Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.5 .2025
Page: 149-166

# The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents with the mediation role of psychological resilience

**Maryam Mahdiaraqi[1], Mohamad Khaledian[2], Sahar Rasoliyan[3]**
1-Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author). E-mail: mmahdiaraghi@pnu.ac.ir
2-Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
3- Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

**Received:** 01/02/2025 **Accepted:** 04/03/2025

## Abstract

**Introduction**: Self-harm behaviors during adolescence represent a growing public health concern, with increasing prevalence worldwide. Understanding the factors that contribute to these behaviors is therefore of critical importance.
**Objective:** The aim of the present study was to investigate the mediating role of psychological resilience between child maltreatment and non-suicidal self-harm in adolescents.
**Method:** The present study employed a correlational design using path analysis. The statistical population comprised all students enrolled in the second year of high school in Sardasht during the 2024–2025 academic year. A sample of 330 students was selected through cluster sampling, based on the population size and minimum required sample recommendations. The study instruments included the Connor–Davidson Resilience Scale, the Self-Injurious Behaviors and Functions Questionnaire, and the short form of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Pearson correlation coefficient and path analysis using SPSS-25 and AMOS-25 were used to analyze the data.
**Results:** The findings showed that childhood maladjustment is positively correlated with non-suicidal self-harm ($P<0.05$). Childhood maladjustment had significant indirect predictive effects on non-suicidal self-harm through psychological resilience ($\beta=0.157$, $P<0.001$).
**Conclusion:** The findings highlight the important mediating role of resilience in the relationship between childhood maladjustment and non-suicidal self-harm. Specifically, even in the presence of adverse childhood experiences, adolescents who develop and strengthen resilience are better able to regulate their emotions and are less likely to engage in self-harming behaviors.
**Keywords:** Maladaptation, Self-harming behaviors, Resilience.

Mahdiaraqi M, Khaledian M, Rasoliyan S. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents with the mediation role of psychological resilience. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (5) 149-166
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2460-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۴، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۶۶-۱۴۹

# رابطه ناسازگاری دوران کودکی با رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی در نوجوانان با میانجیگری تاب‌آوری روانشناختی

**مریم مهدی عراقی[۱]، محمد خالدیان[۲]، سحر رسولیان[۳]**

۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران ( نوسینده مسئول ) mmahdiaraghi@pnu.ac.ir
۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳ کارشناسی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۳/۱۱/۱۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۱۲/۱۴

## چکیده

**مقدمه:** رفتارهای خودآسیبی در دوران نوجوانی، یکی از موضوعات قابل تأمل است که میزان شیوع آن در حال افزایش است و به یک مشکل بهداشت عمومی گسترده تبدیل شده است و شناسایی عوامل مؤثر بر آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری روان‌شناختی بین بدرفتاری با کودک و خودآسیبی غیر خودکشی نوجوانان بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری مطالعه حاضر تمامی دانش‌آموزان مشغول به تحصیل مقطع متوسطه دوم شهر سردشت در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که با توجه به جامعه آماری حداقل حجم نمونه ۳۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری‌خوشه‌ای انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (خانی پور، ۱۳۹۳) و فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و نرم افزار SPSS-25 و AMOS-25 استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که ناسازگاری دوران کودکی با خودآسیبی غیر خودکشی همبستگی مثبت دارد (P<۰/۰۵). ناسازگاری دوران کودکی اثرات پیش‌بینی غیرمستقیم قابل‌توجهی بر خودآسیبی غیر خودکشی از طریق تاب‌آوری روانشناختی (β =۰/۱۵۷، P<۰/۰۰۱) داشت.

**نتیجه‌گیری**: نتیجه‌گیری می‌شود که نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه ناسازگاری دوران کودکی و خودآسیبی غیر خودکشی را برای کودکان و نوجوانانی که از ناسازگاری دوران کودکی رنج می‌برند حائز اهمیت است و نوجوانان علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی در صورت اکتساب و بهبود تاب‌آوری، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می‌کنند.

**کلیدواژه‌ها:** ناسازگاری، رفتارهای خودآسیبی، تاب‌آوری

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است

**مقدمه**

نوجوانی به طور کلی به مرحله ۱۰ تا ۱۹ در طول عمر اشاره دارد (سازمان بهداشت جهانی[۱]، ۲۰۲۰) که عبارتی حیاتی برای بلوغ جسمی و رشد روانی و همچنین زمان اوج اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه است و همه این‌ها نقش مهمی در ایجاد خودآسیبی غیر خودکشی[۲] تائید شده است (تیان، جیانگ، یانگ، ران، جی و همکاران[۳]، ۲۰۲۰). خود آسیبی غیر خودکشی یک مشکل بالینی جدی و شایع، به ویژه در نوجوانان و بزرگسالان جوان است. این آسیب به عنوان آسیب‌عمدی خود به بدن از نوعی که ممکن است باعث خونریزی، کبودی یا درد شود (مانند بریدن، سوزش، ضربه‌زدن،یا مالش بیش‌ازحد) در غیاب قصد خودکشی و برای مقاصدی که از نظر اجتماعی یا فرهنگی پذیرفته شده است، تعریف می‌شود(تیلور، دینگرا، فورستر، شاملک و دیکسون[۴]، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف کارکردهای احتمالی رفتار آسیب‌رسان به خود غیرخودکشی را با تنظیم هیجانی، خود تنبیهی و عملکرد ضد تجزیه‌ای که از نظر تجربی مورد حمایت قرار گرفته‌اند را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده‌اند (تیلور و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع چنین رفتارهایی در نمونه بزرگسال غیر بیمار بین ۴ تا ۲۰ درصد و در نمونه نوجوان غیر بیمار بین از ۴۰ درصد است و همچنین نرخ رفتارهای خود آسیب‌زای تعمدی در نمونه غیر بالینی دانش‌آموزان دبیرستانی بین ۱۲ تا ۶۶ درصد است (ولی‌محمدی، شکری، شعاع‌کاظمی و احمدی-طهورسلطانی، ۱۴۰۲).

به نظر می‌رسد یک توافق کلی وجود دارد که خودآسیبی غیر خودکشی وسیله‌ای برای کاهش یا از بین بردن پریشانی‌هیجانی منفی طاقت‌فرسا، مانند خشم، تنهایی، پوچی یا غم است، حتی اگر تسکین آن کوتاه‌مدت باشد (کونیگ، کلیر، پارزر، سانتانگلو و کایس[۵]، ۲۰۲۱). بدرفتاری با کودک[۶] یک مشکل بهداشت عمومی گسترده با پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی و روانی کوتاه‌مدت یا بلندمدت برای کودکان است (مهتا، کلی، لورنز، هسلام و ماتیوس[۷]، ۲۰۲۱). بدرفتاری با کودک، سوءاستفاده و بی‌توجهی است که برای کودکان زیر ۱۸-سال رخ می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی[۸]، ۲۰۱۹). این شامل اشکال متعددی مانند آزارجسمی، آزارعاطفی، سوءاستفاده‌جنسی و غفلت است(وو، چی، لین و دو[۹]، ۲۰۱۸) که منجر به آسیب‌واقعی به سلامت، بقا، رشد یا حیثیت کودک در زمینه مسئولیت، اعتماد یا قدرت یک رابطه می‌شود(سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). همه انواع بدرفتاری با کودکان با سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب مرتبط بودند(هامفریس، لی‌مولت، ویار، لی و گوتلیب[۱۰]، ۲۰۲۰) و حتی باعث افزایش خطر مرگ و میر

[1] . World Health Organization
[2] . Non-suicidal self-injury
[3] Yang, Jiang, Yang, Ran, Xie... & Xiao
[4] . Taylor, Dhingra, Forrester, Shahmalak, & Dickson
[5] . Koenig, Klier, Parzer, Santangelo, & Kaess
[6] . Child maltreatment
[7] . Mehta, Kelly, Laurens, Haslam, & Mathews
[8] . World Health Organization
[9] . Wu, Chi, Lin, & Du
[10] . Humphreys, LeMoult, Wear, Lee, & Gotlib

زودرس در میان کودکانی شد که در مقایسه با کودکانی که بدرفتاری نمی‌کنند (راجرز، پاور و پریرا[1]، ۲۰۱۹). مطالعات متعددی قبلا نشان داده‌اند که بدرفتاری با کودک که به آزار/غفلت فیزیکی، سوءاستفاده عاطفی/غفلت و آزار جنسی ناشی از والدین یا سایر مراقبان زیر ۱۸ سال(نلسون، پولاک، کلایتون، تلزر و پرینستین[2]، ۲۰۲۴)، ارتباط مثبتی با وقوع خودآسیبی غیرخودکشی دارد (کانگ و کیم[3]، ۲۰۲۱). با این حال، مکانیسم‌های اساسی بین این دو متغیر هنوز نامشخص است. با درک این موضوع، انتظار می‌رود که نقش واسطه‌ای تاب‌آوری‌روان‌شناختی بین بدرفتاری با کودک و خودآسیبی غیر خودکشی نوجوانان بررسی شود و سپس چند پیشنهاد سازنده برای مهار این رفتار ارائه گردد.

شواهد موجود در حال حاضر ارتباط برجسته‌ای را بین تجارب نامطلوب دوران کودکی، به ویژه بدرفتاری در دوران کودکی و افزایش خطر خودکشی نشان می‌دهد (ساهلی، رولی، مورگان، یاپ، ریوپرت و همکاران[4]، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داد که حداقل یک نفر از هر چهار جوان مورد بدرفتاری سابقه ایده‌پردازی خودکشی[5]، خودکشی از طریق پلان یا طرح یا اقدام به خودکشی[6]را گزارش کرده است (دیوپری، اوشری و لیو[7]، ۲۰۲۰). یک متاآنالیز جوانان نشان داد که بدرفتاری در دوران کودکی با شانس ایده‌پردازی خودکشی تا ۲/۵ برابر و شانس اقدام به خودکشی ۳/۳۸ برابر است (آنگلاکیس، گیلسپی و پاناگیوتی[8]، ۲۰۱۹). با این حال، ثابت شده است که مداخله مستقیم در بدرفتاری در دوران کودکی پرهزینه و سخت کمتر مؤثر است (ویسن مولر و هیلتون[9]، ۲۰۲۱). در این شرایط، یافتن سایر عوامل میانجی قابل اصلاح که در ارتباط بین بدرفتاری در دوران کودکی و خودکشی نهفته است، می‌تواند راهی قابل‌قبول در کاهش خودکشی مرتبط با بدرفتاری در دوران کودکی در بین نوجوانان باشد.

یک نظرسنجی آلمانی نشان داد که تقریبا ۶۵٪ از افرادی که درگیر خودآسیبی بوده‌اند حداقل یک‌شکل از آسیب‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، درحالی‌که حدود ۵۰٪ تحت انواع مختلفی از آسیب‌های دوران کودکی قرار گرفته اند (براون، هاینس، وایت، براهلر و پلنر[10]، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش فرجامی، فرجامی، شکیبایی نژاد و پاییزی (۱۴۰۳) نشان داد اثر مستقیم ترومای کودکی بر رفتارهای خودآسیبی معنادار است و همچنین ناسازگاری و ترومای دوران کودکی در مجموع ۷۱ درصد از واریانس رفتارهای خودآسیبی در آینده را تبیین می‌کند. نتایج پژوهش ثابت‌دیزکوهی، ابوالقاسمی و کافی‌ماسوله (۱۴۰۲) نشان داد که متغیرهای رفتارهای خودآسیب‌زنی با تاب آوری همبستگی منفی دارد. نتایج پژوهش تیتلیوس[11] (۲۰۱۸) ارتباط معنی‌داری بین

[1]. Rogers, Power, & Pereira
[2]. Nelson, Pollak, Clayton, Telzer, & Prinstein
[3]. Kang & Kim
[4]. Sahle, Reavley, Morgan, Yap , Reupert & et al
[5]. suicidal ideation
[6]. suicidal attempt
[7]. Duprey, Oshri, & Liu
[8]. Angelakis, Gillespie, & Panagioti
[9]. Weisenmuller & Hilton
[10]. Brown, Heines, Witt, Braehler & Plener
[11]. Titelius

ناسازگاری دوران کودکی فیزیکی و عاطفی و فراوانی رفتارهای خودآسیبی نشان داد.

برخی از مطالعات منتشر شده قبلا میانجی‌گری برجسته با تاب‌آوری روانشناختی را در ارتباط بین ناسازگاری دوران کودکی و خودآسیبی غیر خودکشی پیشنهاد کرده‌اند (چن، وانگ، ژاو، وانگ و ژو[1]، ۲۰۲۴). یانگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تاب‌آوری ۳۹٫۸ درصد از ارتباط خودآسیبی غیر خودکشی طول عمر ناسازگاری دوران کودکی را واسطه می‌کند. در میان همه عوامل نامطلوب روانی اجتماعی، بدرفتاری دوران کودکی با افزایش خطر خودآسیبی در نوجوانان مرتبط است.

تاب‌آوری[2] اخیرا توجه مطالعاتی قابل توجهی را در زمینه روانشناسی مثبت گرا به خود جلب کرده است (چن و همکاران، ۲۰۲۴). انجمن روانشناسی آمریکا[3] تاب-آوری را به عنوان «فرایند سازگاری‌خوب در مواجهه با ناملایمات، تروما، تراژدی، تهدیدها یا حتی منابع مهم استرس» تعریف می‌کند. تاب آوری یک تعریف چند بعدی است که شامل تمرکز هدف، تنظیم هیجان، ادراک مثبت، حمایت خانواده و کمک بین فردی است. برخی از مطالعات منتشر شده قبلی نشان می‌دهد که سطح بالاتر تاب‌آوری با کاهش خطر رفتارهای خودکشی در جوانان مرتبط است (میرکوویچ، دلوین، روبین، فام اسکاتز، کورکس و اسپرانزا[4]، ۲۰۲۱). در همین حال، هم مطالعات مقطعی و هم مطالعات طولی نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانانی که بدرفتاری در دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، سطح پایین‌تری از تاب‌آوری را مشاهده می‌کنند (یانگ، لیو، کاو، چن و کلیفا[5]، ۲۰۲۳)؛ بنابراین، منطقی است که شک کنیم که تاب‌آوری به عنوان یک واسطه مهم در رابطه بدرفتاری در دوران کودکی و رفتارهای خودآسیبی نقش بازی می‌کند. نتایج پژوهش چن، جیانگ، لیو، ران و یانگ[6] (۲۰۲۱) با موضوع نقش میانجی تاب‌آوری را در ارتباط بین بدرفتاری در دوران کودکی و ایده پردازی خودکشی نشان داد که سطح بالاتر تاب‌آوری با خطر کمتر مشکلات درونی کردن مرتبط بود؛ بنابراین، منطقی است که فرض کنیم تاب-آوری همچنین ممکن است در برابر خودآسیبی در بین نوجوانانی که ناسازگاری‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند محافظت کند. همچنین، یک متاآنالیز به این نتیجه رسید که اثر مخرب بدرفتاری‌های دوران کودکی را می‌توان تحت فرض تاب‌آوری مؤثر تثبیت شده قربانیان تعدیل یا حتی از آن جلوگیری کرد. بدرفتاری در دوران کودکی که به عنوان سوء استفاده یا بی‌توجهی درک می‌شود که سلامت یا حیثیت کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بوچارت، کاهان، فینی، میان و فورنیس[7]، ۲۰۰۶)، یک عامل خطر شناخته شده برای خودکشی و آسیب به خود است (لی[8]، ۲۰۱۵). متاآنالیزها نشان داده است که بازماندگان بدرفتاری در دوران کودکی دو تا سه برابر بیشتر در معرض آن رفتارها هستند (آنگلاکیس و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا پژوهش

[1] . Chen, Wang, Zhao, Wang, Zhou
[2] . Resilience
[3] . American Psychological Association
[4] . Mirkovic, Delvenne, Robin, Pham-Scottez, Corcos, & Speranza
[5] . Yang, Liu, Cao, Chen, & Kelifa
[6] . Chen, Jiang, Liu, Ran, &Yang
[7] . Butchart, Kahane, Phinney, Mian, & Furniss
[8] . Lee

حاضر درصدد دستیابی به پاسخ این سؤال است که آیا تاب‌آوری روانشناختی نقش واسطه‌ای در رابطه بین ناسازگاری‌های دوران کودکی و رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی در نوجوانان دارد؟

## روش

روش‌تحقیق پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه‌آماری پژوهش حاضر تمامی دانش‌آموزان مشغول به تحصیل مقطع متوسطه دوم شهر سردشت در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. با توجه به محاسبات حداقل حجم نمونه برای پیچیدگی ساختاری برابر با ۱۲۳ و حداقل حجم نمونه برای تشخیص اندازه اثر ۳۳۰ محاسبه شد. اندازه اثر پیش بینی شده برای این پژوهش ۰/۱۹ توان آزمون ۰/۸۰ در نظر گرفته شد. همچنین تعداد متغیرهای مشاهده شده برابر با ۱۱ و متغیرهای پنهان ۳ در نظر گرفته شد. در این پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع و مراکز ذیصلاح و معرفی به مدارس متوسطه دوم و پس از مشخص کردن جامعه و نمونه تحقیق، با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از میان مدارس پسرانه و دخترانه دوره دوم متوسطه نظری با توجه به جمعیت دانش‌آموزی مدارس، ۸ دبیرستان (۴ مدرسه دخترانه و ۴ مدرسه پسرانه) به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از بین کلاس‌های موجود در هر دبیرستان منتخب به‌طور تصادفی سه کلاس انتخاب گردید. سپس محقق با حضور در بین آزمودنی‌ها و پس از بیان هدف کلی تحقیق و اطمینان دادن به آن‌ها در زمینه محرمانه ماندن نتایج فردی، از آن‌ها خواست تمامی سؤالات را با دقت و درنهایت صداقت مطالعه کرده و پاسخ دهند.

### ابزار

***مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون***[1]: توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس ۲۵ سؤال دارد جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که توسط آزمودنی پاسخ داده می‌شود، شامل مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی: ۲۵- ۲۴- ۲۳- ۱۷- ۱۶- ۱۲- ۱۱- ۱۰، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰- ۱۹- ۱۸- ۱۵- ۱۴- ۷- ۶، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸- ۵- ۴- ۲- ۱، کنترل: ۲۲- ۲۱- ۱۳ و تأثیرات معنوی: ۹- ۳ است؛ و به صورت پنج درجه‌ای لیکرتی (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) که از صفر (هرگز) تا چهار (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری در این مقیاس صفر و حداکثر نمره‌ی وی ۱۰۰ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس، تاب‌آوری بیشتر را منعکس می-کند. در پژوهش کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی ۰/۸۷ را گزارش نموده‌اند و در پژوهش اکبری، پاشا شریفی، شریفی و میرهاشمی (۱۴۰۳) مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه سازی اسپیرمن- برون به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۶۷ به دست آمد. ضریب‌پایایی این پرسشنامه

[1] Cannor & Davidson Resilience scale

در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

***پرسشنامه رفتارها و کارکردهای خودجرحی:*** این سیاهه توسط خانی‌پور (۱۳۹۳) توسعه به منظور سنجش رفتارهای خودجرحی توسعه داده شده است. این سیاهه از دو قسمت تشکیل شده است: فهرست رفتارهای خودجرحی و فهرست دوم شامل ۳۹ سؤال در مقیاس لیکرتی که انگیزه‌های خودجرحی را می‌سنجد. بخش دوم دارای دو عامل کارکردهای(انگیزه‌ها) درون فردی و بین فردی است و سیزده نوع کارکرد را می-سنجد. از شرکت کننده خواسته شد با در نظر گرفتن این سؤال «زمانی که به خودم آسیب می زنم...» پرسش‌های مرتبط با هر خرده مقیاس را از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری کنند. در پژوهش خانی‌پور(۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ در اختیار۳۰ نفر از آزمودنی‌ها قرار گرفت آلفای کرونباخ محاسبه شده ۹۴ /۰ به دست آمد. ضریب‌پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ۰/۸۶ به دست آمد.

***پرسشنامه ترومای دوران‌کودکی***[1]**:** این پرسشنامه به وسیله برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. پنج حوزه‌ی آسیب‌زا را به ترتیب زیر پوشش می-دهد: سوء استفاده فیزیکی (ماده های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳)، سوءاستفاده جنسی (ماده های ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۱۷)، سوءاستفاده هیجانی (ماده های ۴، ۱۱، ۱۹، ۲۰ و ۲۱)، غفلت‌فیزیکی (ماده های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۵) و غفلت هیجانی (ماده های ۶، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۵). فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۲ و بالاتر قابل اجرا است و این مقیاس در طیف ۹ درجه ای لیکرت (هرگز= ۱ تا همیشه= ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. پایایی این آزمون به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای‌کرونباخ در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ قرار دارد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای‌کودکی در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین، استین، نیوکومب، والکر، پوگ و همکاران،[2] ۲۰۰۳). پایایی پرسشنامه به دو روش آزمون -بازآزمون و آلفای کرونباخ توسط شفیعی، رضایی و صادقی (۱۴۰۰) ۰/۸۶ و برای خرده مقیاسها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. ضریب‌پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ۰/۸۸ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها از همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد. داده‌های این پژوهش با نرم‌افزار آماری spss (نسخه ۲۵) و Amos (نسخه ۲۵) تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

[1] . Childhood Trauma Questionnaire

[2] Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge & et al

## یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش حاضر شامل ۱۴۶ نفر (۴۴/۲ درصد) پایه‌دهم، ۹۳ نفر (۲۸/۲ درصد) پایه‌یازدهم و ۹۱ نفر (۲۷/۶ درصد) پایه دوازدهم بودند. ۱۶۶ نفر (۵۰/۳ درصد) رشته‌تجربی، ۱۰۴ نفر (۳۱/۵ درصد) رشته-ریاضی و ۶۰ نفر (۱۸/۲ درصد)رشته علوم انسانی بودند. - ۱۹ نفر (۵/۸ درصد) ۱۵ سال، ۱۶۸ نفر (۵۰/۹ درصد) ۱۶ سال، ۱۲۰ نفر (۳۶/۴ درصد) ۱۷ سال و ۲۳ نفر (۷/۰ درصد) ۱۸ ساله بودند. جنسیت گروه نمونه برای دانش-آموزان پسر ۱۵۴ نفر و دانش‌آموزان دختر ۱۷۶ نفر بود.

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. همچنین در جدول ۱ توصیف آماری نمرات، شامل چولگی و کشیدگی به همراه شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. نرمال بودن داده ها با استفاده از مقادیر برش برای چولگی (۲±) و کشیدگی (۳±) بررسی شد. با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- است داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند.

**جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های تحقیق**

| زیر مقیاس | میانگین | انحراف استاندارد | کجی | کشیدگی |
|---|---|---|---|---|
| خودآسیبی | ۳۵/۴۱ | ۱۰/۴۱ | ۰/۳۷۲ | -۱/۰۸۶ |
| ناسازگاری دوران کودکی | ۵۵/۶۴ | ۹/۷۸ | ۰/۱۳۷ | -۰/۵۶۳ |
| سوءاستفاده فیزیکی | ۱۱/۴۳ | ۲/۸۰ | -۰/۲۴۶ | -۰/۴۶۶ |
| سوءاستفاده جنسی | ۱۲/۳۰ | ۳/۵۶ | ۰/۲۴۲ | -۰/۲۴۹ |
| سوءاستفاده هیجانی | ۱۰/۵۹ | ۳/۲۴ | ۰/۱۱۳ | -۰/۹۹۱ |
| غفلت هیجانی | ۱۰/۸۱ | ۳/۱۲ | ۰/۰۱۲ | -۱/۰۶۸ |
| غفلت فیزیکی | ۱۰/۴۸ | ۳/۰۳ | ۰/۳۲۰ | ۰/۲۹۲ |
| تاب‌آوری روان‌شناختی | ۵۷/۴۲ | ۱۳/۵۹ | ۰/۳۴۴ | -۰/۳۶۲ |
| شایستگی فردی | ۱۸/۶۲ | ۵/۶۸ | ۰/۱۸۱ | -۰/۷۱۸ |
| اعتماد به غرایز فردی | ۱۵/۴۸ | ۴/۴۹ | ۰/۲۷۷ | -۰/۵۶۰ |
| کنترل | ۶/۹۸ | ۲/۴۳ | ۰/۰۶۰ | -۰/۷۱۸ |
| پذیرش‌مثبت تغییر | ۱۱/۶۲ | ۳/۷۳ | -۰/۱۰۳ | -۱/۰۵۴ |
| تأثیرات معنوی | ۴/۷۰ | ۱/۹۹ | -۰/۰۴۸ | -۱/۰۸۶ |

جدول ۲ تحلیل همبستگی نشان می‌دهد ناسازگاری دوران کودکی (کل) (r=۰/۶۴۳)، سوءاستفاده فیزیکی (r=۰/۴۰۸)، سوء استفاده جنسی (r=۰/۳۹۵)، سوءاستفاده هیجانی (r=/۴۱۲)، غفلت هیجانی (r=۰/۴۰۳) و غفلت فیزیکی (r=۰/۳۷۵) با خودآسیبی غیر خودکشی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند.

**جدول ۲: ماتریس همبستگی ناسازگاری دوران‌کودکی و رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی**

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **۱-خودآسیبی** | ۱ | | | | | | |
| **۲-ناسازگاری دوران کودکی (کل)** | ۰/۶۴۳** | ۱ | | | | | |
| **۳- سوء استفاده فیزیکی** | ۰/ ۴۰۸** | ۰/۶۷۳** | ۱ | | | | |
| **۴-سوءاستفاده جنسی** | ۰/۳۹۵** | ۰/۵۰۸** | ۰/۱۰۰ | ۱ | | | |
| **۵-سوءاستفاده هیجانی** | ۰/۴۱۲** | ۰/۶۵۵** | ۰/۳۹۴** | ۰/۱۶۱** | ۱ | | |
| **۶-غفلت‌هیجانی** | ۰/۴۰۳** | ۰/۶۴۲** | ۰/۳۳۵** | ۰/۰۸۵ | ۰/۲۵۹** | ۱ | |
| **۷-غفلت‌فیزیکی** | ۰/۳۷۵** | ۰/۶۳۹** | ۰/۳۵۹** | ۰/۱۱۰* | ۰/۲۱۹** | ۰/۳۵۳** | ۱ |

** P <۰/۰۱ * P < ۰/۰۵

خلاصه نتایج تحلیل همبستگی بین رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی با تاب‌آوری و مؤلفه‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است. تحلیل همبستگی نشان می‌دهد تاب‌آوری روانشناختی (کل) (r=-۰/۵۵۰)، شایستگی‌فردی (r=-۰/۳۹۸)، اعتماد به غرایز فردی (r=-۰/۴۵۳)، کنترل (r=-۰/۳۸۸)، پذیرش مثبت تغییر (r=-۰/۳۹۹) و تأثیرات معنوی (r=-۰/۳۷۷) با خودآسیبی غیر خودکشی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری دارند.

**جدول ۳. ماتریس همبستگی تاب‌آوری روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی**

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **۱-خودآسیبی** | ۱ | | | | | | |
| **۲-تاب آوری روانشناختی (کل)** | -۰/۵۵۰** | ۱ | | | | | |
| **۳- شایستگی فردی** | -۰/ ۳۹۸** | ۰/۵۹۲** | ۱ | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **۴-اعتماد به غرایز فردی** | -۰/۴۵۳** | ۰/۶۹۸** | ۰/۵۱۳** | ۱ | | | |
| **۵-کنترل** | -۰/۳۸۸** | ۰/۶۵۹** | ۰/۴۷۲** | ۰/۴۹۹** | ۱ | | |
| **۶-پذیرش مثبت تغییر** | -۰/۳۹۹** | ۰/۶۴۲** | ۰/۳۴۴** | ۰/۳۸۷** | ۰/۳۹۷** | ۱ | |
| **۷-تأثیرات معنوی** | -۰/۳۷۷** | ۰/۵۸۱** | ۰/۴۳۸** | ۰/۳۴۶** | ۰/۳۳۲** | ۰/۲۸۳** | ۱ |

** P <۰/۰۱ * P < ۰/۰۵

جدول ۴، برازش الگوی نهایی را بر اساس شاخص‌های برازندگی نشان می‌دهد. فرض نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع ها داشت (P< ۰/۰۵)؛ و همچنین برای بررسی فرض همگنی از آزمون باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری پیش‌فرض داشت (F = ۰/۵۹ , P> ۰/۰۵). نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد به همراه برخی از مهم‌ترین شاخص‌های برازش‌مدل در شکل و جدول زیر ارائه شده است.

**جدول۴. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل**

| نام شاخص | شاخص های برازش | |
|---|---|---|
| | مقدار | حد مجاز |
| $\frac{\chi 2}{df}$ | ۱/۹۶۸ | کمتر از ۵ |
| **(ریشه میانگین خطای برآورد)RMSEA**[1] | ۰/۰۵۴ | کمتر از ۰/۱ |
| **CFI۲(برازندگی تعدیل یافته)** | ۰/۹۵۲ | بالاتر از ۰/۹ |
| **NFI۳(برازندگی نرم شده)** | ۰/۹۰۹ | بالاتر از ۰/۹ |
| **GFI۴(نیکویی برازش)** | ۰/۹۵۵ | بالاتر از ۰/۹ |

1 Root Mean Square Error Approximation

2 Comparative Fit Index

3 Normed Fit Index

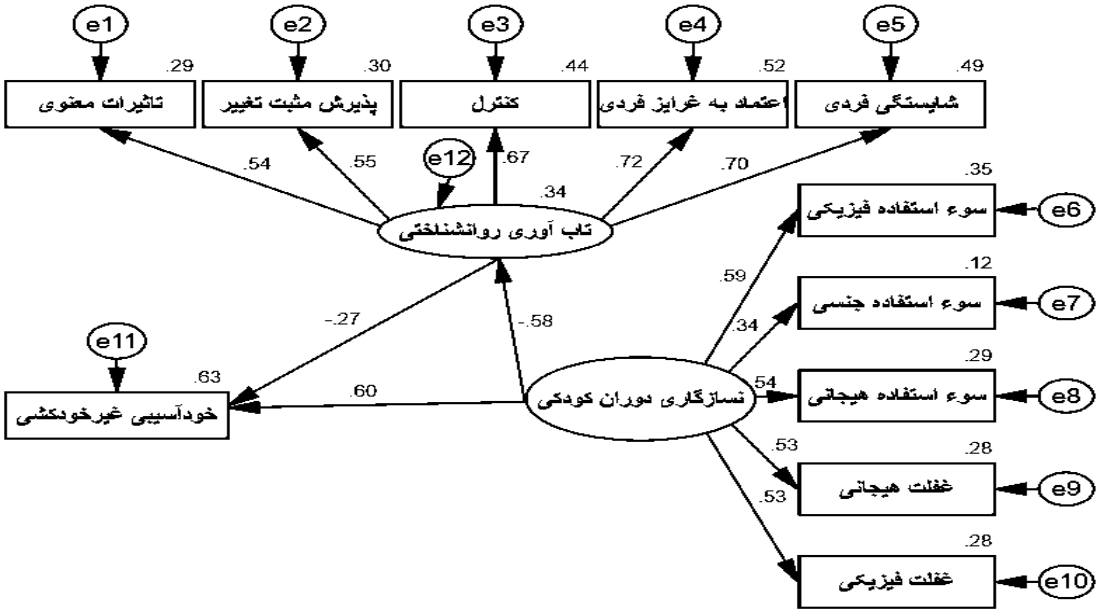
4 Goodness of Fit Index

بر اساس نتایج به دست آمده جدول(۴) مقدارCFI، NFIو ریشه میانگین خطای برآورد (RMSEA) و سایر مقدارهای به دست آمده برای این شاخص‌ها نشان می-دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

**جدول ۵. ضرایب و معناداری اثر غیرمستقیم ناسازگاری دوران کودکی بر رفتارهای خود آسیبی غیر خودکشی با میانجی‌گری تاب‌آوری روانشناختی**

| متغیر ملاک | متغیر میانجی | متغیر پیش بین | β استانداردشده | حد بالا | حد پایین | sig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| خودآسیبی | تاب آوری روانشناختی | ناسازگاری دوران کودکی | ۰/۱۵۷ | ۰/۲۴۱ | ۰/۰۶۲ | ۰/۰۰۵ |

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم ناسازگاری دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری روانشناختی (β=۰/۱۵۷ و P=۰/۰۰۵) بر خودآسیبی غیرخودکشی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.




**شکل۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده**

## بحث

مطالعه حاضر با هدف آزمایش یک مدل میانجیگری انجام شد که به بررسی ارتباط ناسازگاری دوران کودکی با خودآسیبی غیرخودکشی و همچنین نقش میانجی تاب-آوری‌روانشناختی در نوجوانان پرداخت.

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رنج کشیدن، اشتراک مثبت، گریه پاسخگو، توجه عاطفی، احساس برای دیگران و سرایت عاطفی با اضطراب اجتماعی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری دارند. این یافته با یافته‌های فرجامی و همکاران (۱۴۰۳)، چن و همکاران (۲۰۲۱) و تیان و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که در گروه‌هایی که تجربه بدرفتاری اولیه دارند، مدار تنظیم هیجانی سریع‌تر بالغ می‌شود. با این حال، این بلوغ سریع با کاهش حساسیت در سیستم پاداش مطابقت دارد که منجر به افزایش تکانشگری در نوجوانان می‌شود (هرزبرگ و گونار[1]، ۲۰۲۰). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت تئوری آسیب‌شناسی‌روانی رشد رفتارهای خودآسیبی بیان می‌کند که ناسازگاری در دوران کودکی سازگاری مثبت فرد در انگیزه، نگرش و احساسات را مختل می‌کند و منجر به کمبود منابع انطباقی می‌شود. در نتیجه، افراد ممکن است به رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی به عنوان یک مکانیسم مقابله جبرانی جایگزین متوسل شوند که بدرفتاری در دوران کودکی که به عنوان سوءاستفاده یا بی‌توجهی درک می‌شود که سلامت یا حیثیت کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بوچارت و همکاران، ۲۰۰۶)، یک عامل خطر شناخته شده برای خودکشی و آسیب به خود است (لی[2]، ۲۰۱۵). همچنین می توان بیان نمود که بدرفتاری در دوران کودکی بر خود آسیبی و خودکشی مطابق تأثیر مستقیم دارد و سوءاستفاده از دوران کودکی را به عنوان یک عامل خطر قوی برای رفتارهای خود آسیبی و خودکشی بزرگسالان نشان می‌دهد (آنگلاکیس، آوستین و گودینگ[3]، ۲۰۱۹). همچنین می‌توان بیان نمود هر چه ترومای دوران کودکی شدیدتر باشد با توجه به اینکه مدام برای فرد درگیری ذهنی تولید افکار منفی ایجاد می‌کند و فرد دائما با این افکارمنفی در زندگی مواجه می‌گردد و فرد دچاراختلالات‌شناختی می‌گردد و چه بسا اعتماد به نفس پایین و استرس تشدید گردد و فرد به صورت هیجانی با مسائل برخورد نماید در نتیجه احتمال مشارکت در رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی بیشتر می‌گردد.

همچنین می‌توان به نظریه بوم‌شناختی اجتماعی اشاره کرد که در آن تأکید می‌شود که رفتارهای نوجوانان از مدل‌های تعاملی آن‌ها باهمسالان، والدین، معلمان، مدرسه و محیط اجتماعی تأثیر می‌پذیرند. در فرضیه اثرات ضربه‌گیرانه استرس به مثابه یک چارچوب مفروض کاملا شناخته شده بر شناسایی رفتارهایی مراقبتی تأکید می‌شود که در کاهش آثار مخرب تجارب

[1] Herzberg & Gunnar

[2] . Lee

[3] Angelakis, Austin & Gooding

استرس‌زا مؤثرند. بر اساس شواهد موجود، حمایت اجتماعی ادراک شده که به منزله تبادلی ارتباطی میان افرادی مانند خانواده، دوستان و دیگران مهم مفهوم‌سازی می‌شود، عاملی مراقبتی در برابر رفتارهای خود آسیب‌رسان در نوجوانان به شمار می‌آید (ولی‌محمدی، شکری، شعاع‌کاظمی و احمدی‌طهورسلطانی، ۱۴۰۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حساسیت به طرد با اضطراب اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد. بدین معنی که هرچه میزان حساسیت به طرد افزایش یابد میزان اضطراب اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. این یافته با یافته‌های ثابت‌دیزکوهی، ابوالقاسمی و کافی‌ماسوله (۱۴۰۲)، تیان و همکاران (۲۰۲۱)، چن و همکاران (۲۰۲۱)، چن و همکاران (۲۰۲۴) همسو می‌باشد؛ که در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که تاب آوری باعث می‌شود که فرد در مقابل استرس و موقعیت‌های استرس‌زا و حتی تجربیات ناخوشایند گذشته، استقامت خود را حفظ کرده و خود را بازیابی کنند و به انعطاف‌پذیری بالایی منجر می‌شود و به همین دلیل می‌تواند به‌عنوان یک سد در برابر ناملایمات زندگی از آسیب پیشگیری کند(خالدیان، ۱۳۹۸). همچنین تاب‌آوری باعث می‌شود که مهارت انعطاف‌پذیری و سازگاری فرد در ابعاد مختلف روانی، اجتماعی، تحصیلی و ... در هنگام بروز مشکلات بهبود یابد و بیشتر شود. مهارت تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا بعد از بحران‌های سخت و استرس‌آور زندگی، عبور کرده و خود را بازیابی کنند. در واقع تاب آوردن، به مرحلهٔ گذر از سختی و حال بد برای رسیدن به حال خوب گفته می‌شود. افرادی که مهارت تاب‌آوری بالایی دارند در کمک‌گرفتن به موقع از دیگران و مدیریت درست هیجانات و احساسات و اعتماد به توانایی‌ها و استعدادهای خود درست عمل می کنند؛ بنابراین این افراد در تحمل مشکلات، یافتن راه‌حل آن‌ها همراه با امیدواری در هنگام بروز منعطف و سازگارانه عمل و رفتار می‌کنند. همچنین تاب‌آوری به افراد آسیب‌دیده اجازه می‌دهد تا از سختی‌ها بهبود یابند و در سطح فردی، خودتنظیمی مهارت‌ها، سطوح بالاتر شایستگی اجتماعی، کنترل شخصی، مهارت‌های حل مسئله، انگیزه، عزت‌نفس و افزایش توانایی‌های عملکرد انطباقی را نشان دهند (یون، هوول، دیلارد، مک کارتی، ناپیر و پی[1]، ۲۰۱۹)؛ که این نیز می‌تواند تبیینی در راستای یافته‌های پژوهش حاضر باشد.

نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که حساسیت به طرد در بین همدلی و اضطراب اجتماعی نقش واسطه‌ای دارد. این یافته با یافته‌های فرجامی و همکاران (۱۴۰۳)، ثابت دیزکوهی و همکاران (۱۴۰۲)، تیتلیوس (۲۰۱۸)، چن و همکاران (۲۰۲۱) و تیان و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. نتایج نشان داد که تاب‌آوری روانشناختی به طور قابل توجهی رابطه بین ناسازگاری دوران کودکی و خودآسیبی غیرخودکشی را واسطه می‌کند. همچنین می‌توان بیان نمود افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در زمان روبه‌رو شدن با مسائل و مشکلات آن را به علت‌های موقت، ناپایدار و بیرونی نسبت می‌دهند که فرد را قادر

[1]. Yoon, Howell, Dillard, McCarthy, Napier & Pei

می‌سازد تا با حقایق و شرایط نامناسب مواجه شود و به صورت مؤثر اقدام کند. همچنین می‌توان طبق نظریه شناختی- اجتماعی گفت که خودکارآمدی و تاب‌آوری، انتظارات و موانع محیطی درک شده در تنظیم محرک‌ها، رفتارها و سلامتی در ارتباط می‌باشند و این موضوع می-تواند در کنترل فرد برای بازگشت از رفتارهای خودآسیب‌رسان مفید باشد. از این رو می‌توان گفت دانش‌آموزان یا نوجوانانی که تاب‌آوری بالایی دارند، تکانشگری و رفتارهای بدون فکر و غیرمنطقی کمتری نشان می‌دهند و خودکنترلی بیشتری دارند که همه‌ی این موارد از بروز رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان پیشگیری می‌کنند.

با توجه به این واقعیت که بدرفتاری در دوران کودکی نه تنها می‌تواند خطر خودآسیبی را افزایش دهد، بلکه احتمال رفتارهای خودکشی را نیز افزایش می‌دهد، خودآسیبی مرتبط با بدرفتاری دوران کودکی در جوانان باید به طور مؤثر مداخله شود. به جز اقدامات مستقیم در مورد پیشگیری از بدرفتاری در دوران کودکی به طور کلی، مداخلاتی که میانجی‌گران یا تعدیل‌کننده‌های مهم در انجمن بدرفتاری در دوران کودکی-خودآزاری را هدف قرار می‌دهند نیز می‌توانند در نظر گرفته شوند. وقتی‌که تاب‌آوری در میان کودکان و نوجوانان مورد توجه قرار گیرد قدرت توانایی سازگاری‌خوب با ناملایمات در آن‌ها شکل می‌گیرد (منگ، فلوری، اکسیانگ، لی و دآرسی[1]، ۲۰۱۸)؛ بنابراین افراد تاب‌آور تمایل به گزارش کاهش خطر در پیامدهای منفی (مانند افسردگی، اضطراب) پس از قرار گرفتن در معرض بدرفتاری در دوران کودکی دارند. در نتیجه می‌توان بیان نمود که تاب‌آوری ممکن است از خودآسیبی در میان نوجوانانی که بدرفتاری در دوران کودکی را تجربه کرده‌اند نیز محافظت کند؛ و تاب‌آوری نقش برجسته‌ای در ارتباط بدرفتاری-خودآزاری در دوران کودکی، احتمالا به‌عنوان میانجی، یا تعدیل‌کننده یا هر دو، ایفا می‌کند.

## نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری می‌شود که نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه ناسازگاری دوران کودکی و خودآسیبی غیر خودکشی را برای کودکان و نوجوانانی که از ناسازگاری دوران کودکی رنج می‌برند حائز اهمیت است و نوجوانان علی‌رغم تجربیات آسیب‌زا در دوران کودکی در صورت اکتساب و بهبود تاب‌آوری، توانایی تنظیم هیجان را دارا خواهند بود و کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی می کنند. محدودیت‌های این پژوهش این است که ماهیت مقطعی آن بدون شک مانع استنتاج علی می‌شود. سوگیری اطلاعات به دلیل سوگیری گزارش و یادآوری اجتناب‌ناپذیر است. تعمیم به کل جمعیت کودکان و نوجوانان شهر سردشت باید محتاطانه باشد؛ زیرا افراد مورد مطالعه از یک شهر انتخاب شدند؛ بنابراین برای بهبود و آموزش و افزایش تاب‌آوری برنامه عملی و مؤثر در افزایش تاب‌آوری برای کودکان و نوجوانان در مدارس و همچنین مداخله گروهی مبتنی بر مدرسه با تأکید بر آموزش مهارت‌های عاطفی، شناختی و رفتاری

1. Meng, Fleury, Xiang, Li & D'Arcy

پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی طراحی آینده‌نگر و شامل جمعیت‌های کودکان و نوجوانان نماینده بیشتری برای تأیید یافته‌های اصلی ما مورد نیاز است. پیشنهاد می‌شود اقدامات مداخله‌ای با هدف افزایش تاب‌آوری برای کاهش خطر خودآسیبی برای کودکان و نوجوانان قربانی ناسازگاری دوران کودکی صورت گیرد. علاوه بر این خانواده‌ها باید به فرزندان خود اهمیت بیشتری بدهند و محیط خانواده مثبت دوران کودکی (به‌عنوان‌مثال، ثبات‌مراقب، بهزیستی مراقب) در نظر گرفته شود.پیشنهاد می‌گردد که تأکید بر هدف‌مندی و داشتن هدف در زندگی در ابعاد مختلف و افزایش غنای درونی، مدیریت زمان از جمله خلوت-گزینی هدفمند برای ارزیابی خود و خودشناسی و همچنین تعیین ساعاتی مشخص برای در کنار هم بودن اعضا خانواده (مثلا اینکه ساعتی از شب گوشی موبایل را کنار گذاشته و ارتباط چشمی داشته باشند و در کنار هم یک کار مشترک، بازی مشترک، داستان مشترک و... را دنبال نمایند) تا حس تعامل و دلگرمی و حمایت در خانواده ایجاد و زمینه غلبه بر مشکلات هموار گردد؛ همچنین آموزش سبک‌های متعادل زندگی و تلاش برای بهبود روابط، مدیریت و استفاده بهینه از زمان و وقت بسیار می‌تواند در سبک زندگی خانواده‌ها کمک کننده باشد و زمینه بهبودی روابط، کاهش آسیب‌ها و ایجاد سبک زندگی سالم را ایجاد نماید. همچنین وجود امکانات و برنامه‌های فرهنگی، تفریحی و ورزشی برای سرگرمی و گذراندن اوقات و به نوعی تخلیه انرژی و جهت‌دهی مناسب به رفتار پیشنهاد می‌گردد تا افراد در محیط سالم به اکتساب رفتارهای سالم بپردازند. پیشنهاد می‌شود مداخله‌ای با هدف افزایش تاب‌آوری برای کاهش خطر خودآسیبی برای کودکان و نوجوانان قربانی ناسازگاری دوران کودکی صورت گیرد.امید است با توجه به دستاوردها و نتایج و پیشنهادهای این پژوهش و با شناسایی بسترهای و علت‌های مختلف از جمله فردی، خانوادگی، محیطی و اجتماعی بتوان رفتار و اعمال را به گونه‌ای هدفمند شکل داد و شرایطی را ایجاد نمود تا در زمینه تاب‌آوری به صورت علمی گام برداشت و افراد و خانواده و جامعه را به سوی یک زندگی سالم و به دور از ناسازگاری و رفتارهای خودآسیبی رهنمون ساخت.

## سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله کارشناسی‌ارشد دانشگاه پیام‌نور مرکز سنندج به شناسه اخلاق IR.PNU.REC.1403.517 از کارگروه/ کمیته‌اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام نور است؛ بدون هیچ‌گونه کمک مالی از مؤسسه یا سازمانی خاص انجام شد و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد. در خاتمه از زحمات و حمایت‌های

اساتید محترم و همه افرادی که پرسشنامه را پاسخ داده‌اند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

## References


Akbari, A., Sharifi, H. P., Sharifi, N., & Mirhashemi, M. (2024). A structural model for predicting addiction susceptibility in male adolescents based on family emotional climate with the mediation of resilience. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 11 (3) :125-136.

Angelakis I, Austin JL, Gooding P. (2020). Association of Childhood Maltreatment with suicide behaviors among Young people: a systematic review and Metaanalysis. JAMA Netw Open. 3(8): e2012563.

Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. Psychological Medicine, 49(7), 1057–1078.

Bernstein, D. P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., & Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Handelsman, L. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 27(2): 169-190.

Brown, R.C., Heines, S., Witt, A., Braehler, E.,& Plener, P. (2018). The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. BMC Psychiatry 18 (1), 181.

Butchart, A., Kahane, T., Phinney, H. A., Mian, M., & Furniss, T. (2006). In Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence (pp. 7–10). Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.

Chen M, Wang GY, Zhao HF, Wang CC, & Zhou Y. (2024). Psychological resilience and related factors among primary care workers in Wuhan, China: a cross-sectional study. Heliyon.;10(11):e31918. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31918

Chen X, Jiang L, Liu Y, Ran H, Yang R. (2021). Childhood maltreatment and suicidal ideation in Chinese children and adolescents: the mediation of resilience. PeerJ.;9:e11758. https://doi.org/10.7717/peerj.11758

Duprey, E.B., Oshri, A., & Liu, S. (2020). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent suicide-related behaviors: the internalizing and externalizing comorbidity hypothesis. Dev Psychopathol.32(3):945–59.

Farjami M, Farjami Z, Shakibaeinezhad A, Paeezy L. (2024). Formulation The Model of Self-Injurious Behaviors Based on The Experience of Childhood Trauma and Alexithymia With The Mediation Of Mentalization In Adolescents. IJPN 2024; 12 (1) :50-63. (In Persian).

Herzberg, M.P., Gunnar, M.R., 2020. Early life stress and brain function: activity and connectivity associated with processing emotion and reward. Neuroimage 209, 116493

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood

Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, *102*, 104361.

Kang, M., & Kim, H. (2021). Unique characteristics that distinguish suicide attempters from patients with nonsuicidal self-injury admitted to the emergency department following self-harm behavior: Psychological scales and biochemical markers. *Turkish journal of emergency medicine*, *21*(2), 62-68.

Khaledian, M. (2019). The effectiveness of spirituality education based on Islamic teachings in improving the resilience of married students, Social Psychology, 7(53): 59-68.

Koenig, J., Klier, J., Parzer, P., Santangelo, P., & Kaess, M. (2021). High-frequency ecological momentary assessment of emotional and interpersonal states preceding and following self-injury in female adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, *30*, 1299-1308.

Lee, M. A. (2015). Emotional abuse in childhood and suicidality: The mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. Child Abuse and Neglect, 44, 130–139. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.016

Mehta, D., Kelly, A. B., Laurens, K. R., Haslam, D., & Mathews, B. (2021). Child maltreatment and long-term physical and mental health outcomes: an exploration of biopsychosocial determinants and implications for prevention. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-15.

Meng X, Fleury MJ, Xiang YT, Li M, D'Arcy C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.;53(5):453–75. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2

Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottez A, Corcos M, Speranza M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. BMC Psychiatry.;21(1):393. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x

Nelson, B. W., Pollak, O. H., Clayton, M. G., Telzer, E. H., & Prinstein, M. J. (2024). An RDoC-based approach to adolescent self-injurious thoughts and behaviors: The interactive role of social affiliation and cardiac arousal. *Development and psychopathology*, *36*(3), 1005-1015.

Rogers, N. T., Power, C., & Pereira, S. M. P. (2019). Premature mortality in adult survivors of child abuse and neglect: a nationwide birth cohort study. *The Lancet*, *394*, S81.

Sabet dizkuhi, K., Abolghasemi, A., & Kafi masuleh, S. M. (2023). Analysis of relationships between impulsivity emotion regulation and resilience with mental health components in university students with self-harm behaviors, *Journal of Clinical Psychology*, 15(1): 93-105. (In Persian).

Sahle, B.W., Reavley, N.J., Morgan, A.J., Yap, M.B., Reupert, A., & et al. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Eur Child Adolesc Psychiatry.31(10):1489–99.

Shafiei, M., Rezaee, F., & Sadeghi, M. (2021). Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety

Disorder. Journal of Psychology. 97(1): 98-110.

Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of affective disorders*, *227*, 759-769.

Tian, X., Yang, G., Jiang, L., Yang, R., Ran, H., Xie, F., ... & Xiao, Y. (2020). Resilience is inversely associated with self-harm behaviors among Chinese adolescents with childhood maltreatment. *PeerJ*, *8*, e9800.

Titelius, E.N. (2018). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. J. Aggress. Maltreatment Trauma 27 (3), 323–331.

Valimohammadi, M., Shokri, O., Shoaa kazemi, M., & Ahmadi Tahour Soltani, M (2023). Psychometric Analysis of the Short Version of the Self-Harm Screening Inventory for Gifted Adolescents, Journal of Clinical Psychology & Personality, 21(2), 193-204. (In Persian).

Valimohammadi M, Shokri O, Shoaa Kazemi M, Ahmadi Tahour Soltani M. (2025). Strength-Based Parenting and Self-Harm Behaviors in Adolescents: Testing the Buffering Hypothesis of Perceived Social Support. QJFR, 21 (4) :175-193.

Weisenmuller C, Hilton D. (2021). Barriers to access, implementation, and utilization of parenting interventions: considerations for research and clinical applications. Am Psychol. 76(1):104–15.

World Health Organization (2023). About social determinants of health. https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (2020).

World Health Organization. (2019). WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. *World Health Organization: Geneva, Switzerland*.

Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect*, *80*, 62-69.

Yang Y, Liu M, Cao N, Chen Z, Kelifa MO. (2023). School connectedness and psychological resilience as mediators in the relationship between childhood abuse and suicidal ideation among Chinese adolescents. Eur J Psychotraumatol.;14(1):2172650.

Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., McCarthy, K. S., Napier, T. R., & Pei, F. (2019). *Resilience Following Child Maltreatment: Definitional Considerations and Developmental Variations. Trauma, Violence, & Abuse, 152483801986909.* doi:10.1177/1524838019869094.