



Relationship between perfectionism and traumatic experiences with non-suicidal self-injurious behaviors: A mediating role of psychological Hardiness

Samira Lotfi¹, Mehrangiz Peivastegar^{2*}, Zohreh Khosravi³, Aboulghasem Mehrinejad⁴, Roshanak khodabakhsh peerkalani⁵

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, university of Alzahra, Tehran, Iran.

2. (Corresponding Author): Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of psychology, faculty of education and psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

4&5. Associate Professor, Department of psychology, faculty of education and Psychology University of Alzahra, Tehran, Iran.

Citation: Lotfi S, Peivastegar M, Peivastegar M, Khosravi Z, Mehrinejad A, khodabakhsh peerkalani R. Relationship between perfectionism and traumatic experiences with non-suicidal self-injurious behaviors: A mediating role of psychological Hardiness. *Journal of Research in Psychological Health*. 2021; 14 (4), 36-50. [Persian].

Key words:

Self-Injury
Moral perfectionism
Traumatic
Experiences
Psychological
Hardiness

Highlights

- The present study seeks to develop a model of self-injury in adolescents and young people with respect to the role of traumatic experiences, psychological hardiness and moral perfectionism.
- Moral perfectionism and traumatic experiences have direct and significant effects on psychological hardiness and self-injurious behaviors.
- Moral perfectionism and harmful experiences have an indirect and significant effect on self-injurious behaviors.
- Psychological hardiness has a direct and significant effect on self-injurious behaviors.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the structural model of explaining non-suicidal self-injurious behaviors based on perfectionism and traumatic experiences with the mediating role of psychological hardiness. The design of the present study was applied and correlational by structural equation modeling. Among all undergraduate students in Tehran universities, 529 (411 girls and 118 boys) were selected by cluster random sampling. They all completed questionnaires on self-injury, moral perfectionism, traumatic experiences, and psychological hardiness. Pearson correlation methods and structural equation modeling using SPSS_{V19} and AMOS_{V18} softwares were used to analyze the data. The results showed that both the variables of moral perfectionism and traumatic experiences, had direct and significant effects on psychological toughness and self-injurious behaviors. Psychological hardiness also had a direct and significant effect on self-injurious behaviors. In addition, the results showed that the two variables of moral perfectionism and traumatic experiences have an indirect and significant effect on self-injurious behaviors ($P < 0.01$). Finally, the results of this study showed that moral perfectionism and harmful experiences have a significant effect on self-injurious behaviors due to stubbornness, and therefore the knowledge of psychologists, counselors and other experts about this model, to improve self-injurious behaviors, can be helpful.

رابطه کمال گرایی و تجارب آسیب‌زا با رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی: نقش واسطه‌ای سرسختی روانشناختی

سمیرا لطفی^۱، مهرانگیز پیوسته‌گر^۲، زهره خسروی^۳، ابوالقاسم مهری‌نژاد^۴، روشنک خدابخش پیرکلائی^۵

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. mpaivastegar@alzahra.ac.ir
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.
- ۴ و ۵. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

یافته‌های اصلی

- مطالعه حاضر به دنبال تدوین مدل خودآسیبی در نوجوانان و افراد جوان با توجه به نقش تجارب آسیب‌زا، سرسختی روانشناختی و کمال‌گرایی اخلاقی است.
- کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا اثرات مستقیم و معنی‌داری بر سرسختی روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی دارند.
- کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی اثر غیر مستقیم و معنی‌داری دارند.
- سرسختی روانشناختی بر رفتارهای خودآسیبی اثر مستقیم و معنی‌داری دارد.

تاریخ دریافت

۱۳۹۹/۱۱/۲۹

تاریخ پذیرش

۱۴۰۰/۰۸/۰۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مدل ساختاری تبیین رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی براساس کمال‌گرایی و تجارب آسیب‌زا با نقش واسطه‌ای سرسختی روانشناختی بود. طرح پژوهش حاضر کاربردی و از نوع پژوهش‌های همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. از بین کلیه دانشجویان لیسانس دانشگاه‌های شهر تهران تعداد ۵۲۹ نفر (۴۱۱ دختر و ۱۱۸ پسر) به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. همه آن‌ها پرسشنامه‌های خودآسیبی، کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا و سرسختی روانشناختی را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS^{v19} و AMOS^{v18} استفاده شد. نتایج نشان داد که هر دو متغیر کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا اثرات مستقیم و معنی‌داری بر سرسختی روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. همچنین سرسختی روانشناختی بر رفتارهای خودآسیبی اثر مستقیم و معنی‌داری داشت. افزون بر آن نتایج نشان داد که دو متغیر کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی اثر غیر مستقیم و معنی‌داری دارند ($P < 0.01$). در نهایت نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی به واسطه سرسختی اثر معناداری داشته و لذا آگاهی روانشناسان، مشاوران و سایر متخصصان از این مدل جهت بهبود رفتارهای خودآسیبی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی

خودآسیبی
کمال‌گرایی اخلاقی
تجارب آسیب‌زا
سرسختی روانشناختی

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

در سال‌های اخیر، پژوهشگران حوزه سلامت روان به رفتارهایی که با خودآسیبی مرتبط است بیشتر توجه نموده‌اند. یکی از مشکلات دوران نوجوانی و جوانی که خسارت‌های روانی، و اجتماعی زیادی بر جای می‌گذارد، رفتارهای خودآسیبی است که در اغلب موارد رفتار پنهانی است که شناسایی آن دشوار می‌باشد و به عنوان یکی از شیوه‌های مقابله با فشارهای زندگی می‌تواند برای مدت طولانی باقی بماند (۱). خودآسیبی غیرخودکشی، رفتارهای خودآسیبی عمدی بدون قصد خودکشی را شامل می‌شود (۲) که اشکال رایج آن سوزاندن، بریدن، خراشیدن، ضربه زدن، گاز گرفتن و مداخله در بهبود زخم را در برمی‌گیرد (۳). از سال ۲۰۰۰ تاکنون مطالعات زیادی حول محور خودآسیبی انجام شده که به بهبود درک ما از این رفتارها و پیشرفت برنامه‌های شناسایی و پیشگیری، کمک شایانی کرده است (۴). نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که افراد مبتلا به خودآسیبی بیش از سایرین در معرض خودکشی، مصرف بیش از حد الکل و مواد و سایر علل مرگ و میر قرار دارند (۵). علاوه بر این نتایج مطالعات دیگر نشان داد که بین خودآسیبی غیرخودکشی با تلاش‌های افراد برای خودکشی همراه است (۶). بررسی اطلاعات ثبت شده در بیمارستان‌های دانمارکی در سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۴ افزایش میزان خودآسیبی (با یا بدون قصد خودکشی) در هر دو جنس با بیشترین افزایش در زنان و دختران ۱۵ تا ۲۴ سال را نشان داد (۷). داده‌های بدست آمده در ایرلند نیز نشان داد که میزان شیوع خودآسیبی در سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۶ در افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله، ۲۲٪ افزایش یافته و این افزایش در زنان و دختران بیشتر است (۸).

انگیزه افراد برای اقدام به خودآسیبی در نمونه‌های مختلف بسیار متفاوت است. تعداد افرادی که از رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی^۱ برای رفع احساسات ناخوشایند از جمله خشم، تنش، اضطراب یا افسردگی استفاده می‌کنند تقریباً بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ سه برابر و استفاده از رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی به‌منظور تلاش برای تغییر

یک وضعیت تقریباً دو برابر شده است (۹). اگرچه کاربرد رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی به عنوان یک واکنش دفاعی در جمعیت عمومی بالاخص جوانان بسیار مشهود است؛ با اینحال بیش از ۱۰٪ از جوانان گزارش کرده‌اند که برای تسکین احساس‌های ناخوشایندی چون خشم، تنش، اضطراب یا افسردگی در سال ۲۰۱۴ به خود آسیب رسانده‌اند. این نتایج از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا افرادی که در جوانی دست به خودآسیبی می‌زنند ممکن است از این رفتار به‌عنوان یک واکنش دفاعی بلندمدت استفاده کنند (۱۰). همچنین این خطر وجود دارد که این رفتار در بلندمدت منجر به افزایش خودکشی و یا تلاش‌های منجر به خودکشی گردد (۴).

همانطور که اشاره شد، رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی علاوه بر شیوع بالا در گروه‌های مختلف، با پریشانی و اختلال روانی قابل توجهی از جمله خودکشی همراه است (۱۱). شیوع بالای رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی به دلایل مختلف از جمله آسیب جسمی ناشی از آن، ارتباط با اشکال مختلف روانپزشکی (۱۲) و ارتباط همزمان و آینده‌نگر با رفتارهای خودکشی نگران‌کننده است (۱۳). با توجه به شیوع بالا و خطرناک بودن رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی، پژوهشگران مشتاق‌اند افرادی را که در آینده در معرض خطر رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی قرار دارند شناسایی نموده تا به پیشگیری و درمان این افراد کمک شود (۱۴). در این راستا، تجارب آسیب‌زای زندگی و متغیرهای شخصیتی از ریسک فاکتورهای مهم برای تفکرات و تلاش‌های افراد برای اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند که در بروز رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی نیز تأثیر به‌سزایی دارند (۱۵). از آن جمله متغیرهای شخصیتی، می‌توان به سرسختی روانشناختی و کمال‌گرایی اشاره کرد.

یکی از متغیرهایی که بر روی رفتارهای خودآسیبی نوجوانان و جوانان اثر دارد سرسختی روانشناختی^۲ است. سرسختی روانشناختی یکی از متغیرهای شخصیتی است که از سه مؤلفه اصلی تعهد، کنترل و چالش تشکیل شده است (۱۶). مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان دادند

^۱ Non Suicidal Self-Injury^۲ Psychology Hardiness

فرد را کاهش دهد و منجر به عواقب شدیدتری از جمله خودآسیبی در فرد شود و در این میان سرسختی روانشناختی می‌تواند یک عامل بازدارنده محسوب شود (۲۵).

یکی دیگر از متغیرهایی که پیش‌بینی‌کننده خودآسیبی است، تجارب آسیب‌زا است. بر اساس نظریه سلی^۲ که به نقش تفاوت‌های فردی در واکنش به استرس اشاره داشت؛ محققان تلاش نمودند با شناسایی عوامل مؤثر همچون مؤلفه‌های فیزیولوژیکی، تجربیات دوران کودکی و ویژگی‌های شخصیتی از جمله سخت‌رویی از تأثیرات منفی رویدادهای استرس‌زا بکاهند (۲۶). در حقیقت شرایطی که احساس ناتوانی و احساس عدم کنترل را برمی‌انگیزد (بعنوان مثال بیماری همه‌گیر COVID-19) توسط کمال‌گرایان غیرقابل کنترل ادراک می‌شود و در این شرایط سرسختی می‌تواند نقش کلیدی در کاهش چنین تأثیراتی داشته باشد (۲۷). بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، کمال‌گرایی اخلاقی (۲۵) و تجارب آسیب‌زا (۲۶) با سرسختی روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی رابطه معنی‌داری داشته و پیش‌بینی‌کننده آن بوده‌اند، همچنین سرسختی روانشناختی در پژوهش‌هایی چند (۲۸ و ۲۹) به عنوان پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودآسیبی معرفی شده است. بنابراین مبانی نظری و ادبیات پژوهشی حاکی از ارتباط و پیش‌بینی متغیرهای ذکر شده در فوق است، اما تاکنون مدلی ارائه نشده که این متغیرها را در کنار یکدیگر به عنوان یک مدل پژوهشی قرار دهد و می‌توان با توجه به پژوهش‌های پیشین که در فوق ذکر شده و روابط بین متغیرها را تأیید نموده است، این مدل را طراحی و تدوین کرد، لذا با توجه به روابط متغیرها در پژوهش‌های پیشین، هدف از پژوهش حاضر این است که آیا مدل ساختاری تبیین رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی براساس کمال‌گرایی و تجارب آسیب‌زا با نقش واسطه‌ای سرسختی از برازش مطلوبی برخوردار است؟

سرسختی از سلامت روانی افراد در برابر استرس حمایت می‌کند (۱۷). محققان نشان دادند افراد با سرسختی روانشناختی بالا در مقایسه با افراد با سرسختی روانشناختی پایین مدیریت بهتری در شرایط فشارزا دارند و از راهبردهای مقابله‌ای مثبت‌تری استفاده می‌نمایند که می‌تواند به عنوان مانعی برای رفتارهای خودآسیبی در نظر گرفته شود (۱۸). در پژوهشی که رویدادهای استرس‌زای زندگی، تجارب آسیب‌زا، سرسختی روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای، سلامت عمومی، جسمی‌سازی، اضطراب و افسردگی در بین ۱۸۷ دانش‌آموز صورت گرفت؛ نتایج نشان داد، سرسختی روانشناختی از سلامت جسمی و روانی افراد در برابر استرس حمایت می‌کند (۱۹).

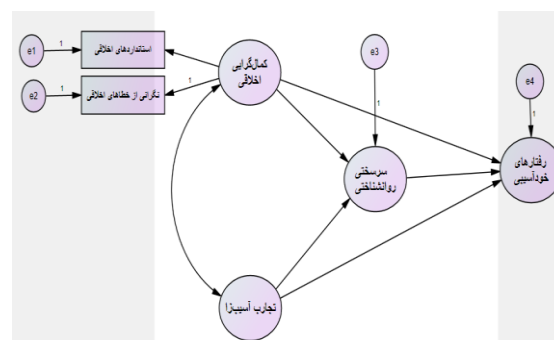
یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که نقش کلیدی در خودآسیبی دارد، کمال‌گرایی اخلاقی^۱ است. کمال‌گرایی یک ویژگی شخصیتی چندبعدی است که به‌طور گسترده‌ای با پیگیری بی‌وقفه کمال مطلق، انتقاد شدید از خود، واکنش‌های بیش از حد منفی نسبت به اشتباهات درک شده و عدم رضایت حتی در صورت رعایت استانداردهای بسیار بالا، مشخص می‌شود (۲۰). با وجود اینکه ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب از حمایت نظری و تجربی گسترده‌ای برخوردار است (۲۱) و کمال‌گرایی به‌طور گسترده‌ای در استرس و مشکلات بهداشتی مرتبط با استرس نقش دارد (۲۲)، رابطه بین کمال‌گرایی و واکنش‌های متعاقب قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا مورد توجه کمی قرار گرفته است (۲۳). کمال‌گرایی با انواع نتایج مخرب همراه است. تأثیرات آن ممکن است بیشتر در قلمرو آسیب‌شناسی روانی گسترش یابد. فراتر از این ارتباطات منفی گسترده، کمال‌گرایی خطرآفرینی را در زمینه بروز علائم و ویژگی‌های خاص بالینی ایجاد می‌کند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کمال‌گرایی بالا ممکن است در شروع و حفظ خودآسیبی غیرخودکشی نقش داشته باشد (۲۴). در زمینه ارتباط بین کمال‌گرایی و سرسختی روانشناختی نتایج مطالعات نشان داد که تأثیرات منفی کمال‌گرایی، چه گسترده و چه بالینی، ممکن است با گذشت زمان تاب‌آوری

² Selye

¹ Moral perfectionism

خودآسیب‌رسان به قصد غیرخودکشی را ارزیابی می‌کند. این سیاهه ۱۳ رفتار خودآسیبی غیرخودکشی^۲ را به وسیله ۳۹ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ۱۳ کارکرد زیر دو عامل کلی طبقه‌بندی شده‌اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم‌های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان‌خواهی و سرسختی). نمرات به صورت یک طیف لیکرت سه گزینه‌ای از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تا حدودی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه‌بندی شده‌اند. بنابراین هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. به اعتقاد تدوین‌کنندگان این سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار بود. همچنین در مطالعات پیگیری، همسانی درونی بالایی را نشان داد (برای بخش درون فردی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای بخش بین فردی آلفای کرونباخ ۰/۷۵) (۳۲). این پرسشنامه در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفت میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای کل افراد برابر با ۰/۹۳ به دست آمد (۳۳). در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که این میزان ۰/۸۳۳ بدست آمد.

۲. مقیاس کمال‌گرایی اخلاقی: این مقیاس در مطالعه مقدماتی یانگ، استوبر و وانگ^۳ (۲۰۱۵)، با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی عمومی فراست و همکاران ۱۹۹۰ و پیروی از فرایندی که در تحقیق برای اختصاصی این پرسشنامه ارائه داده است، ساخته شد. در مطالعه مقدماتی، ۱۲ گویه از پرسشنامه فراست ۱۹۹۰، اقتباس شد. در پژوهش دوم، استوبر و یانگ (۲۰۱۶) با تبعیت از مطالعه مقدماتی و برای افزودن پرسش‌هایی برای اندازه‌گیری بُعد اجتماعی کمال‌گرایی، ۴ گویه دیگر از پرسشنامه فراست ۱۹۹۰ اقتباس کردند و در نهایت، کمال‌گرایی اخلاقی به مقیاسی ۱۶ گویه‌ای تبدیل شد که دو بُعد، معیارهای اخلاقی سطح بالا شامل ۹ گویه مثلاً: من معیارهای اخلاقی بسیار بالایی دارم سؤال‌های ۱ تا ۷ و بُعد نگرانی درباره خطاهای اخلاقی شامل ۷ گویه مثلاً: اگر خطایی اخلاقی مرتکب شوم؛ باید ناراحت و آشفته



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء تحقیقات کاربردی، از لحاظ اجرا جزء تحقیقات توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر و از نظر نوع داده‌ها، جزء تحقیقات کمی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان لیسانس دانشگاه‌های شهر تهران بودند. نمونه مورد نظر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای که از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی است، انتخاب شد. به این صورت که ابتدا چند دانشگاه از بین دانشگاه‌های شهر تهران (دانشگاه تهران، الزهرا، امیرکبیر و شهید بهشتی) به روش خوشه‌ای انتخاب شدند و سپس از هر دانشگاه ۴ رشته به صورت تصادفی انتخاب شدند و در نهایت ابزارهای پژوهش در بین تعداد ۵۵۰ نفر توزیع شد که ۲۱ نفر آن‌ها پرسشنامه را یا اصلاً پر نکردند یا ناقص پر کردند و یا تحویل ندادند، در نهایت تعداد نمونه باقی مانده ۵۲۹ نفر بود. حداقل حجم نمونه برای مدل‌سازی معادلات ساختاری ۱۰۰ تا ۱۵۰ نفر گزارش شده است. برخی پژوهش‌ها تعداد بیشتری در حد ۲۰۰ نفر را پیشنهاد می‌کنند (۳۰). از طرفی پیشنهاد شده است که به ازای هر متغیر آشکار حدود ۱۵ نفر برای حجم نمونه در نظر گرفته شود. از این رو تعداد ۳۰۰ نفر اطمینان لازم را در مورد توان آماری مطلوب و کفایت نمونه‌برداری فراهم می‌کند (۳۱). در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱. مقیاس اظهارات مربوط به خودآسیبی (NSSI): پرسشنامه خودگزارشی رفتارهای خودآسیب‌رسان توسط کلونسکی و گلن^۱ (۲۰۰۹) تهیه و طراحی شده است و یک ابزار خودگزارشی است که فراوانی و کارکرد رفتارهای

^۲ Non suicidal self-injury

^۳ Yang, Stoeber & Wang

^۱ Klonsky & Glenn

سن زمان وقوع هر اتفاق را مشخص کند و اگر الزام بود تمام یا دوره سنی که با آن واقعه مواجه بوده است را مشخص نماید. در ستون پایانی که بخش مهم و قابل نمره گذاری آن است، باید میزان تأثیر هر واقعه را در مقیاس لیکرت با اصلاً=۱، کم=۲، متوسط=۳، کاملاً=۴ و خیلی شدید=۵ مشخص کند. آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۶ و پایایی آن در بازآزمایی ۰/۹۰ است (۳۷). این ابزار در نمونه ایرانی توسط پژوهشگران مورد اعتباریابی قرار گرفت و میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شد (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، ملاحظات اخلاقی نظیر گمنام ماندن و رضایت آگاهانه رعایت شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین گروه نمونه اجرا شد و پس از جمع‌آوری آن‌ها، داده‌ها به روش‌ها آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر) به کمک نرم‌افزارهای SPSS^{v19} و AMOS^{v20} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

نتایج مربوط به یافته‌های جمعیت‌شناختی حاکی از آن است که از بین افراد شرکت‌کننده در پژوهش تعداد ۴۱۱ نفر دارای جنسیت دختر و ۱۱۸ نفر جنسیت پسر داشته‌اند. همچنین کلیه افراد پژوهش در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال قرار داشته‌اند و میانگین و انحراف استاندارد سن گروه نمونه 20.06 ± 17.75 بدست آمد.

شوم سؤال‌های ۸ تا ۱۶ را در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ می‌سنجد (نقل از ۳۴). میزان اعتبار این ابزار در نمونه ایرانی به روش آلفای کرونباخ برای بعد اول و دوم و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمد (۳۵). همچنین در این پژوهش برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که این میزان برای مؤلفه استانداردهای اخلاقی شخصی ۰/۷۹۲، نگرانی از خطاهای اخلاقی ۰/۸۵۵ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۷۷ بدست آمد.

۳. مقیاس سرسختی روانشناختی - ویراست سوم:
این پرسشنامه توسط کوباسا (۱۹۷۹) طراحی شده است. ابزار از ۱۸ گزینه تشکیل شده است که به ارزیابی سرسختی فرد می‌پردازد. پرسشنامه از ۳ مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است. نمرات بدست آمده از ۰ تا ۵۴ می‌باشند و از حاصل جمع نمره همه گویه‌ها، نمره کلی پرسشنامه بدست می‌آید. پرسشنامه بر روی یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از ۰ (کاملاً نادرست)، ۱ (تاحدودی درست)، ۲ (درست) و ۳ (کاملاً درست) قرار دارد. مطالعات نشان داده‌اند که میزان سازگاری داخلی این مقیاس کاملاً قابل قبول می‌باشد (ضریب آزمون-بازآزمون، در فاصله زمانی بین ۲ تا ۴ هفته) که مقدار تخمین شده آن برای مولفه تعهد (۰/۷۰ و ۰/۷۵)؛ برای کنترل احساسات (۰/۶۱ و ۰/۸۴)؛ برای مبارزه جویی (۰/۶۰ و ۰/۷۱)، و برای سرسختی روانشناختی کل (۰/۸۰ و ۰/۸۸) بدست آمد (۱۶). این ابزار در ایران مورد رواسازی قرار گرفته و در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعه‌ای که پژوهشگران ایرانی انجام داده‌اند، اعتبار ابزار را به روش آلفای کرونباخ برای مبارزه جویی ۰/۴۶؛ تعهد ۰/۷۸ و برای کنترل ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند (۳۶). در پژوهش حاضر میزان اعتبار پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت که این میزان ۰/۸۲۴ بدست آمد.

۴. چک لیست تجارب آسیب‌زا (TEC): این چک‌لیست یک مقیاس خودگزارش‌دهی از حوادث بالقوه آسیب‌زا می‌باشد. بخش اصلی آن دارای ۲۹ گویه است که آزمودنی باید در سه ستون، پاسخ دهد. در ستون اول باید مشخص کند آیا تجربه مورد اشاره در آن گزاره را داشته است؟ در ستون دوم باید

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
استانداردهای اخلاقی شخصی	۷	۳۵	۲۴/۴۱	۴/۶۶	-۰/۲۵۹	۰/۸۰۲
نگرانی درباره خطاهای اخلاقی	۹	۴۵	۲۷/۰۰	۷/۴۶	۰/۴۰۱	-۰/۰۲۰
کمال‌گرایی اخلاقی کل	۱۸	۷۸	۵۵/۸۳	۱۱/۹۹	-۰/۴۱۶	۰/۱۹۳
تجارب آسیب‌زا	۲۹	۱۳۹	۷۴/۲۹	۲۹/۸۹	-۰/۴۲۲	-۰/۳۴۶
سرسختی روانشناختی	۳	۵۴	۳۲/۶۹	۱۲/۷۵	۰/۲۶۴	-۰/۹۷۸
رفتارهای خودآسیبی	۰	۷۶	۱۷/۳۸	۱۷/۶۳	۱/۳۷۲	۱/۶۱۸

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. سایر یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد هر کدام از متغیرهای پژوهش در جدول فوق ارائه شده است. به منظور بررسی معادلات ساختاری لازم است که مفروضه‌های نرمال بودن، همخطی چندگانه و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گیرد. جهت نرمال بودن متغیرهای پژوهش از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد. همانطور که در دو ستون آخر جدول ۱ مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که بیانگر عدم انحراف بیش از حد توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال است (۳۹). از این رو می‌توان استنباط نمود مفروضه نرمال

بودن برقرار است. همچنین به منظور بررسی داده‌های پرت از نمودار مستطیلی (Box Plot) استفاده شده که نتایج نشان داد هیچ‌گونه داده پرتی در میان داده‌ها وجود ندارد. افزون بر آن برای بررسی همخطی چندگانه از آماره‌های تلرانس و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد هیچ‌کدام از مقادیر تلرانس کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ‌کدام از مقادیر تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نبود. از این رو می‌توان گفت مفروضه همخطی چندگانه نیز برقرار بود. افزون بر نتایج فوق برای بررسی یافته‌های استنباطی پژوهش حاضر از دو روش همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) استفاده شده است. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. استانداردهای اخلاقی شخصی	۱					
۲. نگرانی درباره خطاهای اخلاقی	۰/۵۳۲*	۱				
۳. کمال‌گرایی اخلاقی کل	۰/۴۹۵*	۰/۵۸۱*	۱			
۴. تجربارب آسیب‌زا	-۰/۲۸۵*	-۰/۳۵۴*	-۰/۳۹۰*	۱		
۵. سرسختی روانشناختی	۰/۱۴۹*	۰/۱۲۵*	۰/۴۰۰*	۰/۳۸۳*	۱	
۶. رفتارهای خودآسیبی	-۰/۲۴۲*	-۰/۲۵۹*	-۰/۴۵۲*	۰/۵۳۲*	-۰/۴۷۸*	۱

*کلیه همبستگی‌ها در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار هستند.

$P < 0.01$ دارد. سایر یافته‌های مربوط به همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول فوق آمده است. پس از بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش، به منظور بررسی اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی به واسطه سرسختی روانشناختی از تحلیل مسیر استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثر کل کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی به واسطه سرسختی روانشناختی

مسیرها		اثرات مستقیم		اثرات غیرمستقیم		اثرات کل	
به رفتارهای خودآسیبی	اثر	معنی‌داری	اثر	سطح اطمینان ۹۵٪		اثر	معنی‌داری
				حد پایین	حد بالا		
کمال‌گرایی اخلاقی	-۰/۱۶	۰/۰۰۱*	-۰/۱۲	-۰/۳۴۵	-۰/۰۴۴	-۰/۲۸	۰/۰۰۱*
تجارب آسیب‌زا	۰/۲۵	۰/۰۰۱*	۰/۱۶	۰/۱۱۵	۰/۴۱۸	۰/۴۱	۰/۰۰۱*
سرسختی روانشناختی	-۰/۲۵	۰/۰۰۱*	---	---	---	-۰/۲۵	۰/۰۰۱*
به سرسختی روانشناختی							
کمال‌گرایی اخلاقی	۰/۳۰	۰/۰۰۱*	---	---	---	۰/۳۰	۰/۰۰۱*
تجارب آسیب‌زا	-۰/۲۷	۰/۰۰۱*	---	---	---	-۰/۲۷	۰/۰۰۱*

مقدار مساوی یا بالاتر از ۰/۹۶ برای شاخص برازندگی مقایسه‌ای و برازش نرم شده، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۷ برای ریشه استاندارد واریانس پس‌ماند، نشان‌دهنده برازندگی کافی مدل است. از طرف دیگر پیشنهاد شده است که اگر شاخص‌های برازندگی مقایسه‌ای، نیکویی برازش و نیکویی برازش تعدیل شده بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب و ریشه واریانس پس‌ماند کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و کوچک‌تر از ۰/۱ بر برازش مطلوب دلالت دارد (۴۰). از طرف دیگر پیشنهاد شده است که اگر شاخص‌های برازندگی مقایسه‌ای، نیکویی برازش و نیکویی برازش تعدیل شده بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب و ریشه واریانس پس‌ماند کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و کوچک‌تر از ۰/۱ بر برازش مطلوب دلالت دارد (۳۱).

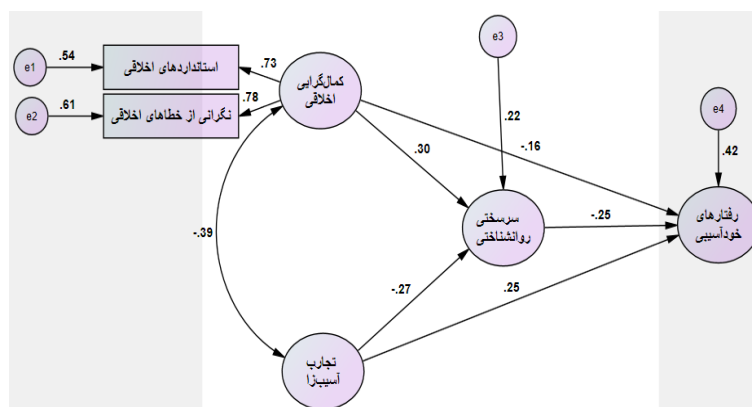
همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، هر دو متغیر کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا اثرات مستقیم و معنی‌داری بر سرسختی روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. همچنین سرسختی روانشناختی بر رفتارهای خودآسیبی اثر مستقیم و معنی‌داری داشت. افزون بر آن نتایج نشان داد که دو متغیر کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی اثر غیر مستقیم و معنی‌داری دارند. این به گونه‌ای بود که کمال‌گرایی اخلاقی اثر منفی و تجارب آسیب‌زا اثر مثبتی بر رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. برای برآورد مدل ساختاری از روش بیشینه درست‌نمایی و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب، شاخص برازندگی فزاینده، شاخص برازندگی مقایسه‌ای، شاخص برازش نرم‌شده، شاخص نیکویی برازش و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده استفاده شد. برای شاخص‌های برازندگی برش‌های متعددی توسط متخصصان مطرح شده است. برای مثال، مقدار مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ برای ریشه واریانس خطای تقریب،

جدول ۴. مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش مورد مشاهده و مورد انتظار

ردیف	شاخص‌های برازش	مقدار بدست آمده	مقدار قابل قبول	مقدار مطلوب
۱	χ^2	۱۷/۴۱۰	---	---
۲	RMSEA	۰/۰۳۷	۰/۰۸ الی ۰/۰۵	<۰/۰۵
۳	CFI	۰/۹۹۸	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۴	NFI	۰/۹۹۸	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۰ الی ۱
۵	IFI	۰/۹۹۵	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۶	GFI	۰/۹۸۷	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۷	AGFI	۰/۹۶۵	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱

نتایج ارائه شده در جدول فوق نشان می‌دهد که اکثر شاخص‌های برازش مدل نهایی مناسب و در حد مطلوب قرار دارند. بنابراین مقدار χ^2/df در این تحلیل ۱۷/۴۱۰ بدست آمده و درجه آزادی ۱۰ بوده که در نتیجه میزان $\chi^2/df = ۱/۷۴۱$ بدست آمده است. از این رو می‌توان گفت

مدل نهایی رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی بر اساس کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا با نقش واسطه‌ای سرسختی روانشناختی از برازش مطلوب داده‌مدل برخوردار است. مدل نهایی به شرح زیر می‌باشد.



شکل ۲. مدل نهایی تبیین رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی بر اساس کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا با نقش واسطه‌ای سرسختی روانشناختی

بحث و نتیجه‌گیری

کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا بر رفتارهای خودآسیبی اثر غیر مستقیم و معنی‌داری دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۴۱) همسو بود. بر اساس شواهد پژوهشی خودآسیبی روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش تنش و احساس آرامش می‌شود، اما فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت احساسات منفی روبه‌رو می‌شود. خودآسیبی بیشتر تکانشی است و ممکن است ناشی از مشکلات روانپزشکی مختلفی، مانند افسردگی، اختلالات

هدف از پژوهش حاضر تبیین رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی بر اساس کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا با نقش واسطه‌ای سرسختی روانشناختی بود و نتایج نشان داد که هر دو متغیر کمال‌گرایی اخلاقی و تجارب آسیب‌زا اثرات مستقیم و معنی‌داری بر سرسختی روانشناختی و رفتارهای خودآسیبی داشته‌اند. همچنین روانشناختی بر رفتارهای خودآسیبی اثر مستقیم و معنی‌داری داشت. افزون بر آن نتایج نشان داد که دو متغیر

خوردن و اختلال شخصیت مرزی باشد. از این رو می‌توان گفت خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی از جمله مشکلات روانی- اجتماعی هستند که در دوره نوجوانی و جوانی شیوع بالایی دارند (۴۲). همچنین خودآسیبی به رفتارهایی عمدی گفته می‌شود که موجب آسیب بدن می‌شوند، از دید اجتماعی غیرقابل قبول هستند و با هدف غلبه بر آشفتگی هیجانی انجام می‌شوند. از سویی بر اساس این تعریف، رفتارهایی مانند خالکوبی کردن، سوراخ کردن بدن یا زخمی کردن پوست که بر اساس سنت و فرهنگ خاصی انجام می‌شوند، خودآسیبی تلقی نمی‌شوند (۴۳). خودآسیبی عمدی شامل تمام رفتارهایی است که به نحوی موجب آسیب به خود می‌شوند؛ مانند خودزنی، سوزاندن بدن، مصرف بیش از حد مواد، پریدن از جاهای بلند و خودمسموم‌سازی. در تعریف این رفتار به داشتن یا نداشتن انگیزه خودکشی توجه نمی‌شود. رفتارهای خودآسیبی بدون خودکشی بیشتر به رفتارهایی اطلاق می‌شوند که موجب آسیب به بافت‌های سطحی بدن، به ویژه پوست می‌شوند و نداشتن انگیزه خودکشی به صورت صریح، در تعریف گنجانده شده است (۴۴). بر اساس شواهد پژوهشی کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا، سرسختی روانشناختی از مهمترین متغیرهای اثرگذار بر رفتارهای خودآسیبی در افراد بوده‌اند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین سرسختی روانشناختی با کمال‌گرایی رابطه معنی‌داری وجود دارد. در پژوهش (۲۵) نشان داده شد که بین سرسختی روانشناختی با کمال‌گرایی رابطه معنی‌داری وجود دارد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. در مطالعه دیگری یافته‌ها حاکی از آنند که سرسختی روانشناختی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آسیب روانی است (۲۶). در واقع این پژوهشگران هم عقیده با نتایج پژوهش حاضر به این امر تأکید دارند که سرسختی روانشناختی می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در پیش‌بینی آسیب‌های روانی دانشجویان باشد. در مطالعه‌ای که به مقایسه رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی در نوجوانان پرداخته این نتایج بدست آمد که اقدام خودکشی را می‌توان بر اساس شدت خودآسیبی پیش‌بینی کرد (۲۷). در واقع این پژوهشگران معتقدند که عوامل خطر مشترک زیادی در مورد دو رفتار خودآسیبی و اقدام به خودکشی وجود دارد. شدت نشانه‌های افسردگی، فراوانی تشخیص‌های اختلال

استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی بیشتر از نوجوانان خودآسیب‌رسان است. در پژوهشی با عنوان رابطه ساده و چندگانه سرسختی روانشناختی و کمال‌گرایی با سلامت روانی نشان داده شد که سرسختی روانشناختی و کمال‌گرایی به ترتیب با سلامت روانی دانشجویان همبستگی منفی و مثبت دارند. همچنین تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که سرسختی روانشناختی و کمال‌گرایی با سلامت روانی همبستگی چندگانه معنی‌داری دارند و از بین دو متغیر پیشین فقط متغیر سرسختی روانشناختی به طور معنی‌داری واریانس سلامت روانی را تبیین و پیش‌بینی کرد (۲۸). در همین رابطه نتایج حاکی از این است که افراد دارای سطوح پایین سرسختی برای ابتلا به ویژگی‌های شخصیتی ناسالم مانند رفتارهای خودآسیب و آشفتگی‌های روانی تمایل بیشتری دارند. سرسختی روانشناختی به عنوان یک ویژگی مثبت نقش موثرتری در سلامت روانی افراد بازی می‌کند. فرد سازگار و سالم از نظر شخصیتی و روانی، فردی است که صفات و ویژگی‌های گوناگون او با یکدیگر در عامل و ارتباطند. شواهد و سوابق پژوهشی نیز نشان می‌دهد که سرسختی روانشناختی می‌تواند سنجش قابل پیش‌بینی از سلامت روانی به حساب آید (۲۹). به عقیده برخی از پژوهشگران، افرادی که تجارب آسیب‌زای بیشتر داشته و سابقه رفتارهای خودآسیبی دارند، به دلیل مواجهه با شرایط درد و بالا رفتن آستانه تحمل درد، در معرض خطر بالاتر برای اقدام به خودکشی هستند. بر اساس مدل تنظیم هیجانی، هر دو رفتار خودآسیبی و اقدام به خودکشی تظاهراتی از ناتوانی در مهارت‌های پذیرش، تحمل تغییر هیجان‌ها و نوعی اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به شمار می‌آیند. بر این اساس، می‌توان هم‌وقوعی بالای رفتارهای خطرجویانه، پرخوری و سوء مصرف مواد را در افراد خودآسیب‌رسان تبیین کرد (۴۴). از سویی باید عنوان کرد که افراد دارای تجارب آسیب‌زا و سابقه خودآسیبی بیشتر، مرتکب رفتارهای پرخطر، پرخاشگری و سوء مصرف مواد می‌شوند و این رفتارها با اجتناب تجربه‌ای و نقایص تنظیم هیجانی مرتبط‌اند. اجتناب تجربه‌ای در بطن خود به مفهوم نقایص تنظیم هیجانی هم اشاره دارد. به بیان دیگر، علت اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی، ناتوانی در استفاده و به کارگیری

راهبردهای تنظیم هیجانی است. هر دو رفتار خودآسیبی و اقدام به خودکشی نتیجه نقص در تنظیم هیجانها و نوعی راه حل اجتنابی به شمار می‌آیند و علت ارتباط این دو رفتار ممکن است به دلیل وجود این نقص مشترک باشد (۴۳). در پژوهشی با عنوان کمال‌گرایی به عنوان خطری برای رفتارهای خودآسیبی به این نتایج رسیده‌اند که افراد کمال‌گرا گرایش به رفتارهای خودآسیبی دارند و این در حالی است که اگر این گروه از کمال‌گرایی اخلاقی برخوردار باشند، کمتر به سمت رفتارهای خودآسیبی روی می‌آورند (۲۶). در پژوهش دیگر نتایج نشان داد، تجارب آسیب‌زا در دوران نوجوانی با رفتارهای خودآسیبی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. به این معنی که هرچه نوجوان تجارب آسیب‌زا را در دوران نوجوانی تجربه کند، احتمال وقوع رفتارهای خودآسیب در آینده وجود دارد (۲۵).

در تبیین یافته‌های این پژوهش بایستی گفت که هر چه کمال‌گرایی بیشتر باشد رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتر و هرچه کمال‌گرایی کمتر باشد رفتارهای مرتبط با سلامت کم است. به عبارت دیگر شاید بتوان گفت که افرادی که کمال‌گرایی بالایی دارند جلوه‌های این ویژگی را در اعتقاد به برتری نسبت به دیگران، انجام امور بدون عیب و نقص، دوری از هرگونه خطا و اشتباه نشان می‌دهند. افراد دارای کمال‌گرایی اخلاقی تا حدودی نسبت به آنچه باید انجام دهند آگاهی دارند و می‌توانند درست و غلط را تشخیص دهند و این افراد با سرسختی هرچه تمام‌تر سعی در رفتارهای مرتبط با سلامت خود دارند و از رفتارهای خودآسیبی دوری می‌کنند. بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که کمال‌گرایی اخلاقی و سرسختی روانشناختی اثرات منفی و مستقیمی بر رفتارهای خودآسیبی داشته باشند. لذا زمانی که فرد از کمال‌گرایی اخلاقی برخوردار باشد و ویژگی‌های سرسختی روانشناختی را در خود حس کند، تمایلی به سوی رفتارهای خودآسیبی ندارد. همچنین سرسختی احساس بنیادی از کنترل است که به فرد سرسخت امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردها را می‌دهد و باعث پرورش دیدی خوش‌بینانه نسبت به فشارها می‌شود؛ صفت مبارزه‌جویی، فرد سرسخت را قادر می‌سازد تا حتی

حوادث ناخوشایند را بر حسب امکانی برای یادگیری در نظر بگیرد و تمامی این جنبه‌ها باعث پیشگیری یا کوتاه شدن مدت پیامدهای منفی تنش‌زا می‌شود. در واقع سرسختی، سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژیک در اثر حوادث تنش‌زا و رفتارهای خودآسیب است. افراد سرسخت موقعیت‌های ناگوار را چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده. این افراد حس تعهد بیشتری نسبت به خود و کار خود دارند، حس بیشتری از کنترل در مورد زندگی‌شان تجربه می‌کنند و عوامل فشارزا را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر می‌بینند و از این رو سلامت روان خود را حفظ می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسأله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند سلامت روان خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند و از بروز رفتارهای خودآسیبی دست بکشند. همچنین در شرایط پراسترس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی پایین‌تری برخوردارند و از این رو این افراد کمتر دست به رفتارهای خودآسیب می‌زنند. به اعتقاد این محققان افراد سرسخت برای برخورد با مشکلات از شیوه فعال حل مسأله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند، بهره می‌گیرند و بنابراین سطح نگرانی و احساس خطر در افراد سرسخت در پیشامدهای ناگوار بسیار پایین است. به طور کلی سرسختی با به کارگیری راهبردهای سازگارانه‌تر مانند راهبردهای مسأله‌مدار و افزایش ادراک توانایی‌های خود در رویارویی با منبع استرس موجب افزایش سلامت روان در افراد شده و سعی در کاهش رفتارهای خودآسیبی افراد می‌نماید. افزون بر آن تجارب آسیب‌زا اگر با سرسختی روانشناختی افراد مواجه شوند، تا حدودی از میزان رفتارهای خودآسیبی می‌کاهند. بنابراین در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، با توجه به سن افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، تعجب‌آور نیست که آن‌ها به دلیل

دانشجویان سایر شهرها و همچنین سایر قشرهای آسیب‌پذیر که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که نقش کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا و سرسختی روانشناختی در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند احساس تنهایی، شادکامی، سلامت روان، ویژگی‌های شخصیتی، پرخاشگری، بزهکاری و اختلالات دوره نوجوانی مانند اختلال سلوک مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. افزون بر آن با توجه به برجسته بودن نقش کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا و سرسختی روانشناختی در رفتارهای خودآسیب دانشجویان، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه برای کاهش رفتارهای خودآسیب در دختران جوان و نوجوان می‌تواند اثرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود از مدل بدست آمده در این پژوهش به‌منظور طراحی و برنامه‌ریزی یک الگوی مداخله‌ای روان‌شناختی با هدف کاهش رفتارهای خودآسیب فراگیران استفاده شود. افزون بر آن با توجه به اهمیت کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا و سرسختی روانشناختی در رفتارهای خودآسیب دانشجویان و اثرات آن در پیشرفت و تعالی فردی و اجتماعی، لازم است در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول کمال‌گرایی اخلاقی، تجارب آسیب‌زا و سرسختی روانشناختی در رفتارهای خودآسیب دانشجویان و پیشایندهای مؤثر بر آن پرداخته شود و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگرسته شود تا عموم مردم بخصوص دانشجویان درگیر در رفتارهای خودآسیب و خانواده‌های آن‌ها، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند و نشاط مطلوب را بدست آورند.

منابع

Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, ... & Brent DA. Suicide attempts and no suicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study.

حساسیت بیش از حد به ظاهر و شکل خود، با شیوه‌های مختلفی چه مقبول از نظر دیگران (تاتو، سوراخ کردن قسمت‌های مختلف بدن، رژیم‌های لاغری، جراحی بینی و ...) و چه نامقبول از نظر دیگران (بر سر کوبیدن) تلاش کنند عواطف خود را مدیریت کنند. اگرچه برخی شیوه‌ها تحت تأثیر مد و رسانه‌های گروهی از جانب گروه همسن و سال پذیرفته شده است، اما همه آن‌ها در نهایت باعث آسیب رساندن غیرعمدی به بافت‌های بدن می‌شود. برخی از افراد ممکن است، رفتارهای خودآسیبی نظیر برنزه کردن پوست به وسیله مواد شیمیایی، بر سر کوبیدن و خراشیدن پوست با ناخن را یکسان ندانند، اما آن‌ها به درد احساس شده در پشت این اعمال توجه ندارند.

مانند هر پژوهش دیگری، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی داشت. نخستین محدودیت این مطالعه مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی دانشجویان دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم‌دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. در این مطالعه یافته‌های از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی، توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست نتایج حاصل از پژوهش تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش عدم شناسایی اختلالات روانی در نمونه بوده و این متغیر کنترل نشده است و تمامی افراد با نمره بالای خود آسیب‌زنی وارد پژوهش شده‌اند. همچنین عدم کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اجتماعی-اقتصادی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. بر اساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2011; 50(8): 772-781.

Nock MK. Self-injury. Annual review of clinical psychology 2010; 6: 339-363.

Klonsky ED, & Olino TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis.

Journal of consulting and clinical psychology 2008; 76(1): 22-33.

Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Non suicidal self-injury: what we know, and what we need to know. Can J Psychiatry 2014; 59(1): 565-68.

Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, & Ashcroft DM. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care. Bum 2017; 359-435.

Griffin E, McMahon E, McNicholas F, Corcoran P, Perry IJ, & Arensman E. Increasing rates of self-harm among children, adolescents and young adults: a 10-year national registry study 2007–2016. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2018; 53(7): 663-671.

Armitage CJ, Abdul Rahim W, Rowe R, & O'Connor RC. Trends in self-harm in Kuala Lumpur, 2005–2011. Archives of suicide research 2016; 20(1): 22-28.

Morthorst BR, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence rates of deliberate self-harm in Denmark 1994–2011: a nationwide register study 2016; Crisis; 37: 256-64.

Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, ... & Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. The Lancet Psychiatry 2019; 6(4): 327-337.

McManus S, Gunnell D, Cooper C, Bebbington PE, Howard LM, Brugha T, & Appleby L. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000-14: repeated cross-sectional surveys of the general population. The Lancet Psychiatry 2019; 6(7): 573-581.

Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between no suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Clinical Psychology Review 2012; 32(6):482–95.

Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, & Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviors in pediatric emergency crisis services. Journal of Youth and Adolescence 2010; 39(3): 259-269.

Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, & Joiner Jr, TE. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment 2012; 3(2): 167.

Fox KR, Huang X, Linthicum KP, Wang SB, Franklin JC, & Ribeiro JD. Model complexity improves the prediction of non-suicidal self-injury. Journal of consulting and clinical psychology 2019; 87(8): 684.

Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, & Nock MK. Letter to the Editor: Suicide as a complex classification problem: machine learning and related techniques can advance suicide prediction-a reply to Roald set (2016). Psychological medicine 2016; 46(9): 2009-2010.

Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: prospective study. Journal of personality and social psychology 1982; 42(1): 168- 177.

Maddi SR, Brow M, Khoshaba DM, & Vaitkus M. Relationship of hardiness and religiousness to depression and anger. Consulting Psychology Journal: Practice and Research 2006; 58(3): 148-160.

Bartone PT, Johnsen BH, Eid J, Hystad SW, & Laberg JC. Hardiness, avoidance coping, and alcohol consumption in war veterans: A moderated-mediation study. Stress and Health 2017; 33(5): 498-507.

Bartone PT, Hystad SW, Eid J, & Brevik JJ. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. Military medicine 2012; 177(5): 517-524.

Sirois FM, & Molnar DS. (Eds.). Perfectionism, health, and well-being. Cham: Springer International Publishing 2016.

- Affrunti NW, & Woodruff-Borden J. The roles of anxious rearing, negative affect, and effortful control in a model of risk for child perfectionism. *Journal of Child and Family Studies* 2017; 26(9): 2547-2555.
- Mandel T, Dunkley DM, & Starrs CJ. Self-critical perfectionism, daily interpersonal sensitivity, and stress generation: A four-year longitudinal study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2018; 40(4): 701-713.
- Burgess A, & DiBartolo PM. Anxiety and perfectionism: Relationships, mechanisms, and conditions. In *Perfectionism, health, and well-being*. Springer, Cham 2016: 177-203.
- Claes L, Soenens B, Vansteenkiste M, & Vandereycken W. The scars of the inner critic: Perfectionism and no suicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2012; 20(3): 196-202.
- Bahadori P, Taghvaei D, & Bahadori A. Comparison of hardiness and perfectionism in addicted and normal people. *IJAR* 2018; 4(7): 246-250. [Persian]
- Salim J, Wadey R, & Diss C. Examining hardiness, coping and stress-related growth following sport injury. *Journal of Applied Sport Psychology* 2016; 28(2): 154-169.
- Ye Z, Yang X, Zeng C, Wang Y, Shen Z, Li X, & Lin D. Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2020; 12(4): 1074-1094.
- Heath NL, Toste JR, Sornberger MJ, & Wagner C. Teachers' perceptions of non-suicidal self-injury in the schools. *School Mental Health* 2011; 3(1): 35-43.
- Castaldo L, Serra G, Piga S, Reale A, & Vicari S. Suicidal behavior and non-suicidal self-injury in children and adolescents seen at an Italian pediatric emergency department. *Annali dell'Istituto superiore di sanità* 2020; 56(3): 303-314.
- Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications 2015.
- Byrne BM. *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Psychology Press 2013.
- Klonsky ED, & Glenn CR. assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 2009; 31(3): 215-219.
- Monirpoor N. The role of personality organization and attachment styles in tendency of adolescence toward self-harm behaviors and suicide. *Iranian Journal of Rehabilitation Research* 2019; 5(3): 14-22. [Persian]
- Stoeber J, & Yang H. Moral perfectionism and moral values, virtues, and judgments: Further investigations. *Personality and Individual Differences* 2016; 88(2): 6-11.
- Abdollahi A, Hashemi F, Faraji HR, Hosseini S, & Allen KA. Moral Disengagement: Mediator between Moral Perfectionism and Machiavellian Behavior among Undergraduates? *Psychological Reports*, 2020.
- Mostaghna S & Sroghad S. Relationship of Personality Characteristics and Psychological Hardiness with Job Stress of Nurses of Public Sector Hospitals in Shiraz. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2013; 13(4): 124-132.
- Nijenhuis ER, Van der Hart O, & Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice* 2002; 9(3): 200-210.
- Sarichloo ME, Taremi F, Haj SA, Javadi S, & Dolatshahi B. Effectiveness of Exposure/Response Prevention Plus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Improve Cognitive Components in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Life

Stressful Experiences: A Randomized Controlled Trial. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) 2020; 7(5): 79-89.

Miles J, & Sholin M. Regression and Applied Correlation 2001.

Joreskog KG, & Sorbom D. LISREL 8: User's Reference Guide. Chicago: Scientific Software Inc 2003.

Hardy A. Pathways from trauma to psychotic experiences: a theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. Frontiers in psychology 2017; 8(1): 697-705.

Morgan DJ, & Ho KM. Incidence and risk factors for deliberate self-harm, mental illness, and suicide following bariatric surgery. Annals of surgery 2017; 265(2): 244-252.

Nobakht HN, & Dale KY. The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults. Journal of Trauma & Dissociation 2017; 18(4): 610-623.

Challis S, Nielssen O, Harris A, & Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica 2013; 127(6): 442-454.