

الگوی ساختاری اثرات افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت با رفتارهای خودزنی در زنان: نقش میانجی مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان و نارضایتی از بدن

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

آزاده فرکت^۱، بهمن اکبری گوابری^{۲*}، عباسعلی حسین خانزاده^۳ و^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: از عوامل فراگیر اجتماعی و فردی که توجه متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده، آسیب‌به‌خود می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، طراحی و آزمون الگویی از اثرات رفتارهای خودزنی است.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای SPSS26 و AMOS24 صورت گرفت. تحلیل روابط واسطه‌ای نیز از روش بوت استرپ در برنامه MACRO پریچر و هایز (۲۰۰۸) استفاده شد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان ۱۵-۲۵ سال شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بودند که ۵۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش، از مقیاس آسیب‌به‌خود (سیگالاس و بیسواس، ۱۹۹۸)، افسردگی بک (بک، مندلسون، موک و ارباف، ۱۹۹۶)، ضربه عشق (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۹)، مهارت‌های اجتماعی (ایندریتزن و فوستر ۱۹۹۲)، کنترل هیجان (راجر و نشور، ۱۹۸۷)، خشونت نسبت به زنان (حاج‌یحیی، ۱۳۸۰) و تصویر بدن (فیشر، ۱۹۷۰) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت پیش‌بین‌های خوبی برای رفتارهای خودزنی هستند. یافته‌ها در بخش دوم نشان دادند که دشواری در کنترل هیجان، مهارت‌های اجتماعی و نارضایتی از بدن در مدل نقش واسطه‌ای دارند. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی برازش مناسبی دارد ($RMSEA < 0/1$) و ($CMIN/DF < 0/5$)

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان دهنده تأثیر عوامل فرهنگی بافت و مهارت‌های اجتماعی اهمیت ویژه‌ای داشته و لازم است مراقبت‌های همه جانبه‌ای شامل ارزیابی عوامل فردی-خانوادگی و اجتماعی صورت پذیرد. در درمان زنانی که رفتارهای خودزنی دارند، تفاوت‌ها و ویژگی‌های عاطفی و اجتماعی و هیجانی توجه خاص شود.

کلمات کلیدی: رفتارهای خودزنی، افسردگی، شکست عاطفی، تجربه خشونت، نارضایتی از بدن، مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: akbari@iaurasht.ac.ir

۳. دانشیارمذعو، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

Structural Patterns of Relationships of Depression, Emotional Breakdown, and Experience of Violence with Self-Harm Behaviors in Women: The Mediating Role of Social Skills, Emotion Control, and Body dissatisfaction

Azadeh Forket¹, Bahman Akbari Govaberi^{2*}

Abbas Ali Hosseinkhazadeh^{3,4}

Original Article

Abstract

Introduction: Self-harm is one of the pervasive social and individual factors that has attracted the attention of mental health professionals. Studies have shown that the experience of violence is one of the important precursors in the formation of self-harming behaviors. Emotional failure and depression have also been shown to be effective in creating and sustaining self-harm. Past research has identified other factors associated with self-harm, such as social skills, emotion control, and body dissatisfaction. The aim of this study was to design and test a model of the effects of self-harming behaviors.

method: The research method was descriptive-correlational and the proposed model was evaluated by modeling structural equations using SPSS26 and AMOS24 software. Intermediary relationship analysis was used using the bootstrap method in MACRO Preacher and Hayes (2008). The statistical population of the study was all women aged 15-25 years in Karaj in 1399 that 500 people were selected by purposive sampling. To measure the research variables, from the Self-Injury Scale (Sigalas and Biswas, 1998), Beck Depression (Beck, Mendelsohn, Mook & Arbaf, 1996), Love Trauma (Dehghani et al., 2010), Social Skills (Inderbitzen And Foster .1992), emotion control (Roger & Nashvar, 1987), violence against women (Hajyahy, 2001) and body image (Fisher, 1970) were used. The results showed that the proposed model fits well (RMSEA <0.1) and CMIN / DF <0.5).

Results: The results showed that depression, emotional failure and experience of violence are good predictors of self-harming behaviors. Findings in the second part showed that difficulty in controlling emotion, social skills and body dissatisfaction play a mediating role in the model.

Conclusion: These results indicate the impact of cultural factors, context and social skills are of particular importance and it is necessary to provide comprehensive care including assessment of individual-family and social factors. In the treatment of women with self-harming behaviors Pay special attention to emotional, social, and emotional differences and characteristics.

Keywords: self-harm Behaviors, Depression, Emotional Breakdown, Experience of Violence, Body Dissatisfaction, Social Skills, Emotion Control.

1. PhD student, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

*Corresponding Author: akbari@iaurasht.ac.ir

3. Invited Associate Professor, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

مقدمه

امروزه زنان و دختران نوجوان در جهانی پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر از گذشته زندگی می‌کنند. همراه با تحول شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، جغرافیایی و مراحل از تمدن که دختران در آن قرار دارند، طبیعتاً نیازها و تمایلات اجتماعی آنها نیز با توجه به آرزوهای نامحدود و توانایی‌های بالقوه‌ای که دارند، تنوع پذیرفته و پویایی بیشتری می‌یابد (بنیاد جوزف‌رونتری^۱، ۲۰۱۵؛ صمدی و دلیر، ۱۳۹۹). رفتارهای خودآسیبی پدیده تازه‌ای نبوده و از سال ۱۸۸۰ مورد توجه محققان قرار گرفته است. مینگر نخستین کسی بود که رفتارهای خود آسیمی را از رفتارهای منتهی به خودکشی متمایز کرد. اگر چه خودکشی حد نهایی رفتار خود آسیب‌رسان است، اما اصطلاح رفتارهای خود آسیب‌رسان^۲ برای رفتارهای غیرکننده به کار گرفته می‌شود (جنیفر، کلادا، هاسکینگ و مارتین^۳، ۲۰۰۸؛ دماوندیان، گلشنی، صفاری‌نیا، باغدار، ۱۴۰۰).

همگام با دگرگونی‌های صنعتی در دنیا، خانواده ایرانی در نیمه قرن اخیر شاهد دگرگونی‌های چشمگیری در روابط خانوادگی، تعاملات اجتماعی-صنعتی و در نتیجه تغییر نگرش‌ها و علایق زنان بوده است (فاضل، امینی، مهرابی، شریف‌پور و قاسمی، ۱۳۹۰) و سبک‌های جدید زندگی که در جامعه ایران تحت تأثیر جهانی‌شدن گسترش یافته، در تغییر رفتارهای عادت‌ی زنان اثر قاطعی داشته‌اند (خواججه‌نوری، عابدی، توکلی و نصیری، ۱۳۹۰). در این دوگانگی متضاد که خود نتیجه گذار جامعه از سنت به مدرنیته و عدم ثبات ارزش‌ها و هنجارها موجود است، به این دلیل که ما به انعطاف‌پذیری سنتی خود شک کرده‌ایم، ولی هنوز چیزی را جایگزین آن ننموده‌ایم، در سطح اجتماعی نگرش‌های نوینی به وجود آمده است (محمدی، ۱۳۸۶). از مسایلی که در افراد دارای سابقه خودزنی مشاهده می‌شود، افسردگی^۴ است. براساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت^۵، در سال ۲۰۱۵، افسردگی، دومین عاملی است که به افزایش سال‌های عمر ازدست‌رفته به واسطه (یا زیسته با) ناتوانایی ناشی از بیماری‌ها و صدمات منجر شده است؛ به طوری که افسردگی اساسی حدود ۸/۲٪ از بار بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است (فراری، ۲۰۱۷). گزارش‌ها نشان می‌دهند اختلالات افسردگی و اضطرابی از رایج‌ترین بیماری روانی در دنیا هستند. ۲۵٪ افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در جهان از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نکته مهم این است که افسردگی روز به روز در دنیا در حال افزایش است (لامبر، ۲۰۱۶؛ به نقل از ریاحی و محمودآبادی، ۱۳۹۷). تفاوت در میزان و نوع افسردگی در زنان و مردان، همواره موضوعی چالش‌برانگیز بوده است؛ زیرا در زمینه شیوع افسردگی براساس جنسیت، تناقضات بسیاری در نتایج

1. Joseph Rontari Foundation
2. Self-harm Behaviors
3. Genifer, Kelada, Hasking & Martin
4. Depression
5. World Health Organization, WHO

پژوهش‌ها دیده می‌شود. نتیجه برخی مقالات نشان می‌دهد افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (حسینی، ۱۳۹۰).

شکست عاطفی^۱ از دیگر عوامل تاثیرگذار در خودزنی می‌باشد. روابط رمانتیک و عاشقانه در دوره جوانی بسیار رایج هستند و نزدیک به ۶۵ درصد از نوجوانان آن را تجربه می‌کنند (اسمیت، ولش و فیت^۲، ۲۰۱۰). روابط نزدیک بین انسان‌ها به‌ویژه پدیده عشق بین دو جنس مخالف، تاثیر معناداری بر جنبه‌های مختلف زندگی انسان به‌ویژه ابعاد روان‌شناختی دارد (واتسون-کوری^۳، ۲۰۰۴). از سوی دیگر، به نظر می‌رسد که هر رابطه عاشقانه موفقیت‌آمیز نیست؛ به عبارت دیگر عشق و فقدان دو روی یک سکه هستند. بی‌تردید هر رابطه‌ای با مرگ یا جدایی خاتمه می‌یابد و تجربه عشق به رویارویی اجتناب‌ناپذیر با فقدان می‌انجامد؛ به عبارت دیگر شکست و ناکامی در عشق می‌تواند در خلال هر رابطه‌ای اتفاق بیافتد (بهرامی، صادقی و کارخانه، ۲۰۱۱).

از دیگر عواملی که بر خودزنی تاثیرگذار است می‌توان به تجربه خشونت^۴ اشاره کرد. خشونت در خانواده از زمانی که انسان بر روی این کره خاکی زندگی را آغاز کرده نسبت به کودکان، زنان و سالخورده‌گان وجود داشته، ولی شدت و ضعف آن در جوامع مختلف و در طبقات گوناگون جامعه متفاوت بوده است (اعزازی، ۱۳۹۵). از متداول‌ترین خشونت‌ها، خشونت علیه زنان بوده است. این نوع خشونت حتی قبل از تولد شروع می‌شود و نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی آنها را در برمی‌گیرد و تا دوران کهنسالی نیز ادامه می‌یابد. تا جایی که تمایل به داشتن فرزند پسر از دیرباز تاکنون در میان اکثر ملل به ویژه در شرق و جنوب شرق آسیا وجود داشته است (قلی‌پور و روشندل، ۱۳۹۴). با وجود این زنان نسبت به اعضای دیگر خانواده بیش‌تر در معرض خشونت، به خصوص خشونت مردان بوده‌اند و ترس رویارویی با این خشونت بر تمام زندگی آن‌ها سایه افکنده است. خشونت از هر نوع باعث می‌شود که قربانی از ارزش و اعتبار انسانی خالی شود و جراحات جسمی و ضربه‌های روحی حاصل از آن تبعات فراوانی برای زندگی فرد قربانی دارد. خشونت علیه زنان در ابعاد خانگی (خانوادگی) و اجتماعی (عمومی)، ابعاد روانی، اقتصادی، جسمی و جنسی آن، چه در جوامع توسعه‌یافته و چه در جوامع در حال توسعه همواره به عنوان یک دغدغه و آسیب مطرح بوده که طیف آن از جامعه صنعتی تا جوامع عقب‌مانده بر اساس مؤلفه‌های فرهنگی و بومی متغیر است.

مهارت‌های اجتماعی^۵ یک راهبرد کلی است که افراد به واسطه آن برای موقعیت‌های چالش‌برانگیز پاسخ‌های مقابله‌ای موثر پیدا می‌کنند. مهارت‌های اجتماعی، برای سازگاری روانی بسیار مهم است؛ زیرا در گستره موقعیت‌های تنش‌زا، بر کارکرد انطباقی، تاثیر می‌گذارد. بنابراین، تعجب‌آور نیست که مساله اجتماعی از یک سو با اشکال مختلف ناسازگاری و آسیب‌شناسی روانی و از

1. Emotional Breakdown
2. Smith, Welsh & Fite
3. Watson -Currie
4. Experience of Violence
5. Social Skills

سوی دیگر با سازگاری روان‌شناختی مثبت، رابطه دارد (چانگ، دی‌آراجنیو، پراچیو و پتی^۱، ۲۰۰۴؛ دیزریلا و ونزو^۲، ۱۹۹۹). اغلب مطالعات، در حوزه مهارت‌های اجتماعی و سازگاری بر اساس مدل حل مساله اجتماعی قرار گرفته است که اولین بار توسط دیزریلا و گولدفرید (۱۹۷۱) از موریلا و همکاران (۲۰۰۶) معرفی شد و سپس به وسیله دیزریلا و همکاران گسترش یافت. مهارت‌های اجتماعی، عمدتاً به وسیله دو فرایند کلی جهت‌گیری نسبت به مساله، اشاره به چگونگی توجه افراد به محیط اطرافشان دارد و تا حدودی مدل شناختی-هیجانی ثابتی است که افراد نسبت به مسایل زندگی خود دارند و چگونگی ارزیابی آنان از ظرفیت‌های حل مساله‌ای خود را نشان می‌دهد (دیزریلا و ونزو، ۲۰۰۱). دیزریلا و ونزو (۲۰۰۱) دو عامل جهت‌گیری مثبت و منفی نسبت به مسائل را معرفی کردند که بخشی از مدل پنج عاملی مهارت‌های اجتماعی وی می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعات ایوت و شیوچوک^۳ (۲۰۰۵) و گرنت و همکاران^۴ (۲۰۰۴) بین مهارت‌های اجتماعی و خودزنی رابطه مستقیم وجود دارد.

کنترل هیجانی^۵ متغیر مهم دیگری است که تاثیر پنهان و مکنون در خودزنی دارد. یکی از مهارت‌های زندگی، مقابله و برخورد موثر با هیجان‌ها می‌باشد. تحقیقات فراوانی تاکنون به بررسی دلایل زمینه‌ساز ارتکاب رفتارهای پرخاشگرانه از سوی افراد انجام گرفته‌اند و اخیراً تعدادی از آنها مانند نورستروم و پاپی^۶ (۲۰۱۹) و دوناهیو، گرانس، مک‌لوره و وان مال^۷ (۲۰۱۸) نشان داده‌اند که خودکنترلی هیجانی پایین یکی از دلایل عمده بروز انواع رفتارهای پرخاشگرانه از سوی افراد است و خودکنترلی هیجانی پایین به طور کامل و معناداری رابطه بین هیجانات منفی و پرخاشگری فیزیکی را میانجی‌گیری می‌کند. خودکنترلی هیجانی پایین به معنای استفاده از راه‌های ناسازگارانه‌ای است که فرد به هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات هیجانی از خود نشان می‌دهد (گراس^۸، ۲۰۱۳، به نقل از دوناهیو و همکاران^۹، ۲۰۱۴).

متغیری که در این پژوهش به عنوان میانجی در نظر گرفته شده است، نارضایتی از بدن^{۱۰} می‌باشد. تصویر بدنی یک ساختار چندبعدی است شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده (ایگلنتون^{۱۱}، ۲۰۱۱). نارضایتی از تصویر بدنی به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن برمی‌گردد و به تمایز بین بدن واقعی و تصویر بدن ایده‌آل اشاره دارد (ریچستن،

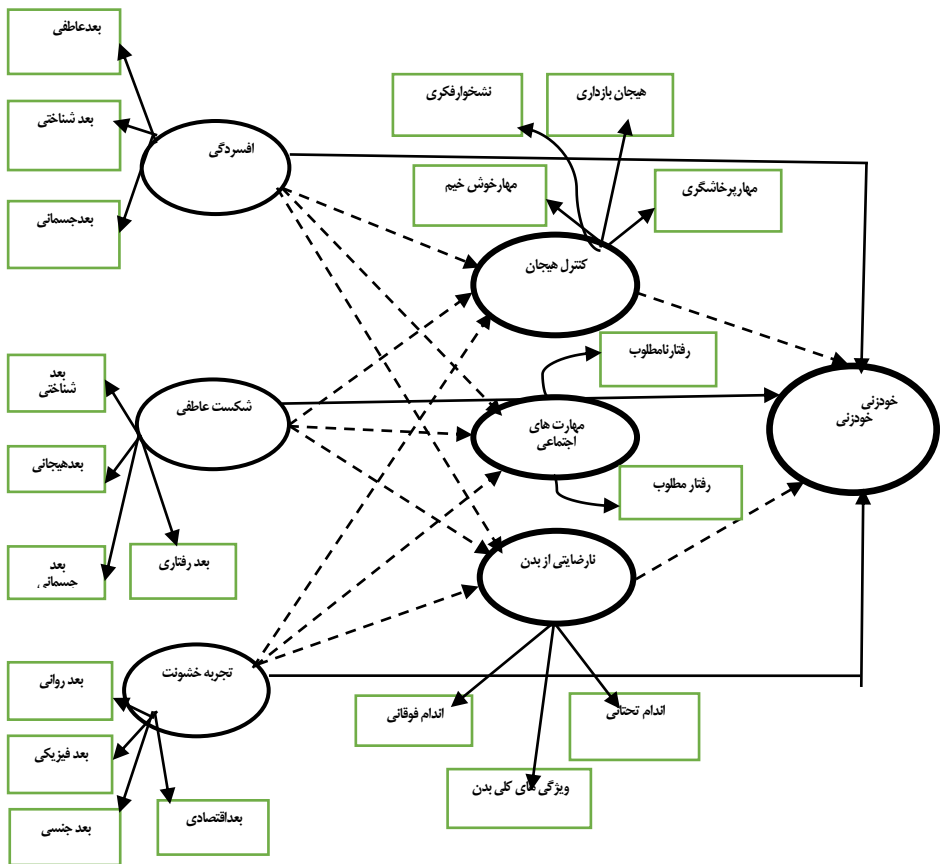
1. CHang, D'Argenio, Peracchio & Petti
2. Dizerilla & Wenzu
3. Olivet & SHirchok,
4. Gerant et al
5. Emotion Control
6. Norostorom &Papi
7. Donahiuo ,Gerans,Macloreh &Wanmal
8. Geras
9. Donahiuo et al
10. Body Dissatisfaction.
11. Egelton

برپوشی و فرار^۱، ۲۰۱۲). پژوهش درباره بدن به‌ویژه دستکاری و تغییر در اجزای بدن که نشان‌دهنده تصور بدنی منفی افراد تحت تأثیر مؤلفه‌های فرهنگی است از موضوعات دلخواه تعدادی از پژوهشگران داخلی بوده است. همچنین در زنان، تعریف کلیشه‌ای از مفهوم زن و مردان، اهمیت تناسب اندام تبیین‌کننده انگیزه‌هایشان در جراحی زیبایی است. تصویر بدن یک مفهوم محوری برای خودپنداری محسوب می‌شود و تلویحات مهمی برای زمینه‌های گوناگون عملکرد و روان‌شناختی و کیفیت زندگی دارد (نعامی و پورمیدانی، ۱۳۹۶). تصویر بدن نه تنها یک پدیده ناشی از ساختار اجتماعی است بلکه، این مسئله مرتبط است که فرد چگونه تعاملات خود با دیگران را تجربه می‌کند (کش، تریالت و آنیس^۲، ۲۰۱۵). شواهد هم‌سوی تحقیقات مقطعی نشان می‌دهند که زنان به شدت در معرض استانداردهای زیبایی لاغری هستند که در رسانه‌ها تبلیغ می‌شود. نارضایتی از بدن و در نتیجه ابتلای آنان به انواع بیماری‌ها، آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی گردیده است (موسوی، زارع، ۱۳۹۶). خواجه‌نوری و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی، رابطه سبک زندگی و تصویر بدن در میان زنان شهر شیراز را بررسی کردند. آنها نشان دادند سبک‌های فراغتی، مذهبی و موسیقایی مدرن با تصور بدنی رابطه مثبت معنادار دارند.

الگوی پیشنهادی در پژوهش حاضر متغیرهای بسیاری را در بر می‌گیرد و یک سیستم کلی از روابط بین این متغیرها را نشان می‌دهد. خودزنی معمولاً در دوران نوجوانی، در حدود ۱۳ تا ۱۴ سالگی شروع می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). ۴ درصد بزرگسالان و تا ۲۳ درصد نوجوانان در جمعیت عمومی گزارش شده است (فرانکلین، هاروون، آرتور، شرکی و پریشتاین^۳، ۲۰۱۲). میزان خودزنی در نمونه‌های بالینی نوجوانان را تا ۶۱٪ یافتند؛ با این حال، مطالعات جدید نشان می‌دهد که میزان مشابه خودزنی را می‌توان در هر دو جنس یافت (ورهائزن، دسمیت، وون و کمپ^۴، ۲۰۱۱). پژوهش گلیاو و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که میزان آسیب به خود بین زنان و مردان و بین نوجوانان متفاوت است، نتایج نشان دادند که بخش قابل توجهی از زنان شرکت‌کننده در پژوهش، مرتکب خودزنی می‌شوند. یافته‌های بیان می‌کند که نیاز به خدمات بهداشتی خوب جامعه و خدمات بهداشت روان مبتنی بر بیمارستان برای نوجوانان با سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه پیشگیری از مدرسه است. با مرور پژوهش‌های انجام‌شده در حیطه متغیرهای پژوهش، برآن شدیم تا به بررسی الگوی ساختاری اثرات افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت با رفتارهای خودزنی در زنان؛ نقش میانجی مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان و نارضایتی از بدن بپردازیم؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان

1. Richesten, Brioschi & Ferrara
2. kash, Teriyalt & Anis
3. Ferankelin ,Haron, Artor, SHerki & Perneshtain
4. Werhaen, Desmit, Wen & Camp

و نارضایتی از بدن بر افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت در چارچوب یک مدل علی به منظور شناخت اثرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر خودزنی ارائه شده‌اند. در شکل ۱-۱ الگوی مفهومی پیشنهادی اثرات خودزنی ارائه شده است. پژوهش حاضر، پژوهش کاربردی - نظری است. از آن‌جا که ادبیات تحقیق، الگوهای نظری متفاوتی را در زمینه سبب‌شناسی خودزنی بدست می‌دهد و در نتیجه الگوهای متفاوت تنها بخش اندکی از سبب-شناسی خودزنی را ارائه می‌کنند، سعی بر این بوده است که به لحاظ نظری به ارائه الگویی وسیع‌تر بپردازیم که بتواند دانش و اطلاعات کنونی از خودزنی را تلفیق نماید.



نمودار ۱ الگوی پیشنهادی اثرات خودزنی

روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی از طریق الگویابی معادله ساختاری^۱ است که یک روش همبستگی چند متغیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان ۲۵-۱۵ ساله استان البرز، شهر کرج در سال ۱۳۹۹ است که در فراخوان اینترنتی با کسب نمره مشارکت می‌کنند. ملاک-های ورود شامل: دارا بودن هوش بهنجار، تمایل و رضایت آگاهانه برای همکاری و مشارکت در پژوهش، دارا بودن رفتارهای خودزنی در سطح معنادار بر اساس پرسش‌نامه می‌باشد. ملاک خروج عدم پاسخگویی دقیق به سوالات و عدم کسب نمره پایه در خودزنی بوده است. حجم نمونه مورد مطالعه بر اساس فرمول کوکران شامل ۵۰۰ نفر از جامعه آماری زنان که از طریق روش نمونه-گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و شغل انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، محقق در ابتدا ورود به لینک سوالات، ضمن معرفی خود در مورد اهداف و ضرورت‌های پژوهش و لزوم توجه به زنان و شناخت سلامت روانی آنها توضیحاتی ارائه گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه خواهد ماند.

ابزارهای پژوهش

جهت سنجش متغیرهای این مطالعه از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی با فرمت‌های مختلف پاسخ استفاده شد. علاوه بر این، از اعضاء نمونه خواسته شد تا به سوالاتی که جهت گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی آنان، شامل سن و جنسیت مطرح شده است پاسخ دهند. انتخاب متغیرها در این مطالعه مبتنی بر الگوی روابطی بود که پیش از این نشان داده شد. جهت سنجش این متغیرها، تصمیم گرفته شد از ابزارهایی استفاده شود که بسیار شناخته‌شده‌اند و اعتبار و پایایی آنها در مطالعات گذشته مورد تأیید بوده است.

الف) مقیاس آسیب به خود: مقیاس آسیب به خود^۲ (سیگالاس و بیسواس، ۱۹۹۸)، پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله / خیر) است که سابقه آسیب‌رساندن به خود را در پاسخ‌دهندگان بررسی می‌کند. در این پرسش‌نامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند؛ مانند سوء‌مصرف دارو، مواد یا الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود و از دست دادن شغلی به صورت عمدی. پرسش‌نامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسش‌نامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴٪ درصد از پاسخ‌دهندگانی که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی ۲ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش

1. Structural Equation Modeling
2. The Self-Harm Inventory (SHI)

آلفای کرونباخ ۰.۸۵٪ گزارش شد و روایی محتوا نیز در این پرسش‌نامه مورد تایید قرار گرفت. مقیاس افسردگی بک^۱ (بک، مندلسون، موک و ارباف، ۱۹۷۱) ابتدا در سال (۱۹۶۱) از سوی ای تی بک، مندلسون و موک و ارباف معرفی شد. در سال (۱۹۷۱) مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۶ منتشر شد. ۲۱ ماده پرسش‌نامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. ضریب پایایی حاصل از آزمون-بازآزمون در یک زیر گروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳٪ گزارش شده است (دایسون، محمدخانی و مساح چولایی، ۲۰۰۷). محاسبه روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک و پرسش‌نامه اضطراب بک به ترتیب ۶۸٪ و ۶۰٪ گزارش شده است. همچنین ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۲۰۰۳). محمدخانی و دابسون (۲۰۰۷) نیز خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه را در ۳۵۴ نفر از بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبود نسبی بودند، بررسی کردند. در این مطالعه ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۱ محاسبه شد. در پژوهش حاضر از این پرسش‌نامه به منظور سنجش شدت علائم افسردگی استفاده شد.

ب) مقیاس نشانگان ضربه عشق^۲: مقیاسی است که راس در سال ۱۹۹۹ برای سنجش

شدت عشق تهیه کرده است.

این پرسش‌نامه از ۱۰ ماده براساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای و از ۰ تا ۳ امتیازبندی شده است. نمره ۲۰ به عنوان نقطه برش در این پرسش‌نامه در نظر گرفته می‌شود. ارزیابی روایی محتوای ابزار بر روی یک نمونه دانشجویی ۴۹ نفری ۰/۷۹٪ به دست آمد، ضریب پایایی از طریق بازآزمایی با فاصله یک هفته بر روی همین گروه ۰/۸۱٪ بدست آمد (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این پرسش‌نامه در یک گروه ۴۸ نفری از جمعیت دانشجویی ۰/۸۱ است و ضریب اعتبار آن در همین گروه با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۳ بدست آمده است (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۸).

ج) مقیاس سنجش استاندارد خشونت نسبت به زنان^۳: (حاج‌یحیی، ۱۹۹۹؛ به

نقل از امیری شمیلی، ۱۳۹۳)، پرسش‌نامه‌ای دارای ۳۲ ماده و ۴ عامل است. سنجش خشونت روانی، فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای چهار عامل آزمون حاج‌یحیی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ است. روایی این پرسش‌نامه توسط چند تن از اساتید تأیید شد و ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) آن با استفاده از نمونه ۳۰ نفری ۰/۹۵ است (حاج‌یحیی، ۱۳۸۰).

1. Beck Depression short Inventory (BDI-S)

2.- Love Trauma Inventory (LTI)

3. Violence against Women Inventory(VWI)

د) مقیاس مهارت‌های اجتماعی ایندربیتزن و فوستر^۱ (۱۹۹۲): حاوی ۳۹ عبارت پنج گزینه‌ای است که آزمودنی پاسخ خود را در مورد هر عبارت در دامنه‌ای از گزینه‌های "اصلاً صدق نمی‌کند تا همیشه صدق می‌کند" ابزار می‌نماید. پایایی پرسش‌نامه را امینی (۱۳۷۸) در تهران برای گزاره‌های مثبت و منفی ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش کرده است. ارجمندی (۱۳۸۳) با استفاده الفای کرونباخ پایایی این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آورده است. مقیاس مهار هیجانی راجر و نشور^۲ (۱۹۸۷) ساختار اولیه مهار هیجانی را تنظیم و راجر و نجاریان (۱۹۸۹) این پرسش‌نامه را تجدید نظر نمودند. پرسش‌نامه مذکور دارای چهار مولفه (بازداری هیجان، مهار پرخاشگری، نشخوارگری یا مرور ذهنی و مهار خوش‌خیم) و ۵۶ ماده دارد. اعتبار مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ به دست آمد و بیانگر آن است که مقیاس مذکور دارای همسانی درونی بالا و معنادار است (واحدی، ۱۳۹۲). **و) مقیاس تصویر بدن^۳ (فیشر، ۱۹۷۰):** این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است (فیشر، ۲۰۱۰). اعتبار این آزمون توسط یزدان‌جو در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی محاسبه شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۸۱٪، دانش‌آموزان سال دوم ۸۴٪، دانش‌آموزان سال سوم ۸۷٪ و جمع دانش‌آموزان ۸۴٪ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری این ضرایب می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول و اجرای دوم آزمون تصویر، همبستگی معنی‌داری وجود دارد (اصغری، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

در ابتدا آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی و در ادامه به بررسی فرضیات با آمار استنباطی می‌پردازیم. در بخش آمار استنباطی برای بررسی مدل پژوهش و فرضیات، از روش معادلات ساختاری استفاده شده است. بر مبنای این مدل، متغیرهای افسردگی، تجربه خشونت به‌عنوان متغیر پیش‌بین و برونزا (مستقل) و متغیرهای کنترل هیجان و مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان متغیر میانجی و درون‌زا و متغیر رفتارهای خودزنی به‌عنوان متغیر درون‌زا (وابسته) در نظر گرفته شده است. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS²⁶ و AMOS²⁴ صورت گرفت. جهت تحلیل روابط واسطه‌ای نیز از روش بوت استرپ در برنامه MACRO^{۲۰۰۸} پرپچر و هایز (۲۰۰۸) استفاده شد. به عنوان داده‌های ورودی به الگویابی معادله ساختاری، ماتریس کوواریانس و بردار میانگین برای نمونه مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با

1. Teenagers Social Skills Inventory (TISS)

2. Emotion control Questionnaire (ECQ)

3. Body Fisher Image Test (BFIT)

داده‌ها، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت؛ مقدار مجذورکای (نسبت مجذورکای بر درجات آزادی)، شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته، شاخص برازندگی هنجار شده، شاخص برازندگی تطبیق، شاخص توکر-لوپس^۱ و شاخص برازندگی افزایشی و جذر میانگین مجذورات خطای تقریبی^۲.

آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی تحقیق:

سن پاسخ دهندگان به پرسشنامه، ۳۷/۶ درصد بین ۲۰-۱۵ سال و ۶۲/۴ درصد بین ۲۵-۲۰ سال بوده‌اند. میزان تحصیلات پاسخ دهندگان به پرسشنامه، ۴۵/۸ درصد زیردیپلم، ۴۳/۶ درصد دیپلم تا لیسانس و ۱۰/۶ کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. وضعیت شغل پاسخ دهندگان به پرسشنامه، ۷۱/۲ درصد دانشجو یا محصل، ۱۰/۶ درصد کارمند و ۱۸/۲ درصد خانه‌دار بوده‌اند. وضعیت تأهل پاسخ دهندگان به پرسشنامه، ۲۰/۶ درصد مطلقه یا متارکه، ۸/۲ درصد متأهل و ۷۱/۲ درصد مجرد بوده‌اند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در آزمودنی‌ها جدول ۱ اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای رفتارهای خودزنی، افسردگی، مهارت‌های اجتماعی، تجربه خشونت، شکست عاطفی و کنترل هیجان گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در زنان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه-کمینه	چولگی	کشیدگی
رفتارهای خودزنی	۱۳/۶۴	۸/۹۴	۲۲-۰	-۰/۳۶۷	-۱/۷۰۰
افسردگی	۱۸/۶۳	۱۴/۱۱	۳۹-۰	۰/۱۹۹	-۱/۴۱۹
جسمانی	۶/۰۱	۴/۳۸	۱۲-۰	۰/۰۰۷	-۱/۴۹۹
شناختی	۸/۴۴	۶/۷۳	۱۸-۰	۰/۱۹۱	-۱/۴۱۱
عاطفی	۴/۱۷	۳/۳۶	۹-۰	۰/۳۱۷	-۱/۳۹۲
نارضایتی از بدن	۵۸/۱۲۱	۵۲/۴۸	۲۱۳-۴۶	۰/۰۳۷	-۱/۲۰۹
سر و صورت	۳۰/۷۷	۱۳/۴۵	۵۳-۱۲	۰/۰۶۸	-۱/۲۹۰
اندام‌های فوقانی	۲۶/۴۲	۱۱/۷۱	۴۷-۱۰	۰/۰۹۲	-۱/۲۲۵
اندام‌های تحتانی	۱۵/۴۲	۷/۶۷	۳۰-۶	۰/۲۸۱	-۱/۳۸۴

1. Tucker-Lewis

2. Root-Mean-Square Error of Approximation

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه- کمینه	چولگی	کشیدگی
ویژگی‌های کلی بدن	۴۸/۹۷	۲۰/۹۵	۹۰-۱۸	-۰/۰۸۹	-۱/۰۶۲
مهارت‌های اجتماعی	۹۷/۷۰	۴۸/۴۹	۱۶۷-۲۵	-۰/۱۵۸	-۱/۵۴۴
رفتار مطلوب	۴۰/۴۴	۳۰/۶۷	۹۵-۲	۰/۱۲۵	-۱/۶۷۲
رفتار نامطلوب	۵۷/۲۶	۲۳/۹۰	۹۸-۱۶	-۰/۲۴۹	-۱/۳۸۳
تجربه خشونت	۷۳/۴۳	۲۴/۴۴	۹۶-۳۲	-۰/۶۱۴	-۱/۳۶۱
روانی	۳۷/۲۸	۱۱/۲۷	۴۸-۱۶	-۰/۷۵۵	-۱/۰۱۱
فیزیکی	۲۴/۶۴	۹/۷۷	۳۳-۱۱	-۰/۴۶۶	-۱/۶۷۰
جنسی	۶/۹۰	۲/۶۷	۹-۳	-۰/۶۲۰	-۱/۵۰۴
اقتصادی	۴/۵۹	۱/۷۳	۶-۲	-۰/۶۵۴	-۱/۳۹۲
شکست عاطفی	۱۷/۰۸۸	۸/۸۰	۲۶-۰	-۰/۵۲۱	-۱/۲۰۶
رفتاری	۳/۴۷	۲/۰۴	۶-۰	-۰/۷۰۳	-۱/۱۴۳
جسمانی	۳/۸۶	۲/۲۹	۶-۰	-۰/۵۴۱	-۱/۲۳۹
هیجانی	۵/۶۹	۳/۳۳	۹-۰	-۰/۴۷۲	-۱/۲۹۵
شناختی	۴/۰۵	۱/۸۸	۶-۰	-۰/۶۴۶	-۰/۶۰۷
کنترل هیجان	۳۳/۴۸	۸/۰۶	۵۴-۶	-۰/۱۰۵	۱/۹۸۰
بازداری هیجان	۸/۰۷	۲/۶۲	۱۴-۳	۰/۱۹۷	-۰/۲۲۰
مهار پرخاشگری	۸/۴۸	۲/۷۸	۱۴-۰	-۰/۳۵۹	۰/۹۹۲
نشخوار فکری	۹/۴۹	۳/۲۲	۱۴-۰	-۱/۰۳۱	۰/۴۵۱
مهار خوش خیم	۷/۴۳	۲/۲۶	۱۲-۰	-۰/۰۵۰	۰/۲۸۹

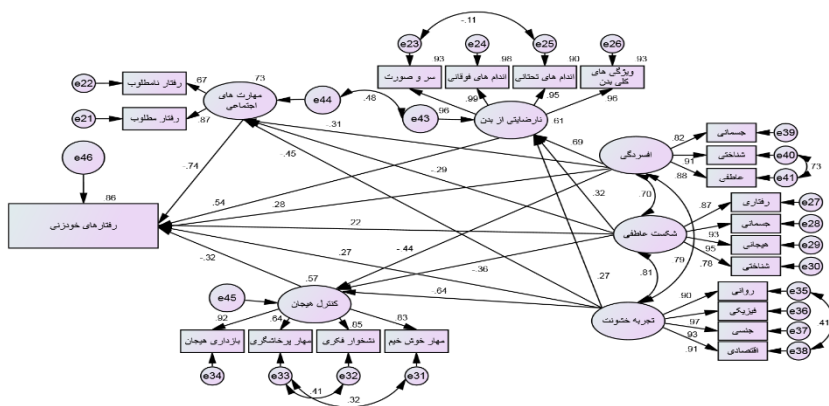
جدول ۲ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین رفتارهای خودزنی، افسردگی، مهارت-های اجتماعی، تجربه خشونت، و کنترل هیجان را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان با رفتارهای خودزنی، افسردگی، تجربه خشونت رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بین رفتارهای خودزنی، افسردگی، تجربه خشونت با یکدیگر رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). هم‌چنین بین مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). مقدار آلفای کرونباخ تمامی پرسشنامه‌های پژوهش، بالای ۰/۷۰ می‌باشد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش بین، واسطه‌ای و وابسته مدل نهایی

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
						۱	۱. رفتارهای خودزنی
						۰/۷۸۳**	۲. افسردگی
				۱	۰/۸۷۳**	۰/۷۸۹**	۳. نارضایتی از بدن
			۱	۰/۷۷۰**	۰/۶۲۳**	۰/۸۳۹**	۴. مهارت‌های اجتماعی
		۱	۰/۷۵۰**	۰/۷۸۹**	۰/۷۲۴**	۰/۸۲۲**	۵. تجربه خشونت
	۱	۰/۷۴۷**	۰/۷۴۸**	۰/۶۷۹**	۰/۶۴۱**	۰/۷۶۲**	۶. شکست عاطفی
۱	۰/۳۰۶**	۰/۴۶۸**	۰/۳۲۴**	۰/۳۸۴**	۰/۴۱۴**	۰/۴۳۳**	۷. کنترل هیجان

*P < ۰/۰۱

در این بخش برای پاسخ به فرضیات مطرح شده از الگویابی معادلات ساختاری مبتنی بر روش کوواریانس نرم افزار AMOS24 استفاده شده است و پارامترهای مدل به روش بیشینه درستنمایی^۱ برآورد شدند. جهت آزمودن الگوی پیشنهادی رابطه بین افسردگی، تجربه خشونت و شکست عاطفی با رفتارهای خودزنی به میانجیگری‌های کنترل هیجان و مهارت‌های اجتماعی در زنان از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن چند متغیری از ضریب کشیدگی استاندارد شده مردیا^۲ و نسبت بحرانی استفاده شده است. در این پژوهش ضریب مردیا ۴/۶۸۵ و نسبت بحرانی ۲/۴۵۹ به دست آمده که کمتر از عدد ۵ می‌باشد. بنابراین فرض نرمال بودن چند متغیری برقرار است.



شکل ۲. الگوی نهایی (اصلاح شده) مدل

1. Maximum Likelihood (ML)
2. Mardia's normalized multivariate kurtosis value

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. برازش الگوی پیشنهادی براساس شاخص‌های برازندگی معرفی شده ارزیابی شدند. با توجه به اینکه مقادیر CMIN/DF کوچکتر از ۵۰ RMSEA کمتر از ۰/۱ می‌باشد، برازش مدل پیشنهادی تأیید می‌شود. نتایج شاخص‌های برآورد شده در مدل نهایی نشان می‌دهد، رابطه ساختاری افسردگی، تجربه خشونت با رفتارهای خودزنی از طریق میانجیگری‌های کنترل هیجان، نارضایتی از بدن و مهارت‌های اجتماعی در زنان برازش دارد. اعداد روی مسیرها، وزن‌های مسیر یا بتاها هستند. از میان این ضرایب، بالاترین ضریب (۰/۷۴۱-) به مسیر مهارت اجتماعی و رفتارهای خودزنی اختصاص دارد. نتایج حاصل از روابط مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل پیشنهادی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر از لحاظ آماری معنی‌دار بودند. بنابراین، براساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۳، همه‌ی مسیرهای مستقیم معنی‌دار هستند ($P < 0/01$).

جدول ۳. ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبیت بحرانی	سطح معنی‌داری (P)
افسردگی ---> کنترل هیجان	-۰/۴۳۶	۰/۰۲۸	-۵/۰۰۶	۰/۰۰۰
افسردگی ---> مهارت‌های اجتماعی	-۰/۳۰۷	۰/۵۹۱	-۳/۵۰۴	۰/۰۰۲
افسردگی ---> نارضایتی از بدن	۰/۶۸۹	۰/۲۱۷	۷/۱۰۵	۰/۰۰۰
افسردگی ---> رفتارهای خودزنی	۰/۲۷۹	۰/۴۳۰	۲/۹۶۷	۰/۰۰۷
شکست عاطفی ---> کنترل هیجان	-۰/۳۶۲	۰/۰۶۷	-۴/۷۴۵	۰/۰۰۰
شکست عاطفی ---> مهارت‌های اجتماعی	-۰/۲۸۵	۰/۶۶۰	-۳/۰۳۷	۰/۰۰۰
شکست عاطفی ---> نارضایتی از بدن	۰/۳۱۸	۰/۴۹۸	۴/۰۶۱	۰/۰۰۰
شکست عاطفی ---> رفتارهای خودزنی	۰/۲۲۳	۰/۰۳۶	۲/۲۳۴	۰/۰۳۹
تجربه خشونت ---> کنترل هیجان	-۰/۶۳۶	۰/۰۱۷	-۶/۸۵۹	۰/۰۰۰
تجربه خشونت ---> مهارت‌های اجتماعی	-۰/۴۴۷	۰/۳۴۲	-۵/۴۰۶	۰/۰۰۰
تجربه خشونت ---> نارضایتی از بدن	۰/۲۶۶	۰/۱۰۹	۲/۵۳۱	۰/۰۲۱
تجربه خشونت ---> رفتارهای خودزنی	۰/۲۶۶	۰/۲۲۸	۲/۴۹۷	۰/۰۲۲
کنترل هیجان ---> رفتارهای خودزنی	-۰/۳۱۸	۰/۴۹۳	-۴/۰۹۳	۰/۰۰۰
مهارت‌های اجتماعی ---> رفتارهای خودزنی	-۰/۷۴۱	۰/۱۳۱	-۸/۶۳۵	۰/۰۰۰
نارضایتی از بدن ---> رفتارهای خودزنی	۰/۵۴۳	۰/۱۹۷	۶/۱۴۳	۰/۰۰۰

در ادامه نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای با استفاده از آزمون بوت استرپ در برنامه MACRO پریچر و هایز (۲۰۰۸) به جهت آزمون مسیره‌های واسطه‌ای در جدول ۴ نشان داده شده‌اند.
جدول ۴. نتایج بوت استرپ برای مسیره‌های غیر مستقیم الگوی پژوهش

سطح معنی- داری	شاخص					مسیر	
	حد بالا	حد پایین	خطا	سوگیری	بوت		
۰/۰۳۶	۰/۰۸۴۷	۰/۰۰۱۰	۰/۰۲۱۷	۰/۰۰۰۲	۰/۰۲۵۹	۰/۰۲۵۷	افسردگی به رفتارهای خودزنی از طریق کنترل هیجان
۰/۰۰۰	۰/۳۲۱۶	۰/۱۸۵۲	۰/۰۳۵۰	۰/۰۰۰۳	۰/۲۴۴۴	۰/۲۴۴۱	افسردگی به رفتارهای خودزنی از طریق مهارت‌های اجتماعی افسردگی به رفتارهای خودزنی از طریق نارضایتی از بدن
۰/۰۲۱	۰/۱۳۹۰	۰/۰۱۴۱	۰/۰۷۶۹	۰/۰۰۰۳	۰/۰۸۳۳	۰/۰۸۳۰	شکست عاطفی به رفتارهای خودزنی از طریق کنترل هیجان
۰/۰۲۷	۰/۱۰۴۹	۰/۰۰۵۶	۰/۰۲۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۲۹	۰/۰۴۲۸	شکست عاطفی به رفتارهای خودزنی از طریق مهارت‌های اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۴۸۳۷	۰/۱۹۷۱	۰/۰۷۱۹	۰/۰۰۰۴	۰/۳۲۸۶	۰/۳۲۸۴	شکست عاطفی به رفتارهای خودزنی از طریق نارضایتی از بدن
۰/۰۰۰	۰/۲۷۴۰	۰/۰۳۱۶	۰/۰۶۰۸	۰/۰۰۰۲	۰/۱۷۲۲	۰/۱۷۲۰	تجربه خشونت به رفتارهای خودزنی از طریق کنترل هیجان
۰/۰۴۱	۰/۰۶۸۶	۰/۰۰۱۰	۰/۰۰۳۰	۰/۰۰۰۲	۰/۰۲۴۳	۰/۰۲۴۱	تجربه خشونت به رفتارهای خودزنی از طریق کنترل هیجان
۰/۰۰۳	۰/۲۴۳۹	۰/۱۱۶۱	۰/۰۳۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۱۲۳۱	۰/۱۲۳۰	تجربه خشونت به رفتارهای خودزنی از طریق مهارت‌های اجتماعی
۰/۰۲۸	۰/۰۹۹۴	۰/۰۱۱۶	۰/۰۲۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۵۲	۰/۰۵۵۱	تجربه خشونت به رفتارهای خودزنی از طریق نارضایتی از بدن

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و آزمون مدلی از مجموعه‌ای از اثرات خودزنی انجام گرفت. در مدل مفروض، متغیرهای افسردگی، شکست عاطفی و تجربه خشونت به عنوان متغیرهای برون‌زا، مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان و نارضایتی از بدن به عنوان متغیر میانجی و خودزنی به عنوان متغیر درون‌زا در نظر گرفته شدند. شاخص‌های به دست آمده نشان دادند که مدل مفروض با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد. مدل به لحاظ نظری در جهت تایید مدل‌های نظری قبلی می‌باشد.

این مطالعه یکی از اولین مطالعات در نوع خود در رابطه با بررسی دامنه نسبتاً وسیعی از تعیین‌کننده‌های خودزنی می‌باشد. به نظر می‌رسد طراحی چنین الگویی توانسته است تصویری مناسب از روابط شناخته‌شده‌ترین متغیرهای ادبیات خودزنی را به دست دهد. در واقع الگوی پیشنهادی در این پژوهش خلاصه مناسب از ادبیات مربوط را فراهم آورده است که می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب برای پژوهش‌های آتی مورد استفاده قرار گیرد. بسیاری از روابط بدست آمده در این پژوهش با یافته‌های تحقیقات خارجی همسان می‌باشد، اما بر اساس اطلاعات ما تاکنون هیچ مطالعه‌ای که تمامی این روابط را همزمان بیازماید انجام نگرفته است از جمله یافته‌های مهم در بخش دوم نشان دادند که نقش دشواری در کنترل هیجان، مهارت‌های اجتماعی و نارضایتی از بدن در مدل به عنوان نقش متغیر واسطه‌ای بود. یافته‌های پژوهش حاضر اثر مستقیم افسردگی با کنترل هیجان و مهارت‌های اجتماعی و نارضایتی از بدن بر خودزنی را مورد تایید قرار دادند. این یافته‌ها با یافته‌های گرتز و رومر^۱ (۲۰۰۴)؛ بیوچین، گزک، کاپ و میدا،^۲ (۲۰۰۷)؛ دی اوانزاتو، جورمان، سیمر و گاتلیب^۳ (۲۰۱۳)؛ کاسترو، سوارز، پیرا و ماسدو^۴ (۲۰۱۷)؛ ماسدو، مارکز، کوارسما، سوارز، امارال، و همکاران^۵ (۲۰۱۷)؛ وردن، پترز، بری، باروکالف و لیورساید^۶ (۲۰۰۸)؛ گارنفسکی و کرایج^۷ (۲۰۰۶)؛ الدانو، نولن-هوکسما و شوایزر^۸ (۲۰۱۰)؛ سیسلر، اولاتونجی، فلدنر و فورسیت^۹ (۲۰۱۰)؛ اهرینگ، توشن-کافیر، اشنول، فیشر و گراس^{۱۰} (۲۰۱۰)؛ کویباخ، بری، هنسن و میکوالچک^{۱۱} (۲۰۱۰) همخوان است. انسان موجودی است اجتماعی و ادامه زندگی او به صورت انفرادی تقریباً غیرممکن است. نیاز به تعامل و ارتباط در تمام مراحل رشد فرد وجود دارد، بعضی از نیازها صرفاً از طریق تعامل و برخورد با دیگر افراد بشر قابل ارضاء است و رشد و تکامل

1. Gertez & Romer
2. Biuochin, Gezek, Kap & Meid
3. Di Evanzato, Jorman, Seymour & Gottlieb
4. Castro, Suarez, Pereira & Masdo
5. Masdo, Marquez, Quaresma, Suarez, Amaral, et al
6. Warden, Peters, Barry, Barocalf & Liverside
7. Garnewski & Kerajj
8. Aldo, Nolen-Hooksma & Schweizer,
9. Sisler, Olatonji, Feldner & Forsyth
10. Ehrling, Tuchen-Kaffir, Eshnol, Fischer, & Gross
11. Koibach, Barry, Hansen & Mikwalchek

آدمی مستلزم تعامل بین نیازها و روابط انسانی است، که نتیجه آن همان شخصیت و هویت منحصر بفرد آدمی است. مشکلاتی که در راه رشد بوجود می‌آیند عمدتاً شامل دو دسته از عوامل می‌شوند. نخست مشکلاتی که در نتیجه ارضاء نشدن نیازها بوجود می‌آیند، دوم مشکلات ناشی از ترس در روابط انسانی. با توجه به مطالب فوق می‌توان بیان نمود که هر انسانی برای تعالی خود و اضاء نیازهایش تلاش می‌کند تا با محیطی که در آن زندگی می‌کند سازگار شود. افسردگی در بین متقاضیان جراحی زیبایی بالاتر از افراد غیرمتقاضی است. با توجه به نتایج پژوهش‌ها، تبیین احتمالی این نتیجه می‌تواند این باشد که افراد افسرده بیشتر از سایرین احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کنند و دارای نگرشات منفی نسبت به خود هستند که نگرش منفی نسبت به جسم و ظاهر را نیز شامل می‌شود و این نگرش منفی موجب می‌شود که آنها ظاهر خود را نامطلوب توصیف کنند و به دنبال تغییر آن باشند تا احساس مطلوب‌تری در مورد خویش داشته باشند. همچنین می‌توان اظهار نمود که استرس و تصور از بدن به عنوان دو سازهٔ روانی که هر دو به نحوی به درک و شناخت فرد مرتبط است با هم رابطه دارند. بنابراین زنانی که دارای اختلال افسردگی هستند، ابعاد شناختی، عاطفی و جسمی آنها مشکل دارند و این امر آمادگی آنها را برای رفتارهای خودزنی افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر اثر منفی شکست عاطفی با تنظیم هیجان و مهارت‌های اجتماعی و اثر مستقیم و مثبت ناراضیاتی از بدن را بر خودزنی مورد تایید قرار دادند. نتایج این تحقیق با یافته‌های یوستن^۱ (۱۹۹۴)؛ لارسن^۲ (۲۰۰۰)؛ وستن و بلاگو^۳ (۲۰۰۷)؛ تامپسون^۴ (۱۹۹۴)؛ اکبری، خانجانی، پورشریفی، محمودعلیلو و عظیمی (۱۳۹۱)؛ آسایش، فرح بخش، دلاور و سلیمی بجستانی (۱۳۹۷)؛ مولرت، سیفرت، لیچت، کیرچ، ارتل، کارچ و موسمن^۵ (۲۰۰۸)؛ روبیتشک و آشتون^۶ (۲۰۰۹) همخوان است. تنظیم هیجان تابعی از ساختار گسترده تنظیم عاطفه می‌باشد. تنظیم عاطفه شامل چهار ساختار دارای همپوشی است که عبارتست از: مقابله، تنظیم هیجان، تنظیم خلق و دفاع‌های روان‌شناختی. مقابله به واسطه تمرکز عمده کاهش عاطفه منفی و تأکید بر دوره‌های زمانی وسیع‌تر متفاوت از تنظیم هیجان است.

دفاع‌ها معمولاً ناهشیار و خودکار هستند و به عنوان تفاوت‌های فردی ثابت مطالعه می‌شوند. عدم مهارت‌های اجتماعی باعث ماندگاری نشانگان ضربه عشق به صورت طولانی‌تر در زنان خواهد شد. افراد هر چقدر مهارت‌های اجتماعی بالاتری داشته باشند، در روابط بهتر عمل می‌کنند و همچنین بعد از اتمام یک رابطه عاشقانه، روش‌های جایگزین مطلوب‌تری را انتخاب می‌کنند. ناراضیاتی از تصویر بدن یک مشکل مزمن به شمار می‌آید که به خصوص زنان را در سراسر طول

1. Justin
2. Larsen
3. Westen & Blog
4. Thompson
5. Mollert, Seifert, Licht, Kirch, Ertel, Karch, & Mussmann
6. Rubiteshk & Ashton

عمر درگیر می‌کند در گروه غیربالینی، نارضایتی از تصویر بدن با شاخص تودهٔ بدنی بالاتر و رژیم مزمن، پاکسازی اختلالات خوردن مثل پرخوری تیلکا، اضطراب سطح بالاتری از افسردگی سطح پایین تری از اعتماد به نفس و شکست عاطفی و به طور کلی با سطح پایین کیفیت زندگی ارتباط دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که واکنش‌های شناختی دخترانی که تجربه شکست عشقی را داشتند به دو صورت سازگاران و ناسازگاران است. تحریفات شناختی یکی از واکنش‌های ناسازگاران شناختی افراد بود. یافته‌های پژوهش حاضر اثر منفی تجربه خشونت با کنترل هیجان و مهارت‌های اجتماعی و اثر مستقیم و مثبت نارضایتی از بدن را با رفتارهای خودزنی را مورد تایید قرار دادند. این یافته با یافته‌های لامونت^۱ (۲۰۱۰)؛ هیلاری^۲ (۲۰۱۷)؛ پن و همکاران^۳ (۲۰۰۳)؛ زنگنه، رئیسی سر تشنیزی، عارفی، اسفندآباد و امامی‌پور (۱۳۹۵)؛ نوک^۴ (۲۰۰۹)؛ غضنفری (۱۳۸۹)؛ گاندرسون^۵ (۱۹۸۴)؛ جاکسون و بادی^۶ (۲۰۲۰)؛ اندرس و همکاران^۷ (۲۰۱۹) همخوان می‌باشد. نتایج نشان داد، زنانی که بیشتر در معرض انواع خشونت‌ها قرار گرفتند مهارت کنترل هیجان پایین تری نشان دادند. اولین بررسی‌ها در مورد خشونت خانگی مربوط به خشونت بدنی بود اما در طول زمان انواع دیگر خشونت خانگی (روانی، اقتصادی، اجتماعی و...) مورد توجه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفت. در کشور آمریکا در سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۴، بر اساس نتایج بدست آمده، هشت عامل در ایجاد خشونت خانگی موثر بوده‌اند که عبارتند از: ۱. مشاخره بر سر پول؛ ۲. حسادت؛ ۳. مسائل جنسی؛ ۴. مصرف الکل یا اعتیاد به مواد مخدر از ناحیه شوهر؛ ۵. اختلاف بر سر فرزندان؛ ۶. بیکاری شوهر؛ ۷. علاقه زن به کار بیرون از خانه؛ ۸. بارداری. بر اساس تحقیقات انجام شده در ایران، به عوامل گوناگونی که در بروز خشونت علیه زنان نقش داشته، اشاره می‌شود: تفاوت سنی زوجین، دخالت خویشاوندان و نزدیکان زوجین، تجربه و مشاهده خشونت والدین توسط زوجین در خانواده، خاستگاه و میزان تحصیلات شوهر که دارای ارتباط مثبت و معنی‌داری با انواع خشونت شوهران علیه زنان (روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی) می‌باشد. متغیر درآمد زن که دارای رابطه مثبت و معنی‌داری با خشونت روانی، فیزیکی و اجتماعی شوهران علیه زنان در خانواده و رابطه معکوس و معنی‌داری با خشونت اقتصادی شوهران علیه زنان در خانواده می‌باشد. همچنین میزان رضایت و علاقه زوجین در انتخاب همسر، وضعیت اشتغال زوجین، نوع شغل زوجین، سابقه وابستگی شوهر به مواد مخدر، تفاوت تحصیلات زوجین و تفاوت درآمد زوجین دارای ارتباط معناداری با انواع خشونت شوهران علیه زنان در خانواده می‌باشد. نتایج تحقیق از ارتباط

1. Lamont
2. Hillary
3. Pen et al
4. NocK
5. Ganderson
6. Jackson & Buddy
7. Anders et al

منفی مهارت‌های اجتماعی با تجربه خشونت را به صورت معنی‌دار نشان داده است. هر چقدر زنان مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بالاتری داشته باشند به همان میزان تجربه خشونت کم‌تری را خواهند داشت. زنان با سابقه خشونت جنسی ناراضی‌تری بدنی بیشتری را گزارش می‌کنند، که با افزایش علائم روانشناختی و پریشانی، افزایش رفتار خطر جنسی و کاهش قدرت ابراز وجود همراه است، تجربه خشونت شریک زندگی صمیمی به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مهم رفتارهای خودزنی در زنان است. نتایج نشان داد که با بالا رفتن سن زنان به ویژه سنین جوانی و بزرگسالی، میزان خشونت علیه زنان افزایش می‌یابد. تحقیقات نتیجه بدست آمده دیگر نشان می‌دهد که بالاترین میزان خشونت در گروه زنانی است که همسران آنها در دوران کودکی از والدین خود کتک می‌خورده‌اند. در بررسی عوامل خانوادگی مرتبط با دشواری در تنظیم هیجانی اشاره کرده‌اند، زنانی که در محیطی با مراقبت مادرانه پایین و فرزندپروری مداخله‌گرانه و بیش محافظت‌کننده رشد یافته‌اند در تشخیص و توصیف هیجان‌های خود و دیگران مشکل دارند. همه کسانی که به خود آسیب می‌رسانند، با رفتارهای خودکشی با قصد مرگ مواجه نمی‌شوند، شاید به دلیل ویژگی‌های محافظ درون فردی، نقش یک چنین بالقوه، توانایی حل مسئله اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند، بین خودزنی و افکار و تلاش‌های خودکشی همبستگی معناداری وجود داشت، نتایج نشان داد این که افراد با توانایی حل مسئله اجتماعی بیشتر، رفتارهای خودکشی کم‌تری را در رابطه با خود گزارش دهند. ارتقاء مهارت‌های حل مسئله ممکن است ارتباط بین خودکشی و پتانسیل رفتارهای خودکشی در آینده را برای برخی افراد تضعیف کند. ناآشنایی با مکانیسم‌های دفاعی مناسب، احساس کنترل فردی ضعیف و عدم مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی مناسب، موجب شکنندگی هر چه بیشتر زوجین دارای تعارض زناشویی می‌شود، افراد با مهارت‌های اجتماعی بالا می‌دانند که چگونه تصمیم‌گیری منطقی و درست داشته باشند، ابراز وجود نمایند و خواسته‌های و نظریات خود را مطرح کنند و پاسخ قاطع به تقاضا دیگران بدهند. مهارت‌های ارتباطی به افراد کمک می‌کند تا بتواند کلامی و غیرکلامی و مناسب با فرهنگ خود را بیان کنند؛ بدین معنی که بتوانند نظرها، عقاید و خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز و هنگام نیاز بتوانند از یکدیگر درخواست کمک و راهنمایی نمایند. بنابراین، این توانایی‌ها در زنان را برای مقابله مؤثر برای پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشند تا در رابطه با مشکلات سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند. نتایج تحقیق نشان داد زنانی که تجربه خشونت بیشتری داشتند، مدیریت و کنترل هیجان پایین‌تری نشان دادند همچنین نمره خودزنی بالاتری را کسب کردند. نتایج بدست آمده از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که پدیده خشونت علیه زنان و ارزش ندادن به شخصیت زن نه تنها سبب مزوی شدن آنها از اجتماع می‌شود بلکه باعث انفعال نیمی از افراد جامعه می‌گردد و با وجود چنین معضلی در جامعه ما هرگز نخواهیم توانست به برابری توسعه و صلح واقعی دسترسی پیدا کنیم. امروزه نهاد خانواده به منزله هسته شکل‌گیری روابط اجتماعی اثرات کاملاً مستقیمی بر روی نهادهای دیگر جامعه دارد. حاصل

خشونت با زنان در خانواده نه تنها به تنش روابط در خانواده می‌انجامد بلکه به اختلال در تعاملات سالم اجتماعی کمک می‌کند بنابراین اگر روابط درون خانواده آشفتنه و غیرمعمول باشد رفتارهای ناپهنجار از آن جمله خشونت را بوجود می‌آورد و پیامدهای ناشی از این رفتارهای خشونت آمیز نه تنها برای خود فرد مشکلات جسمی و روانی بوجود می‌آورد بلکه مانع از این می‌شود که او در روابط اجتماعی خود با دیگران رفتار بهنجار داشته باشد و به جای فردی مستقل و توانمند فردی آسیب‌پذیر و وابسته است. وجود رابطه همبستگی بالا و منفی در رفتارهای خودزنی و شکست عاطفی با مهارت‌های اجتماعی در این پژوهش نشان داد، لزوم یادگیری مهارت‌های اجتماعی در برخورد با مشکلات عاطفی می‌تواند از آسیب‌های بعدی و رفتارهای منفی در زنان جلوگیری کند. زنانی که دارای نقایصی در مهارت‌های اجتماعی هستند، به دلیل عدم دریافت بازخورد مثبت و طرد توسط اطرافیان وارد یک چرخه معیوب و غلط تعامل با دیگران می‌شوند که باعث می‌شود بر قضاوت کلی آن‌ها در مورد شایستگی اجتماعی‌شان تاثیر بگذارد و این رابطه اشتباه به شکست عاطفی منجر و ختم شود. تجربه بین فردی منفی باعث می‌شود دنیای اجتماعی را تهدیدکننده ادراک کنند و در نتیجه از ارتباطات اجتماعی کناره‌گیری کنند. اطلاعات حاصل از این پژوهش را می‌توان به منظور بهبود عملکرد شغلی مشاوران و متخصصان خانواده در اختیار نهادهای حوزه خانواده قرار داد و در این راستا نقش مهمی در راستای ارتقای سلامت جامعه و حرکت به سوی جامع‌های سالم ایفا کرد. خشونت خانگی یک مسئله اجتماعی است. تحقیقات نشان داد اگرچه همسر آزاری یا خشونت خانوادگی در گونه‌های مختلف جسمی و روانی، عمری به قدمت تاریخ بشر دارد، آنچه آن را مسئله می‌کند، گسترش فزاینده آن در وضعیت کنونی و افزایش چشم‌گیر آمار خشونت علیه زنان است که آن را به معضل و مسئله اجتماعی تبدیل کرده است. به نظر می‌رسد که فقدان مهارت‌ها و توانایی‌های عاطفی، روانی و اجتماعی زنان را در مواجهه با مشکلات و مسائل آسیب‌پذیر نموده و آنها را در معرض انواع اختلال‌های روانی، اجتماعی و رفتاری قرار می‌دهد. از این رو، یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات، آموزش مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های اجتماعی به مجموعه رفتارهای فراگرفته قابل قبولی گفته می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند. این مهارت‌ها شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها از قبیل توانایی شروع ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران، ارائه پاسخ‌های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای سخاوتمندانه، همدلانه و یاری‌گرانه، پرهیز از تمسخر، قلدری و زورگویی به دیگران و مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها همچون ارتباط حل مسئله و تصمیم‌گیری، جرات‌ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خود-مدیریتی را شامل می‌شود. در یک جمع‌بندی می‌توان مطرح کرد، زنان با توجه به سیستم سرشتی، شناختی، رفتاری، فرهنگی و تربیتی در برخورد با رویدادهای زندگی، بار اکثر مسائل پیش‌آمده را بر دوش خود حمل کرده و ترجیح می‌دهند در قالب رفتارهای جایگزین آسیب‌رسان به خود از آسیب زدن به دیگران جلوگیری کنند. شناسایی نظام زیست‌شناختی زنان می‌تواند به متخصصان کمک کند تا با توجه به

این آمادگی‌ها، عوامل خطر ساز و نگه‌دارنده را شناسایی و مداخله خویش را با توجه به ویژگی‌های زیست‌شناختی مراجعان طرح ریزی کنند تا به طور بهینه از آن سود ببرند. نکته جالب در مطالعه حاضر در زمینه رفتارهای خودزنی وجود داشت: نخست آن که سطحی از تجربه خشونت در زنانی که رفتار خودزنی هم نداشتند، وجود داشت. نکته دیگر ارتباط و آمیختگی بسیار بالا در ابعاد عاطفی، هیجانی و اجتماعی در زنان بود. بر اساس یافته‌های موجود به نظر می‌رسد در درمان زنانی که رفتارهای خودزنی دارند، لازم است به تفاوت‌ها و ویژگی‌های عاطفی و اجتماعی و هیجانی آنها توجه خاص شود. همچنین تاثیر عوامل فرهنگی و بافت اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد. لازم است مراقبت‌های همه جانبه‌ای شامل ارزیابی عوامل فردی - خانوادگی و اجتماعی صورت پذیرد. نتایج حاصل از این مطالعه نیز به این نکته بالینی را در بر دارد که با توجه به نقش تجربه خشونت به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودزنی، در کارهای بالینی باید به این نقش عامل توجه شده و در برنامه‌های پیشگیری و درمانی علاوه بر کار کردن روی هیجان‌ها، به بررسی و تعدیل تاثیر این عامل مهم پرداخته شود.

علی‌رغم تلویحات نظری و عملی پژوهش حاضر، این مطالعه نیز مانند تمامی پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بوده است که تحقیقات آتی باید به آنها توجه نمایند.

نه طرح حاضر و نه استفاده از الگویابی معادله ساختاری علیت را اثبات نمی‌رسانند. به اعتقاد اندرسون و کریبنگ (۱۹۸۸) با وجود اینکه استفاده از رویکرد الگویابی معادله ساختاری توانایی به دست دادن استنباط‌های علی را فراهم می‌آورد، اما در این خصوص جانب احتیاط باید رعایت گردد. استفاده‌کنندگان از روش الگویابی معادله ساختاری فرض می‌کنند که بین متغیرهای الگوی آنها روابط علی وجود دارد که این به معنای اثبات علیت نمی‌باشد. بنابراین نمی‌توان گفت افسردگی، شکست عاطفی، تجربه خشونت و کنترل هیجان، مهارت‌های ارتباطی و ناراضی‌ت از بدن عامل خودزنی باشد. در این پژوهش نمونه‌های غیربالینی مورد بررسی قرار گرفتند که این امر تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از این پژوهش را به جمعیت‌های بالینی محدود می‌کند. به دلیل اینکه مدل‌یابی معادلات ساختاری به حجم زیاد نمونه نیاز دارد بنابراین استفاده از مصاحبه تشخیصی برای پژوهشگر مقدور نبود به همین دلیل برای جمع‌آوری اطلاعات تنها از پرسشنامه استفاده شد. تکرارپذیری نتایج در هر پژوهشی ملاک مهمی برای قضاوت درباره یافته‌های آن است. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان زنان ۱۵ تا ۲۵ سال بودند. از آنجایی که زنان و مردان سهم مهمی از اجتماع را تشکیل می‌دهد، در تعمیم نتایج به گروه‌های نمونه سن‌های بالاتر و مردان باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

برای ارزیابی دقیق‌تر و عینی‌تر مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از روش مشاهده با استفاده از دوربین‌های فیلم‌برداری ویدئویی استفاده شود. در ارزیابی مهارت‌های اجتماعی زنان، محقق خود با مشاهده مستقیم رفتار زنان در اجتماع و موقعیت‌های متفاوت و تهیه چک لیست‌هایی به ارزیابی دقیق این مهارت‌ها بپردازد. پس از بررسی شاخص‌های

برازش مدل در مدل‌یابی، مسئله تعمیم‌پذیری مدل مورد آزمون مطرح است. بررسی قابلیت تعمیم مدل برازش شده در این پژوهش (با استفاده از داده‌های گروه زنان ۱۵-۲۵ سال) به گروه‌های نمونه دیگر، می‌توان رویایی بیرونی یافته‌ها را نشان دهد. با توجه به اینکه مدل‌های نظری متغیرهای دیگری مثل ویژگی‌های شخصیتی، هم‌جنس‌گرایی، پرخاشگری، رفتارهای ضد اجتماعی، بزهکاری، طلاق، عوامل فرهنگی، اعتقادات مذهبی، جنسیت، نقش و کارکرد خانواده، اعتیاد و... در سبب‌شناسی خودزنی مطرح کرده بودند و در پژوهش حاضر به دلیل تعداد متغیرها امکان بررسی این متغیرها فراهم نبود. این که در این پژوهش از فرم‌های خودگزارش‌دهی استفاده شده، در پژوهش آتی از گزارش، همسر یا شریک جنسی نیز در این زمینه استفاده شود تا بتوان نتایج را با یکدیگر مقایسه نمود. نتایج پژوهش بیانگر نقش تاثیرگذار مهارت‌های اجتماعی در خودزنی بود. راهبردهای شناختی رفتاری، درمانی عقلانی-عاطفی و آموزش سبک‌های اسنادی مطلوب، آموزش مهارت‌های زندگی به افراد برای افزایش تعبیرهای شناختی مثبت و مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بالاتر به منظور پیشگیری و بهبود خودزنی استفاده شود. به طور کلی می‌توان گفت از آنجا که بر اساس اغلب دیدگاه‌های روان‌شناختی از جمله روان‌کاوی، رفتارگرایی، شناخت-گرایی، انسان‌گرایی و اخیراً به طور جدی بوم‌نگرها، خانواده مهم‌ترین و بیشترین نقش را در تکوین شخصیت اعضای خود و در پدیدآیی مشکلات روانی دارد، ضرورت دارد که در صدد حفظ سلامت ساختار و کارکرد خانواده باشد. کلید مداخله موفق در مورد رفتارهای عضو بیمار کمک کردن به خانواده برای حل کارآمدتر و موثرتر تضادهای مرتبط با نشانه‌های خودزنی است. به این ترتیب خانواده کارکردهای حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی و درگیری عاطفی و نیز کنترل رفتاری خود را بهبود می‌بخشد. بنابراین بهتر است علاوه بر درمان خودزنی، مراقبان و اعضای خانواده فرد بیمار را نیز برای شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط، تشویق کرد. همچنین بهتر است در جهت بهبود هر یک از ابعاد کارکردهای خانواده که مشکل در آن‌ها جزء عوامل زمینه‌ساز خودزنی به شمار می‌آید، آموزش‌های لازم به خانواده‌های مستعد ارائه گردد. به عنوان مثال در جهت ارتقای نحوه رابطه برقرار کردن در خانواده می‌توان از آموزش مهارت‌های ارتباطی استفاده کرد. همچنین برای درمان این افراد بهتر است از خانواده درمانی استفاده شود. با توجه به عوارض چندجانبه نشانگان شکست عشقی در دختران دانشجوی دارای این تجربه، لزوم پرداخت به این موضوع بیشتر احساس می‌گردد؛ از سویی دیگر از آنجا که بیشتر پژوهش‌ها در این حوزه از نگاه پژوهش‌های کمی بوده و سهم پژوهش‌های کیفی به عنوان روشی که تجربه خود افراد را از رخداد نقل می‌کند کمتر است، به دلیل افزایش آمار شکست عشقی و ارتباط معنادار آن با رفتارهای خودزنی، تمرکز بر تجربه‌های آسیب‌دیدگان آن قابل توجیه است. شکست عشقی و افسردگی و نارشایتی از بدن اثرات زیان‌باری بر کانون خانواده دارند و موجب تعارضات و گسستگی‌های فردی، اجتماعی و گاهاً خانوادگی می‌شوند، می‌توانند به عنوان یک پدیده خاص فرهنگی دیده شوند و وابسته به نوع فرهنگ آثار متفاوتی داشته باشند. با توجه به عدم وجود آمارهای دقیق برای

رفتارهای خودزنی به دلیل گرایش افراد به دریافت کمک‌های غیرحرفه‌ای لزوم انجام تحقیقات بیشتر جهت شناسایی عوامل موثر بر رفتارهای خودزنی وجود. با توجه به نتایج این تحقیق که عامل تجربه خشونت قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بر رفتارهای خودزنی مشخص شد، لزوم انجام مطالعات و کارهای بالینی بیشتر در این زمینه در تعدیل خودزنی و تجربه خشونت و روش‌های پیشگیرانه و درمانی بعد از آسیب در رفتارهای بعدی تاثیر بسیار زیادی دارد. از انجایی که این پژوهش بر روی زنان ۲۵-۱۵ سال دارای رفتارهای خودزنی انجام شده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، در صورت امکان، از حجم نمونه بیشتر، مردان، سایر سنین و موقعیت‌های جغرافیایی دیگر استفاده شود.

منابع

- اعزازی، ن. (۱۳۹۵). تحلیل تلئولوژیک مهارت‌های اجتماعی در سند تحول بنیادین آموزش و پرورش. مدیریت فرهنگ سازمانی، ۳۰۴-۲۸۳ (۱۶).
- اکبری، ا، خانجانی، ز، پورشریفی، ح، علیلو، م. عظیمی، ز. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان تحلیل رفتار متقابل با درمان شناختی - رفتاری در بهبود علائم مرضی شکست عاطفی دانشجویان
- بهرامی، ج؛ صادقی، م؛ کارخانه، ن. (۱۳۹۴). بررسی اثرات شدت اضطراب اجتماعی و هوش معنوی بر پیشرفت تحصیلی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان محمودآباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت اله املی .
- حسینی، ا. (۱۳۹۰) مقایسه میزان استرس و تصور از بدن خود در بین افراد ۲۱ تا ۳۱ ساله دارای سابقه عمل جراحی زیبایی و افراد عادی در شهر اهواز. فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی صنعتی/سازمانی، ۱(۳)، ۷۵-۸۴.
- خواجه نوری، ی؛ عابدی، ح؛ توکلی، خ؛ نصیری، م (۱۳۹۰) تعیین سطوح پیشگیری در پدیده فرار از منزل. دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده، پژوهش‌های خانواده، دانشگاه شهید بهشتی تهران .
- دماوندیان، ا، گلشنی، ف، صفاری نیا، م، باغداساریانس، آ. (۱۴۰۰). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۱۱(۴۱)، ۳۱-۵۸.
- صمدی، ف، دلیر، م. (۱۳۹۹). نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی ۱۰(۴۰)، ۲۱-۴۲.

- فاضل، ب، امینی، ع، مهرابی ط، شریف پور، ا، قاسمی ر. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های ارتباطی با رویکرد مذهبی بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر. نشریه روان پرستاری، ۴ (۶)، ۱-۶.
- قلی پور تهرانی، ن؛ روشندل، م؛ شاه محمدی، ن. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر ارتقای هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی در سال ۹۴-۱۳۹۳. فصلنامه علوم پزشکی، ۲۷ (۱): ۳۲-۳۹.
- گرلین، ا؛ زاک، س، (۲۰۱۷). مترجم: بهمن اکبری گوابری و آزاده فرکت، تهران: انتشارات دیرین.
- موسوی، س، زارع، سالک ابراهیمی، سیاحی، ح. (۱۳۹۶). نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه تلاش‌های خودآسیبی (خودکشی و غیرخودکشی گریانه). مجله طب نظامی ۲۲ (۱) ۷۳-۶۴.
- نعامی، ع، پورمیدانی، س. (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به آرایش براساس طحوازه‌های ناسازگار اولیه در زنان و دختران شهر اصفهان. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی ۷ (۲۷)، ۶۷-۷۸.
- Anderson, J., Campbell, J., & Glass, N. (2019). Effects of Partner Violence on Mental Health and HIV Disease Progression in Women in Baltimore.
- Aldo.L Nolen-Hookma.J & Schweizer.C. (2010). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Biuochin, Gezek, Kap &meid. (2007). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate selfharm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 482-490.
- Castro, Suarez, Pereira & Masdo. (2017). Data analytic methods for the analysis of multilevel questions: Acomparision of intraclass correlation coefficients, hierarchical linear modeling, within- and between-analysis, and random group resampling. *The Leadership Quarterly*, 13, 69-93.
- Di Evanzato, Jorman, Seymour & Gottlieb. (2013). absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105-113.
- CHang, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2004). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311-316.
- Ehring.N, Tuchen-Kaffir, Eshnol.J, Fischer.K, & Gross.V. (2010). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28, 573587.
- Ferankcin, D., Hasking, P., & Martin, G. (2012). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in n Vollrath, M. E., Torgersen, S., &

- Torgersen, L. (2018). Associations of children's Big Five personality with eating behaviors. *BMC research notes*, 11(1), 654-659.
- British Journal of Clinical Psychology, 53, 95-113.
- Ferrari, EC., Hammett, JF. O'Neal, DN., Lydston, EE. & Leon Aramburo LF. (2017). the Big Five Personality Traits and Intimate Partner Violence: Findings from a Large, Nationally Representative Sample. *Violence Vict*, 31(6), 1100-15.
 - Geras, S., Högberg, U., Lundell, I. W., & Svanberg, A. S. (2013). Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 50-53.
 - Gertez & Romer Gratz. (2004). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
 - Geliya, B. W. (2019). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1057-1068.
 - Genifer, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2008). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
 - Ganderson, N.B. (1984). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816-827.
 - Garnewski, S. & Keraij, S. (2006). Emotional intelligence and borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 47, 94-98.
 - Hillary, B.K. (2017). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
 - Igelton, P. B., Croot, E., & O' Cathain, A. (2011). Intimate partner violence in Pakistan: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 299-315.
 - Kesh, J., Teribat J., & Glass, N. (2015). Effects of Partner Violence on Mental Health and HIV Disease Progression in Women in Baltimore.
 - Justin, L. Joormann, J., & Gotlib, I. H. (1994). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24, 281-298.
 - Jackson, U.L. & Buddy, L.L. (2020). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
 - Koibach, M., Barry, F., Hansen, L. & Mikwalchek, D. (2010). Impulsiveness and deliberate self-harm: A comparison of "first-timers" and "repeaters." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 378-380.
 - Lamber, S., Novak, M. A., Lutz, C. K., Meyer, J. S. (2016). The physiology and neurochemistry of self-injurious behaviour: A nonhuman primate model. *Frontiers in Bioscience*, 10, 1-11.

- Larsen.T. (2000). Suicide attempt self-injury interview (SASH): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18, 302-312.
- Lamont.L.O. (2010). Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ). Unpublished manuscript, University o Washington, Seattle
- Macloreh, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (2018). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Masdo, Marquez, Quaresma, Suarez, Amaral, et al. (2017). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12, 17-26.
- Mollert.N.V, Seifert.R.V, Licht, .F.C Kirch.B.N, Ertel.O.P, Karch.L.L, & Mussmann.K. (2008). an attachment model of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder* (2nd ed., pp. 231-281). New York: Guilford Press.
- Nosterlom, R. A. (2019). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Nock, M. K. (2009). *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, assessment, and treatment* (1st Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Olivet, S, Marinus, L. M, Davenport, M. D, Pouliot, A. L, Kaufman, B. M, Fahey, M. A, et al. (2003). Evidence for an endogenous opioid involvement in the expression of self-injurious behavior in rhesus monkeys. *American Journal of Primatology*, 60, 103.
- Pen .L.J.et al. (2003). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counselling*, 10, 44-53.
- Rizizila, S., Desmet, M., Megank, R., & Bogaerts, S. (1999). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 109-117.
- Richeston, A., Brioschi, B., & Ferrara, E. L. (2012). Violence against women: A cross-cultural analysis for Africa. Retrieved from National Bureau of Economic Research, p.238.
- Rosse RB. *The love trauma syndrome: free yourself from the pain of a broken*. Perseus Publishing, a Member of the Perseus Books Group; 1999.
- Rubiteshk.L.K & Ashton.N.O. (2009). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42,507-524.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2010). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.

- Sisler.F, Olatonji.U, Feldner.D & Forsyth.E. (2010). the influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 38, 274-286.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (2015). Assessment of social traits in married couples: Self-reports versus spouse rating around the interpersonal circumplex. *Psychological assessment*, 28(6), 726-736.
- SHirchok, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2005). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 197-193.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Watson, D., & Clark, L. A. (2004). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*. Unpublished manual, University of Iowa.
- Werhacsen, G. J. (2011). Alexithymia: 25 years of theory and research. In I. Nyklicek, L.Temoshok, & A. J. JM. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 138-154). Hove; New York: Brunner-Routledge.
- Warden.D, Peters.L.A, Barry.K, Barocalf & Liverside.E. (2008). *the PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form*. Unpublished manual, University of Iowa.
- Westen. L& Bloger.F. (2007). Unconscious memory bias in depression: Perceptual andconceptual processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 282-289.