

نقش هیجان‌ات منفی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی در پیش‌بینی رفتار آسیب به خود در نوجوانان: یک مطالعه همبستگی

نیلوفر میکاییلی^{۱*}، محمد نریمانی^۲، معصومه قریب بلوک^۳، آذر دخت بلندی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رفتار خودآسیبی یکی از رفتارهای شایع، به‌خصوص در دختران نوجوان است. پژوهش حاضر، به بررسی نقش هیجان‌ات منفی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی در پیش‌بینی رفتار خودآسیبی در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر سراب پرداخته است.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی به روش همبستگی انجام گرفت. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۸۵ دانش‌آموز دختر پایه‌های نهم تا پیش‌دانشگاهی بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. از ۲۸۵ آزمودنی، ۲۷۰ دانش‌آموز، پرسشنامه را به‌صورت کامل پر کردند و تعداد ۱۵ پرسشنامه به دلیل پاسخ‌های ناقص، کنار گذاشته شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه آسیب به خود، مقیاس افسردگی بک، مقیاس ناگویی خلقی، پرسشنامه استرس انتظارات تحصیل، مقیاس رابطه والد-کودک و پرسشنامه رابطه با همسالان استفاده شده است. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که هیجان‌های منفی از جمله افسردگی و استرس تحصیلی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی با رفتار خودآسیبی، رابطه معنی‌داری ($P < 0/01$) دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی قادرند ۴۲ درصد رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معنادار ($P < 0/01$) تبیین نمایند و رابطه با والدین و رابطه با همسالان قادرند ۱۷ درصد رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معنادار ($P < 0/01$) تبیین نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری: 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.

کلیدواژه‌ها: هیجان‌ات منفی، ناگویی خلقی، ارتباطات میان‌فردی، خودآسیبی

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره پنجم، ص ۴۰۴-۳۹۳، مرداد ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۲۴۳۱۷۸۲۱

Email: Nmikaieili@yahoo.com

مقدمه

از اتمام دبیرستان ترک تحصیل می‌کنند (بستگی به گروه‌های قومی دارد)؛ و مصرف منظم الکل و داروهای دیگر را دارند (۲). نوجوانی یک دوره رشد منحصر به فرد است که در طی این دوره افزایش شدید اطلاعات اجتماعی و هیجانی می‌تواند باعث حساسیت به هیجان‌ات دیگران شود (۲). نوجوان، برای اینکه بتواند خود و جایگاه خود را در جامعه و خانواده ثابت کند و برای خود نقش و جایگاهی داشته باشد، ممکن است به رفتارهای مخرب و پرخطر روی آورد، یکی از

نوجوانی از حساس‌ترین مراحل زندگی است و آن را دوره گذر از کودکی به بلوغ می‌دانند. دوران نوجوانی و جوانی دورانی سرشار از تغییرات و چالش‌ها می‌باشد که می‌توان با آگاهی دادن و آموزش‌های مناسب آن را به دورانی برای پیشرفت تبدیل کرد (۱). با توجه به رشد سریع در دوره نوجوانی، این دوره به‌عنوان یک دوره پرخطر برای افراد شناخته شده است، تعداد زیادی از نوجوانان قبل

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چون آسیب به خود می‌شوند ولی همه نوجوانان که هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند، رفتار آسیب به خود را نشان نمی‌دهند (۱۲). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نوجوانانی که علائم افسردگی دارند، به‌احتمال بیشتری دچار خودآسیبی می‌شوند (۱۲). در طی تحقیقاتی نشان داده شد که رابطه بین افسردگی و خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا برای زنان قوی‌تر است (۱۳). مطالعه اندس (۱۴) و پژوهش‌های وو کیونگ لی (۶) هم ارتباط بین افسردگی و خودآسیبی را تأیید می‌کنند.

در این پژوهش علاوه بر افسردگی، استرس تحصیلی نیز به‌عنوان هیجان منفی پیش‌بینی کننده رفتار آسیب به خود، مورد بررسی قرار می‌گیرد. استرس تحصیلی به احساس نیاز فزاینده به دانش و به‌طور هم‌زمان، ادراک فرد مبنی بر نداشتن زمان کافی برای دستیابی به آن دانش اشاره می‌کند. افزایش نشانه‌های افسردگی، رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی‌گرا و عقاید خودکشی در بین جوانان و نوجوانان، باعث نگرانی مسئولین و والدین شده است (۱۳). نگرش نوجوان نسبت به تکالیف مدرسه و احساس ضعف در میان همسالان، رفتار خودآسیبی را در آینده، پیش‌بینی می‌کند (۱۰). تحقیقات نشان می‌دهند که استرس مربوط به عملکرد تحصیلی و آزار و اذیت همسالان می‌تواند رفتار آسیب به خود را افزایش دهد (۱۵). دوجاردین و همکاران نشان می‌دهد، تجربیات و استرس‌های زندگی، عامل مهم میانجی در ارتباط بین اعتماد به حمایت والدین، علائم افسردگی و رفتار خودآسیبی می‌باشد (۱۶). در تحقیقی که بر روی جوانان کره‌ای انجام شد، مشخص شد که بین رفتارهای خودآسیبی مثل رفتار کندن پوست^۲ و استرس تحصیلی، تکانش‌گری و اضطراب، همبستگی مثبت وجود دارد (۱۷).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در رفتار خودآسیبی نقش داشته باشد، ناگویی خلقی^۳ است. در واقع ناگویی خلقی اختلال ویژه‌ای در پردازش هیجانی است که بیشتر به کاهش توانمندی در شناسایی و بازشناسی هیجان‌ها اشاره دارد (۱۸) افراد دچار ناگویی خلقی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ کرده، نشانه‌های بدنی انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از راه شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های بدنی هستند (۱۹). بعضی از تحقیقات اثر ناگویی خلقی را جزئی می‌دانند ولی در هر حال، ناگویی خلقی، به‌عنوان عامل خطر برای انواع اختلالات روانی، از جمله رفتار خودآسیبی، بیان شده است (۲۰). وو یینگ لی نیز نشان داد که بین ناگویی خلقی و آسیب به خود در نوجوانان کره‌ای ارتباط وجود دارد (۶). تحقیق دیگری

این رفتارهای پرخطر خودجراحی یا خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا^۱ است که می‌توان آن را یکی از رفتارهای مخرب در دوران نوجوانی دانست که امروزه گریبان‌گیر نوجوانان شده است. شیوع انواع رفتارهای خودآسیبی بدون خودکشی در نوجوانان بالاتر از سایر دوره‌های سنی است (۳). خودآسیبی بدون خودکشی نوعی رفتار آسیب به خود تلقی می‌شود که در آن فرد به‌صورت مستقیم به بخش‌های مختلف بدن خود آسیب می‌زند اما انگیزه خودکشی ندارد و این رفتار جزء آیین و رسوم فرهنگی نیز به‌حساب نمی‌آید (۴). اگرچه خودآسیبی، نوعی خشونت علیه خود است، اما ممکن است با افزایش خطر خشونت علیه دیگران، همراه باشد. خودآسیبی مربوط به طبقه خاص نژادی، فرهنگی یا اجتماعی و اقتصادی نمی‌شود و عوامل مختلفی مثل قرار گرفتن در معرض همسالان دچار خودآسیبی (۵). ناگویی خلقی و ناتوانی در شناسایی، درک یا بیان پریشانی هیجانی (۶). شروع و پیشرفت خودآسیبی را پیش‌بینی می‌کنند. خودآسیبی با وضعیت‌های روانی مختلفی همراه است (۷) و عامل خطری برای خودکشی شناخته شده است (۴). یک تحقیق در انگلستان، نشان می‌دهد میزان مرگ‌ومیر ناشی از خودآسیبی در بین نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله، رو به افزایش است و یافته‌ها بر اهمیت آموزش نوجوانان و پیشگیری در مدرسه، تأکید دارند (۸). فراوانی خودآسیب‌رسانی بزرگسالان جمعیت عادی ۴ درصد و در نوجوانان ۱۴ درصد گزارش شده است (۴). در ایران، شیوع رفتارهای خودآسیبی در ۳۵۰ نفر از دختران نوجوان پایه‌های دوم و سوم دبیرستان شهر تهران ۱۲ درصد گزارش شده است (۹).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در رفتار خودآسیبی نقش داشته باشد، هیجان‌های منفی است. در این پژوهش منظور از هیجان‌های منفی، افسردگی و استرس تحصیلی می‌باشد. افسردگی اغتشاش در خلق است که با درجات متفاوتی از یأس، ناامیدی، تنهایی، شک در مورد خویش و احساس گناه مشخص می‌شود. از افسردگی به‌عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود. احتمال وقوع رفتار آسیب به خود در این نوجوانان وجود دارد (۱۰). قرار گرفتن نوجوان در گروه همسالانی که در آن‌ها واکنش‌های ناسازگارانه نسبت به هیجان‌های منفی زیاد است، باعث افزایش خطر ابتلا به خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا در سایر اعضا می‌شود (۱۱). افرادی که با دوستان و والدین خود رابطه مثبتی برقرار می‌کنند، قادر به مقابله با هیجان‌های منفی خود هستند و آن‌ها احتمالاً در برابر علائم افسردگی، کمتر از رفتارهای خودآسیبی استفاده می‌کنند (۶). هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و استرس در نوجوانان و جوانان باعث رفتارهای مخربی

³. alexithymia

1. Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

2. skin picking disorder

است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه، پایه‌های نهم تا پیش‌دانشگاهی شهر سراب که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. به گفته مسئول آموزش متوسطه اداره آموزش و پرورش شهرستان سراب، تعداد آن‌ها در سال تحصیلی جاری تقریباً ۱۱۰۰ نفر بوده است. نمونه پژوهش حاضر، با توجه به جامعه آماری و با استناد به جدول مورگان، ۲۸۵ نفر را که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، از بین جامعه آماری فوق انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد

پرسشنامه آسیب به خود سانسون و همکاران^۴: پرسشنامه آسیب به خود، پرسشنامه خودگزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله/خیر) است که سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می‌کند. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. مانند سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد، آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. نمره‌گذاری پرسشنامه آسیب به خود به صورت بله، خیر است. گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله نمره ۱ می‌گیرد. برای بدست آوردن نمره کلی این پرسشنامه باید فقط پاسخ‌های تأیید شده را (یعنی تعداد پاسخ‌های بله) با هم جمع کنید. پاسخ‌های خیر در نمره‌گذاری نقشی ندارند. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴ درصد از پاسخ دهندگانی که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی، واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی قرار گرفتند (۲۶). تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی، افسردگی و سابقه آزاردیدی در کودکی نشان داده‌اند (۲۶). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است.

پرسشنامه افسردگی بک- (BDI-II): این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی و تشخیص آن از ۲۱ ماده تشکیل شده است که برای سنین بالاتر ۱۳ سال قابل اجراست. هر ماده نمره‌ای بین صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) دارد و هر فرد می‌تواند نمره بین صفر تا ۶۳ را بگیرد. نمره ۰-۹ نشانه فقدان افسردگی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط، ۳۰-۶۳ افسردگی شدید است. ماده‌های این مقیاس نشانه‌های اصلی افسردگی از قبیل احساس غمگینی، بدبینی، شکست‌های گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به تنبیه، بی‌زاری از خویشتن، عیب‌جویی از خویشتن، فکر یا میل به خودکشی، گریه، برانگیختگی، بی‌علاقگی، باتکلیفی، احساس

رابطه مستقیم الکسی تایمی با رفتارهای خودآسیبی، به‌ویژه خودکشی، را مورد تأیید قرار داده است (۲۱).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در رفتار خودآسیبی نقش داشته باشد، عوامل بین فردی مثل رابطه مناسب با والدین و همسالان است. این متغیرها می‌توانند به نوجوانان کمک کنند تا مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌ای در برابر هیجانات منفی مثل افسردگی، داشته باشند. برقراری رابطه با همسالان در نوجوانی، به‌طور فزاینده‌ای، اهمیت پیدا می‌کند. محققان گزارش می‌کنند، عدم رابطه با همسالان با افکار خودکشی و خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا رابطه دارد (۲۲). سبک والدین با کنترل شدید رفتاری، باعث ایجاد تعارضات روانی در نوجوان شده و منجر به تمایل آن‌ها به رفتار خودآسیبی می‌شود (۶). نوجوانانی که والدینشان از تصمیمات آن‌ها حمایت کرده و با آن‌ها رابطه صمیمانه دارند، معمولاً کمتر خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا، در آن‌ها گزارش می‌شود (۲۳). نتایج تحقیقی نشان داد که سبک والدین مستبد، ممکن است یک عامل خطر برای خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا باشد (۲۴). نتایج تحقیقات لوتکه و همکاران نشان می‌دهد بین اعتماد به نفس، حمایت والدین از فرزندان، علائم افسردگی و خودآسیبی، ارتباط منفی وجود دارد و از طرف دیگر مراقبت بیش از حد باعث کاهش اعتماد به نفس و افزایش افسردگی و خودآسیبی می‌شود (۱۳). نتایج تحقیقات کلدا و همکاران نیز رابطه والدین و رفتار خودآسیبی در نوجوانان را تأیید می‌کند (۱۳).

با توجه به مطالب گفته شده و سایر مطالعات تجربی، برخی از نوجوانان، ناراحتی‌های روانی و تناقضات درونی خود را به وسیله رفتارهایی چون خودآسیبی بیان می‌کنند تا هیجانات منفی را از خود دور کنند (۲۵). با اینکه محققان در سال‌های اخیر، خودآزاری عمدی در نوجوانان را مورد توجه قرار داده‌اند، اما هنوز اطلاعات کمی درباره این رفتار آسیب‌رسان وجود دارد. همچنین درباره میزان شیوع رفتار خودآسیبی در نمونه‌های غیربالینی اطلاعات دقیقی در دست نیست از این رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا هیجانات منفی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی می‌توانند رفتار آسیب به خود در نوجوانان را پیش‌بینی کنند؟

مواد و روش‌ها

روش تحقیق این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی، ناگویی خلقی، رابطه با والدین و رابطه با همسالان به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و متغیر رفتار خودآسیبی عمدی به‌عنوان متغیر ملاک، در نظر گرفته شده

4. The Self-Harm Inventory (SHI)

می‌دهد که این ابزار از همسانی درونی قابل قبولی نیز برخوردار است. این ضرایب بین $0/69$ و $0/83$ به دست آمد (۳۳).

مقیاس رابطه والد-کودک^۷: مقیاس رابطه والد-فرزند برای اولین بار برای اولین بار توسط فاین، مورلند و شوبل (۳۴) برای سنجیدن کیفیت روابط والد-فرزند تهیه شده است. این مقیاس با ۲۴ ماده برای ارزیابی نظر نوجوانان و جوانان درباره رابطه آنان با والدینشان ساخته شده است. مقیاس رابطه والد-کودک به دو شکل طراحی شده است. یکی برای ارزیابی رابطه فرزند با مادر و دیگری برای ارزیابی رابطه فرزند با پدر می‌باشد. عوامل مقیاس پدر شامل عاطفه مثبت، آمیزش پدرانه، ارتباط یا گفت و شنود و خشم، و عوامل مقیاس مادر شامل عاطفه مثبت، آزرده‌گی/سردرگمی نقش، همانندسازی و ارتباط یا گفت و شنود است. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت انجام می‌گیرد که ابتدا نمره‌های منفی را معکوس کرده و سپس نمره‌های هر یک از ماده‌ها را جمع و بر تعداد ماده‌های هر عامل تقسیم می‌کنیم تا نمره آن زیرمقیاس به دست آید. نمره کل براساس جمع میانگین زیرمقیاس‌ها محاسبه می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ برای نسخه مربوط به پدر $0/89$ تا $0/94$ و برای زیر مقیاس‌ها، $0/96$ محاسبه شده است. در مورد نسخه مربوط به مادر نیز ضرایب آلفای کرونباخ $0/61$ تا $0/94$ و برای زیرمقیاس‌ها $0/96$ محاسبه شده است که مبین همسانی درونی مناسب است (۳۵). در پژوهش طهماسبی روایی صوری مقیاس رابطه والد-کودک توسط استادان دانشگاه شهید بهشتی و تربیت معلم تأیید شده است. روایی محتوایی هر دو فرم مقیاس رابطه والد-کودک مورد تأیید استادان دانشگاه‌های تربیت معلم و الزهرا قرار گرفت و ماتریس تحلیل عاملی هر دو مقیاس نشان می‌دهد که ارزش محض کلیه ماده‌های زیر عامل اصلی، بیش از $0/50$ است (۳۶).

پرسشنامه رابطه با همسالان^۸: این پرسشنامه از ۲۵ گویه تشکیل شده است که به منظور سنجش روابط و مشکلات با همسالان به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز، خیلی به ندرت، کمی، گاهی اوقات، اغلب اوقات، تقریباً، اکثر اوقات و همیشه» به ترتیب، امتیازات ۱ تا ۷ در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس دارای دو نقطه برش است. نقطه برش اول نمره ۳۰ می‌باشد که نمرات پایین‌تر از آن نشانگر عدم وجود یک مشکل بالینی قابل توجه است. نقطه برش دوم نمره ۷۰ است که نشانگر تجربه استرس شدید که احتمال دست زدن به برخی از انواع خشونت برای برخورد با مشکلات است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/94$ است که نشان‌دهنده

بی‌ارزشی، کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، تحریک پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به امور جنسی را می‌سنجد. (۲۷). ثبات درونی این ابزار را $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار $0/86$ و برای غیر بیمار $0/81$ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز دابسون و محمدخانی ضریب آلفای $0/92$ را برای بیماران سرپایی و $0/93$ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را $0/93$ به دست آورده‌اند (۲۸).

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰^۵: این مقیاس ناگویی خلقی را در ۳ زیرمقیاس، دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند. نحوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. جمع نمره‌های این سه زیرمقیاس به عنوان نمره کلی ناگویی خلقی در نظر گرفته می‌شود. ضریب پایایی آلفای کرونباخ در نسخه فارسی برای ناگویی خلقی کلی و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار به ترتیب $0/85$ ، $0/82$ ، $0/75$ و $0/72$ بوده است. پایایی باز آزمایی مقیاس نیز در نمونه‌ای ۶۷ نفری، در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته‌ای، $0/80$ و $0/87$ محاسبه شده است (۲۹). اعتبار این مقیاس در نمونه ایرانی (۸۰ نفر، ۴۰ دختر و ۴۰ پسر)، برای کل مقیاس و هر یک از زیرمقیاس‌های آن به ترتیب $0/75$ ، $0/72$ ، $0/73$ و $0/83$ گزارش کرد. (۳۰). روایی مقیاس را $0/85$ گزارش کرد (۳۱). پرسشنامه استرس انتظارات تحصیل؟ این پرسشنامه برای ارزیابی منابع استرس‌زای تحصیلی نوجوانان تهیه شده است. این آزمون با ۹ سؤال دارای دو خرده آزمون استرس ناشی از انتظارات والدین-معلم و استرس ناشی از انتظارات شخصی از خود است. سؤال‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند که به صورت (هرگز، به ندرت، گاه‌گاهی، اغلب و بیشتر وقت‌ها) می‌باشد. نمرات بالاتر به معنی استرس بالاتر محسوب می‌شود و بالعکس. آلفای کرونباخ برای این آزمون بین $0/74$ تا $0/90$ و اعتبار بازآزمایی دو هفته‌ای آن بین $0/77$ تا $0/85$ گزارش شده است (۳۲). نتایج مطالعه شکر، کدیور و دانش پور، نشان می‌دهد پرسشنامه استرس تحصیلی و خرده مقیاس‌های آن نمرات پایایی و روایی را به منظور اندازه‌گیری تنیدگی تحصیلی ناشی از انتظارات خود و دیگران، در دانش‌آموزان ایرانی فراهم می‌آورد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی و عامل‌های دوگانه پرسشنامه استرس تحصیلی نشان

7. Parent-Child Relationship Scale

8. Inventory Peer Relationship(IPR)

5. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

6. Academic Expectations Stress Inventory(AESI)

بررسی و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، از ۲۸۵ آزمودنی، ۲۷۰ دانش‌آموز، پرسشنامه را به‌صورت کامل پر کردند و تعداد ۱۵ پرسشنامه به دلیل پاسخ‌های ناقص، کنار گذاشته شدند. در این پژوهش برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، و از روش آزمون همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر با میانگین سنی ۱۶/۵ و انحراف استاندارد ۲/۳۸ بودند که ۰/۷ درصد پاسخگویان با کمترین فراوانی دارای معدل زیر ۱۳ و ۶۷ درصد با بیشترین فراوانی دارای معدل بالای ۱۷ می‌باشند. و ۶/۳ درصد والدین پاسخگویان با کمترین فراوانی درآمد کم و ۷۴/۱ درصد والدین پاسخگویان با بیشترین فراوانی دارای درآمد متوسط می‌باشند.

ثبات درونی عالی و خطای استاندارد عالی (پایین) ۰/۴۴ است. این مقیاس روایی عالی از طریق مقایسه با گروه‌های شناخته شده دارد (۳۷).

برای جمع‌آوری اطلاعات بعد از گرفتن مجوز ورود به مدارس و اجرای آزمون، از اداره آموزش و پرورش شهر سراب، از بین فهرست مدارس متوسطه شهر سراب، ۴ مدرسه دخترانه به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر مدرسه، ۴ کلاس در پایه‌های نهم، دهم، یازدهم و پیش‌دانشگاهی به‌صورت تصادفی انتخاب و کلیه دانش‌آموزان کلاس‌ها (مجموعاً ۱۶ کلاس) مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه‌های آسیب به خود، مقیاس افسردگی بک، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰، پرسشنامه استرس انتظارات تحصیل، مقیاس رابطه والد-کودک، و پرسشنامه رابطه با همسالان، در سه برگه A4 چاپ شدند و با کسب اجازه از معلم هر کلاس، در بین دانش‌آموزان پخش شد. دانش‌آموزان مورد مطالعه، پرسشنامه‌ها را بدون ذکر نام و نام خانوادگی، در مدت ۳۰ الی ۴۰ دقیقه تکمیل کردند. پس از

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار افسردگی، استرس تحصیلی، ناگویی خلقی، رابطه با والدین، رابطه با همسالان، و آسیب به خود در گروه

مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
افسردگی	۳۵/۹۲	۹/۸۹۰	۲۱/۰۰	۷۸/۰۰
استرس تحصیلی	۲۱/۱۱	۵/۶۰۴	۹/۰۰	۳۶/۰۰
ناگویی خلقی	۵۷/۲۷	۹/۶۳۳	۳۱/۰۰	۷۸/۰۰
رابطه با والد	۲۵۰/۶۵	۳۸/۰۹۲	۱۶۴/۰۰	۳۳۱/۰۰
رابطه با مادر	۱۲۳/۷۷	۲۰/۲۱۷	۸۰/۰۰	۱۶۴/۰۰
رابطه با پدر	۱۲۶/۸۷	۱۸/۹۴۷	۸۲/۰۰	۱۶۷/۰۰
رابطه با همسالان	۹۳/۲۱	۱۳/۲۲۱	۶۴/۰۰	۱۴۳/۰۰
آسیب به خود	۴/۱۷	۳/۸۷۰	/۰۰	۱۸/۰۰

شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی، ناگویی خلقی، رابطه با والدین، رابطه با همسالان، و آسیب به خود را در جدول ۱، مشاهده می‌کنید.

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه از آزمون کولمگروف-اسمیرنوف به شرح جدول ۲، استفاده شد.

جدول (۲): نتایج آزمون کولمگروف-اسمیرنوف جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

آماره	افسردگی	رابطه با همسالان	ناگویی خلقی	استرس تحصیلی	آسیب به خود	رابطه با والد
مقدار Z کولمگروف-	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۷۷	۰/۶۱	۰/۵۷	۰/۶۳۱
سطح معنی‌داری	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۷۸	۰/۸۱	۰/۷۹۷

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد پیش فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه رعایت شده است.

جدول (۳): ماتریس ضریب همبستگی افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی، رابطه با والدین، رابطه با همسالان و رفتار خودآسیبی

عمدی در نوجوانان					
متغیرهای پژوهش	افسردگی	استرس تحصیلی	ناگویی خلقی	رابطه با والدین	رابطه با همسالان
رفتار خودآسیبی عمدی	۰/۶۱۳**	۰/۲۹۱**	۰/۲۰۳**	-۰/۴۰۵**	-۰/۱۳۷

** معنی‌داری آزمون برای سطح خطای ۰/۰۱ × معنی‌داری آزمون برای سطح خطای ۰/۰۵

همانطور که در جدول ۳، ملاحظه می‌شود بین افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی با رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد و بین رابطه با والدین و رابطه با همسالان با رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۴): خلاصه مدل رگرسیون چندگانه

متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی در رابطه با رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان				
ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	دوربین واتسون	
۰/۶۴۹	۰/۴۲۱	۰/۴۱۴	۲/۶۱۷۳	
متغیرهای رابطه با والدین و رابطه با همسالان در رابطه با رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان				
ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل شده	دوربین واتسون	
۰/۴۱۹	۰/۱۷۶	۰/۱۶۹	۳/۵۲۷۱۳	

واریانس یک طرفه نشان داد که ($p < ۰/۰۰۱$; $f = ۲۸/۴۲۱$) بنا بر این با توجه به اینکه سطح معنی‌داری خطای آزمون f برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۰۱ است، بنا بر این می‌توان گفت که استفاده از مدل خطی رگرسیون بلا مانع و یا به عبارتی حداقل یکی از متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی، رابطه با والدین و رابطه با همسالان توان پیش‌بینی متغیر وابسته را دارند.

مندرجات جدول ۴، نشان می‌دهد که متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی قادرند ۴۲ درصد رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معنادار تبیین نمایند. همچنین متغیرهای رابطه با والدین و رابطه با همسالان قادرند ۱۷ درصد رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معنادار تبیین نمایند. برای اینکه بدانیم که آیا متغیرهای مستقل می‌توانند متغیر وابسته را پیش‌بینی کنند از رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج تحلیل

جدول (۵): نتایج ضریب رگرسیون چندگانه

P	T	ضرایب استاندارد		متغیر پیش بین
		BETA	SE	
۰/۰۰۱	-۳/۲۵۸		۱/۵۱۱	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۱۱/۷۴۳	۰/۵۶۵	۰/۰۱۹	افسردگی
۰/۰۰۲	۳/۱۴۰	۰/۱۴۷	۰/۰۱۹	ناگویی خلقی
۰/۰۰۲	-۳/۱۸۹	-۰/۱۵۳	۰/۰۳۳	استرس تحصیلی
۰/۰۵۹	۱/۸۹۷	۰/۱۰۶	۰/۰۱۶	رابطه با همسالان
۰/۰۰۰	-۷/۱۲۷	-۰/۳۹۷	۰/۰۰۶	رابطه با والدین

در نوجوانان به‌عنوان متغیر ملاک، در معادله رگرسیون تحلیل شده همان طور که نتایج نشان می‌دهد افسردگی، ناگویی خلقی و استرس

برای تعیین تأثیر متغیرهای افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و رفتار خودآسیبی عمدی

وقایع استرس‌زای زندگی و خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا را تأیید کرده‌اند لئو^۵(۴۲). استرس تحصیلی اگر شدت یابد یا اینکه ادامه پیدا کند، در زمینه سلامت روانی و بهزیستی، مشکلاتی را برای فرد ایجاد می‌کند (۴۳). مشکلات روانی دیگر مرتبط با استرس تحصیلی، افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری را می‌توان نام برد (۴۳). تحقیقات نشان می‌دهند که استرس مربوط به عملکرد تحصیلی و آزار و اذیت همسالان می‌تواند رفتار آسیب به خود را افزایش دهد (۱۵). منابع استرس تحصیلی در دانش‌آموزان را می‌توان به دو بخش استرس تحصیلی ناشی از انتظارات والدین و معلمان، و استرس تحصیلی ناشی از انتظارات شخصی تقسیم بندی کرد (۴۲).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ناگویی خلقی رابطه مثبت و معناداری با رفتار خودآسیبی در نوجوانان دارد و می‌تواند به‌طور مثبت و معنی‌داری آن را پیش‌بینی کند. دبور^۶ و همکاران بیان می‌کند، رفتار خودآسیبی به‌عنوان فرار از هیجان دردناک و به خاطر ناتوانی در بیان این هیجانات، عمل می‌کند (۴۴). وودمن^۷ و همکاران در یک تحقیق بر روی زندانیان دریافتند که درصدهای ۶۷ افرادی که خودزنی می‌کردند، ابراز نمودند که صرفاً به خاطر تخلیه هیجانات، خودزنی می‌کردند (۴۵). نتایج پژوهش‌های داخلی نیز همسو با تحقیقات رامک، طالب زاده، شمسانی و همایونی (۴۶)، بشارت (۴۷)، مظاهری و افشار (۴۸)، می‌باشد. بر اساس مدل تنظیم هیجانی، نوجوان‌هایی که واکنش‌پذیری هیجانی شدیدتری دارند و در پذیرش، ارزیابی و کنترل پاسخ‌های هیجانی مشکل دارند، مستعد انواع مختلف رفتارهای خودآسیب‌رسانی هستند. بر این اساس هیجان‌پذیری بالا و نقص در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی، دو عامل خطر خودآسیبی براساس مدل تنظیم هیجانی به حساب می‌آیند (۴۹).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه با والدین رابطه منفی و معناداری با رفتار خودآسیبی در نوجوانان دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. جانگ^۸ نشان داد که مشکلات بین فردی در بافت خانواده و همسالان از طریق اختلال در تنظیم هیجان، سبب افزایش تعداد و شدت خودآسیبی بدون قصد خودکشی می‌شود (۵۰). بررسی‌های اسگردوتیر^۹ و همکاران نیز نشان می‌دهد خشونت و درگیری‌های خانوادگی با رفتار خودآسیبی

تحصیلی توانستند تغییرات رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. همچنین متغیرهای رابطه با والدین و رابطه با همسالان، توانستند رفتار خودآسیبی عمدی در نوجوانان را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی، استرس تحصیلی و ناگویی خلقی می‌توانند رفتار آسیب به خود در نوجوانان را پیش‌بینی کنند. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که افسردگی رابطه مثبت و معناداری با رفتار خودآسیبی در نوجوانان دارد و می‌تواند به‌طور مثبت و معنی‌داری آن را پیش‌بینی کند و این همسو با نتایج تحقیقات حسون^۱، دباغی و ربیعی (۳۸) و حکیم شوشتری و همکاران (۳۹) می‌باشد. نوجوانانی که علائم افسردگی دارند، به‌احتمال بیشتری دچار خودآسیبی می‌شوند لاتینا^۱ (۱۲)، وویونگ لی^۲ (۶) در واقع آن‌ها با این رفتارها می‌خواهند هیجانات منفی خود را کاهش دهند. در یک پژوهش کیفی که انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی را در دختران شهری و حومه شهر با هم مقایسه کرده بود، گزارش شده است که رهایی از احساس افسردگی و آشفتگی هیجانی در دختران حومه شهر و تخلیه خشم و عصبانیت در دختران شهری به‌عنوان انگیزه‌های اصلی خودجرحی می‌باشند (۴۰). نتیجه یک مطالعه طولی نشان داده است مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده و عامل خطر در تداوم رفتارهای آسیب به خود در نوجوانی و اوایل بزرگسالی سابقه اختلال افسردگی اساسی به شکل مزمن است (۴۰).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که استرس تحصیلی رابطه مثبت و معناداری با رفتار خودآسیبی در نوجوانان دارد و می‌تواند به‌طور مثبت و معنی‌داری آن را پیش‌بینی کند. همانطور که کیدگر^۳ و همکاران (۱۰) نشان داد، برنامه‌های آموزش مدیریت استرس می‌تواند استرس تحصیلی در دانش‌آموزان را کاهش دهد. با افزایش استرس، سلامت روانی و بهزیستی افراد به خطر افتاده و افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری افزایش می‌یابد. تانگ^۴ و همکاران (۴۱) نیز طی تحقیقاتی نشان داد که وقوع رفتار خودآسیبی در طول عمر، نشانه تجربه وقایع استرس‌زای زندگی و نشانه‌های افسردگی می‌باشد. از سوی دیگر، تحقیقات ارتباط بین

6. Deborde

7. Woodman

8. Jung

9. Asgeirsdottir

1. Latina

2. Woo Kyeong Lee

3. Kidger

4. Tang

5. Liu

عمیقی نیازمند بینش بالا در فرد است، تکرار این مطالعه با استفاده از ابزارهای ارزیابی عمیق‌تر و دقیق‌تر نظیر مصاحبه‌های تشخیصی می‌تواند صحت نتایج حاضر را مورد تأیید قرار دهد.

از طرف دیگر، اطلاعات پژوهش حاضر از نوع روابط همبستگی و مقطعی بوده و ممکن است متغیرهای دیگری با رفتار خودآسیبی رابطه داشته باشد که در این پژوهش نادیده گرفته شده‌اند، نظیر عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی، تبلیغات و رسانه‌ها، مهارت‌های اجتماعی و مدرسه نیز ممکن است در بروز این مشکل نقش مهم داشته باشند، لذا مطالعات طولی برای درک ثبات یا فقدان ثبات این نوع رفتارها در دوران رشد، مفید است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ممکن است هیجان‌های منفی از جمله افسردگی و استرس تحصیلی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی با رفتار خودآسیبی نقش داشته باشد. با توجه به نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه رفتار آسیب به خود، می‌توان گفت مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی ممکن است بر درمان نشانه‌های خودآسیب‌رسانی در نوجوانان مؤثر باشد. همچنین با توجه به انگیزه‌های اختصاصی نوجوانان برای خودآسیب‌رسانی می‌توان درمان‌های ویژه فردی را برای آن‌ها طراحی کرد و روش‌های سازگارانه‌تری را برای تحقق آن انگیزه‌ها به نوجوانان آموزش داد. می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش در زمینه بالینی، می‌تواند اهمیت داشته باشد چرا که درمانگران با توجه به متغیرهای زمینه‌ای، می‌توانند مداخلات مؤثرتری را به کار برند. بنابر این، استفاده از برنامه‌های آموزشی در دبیرستان‌ها و رسانه‌های جمعی، به‌کارگیری روانشناسان و مشاوران با تجربه، به منظور ارتقاء کیفیت روابط بین فردی در نوجوانان و جوانان یا انتشار پکیج‌هایی پیرامون این موضوعات، پیشنهاد می‌شود. از سوی دیگر پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، این رابطه، به‌صورت گسترده‌تر، در پسران و در رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف بررسی گردد، تا بتوان با اطمینان بیشتری نقش هیجان‌های منفی مثل افسردگی و استرس تحصیلی، ناگویی خلقی و روابط بین فردی را در تعیین رفتار خودآسیبی تأیید نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران از همه مسئولان و دانش‌آموزان شهر سراب که در انجام پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

ارتباط دارد و این ارتباط زمانی قوی‌تر است که افسردگی به‌عنوان یک واسطه بین اوضاع نابسامان خانواده و رفتار آسیب به خود باشد (۵۱). نوجوانانی که والدینشان از تصمیمات آن‌ها حمایت کرده و با آن‌ها رابطه صمیمانه دارند، معمولاً کمتر خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا، در آن‌ها گزارش می‌شود و سبک والدین مستبد، ممکن است یک عامل خطر برای خودآسیبی عمدی غیرخودکشی‌گرا باشد (۲۴). نتایج تحقیقات حمزا و همکاران، تانتل و همکاران، اهمیت روابط بین فردی را در کاهش احتمال ابتلا به آسیب عمدی به خود را برجسته می‌کنند و بر نقش یک محیط خانوادگی مثبت، در کمک به نوجوانان افسرده، برای کاهش رفتار آسیب به خود، تأکید می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های فرازی، تان و همکاران (۲۳). باتنس^{۱۰} و همکاران (۲۴) که نشان می‌دهند بهبود روابط والد-فرزندی می‌تواند در رفتار آن‌ها تأثیر گذاشته و مانع مشکلات رفتاری می‌شود، همسو است. درواقع خانواده یک اجتماع برنامه‌ریزی شده و سازمان یافته است و از آن می‌توان به واحد بنیادین جامعه یا سنگ بنای اجتماعی تعبیر کرد. کیفیت روابط خانواده، تأثیر عمیقی روی کیفیت زندگی اکثر مردم دارد و چگونگی عملکرد خانواده‌ها، تحت تأثیر عملکرد بسیار خوب جوامع قرار دارد (۱۳).

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه با همسالان رابطه منفی و معناداری با رفتار خودآسیبی در نوجوانان دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. این نتایج، همسو با نتایج تحقیقات‌های و همکاران (۲۲)، تان و همکاران (۲۳) و وو یونگ لی (۶) است. عدم رابطه با همسالان، به‌طور قابل ملاحظه‌ای، باعث ابتلا نوجوان به افسردگی می‌شود. جدایی از همسالان و قطع ارتباط با آن‌ها، نسبت به بی‌توجهی والدین، در بروز افسردگی نقش بیشتری دارد و از سوی دیگر افسردگی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار خودآسیبی می‌باشد. افرادی که با دوستان و والدین خود رابطه مثبتی برقرار می‌کنند، قادر به مقابله با احساسات منفی خود هستند و آن‌ها احتمالاً در برابر علائم افسردگی، کمتر از رفتارهای خودآسیبی استفاده می‌کنند. لاتینا و هم (۱۲) کاران نشان دادند که نقصان در خودکارآمدی در تعامل با همسالان در نوجوانی یکی از عوامل مهم در بروز اختلالات رفتاری به‌ویژه پرخاشگری علیه خود و دیگران می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش

استفاده فقط از پرسشنامه، یکی از محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر است و در بسیاری از موارد، تشخیص چنین گرایش‌های

¹⁰. Baetens

References

1. Aizpirtarte A, Atherton OE, Zheng LR, Alonso-Arbiol I, Robins RW. Developmental precursors of relational aggression from late childhood through adolescence. *Child devel* 2019;90(1): 117-26.
2. Eccles JS, Lord S, Buchanan CM. School transitions in early adolescence: What are we doing to our young people? *Transitions through adolescence: Psychology Press*; 2018. P. 251-84.
3. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lan Psychiatr* 2018;5(2): 167-74.
4. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adole Psychol* 2013;42(4): 496-507.
5. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnormal Psychol* 2013;122(1): 231.
6. Lee WK. Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. *Asian J psychiatr* 2016;23: 119-24.
7. Swannell S, Martin G, Page A, Hasking P, Hazell P, Taylor A, et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Ab Neg* 2012;36(7-8): 572-84.
8. Zhu L, Westers NJ, Horton SE, King JD, Diederich A, Stewart SM, et al. Frequency of exposure to and engagement in nonsuicidal self-injury among inpatient adolescents. *Archives Suicide Res* 2016;20(4): 580-90.
9. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol: Science Practice* 2003;10(2): 192-205.
10. Kidger J, Heron J, Leon DA, Tilling K, Lewis G, Gunnell D. Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: A prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). *J Affective Disorders* 2015;173: 163-9.
11. Kleiman EM, Ammerman B, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The role of emotion reactivity and gender in the relationship between psychopathology and self-injurious behavior. *Pers Individ Dif* 2014;69: 150-5.
12. Latina D, Giannotta F, Rabaglietti E. Do friends' co-rumination and communication with parents prevent depressed adolescents from self-harm? *J Appl Devel Psychol* 2015;41: 120-8.
13. Lüdtkke J, In-Albon T, Schmeck K, Plener PL, Fegert JM, Schmid M. Nonsuicidal self-injury in adolescents placed in youth welfare and juvenile justice group homes: associations with mental disorders and suicidality. *J Abnormal Child Psychol* 2018;46(2): 343-54.
14. Andes R. Detection of Depression in Primary Care and the Assessments Available that can assist in Diagnosis. *Undergraduate J Psychol* 2018;30(1): 36-42.
15. Evans R, Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Pub Health* 2016;16(1): 401.
16. Dujardin A, Santens T, Braet C, De Raedt R, Vos P, Maes B, et al. Middle childhood support-seeking behavior during stress: Links with self-reported attachment and future depressive symptoms. *Child Devel* 2016;87(1): 326-40.
17. Yeo SK, Lee WK. The relationship between adolescents' academic stress, impulsivity, anxiety,

- and skin picking behavior. *Asian J Psychiatr* 2017;28: 111-4.
18. Basharpour S, Almardanisomeeh S, Shah mohammadzadeh Y. The role of alexithymia and emotional expressivity in predicting somatization symptoms among students of mohaghegh Ardabili University during 2014-2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015;13(10): 961-72.
 19. Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One* 2009;4(6): e5751.
 20. Edwards ER, Wupperman P. Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant Behav* 2017;38(10): 1160-71.
 21. Davey S, Halberstadt J, Bell E, Collings S. A scoping review of suicidality and alexithymia: The need to consider interoception. *J affective Dis* 2018.
 22. Hay C, Meldrum R. Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *J Youth Adoles* 2010;39(5): 446-59.
 23. Tan AC, Rehfuss MC, Suarez EC, Parks-Savage A. Nonsuicidal self-injury in an adolescent population in Singapore. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2014;19(1): 58-76.
 24. Baetens I, Claes L, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, Pieters C, et al. Non-suicidal self-injury in adolescence: a longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *J Adolesc* 2014;37(6): 817-26.
 25. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Pers Dis Emotion Dysreg* 2015;2(1): 2.
 26. Sansone RA, Wiederman M, Sansone LA. The relationship between borderline personality symptomatology and healthcare utilization among women in an HMO setting. *Am J Manag Care* 1996;2: 515-8.
 27. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assessment* 1996;67(3): 588-97.
 28. Dobson K, Mohammad Khani P. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory 2. In a large sample of patients with major depressive disorder. *J Rehabil* 2007;8(29): 80-6.
 29. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J psychosoma Res* 1994;38(1): 33-40.
 30. Besharat MA. Relations between alexithymia, anxiety, depression, psychological distress, and psychological well-being. 2008. (Persian)
 31. Mohammad S. Study of personality characteristics of patients with ulcerative colitis and compared with healthy people Tehran: Psychiatric Institute; 2001. (Persian)
 32. Ang RP, Huan VS. Relationship between academic stress and suicidal ideation: Testing for depression as a mediator using multiple regression. *Child Psychiatry Hum Develop* 2006;37(2): 133.
 33. Shokri O, Kadivar P, Roy Z, Z. D. The causes of academic stress and reactions to those factors in male and female students. *Recent Cogn Sci* 2008;8(4): 40-8. (Persian)
 34. Fine MA, Moreland JR, Schwebel AI. Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*. 1983;19(5): 703.
 35. Pianta RC. Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. *J School Psychol* 1994;32(1): 15-31.
 36. Abarshi Z, Tahmasian K, Mazaheri M, Pennaghi L. The Educational Effect of Promoting Child Psychosocial Development through Improving the Interaction of the Mother of the Child on the Self-

- Program of Parental Effects and the Relationship between Mother and Child under 3 Years. *Quar J Res Psychol Health* 1988;3(3): 50-2. (Persian)
37. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *J Youth Adole* 1987;16(5): 427-54.
38. Hasanvand M, Tabaraghi P, M R. Relationship between negative emotions and self-destructive behaviors without suicide intention: Emphasizing the mediator role of body image and excitement in soldiers. *Avicenna Sci Res J* 2016;18(3): 56-61. (Persian)
39. Shoostari MH, Khanipour H. Comparison of Self-harm and Suicide Attempt in Adolescents: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2014;20(1). 22-32. (Persian)
40. Abrams LS, Gordon AL. Self-harm narratives of urban and suburban young women. *Affilia* 2003;18(4): 429-44.
41. Tang J, Yu Y, Wu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, et al. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS one* 2011;6(4): 179-7.
42. Liu X, Kurita H, Uchiyama M, Okawa M, Liu L, Ma D. Life events, locus of control, and behavioral problems among Chinese adolescents. *J Clin Psychol* 2000;56(12): 1565-77.
43. Swearer SM, Espelage DL, Vaillancourt T, Hymel S. What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. *Educ Res* 2010;39(1): 38-47.
44. Deborde A, Berthoz S, Godart N, Perdereau F, Corcos M, Jeammet P. Relations between alexithymia and anhedonia: a study in eating disordered and control subjects. *L'Encephale*. 2006;32(1 Pt 1): 83-91.
45. Woodman T, Huggins M, Le Scanff C, Cazenave N. Alexithymia determines the anxiety experienced in skydiving. *J Affective Dis* 2009;116(1-2): 134-8.
46. Ramek N, Talebzadeh M, Shamsaei M, Homayouni A. Family satisfaction multiplicity, mood and mood of suicidal girls and girls. *J Path Fam Consult Enrich* 2015;22(4): 47-66.
47. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007;101(1): 209-20.
48. Mazaheri M, Afshar H. Alexis Timmy's relationship with depression and anxiety in psychiatric patients. *Mag Prin Mental Health* 2010;12(2): 470. (Persian)
49. Mazaheri M. Psychometric properties of the persian version of the difficulties in emotion regulation scale) DERS-6 & DERS-5-revised (in an Iranian clinical sample. *Iran J Psychiatr* 2015;10(2): 115. (Persian)
50. Jung AW. Individualized Education Programs (IEPs) and Barriers for Parents from Culturally and Linguistically Diverse Backgrounds. *Multicul Educ* 2011;19(3): 21-5.
51. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abus Neg* 2011;35(3): 210-9.

THE ROLE OF NEGATIVE EMOTION, ALEXITHYMIA, AND INTERPERSONAL FACTORS IN PREDICTING SELF-HARM BEHAVIOR IN ADOLESCENTS: A CORRELATIONAL STUDY

Nilofar Mikaeli¹, Masoume Gharib bolouk², Azarsokht bolandi³, Mohammad Narimani⁴

Received: 08 Apr, 2019; Accepted: 26 June, 2019

Abstract

Background & Aims: Self-injury behavior is one of the most common behaviors, especially in adolescent girls. The purpose of this study was to investigate the role of negative emotions, alexithymia, and interpersonal relationships in predicting self-harm behaviors among high school female students in the city of Sarab.

Materials & Methods: The subjects were 285 female students from 9th grade up to university level who were selected by random cluster sampling. The instruments used in this study include self-injury inventory, Beck Depression Scale, Toronto Alexithymia Scale-20, Ang's and Huan's Academic Expectations Stress Inventory, Parent-Child Relationship Scale, and the relationship with peers. Out of 285 students, 270 students completed the questionnaire completely and 15 of them were excluded due to incomplete responses. The present study was correlational and descriptive indexes, Pearson correlation test, and regression analysis were used for data analysis.

Results: The results showed that negative emotions such as depression and academic stress, alexithymia and interpersonal relationships have a significant relationship with self-harm behaviors ($P < 0.01$). Also, the results of multiple regression analysis showed that depression variables, academic stress, and mood formation can significantly explain 42% of intentional self-harm behaviors in adolescents ($P < 0.01$). Also, the relationship with parents and peers can explain 17% of intentional self-harm behaviors in adolescents ($P < 0.01$).

Conclusion: The results of this study are important in designing prevention programs for self-harm behaviors among adolescent and helping psychologists and counselors in promoting therapeutic interventions.

Keywords: Negative Emotions, Alexithymia, Interpersonal Relationships, self-harm

Address: Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil

Tel: +989124317821

Email: Nmikaeili@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2019; 30(5): 404 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardebili University, Ardabil, Iran

³ PhD Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

⁴ Master of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardabil, Iran