

نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری نوجوانان

مریم قادری^۱، قاسم آهی^۲، شهرام وزیری^۳، احمد منصوری^۴، فاطمه شهابی زاده^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: تاکنون مدل‌های چند متغیره روان‌شناختی و اجتماعی متعددی برای پیش‌بینی رفتارهای خودزنی نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته است. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری با توجه به نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر کاشمر در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. در ابتدا نمونه‌ای به حجم ۷۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد، اما تحلیل نهایی بر روی ۲۹۲ دانش‌آموزی انجام شد که حداقل تجربه یک‌بار رفتارهای خودزنی انتحاری را گزارش کردند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی، مقیاس دلبستگی دوران کودکی نسبت به هر والد، مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس خود انتقادی/حمله به خود/خود اطمینان بخشی بود. داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل مربوط به رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری نوجوانان با توجه به نقش میانجی تحمل پریشانی و خود انتقادی از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۴ درصد واریانس مشاهده شده رفتارهای خودزنی از طریق ترکیب متغیرهای دلبستگی به والدین، تحمل پریشانی و خود انتقادی قابل تبیین است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری است؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرها توسط متخصصان، درمانگران و برنامه‌ریزان به هنگام کار با نوجوانان دانش‌آموز و به‌طور خاص در مراکز مشاوره‌ای و درمانی، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: دلبستگی، رفتارهای خودزنی غیر انتحاری، خود انتقادی، تحمل پریشانی.

ارجاع: قادری مریم، آهی قاسم، وزیری شهرام، منصوری احمد، شهابی زاده فاطمه. نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری نوجوانان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۴): ۵۳۷-۵۵۲.

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 - ۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 - ۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 - ۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
 - ۵- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
- نویسنده مسئول: قاسم آهی

Email: ahigh1356@yahoo.com

مقدمه

گذر از وابستگی به استقلال نسبی با تقاضاهای جدید و تغییراتی همراه است که می‌تواند منجر به استرس در نوجوانان شود (۱). در این مرحله ظرفیت خودتنظیمی و شناخت استرس نوجوانان به سبب عدم رسش کامل جسمی و روانی محدود است و نمی‌توانند با همه استرس‌های زندگی سازگار شوند (۲). بعلاوه همراه شدن تکانه‌های نوجویی و ظرفیت خودتنظیمی پایین زمینه‌ساز ظهور رفتارهای نامناسب روان‌شناختی در این دوره است (۳). بیشتر نوجوانان از مکانیسم‌های انطباقی کافی برای پردازش تغییرات زندگی‌شان برخوردارند و می‌توانند از نوجوانی بدون درگیری در رفتارهای نامناسب روان‌شناختی (نظیر خودزنی) عبور کنند (۱)، اما هنگامی که شرایط فوق با دامنه‌ای از عوامل محیطی (مثل تجارب بیزاری آور دوران کودکی، فرزند پروری ضعیف و ناکافی) و فردی (مانند خود انتقادی، پریشانی روان‌شناختی، بدتنظیمی هیجانی) همراه می‌شود احتمال وقوع نتایج منفی مسلم است (۱، ۲). برای مثال ممکن است نوجوانان جهت انطباق با عوامل استرس‌زای هیجانی متعدد به صورت هدفمند به خودشان صدمه و آسیب وارد نمایند (۴). در پژوهش‌های زیادی نوجوانی به‌عنوان یک عامل خطر برای خودزنی غیر انتحاری (Non-suicidal self-injury) محسوب می‌شود (۵). خودزنی غیر انتحاری رفتاری آگاهانه است و فرد خودش به بافت‌های بدنش آسیب می‌زند (مانند بریدن، سوزاندن و خراشیدن)، اما این رفتار با نیت خودکشی انجام نمی‌شود، به لحاظ اجتماعی و فرهنگی قابل‌قبول نیست و با هدف اجرای احکام و رسوم اجتماعی انجام نمی‌شود (۶). خودزنی غیر انتحاری شامل صدمات ناشی از دوره‌های روان‌پریشی یا رفتارهای تکراری ناشی از تأخیر رشدی نمی‌شود (۷).

آمار دقیقی در مورد شیوع این رفتار در فرهنگ‌های مختلف وجود ندارد. بعضی از اشکال آن از جمله خال‌کوبی و آویزان کردن اشیاء از بدن در برخی فرهنگ‌ها پذیرفته شده است، درحالی‌که بسیاری از رفتارهای دیگر مانند سوزاندن پوست با مواد شیمیایی (برنزه)، تاتو کردن و کبود کردن آسیب‌زا شناخته شده‌اند (۸). اگرچه این رفتار گنج‌کننده در سرتاسر تاریخ بشری مشاهده شده است، اما شیوع آن در چند دهه اخیر افزایش

چشمگیری داشته است و در نتیجه منجر به افزایش علاقه‌مندی متخصصین حوزه سلامت روان به این مسئله شده است (۹). نرخ افکار و رفتارهای خودزنی در انتقال به نوجوانی به میزان بسیار زیادی افزایش می‌یابد (۱۰)، به‌گونه‌ای که در نوجوانی نسبت به سایر دوره‌های سنی شیوع خودزنی غیر انتحاری بالاتر است (۱۱). نرخ شیوع این رفتار در نوجوانان غیر کلینیکی ۱۲ تا ۴۰ درصد می‌باشد (۱۲، ۱۳). در تنها مطالعه انجام‌شده در ایران نرخ شیوع این رفتار در دختران نوجوان پایه‌های دوم و سوم دبیرستان شهر تهران ۱۲ درصد گزارش شده است (۱۴). در مجموع این مشکل دغدغه‌ای مهم در حوزه سلامت نوجوانان محسوب می‌شود، زیرا نه تنها به‌طور مستقیم باعث آسیب به بافت بدن می‌شود بلکه با دامنه‌ای از نشانگان روان‌شناختی و اقدامات خودکشی همراه است (۲). از سوی دیگر، این‌گونه آسیب‌ها و صدمات جسمانی و روان‌شناختی اغلب سبب ناراحتی و پریشانی افراد خانواده و دوستان می‌شود (۹).

علی‌رغم ماهیت دردآور این رفتار، کلیشه‌های اجتماعی منفی شدیدی نسبت به این افراد وجود دارد. هنوز بسیاری تصور می‌کنند این رفتارها باهدف بازی دادن و دست‌کاری دیگران صورت می‌گیرد و حتی در بین متخصصین حوزه‌های مراقبت و سلامتی میزان همدلی با این نوجوانان کمتر از سایر گروه‌های بیماران است (۱۵). این نگرش اغلب منجر به پیچیده‌تر شدن درمان می‌شود و به‌طور معمول ناشی از درک و شناخت محدود این رفتار است. از طرف دیگر، با توجه به شیوع بالا و پیامدهای منفی خودزنی غیر انتحاری، شناسایی آن در مراحل اولیه جهت رشد و تحول راهبردهای پیشگیرانه ضروری به نظر می‌رسد (۱۶)، اما این کار بنا به دلایلی دشوار است: ابتدا، این رفتار در اغلب موارد در خلوت صورت می‌گیرد، در نتیجه این‌گونه رفتارها توسط شبکه‌های اجتماعی اطراف نوجوان (شامل والدین) موردتوجه قرار نمی‌گیرند (۱۷). دوم، برخلاف نشانگان سایر اختلال‌های روانی (نظیر اسکیزوفرنیا) که هفته‌ها، حتی ماه‌ها و سال‌ها طول می‌کشند، خودزنی غیر انتحاری ماهیت دوره‌ای دارد (۹) و این دوره‌ها به‌ندرت منجر به حضور در بیمارستان می‌شوند (۱۶). شناسایی مدل‌هایی برای درک مکانیسم‌ها و بافت‌های دخیل در پیدایش و تداوم این رفتار ضروری است (۱۸)، زیرا با شناخت پیش‌بینی‌کننده‌های آن احتمال شناسایی

۴، ۲۵، ۲۶) به بررسی متغیرهای میانجی این رابطه پرداخته‌اند. پژوهش حاضر به بررسی نقش میانجی متغیرهای خود انتقادی (Self-criticism) و تحمل پریشانی (Distress tolerance) در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری می‌پردازد.

خود انتقادی از جمله عوامل خطر نزدیک (درون فردی) در سبب‌شناسی خودزنی غیر انتحاری است که به‌عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس‌زا و تضعیف‌کننده خود است، نگریسته می‌شود (۲۷). همچنین به‌صورت داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت تعریف شده است. افراد خود انتقادگر هنگام مواجهه با موانع در راه رسیدن به اهدافشان، آسیب‌پذیر می‌شوند (۲۸). این افراد مستعد تجربه افسردگی همراه با احساس حقارت شدید، گناه، بی‌ارزشی و شکست در مطابقت با معیارهای مورد انتظار هستند (۲۹). آن‌ها به سبب تأکید زیاد بر دستیابی به اهداف و درگیر شدن سخت‌گیرانه در قضاوت از خود، از لذت بردن برای دستیابی به اهداف خود ناتوان هستند (۳۰). علی‌رغم این که این افراد خود را با ذره‌بین زیر نظر دارند، اما به دلیل احساس تهدید شدگی درونی فرصت تجربه کامل هیجان‌های منفی را به خود نمی‌دهند و با سخت‌گیری مضاعف به خود مانع پذیرش هیجان‌هایشان می‌شوند (۳۰). مدل زوروف و همکاران (۳۰) ادعا می‌کند که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین فردی خود انتقادی به‌صورت پویا با عوامل محیطی رابطه دارند و باعث تشدید و تداوم آسیب‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌شوند. یافته‌های پژوهش‌ها به لحاظ نظری و تجربی از نقش خود انتقادی به‌عنوان یک عامل دخیل در خودزنی غیر انتحاری حمایت می‌کنند (۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴). به چند دلیل این پژوهش بر سازه خود انتقادی و رابطه‌اش با خودزنی غیر انتحاری متمرکز شده است. ابتدا، خود انتقادی به‌طور مستقیم نگرش‌های مثبت نسبت به خود را که سد محکمی در برابر خود آسیب‌رسانی هستند، کاهش می‌دهد (۳۵). دوم، تنها در یک پژوهش (۲۰) نقش تعدیل‌کننده خود انتقادی در رابطه بین برخی از اشکال دلبستگی ناایمن و خودزنی غیر انتحاری بررسی شده است.

از دیگر عوامل خطر نزدیک (درون فردی) دخیل در خودزنی غیر انتحاری، تحمل پریشانی است. این متغیر از سازه‌های

افراد در معرض خطر و همچنین آگاهی از راهبردهای پیشگیرانه مربوط به خودزنی غیر انتحاری افزایش می‌یابد. اگرچه فرایندها و مکانیسم‌های میانجی عوامل مهمی در درک رابطه پیچیده بین پیش‌بینی‌کننده‌ها و خودزنی غیر انتحاری هستند، ولی در پژوهش‌های قبلی توجه کم‌تری به آن‌ها شده است. بیشتر مطالعات عوامل خطر را بررسی کرده‌اند. با توجه به اینکه در سال‌های اخیر توجه زیادی به برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری مبتنی بر مدرسه شده است (۱۶)، اما نوجوانان درگیر در خودزنی غیر انتحاری کمتر درصدد کمک و استفاده از خدمات مراقبت و سلامتی بر می‌آیند؛ از این رو پژوهش حاضر بر روی گروهی از نوجوانان غیر کلینیکی متمرکز است.

یکی از عوامل خطر دور برای خودزنی غیر انتحاری، سبک‌های دلبستگی (Attachment styles) است. سبک‌های دلبستگی به مدل‌های درون کاری (Internal working models) معینی گفته می‌شود که شکل پاسخ‌های رفتاری افراد به جدایی از چهره‌های دلبستگی و پیوند مجدد با این نگاره‌ها را تعیین می‌کنند. این سبک‌ها در مراحل مختلف زندگی نسبتاً پایدار مانده و تعامل‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۹). سبک‌های دلبستگی به دو سبک ایمن و ناایمن (شامل سبک‌های دلبستگی اجتنابی و مقاوم یا مضطرب/دوسوگرا) طبقه بندی شده است (۲۰). از لحاظ دلبستگی، نوجوانی یک دوره انتقال است و دلبستگی نقش بسزایی در کمک به نوجوان در برخورد با چالش‌های نوجوانی دارد. همه نوجوانان یک نیاز ذاتی به دلبستگی دارند و نظریه دلبستگی شواهد قوی برای درک وجود مشکلات رفتاری و هیجانی در دوران نوجوانی در اختیار قرار می‌دهد (۲۱). ادبیات پژوهش نشان می‌دهد دلبستگی برای رشد روانی، تحول شخصیت و روابط هیجانی سالم ضروری است (۲۲) و همچنین با گسسته شدن این فرایند کودک در تشکیل مبنای ایمنی که لازمه بهداشت روانی در دوره بزرگسالی است با شکست مواجه می‌شود (۲۳). سبک‌های دلبستگی نقش مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌های روانی دارند (۲۴). یکی از این آسیب‌ها خودزنی غیر انتحاری است. پژوهش‌های متعددی به نقش پیش‌بینی‌کننده سبک دلبستگی، به‌ویژه سبک دلبستگی ناایمن و ارتباط با مراقبت، در شکل‌گیری و تداوم این مشکل اشاره نموده‌اند (۱، ۴، ۲۰، ۲۵)، اما پژوهش‌های معدودی

پیشانی هیجانی از راهبردهای ناسازگار مانند خودزنی غیر انتحاری استفاده می‌نمایند (۴۴)، و (۲) هیچ پژوهشی در زمینه نقش میانجی تحمل پیشانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری صورت نگرفته است.

پژوهش در زمینه خودزنی غیر انتحاری و خود انتقادی در مرحله آغاز می‌باشد. همه پژوهش‌ها بعد از سال ۲۰۰۰ منتشر شده‌اند و بیشتر آن‌ها بر کشورهای توسعه‌یافته غربی متمرکز است و تنها در یک مطالعه (۳۲)، نمونه‌ای از کشورهای غیر غربی بررسی شده است. دوم، پژوهشی در زمینه نقش میانجی خود انتقادی در رابطه بین این متغیرها تاکنون صورت نگرفته است و تنها در یک پژوهش (۲۰) بر نقش تعدیل‌کننده خود انتقادی در رابطه بین برخی از اشکال دلبستگی ناایمن و خودزنی غیر انتحاری تمرکز شده است. این پژوهش بنا به دلایلی مهم و ضروری است: ۱. عدم وضوح نقش دلبستگی در ایجاد و تداوم رفتارهای خود آسیب‌رسان از جمله خودزنی غیر انتحاری (۴)، ۲. شواهد و یافته‌های متناقض درباره رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری (۴۵، ۴، ۳). پژوهش‌های معدود در مورد نقش میانجی متغیرهای گوناگون از جمله خود انتقادی و تحمل پیشانی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری و توجه بیشتر به متغیر میانجی دشواری در تنظیم هیجان و ۴. وجود تنها یک مطالعه در ایران (۱۴) علی‌رغم وجود پژوهش‌هایی مبنی بر رابطه بین سبک دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری در سایر نقاط جهان.

با توجه به افزایش علاقه به برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری مبتنی بر مدرسه (۱۶)، عدم جستجو یا استفاده از خدمات مراقبت و سلامتی توسط نوجوانان درگیر در خودزنی غیر انتحاری، وجود اطلاعات بسیار اندک درباره این نوع رفتارها در نوجوانان ایرانی، وجود اختلاف‌نظرهای زیاد درباره طبقه‌بندی این اختلال در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مطرح شدن نشانگان خودزنی غیر انتحاری برای اولین بار در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و قرار گرفتن آن جزو اختلال‌هایی که نیاز به مطالعه بیشتر دارند، عدم وجود درمانی اختصاصی برای این گروه از نوجوانان تاکنون، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خود انتقادی و

متداول در پژوهش‌های مربوط به دشواری در تنظیم هیجان است که به صورت سازه‌ای فراهیجانی و به‌عنوان قابلیت فرد برای تجزیه و مقاومت در برابر موقعیت‌های روان‌شناختی و یا حالت‌های هیجانی منفی تعریف شده است (۳۶، ۳۷). آشفتگی ممکن است نتیجه فرایندهای جسمی و شناختی باشد، اما بازنمایی آن به صورت هیجانی است و اغلب با تمایلات عملی جهت‌رهایی و یا کاهش اثرات منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (۳۶). طیف وسیعی از مفاهیم برای تعریف تحمل پیشانی در نظر گرفته شده است و در درجه نخست از نظر کانون تمرکز بر پیشانی با یکدیگر متفاوت‌اند (۳۸). در مجموع، تحمل پیشانی ماهیتی چندبعدی دارد و شامل ابعاد متعددی از جمله ۱. توانایی تحمل، ۲. ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت هیجانی، ۳. شیوه تنظیم هیجان به‌وسیله فرد و ۴. مقدار جذب توجه به‌وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (۳۶). پزشکان و محققان به روشن ساختن نقش این متغیر بر حالت‌های درونی آزارنده (مانند عواطف منفی، احساس‌های بدنی ناراحت‌کننده) در اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی علاقه دیرینه داشته‌اند (۳۹). نتایج پژوهش‌های متعدد نیز حاکی از آن است که این سازه یکی از عوامل دخیل در آسیب‌پذیری روانی است (۴۰). همچنین شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پیشانی پایین با طیف گسترده‌ای از نگرانی‌های بهداشت روانی و اختلال‌های روانی (۳۸، ۴۱)، همچون رفتارهای آسیب‌زننده به خود رابطه دارد (۴۲، ۹، ۳، ۱۸، ۱، ۴۳)؛ بنابراین انجام پژوهش حاضر به دلایلی ضروری است: (۱) این پژوهش بر سازه تحمل پیشانی و رابطه‌اش با خودزنی غیر انتحاری در نوجوانان متمرکز است. همچنین از نظر تنظیم هیجان این سازه به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی برای پیشگیری و درمان خودزنی غیر انتحاری در نظر گرفته شده است (۱). بر اساس مطالعات متعدد نوجوانی یک دوره بحرانی برای رشد راهبردهای تنظیم هیجانی بوده و این در حالی است که در مقایسه با بزرگسالان این راهبردها در نوجوانان به‌خصوص نوجوانان با تجارب بدرفتاری، دچار نقصان بیشتری است. نوجوانان دارای چنین تجاربی نه تنها مستعد تجربه آشفتگی و پیشانی هیجانی بیشتری هستند، بلکه نسبت به بزرگسالان به‌احتمال بیشتری برای رهایی از آشفتگی و

آموزان)، پرسشنامه‌ها در کلاس‌های انتخابی به صورت انفرادی و در حضور شخص پژوهشگر تکمیل شد.

معیارهای ورود شامل اشتغال به تحصیل در پایه‌های هشتم و نهم مقطع متوسطه اول و مقطع متوسطه دوم شهر کاشمر، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال، رضایت برای شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی از جمله اختلال دوقطبی و شخصیت مرزی بود. معیارهای خروج نیز شامل فوت هر دو والد، وجود معلولیت جسمی در دانش‌آموزان، نوجوانان بد سرپرست یا بدون سرپرست که توسط مراکز خیریه نگهداری می‌شوند، عدم تمایل به شرکت در مطالعه و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. پرسشنامه‌هایی که به بیش از ۱۰ درصد سؤال‌ها پاسخ نداده بودند از تحلیل کنار گذاشته شدند و از نمونه جایگزین استفاده شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به شرکت‌کنندگان بود. داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و LISREL و روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از چهار پرسشنامه استاندارد تحلیل شد.

مقیاس دلبستگی دوران کودکی نسبت به هر والد (*Childhood Attachment to Each Parent Scale*)

Scale: این مقیاس توسط هازن و شیور تهیه شده است. شامل شش بند (سه بند برای هر والد) است که روابط دوران کودکی را بر اساس یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم)، برای هر یک از سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا توصیف می‌کند (۴۷). در مطالعه شهابی زاده و مظاهری برای غلبه بر محدودیت‌های سنجش تک ماده‌ای جملات هر بند به صورت ۱۲ ماده جداگانه برای هر والد مطرح شد (کلاً ۲۴ ماده). ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب برای دلبستگی نایمن و ایمن به مادر ۰/۷۷ و ۰/۸۶ و همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای دلبستگی نایمن و ایمن به پدر به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹ بوده و حاکی از اعتبار این مقیاس است. شاخص‌های مدل از جمله برازندگی تطبیقی (CFI)، برازش نرمال (NFI)، برازش افزایشی (IFI) و برازش

تحمل پریشانی در رابطه بین سبک دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری نوجوانان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری آن شامل کلیه دانش‌آموزان پایه هشتم و نهم دوره متوسطه اول و همچنین کلیه دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر کاشمر در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. به نظر گیلفورد حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مدل‌یابی ۲۰۰ نفر است. کمبری پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰، ۵۰۰ و ۱۰۰۰ نفر به ترتیب ضعیف، نسبتاً مناسب، خوب، خیلی خوب و عالی است (۴۶)، لذا حجم نمونه اولیه ۷۰۰ نفر در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول، شهر کاشمر به لحاظ اجتماعی-اقتصادی به ۳ منطقه تقسیم شد. سپس از هر منطقه دو دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه از مقطع متوسطه دوم به تصادف انتخاب گردید. از آنجا که بر طبق چنین تقسیم‌بندی هنرستان‌های شهر در منطقه دو و سه قرار می‌گرفتند یک هنرستان پسرانه از منطقه دو و یک هنرستان دخترانه از منطقه سه به صورت تصادفی انتخاب گردید. در نهایت تعداد ۱۴ دبیرستان و هنرستان دخترانه و پسرانه به تصادف انتخاب گردید. در مرحله بعد، از هر دبیرستان یا هنرستان حداقل یک و حداکثر سه کلاس از میان پایه‌های تحصیلی دوگانه (هشتم و نهم) در مقطع متوسطه اول و حداقل یک و حداکثر سه کلاس از میان رشته‌های مختلف تحصیلی (علوم انسانی، علوم تجربی، علوم ریاضی، فنی حرفه‌ای، کاردانش) و پایه‌های تحصیلی سه‌گانه (دهم، یازدهم، دوازدهم) در مقطع متوسطه دوم، به صورت تصادفی انتخاب شد و در نهایت همه دانش‌آموزان این کلاس‌ها به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته شدند. سرانجام ۲۹۲ نفر از دانش‌آموزانی که حداقل تجربه یک‌بار رفتارهای خودزنی انتحاری را گزارش کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. پس از اخذ مجوز از سوی اداره کل آموزش و پرورش استان خراسان رضوی، مشخص شدن کلاس‌ها و هماهنگی با مدیران و مسئولان مدارس برای حضور در یکی از روزهای هفته (جهت عدم اختلال در روند آموزش دانش

زنان ۰/۸۵ گزارش کردند. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ مقیاس خود انتقادی در کل نمونه ۰/۶۴ و ضریب روایی واگرایی آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۶- بوده است (۲۹).

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale)

یک شاخص خود سنجی است که توسط سیمونز و گاهر ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گویه‌های این مقیاس بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (توافق کامل با گزینه موردنظر) تا ۵ (عدم توافق کامل با گزینه موردنظر) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه ۰/۶۱ بوده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی می‌باشد (۳۷). در پژوهش اسماعیلی نسب ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۸۶ بود (۴۰). عزیزی، میرزایی و شمس ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کردند (۵۱).

یافته‌ها

از مجموع ۷۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۶۲۲ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم جهت تجزیه و تحلیل تشخیص داده شد. از این تعداد ۳۳۰ نفر (۴۲/۹۷ درصد) فاقد رفتارهای خودزنی غیر انتحاری و ۲۹۲ نفر حداقل تجربه یک‌بار رفتارهای خودزنی انتحاری را گزارش کردند. از مجموع ۲۹۲ نفر، ۱۴۴ نفر (۴۹/۳ درصد) پسر و ۱۴۸ نفر (۵۰/۷ درصد) دختر بودند. از این تعداد ۳۵ نفر (۱۲ درصد) ۱۴ سال، ۸۴ نفر (۲۸/۸۰ درصد) ۱۵ سال، ۷۱ نفر (۲۴/۳ درصد) ۱۶ سال، ۶۲ نفر (۲۱/۲ درصد) ۱۷ سال سن داشتند. در ۴۰ مورد (۱۳/۳ درصد) سن گزارش نشده بود. پدازور معتقد است که یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری، مدل‌های LISREL را ناروا نمی‌کند. همچنین به عقیده بسیاری از صاحب‌نظران همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده فقدان هم خطی چندگانه است (۵۲). در جدول ۱

تعدیل شده (Adjusted AGFI) حاکی از برازش مناسب مدل و ساختار دوعاملی بوده است (۴۷).

سیاهه خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی

(Deliberate Self-Harm Inventory): یک ابزار خود

گزارشی ۱۷ ماده‌ای است که توسط گراتز (۴۸)، به منظور اندازه‌گیری انواع رفتارهای خود آسیب‌رسانی تعمدی در جامعه غیر بیمار طراحی شده است. این آزمون چندین نوع رفتار خودزنی غیر انتحاری (نظیر سوزاندن بدن با سیگار، خراشیدن، بریدن) را در قالب پاسخ‌های بلی (۱) و خیر (۰) می‌سنجد. همچنین به‌طور خاص جنبه‌های متعددی از خود آسیب‌رسانی آگاهانه و تعمدی را در طول عمر، از جمله فراوانی، شدت، مدت و نوع رفتار خودزنی غیر انتحاری در طول یک سال گذشته، ارزیابی می‌نماید. گراتز اعتبار این ابزار را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمایی (در فاصله زمانی ۲-۴ هفته) ۰/۸۳ و ۰/۶۸ گزارش کرد. همچنین نشان داد که از روایی سازه، همگرا و افتراقی مناسبی برخوردار است (۴۸). این ابزار در ایران نیز به فارسی ترجمه شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مطلوب بوده است. برای نمونه پیوسته گر ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه را در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۰ دانش‌آموز دختر ایرانی ۰/۷۱ گزارش کرده است. همچنین روایی محتوایی آن از طریق نظرخواهی از متخصصان علوم تربیتی و روان‌شناسی تایید شده است (۱۴).

مقیاس خود انتقادی / حمله به خود / خود اطمینان بخشی (Self-Reassuring)

Forms of Self-Criticism/Attacking & Self-Reassuring): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران

در سال ۲۰۰۴ تهیه شده است و دارای ۲۲ ماده در سه خرده مقیاس خودکفایت‌پنداری، خودبیزاری و خود اطمینان بخشی است. پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده و حداقل و حداکثر نمره آن صفر تا ۸۸ است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش شده است (۴۹). پژوهشی در انگلستان با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی ساختار سه عاملی اصلی را تأیید کرده است و ضریب آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۹۴ گزارش کرده است (۵۰). در ایران، رجبی و عباسی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در کل نمونه ۰/۸۳، در مردان ۰/۷۸ و در

تأییدکننده فرضیه فقدان هم خطی بودن چندگانه است.

ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. ضرایب همبستگی متغیرهای جدول

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. اجتنابی مادر	۱											
۲. اجتنابی پدر	۰/۴۹**	۱										
۳. دوسوگرای مادر	۰/۵۹**	۰/۳۵**	۱									
۴. دوسوگرای پدر	۰/۳۳**	۰/۶۶**	۰/۳۷**	۱								
۵. تسکین پریشانی	۰/۲۶*	۰/۱۷**	۰/۱۷**	۰/۱۱*	۱							
۶. اجتناب پریشانی	۰/۲۳*	۰/۲۰**	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۳۶**	۱						
۷. خود بی کفایتی	۰/۲۶**	۰/۲۳**	۰/۱۷**	۰/۱۸**	۰/۴۵**	۰/۱۰	۱					
۸. خود اطمینان بخشی	۰/۱۱*	۰/۱۱*	۰/۲۰**	۰/۱۶**	۰/۲۷**	۰/۰۲	۰/۲۷**	۱				
۹. خود بی‌زاری	۰/۳۷**	۰/۲۷**	۰/۲۰**	۰/۱۸**	۰/۴۷**	۰/۱۰	۰/۶۸**	۰/۴۷**	۱			
۱۰. خودزنی از طریق بریدن	۰/۱۳*	۰/۰۲	۰/۱۱*	۰/۰۳	۰/۱۷**	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۲۱**	۱		
۱۱. خودزنی از طریق سوزاندن	۰/۱۸**	۰/۰۳	۰/۱۹**	۰/۰۱	۰/۲۷**	۰/۰۵	۰/۱۷**	۰/۱۳*	۰/۲۷**	۰/۲۳**	۱	
۱۲. خودزنی از طریق ضربه زدن	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۲۰**	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۱۳*	۰/۰۲	۰/۲۳**	۱
میانگین	۱۱/۸۳	۱۳/۴۳	۱۰/۸۱	۱۰/۶۳	۲۸/۸۰	۱۰/۳۳	۱۹/۷۸	۱۱/۵۶	۸/۲۸	۱/۹۶	۰/۸۶	۰/۱۸
انحراف استاندارد	۷/۴۳	۸/۹۳	۵/۰۳	۵/۳۸	۹/۷۷	۳/۴۷	۶/۷۰	۵/۱۴	۵/۱۸	۱/۴۶	۰/۴۳	۰/۱۱

بین شاخص‌ها، شاخص مجذور خی دو (χ^2)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، (CFI، AGFI، NFI، IFI)، شاخص نرم نشده برازندگی (NNFI) و خطای ریشه مجذور میانگین (RMSEA) برای برازش الگو استفاده شد. ضرایب مسیر مدل فرضی در شکل ۱ و ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس اطلاعات جدول ۱ می‌توان گفت که بیشترین همبستگی بین مؤلفه خود بی‌زاری و خود بی‌کفایتی وجود دارد. به‌منظور بررسی الگوی مفهومی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری با توجه به نقش میانجی تحمل پریشانی و خود انتقادی از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. از روش حداکثر احتمال برآورد الگو و از

جدول ۲. ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا

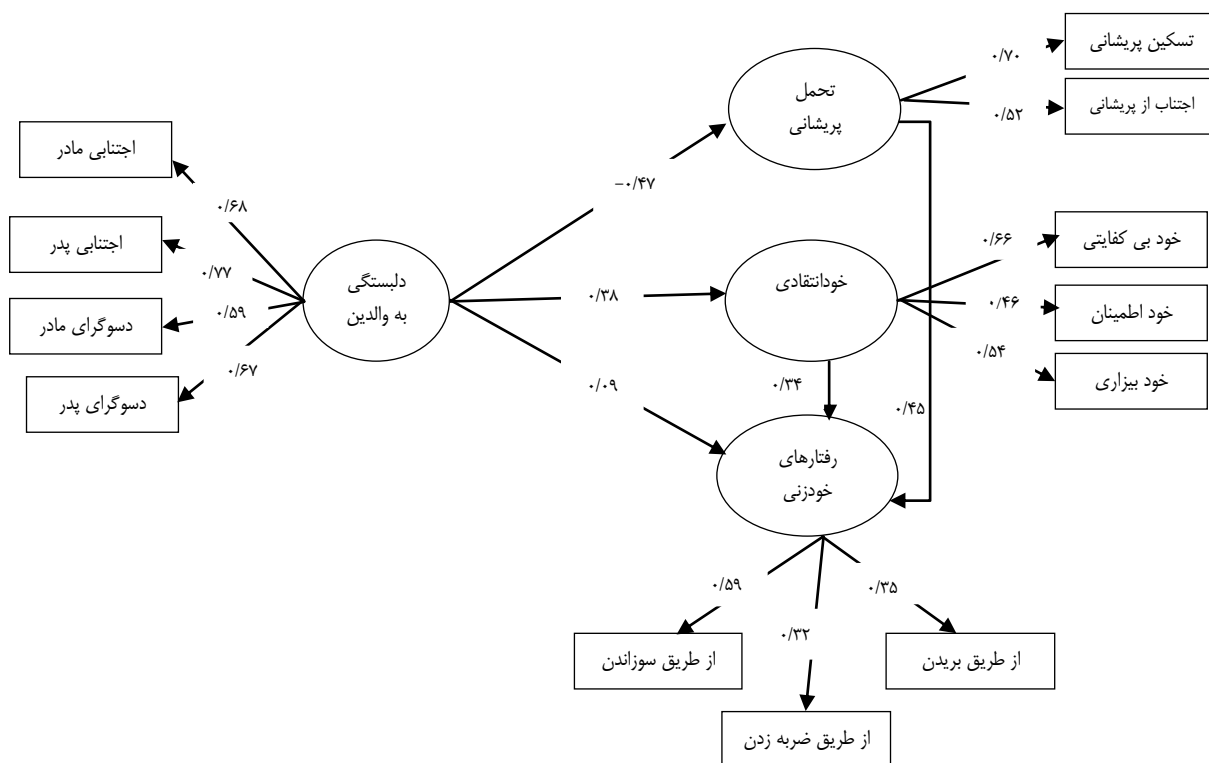
اثرات	پیش‌بین	ملاک	β	se	t	p
مستقیم	دلبستگی به والدین	بر تحمل پریشانی	۰/۴۷	۰/۰۹	-۵/۲۸	< ۰/۰۱
		بر خود انتقادی	۰/۳۸	۰/۰۶	۶/۱۴	< ۰/۰۱
تحمل پریشانی	تحمل پریشانی	بر رفتارهای خودزنی	۰/۰۹	۰/۱۴	-۰/۶۴	> ۰/۰۵
		بر رفتارهای خودزنی	۰/۴۵	۰/۲۰	-۲/۲۵	< ۰/۰۱
غیرمستقیم	از دلبستگی به والدین بر رفتارهای خودزنی	بر رفتارهای خودزنی	۰/۳۴	۰/۱۲	۲/۷۶	< ۰/۰۱
		از طریق تحمل پریشانی و خود انتقادی	۰/۳۴	۰/۱۳	۲/۷۱	< ۰/۰۱
اثرات کل	از دلبستگی به والدین بر رفتارهای خودزنی	از طریق تحمل پریشانی و خود انتقادی	۰/۲۵	۰/۱۲	۲/۱۸	< ۰/۰۱

معنی‌دار است، اما بر خودزنی غیر انتحاری ($\beta = ۰/۰۹$) غیر معنی‌دار است. تحمل پریشانی ($\beta = -۰/۴۵$) و خود انتقادی

طبق داده‌های شکل ۱ و جدول ۲ اثر مستقیم دلبستگی به والدین بر تحمل پریشانی ($\beta = -۰/۴۷$)، خود انتقادی ($\beta = ۰/۳۸$)

محدودیت است: ابتدا، این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند، این درحالی‌که است که دست‌یابی به الگویی که به‌طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد، نادر است. دوم، با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود؛ بنابراین ممکن است که یک الگو با داده‌ها برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد، اما در مدل دست‌یابی به یک مقدار χ^2 غیر معنی‌دار غیرمحتمل است (۵۳). سایر شاخص‌های برازش در جدول ۳ ارائه شده است.

($\beta = 0/34$) به‌طور مستقیم رفتارهای خودزنی غیر انتحاری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین اثر غیرمستقیم دل بستگی به والدین بر رفتارهای خودزنی غیر انتحاری از طریق تحمل پریشانی و خود انتقادی معنی‌دار است ($\beta = 0/34$). نتایج آزمون مجذور χ^2 به‌منظور بررسی برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهاد شده و مشاهده شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ($\chi^2_{(49)} = 219/58$ و $p < 0/01$)، لذا فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود. اگرچه متداول‌ترین شاخص برازش کامل الگو با داده‌ها χ^2 است، اما این شاخص دارای دو



شکل ۱. ضرایب مدل مربوط به نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک‌های دل بستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش

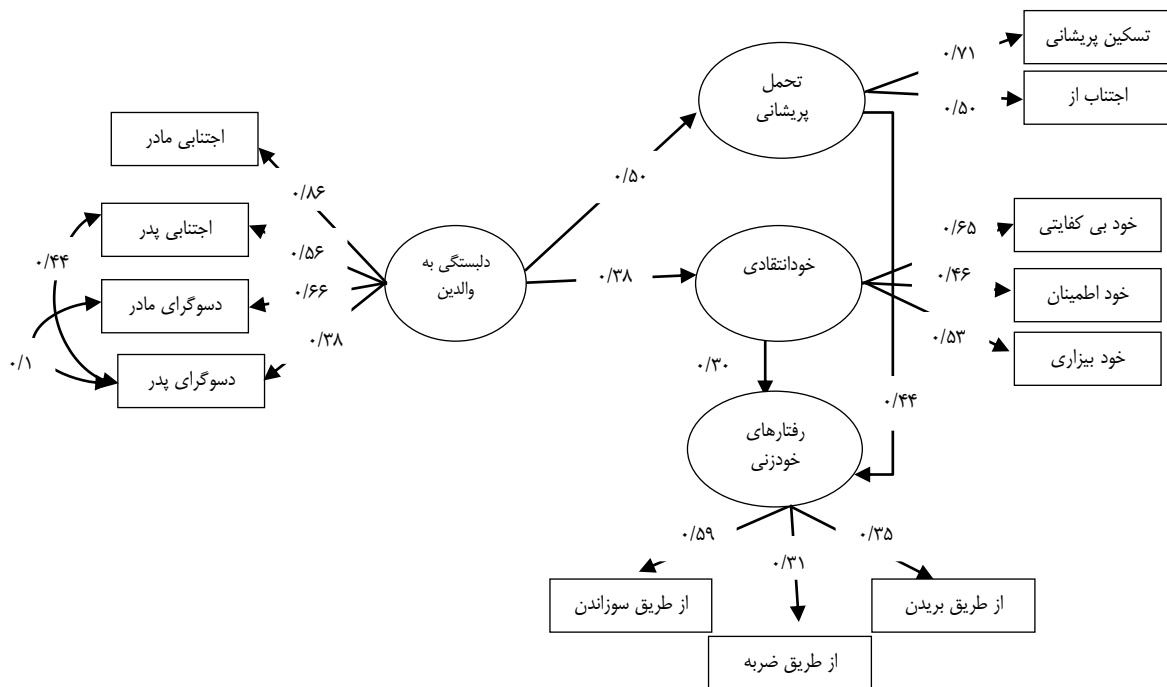
شاخص	χ^2 مجذور	df	GFI	CFI	NFI	IFI	NNFI	AGFI	RFI
برازش	۲۱۹/۵۸	۴۹	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۸۰	۰/۸۲	۰/۸۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که GFI، AGFI، CFI، NFI، IFI، NNFI، RFI و RMSEA به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۰ و ۰/۱۰۹ است. زمانی که میزان GFI، CFI و IFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و RMSEA

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که GFI، AGFI، CFI، NFI، IFI، NNFI، RFI و RMSEA به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۰ و ۰/۱۰۹ است. زمانی که میزان GFI، CFI و IFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و RMSEA

برازش یافته نزدیک تر می شود. بر اساس شاخص های برازش مدل اصلاح شده میزان GFI برابر با ۰/۹۴، AGFI برابر با ۰/۹۰، CFI برابر با ۰/۹۳، RFI برابر با ۰/۸۹، NFI برابر با ۰/۹۰، IFI برابر با ۰/۹۳ و RMSEA برابر با ۰/۰۷۱ و NNFI برابر با ۰/۹۰ بود که همگی حاکی از برازش مناسب مدل است (شکل ۲). یافته ها نشان داد که ۲۵ درصد از واریانس مشاهده شده در تحمل پریشانی و ۱۴ درصد از واریانس مشاهده شده در خود انتقادی از طریق دلبستگی به والدین تبیین می شود. همچنین ۳۴ درصد واریانس مشاهده شده در رفتارهای خودزنی از ترکیب متغیرهای دلبستگی به والدین، تحمل پریشانی و خود انتقادی قابل تبیین است.

کوچک تر از ۰/۰۸ باشد نشان دهنده برازش مناسب و کافی مدل است (۵۲). شاخص های موجود حاکی از عدم برازش مناسب (برازش تقریبی) مدل با داده ها است (جدول ۳). به علت مناسب نبودن برخی شاخص ها در آخرین مرحله اصلاح مدل بر اساس شاخص های اصلاح صورت گرفت. ضرایب مسیر مدل اصلاحی در شکل ۲ ارائه شده است. پس از حذف مسیر مستقیم دلبستگی به والدین به رفتارهای خودزنی به دلیل غیر معنی داری و با انتخاب شاخص های اصلاح مدل، LISREL پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای دلبستگی اجتنابی پدر و دوسوگرای مادر به دلبستگی دوسوگرای پدر پیشنهاد داد. این اصلاح به اندازه ۱۱۶/۸۵ از مقدار χ^2 می کاهد و در نتیجه به مدل



شکل ۲. ضرایب مدل اصلاح شده مربوط به نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک های دلبستگی و رفتارهای خودزنی غیر انتحاری

متغیرهای گوناگون در رابطه بین سبک های دلبستگی و خودزنی غیر انتحاری مورد بررسی قرار گرفته است (۲۶، ۲۵، ۴). در این راستا، برخی از محققان شروع به مطالعه نقش دلبستگی ناایمن در خودزنی غیر انتحاری نموده اند. برای مثال، بیتس (۵۹) معتقد است که نظریه دلبستگی فرضیه های مجزا و واضحی را در مورد

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش مبنی بر رابطه بین سبک های دلبستگی (به ویژه دلبستگی ناایمن) و خودزنی غیر انتحاری با یافته های سایر پژوهشگران (۵۸، ۵۷، ۵۶، ۵۵، ۵۴، ۴۵، ۲۵، ۲۰، ۴، ۱) همسو است. همچنین در پژوهش های معدودی نقش میانجی

یک رفتار مخرب به صورت یک راهبرد جبرانی ناسازگارانه و در عین حال مؤثر به منظور تنظیم هیجان‌ها در نظر گرفته می‌شود (۹)، به طوری که منجر به رهایی از پریشانی و آشفتگی حاصل از هیجان‌های منفی می‌شود (۷۲). به عبارت دیگر، نوجوانانی که ظرفیت کمتری برای تحمل پریشانی دارند و در نتیجه سطوح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند، ممکن است به منظور انطباق با پریشانی درگیر خودزنی غیر انتحاری شوند (۱۷). رابطه بین تحمل پریشانی و خودزنی غیر انتحاری بر اساس چند مدل، قابل تبیین است: (۱) بر اساس مدل کارکرد چهارگانه خودزنی غیر انتحاری به‌ویژه کارکرد تقویت منفی فرض می‌شود که برخی از افراد به‌عنوان یک راهبرد جبرانی ناسازگارانه جهت تنظیم هیجان‌های منفی و ناخواسته ناشی از تحمل پریشانی پایین و همچنین موقعیت‌های اضطراب برانگیز از خودزنی غیر انتحاری استفاده می‌نمایند (۱۸، ۲) بر اساس مدل اجتناب تجربه‌ای که یک چهارچوب نظری (۶۶) برای فهم عوامل دخیل در رفتارهای خود آسیب‌رسان فراهم می‌سازد و همچنین خودزنی غیر انتحاری را یک پاسخ اجتنابی در مواجهه با پریشانی و یا تجارب درونی منفی و غیر قابل تحمل می‌داند، تحمل پریشانی به‌عنوان مؤلفه اساسی و مرکزی در فرایندی که یک عامل استرس‌زا منجر به شکل‌گیری خودزنی غیر انتحاری می‌شود، در نظر گرفته می‌شود، (۳) مدل آبشار هیجانی اظهار می‌کند که افراد درگیر در خودزنی غیر انتحاری این‌گونه رفتارها را به منظور سازگاری با پریشانی و آشفتگی حاصل از تقابل بین عاطفه منفی و فرایند نشخوار فکری انجام می‌دهند (۷۳) و (۴) بر اساس فرضیه عمل‌گرایی مدل نظری یکپارچه خودزنی غیر انتحاری (۹)، از آنجاکه خودزنی غیر انتحاری یک راهبرد عملی، آسان، سریع و مؤثر به‌منظور تسکین و رهایی از پریشانی است، افراد با سطوح پایین تحمل پریشانی، ممکن است بیشتر در خودزنی غیر انتحاری درگیر شوند.

این پژوهش همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است که در نتیجه‌گیری نهایی و تفسیر نتایج می‌بایست آن‌ها را در نظر گرفت. بارزترین محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: (۱) این پژوهش در مورد گروهی از نوجوانان شاغل به تحصیل در مدارس متوسطه اول و دوم شهر کاشمر و در دامنه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال انجام شده است؛ از این‌رو

خودزنی غیر انتحاری فراهم می‌نماید: مطابق فرضیه اول، دل‌بستگی نایمن می‌تواند زمینه‌درگیری در خودزنی غیر انتحاری را طی مراحل رشد بعدی فراهم سازد؛ به خاطر اینکه کودک انتظارات منفی در مورد خود و دیگران را می‌پذیرد و در مقابل از حمایت اجتماعی به‌ویژه بعد از وقوع آسیب و یا رخداد‌های استرس‌زا محروم می‌ماند. مطابق فرضیه دوم، سبک دل‌بستگی نایمن می‌تواند مکانیسمی باشد که از طریق آن آسیب‌های تجربه‌شده در رابطه با مراقبت‌کننده به‌صورت آسیب‌پذیری انطباقی مانند تجزیه و اشتغال به خودزنی غیر انتحاری، آشکار می‌شود.

تنها در یک پژوهش بر نقش تعدیل‌کننده خود انتقادی در رابطه بین برخی از اشکال دل‌بستگی نایمن و خودزنی غیر انتحاری تمرکز شده است (۲۰). یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهشگران (۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۳۵، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴) مبنی بر نقش خود انتقادی به‌عنوان یک عامل مرتبط با خودزنی غیر انتحاری همسو است. برای نمونه، مدل نظری یکپارچه ناک در زمینه سبب‌شناسی خودزنی غیر انتحاری، شناخت‌های بیزاری آور (نظیر افکار خود انتقادی) را به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری نزدیک درون فردی برای خودزنی غیر انتحاری و دیگر رفتارهای ناسازگارانه معرفی می‌نماید (۹). همچنین بر اساس مدل خود تنبیهی، خود آسیب‌رسانی در رابطه بین خود انتقادی و خودزنی غیر انتحاری قابل توجه است. در تبیین نتایج حاصل از مطالعه حاضر بر اساس این مدل، احتمالاً نوجوانان به دلیل تنفر و احساس ناخوشایندی که از خود دارند، خود را شایسته آسیب می‌بینند و انتقاد از خود در جهت تأیید خویشتن آسیب‌دیده است (۶۵).

در زمینه نقش میانجی تحمل پریشانی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و خودزنی غیر انتحاری تاکنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش همسو با یافته‌های قبلی (۶۶، ۶۷، ۶۸، ۷۰، ۶۹، ۴۲، ۱۳، ۱۸، ۱، ۴۳) از رابطه بین تحمل پریشانی و خودزنی غیر انتحاری حمایت می‌کند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد دارای تحمل پریشانی پایین در کوششی نادرست برای مقابله با هیجان‌های منفی خود و در نتیجه تسکین درد هیجانی، دچار بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (۷۱). خودزنی غیر انتحاری به‌عنوان

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده نقش میانجی خود انتقادی و تحمل پریشانی در رابطه بین سبک دلبستگی با رفتارهای خودزنی غیر انتحاری است؛ بنابراین در نظر گرفتن نقش این متغیرهای میانجی توسط متخصصان، درمانگران و برنامه ریزان به هنگام کار با نوجوانان دانش‌آموز و به‌طور خاص در مراکز مشاوره‌ای و درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

از کلیه مسئولان محترم آموزش و پرورش شهر کاشمر و همچنین تمامی دانش آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است؛ از این رو از زحمات کلیه مسئولان محترم دانشگاه و به‌طور خاص معاونت پژوهشی سپاسگزاریم.

باید در تعمیم نتایج به سایر جوامع و همچنین مقاطع تحصیلی احتیاط کرد. داده‌های این پژوهش به‌صورت خود گزارشی جمع‌آوری گردید؛ بنابراین احتمال سوگیری مطلوبیت اجتماعی در آن‌ها وجود دارد. پژوهش‌های آتی به‌منظور افزایش روایی و کاهش احتمال سوگیری پاسخ می‌توانند از روش‌های ارزیابی چندگانه، نظیر مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده کنند. یافته‌های این پژوهش کاربردهایی در زمینه ارزیابی و درمان مشکلات نوجوانان دارد: (۱) در حوزه شناسایی، ارزیابی و تشخیص از عوامل خطری که در این پژوهش شناسایی شدند می‌توان برای شناسایی بهتر ویژگی‌های نوجوانان درگیر در خودزنی غیر انتحاری استفاده نمود، (۲) از آنجایی که رفتارهای خود آسیب‌رسان ماهیت تکرارشونده و عاداتی دارند؛ بنابراین برای پیشگیری از این رفتارها می‌توان مهارت‌های کنترل و تحمل پریشانی و نیز تقویت حس خودکارآمدی را پرورش داد. البته روش‌های درمانی که تاکنون برای این دسته از نوجوانان استفاده شده است، مانند رفتاردرمانی دیالکتیک دربردارنده این مهارت‌ها است.

References

1. Hornor G. Nonsuicidal self-injury. *Journal of Pediatric Health Care*. 2016; 30(3):261-7.
2. Tang J, Yang W, Ahmed NI, Ma Y, Liu HY, Wang JJ, Wang PX, Du YK, Yu YZ.. Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in Southern Chinese adolescence: A cross-sectional study. *Medicine*. 2016; 95(9): e2637.
3. Nock MK. *The oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press; 2014.
4. Hall SJ. *Self-injury as experiential avoidance*. PhD dissertation: University of Alberta; 2013.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602.
6. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical Literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015; 9:31
7. Kuentzel JG, Arble E, Boutros N, Chugani D, Barnett D. Nonsuicidal self-injury in an ethnically diverse college sample. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012; 82(3):291-7.
8. Swenson LP, Spirito A, Kittler J, Hunt J. Psychiatric correlates of nonsuicidal cutting behaviors in an adolescent inpatient sample. *Child Psychiatry & Human Development*. 2008; 39(4):427-38.
9. Nock MK. Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010; 6(1):339-63.
10. Heilbron N, Prinstein MJ. Adolescent peer victimization, peer status, suicidal ideation and nonsuicidal self-injury. *Merrill Palmer Quarterly*. 2010; 56(3):388-419.
11. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002; 31(1):67-77.

12. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(3):273-303.
13. Paul E, Tsypes A, Eidlitz L, Ernhout C, Whitlock J. Frequency and functions of nonsuicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*. 2015; 225(3):276-82.
14. Peyvasteh Gar M. The rate of deliberate self-harming in girls students and relationship with loneliness & Attachment styles. *Quarterly Journal of Psychological*. 2013; 9(3):29-51. [In Persian].
15. Law Gu, Rostill-Brooks H, Goodman D. Public stigma in health and non-health care students: attributions, emotions and willingness to help with adolescents self-harm. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(1):107-18.
16. Valencia-Agudoa F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *Journal of Adolescence*. 2018; 65(1):25-38.
17. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C, Wiersema JR, Griffith JW. Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between, NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*. 2014; 37(6):817-26.
18. Martin ML. Anxiety, uncertainty, distress tolerance, and eating disorder symptoms as related to non-suicidal self-injury in young adults. Honors College Capstone Experience/Thesis Projects. Paper 593; 2015.
19. Besharat MA. Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 475-79.
20. Fedewa AS. Identifying and understanding nonsuicidal self-injury among college students. PhD Dissertations, Wayne State University; 2014.
21. Mashhadi A, Mohammadi M. Comparison of attachment styles in normal and delinquent adolescents. *Journal of Educational and Psychological Researches*. 2009; 10(3):127-40. [In Persian].
22. Khanjani Z, Hosseini Nasab SD, Kazemi A, Amir Panah A. Attachment styles and personality disorders: An analysis of the role of insecure attachment on C and B cluster personality disorders. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2012; 7(2): 97-119. [In Persian].
23. Kamijani M. Comparison of attachment style in normal adolescents and educable adolescent with intellectual disabilities. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2009; 41:69-91. [In Persian].
24. Bakhshipour Rodsari A, Mansouri A. Comparison of positive, negative and disorganized schizotypy characteristics in secure, avoidance and anxiety attachment student in Tabriz University. *Journal of Research in Behavioral Sciences*; 2011; 9(1):24-32. [In Persian].
25. Tatnell R, Hasking P, Newman L. Multiple mediation modeling exploring relationships between specific aspects of attachment, emotion regulation, and non-suicidal self-injury. *Australian Journal of Psychology*. 2018; 70(1):48-56.
26. Kimball JS, Diddams M. Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling*. 2007; 10(1):44-53.
27. Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*. 2004; 12(4):507-16.
28. Rajabi GR, Abbasi G. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety, and fear of failure with timidity in students. *Clinical Psychology and Counseling Studies*. 2011; 1(2):171-82. [In Persian].

29. Meliani M, Allahyari AA, Azad Fallah P, Fathi Ashtiani A, Tavoli A. Comparing the effectiveness of mindfulness therapy based on cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on residual symptoms of persons with recurrent major depression. *Journal of Psychology*. 2013; 18(4):393-407. [In Persian].
30. Rezaei AM, Jahan F. Predicting depression based on components of perfectionism: The mediating role of self-criticism. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(19):1-17. [In Persian].
31. Itzhaky L, Shahar G, Stein D, Fennig S. In eating-disordered inpatient adolescents, self-criticism predicts nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015; 46(4):385-97.
32. You J, Lin MP. Predicting suicide attempts by time varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015; 83(3):24-33.
33. Burke TA, Stange JP, Hamilton JL, Cohen JN, O'Garro-Moore J, Daryanani I, Abramson LY, Alloy LB. Cognitive and emotion regulatory mediators of the relationship between behavioral approach system sensitivity and nonsuicidal self-injury frequency. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2015; 45(4):495-504.
34. Zelkowitz RL David A, Cole A. Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: Systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2018; 49(1):310-27.
35. Hooley JM, ST. Germain SA. Nonsuicidal self-injury, pain, and self criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, 2014; 2(3):297-305.
36. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 20(9):83-102.
37. O' Cleirigh C, Ironson G, Smits JAJ. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV. *Behavior Therapy*. 2007; 38(3):314-23.
38. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*. 2010; 136(4):576-600.
39. Ismaili Nasab M, Andami Khoshk A, Azarmy H, Samar Rokhi A. The predictive role of emotion dysregulation and distress tolerance in students' addiction. *Journal of Research on Addiction and Drug Abuse*. 8(29):49-63. [In Persian].
40. McHugh RK, Kertz SJ, Weiss RB, Baskin-Sommers AR, Hearon BA, Björgvinsson T. Changes in distress intolerance and treatment outcome in a partial hospital setting. *Behavior Therapy*. 2014; 45(2):232-40.
41. Gaher R, Hofman N, Simons JF, Hunsaker R. Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2013; 37(3):466-75.
42. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*. 2014; 2(5):638-56.
43. Lin MP, You J, Wu YW, Jiang Y. Depression mediates the relationship between distress tolerance and nonsuicidal self-injury among adolescents: One-year follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018; 48(5):589-600.
44. Kang N, Jiang Y, Ren Y, Gong T, Liu X, Leung F, You J. Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: A three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2018; 47(10):2220-30.
45. Fung SC. A case-control study of attachment style in deliberate self harm patients: A systemic perspective. PhD. Dissertation, University of Hong Kong; 2008.

46. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006. [In Persian].
47. Shahabi Zadeh F, Mazahery MA. Childhood perceived attachment, family function, and religious coping. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*. 2012; 18(31):221-34. [In Persian].
48. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 23(4):253-63.
49. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004; 43(Pt 1):31-50.
50. Kupeli N, Chilcot J, Schmidt UH, Campbell IC, Troop NA. A confirmatory factor analysis and validation of the forms of self-criticism/ self-reassurance scale. *British Journal of Clinical Psychology*. 2012; 52(1):12-25.
51. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. The relationship between distress tolerance and emotion regulation with students' dependence on cigarette. *Hakim Research Journal*. 2010; 11(1):13-18. [In Persian].
52. Hooman HA. Structural equation modeling using LISREL software. Tehran: SAMT; 2005. [In Persian].
53. Weston R, Gore PA. A brief guide to structural equation modeling. *The Counseling Psychologist*. 2006; 34(5):719-51.
54. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002; 72(1):128-40.
55. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003; 10(2):192-205.
56. Yates TM, Carlson EA, Egeland B. A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*. 2008; 20(2):651-71.
57. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2009; 31(3):215-19.
58. Fujimori A, Wada Y, Yamashita T, Choi H, Nishizawa S, Yamamoto H, Fukui K. Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 65(3):272-9.
59. Yates T. The developmental psychopathology of self injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24(1):35-74.
60. Hoff ER, Muehlenkamp JJ. Nonsuicidal self-injury in college students: The role of perfectionism and rumination. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2009; 39(6):576-87.
61. 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. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010; 49(Pt 4):563-76.
62. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders*. 2010; 1(3):170-9.
63. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*. 2011; 186(1):65-70.
64. Flett GL, Goldstein AL, Hewitt PL, Wekerle C. Predictors of deliberate self-harm behavior among emerging adolescents: An initial test of a self-punitiveness model. *Current Psychology*. 2012; 31(1):49-64.
65. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. 1998; 18(5):531-54.

66. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(3):371-94.
67. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(1):28-38.
68. Kerr PL, Muehlenkamp JJ. Features of psychopathology in self-injuring female college students. *Journal of Mental Health Counseling*. 2010. 32(4):290-308.
69. Anestis MD, Knorr AC, Tull MT, Lavender JM, Gratz KL. The importance of high distress tolerance in the relationship between nonsuicidal self-injury and suicide potential. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013a; 43 (6):663-75.
70. Anestis MD, Pennings SM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of nonsuicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*. 2013b; 54(7):996-1002.
71. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010; 41(4):567-74.
72. Ford JD, Gomez JM. The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2016; 16(3):232-71.
73. Selby A, Franklin J, Carson-Wong A, Rizvi SL. Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 69(12):1213-27.

The Mediating Role of Self-Criticism and Distress Tolerance in Relationship between Attachment Styles and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Adolescents

Maryam Ghaderi¹, Qasem Ahi², Shahram Vaziri³, Ahmad Mansouri⁴, Fatemeh Shahabizadeh⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: Based on the theories of etiology of self-injury behaviors, several psychological and social multivariate models have been investigated to predict self-injury behaviors in adolescents. This study aimed to investigate the mediating role of self-criticism and distress tolerance in relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors in adolescents.

Methods and Materials: This study was a descriptive-correlational study with structural equation modeling approach. The statistical population consisted of all high school students in Kashmar city in the years 2018-2019. Initially, a sample of 700 students was selected among all high school students were selected by multistage cluster sampling, but the final analysis was performed on 292 students who reported at least one experience of non-suicidal self-injury behaviors. Data were collected using Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), Childhood Attachment to Each Parent Scale (CAEPS), Distress Tolerance Scale (DES) and Forms of-Self-Criticism/Attacking & Self-Reassuring (FSCRS) and were analyzed in SPSS and LISREL software by using structural equation modeling.

Findings: The results showed that the relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors mediated by self-criticism and distress tolerance. The amount of fit indices of GFI, CFI, NFI, IFI, NNFI, AGFI, RFI and RMSEA were equal to 0.94, 0.93, 0.90, 0.93, 0.90, 0.90, 0.89 and 0.071, respectively. The results indicate that the proposed model fits the data well. The findings of the study showed that 34% of the observed variance in non-suicidal self-injury behaviors can be explained through a combination of parent attachment, self-criticism and distress tolerance.

Conclusions: The findings of this study confirmed the mediating role of self-criticism and distress tolerance in the relationship between attachment styles and non-suicidal self-injury behaviors. Thus, it seems necessary for experts, therapists and planners when working with adolescents and specifically in counseling and treatment centers to consider the role of these mediating variables.

Keywords: Attachment style, Distress tolerance, Non-suicidal self-injury behaviors, Self-criticism.

Citation: Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri Sh, Mansouri A, Shahabizadeh F. **The Mediating Role of Self-Criticism and Distress Tolerance in Relationship between Attachment Styles and Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Adolescents.** J Res Behav Sci 2020; 17(4): 537-552.

1- PhD Student in Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran .

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabour Branch, Islamic Azad University, Neyshabour, Iran .

5- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Qasem Ahi, Email: ahigh1356@yahoo.com