌ها تنظیم هیجان‌های منفی، برجسته‌ترین کارکرد گزارش شده است. مرور مطالعات در این مدل نشان می‌دهد که افراد اغلب پیش از انجام NSSI حالت‌های هیجانی منفی شدیدی را تجربه می‌کنند و پس از آن، کاهش تنش یا احساس رهایی را گزارش می‌دهند؛ امری که نقش این رفتارها را به عنوان راهبردی برای کاهش یا تنظیم هیجان‌های منفی نشان می‌دهد [2]. از این منظر، تجربه‌ی نشانه‌هایی مانند افسردگی می‌تواند با افزایش پریشانی هیجانی، احتمال گرایش به استفاده از چنین راهبردهای ناسازگارانه‌ای را افزایش دهد. شواهد حاصل از فراتحلیل‌ها نیز این ارتباط را تأیید می‌کنند؛ به طوری که افسردگی با افزایش احتمال بروز NSSI همراه است و افراد مبتلا به اختلالات خلقی (به ویژه افسردگی) در معرض خطر بیشتری برای انجام این رفتارها قرار دارند [0، 49]. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان درگیر با NSSI سطوح بالاتری از نشانه‌های افسردگی را گزارش می‌کنند [3232].

افزون بر این، پژوهش جیانگ و همکاران گزارش کردند که افسردگی یکی از متغیرهای مهم در پیش‌بینی NSSI است و نقش معناداری در تبیین این رفتارها ایفا می‌کند [26]. با این حال، نتایج همه پژوهش‌ها یکسان نبوده است. برای مثال، در یک مطالعه مروری نظام‌مند در ایران، پنج پژوهش نقش افسردگی در بروز NSSI را بررسی کردند که نتایج متناقضی گزارش شد. سه مطالعه در میان بیماران بزرگسال و سالمند، رابطه‌ی معناداری بین افسردگی و NSSI یافتند، در حالی که دو مطالعه در دانشجویان پزشکی و سربازان، این رابطه را تأیید نکردند [50]. در مجموع، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افسردگی به عنوان یکی از عوامل هیجانی مهم می‌تواند در بروز و تداوم NSSI نقش داشته باشد.

در کنار ابعاد منفی سلامت روان، مانند افسردگی، اضطراب-بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی، بررسی سازه‌های مثبت سلامت روان نیز اهمیت دارد. یکی از این سازه‌ها بهزیستی روان‌شناختی است که در نقطه‌ی مقابل پریشانی روانی قرار دارد و می‌تواند نقش محافظتی در برابر رفتارهای ناسازگارانه ایفا کند [52]. بهزیستی روان‌شناختی به میزان شکوفایی توانمندی‌های فرد و کارکرد بهینه‌ی او در حوزه‌های مختلف زندگی اشاره دارد [53]. در مدل ریف، این سازه شامل مؤلفه‌هایی مانند خودپذیری، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی است [5254]. بهزیستی روان‌شناختی بیانگر میزان سازگاری مؤثر فرد با چالش‌های زندگی و حرکت در مسیر تحقق قابلیت‌های بالقوه است [55].

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شکوفایی روان‌شناختی، به عنوان سازه‌ای چندبعدی از بهزیستی، می‌تواند نقش محافظتی در برابر افکار و رفتارهای NSSI ایفا کند و با احتمال کمتر بروز این رفتارها همراه باشد [51]. در مقابل، سطوح پایین بهزیستی روان‌شناختی با مشکلات سلامت روان و آسیب‌پذیری بیشتر در برابر رفتارهای ناسازگارانه مرتبط است [55]. با وجود محدود بودن

که با فشارهای تحصیلی، اجتماعی و تحولات هویتی متعددی مواجه‌اند و این شرایط می‌تواند آنان را در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار دهد [59,59]. همچنین اگرچه پژوهش‌های متعددی درباره NSSI در کشورهای مختلف انجام شده‌اند، بررسی این روابط در بافت‌های فرهنگی متفاوت و با گردآوری همزمان داده‌ها در دو جامعه ایران و افغانستان می‌تواند به درک جامع‌تر این پدیده کمک کند. از سویی دیگر، کمتر مطالعه‌ای به بررسی همزمان مجموعه‌ای از متغیرهای جمعیت‌شناختی، ابعاد منفی سلامت روان و سازه مثبت سلامت روان در قالب یک مدل پیش‌بینی واحد در دانشجویان پرداخته است. بررسی همزمان این متغیرها در یک مدل می‌تواند تصویر دقیق‌تری از نقش هر یک از این عوامل در بروز NSSI ارائه دهد. بر همین اساس، متغیرهای پیش‌بین پژوهش حاضر با اتکا به یافته‌های پژوهش‌های پیشین و شکاف‌های پژوهشی یادشده در حوزه سلامت روان و رفتارهای خودآسیب‌زننده انتخاب شدند تا نقش آن‌ها در پیش‌بینی NSSI مورد بررسی قرار گیرد.

در ایران، شمار قابل توجهی از پژوهش‌ها به بررسی NSSI پرداخته‌اند [50,15] و مطالعات انجام‌شده در دانشگاه گیلان بر نقش متغیرهایی چون خودانتقادی، شرم، خودکارآمدی و تاب‌آوری در تبیین خودآسیب‌زنی غیرخودکشی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که این عوامل می‌توانند در افزایش یا کاهش آسیب‌پذیری افراد نسبت به این رفتارها نقش داشته باشند [44626363]. در عین حال، مطالعات نظام‌مند درباره‌ی این پدیده در افغانستان (به ویژه در میان دانشجویان) بسیار محدود است و این امر، شناخت دقیق‌تر NSSI و عوامل مرتبط با آن را در این بافت فرهنگی با محدودیت مواجه کرده است. در عین حال، با وجود شباهت‌های زبانی و برخی زمینه‌های فرهنگی در ایران و افغانستان، تفاوت‌هایی در ساختار نظام آموزشی، شرایط اجتماعی-اقتصادی و

پژوهش‌های مستقیمی که رابطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی را با NSSI بررسی کرده‌اند، برخی مطالعات ارتباط این سازه را با رفتارهای پرخطر و ناسازگارانه در نوجوانان نشان داده‌اند. برای مثال، نتایج پژوهشی نشان داد که بین رفتارهای پرخطر نوجوانان و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه‌ی منفی معناداری وجود دارد، به گونه‌ای که افزایش رفتارهایی مانند مصرف قلیان، مصرف الکل و خشونت با سطوح پایین‌تر بهزیستی روان‌شناختی همراه است. همچنین تحلیل همبستگی کانونی نشان داد که سطوح پایین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، مانند خودپذیری، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و استقلال با افزایش رفتارهای پرخطر مرتبط‌اند [58]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند با افزایش گرایش به رفتارهای ناسازگارانه همراه باشد. از این رو انتظار می‌رود این سازه به عنوان یک عامل محافظتی در برابر NSSI نیز عمل کند. در این پژوهش، نمره‌ی کل بهزیستی روان‌شناختی به عنوان شاخص کلی این سازه در نظر گرفته شد تا نقش آن در پیش‌بینی احتمال بروز NSSI بررسی شود.

بنابراین با توجه به اینکه NSSI یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم افکار و رفتارهای خودکشی به شمار می‌آید [8,910]، پیش‌بینی آن بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی و ابعاد سلامت روان می‌تواند گامی مهم در طراحی مداخلات پیشگیرانه و کاهش این رفتارها باشد. اگرچه پژوهش‌های پیشین، ارتباط برخی شاخص‌های سلامت روان با NSSI را گزارش کرده‌اند، یافته‌ها در مورد برخی متغیرها، از جمله افسردگی، همواره یکسان نبوده و نتایج ناهمسو نیز گزارش شده است. افزون بر این، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه، به‌ویژه در ارتباط با برخی از این متغیرها، بر جمعیت نوجوان متمرکز بوده‌اند، در حالی که بررسی این روابط در دانشجویان نیز ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا دانشجویان در دوره‌ای از زندگی قرار دارند

ب) نمونه‌ی پژوهش

نمونه‌ی پژوهش شامل ۷۶۶ دانشجوی پسر دوره‌ی کارشناسی دانشگاه‌های گیلان و بلخ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به اینکه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد، حجم نمونه از پیش بر اساس فرمول آماری تعیین نشد؛ بلکه تمامی دانشجویان واجد شرایط که در زمان اجرای پژوهش در دسترس بودند و تمایل به مشارکت داشتند، وارد مطالعه شدند. داده‌ها به‌صورت نسبتاً متوازن از هر دو دانشگاه گردآوری شد. در مرحله اولیه، ۷۸۲ پرسشنامه جمع‌آوری شد که به دلیل ناقص بودن برخی پرسشنامه‌ها و وجود داده‌های پرت، در نهایت ۷۶۶ شرکت‌کننده به‌عنوان نمونه نهایی وارد تحلیل شدند.

برای ارزیابی کفایت حجم نمونه در تحلیل رگرسیون لجستیک، از معیار نسبت تعداد رویدادها بر پارامترهای مدل (EPV) استفاده شد. در نمونه‌ی نهایی، ۳۱۱ نفر دارای NSSI بودند که به عنوان رویداد در تحلیل رگرسیون لجستیک دودویی در نظر گرفته شدند. با ورود ۱۲ پارامتر در مدل (از جمله سه پارامتر مربوط به متغیر چهارسطحی دانشکده)، مقدار EPV برابر با ۲۶ به دست آمد. این مقدار بالاتر از حداقل توصیه‌شده (۱۰ تا ۱۵) بوده و بر اساس توصیه‌های روش‌شناختی پدوتزی و همکاران، نشان‌دهنده‌ی کفایت مناسب حجم نمونه برای اجرای تحلیل رگرسیون لجستیک است [۵].

به منظور افزایش قابلیت مقایسه بین دو دانشگاه، دانشکده‌ها بر اساس رشته‌های مشابه در قالب چهار گروه اصلی دسته‌بندی شدند. در دانشگاه گیلان، این گروه‌ها شامل علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و کشاورزی بودند. در دانشگاه بلخ نیز گروه‌های متناظر شامل علوم انسانی (زبان و ادبیات، تعلیم و تربیت، روان‌شناسی، حقوق و اقتصاد)، فنی و مهندسی (انجیری، کمپیوترساینس، جیولوژی و معدن)، علوم

میزان دسترسی به خدمات سلامت روان میان آن‌ها وجود دارد که می‌تواند بر

وضعیت سلامت روان دانشجویان اثرگذار باشد. بنابراین، بررسی این پدیده در دو بافت دانشگاهی در ایران و افغانستان می‌تواند به درک دقیق‌تر عوامل مرتبط با بروز این رفتارها و روشن‌تر شدن میزان تعمیم‌پذیری یافته‌ها در بافت‌های فرهنگی متفاوت کمک کند. بر این اساس، جامعه‌ی دانشجویی دو دانشگاه در ایران و افغانستان (دانشگاه‌های گیلان و بلخ)، به عنوان بسترهای قابل دسترس پژوهش در مطالعه حاضر انتخاب شدند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی، ابعاد منفی سلامت روان (شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی) و نیز سازه مثبت سلامت روان (بهزیستی روان‌شناختی) در پیش‌بینی احتمال بروز NSSI در دانشجویان پسر این دانشگاه‌ها انجام شد.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر با طرح همبستگی انجام شد. در این مطالعه، متغیرهای جمعیت‌شناختی (دانشگاه، سن، وضعیت تأهل، اشتغال و دانشکده) و مؤلفه‌های سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی) به عنوان متغیرهای پیش‌بین و NSSI به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

آزمودنی‌ها

الف) جامعه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های گیلان (ایران) و بلخ (افغانستان) در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ است.

پایه (ساینس) و کشاورزی (زراعت) بودند. انتخاب دانشجویان پسر به دلیل ممنوعیت حضور دانشجویان دختر در دانشگاه‌های افغانستان صورت گرفت و نه به دلیل تفاوت‌های جنسیتی در بروز NSSI.

ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تحصیل در مقطع کارشناسی، سن ۱۸ تا ۲۵ سال و جنسیت مذکر بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم همکاری، ناقص بودن پرسشنامه‌ها یا گزارش ابتلا به بیماری روانی یا جسمی مزمن در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه‌ی خودآسیب‌زنی: این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه با پاسخ‌دهی دوگزینه‌ای (بله/خیر) است که توسط سانسون و همکاران برای سنجش رفتارهای خودآسیب‌زنانه در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی تدوین شده است [66]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه با در نظر گرفتن نمره‌ی برش ۵ در مطالعات خارج از ایران بررسی شده و نتایج مطلوبی گزارش شده است. پایایی این مقیاس از طریق همسانی درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است [66]. همچنین برای بررسی روایی همگرا، همبستگی این پرسشنامه با متغیر خودتخریبی مورد سنجش قرار گرفت که ضریب همبستگی ۰/۶۶ به دست آمد و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مناسب نسخه‌ی اصلی این ابزار است [۶۸].

در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه توسط شریفی‌پور چوکامی و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۱۹ دانشجوی بررسی شد [63]. نتایج نشان داد که روایی همزمان این پرسشنامه با

پرسشنامه‌ی دانش خودجرحی بدون قصد خودکشی وارم و همکاران [63] برابر با ۰/۲۷ است. همچنین در مطالعات ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [6162]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۲ به دست آمد که پایایی بسیار مطلوب آن را در نمونه‌ی ترکیبی ایرانی و افغانستانی نشان می‌دهد.

۲- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: نسخه‌ی ۲۸ گویه‌ای پرسشنامه‌ی سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر برای سنجش سلامت روان در جمعیت‌های عمومی تدوین شده است. این پرسشنامه وضعیت روان‌شناختی فرد را در یک ماه گذشته ارزیابی می‌کند و شامل چهار خرده‌مقیاس است: نشانه‌های جسمانی (گویه‌های ۱ تا ۷)، اضطراب و بی‌خوابی (گویه‌های ۸ تا ۱۴)، اختلال کارکرد اجتماعی (گویه‌های ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی (گویه‌های ۲۲ تا ۲۸). گویه‌ها با مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌ی بالاتر، نشانگر سلامت روان پایین‌تر است [34].

بر اساس گزارش‌های گردآوری‌شده در کتاب «آزمون‌های روان‌شناختی» تألیف ابوالقاسمی و نریمانی، نسخه‌ی اصلی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی از روایی مطلوبی برخوردار است و همبستگی آن با ابزارهای مشابه در پژوهش‌های مختلف، از جمله پژوهش گلدبرگ و بلکول، برابر با ۰/۸۰ و با فهرست ۹۰ نشانه‌ای تجدیدنظرشده^۳ برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است [69]. همچنین نتایج مرور ویلیامز و موری نشان می‌دهد که حساسیت این ابزار ۸۲٪ است. از نظر پایایی، ضریب بازآزمایی با فاصله دو تا چهار هفته ۰/۵۵ و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ گزارش شده است [۷۰].

1. Self-Harm Inventory (SHI)
2. General Health Questionnaire (GHQ)
3. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

برازش بهتری برخوردار است. در مطالعات ریف، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های مختلف در دامنه‌ی ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است [۵۴، ۵۲].

پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه کوتاه ۱۸ گویه‌ای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را بررسی کرده‌اند. در مطالعه‌ی خانجانی و همکاران، نسخه‌ی کوتاه این مقیاس همراه با سیاهه روان‌درمانی مثبت‌نگر و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک‌گروهی نشان داد که در کل نمونه و در هر دو جنس، الگوی شش‌عاملی مقیاس، شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، استقلال، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای شش عامل به ترتیب (۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۳) و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی قابل قبول نسخه فارسی این ابزار است [۵۰]. در مطالعه‌ی در افغانستان نیز نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که نسخه ۱۸ گویه‌ای این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۸ تا ۰/۷۹ گزارش شده است [۷۳]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول ابزار است.

نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها

پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع دانشگاهی، اطلاعات جمعیت‌شناختی گردآوری شد و دانشکده‌های هدف مشخص شدند. پیش از توزیع پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش، اصول محرمانگی داده‌ها و ضرورت پاسخ‌گویی صادقانه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری بین دانشجویان توزیع و

برای نسخه‌ی فارسی، در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، روایی محتوای پرسشنامه‌ی سلامت عمومی با استفاده از نظر متخصصان و شاخص روایی محتوا برابر با ۰/۸۰ تأیید شد. همچنین پایایی ابزار با روش بازآزمایی ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شد [۷۱]. همچنین در پژوهشی بر روی جمعیت بزرگسال افغانستان، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش گردید که نشان‌دهنده‌ی پایایی بسیار مطلوب این ابزار در این جمعیت است [۵۰]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که پایایی بسیار مطلوب را نشان می‌دهد.

۳- پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی! نسخه‌ی کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف شامل ۱۸ گویه است که توسط ریف طراحی شده و شش بُعد اساسی بهزیستی روان‌شناختی را اندازه‌گیری می‌کند: رشد شخصی (گویه‌های ۷، ۱۵ و ۱۷)، هدفمندی در زندگی (گویه‌های ۵، ۱۴ و ۱۶)، پذیرش خود (گویه‌های ۲، ۸ و ۱۰)، تسلط بر محیط (گویه‌های ۱، ۴ و ۶)، استقلال (گویه‌های ۹، ۱۲ و ۱۸) و روابط مثبت با دیگران (گویه‌های ۳، ۱۱ و ۱۳). پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. از میان ۱۸ گویه، ۱۰ گویه به صورت مستقیم و ۸ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند [۵۲، ۵۲].

برای بررسی روایی سازه‌ی این مقیاس، ریف همبستگی آن را با شاخص‌های عواطف مثبت و عواطف منفی مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که این مقیاس با عواطف مثبت، همبستگی مثبت و با عواطف منفی، همبستگی منفی دارد که بیانگر روایی همگرا و واگرای مطلوب آن است. همچنین نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مدل شش‌عاملی نسبت به مدل‌های دو، سه و چهارعاملی از

یافته‌ها

نتایج توصیفی (جدول ۱) نشان داد از میان ۷۸۲ دانشجوی پسر شرکت‌کننده، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال (۷۰/۷ درصد) بود. همچنین، ۹۱/۳ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و ۸/۷ درصد متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۶۹/۹ درصد بیکار و ۲۹/۷ درصد شاغل بودند. بیشترین فراوانی مربوط به دانشکده‌های علوم انسانی و اقتصاد (۳۰/۶ درصد) و فنی و مهندسی مکانیک (۲۷/۷ درصد) بود.

پس از تکمیل، جمع‌آوری شدند. فرایند گردآوری داده‌ها در بازه‌ی زمانی اردیبهشت تا تیر ۱۴۰۴ در هر دو دانشگاه انجام شد. از مجموع ۷۸۲ پرسشنامه‌ی توزیع‌شده، تعداد ۷۶۶ پرسشنامه‌ی کامل دریافت شد و ۱۶ پرسشنامه به دلیل نقص داده حذف شدند.

تحلیل و تجزیه داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رگرسیون لجستیک دودویی استفاده شد. همچنین، تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۲۶ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان بر اساس وضعیت NSSI

متغیر	طبقه	فراوانی کل n (%)	گروه بدون NSSI n (%)	گروه دارای NSSI n (%)
گروه سنی	۲۲-۱۸	۵۵۳ (۷۰/۷)	۳۳۳ (۷۰/۷)	۲۲۰ (۷۰/۷)
	۲۵-۲۳	۲۲۹ (۲۹/۳)	۱۳۸ (۲۹/۳)	۹۱ (۲۹/۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۷۱۳ (۹۱/۳)	۴۳۹ (۹۳/۴)	۲۷۴ (۸۸/۱)
	متأهل	۶۸ (۸/۷)	۳۱ (۶/۶)	۳۷ (۱۱/۹)
وضعیت اشتغال	بیکار	۵۴۶ (۶۹/۹)	۳۴۲ (۷۲/۶)	۲۰۴ (۶۶/۲)
	شاغل	۲۳۲ (۲۹/۷)	۱۲۸ (۲۷/۲)	۱۰۴ (۳۳/۴)
دانشکده	علوم انسانی و اقتصاد	۲۳۹ (۳۰/۶)	۱۴۰ (۲۹/۷)	۹۹ (۳۱/۸)
	فنی و مهندسی	۲۱۶ (۲۷/۶)	۱۱۸ (۲۵/۱)	۹۸ (۳۱/۵)
	علوم پایه	۱۴۵ (۱۸/۱)	۹۴ (۲۰/۰)	۵۱ (۱۶/۴)
	کشاورزی	۱۸۲ (۲۳/۲)	۱۱۹ (۲۵/۳)	۶۳ (۲۰/۳)

یادداشت: درصدها درون‌ستونی گزارش شده‌اند. به دلیل داده‌های گمشده، جمع برخی ردیف‌ها با N کل تفاوت دارد.

جدول ۲. شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی به تفکیک وضعیت NSSI (میانگین $\pm$ انحراف معیار)

مقیاس	گروه بدون NSSI	گروه دارای NSSI
نشانه‌های جسمانی	۳/۵۳ $\pm$ ۱۱/۹۲	۴/۶۷ $\pm$ ۱۴/۸۷
اضطراب-بی‌خوابی	۴/۱۴ $\pm$ ۱۲/۱۵	۴/۶۷ $\pm$ ۱۵/۹۲
اختلال کارکرد اجتماعی	۳/۴۴ $\pm$ ۱۳/۳۵	۴/۱۸ $\pm$ ۱۵/۴۵
افسردگی	۴/۲۴ $\pm$ ۱۰/۲۷	۵/۳۱ $\pm$ ۱۴/۳۱
بهزیستی روانشناختی	۱۲/۱۲ $\pm$ ۶۹/۲۶	۱۳/۶۶ $\pm$ ۶۷/۹۴

و در گروه بدون NSSI برابر با $12/15 \pm 4/14$ بود. در مقابل، میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه دارای NSSI اندکی پایین‌تر بود ($67/94 \pm 13/66$) در مقایسه با گروه بدون NSSI ($69/26 \pm 12/12$). این الگو نشان می‌دهد که پریشانی روان‌شناختی بالاتر و بهزیستی پایین‌تر با احتمال بیشتری از بروز NSSI همراه‌اند.

بر اساس جدول ۲، گروه دارای NSSI در خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب - بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی نمرات بالاتری نسبت به گروه بدون NSSI داشت؛ با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه GHQ، نمره بالاتر در این خرده‌مقیاس‌ها نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در سلامت روان است. برای مثال، میانگین نمره‌ی اضطراب - بی‌خوابی در گروه دارای NSSI برابر با $15/92 \pm 4/67$

جدول ۳. پیش‌بین‌های جمعیت‌شناختی احتمال NSSI (رگرسیون لجستیک دودویی)

متغیر	ضریب (B)	خطای استاندارد (SE)	آماره والد (Wald)	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری (P)	نسبت شانس (OR = Exp(B))	فاصله اطمینان ۹۵٪ (پایین، بالا)
دانشگاه (گیلان=۱، بلخ=۰)	-۰/۳۷۷	۰/۱۷۴	۴/۶۶۵	۱	۰/۰۳۱	۰/۶۸۶	۰/۴۸۷ ۰/۹۶۶
تأهل (مجرد=۱، متأهل=۰)	-۰/۵۸۰	۰/۳۰۳	۳/۶۷۳	۱	۰/۰۵۵	۰/۵۶۰	۰/۳۰۹ ۱/۰۱۳
اثر کلی دانشکده‌ها	-	-	۵/۲۴۹	۳	۰/۱۵۴	-	-
دانشکده (علوم انسانی و اقتصاد=۱، کشاورزی=۰)	۰/۵۱۵	۰/۲۳۷	۴/۷۳۸	۱	۰/۰۲۹	۱/۶۷۴	۰/۱۰۵۳ ۲/۶۶۲
دانشکده (فنی و مهندسی=۱، کشاورزی=۰)	۰/۳۸۳	۰/۲۴۲	۲/۵۲۰	۱	۰/۱۱۲	۱/۴۶۷	۰/۹۱۴ ۲/۳۵۶
دانشکده (علوم پایه=۱، کشاورزی=۰)	۰/۲۱۵	۰/۲۶۹	۰/۶۳۸	۱	۰/۴۲۴	۱/۲۴۰	۰/۷۳۲ ۲/۱۰۱
گروه سنی (۱۸-۲۲=۱، ۲۳-۲۵=۰)	۰/۰۵۹	۰/۱۸۸	۰/۰۹۸	۱	۰/۷۵۴	۱/۰۶۱	۰/۷۳۳ ۱/۵۳۵

اشغال (غیرشاغل = ۱، شاغل = ۰)	۰/۴۲۷-	۰/۱۸۲	۵/۵۱۸	۱	۰/۰۱۹	۰/۶۵۳	۰/۴۵۷ ۰/۹۳۲
ثابت	۲/۳۲۴-	۰/۶۸۳	۱۱/۵۶۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹۸	—

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک دودویی (جدول ۳) نشان داد: دانشگاه محل تحصیل، پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار NSSI بود. حضور در دانشگاه گیلان نسبت به دانشگاه بلخ با کاهش ۳۱ درصدی شانس NSSI همراه بود ($OR = 0.69, p = 0.031$). همچنین در بین دانشکده‌ها، تنها دانشجویان علوم انسانی و اقتصاد نسبت به دانشجویان کشاورزی احتمال بالاتری برای NSSI

داشتند ($OR = 1.67, p = 0.029$)، در حالی که تفاوت سایر دانشکده‌ها از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0.05$). در مقابل، وضعیت اشتغال نیز پیش‌بین معنادار بود: غیرشاغل بودن با کاهش ۳۵ درصدی شانس NSSI همراه بود ($OR = 0.65, p = 0.019$). سن و وضعیت تأهل اثر معناداری نداشتند ($p > 0.05$).

جدول ۴. پیش‌بین‌های سلامت روان در احتمال NSSI (رگرسیون لجستیک دودویی)

خرده‌مقیاس	ضریب (B)	خطای استاندارد (SE)	آماره والد (Wald)	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری (P)	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪ (پایین - بالا)
نشانه‌های جسمانی	۰/۰۴۷	۰/۰۲۸	۲/۷۴۳	۱	۰/۰۹۸	۱/۰۴۸	۰/۹۹۱ ۱/۱۰۷
اضطراب-بی‌خوابی	۰/۱۰۵	۰/۰۲۹	۱۳/۴۰۵	۱	...	۱/۱۱۰	۱/۰۵۰ ۱/۱۷۴
اختلال کارکرد اجتماعی	۰/۰۱۰	۰/۰۲۷	۰/۱۳۸	۱	۰/۷۱۰	۱/۰۱۰	۰/۹۵۷ ۱/۰۶۶
افسردگی	۰/۰۹۰	۰/۰۲۲	۱۶/۳۶۷	۱	۰/۰۰۰	۱/۰۹۴	۱/۰۴۷ ۱/۱۴۲
بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۱۱	۰/۰۰۷	۲/۵۶۵	۱	۰/۱۰۹	۰/۹۸۹	۰/۹۷۷ ۱/۰۰۲

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از میان خرده‌مقیاس‌های سلامت روان، اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی پیش‌بین‌های معنادار احتمال NSSI بودند. هر واحد افزایش در اضطراب-بی‌خوابی با ۱۱ درصد افزایش در شانس NSSI همراه بود ($OR = 1.11, p < 0.001$) و هر واحد افزایش در افسردگی با ۹ درصد

افزایش در شانس بروز NSSI همراه شد ($OR = 1.09, p < 0.001$). در مقابل، شکایات جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی پس از کنترل سایر متغیرها اثر معناداری نداشتند ($p > 0.05$).

جدول ۵. شاخص‌های برازش و دقت پیش‌بینی مدل رگرسیون لجستیک دودویی

مقدار	شاخص
۸۵۶/۶۰۱	منفی دو برابر لگاریتم درست‌نمایی ($-2 \text{ Log Likelihood}$)
۰/۲۰۱	ضریب تعیین کاکس و اسنل ($\text{Cox \& Snell } R^2$)
۰/۲۷۲	ضریب تعیین ناگلکرکه ($\text{Nagelkerke } R^2$)
۱۷/۰۷۴	آزمون هاسمر و لمشو، $\chi^2 (8)$
۰/۰۲۹	مقدار p
۷۱/۰	درصد کل موارد طبقه‌بندی صحیح
۸۴/۲	دقت پیش‌بینی گروه بدون NSSI
۵۰/۸	دقت پیش‌بینی گروه دارای NSSI

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی و ابعاد سلامت روان در پیش‌بینی احتمال بروز NSSI در دانشجویان پسر دانشگاه‌های گیلان و بلخ بود. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که اضطراب بی‌خوابی و همچنین افسردگی، پیش‌بین‌های معنادار NSSI هستند. علاوه بر این، برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله دانشگاه محل تحصیل، وضعیت اشتغال و دانشکده‌ی تحصیلی نقش معناداری در پیش‌بینی NSSI داشتند، در حالی که سن و وضعیت تأهل از نظر آماری معنادار نبودند. گرچه آزمون هاسمر-لمشو نشان داد که برازش مدل ایده‌آل نیست، اما درصد طبقه‌بندی صحیح ۷۱ درصد بیانگر پیش‌بینی نسبتاً مطلوب مدل است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اضطراب-بی‌خوابی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های NSSI هستند. این نتایج با شواهد پژوهشی پیشین همسو است [۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱].

شاخص‌های برازش مدل (جدول ۵) نشان دادند که مدل رگرسیون لجستیک بخش قابل توجهی از واریانس NSSI را تبیین می‌کند. مقادیر ضریب تعیین کاکس و اسنل ($R^2 = 0.20$) و ناگلکرکه ($R^2 = 0.27$) نشان می‌دهند که مدل حدود ۲۰ تا ۲۷ درصد از واریانس NSSI را پیش‌بینی می‌کند. آزمون هاسمر و لمشو معنادار بود ($\chi^2(8) = 17.074, p = 0.029$) که نشان می‌دهد برازش مدل به داده‌ها ایده‌آل نیست و مدل هنوز بهبودپذیر است؛ اما با این حال، شاخص‌های طبقه‌بندی نشان دادند که مدل، عملکرد نسبتاً قابل قبولی در پیش‌بینی گروه‌ها دارد؛ به طوری که ۷۱ درصد از کل موارد به درستی طبقه‌بندی شدند (درصد درستی گروه بدون خودآسیب‌زنی = $84/2$ درصد، گروه دارای خودآسیب‌زنی = $50/8$ درصد).

بحث

منفی بین فردی) انجام شود [Error! Reference source not found].

در تبیین نقش بی‌خوابی در پیش‌بینی NSSI می‌توان به یافته‌های پژوهشی اشاره کرد که نشان می‌دهند اختلالات خواب با افزایش پریشانی هیجانی، ناامیدی و تکانشگری همراه است و این عوامل می‌توانند احتمال درگیر شدن به NSSI را افزایش دهند [۲۸]. همچنین شواهد نشان می‌دهند که بی‌خوابی می‌تواند فرایند پردازش تجربه‌های هیجانی و خاطرات ناخوشایند را مختل کرده و تداوم فشار روانی را افزایش دهد. از سوی دیگر، بی‌خوابی با افزایش بازاندیشی همراه است و افراد مبتلا به بی‌خوابی، بیشتر درگیر افکار منفی تکراری درباره‌ی مشکلات و تجربه‌های هیجانی خود می‌شوند که با شدت بیشتر NSSI ارتباط دارد [۲۸]. بر اساس مدل شناختی بی‌خوابی، این افکار منفی و نگرانی‌های مداوم می‌توانند موجب برانگیختگی فیزیولوژیک و پریشانی هیجانی شوند [۷۴]. در چنین شرایطی، افزایش پریشانی هیجانی ممکن است احتمال استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مانند NSSI را افزایش دهد. به همین دلیل، هم‌زمانی اضطراب و بی‌خوابی می‌تواند با افزایش پریشانی هیجانی و کاهش توانایی تنظیم هیجان، خطر گرایش به NSSI را افزایش دهد.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که افسردگی نیز به عنوان یکی از پیش‌بین‌های معنادار NSSI شناسایی شد. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌های پیشین همسو است [۴۹، ۳۱، ۲۶]. با این حال، با نتایج برخی مطالعات پیشین ناهمسو است. در یک مرور نظام‌مند از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، گزارش شد که برخی مطالعات انجام‌شده بر روی دانشجویان پزشکی و سربازان، رابطه معناداری بین افسردگی و NSSI گزارش نکرده‌اند [۵۰]. این ناهمسوئی ممکن است تا حدی ناشی

۴۰ Error! source not found.

[Reference source not found]. با این حال،

بیشتر پژوهش‌های پیشین اضطراب و بی‌خوابی را به صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و غالباً بر نوجوانان یا نمونه‌های دانشجویی شامل هر دو جنس تمرکز داشته‌اند، در حالی که در پژوهش حاضر این دو مؤلفه در قالب خرده‌مقیاس اضطراب-بی‌خوابی و در دانشجویان پسر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در ادامه، برای تبیین این یافته‌ها می‌توان به سازوکارهای هیجانی و شناختی مرتبط با اضطراب-بی‌خوابی اشاره کرد.

در تبیین نقش اضطراب در پیش‌بینی NSSI می‌توان به شواهد پژوهشی اشاره کرد که نشان می‌دهند هیجانات منفی (به ویژه اضطراب) از عوامل فردی مهم مرتبط با بروز این پدیده محسوب می‌شوند. این هیجانات می‌توانند واکنش‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار داده و احتمال درگیر شدن به NSSI را افزایش دهند [۲۶]. همچنین پیشنهاد شده است که افراد دارای سطوح بالاتر اضطراب ممکن است برای کاهش یا رهایی از هیجانات منفی به NSSI روی آورند. این تبیین با مفهوم «تقویت منفی خود» در مدل چهارکارکردی NSSI که توسط ناک و پرینستین ارائه شده است همخوانی دارد. بر اساس این مدل، NSSI می‌تواند چهار کارکرد اصلی داشته باشد: تقویت مثبت و تقویت منفی در دو سطح فردی و بین فردی. در کارکرد «تقویت منفی خود»، فرد ممکن است برای رهایی موقت از هیجانات منفی شدیدی چون اضطراب، تنش یا اندوه به NSSI روی آورد که می‌تواند به طور موقت، پریشانی روانی را کاهش دهد و به عنوان راهبردی ناکارآمد برای تنظیم هیجان عمل کند. در سایر کارکردها نیز این رفتارها ممکن است با هدف جلب توجه یا دریافت حمایت از دیگران (تقویت مثبت بین فردی) یا برای اجتناب از فشارها و تعارض‌های بین فردی (تقویت

از تفاوت در ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و شرایط زمینه‌ای این گروه‌ها باشد.

ارتباط میان افسردگی و NSSI می‌تواند از طریق چند سازوکار روان‌شناختی تبیین شود. نخست، افسردگی با ایجاد احساس بی‌ارزشی، کاهش انگیزه و افت مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی فرد برای مدیریت هیجانات منفی و فشارهای روزمره را محدود می‌کند [۱۲]. در چنین شرایطی، دانشجویان ممکن است NSSI را به عنوان راهبردی کوتاه‌مدت برای کاهش یا تنظیم هیجانات منفی تجربه کنند. این برداشت با مدل چندکارکردی کلونسکی که بر نقش تنظیم هیجان در بروز NSSI تأکید دارد، همخوانی نشان می‌دهد [۱۰]. دوم، از منظر شبکه علائم افسردگی، نشانه‌هایی مانند غم پایدار، بی‌لذتی و ناامیدی می‌توانند به عنوان «گره‌های مرکزی» عمل کرده و با فعال‌سازی سایر احساسات منفی، فرد را مستعد NSSI سازند [۱۱]. سوم، در راستای این تبیین‌ها و بر اساس الگوی نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد تعامل افسردگی با سایر فشارهای روانی مانند اضطراب و بی‌خوابی می‌تواند شدت پریشانی هیجانی را افزایش داده و احتمال استفاده از NSSI را تقویت کند.

در سطح متغیرهای جمعیت‌شناختی، نتایج نشان داد که دانشگاه محل تحصیل نقش معناداری در پیش‌بینی شانس تجربه‌ی NSSI دارد؛ به‌طوری‌که دانشجویان دانشگاه گیلان نسبت به دانشجویان دانشگاه بلخ شانس کمتری برای تجربه‌ی NSSI داشتند. نویسندگان به پژوهشی که به طور مستقیم به نقش دانشگاه محل تحصیل در پیش‌بینی NSSI پرداخته باشد، برخوردند. این تفاوت ممکن است بازتابی از تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری میان دو بستر باشد؛ برای مثال، می‌توان حدس زد که محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان، نگرانی از قضاوت اجتماعی و هنجارهای

بازداری هیجانی در برخی محیط‌های دانشگاهی افغانستان، احتمال استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان را افزایش دهد. در مقابل، دانشگاه‌های ایران ممکن است به طور نسبی از ساختارهای حمایتی سازمان‌یافته‌تر، از جمله مراکز مشاوره‌ی دانشگاهی و دسترسی بیشتر به خدمات روان‌شناختی برخوردار باشند که می‌توانند در شناسایی زود هنگام پریشانی هیجانی و کاهش شدت آن نقش داشته باشند. با این حال، این تفسیرها ماهیتی احتمالی دارند و بررسی دقیق سازوکارهای مؤثر بر تفاوت‌های مشاهده‌شده میان دو دانشگاه، مستلزم انجام پژوهش‌های آینده با طرح‌های مقایسه‌ای و روش‌های چندمنبعی است.

از منظر تفاوت‌های ساختاری نیز گزارش‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که میزان دسترسی به متخصصان سلامت روان در دو کشور یکسان نیست. مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۰)، تعداد متخصصان سلامت روان به‌ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در ایران شامل ۲/۴۸ روان‌پزشک و ۹/۲۵ روان‌شناس است؛ در حالی که این ارقام در افغانستان به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۰۷ گزارش شده‌اند [۷۶۷۸]. این تفاوت‌های ساختاری می‌توانند به عنوان زمینه‌های بالقوه‌ای در شکل‌گیری الگوهای مشاهده‌شده در تجربه و گزارش NSSI در نظر گرفته شوند. با این وجود، تبیین دقیق نقش این عوامل، نیازمند پژوهش‌های آینده با تمرکز مستقیم بر دسترسی به خدمات سلامت روان و الگوهای کمک‌خواهی دانشجویان است.

عامل دیگری که می‌تواند در تبیین تفاوت میان دو دانشگاه نقش داشته باشد، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی مرتبط با خانواده و دین است. هرچند در هر دو جامعه، نقش حمایتی خانواده و باورهای دینی قابل توجه است، اما ممکن است نحوه‌ی بروز و بیان هیجان‌ها،

ناسازگارانه را بیشتر کنند. این تفسیر با مفهوم «تقویت منفی درون‌فردی» در مدل چهارکارکردی ناک و پرینستین که پیش‌تر توضیح داده شد، همسو است؛ بدین معنا که NSSI می‌تواند به عنوان راهبردی برای کاهش یا رهایی موقت از هیجان‌های منفی و تنش‌های درونی به کار رود. همچنین این تبیین با مدل چندکارکردی کلونسکی که NSSI را پاسخی به هیجان‌های منفی شدید و ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می‌داند نیز همسو است [79۷۹]. با توجه به تفاوت‌های بافتی و ماهیت چندعاملی NSSI، بررسی نقش اشتغال در مطالعات آینده نیازمند توجه به متغیرهای هیجانی و زمینه‌ای است.

نتایج همچنین نشان داد که دانشجویان دانشکده‌های علوم انسانی و اقتصاد، احتمال بیشتر تجربه‌ی NSSI دارند. این یافته با نتایج مطالعه لیگبورن و همکاران همسو است که نشان داد دانشجویان برخی رشته‌ها (به ویژه رشته‌های مراقبت سلامت) مانند پرستاری، در معرض خطر بیشتر NSSI قرار دارند [۲۱]. اگرچه رشته‌های تحصیلی مورد نظر این مطالعه، پرستاری را شامل نمی‌شد، اما می‌توان استنباط کرد که ماهیت استرس‌زای رشته‌های مختلف می‌تواند نقش معناداری در بروز این رفتارها داشته باشد. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که ماهیت موضوعی رشته‌های علوم انسانی، که اغلب با مفاهیمی مانند هویت فردی، روابط بین‌فردی و مسائل اجتماعی سروکار دارند، ممکن است در برخی دانشجویان با درگیری ذهنی بیشتر با مسائل هویتی، اجتماعی و بین‌فردی همراه باشد که می‌تواند با افزایش پریشانی هیجانی مرتبط باشد. البته این تبیین ماهیتی تفسیری دارد و بررسی دقیق‌تر نقش ویژگی‌های رشته‌ی تحصیلی در بروز NSSI نیازمند پژوهش‌های تجربی بیشتر است. در مقابل، در این مطالعه

نگرانی از برچسب‌زنی یا اهمیت حفظ آبرو در برخی بافت‌ها بر شیوه‌ی کمک‌خواهی تأثیر بگذارد؛ برای مثال، در برخی محیط‌ها ممکن است فشارهای اجتماعی باعث شود افراد ترجیح دهند مشکلات هیجانی خود را پنهان کنند یا کمتر به خدمات حرفه‌ای مراجعه نمایند. این عوامل احتمالی هستند و پژوهش‌های آینده باید با روش‌های کیفی یا ترکیبی به بررسی دقیق‌تر آن‌ها بپردازند.

در مجموع، می‌توان گفت که تفاوت نرخ NSSI میان دو دانشگاه به احتمال نتیجه‌ی تعامل چند عامل ساختاری، فرهنگی و اجتماعی است؛ از جمله میزان دسترسی به خدمات سلامت روان، هنجارهای مرتبط با ابراز هیجان و نگرش‌های اجتماعی نسبت به کمک‌خواهی. این نتایج بر اهمیت توجه به زمینه‌های فرهنگی و محیطی در تحلیل NSSI تأکید دارد و نشان می‌دهد که مداخلات پیشگیرانه باید متناسب با بسترهای مختلف طراحی شوند. این تفسیرها قطعی نیستند و انجام پژوهش‌های آینده برای بررسی سازوکارهای دقیق این تفاوت‌ها ضروری است.

در زمینه‌ی اشتغال، نتایج نشان داد که دانشجویان شاغل، احتمال بیشتری برای تجربه‌ی NSSI دارند. این یافته با نتایج گزارش‌شده توسط فریابی و همکاران ناهمسو است؛ آنان بیکاری را در دانشجویان به عنوان یکی از عوامل خطر برای NSSI گزارش کرده‌اند [78]. این ناهمسوئی ممکن است ناشی از تفاوت در ویژگی‌های نمونه‌ها، شرایط اقتصادی دانشجویان یا نوع و شرایط اشتغال آنان باشد. برای مثال، در بسیاری از موارد اشتغال همزمان با تحصیل با فشار اقتصادی، ساعات کاری طولانی، خستگی و محدودیت زمانی برای بازیابی هیجانی همراه است؛ عواملی که می‌توانند آسیب‌پذیری هیجانی را افزایش داده و احتمال استفاده از راهبردهای

دانشکده‌های فنی و علوم پایه، تفاوت معناداری با گروه مرجع نشان ندادند که ممکن است ناشی از نقش قوی‌تر متغیرهایی مانند اضطراب و افسردگی در مدل نهایی باشد.

در زمینه‌ی سایر مؤلفه‌های سلامت روان، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات شکایات جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه دارای NSSI نسبت به گروه بدون NSSI در جهت مورد انتظار بود؛ به‌طوری‌که شکایات جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در گروه دارای NSSI بالاتر و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تر بود. با این حال، این متغیرها در مدل رگرسیون لجستیک نقش معناداری در پیش‌بینی NSSI نشان ندادند. با توجه به محدود بودن مطالعاتی که به طور مستقیم این متغیرها را در ارتباط با NSSI بررسی کرده‌اند، مقایسه‌ی نتایج با پژوهش‌های پیشین تا حدی دشوار است. با این وجود، یافته‌های پژوهش حاضر در برخی موارد با نتایج مطالعات پیشین هم‌راستا نیست. به طور مشخص، نتایج مربوط به نشانه‌های جسمانی با یافته‌های چروتی و همکاران [۲۳] در نمونه نوجوانان ناهمسو است. همچنین در زمینه کارکرد اجتماعی، نتایج پژوهش حاضر با مطالعه گیوری و همکاران هم‌راستا نیست. در آن پژوهش گزارش شد که نوجوانان دارای NSSI کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به نوجوانان بدون NSSI دارند؛ مفهومی که برخی ابعاد آن با کارکرد اجتماعی مرتبط است. با این حال، نتایج همان مطالعه نشان داد که بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی با NSSI عمدتاً از طریق اختلالات روانی مرتبط می‌شوند. این موضوع می‌تواند تا حدی توضیح دهد که چرا در پژوهش حاضر، اختلال کارکرد اجتماعی پس از ورود متغیرهای هیجانی قوی‌تری مانند اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی در مدل رگرسیون، نقش معناداری در پیش‌بینی NSSI نشان نداد [45]. افزون بر این،

یافته‌های مربوط به بهزیستی روان‌شناختی با نتایج مطالعه کانتیر همخوانی ندارد؛ در آن مطالعه نشان داده شد که شکوفایی روان‌شناختی - به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی از بهزیستی - می‌تواند نقش محافظتی در برابر NSSI ایفا کند [۵۱].

چند تبیین احتمالی برای این ناهمسویی‌ها قابل طرح است. نخست، تفاوت در ویژگی‌های نمونه می‌تواند یکی از عوامل مؤثر باشد؛ برای مثال، مطالعه چروتی و همکاران در جمعیت نوجوانان انجام شده است، در حالی که پژوهش حاضر بر دانشجویان متمرکز بوده و ممکن است نقش نشانه‌های جسمانی در مراحل مختلف رشد متفاوت باشد. دوم، متغیرهایی مانند اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی از نظر نظری و تجربی ارتباط مستقیم‌تر و قوی‌تری با NSSI به عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان دارند. از این‌رو، هنگامی که این متغیرهای هیجانی نیرومند در مدل وارد می‌شوند، اثر متغیرهای زمینه‌ای‌تر مانند شکایات جسمانی یا اختلال کارکرد اجتماعی ممکن است تضعیف شده و به سطح معناداری نرسد. در همین راستا، اختلال کارکرد اجتماعی نیز ممکن است به طور غیرمستقیم و از طریق افزایش مشکلات هیجانی با NSSI مرتبط باشد.

در نهایت، بهزیستی روان‌شناختی را نیز می‌توان چنین تبیین کرد که اثر آن بر NSSI احتمالاً بیشتر به صورت غیرمستقیم و از طریق کاهش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی اعمال می‌شود. از این‌رو، هنگامی که مؤلفه‌های هیجانی منفی قوی‌تری مانند اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی در مدل کنترل می‌شوند، اثر مستقل بهزیستی روان‌شناختی ممکن است کاهش یافته و به سطح معناداری نرسد. در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در نمونه مورد بررسی، ابعاد هیجانی منفی سلامت روان (به

ویژه خرده‌مقیاس اضطراب-بی‌خوابی و نیز افسردگی) در پیش‌بینی NSSI برجسته‌تر از سایر شاخص‌های عمومی سلامت روان بودند.

در مقایسه با سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سن پیش‌بینی‌کننده‌ی معناداری برای NSSI نبود. این یافته با نتایج پژوهش حسن و همکاران که سن بالاتر را در دانشجویان بنگلادش پیش‌بینی‌کننده‌ی افزایش NSSI گزارش کرده‌اند، ناهمخوان است [۲۳]. ممکن است این ناهمخوانی تا حدی ناشی از تفاوت در بافت فرهنگی و اجتماعی نمونه‌ها باشد؛ به‌گونه‌ای که تفاوت در شرایط فرهنگی، اقتصادی و نظام آموزشی میان جامعه‌ی دانشجویی بنگلادش و دانشجویان مورد بررسی در پژوهش حاضر می‌تواند به ایجاد الگوهای متفاوتی از عوامل خطر مرتبط با NSSI منجر شود. همچنین قرارگرفتن هر دو گروه سنی (۱۸-۲۲ و ۲۳-۲۵ سال) در مرحله‌ی «جوانی» و دوره‌ی ورود به دانشگاه (که معمولاً با چالش‌های هویتی، فشارهای تحصیلی و ناپایداری‌های هیجانی مشابه همراه است) ممکن است موجب شده باشد که تفاوت سنی میان این دو گروه برای ایجاد اختلاف معنادار در احتمال NSSI کافی نباشد. به نظر می‌رسد در دوره‌ی دانشجویی، فشارهای مشترکی مانند استرس تحصیلی، دغدغه‌های هویتی و تنش‌های روانی نقش برجسته‌تری نسبت به سن تقویمی در شکل‌گیری این رفتارها ایفا می‌کنند. افزون بر این، متغیرهای هیجانی واردشده در مدل رگرسیون، از نظر نظری و تجربی ارتباط مستقیم‌تر و قوی‌تری با پریشانی هیجانی و گرایش به استفاده از NSSI به عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان دارند. بنابراین با ورود این متغیرهای هیجانی نیرومند به مدل رگرسیون، انتظار می‌رود اثر مستقل سن کاهش یافته و معنادار باقی نماند.

همچنین وضعیت تأهل نیز پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار NSSI نبود. این یافته با مطالعه‌ی فریابی و همکاران، که تأهل در دانشجویان را به عنوان عاملی محافظ در برابر NSSI گزارش کرده‌اند، همخوانی ندارد [۷۸۱۹]. هرچند تحقیق فریابی در ایران انجام شده، جامعه نمونه در پژوهش حاضر ترکیبی از دانشجویان ایران و افغانستان بوده و تفاوت‌های زمینه‌ای و نیز تفاوت در ساختار رشته‌ها و دانشگاه‌ها می‌تواند دلیل این ناهمسویی باشد. اگرچه در داده‌های توصیفی، فراوانی NSSI در میان افراد متأهل اندکی بیشتر بود، این تفاوت پس از کنترل متغیرهای هیجانی از سطح معنی‌داری خارج شد. تبیین این یافته می‌تواند از یک‌سو ناشی از حجم بسیار کم افراد متأهل در نمونه (کمتر از ۹ درصد) و در نتیجه کاهش توان آماری برای آشکارسازی تفاوت‌ها باشد و از سوی دیگر نشان دهد که تأهل به تنهایی نه عامل خطر و نه عامل محافظ قطعی محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد وضعیت تأهل زمانی با احتمال NSSI مرتبط می‌شود که با عواملی مانند پریشانی هیجانی، تعارض نقش‌ها یا فشارهای بین‌فردی همراه باشد. همچنین با توجه به ورود متغیرهایی مانند اضطراب-بی‌خوابی و افسردگی در مدل، ممکن است بخشی از اثر فشارهای زندگی از طریق این متغیرهای هیجانی تبیین شده و در نتیجه، اثر مستقل وضعیت تأهل کاهش یافته باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که NSSI در دانشجویان، بیش از آن که به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وابسته باشد، تحت تأثیر شاخص‌های هیجانی قرار دارد. از میان متغیرهای بررسی‌شده، افسردگی و اضطراب-بی‌خوابی مهم‌ترین پیش‌بین‌های NSSI بودند، در حالی که متغیرهایی

این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاق پژوهش انجام شده است. پرسشنامه‌ها به صورت ناشناس اجرا شدند و مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. شرکت‌کنندگان پیش از پاسخ‌گویی از اهداف پژوهش آگاه شدند و این حق را داشتند که در هر مرحله، بدون هیچ‌گونه پیامدی، از ادامه‌ی همکاری انصراف دهند. این پژوهش در کمیته‌ی اخلاق پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه گیلان تصویب شده و دارای کد اخلاق IR.GUILAN.REC.1403.162 است.

حمایت مالی

این مطالعه فاقد هرگونه حمایت مالی بوده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله از پایان‌نامه‌ی دکتری نویسنده‌ی اول استخراج شده است. نویسنده‌ی دوم استاد راهنما و نویسنده‌ی سوم استاد مشاور پژوهش بوده‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافع گزارش نمی‌کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از دکتر عباس ابوالقاسمی (عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی) که در تحلیل داده‌ها و ارائه بازخوردهای تخصصی همکاری ارزشمندی داشتند، صمیمانه قدردانی نمایند. همچنین از مسئولان دانشگاه‌های گیلان و بلخ، کارکنان محترمی که در فرایند گردآوری داده‌ها همکاری کردند و دانشجویانی که با مسئولیت‌پذیری در این پژوهش مشارکت داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury.

مانند سن، وضعیت تأهل و برخی شاخص‌های عمومی سلامت روان نقش معناداری نداشتند. همچنین تفاوت میان دانشگاه‌ها، وضعیت اشتغال و رشته‌ی تحصیلی نشان داد که عوامل زمینه‌ای مرتبط با بستر آموزشی و فشارهای نقش می‌توانند در نوسان احتمال NSSI مؤثر باشند. به طور کلی، مدل پژوهش توانست بخشی از واریانس رفتار NSSI را تبیین کند و نشان دهد که توجه به وضعیت هیجانی دانشجویان، غربالگری زود هنگام و تقویت خدمات حمایت روان‌شناختی در محیط‌های دانشگاهی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از این رفتارها داشته باشد. پژوهش‌های آتی می‌توانند با در نظر گرفتن متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر، مدل‌های جامع‌تری از پیش‌بینی NSSI ارائه کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن طرح پژوهش و در نتیجه، عدم امکان استنباط روابط علی اشاره کرد. همچنین، جامعه‌ی آماری تنها شامل دانشجویان پسر بود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. در نهایت، نامتوازن بودن حجم برخی گروه‌ها و تفاوت‌های ساختاری میان دو دانشگاه ممکن است توان آماری و دقت برآوردها را کاهش داده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با کنترل این عوامل و استفاده از طرح‌های طولی و روش‌های چندمنبعی مانند مصاحبه‌ی بالینی و ارزیابی همسالان انجام شوند. در سطح کاربردی، توصیه می‌شود مراکز آموزشی و دانشگاهی برنامه‌هایی برای آموزش، پیشگیری و تشویق دانشجویان به پیگیری درمان در حوزه‌ی خودآسیب‌زنی طراحی کنند. همچنین توجه به بستر فرهنگی و کاهش انگ اجتماعی مرتبط با کمک‌خواهی روان‌شناختی (به ویژه در محیط‌های دانشگاهی افغانستان) ضروری است.

رعایت اصول اخلاقی پژوهش

12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
13. Wang H, Sun H. The mediating role of rumination in the relationship between insomnia and non-suicidal self-injury of college students. *Front Psychol*. 2024; 15:1504890. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1504890>
14. Kiekens G, Hasking P, Bruffaerts R, Alonso J, Auerbach RP, Bantjes J, et al. Non-suicidal self-injury among first-year college students and its association with mental disorders: Results from the World Mental Health International College Student (WMH-ICS) initiative. *Psychol Med*. 2023;53(3):875–886. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005356>
15. 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 Cult Ment Health*. 2016;10(2):136-149. <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1265999>
16. Leppink EW, Odlaug BL, Lust K, Christenson G, Grant JE. The young and the stressed: Stress, impulse control, and health in college students. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(12):931-938. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000586>
17. Campbell F, Blank L, Cantrell A, et al. Factors that influence mental health of university and college students in the UK: A systematic review. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1778-1822. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13943-x>
18. Wu Y, Zhang Y, Wang C, Huang B. A meta-analysis on the lifetime and period prevalence of self-injury among adolescents with depression. *Front Public Health*. 2024; 12:1434958. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434958>
19. Faryabi R, Bordbar S, Bahmaei J, Barfar E, Yusefi AR. Investigating the state of self-harm and its relationship with suicidal ideation in college students: Evidence from a cross-sectional study in southern Iran. *Open Public Health J*. 2024;17:e18749445324100. <https://doi.org/10.2174/0118749445324100240729053240>
20. Haregu T, Chen Q, Arafat SMY, Armstrong G. Prevalence, correlates and common methods of non-suicidal self-injury in South Asia: A systematic review. *BMJ Open*. 2023;13:e074776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074776>
21. Lageborn CT, Bjureberg J, Song J, Runeson B, Möller J, Ljung R, Dahlin M. Risk of suicide and self-harm in university students entering different university programs: A national register-based Curr Dir Psychol Sci. 2009;18(2):78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
2. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011; 41(9): 1981-1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
3. Westers NJ, Culyba AJ. Nonsuicidal self-injury: A neglected public health problem among adolescents. *Am J Public Health*. 2018;108(8):981-983. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304550>
4. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
5. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
6. Baumeister RF, Scher SJ. Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychol Bull*. 1988;104(1):3-22. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.104.1.3>
7. Twenge JM, Catanese KR, Baumeister RF. Social exclusion causes self-defeating behavior. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(3):606–615. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.606>
8. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
9. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, Nock MK. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016;46(2):225-236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
10. Ammerman BA, Burke TA, O'Loughlin CM, Hammond R. The association between nonsuicidal and suicidal self-injurious behaviors: A systematic review and expanded conceptual model. *Dev Psychopathol*. 2025;1–16. <https://doi.org/10.1017/S095457942500001X>
11. Guan M, Liu J, Li X, Cai M, Bi J, Zhou P, Wang Z, Wu S, Guo L, Wang H. The impact of depressive and anxious symptoms on non-suicidal self-injury behavior in adolescents: a network analysis. *BMC Psychiatry*. 2024; 24:229. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05599-1>

- parallel mediation effect of subjective well-being and rumination. *BMC Psychol.* 2025; 13:969. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03335-2>
31. Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: a systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *J Adolesc.* 2018; 65:25–38. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>
 32. Odelius CB, Ramklint M. Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis: a pilot study. *Nord J Psychiatry.* 2014; 68:66–71. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775340>
 33. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015; 2:1–11. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
 34. Dimsdale JE. Research on somatization and somatic symptom disorders: Ars longa, vita brevis. *Psychosom Med.* 2017;79(9):971–3. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000533>
 35. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine.* 1979 Feb;9(1):139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
 36. Genova HM, et al. Relationship between social cognition and fatigue, depressive symptoms, and anxiety in multiple sclerosis. *J Neuropsychol.* 2020; 14:213–25. <https://doi.org/10.1111/jnp.12185>
 37. Xu YM, Li C, Zhu R, Zhong BL. Prevalence and correlates of insomnia symptoms in older Chinese adults during the COVID-19 outbreak: a classification tree analysis. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2022; 35(2):223–8. <https://doi.org/10.1177/08919887221078561>
 38. Nagy LM, Shanahan ML, Seaford SP. Nonsuicidal self-injury and rumination: a meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2023;79(1):7–27. <https://doi.org/10.1002/jclp.23394>
 39. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10(4):541–553.
 40. Bandel SL, Brausch AM. Poor sleep associates with recent nonsuicidal self-injury engagement in adolescents. *Behav Sleep Med.* 2020;18(1):81–90. <https://doi.org/10.1080/15402002.2018.1545652>
 41. Paykel ES. Social functioning and the depressed patient. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 1999;3 (Suppl 1): S9–S11. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1999-05093-002>
 42. Hirschfeld RM, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Möller HJ, et al. Social cohort study in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023; 58:1139–1149. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02484-2>
 22. Abbasi-Ghahramanloo A, Khodadoust B, Adham D, Gholami A, Farokhi R, Maghsodlou-Nejad V, et al. Non-suicidal self-injury and its risk factors among Iranian high school and university students. *Front Psychiatry.* 2024; 15:1425411. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1425411>
 23. Hasan SMR, Tamanna T, Hasan ME, Sadia MT, Mahmud A, Siddique AB, et al. Predicting non-suicidal self-injury and suicidal ideation among university students: a cross-sectional study. *Inquiry.* 2025; 62:1–16. <https://doi.org/10.1177/00469580251382395>
 24. Cerutti R, Spensieri V, Valastro C. Painful somatic symptoms and nonsuicidal self-injury behavior (NSSI) in adolescence: A possible link? *Mediterranean Journal of Clinical Psychology.* 2016; 4 (2). <https://www.researchgate.net/publication/312032726>
 25. Huang F, Zeng J, Huang S, Liu T, Wang G. Theory of mind and impulsivity mediate the relationship between anxiety and non-suicidal self-injury in adolescents with depressive disorder. *Sci Rep.* 2025; 15:22608. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-05488-x>
 26. Lu, L. (2022). Non-suicidal self-injury behavior and its relationship with depression and anxiety in Mongolian college students. *Chinese Journal of School Health*, 43(1), 96–99. <https://doi.org/10.16835/j.cnki.1000-9817.2022.01.021>
 27. Jiang Z, Cui Y, Xu H, Abbey C, Xu W, Guo W, Zhang D, Liu J, Jin J, Li Y. Prediction of non-suicidal self-injury (NSSI) among rural Chinese junior high school students: a machine learning approach. *Annals of General Psychiatry.* 2024; 23:48. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00534-w>
 28. Bauducco SV, Tilton Weaver L, Gradisar M, Hysing M, Latina D. Sleep trajectories and frequency of non-suicidal self-injury in adolescents: a person oriented perspective over two years. *Sci Rep.* 2025; 15:1734. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85779-5>
 29. Kim H-s, Seo Y-w, Lee Y, Lee CM, Kim DH, Kim M, Lim MH. Non-suicidal self-injury in college students: Differences between the subject group and comparison group. *Psychiatry Int.* 2025;6(1):9. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010009>
 30. Wang H, Wang J, Li Z, Sun H, Zhong T, Zheng J, et al. The relationship between insomnia and non-suicidal self-injury (NSSI) among college students:

51. Ghaedi Heidari F, Bahrami M, Kheirabadi G, Maghsoudi J. Factors associated with non-suicidal self-injury (NSSI) in Iran: a narrative systematic review. *Int J Pediatr*. 2020;8(1):10785–99. <https://doi.org/10.22038/ijp.2019.42967.3599>
52. Canter BE, Hart J, Clayton MG, Prinstein MJ, Mann-Rosan R, Solomon S. Does psychological flourishing have the potential to mitigate self-injurious thoughts and behaviors? A preliminary analysis of the protective influence of flourishing. *Arch Suicide Res*. 2024;28(3):964–978. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2265418>
53. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
54. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res*. 2006;35(4):1103–19.
55. Lopez SJ, McKnight CG. Moving in a positive direction: toward increasing the utility of positive youth development efforts. *Prev Treat*. 2002;5: e1.
56. Kim ES, Strecher VJ, Ryff CD. Purpose in life and use of preventive health care services. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(46):16331–6.
57. Suldo SM, Huebner ES. Does life satisfaction moderate the relationship between stressful life events and psychopathological behavior during adolescence? *Sch Psychol Q*. 2004;19(2):93–105.
58. Suldo SM, Huebner ES. The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting behavior and adolescent problem behavior. *Soc Indic Res*. 2004;66(1-2):121–45.
59. Norouzi Kh, Amiri Majd M. The relationship between risky behaviors and psychological well-being in high school girls. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2014;20(1):3–13. [In Persian]
60. Arnett JJ. College students as emerging adults: The developmental implications of the college context. *Emerg Adulthood*. 2016;4(3):219–222. <https://doi.org/10.1177/2167696815587422>.
61. American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment II: Undergraduate student reference group executive summary [Internet]. Silver Spring (MD): ACHA; 2018. https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Undergraduate_Reference_Group_Executive_Summary.pdf
62. Sabet Dizkuhi K, Abolghasemi A, Kafi Masouleh SM. Comparison of resilience, self-compassion, and early adverse experiences in students with and without self-harming behaviors. *Clin Psychol Pers*. 2021;19(2):45–56.
- functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(4):268–75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10830147/>
43. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984. <https://archive.org/details/stressappraisalc000Olaza>
44. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74 (1):224–237. https://sanlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/31/2016/03/Gross_JPSP_1998.pdf
45. Sabet Dizkuhi K, Abolghasemi A, Kafi Masouleh SM. Analysis of the relationships between impulsivity, emotion regulation, and resilience with components of mental health in students with self-harming behaviors. *Clinical Psychology*. 2023;15 (1):93–105. <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.28519.2536> [In Persian].
46. Gyori D, Farkas BF, Horvath LO, Komaromy D, Meszaros G, Szentivanyi D, Balazs J. The association of nonsuicidal self-injury with quality of life and mental disorders in clinical adolescents—A network approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1840. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041840>
47. Jiang Y, Ren Y, Liu T, You J. Rejection sensitivity and adolescent non-suicidal self-injury: mediation through depressive symptoms and moderation by fear of self-compassion. *Psychol Psychother*. 2021; 94:481–96.
48. Tang WC, Lin MP, Wu JYW, Lee YT, You J. Mediating role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022; 16:1–10.
49. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015; 37:72–88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
50. Lim YY, Pheh KS, Low SK. The risk factors of self-destructive behaviours among Malaysian young adults: A preliminary finding. *Jurnal Psikologi Malaysia*. 2017;31(2):37–44. https://www.researchgate.net/publication/291348653_The_risk_factor_of_self_destructive_behaviours_among_Malaysian_Young_Adults_A_preliminary_Findings

- the 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) in Afghanistan. *Research Square*. 2024 Jun 7. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4210260/v1>
73. Khanjani M, Shahidi Sh, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri A. Factor structure and psychometric properties of the short form (18-item) of Ryff's Psychological Well-Being Scale in male and female students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2014 Summer;8(32):27-36. <http://noo.rs/PXPG5> [In Persian].
 74. Ahmadyar Z, Heidari M, Mazaheri MA, Mootabi F. Confirmatory Factor Analysis of the Components of Psychological Well-Being in the Persian Version of the Ryff Scale Across Different Ethnic Groups of Afghan Families. *Afghanistan Family & Therapy Journal*. 2025;6(2):12. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.6.2.12>
 75. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002;40(8):869-893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
 76. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226-239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
 77. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2020: Country profile – Iran (Islamic Republic of). Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-irn-2020-country-profile>
 78. World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2020: Country profile – Afghanistan. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-afg-2020-country-profile>
 79. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31(3):215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 - <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14201.1077>. [In Persian].
 63. Yasini SO, Kafi SM, Abolghasemi A. Comparison of self-criticism, shame, guilt, and self-compassion in students with and without self-injurious behaviors. *J Clin Psychol Pers*. 2025-2026;23(2):15-28. <https://doi.org/10.22070/CPAP.2025.19622.1609>. [In Persian].
 64. Sharifipour Chokami Z, Abolghasemi A, Kafi Masoleh SM. Explaining non-suicidal self-injury in students based on the cognitive-social model. Master's thesis. Gilan: University of Gilan; 2021. [In Persian]
 65. Sharifipour Chokami Z, Abolghasemi A, Kafi Masoleh SM. Predicting non-suicidal self-injury based on exposure, outcome expectancies, and avoidance self-efficacy in students of the University of Guilan. *Clin Psychol Pers*. 2022;20(1):75-87. <https://doi.org/10.22070/cpap.2022.15214.1153>. [In Persian]
 66. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373-9.
 67. 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):973-983. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199811\)54:7%3C973::aid-jclp11%3E3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7%3C973::aid-jclp11%3E3.0.co;2-h)
 68. Wilkinson PO, Qiu T, Neufeld S, Jones PB, Goodyer IM. Sporadic and recurrent nonsuicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2018;212(4):222-226
 69. Warm A, Murray C, Fox J. Why do people self-harm? *Psychol Health Med*. 2003;8(1):72-79. <https://doi.org/10.1080/1354850021000059278>
 70. Abolghasemi A, Narimani M. Azmon-haye ravanshenakhti [Psychological tests]. 1st ed. Qom: Baghe-Rezvan Publications; 2005. [In Persian]
 71. Yoosefi Lebni J, Togholi R, Abbas J, NeJhaddadgar N, Salahshoor MR, Mansourian M, Darvishi Gilan H, Kianipour N, Chaboksavar F, Azizi SA, Ziapour A. A study of internet addiction and its effects on mental health: A study based on Iranian university students. *J Educ Health Promot*. 2020; 9:303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33062738/>
 72. Neyazi A, Rahimi BA, Sifat S, Razaqi N, Amirzade E, Afzali H, Neyazi M, Mohammadi AQ. Psychometric evaluation of the Dari version of