

شیوع رفتار خودآسیبی عمدی و رابطه آن با احساس تنهایی و سبک دل بستگی در دانش‌آموزان دختر

مهرانگیز پیوسته گر*

چکیده

رفتار خودآسیبی یکی از رفتارهای شایع به‌خصوص در دختران نوجوان است. پژوهش حاضر شیوع رفتارهای خودآسیبی و رابطه آن را با احساس تنهایی و سبک دل بستگی دانش‌آموزان دختر پایه دوم و سوم متوسطه شهر تهران بررسی کرده است. آزمودنی‌ها ۳۵۰ دختر دانش‌آموز بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل سبک دل بستگی (کولینز و رید، ۱۹۹۰)، پرسشنامه خودآسیبی عمدی (کراتز، ۲۰۰۱) و پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۸) بودند. پژوهش حاضر از نوع زمینه‌یابی و همبستگی بوده و در تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی آنالیز رگرسیون لجستیک و کای دو استفاده شد. نتایج نشان داد که ۱۷/۹ درصد دختران دانش‌آموز مورد بررسی در سال گذشته حداقل یک‌بار و ۱۱/۱ درصد آن‌ها بیش از یک‌بار اقدام به رفتارهای خودآسیبی کرده‌اند. همچنین، سبک دل بستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز همبستگی مثبت معناداری داشت. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک به شیوه گام به گام نشان داد که سبک دل بستگی ایمن و احساس تنهایی بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی دانش‌آموزان دارد. نتایج این پژوهش در طرح‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از رفتارهای عمدی خودآسیبی نوجوانان اهمیت ویژه‌ای داشته و در ارتقاء مداخلات درمانی به روان‌شناسان و مشاوران یاری می‌رساند.

کلید واژه‌ها

سبک دل بستگی؛ احساس تنهایی؛ دانش‌آموزان دختر؛ رفتارهای خودآسیبی

*استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء(س) mpaivastegar@alzahra.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۰

مقدمه

بهداشت روانی دانش‌آموزان در سال‌های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است (کلتیر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). نوجوانی مرحله‌ای انتقالی در زندگی محسوب می‌شود. این دوره با تغییرات روان‌شناختی و جسمانی و افزایش تمرکز بر بدن همراه است. در این دوره نوع جدیدی از خود محوری ایجاد شده و آن‌ها تصور می‌کنند ظاهر و رفتارشان مرکز توجه دیگران است (مک‌آنیف زیلا و کیسلیکا^۲، ۲۰۰۱). همچنین در بعضی فرهنگ‌ها در نتیجه پیغام‌های منفی اطرافیان، دختران تشویق می‌شوند که به ظاهر خود توجه کنند (فاوازا^۳، ۱۹۹۸). این تصور که آن‌ها کانون توجه دیگران هستند، فشار عاطفی زیادی به نوجوان وارد می‌کند که در نتیجه آن برای حفاظت «خود» شکننده خود از ساز و کارهای فراوانی استفاده می‌کنند. یکی از این ساز و کارها رفتارهایی نظیر جراحی‌های زیبایی، سوراخ کردن قسمت‌های مختلف بدن (سوراخ کردن^۴ قسمت‌های خارجی گوش، بینی، شکم و...) و تاتو^۵ است (فاوازا، ۱۹۹۸).

به دلیل شیوع فراوان چنین رفتارهایی از سال ۱۹۹۰ تاکنون توجه متخصصان بر رفتارهای خود آسیبی^۶ در نوجوانان معطوف شده است. در مقایسه با سایر افراد جامعه، رفتارهای خود آسیبی در دختران شیوع بیشتری دارد (هاوتون^۷ و همکاران، ۱۹۹۵). البته، بسیاری از محققان بر تداوم این رفتارها در سال‌های بعدی زندگی تأکید کرده (پی‌ویو و مککو لو^۸، ۲۰۰۴) و اظهار داشته‌اند که رفتارهای خود آسیبی از سن ۶-۷ سالگی مشاهده می‌شود، اما بیش‌ترین میزان خود آسیبی در سنین ۱۶-۲۵ (۶۰ درصد) دیده شده است و میزان این رفتارها به تدریج با افزایش سن کاهش نشان می‌دهد (مولنکامپ^۹، ۲۰۰۶).

رفتارهای خود آسیبی تحت عنوان تخریب عمدی یا تغییر یافت‌های بدن بدون قصد آشکار

-
1. Cloutier
 2. MacAniffZila &Kiselica
 3. Favazza
 4. piercing
 5. tattoo
 6. deliberate self – harm
 7. Hawton
 8. Paivio &McCulloch
 9. Muehlenkamp

خودکشی تعریف شده است (فاوازا، ۱۹۹۸). رفتارهای خودآسیبی به میزان زیادی در همه فرهنگ‌ها یافت می‌شود و از شایع‌ترین مشکلات در میان نوجوانان است (جاکوبسون و گولد^۱، ۲۰۰۷). بسیاری از محققان بر تداوم این رفتارها در سال‌های بعدی زندگی تاکید کرده‌اند (پی ویو و مککولو، ۲۰۰۴). رفتارهای خودآسیبی پدیده تازه‌ای نبوده و از سال ۱۸۸۰ مورد توجه محققان قرار گرفته است (فاوازا، ۱۹۹۸). میننجر (نقل از مدج^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) نخستین کسی بود که رفتارهای خودآسیبی را از رفتارهای منتهی به خودکشی متمایز کرد. اگر چه خودکشی حد نهایی رفتار خودآسیب‌رسان است، اما اصطلاح رفتارهای خودآسیب‌رسان برای رفتارهای غیرکشنده به کار گرفته می‌شود (جنیفر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). البته، بسیاری از محققان، سایر رفتارهایی که در طولانی مدت و به‌طور غیر مستقیم نیز باعث آسیب به خود می‌شوند، نظیر سوء مصرف دارو^۴، مصرف فراوان الکل و رژیم‌های غذایی سخت را از جمله رفتارهای خود آسیب‌رسان ذکر کرده‌اند (دلو و هولر^۵، ۲۰۰۴).

رفتارهای خودآسیبی به شکل‌های متفاوتی ظاهر می‌شوند. فاوازا (۱۹۹۸) رفتارهای خودآسیبی را به سه دسته تقسیم کرده است: ۱- رفتارهای خودآسیبی شدید^۶، که در بیماران روانی مشاهده می‌شوند، و در نتیجه آن فرد آسیبی جدی به بافت‌های بدن خودش وارد می‌کند، نظیر قطع عضوی از بدن؛ ۲- رفتارهای خودآسیبی کلیشه‌ای^۷ (غیر ارادی)، که در عقب ماندگان ذهنی، اتیسم و یاسندروم توره^۸ مشاهده می‌شود. در چنین حالتی فرد بی‌اراده و به‌صورت تکراری اقدام به زدن خود می‌کند (نظیر محکم زدن سر به دیوار)؛ ۳- رفتارهای خودآسیبی سطحی^۹ که شایع‌ترین نوع است و تحت تأثیر مد یا عوامل دیگر انجام می‌شود: نظیر خراشیدن و بریدن پوست، کندن زخم، جویدن ناخن، جراحی‌های زیبایی و حکاکی

-
1. Jacobson & Gould.
 2. Madge
 3. Jennifer
 4. substance abuse
 5. Deleo & Holler
 6. Major self. mutilation
 7. Stereotypic self. mutilation
 8. Tourette's syndrome
 9. Superficial self. mutilation

پوست. تمرکز پژوهش حاضر بیش تر به دسته اخیر رفتارهای خودآسیبی به‌خصوص در دختران دانش‌آموز معطوف شده است.

آمار دقیقی درباره شیوع این رفتارها در فرهنگ‌های مختلف در دست نیست. بعضی از اشکال رفتارهای خودآسیبی در برخی فرهنگ‌ها پذیرفته شده است؛ مثل، خالکوبی یا آویزان کردن اشیاء به بدن. در حالی که بسیاری از رفتارهای دیگر نظیر رژیم‌های سخت غذایی، سوزاندن پوست با مواد شیمیایی (برنزه)، تاتو، کیود کردن و مصرف بیش از حد دارو و الکل آسیب‌زا^۱ شناخته شده‌اند (اسپریتو^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع این اختلال در جمعیت نوجوان ایرانی بررسی نشده است، اما بر اساس اخبار برخی روزنامه‌ها^۳ یکی از دلایل عمده ارجاع دختران نوجوان ایرانی به بیمارستان‌ها مسمومیت با قرص‌های برنج بوده است. نوری و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی درباره بررسی میزان خودزنی و خودکشی در نمونه‌ای از سربازان ایرانی اظهار کرده‌اند، میزان خودزنی و خودکشی در ایران از بیش تر کشورهای دنیا، به‌ویژه جوامع غربی، کم‌تر، اما در مقایسه با بیش تر کشورهای خاورمیانه بالاتر است. لای-گیند و سچانت-ریچل^۴ (۲۰۰۵) در پژوهشی گسترده در میان نوجوانان ۱۷-۱۴ ساله سوئدی گزارش کرده‌اند، که ۶۵/۹ درصد نوجوانان در آن کشور حداقل یکبار و ۱۳/۹ درصد از نوجوانان بیش از یکبار اقدام به رفتارهای خودآسیبی عمدی کرده‌اند. گراتز^۵ (۲۰۰۶) شیوع رفتارهای خودآسیبی را در دانشجویان بین ۱۲ - ۳۸ درصد تخمین زده و میزان آن را در نوجوانان بیش تر تخمین زده و اعلام کرده است، ۷۳٪-۶۵٪ نوجوانان بیش از یکبار در سال و ۲۵٪-۱۷٪ آن‌ها بیش از ده بار در سال اقدام به رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. گراتز و رومر^۶ (۲۰۰۸) شیوع رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان کانادا را ۴۸٪-۱۲٪ اعلام کرده‌اند. شیوع رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان بستری در بیمارستان‌های روانی از این میزان هم بیش تر است. در یکی از پژوهش‌ها شیوع رفتارهای خودآسیبی در بیماران بستری شده ۴۰ درصد گزارش شده

1. pathological
2. Spirito

۳. پایگاه اطلاع‌رسانی پزشکی شفا ۸۵

4. Laye. Gindhu & Schonert. Richl
5. Gratez
6. Roemer

است (کلتیر و همکاران، ۲۰۱۰). بعضی پژوهش‌ها شیوع رفتارهای خودآسیبی را در زنان بیش‌تر گزارش کرده‌اند. به‌عنوان مثال، چمپمن و دیکسون^۱ (۲۰۰۷)، شیوع آن را در دختران ۱۹،۷ درصد و در پسران ۵،۹ درصد تخمین زده‌اند، اما مطالعات دیگر شیوع رفتارهای خودآسیبی را در هر دو جنس برابر اعلام کرده‌اند (لای-گیند و سچانت-ریچل، ۲۰۰۵). شیوع رفتارهای خودآسیبی در جوانان از ۱۴ درصد (فاوازا، ۱۹۹۸)، تا ۳۸ درصد (گراتز و رومر، ۲۰۰۸)، و در جوانان بستری شده در یک بیمارستان روانی ۶۱ درصد (پاول^۲ و همکاران، ۲۰۰۲) گزارش شده است. فاوازا (۱۹۹۸)، بعد از اجرای پژوهشی طولی به مدت ۱۵ سال اظهار کرد که رفتارهای خودآسیبی بیش‌ترین دلیل ارجاع به اورژانس بیمارستان‌ها بوده است. ارجاعات از طرف مدارس، بیمارستان‌های روان‌پزشکی و زندان‌ها انجام شده است. گری^۳ و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی اظهار کردند که ۵۲ درصد از نوجوانان مورد مطالعه آن‌ها حداقل یک‌بار اقدام به رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. اسپریتو و همکاران (۲۰۰۸) معتقد هستند که نوجوانان هنگام بحران‌ها و احساس پریشانی به کمک چنین رفتارهایی ناخشنودی خود را به‌طور موقت مدیریت می‌کنند. فاوازا رفتارهای خودآسیبی را نوعی فعالیت خود - یاری^۴ می‌داند. زیرا این رفتارها به فرد کمک می‌کنند بر نوسان‌های عاطفی خود غلبه کرده و به‌طور موقت آرامش خود را به‌دست آورند (فاوازا، ۱۹۹۸). برخی از نوجوانان هنگام مواجه شدن با هیجانات ناراحت‌کننده به رفتارهای خودآسیب‌رسان نظیر، قلیان کشیدن، کندن مو، بریدن پوست، سوزاندن و زدن خود و... اقدام می‌کنند (لای-گیند و سچانت-ریچل، ۲۰۰۵).

نوجوانان به اقتضای سن خود به مواجهه با فشارهای زیادی مجبور هستند. فشارهای تحصیلی، خانوادگی رابطه با همسالان و... در حالی که بسیاری از نوجوانان این دوره را بدون هیچ مشکلی طی می‌کنند، برخی از آن‌ها با مشکلاتی مواجه هستند. این موضوع که چرا برخی از نوجوانان برای کنترل هیجانات و نوسانات عاطفی خود دست به رفتارهای خودآسیبی می‌زنند، هنوز دقیقاً مشخص نشده است. درباره توصیف رفتارهای خودآسیبی دو تبیین

1. Chapman & Dixon. Gordon
2. Paul
3. Gray
4. self. help

روان‌شناسی و روان‌پزشکی وجود دارد. به عقیده روان‌پزشکان رفتارهای خودآسیبی یکی از علائمی است که همراه اختلالاتی نظیر اختلال شخصیت مرزی^۱، اختلالات خلقی^۲، اختلالات خوردن^۳، اختلال وسواس - جبری^۴، اختلال استرس پس از ضربه^۵ و اختلالات اضطرابی^۶ و هیستریونیک^۷ ظاهر می‌شود (ریگز^۸، ۲۰۱۰). به عقیده آن‌ها، بیش‌ترین کسانی که دست به رفتار خود آسیمی می‌زنند زنان با اختلال شخصیت مرزی یا اختلال شخصیت هیستریونیک^۹ هستند (سلکمن^{۱۰}، ۲۰۰۹). چنین افرادی در روابط بین فردی خود با دیگران نیز دچار مشکلاتی هستند. همچنین بعضی از اسکیزوفرن‌ها به دلیل هذیان‌ات بیمارگونه خود به رفتارهای خودآسیبی بسیار شدید اقدام می‌کنند (اکانر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۹).

در مقابل دیدگاه‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسان بر احساسات و افکاری تأکید می‌کنند که به رفتار خود آسیمی منجر می‌شود. به‌عنوان مثال، گراتز و رومر (۲۰۰۸) بر این عقیده هستند که رفتارهای خودآسیبی، پدیده‌ای مستقل هستند و نباید به آن‌ها به‌عنوان علامتی از یک اختلال توجه شود، زیرا درمان دارویی اختلالات، رفتارهای خود آسیمی در بیماران را از بین نبرده است. فاوازا (۱۹۹۸) رفتارهای خودآسیبی را پرخاشگری معطوف شده به طرف خود دانسته، و معتقد است، این رفتارها را نباید صرفاً به‌عنوان علامتی همراه یک بیماری در نظر گرفت.

به عقیده روان‌شناسان بهترین پیشگوی رفتارهای خودآسیبی در آینده تجربه غفلت عاطفی در دوران کودکی و محیط خانوادگی ناآرام است (کسینگ^{۱۲}، ۲۰۰۸). نبودن مراقب مناسب و ارضاء نشدن نیازها باعث تنش عاطفی در دوران کودکی می‌شود. کودک به‌عنوان اعتراض بسیار خشمگین شده و چون نمی‌تواند به‌طریق دیگری خشم و عصبانیت خود را ابراز کند، یا

-
1. borderline personality disorder
 2. Mood Disorders
 3. Eating Disorders
 4. Obsessive. Compulsive Disorder
 5. Post. Traumatic Stress Disorder
 6. Anxiety and/or Panic Disorder
 7. histrionic
 8. Riggs
 9. histrionic personality disorder
 10. Selekman
 11. O'Connor
 12. Kesking

از کسی کمک بگیرد، به رفتار خودآسیبی اقدام می‌کند (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۹) کودک آشفته با اقدام به خودآسیبی (سر کوبیدن به دیوار، مو کندن و...) آرامش می‌یابد (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۹). بدین ترتیب خودآسیبی علامتی از تنش درونی است که یک پیغام عمومی و یک پیغام خصوصی دارد (پاول و همکاران، ۲۰۰۲).

بسیاری از افراد در دوره نوجوانی به دلیل رابطه مناسب عاطفی با والدین خود به سادگی با تنش‌ها مقابله می‌کنند. رابطه عاطفی مناسب با والدین باعث می‌شود نوجوان یاد بگیرد، چگونه با احساسات شدید خود مقابله کند و تنش‌های عاطفی خود را کاهش دهد، اما در خانواده‌هایی که ارتباط عاطفی میان والدین و نوجوان کاهش یافته یا به هر دلیلی، یک یا هر دو والد از لحاظ احساسی و جسمی وجود ندارند. هر زمانی فرد عواطف منفی را تجربه کند، به خود آسیبی اقدام می‌کند. بسیاری از کسانی که به خود آسیبی اقدام می‌کنند، معتقد هستند، این عمل تنش‌های عاطفی آن‌ها را کاهش می‌دهد (بریل^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). رفتارهای خودآسیبی راهی برای کنترل احساسات شدید است. احساساتی که افراد نمی‌توانند به زبان بیاورند و بیان کنند (پیترسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

نظریه پردازان دلبستگی نیز آسیب‌شناسی روانی کودک و بزرگسال را نشأت گرفته از روابط نامناسب میان کودکان و مراقبان آن‌ها دانسته و سبک دلبستگی را از مهم‌ترین عوامل در بروز رفتارهای مشکل‌دار می‌دانند (بالبی^۳، ۱۹۸۰). پژوهش‌های متعدد تأکید کرده‌اند که سبک دلبستگی ایمن در مقابل آشفتگی‌های عاطفی همانند یک تکیه‌گاه عمل می‌کند. زیمرمن و بکرسول (۲۰۰۲) طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که والدین تأیید کننده و پاسخ دهنده فرزندان متکی به خود تربیت کرده که از احساس ایمنی بهره‌مند هستند و احساس ایمنی از عمده‌ترین پیش‌بین کننده‌های منفی رفتارهای خودآسیبی است. کرایتندن^۴ (۲۰۰۰) در یک بررسی نشان داده است، که احساس ایمنی از عوامل مهم در سلامت روانی و پیش‌نیاز رشد عاطفی سالم در دوره نوجوانی است. عدم تشکیل چنین احساسی زمینه‌ساز آسیب‌های روانی بوده و موجب کاهش آسیب‌پذیری نوجوان در مقابل فشارهای زندگی می‌شود. انجمن

1. Borrill
2. Peterson
3. Bowlby
4. Crittendon

روان‌پزشکان امریکایی^۱ نیز اظهار کرده‌اند، رفتارهای خودآسیبی در کسانی ظاهر می‌شود که در دوران کودکی در تشکیل سبک دلبستگی ایمن با مشکلاتی مواجه بوده‌اند. بردیوزونیداواجی^۲ و همکاران(۲۰۱۰)، در پژوهشی اظهار کرده‌اند، ۲۱ درصد جوانانی که در دوران کودکی مورد بی‌توجهی والدین قرار گرفته‌اند رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. بدین ترتیب سبک دلبستگی ناایمن^۳ یکی از عوامل مؤثر در بروز رفتارهای خودآسیبی معرفی شده است. افراد با سبک دلبستگی اضطرابی، به دلیل احساس فقدان ایمنی و داشتن تصور منفی از خود، نگران از دست دادن توجه و محبت دیگران هستند. آن‌ها برای جلب تأیید دیگران از روش‌های مختلفی از جمله رفتارهای آسیب‌زننده و جراحی‌های غیرضروری استفاده می‌کنند(دیویس و ورنون^۴، ۲۰۰۲). بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد که سبک دلبستگی اجتنابی یکی دیگر از متغیرهای مهم است که به رفتارهای خودآسیبی منجر می‌شود. نوجوانان با سبک دلبستگی اجتنابی خود را بی‌کفایت و ناچیز ادراک کرده و پیش‌بینی می‌کنند دیگران آن‌ها را طرد خواهند کرد. به همین دلیل احساس تنهایی^۵ و بی‌کسی می‌کنند(پونیزوسکی^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). احساس تنهایی با بروز مشکلات روانی و فیزیولوژیکی به خصوص رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان رابطه دارد(تومی^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). بدین ترتیب سبک دلبستگی او از جمله متغیرهایی است که احساس تنهایی را در روند رشد فرد، تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساس تنهایی با تنها بودن(فیزیکی) مترادف نیست، بلکه مربوط به احساس فرد از نبود صمیمیت بین فردی است(هوگز^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). نوجوانی که احساس تنهایی و نومیدی می‌کند، به دنبال راهی برای رهایی از بحرانی است که او را شدیداً رنج می‌دهد. احساس تنهایی، بی‌کسی و ناخواسته بودن، مهم‌ترین علت بروز رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان است(مدج و همکاران، ۲۰۰۸). لوی^۹ و همکاران،(۲۰۰۶)، رفتار خودآسیبی را نوعی مقابله با خاطرات و عواطف بسیار

1. American Psychiatric Association
2. Berdizounidavaji
3. insecure attachment
4. Davis & Vernon
5. Loneliness
6. Ponizovsky
7. Twomey
8. Hughes
9. Levy

ناراحت کننده دانسته و احساس طرد، ترک و رها شدن، مسخ شخصیت، تنفر، خشم، تنهایی، افسردگی را از هیجانات ناراحت کننده‌ای می‌دانند که قبل از رفتارهای خودآسیبی به وقوع می‌پیوندند. پیترسون و همکاران (۲۰۰۸) اظهار کرده‌اند، بیش‌تر دانش‌آموزانی که به دلیل رفتارهای خودآسیبی به مراکز مشاوره ارجاع شده‌اند، از احساس تنهایی رنج می‌برده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش‌های بالا و نیز این موضوع که اکثر پژوهش‌ها در ایران درباره ویژگی‌های افراد اقدام کننده به خودکشی و خودزنی معطوف شده است، و درباره شیوع و عوامل مرتبط با رفتارهای خودآسیبی بدون قصد خودکشی پژوهش اندکی انجام شده است، لذا پژوهش حاضر برای پاسخگویی به سؤال‌های زیر طرح‌ریزی و اجرا شد:

۱- شیوع رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز پایه دوم و سوم دبیرستان چقدر است؟

۲- آیا کیفیت روابط والدین - نوجوان و احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز رابطه دارد؟

روش

مطالعه حاضر از نوع زمینه‌یابی و همبستگی است. در مرحله اول به منظور بررسی شیوع وضعیت رفتار خودآسیبی در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی شهر تهران از مطالعه زمینه‌یابی استفاده شد. در مرحله دوم از روش همبستگی به منظور بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر سال دوم و سوم دبیرستان‌های دولتی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۸-۸۹ تشکیل می‌دهند. انتخاب افراد نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که در اولین مرحله از بین مناطق شهر تهران، به‌طور تصادفی دو منطقه (منطقه ۲ و منطقه ۵) انتخاب شد. در هر یک از مناطق مذکور دو دبیرستان دخترانه دولتی به صورت تصادفی انتخاب و از هر دبیرستان دانش‌آموزان کلاس‌های دوم و سوم دبیرستان انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها به صورت گروهی اجرا شد، و هردو پرسشنامه به صورت یک‌جا به آن‌ها داده شد. با توجه به اینکه برای جامعه‌های با حجم بالا، نمونه‌ای با تعداد حداقل ۱۰۰ نفر نیز کفایت می‌کند (مولوی، ۱۳۸۶) و با در نظر گرفتن کاهش خطای نمونه‌گیری حجم

نمونه مورد پژوهش ۳۵۰ نفر بودند. از آنجا که برخی پرسشنامه‌ها ناقص تکمیل شده بود، با حذف پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۳۲۴ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل نهایی انتخاب شد. میانگین سن آزمودنی‌ها $\mu=16/97$ و انحراف معیار آن $SD=0/63$ بود.

ابزار پژوهش را سه پرسشنامه سبک دلبستگی^۱ کولینز و رید (۱۹۹۰)، پرسشنامه احساس تنهایی و پرسشنامه خودآسیبی عمدی^۲ تشکیل می‌دهد.

پرسشنامه سبک دلبستگی کولینز و رید

پرسشنامه سبک دلبستگی کولینز و رید مشتمل بر ۱۸ ماده است. سبک دلبستگی آزمودنی‌ها با علامت‌گذاری در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت است. این پرسشنامه از سه خرده مقیاس سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی دوسوگرا (اضطرابی) تشکیل شده است. کولینز و رید (۱۹۹۰) نشان داده‌اند که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از $0/80$ است. میزان قابلیت اعتماد آن نیز بالا به دست آمده است. حمیدی (۱۳۸۶) با استفاده از روش آزمون-بازآزمون مجدد قابلیت اعتماد آن را در سطح $0/95$ برآورد کرده است. به منظور پایایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها محاسبه شد. نتایج حاکی از ضریب آلفای $(0/64)$ برای سبک دلبستگی ایمن، $(0/55)$ برای سبک دلبستگی اجتنابی، $(0/74)$ برای سبک دلبستگی دوسوگراست.

پرسشنامه خودآسیبی عمدی (DSHI)

برای اندازه‌گیری خودآسیبی عمدی از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز (۲۰۰۱) استفاده شد. این پرسشنامه مقیاسی خود گزارشی^۳ است، و به منظور اندازه‌گیری انواع رفتارهای خودآسیبی در جامعه غیر بیمار طراحی شده است. این پرسشنامه در میان محققان بیش‌ترین توجه و پژوهش را به خود جلب کرده است. آزمون شامل هفده عبارت توصیفی درباره انواع

1. Attachment style Questionnaire
2. Deliberate Self-Harm Inventory
3. self. report questionnaire

رفتارهای خودآسیبی عمدی شایع (به سر و صورت زدن، خراشیدن و سوراخ کردن پوست، سوزاندن، حکاکی نوشته‌ها و عکس‌ها بر روی پوست و...) است. در هر عبارت درباره مدت زمان و دوام این رفتارها در یکسال گذشته پرسش می‌شود. به‌عنوان مثال از آزمودنی سوال می‌شود، آیا در طی سال گذشته این رفتار خاص را انجام داده است، یا خیر، و اگر پاسخ مثبت است، چند بار انجام داده، یک یا چند بار؟ نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت بلی (نمره ۱)، و خیر (نمره ۰) است. گراتز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۲ و ضریب پایایی آن را بعد از دو هفته (آزمون و بازآزمون) ۰/۶۸ محاسبه کرده است. در پژوهش حاضر ابتدا مقیاس از انگلیسی به فارسی برگردانده شده و سپس با بهره‌گیری از روش ترجمه معکوس، متن فارسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد، در نهایت با مقایسه دو متن پرسشنامه اصلاحات لازم انجام و فرم نهایی تهیه شد. نتیجه مطالعه مقدماتی در میان ۴۰ دانش‌آموز دختر نشان داد که مقیاس از پایایی مقبولی برای دختران دانش‌آموز بهره‌مند است (روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۱). **روایی محتوایی** آزمون از طریق نظرخواهی از متخصصان علوم تربیتی و روان‌شناسی احراز شد.

پرسشنامه احساس تنهایی

برای اندازه‌گیری احساس تنهایی در افراد از پرسشنامه تجدید نظر شده (نسخه سوم) احساس تنهایی استفاده شد. این مقیاس را راسل^۱ در سال ۱۹۹۸، در دانشگاه کالیفرنیا، ساخته است (نقل از بحیرایی، ۱۳۷۸). بحیرایی این پرسشنامه را در سال ۱۳۷۸، در ایران ترجمه و هنجاریابی کرده است. در پژوهش بحیرایی (۱۳۷۸)، پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی آن از طریق همبسته کردن با مقیاس افسردگی ۰/۶۷ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر، برای محاسبه پایایی این آزمون از آلفای کرونباخ استفاده و مقدار آن ۰/۶۹ برآورد شد.

پرسشنامه از ۲۰ ماده تشکیل شده است که ۱۱ ماده محتوای منفی و ۹ ماده محتوای مثبت دارد. سؤال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت روی طیف چهار درجه‌ای «هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب» تنظیم شده‌اند. آزمودنی‌ها تک تک سؤال‌ها را مطالعه کرده و مناسب‌ترین گزینه مطابق

1. Rusell

با شرایط خود را انتخاب می‌کنند. دامنه نمرات به دست آمده از این پرسشنامه از ۲۰ - ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده احساس تنهایی بیش‌تر است.

یافته‌ها

برای آزمون سؤال اول، شاخص‌های آماری میزان رفتارهای خودآسیبی دختران دانش‌آموز محاسبه و استخراج شد. نتایج حاکی از شیوع نسبتاً پایین رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز مورد مطالعه بود. نسبت جالب توجهی از دانش‌آموزان (۸۴٪) در طی یک سال گذشته رفتار خودآسیبی نداشته‌اند. تعداد کسانی که رفتار خودآسیبی داشته‌اند (۱۷/۹٪) در یکسال گذشته تنها یک‌بار و تعداد بسیار معدودی از آن‌ها بیش از یک‌بار به رفتار خودآسیبی اقدام کرده‌اند.

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد اشکال متفاوت رفتار خودآسیبی در نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد شیوع انواع رفتارهای خودآسیبی در نمونه مورد مطالعه

رفتارهای خودآسیبی	هرگز		حداقل یک‌بار در سال		بیش از یک‌بار در سال	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بریدن پوست دست، ساعد یا هر جای دیگر بدن	۸۴	۳۸	۱۴	۱۶	۴	۲۷۰
سوزاندن پوست با کبریت، سیگار یا چیزهای دیگر	۸۸	۲۷	۸	۱۲	۴	۲۸۵
حکاک‌های عکس یا نوشته بر روی پوست	۷۶/۶	۵۲	۱۶	۲۴	۷/۴	۲۴۸
زخم کردن پوست	۸۰/۵	۳۸	۱۱/۸	۲۵	۷/۷	۲۶۱
خود زنی	۸۹	۲۶	۸	۱۱	۳	۲۸۷
کندن مو	۸۷/۱	۲۸	۸/۹	۱۴	۴	۲۸۲
چکاندن اسید روی پوست	۹۹/۲	۳	۰/۸	۰	۰	۳۲۱
شستن دست با تمیز کننده تا سرحد آسیب دیدن پوست	۸۵/۹	۳۳	۱۰/۳	۱۳	۳/۸	۲۷۸
فرو کردن سوزن در پوست	۷۱	۵۱	۱۷/۹	۳۶	۱۱/۱	۲۳۰
شکستن استخوان	۹۹/۹	۰	۰	۰	۰	۳۲۴
برسر کوبیدن یا کوبیدن سر بجایی	۷۷/۶	۴۰	۱۲/۴	۳۳	۱۰	۲۵۱
کبود کردن جایی از بدن (بشگون گرفتن)	۷۶/۴	۳۰	۱۲	۲۵	۱۰/۶	۱۷۹
جلوگیری از بهبود زخم‌ها	۷۷/۸	۴۸	۱۴/۹	۲۹	۷/۳	۲۴۷
اشکال دیگر رفتار خودآسیبی (ناخن جویدن)	۹۰/۴	۱۸	۵/۵	۱۳	۴/۱	۲۹۳
هر رفتاری مشابه رفتارهای بالا که باعث انجام اقدامات درمانی شده است.	۹۴/۷	۱۲	۳/۷	۵	۱/۶	۳۰۷

همان‌طور که از نتایج جدول ۱ ملاحظه می‌شود، بیش‌ترین رفتار خودآسیبی در نمونه مورد بررسی فرو کردن سوزن در پوست است (۱۷/۹ درصد). البته، این عبارت رفتارهایی نظیر تاتو و سوراخ کردن گوش را نیز در بر می‌گیرد.

برای بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خود آسیمی، بین نمرات سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با نمرات پرسشنامه خودآسیبی دانش‌آموزان ضریب همبستگی محاسبه شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اضطرابی و سبک دلبستگی اجتنابی و احساس تنهایی با رفتارهای خود آسیمی

متغیرها	سبک دلبستگی ایمن	سبک دلبستگی اضطرابی	سبک دلبستگی اجتنابی	احساس تنهایی	خود آسیمی
سبک دلبستگی ایمن	۱	-	-	-	-
سبک دلبستگی اضطرابی	-۰/۷۲۹**	۱	-	-	-
سبک دلبستگی اجتنابی	-۰/۷۸۴**	۰/۶۸۳**	۱	-	-
احساس تنهایی	-۰/۷۶۰**	۰/۶۳۴**	۰/۷۷۶**	۱	-
خود آسیمی	-۰/۷۶۴**	۰/۵۹۶**	۰/۶۹۳**	۰/۷۰۵**	۱

* $p < 0/05$, ** $P < 0/01$

نتایج رابطه بین سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خود آسیمی در جدول ۲ ارائه شده است. برای آزمون سؤال دوم یعنی مطالعه رابطه سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای مطالعه رابطه سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با رفتار خود آسیمی (به دلیل دو ارزشی بودن متغیر ملاک) از ضریب همبستگی دو رشته‌ای نقطه‌ای استفاده شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین سبک دلبستگی ایمن با رفتارهای خود آسیمی همبستگی منفی وجود دارد ($r = -0/764$) و بین سبک دلبستگی اضطرابی ($r = 0/596$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($r = 0/693$) و احساس تنهایی ($r = 0/705$) با رفتارهای خود آسیمی رابطه مثبت معنادار بوده و این همبستگی‌ها در سطح $P < 0/01$ ، معنادار هستند. برای پیش‌بینی رفتارهای خود آسیمی (متغیر ملاک) توسط سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی (متغیر پیش‌بین) به دلیل دو ارزشی بودن متغیر ملاک

ازکای دومدل رگرسیون لوجستیک گام به گام استفاده شد. مقادیر مربوط به کای دو، مدل، درجه آزادی و سطح معناداری در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: نتایج رگرسیون لوجستیک گام به گام برای پیش بینی رفتارهای خود آسیبی

گام	کای دو	درجه آزادی	کاکس و اسنل	ناگل کرک	قدرت پیش‌بینی کننده متغیرها	سطح معناداری
اول	۲۳۳/۳۱۲	۱			۸۰/۷	۰/۰۰۰
مدل	۲۳۳/۳۱۲	۱	۰/۵۰۴	۰/۷۴۷	۹۰/۴	۰/۰۰۰
دوم	۸/۱۳۵	۱			۸۰/۷	۰/۰۴
مدل	۲۴۱/۴۴۷	۲	۰/۵۱۶	۰/۷۶۴	۹۰/۴	۰/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار کای دو در گام دوم برابر ۸/۱۳۵ است و سطح معناداری آن برابر ۰/۰۴ است. همچنین میزان ضریب تعیین کاکس و اسنل و ناگل کرک در گام اول برابر ۰/۵۱۴ و ۰/۷۴۷ و در گام دوم ۰/۵۱۶ و ۰/۷۶۴ است. این شاخص‌ها تفسیری همانند ضریب تعیین در رگرسیون معمولی دارند. یعنی قدرت تبیین تغییرات متغیر ملاک (رفتار خود آسیبی) را توسط متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود با ورود گام به گام متغیرها به معادله، ضریب تبیین افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش شیوع رفتارهای خود آسیبی و رابطه آن با احساس تنهایی و سبک دلبستگی در دختران دانش آموز پایه دوم و سوم دبیرستان ناحیه دو و پنج آموزش و پرورش شهر تهران بررسی شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بیش‌ترین میزان رفتار خود آسیبی در دختران دانش آموز مورد مطالعه در یک‌سال گذشته به ترتیب فرو کردن سوزن در پوست (این عبارت رفتارهایی نظیر، تاتو و سوراخ کردن گوش را نیز در می‌گیرد)، جلوگیری از بهبود زخم‌ها، حکاکی عکس یا نوشته بر روی پوست و بر سر کوبیدن بوده است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به سن و جنس آزمودنی‌ها که دخترهای دوره دبیرستانی هستند، تعجب‌آور نیست که آن‌ها به دلیل حساسیت بیش از حد به ظاهر و شکل خود، با شیوه‌های مختلفی چه مقبول از نظر دیگران (تاتو، سوراخ کردن قسمت‌های مختلف بدن، رژیم‌های لاغری و جراحی بینی...) و چه نامقبول از نظر دیگران (بر سر کوبیدن) تلاش کنند عواطف خود را مدیریت کنند. اگر چه

برخی شیوه‌ها تحت تأثیر مد و رسانه‌های گروهی از جانب گروه همسن و سال پذیرفته شده است، اما همه آن‌ها در نهایت باعث آسیب رساندن غیر عمدی به بافت‌های بدن می‌شود. برخی از افراد ممکن است، رفتارهای خودآسیبی نظیر برنزه کردن پوست به وسیله مواد شیمیایی و بر سر کوبیدن و خراشیدن پوست با ناخن را یکسان ندانند، اما آن‌ها به درد احساس شده در پشت این اعمال توجه ندارند. روحانی در پژوهشی درمیان زنان متقاضی رینوپلاستی (جراحی‌های زیبایی) اظهار کرده در این افراد تمایل به گوشه‌گیری و مردم‌گریزی و اشکال در روابط متقابل با دیگران دیده می‌شود. آن‌ها ناراحتی‌های خود را به اشتباه به ظاهر خود نسبت داده و سعی می‌کنند با جراحی‌های متعدد این مشکل را برطرف کنند (روحانی، ۱۳۷۹).

به عقیده بسیاری از زنانی که به جراحی‌های زیبایی اقدام کرده‌اند، آن‌ها برای رهایی از احساسات بد خود و فشارهای عاطفی که آن‌ها را به طرف این اعمال سوق داده است، به این عمل اقدام کرده‌اند؛ زیرا این رفتارها به آن‌ها کمک می‌کنند بر فشارهای عاطفی خود غلبه کرده و به طور موقت آرامش یابند (دیویس و ورنون، ۲۰۰۲). از آنجا که پژوهشگر نتوانست به پیشینه پژوهشی در این زمینه در دانش‌آموزان ایرانی دست یابد، امکان مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های سایر بررسی‌ها در ایران میسر نشد. با این حال انجام دادن این نوع پژوهش در کشورهای دیگر سابقه‌ای طولانی دارد. شیوع این اختلال در جوامع مختلف از جانب محققان مختلف تا حدودی نوسان دارد. برای مثال لای-گیند و سچانت-ریچل (۲۰۰۵)؛ گراتز و رومر (۲۰۰۸)؛ شیوع رفتار خودآسیبی در نوجوانان را تا ۶۵/۹ درصد گزارش کرده‌اند. گراتز و رومر (۲۰۰۸) شیوع رفتار خودآسیبی در نوجوانان کانادا را تا ۴۷ درصد تخمین زده‌اند. فاوازا در پژوهشی بر جوانان غیر بستری شیوع این رفتارها را حدود ۴ درصد گزارش کرده است. تفاوت نتایج حاصل از پژوهش حاضر با پژوهش‌های کشورهای دیگر را می‌توان به دلیل دخالت عوامل فرهنگی دانست. اگر چه عوامل زمینه‌ساز مشکلات، تقریباً در همه جوامع یکسان است، اما تفاوت‌های فرهنگی ممکن است موجب بروز اختلاف در تظاهرات آن مشکلات شود. نکته دیگر اشاره به این موضوع است که در پژوهش‌های مختلف برای سنجش رفتارهای خودآسیبی از ابزارهای متفاوتی استفاده شده است. همچنین این تفاوت می‌تواند ناشی از اجرای پژوهش حاضر در میان نمونه غیر بالینی باشد.

نتایج تحلیل همبستگی در این پژوهش نشان می‌دهند که بین سبک دلبستگی ایمن و رفتارهای خودآسیبی رابطه منفی معناداری وجود دارد. نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر با پژوهش‌های داویل‌ام^۱ و همکاران (۲۰۰۵) همسو بوده و نشان می‌دهد دلبستگی ایمن، پایگاه مستحکمی را برای نوجوانان مهیا می‌کند که به واسطه آن پاسخ‌های سازگارانه‌تری به محیط اطراف خود می‌دهند. احساس ایمنی لازمه تحول سالم و غیرمرضی در فرد است و همانند تکیه گاهی محکم نوجوان را برای مقابله با مشکلات زندگی آماده می‌کند (بالبی، ۱۹۸۰). نوجوانان ایمن راهبردهای مواجهه با فراز و نشیب‌های زندگی را از والدین خود آموخته‌اند (چپمن و همکاران، ۲۰۰۷). به همین دلیل این نوجوانان، نسبت به آینده امیدوار بوده و در مواقع دشوار زندگی خشم خود را به طریق کنترل شده نشان می‌دهند، و این ویژگی احتمال بروز هر نوع رفتار تکانشی و خود آسیب زنده در موقعیت‌های دشوار زندگی در آن‌ها را از بین می‌برد.

در این پژوهش بین سبک دلبستگی اضطرابی و اجتنابی با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت معناداری بود. این نتیجه با پژوهش‌های هاوتون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) همسو است. آن‌ها نشان دادند بین رفتارهای خودآسیبی و سبک‌های دلبستگی نایمن (اضطرابی و اجتنابی) رابطه وجود دارد. بریل و همکاران (۲۰۰۹)، رفتارهای خودآسیبی را نشأت گرفته از تجارب افراد در اوائل زندگی می‌دانند. به عقیده آن‌ها تشکیل دلبستگی نایمن در فرزندان باعث ایجاد فاصله میان فرزندان و والدین شده و در چنین شرایطی آن‌ها به تبادل هیجان‌های منفی اقدام می‌کنند و معمولاً نوجوانان در این وضعیت آشفتگی بیش‌تری تجربه می‌کنند. نوجوان آشفته با انجام شیوه‌های غیر معتبر، مانند پاسخ با فریاد، تهدید یا اقدام به رفتارهای خودآسیبی خود را تسکین می‌دهد (بریل و همکاران، ۲۰۰۹). به همین دلیل محققان دلبستگی نایمن را عامل بالقوه خطرناکی برای بروز رفتارهای خودآسیبی معرفی کرده‌اند (هاوتون و همکاران، ۲۰۰۳). فرالی^۳ (۲۰۰۲) نیز در پژوهشی نشان داده، رفتارهای خودآسیبی در نوجوانانی مشاهده می‌شود، که نسبت به خود و والدین‌شان احساسات منفی ابراز می‌کنند. به عقیده فرالی سبک‌های نایمن دلبستگی به آسیب‌پذیری فرد در برابر مشکلات منجر می‌شود. زیرا زمانی که حوادث تلخ

-
1. Davilam
 2. Hawton
 3. Fraley

زندگی باعث به هم ریختن احساسات شخص می‌شود، رفتارهای خودآسیبی راهی مؤثر برای آرامش کشمکش‌های درونی می‌شود، که شخص قادر به کنترل آن نیست (جاکوبسون و گولد، ۲۰۰۷؛ زیمرمن و بکرستول، ۲۰۰۲).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این نتایج هماهنگ با پژوهش‌های محققان دیگر بوده و نشان می‌دهد، احساس طرد، تنهایی و غفلت‌های عاطفی از تجارب مشترک همه کسانی است که به خود آسیبی اقدام می‌کنند (بوریل و همکاران، ۲۰۰۹). نوجوانی که در دوران کودکی هنگام رابطه با مراقبش مهارت‌های اجتماعی کافی را کسب نکرده است، هنگام برقراری روابط اجتماعی با دیگران ناموفق بوده و در نتیجه ناتوانی برای برقراری روابط صمیمانه بین فردی به شدت احساس تنهایی می‌کند. زیرا چنین فردی پیش‌بینی می‌کند، که نزدیکان او در مواقع دشوار زندگی او را طرد کرده و نسبت به او بی‌توجهی خواهند کرد و به همین دلیل به شدت احساس تنهایی می‌کند (بریل و همکاران، ۲۰۰۹). احساس تنهایی زمینه‌ساز رفتارهای خودآسیبی است (بریل و همکاران، ۲۰۰۹). در شرایط معمول فشارهای عاطفی باعث می‌شود که نوجوان برای کاهش آن‌ها به والدین خود پناه ببرد، اما احساس طرد و تنهایی باعث می‌شود که نوجوان برای مقابله با این احساسات خودش راه حلی پیدا کند و بهترین مقابله اعمالی نظیر زدن، سوزاندن و پرخاشگری نسبت به خود و دیگران است (بریل و همکاران، ۲۰۰۹). زیرا او یاد نگرفته است که برای کسب آرامش راه دیگری وجود دارد.

نتایج به دست آمده از این پژوهش با استفاده از روش رگرسیون گام به گام روشن ساخت که متغیرهای پیش‌بین سبک‌های دلبستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز رابطه چندگانه دارد. به عبارت دیگر، از روی متغیرهای سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اضطرابی، سبک دلبستگی اجتنابی و احساس تنهایی دانش‌آموز می‌توان رفتار خودآسیبی را در دانش‌آموزان دختر دوره دبیرستان پیش‌بینی کرد. به غیر از سبک دلبستگی ایمن، که با رفتارهای خودآسیبی رابطه منفی داشت، سایر متغیرها با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت داشتند. با وجود رابطه مثبت بین سبک‌های نالایمن دلبستگی و رفتارهای خودآسیبی می‌توان بیان کرد، اغلب نوجوانانی که به رفتارهای خودآسیبی اقدام می‌کنند مشکلات زیادی

در زندگی به‌خصوص در روابط با والدین خود دارند (کسیدی^۱، ۱۹۹۹). کسیدی اظهار کرده که افراد اضطرابی دیدگاهی منفی نسبت به‌خود داشته و دچار احساس بی‌ارزشی هستند. به‌همین دلیل انتظار می‌رود، این افراد به دلیل احساس ناایمنی هنگام مواجهه با مسائل خاص دوره نوجوانی، به‌طور دائم درباره خصوصیات خود و احتمال ارزیابی‌های انتقادی دیگران، نگران و مضطرب باشند. این نگرانی‌ها باعث استفاده از روش‌های مختلفی برای نگهداری توجه مثبت دیگران است. از طرف دیگر این نتایج هماهنگ با پژوهش بوریل و همکاران (۲۰۰۹) است. آن‌ها معتقد هستند سبک دلبستگی اجتنابی با احساس تنهایی و گوشه‌گیری همراه است. احساس طرد، تنهایی و غفلت‌های عاطفی از تجارب مشترک همه کسانی است که به خود آسیبی اقدام می‌کنند.

از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر نشان داد خطر رفتارهای خودآسیبی در دانش‌آموزان دارای سبک دلبستگی ناایمن و نیز در افراد دارای احساس تنهایی بالاست. این نتایج در درمان و پیشگیری از رفتارهای خودآسیبی تلویحات مهمی دارد. به علاوه می‌توان از طریق شناسایی سبک دلبستگی افراد، آسیب‌پذیر بودن نسبت به رفتارهای خودآسیبی را در آن‌ها پیش‌بینی کرد. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود هسته‌های مشاوره آموزش و پرورش برای مقابله با این نوع رفتارها به دانش‌آموزان راه‌کارهای مناسب کنترل آن را آموزش داده و با فراهم کردن زمینه فعالیت‌های اجتماعی این دانش‌آموزان شرایطی فراهم کنند تا احساس تنهایی کمتری در آن‌ها ایجاد شود. به‌علاوه نقش پیش‌بینی‌کننده سبک دلبستگی ناایمن در ایجاد رفتار خودآسیبی در دختران دانش‌آموز ضرورت توجه والدین، به این موضوع را آشکار می‌کند، که تجربیات دوران کودکی، تأثیرات عظیم و قدرت‌مندی بر رفتارهای نوجوانان دارد. شایان‌ذکر است که با تغییر سبک دلبستگی ناایمن می‌توان در جهت کاهش رفتارهای خودآسیبی اقدام کرد. به‌عبارت دیگر با اصلاح روابط والدین - نوجوان، کیفیت دلبستگی اصلاح و بهبود می‌یابد. آگاهی والدین نسبت به این امور می‌تواند در پرورش افرادی سالم، که در دوران نوجوانی از سلامت جسمانی و روانی بهره‌مند باشند، مفید واقع شود.

در تعمیم و تفسیر نتایج پژوهش حاضر رعایت احتیاط ضروری است. از جمله

محدودیت‌های پژوهش حاضر، این است که اولاً: انتخاب نمونه پژوهش به روش خوشه‌ای تصادفی از دختران دانش‌آموز دو منطقه از شهر تهران انجام شده است، لذا تعمیم‌پذیری نتایج را با اشکال مواجه می‌نماید. در شرایطی که پژوهش در میان نمونه‌های وسیع‌تری از دانش‌آموزان و نیز کودکان، نوجوانان و بزرگسالان به‌عمل آید، تعمیم نتایج امکانپذیر می‌شود. ثانياً: جمع‌آوری داده‌ها بر اساس گزارش شخصی آزمودنی‌ها بود. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از روش‌های دیگری نظیر مشاهده و مصاحبه نیز برای گردآوری اطلاعات استفاده شود. ثالثاً: اطلاعات پژوهش حاضر از نوع روابط همبستگی و مقطعی بوده و ممکن است متغیرهای دیگری با رفتارهای خودآسیبی رابطه داشته باشند که در این پژوهش نادیده گرفته شده‌اند، نظیر عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی، تبلیغات و رسانه‌ها، مهارت‌های اجتماعی، دوستان و مدرسه نیز ممکن است در بروز این مشکل نقشی مهم داشته باشند. به‌علاوه مطالعات طولی برای درک ثبات یا فقدان ثبات این نوع رفتارها در دوران رشد مفید است.

اما یافته‌ها از این موضوع حمایت می‌کنند که ضرورت برنامه‌ریزی برای پیشگیری و انجام‌دادن مداخلات در رفتارهای خودآسیبی باید متمرکز بر بهبود روابط والدین - نوجوان بوده، و این که عوامل بین‌فردی والد-مراقب در بروز رفتارهای آسیب‌زننده در دوران نوجوانی عاملی خطرزا محسوب می‌شود. به‌دلیل نقش و اهمیت سبک‌های دلبستگی در بروز رفتارهای خودآسیبی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی در دبیرستان‌ها و رسانه‌های جمعی به‌منظور ارتقاء کیفیت روابط والدین - دانش‌آموزان در نظر گرفته شود.

منابع

- آذین، علی، شهید زاده ماهانی، علی، امیدواری، سپیده، عبادی، مهدی و منتظری، علی (۱۳۸۷). سیمای خود کشی در مراجعین به بخش‌های مسمومیت. فصلنامه. پایش (فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی). سال هفتم. شماره دوم.
- بحیرایی، هادی (۱۳۷۸). بهنجار کردن مقیاس تنهائی نسخه سوم، در دانشجویان مقیم تهران، رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.
- پاشا، غلامرضا و اسماعیلی، سمیه (۱۳۸۶). مقایسه اضطراب، ابراز وجود، احساس تنهایی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان شبیه خانواده و بی سرپرست و دانش‌آموزان عادی استان خوزستان. فصلنامه یافته‌های نو در روانشناسی، سال اول، شماره ۴. ۲۲-۳۵.
- حمیدی، فریده (۱۳۸۶). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با رضایت‌مندی زناشویی در دانشجویان متأهل دبیری، مجله خانواده پژوهی. پژوهشکده خانواده، شماره ۹ دوره سوم.
- روحانی، محمد (۱۳۷۹). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی مراجعه‌کنندگان جهت عمل رینویلاستی به درمانگاه ENT بیمارستان امیرعلم با گروه شاهد بر اساس پرسشنامه شخصیتی MMPI پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران.
- مولوی، حسین (۱۳۸۶). راهنمای عملی SPSS 10-14 در علوم رفتاری: آمار توصیفی و استنباطی در پژوهش‌ها و پایان‌نامه‌های ارشد و دکترا، اصفهان، پویش اندیشه.
- نوری، رضا، فتیحی آشتیانی، علی و سلیمی، سید حسین (۱۳۹۱). عوامل زمینه ساز خودکشی در سربازان یک نیروی نظامی. تهران. مجله طب نظامی. دوره ۱۴، شماره ۲، ص ۹۹-۱۰۳.
- Berdiozounidavaji R., Valizadeh, SH., Nikamal, M. (2010).** The relationship between attachment styles and suicide ideation: The study of Turkmen students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1190-1194.
- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2009).** Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, 22, 361-372.
- Bowlby, j. (1980)** Attachment & loss: Sadness and depression. New York. Basic books.
- Cassidy, j., Shaver, PR. (1999).** Handbook of attachment. New York: Guilford.

- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. (2007).** Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Life-Threatening Behavior, 37*, 543-552.
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, M., & Muehlenkamp, J. (2010).** Characteristics and Co-occurrence of Adolescent Non-Suicidal Self - Harm and Suicidal Behaviours in Pediatric Emergency Crisis Services Paula Cloutier. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 259-269.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990).** Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Davilam, J., Ramsay, M & Stienberg, S. (2005).** Attachment as vulnerability to the development of psychopathology. E.D.L.Hankin & J.R.Abela (Eds). development of psychopathology. A vulnerability – stress perspective. pp.(215-242).
- Davis, D & Vernon, M. (2002).** Sculpting the body beautiful, attachment styles, neuroticism and use of cosmetic surgeries. *Sex Roles, 47(4)*:129-38.
- Deleo, D. & Holler, T.S. (2004).** who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Medical Journal of Australian, 141*.140-144.
- Favazza, A.R. (1998).** The coming of age of self-mutilation. *Journal of nervous and mental disease, 186*, 259-278.
- Fraley RC. (2002).** Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*:123-151.
- Gratez, K.L. (2001).** Measurement of deliberate self – Harm: preliminary Data on deliberate self – Harm Inventory. *Journal of the psychopathology and Behavioral assessment, 23*, 253-263.
- Gratez, K.L. (2006).** Risk factors for deliberate self – Harm among female college student: The role and interaction of childhood maltreatment and affect intensity/reactivity. *American journal orthopsychiatry, 76*, 238-250
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008).** The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy 37*, 14-25.
- Gray NS, McGleish A, MacCulloch MJ, Hill C, Timmons D & Snowden RJ .(2003).** Indicators of violence and self-mutilation in mentally disordered offenders: a prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R and psychiatric symptomology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 71*: 443-451.
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., Bond, A., Codd, S. (2003a).** Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1191-1198.
- Hawton K, Haigh R, Simkin S & Fagg J (1995).** Attempted suicide in Oxford University students, 1976-1990. *Psychol Med 25*:179-188.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T., (2004).** A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging, 26*, 655-672.

- Jacobson CM & Gould M. (2007).** the epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents, *a critical review of the literature*. 11(2):129-47.
- Jennifer. J. Muehlenkamp, J. Hoff, E. Licht, G. Azure, J.A. & Hasenzahl, S. (2008).** The functions of self-harming. *A review of the evidence*, 27(4) , 234-241.
- Kesking, G. (2008).** Relationship between mental help ,parental attitude and attachment style in adolescence. *Journal of psychiatry*, 9(3).139-147.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Richl, K.A. (2005).** non suicidal self-harm amongst community adolescents: understanding the “whats” and “why” of self – harm. *Journal of youth and Adolescent*, 34, 447-457.
- Levy, K.N., Meehan, K.B & Weber, M. (2006).** Change in attachment pattern and reflective function in a randomized control trial of transference- focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 74 (6), 1027-1040.
- MacAniff Zila, L & Kiselica, M. S. (2001).** Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79, 46-52.
- Madge, N. Hewitt, A. Hawton ,K. Wilde, E. Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. (2008).** Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 49:667–677.
- Muehlenkamp, J. J. (2006).** Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 166—185.
- O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J & Hawton K. (2009).** Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*. 194:68–72.
- Paivio, S. C. & McCulloch, C. R. (2004).** Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 339-354.
- Paul, T. Schroeter, K. Dahme, B & Nutzinger, DO. (2002).** Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 159: 408–411.
- Riggs, S.A. (2010).** Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 5-51.
- Selekman, M. D. (2009).** *The adolescent and young adult self-harming treatment manual: A collaborative strengths-based brief therapy approach*. New York: Norton.
- Spirito, A. Kittler, J. & Hunt, J. (2008).** Psychiatric Correlates of Nonsuicidal Cutting Behaviors in an Adolescent Inpatient Sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 39(4), : 427-438.

- Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C & Andersen R.(2008).** No suicidal Self harming in Adolescents.*Child/Adolescent Psychiatry Nov;5(11):20-6.*
- Ponizovsky,A.M.,Nechaman,Y.&Roska,P.(2007).** Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients *.national institutes of health.77(2):324-331.*
- Twomey, Heather, Kaslow, Nadine, & Croft, Shannon. (2000).** Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology, 17 (2), 313-335*
- Zimmerman, P.&Beckerstoll,F.(2002).** stability of attachment representation during adolescence: The influence of ego identity status.*Journal of adolescence, 25(1), 107-124.*

Archive of SID