

روابط ساختاری کمالگرایی و تجارب آسیب زا با رفتار خودآسیبی با نقش میانجی سرسختی روانشناختی در دانش آموزان متوسطه ی دوم

امیررضا ارجمندی^۱، حبیب الله نادری عیدری^۲، مهدی اکبری^۳

انویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نکا، ایران

<https://orcid.org/0000-0001-6418-8987> amirrezaarjomandi@gmail.com

دکترتربتی روانشناسی تربیتی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران H.naderi@umz.ac.ir

دکترتربتی روانشناسی تربیتی، گروه سنجش و اندازه گیری آموزشی، مرکز تحقیقات ارزشیابی، اعتبارسنجی و تضمین کیفیت آموزش عالی، سازمان سنجش

آموزش کشور، تهران، ایران <https://orcid.org/0000-0002-1870-5418> Mahdiakbari1362@gmail.com

چکیده

این مطالعه در صدد بود تا در یک مدل علی تاثیر کمال گرایی و تجارب آسیب زا را بر رفتار خود آسیمی با میانجی گری سرسختی روانشناختی بررسی کند. نوع پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر امل می باشند. از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شد. براساس مقطع تحصیلی متوسطه دوم (دهم، یازدهم، دوازدهم) انتخاب شد. از ابزار های استاندارد ابزار آسیب به خود سانسون، ویدرمن و سانسون (۱۹۹۸)، ابزار کمال گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴)، چک لیست تجارب آسیب زا ی زندگی فورد و همکاران (۲۰۰۲) و ابزار سرسختی خوشابا و مدی (۱۹۸۲) استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است. یافته ها نشان داد که اثر «کمال گرایی» بر «سرسختی روانشناختی» نوجوانان و اثر «تجارب آسیب زا» بر «سرسختی روانشناختی» و اثر «تجارب خود آسیمی» بر «رفتار خود آسیمی» نوجوانان معنی داری داشته است. اما اثر «کمال گرایی» بر «رفتار خود آسیمی» معنی دار نشده است. متغیرهای پژوهش طبق مدل پیشنهادی پژوهش تنها ۴ درصد از واریانس سرسختی روان شناختی و ۲۶ درصد از واریانس رفتار خودآسیمی را توانستند پیش بینی می کند. نقش میانجی گری متغیرهای «سرسختی روان شناختی» در رابطه بین «کمال گرایی» و «رفتار خودآسیمی» را تایید نشد، اما نقش میانجی گری متغیرهای «سرسختی روان شناختی» در رابطه بین «تجارب آسیب زا» و «رفتار خودآسیمی» تایید نشد. پیشنهاد می شود رواندرمانگران و مشاوران مدارس از طریق برگزاری کارگاههای آموزشی مهارتهای زندگی و... به سلامت روان و افزایش مهارتهای آنان کمک کنند. با آموزش صحیح و عملی به تمامی نوجوانان می توان موجبات ارتقا هر چه بیشتر آنان در ابعاد گوناگون بهداشت روانی را فراهم نمود و همچنین از نتایج آن در پیشگیری از مشکلات و نابهنجاری های شایع بهینه نمود.

واژه های کلیدی: کمال گرایی، تجارب آسیب زای زندگی، رفتارهای خودآسیمی، سرسختی روانشناختی.

۱- مقدمه

شناسایی و پیشگیری از پدیده ناخوشایند روانی- اجتماعی «رفتار خود آسیمی» اخیراً به عنوان یکی از اهداف اساسی مراکز درمانی و پژوهشی، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که انجمن روانپزشکی آمریکا دو اختلال جدید را در این حیطه با عناوین اختلال رفتارخودکشی گرا و خود آسیب رسانی غیرخودکشی گرا مورد توجه قرار داده است (سعادت و همکاران، ۱۳۹۹). امروزه پیشگیری در امور مختلف به عنوان یکی از اولویت های اساسی سازمانها، به ویژه در حوزه بهداشت و درمان محسوب می شود. اقدام به رفتارهای خودآسیمی خودکشی و خودزنی از رویدادهای ناخوشایندی شناخته می شود که پیشگیری از آن به بطور جد در سازمان های نظامی مورد توجه قرار می گیرد. منابع متعددی از خودکشی به عنوان یکی از علل پیشگام در مرگ و میر جمعیت 10 تا 40 سال یاد می کنند (استون، جونز و مک، ۲۰۲۱). بررسی های انجام شده بیانگر آن است که فراوانی رفتارهای خودآسیمی به ویژه در بیماران روانپزشکی که از مراکز درمانی ترخیص می شوند، افزایش می یابد (بوسوا، بارتوسوا و کرناک، ۲۰۱۵) و این احتمال حتی در افرادی که به علت خودکشی (اقدام و ایده پردازی) بستری بودند، پس از ترخیص بالاتر نیز می رود (چونگ، رایان، هدزی پاولویچ و همکاران، ۲۰۱۷).

تجارب روان پریشی چون توهمات و تجربیات هذیانی در میان نوجوانان خیلی رایج است (کلهر، کانر و کلارک و همکاران، ۲۰۱۲؛ مک گرات، ساه، الحمزوی و همکاران، ۲۰۱۵) و با طیف وسیعی از سلامت روان و پیامدهای اجتماعی نامطلوب از جمله افکار و رفتارهای خود آسیمی غیرخودکشی و خودکشی مرتبط است (هیلشر، کانل، لاورنس و همکاران، ۲۰۱۸؛ مک-گرت، ساه، الحمزوی و همکاران، ۲۰۱۶). تجارب روان پریشی، بروز رفتارهای خودآسیمی غیرخودکشی (مارتین، توماس، اندروز و همکاران، ۲۰۱۵؛ ریموال، ون اسک، رسک و همکاران، ۲۰۱۹) و اقدام به خودکشی (کلهر، کرکوران، کلی، ۲۰۱۳؛ یاتس، لانگ، سدرلف و همکاران، ۲۰۱۹) را در میان نوجوانان با اندازه اثر بزرگ پیش بینی می کند و مطالعات روابط دوز-پاسخ را با توجه به تعداد تجارب روان پریشی (سدرلف، کوجا-هالکولا، لارسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ نیشیدا، ساساکی، نیشیمورا و همکاران، ۲۰۱۰) و کشنده بودن رفتار خودکشی گزارش کرده اند. (کلهر و همکاران، ۲۰۱۳؛ دی ویلدر و هیلمایر، ۲۰۱۵؛ کلهر، لینچ، هارلی و همکاران، ۲۰۱۳) در حالی که ارتباط بین تجارب روان پریشی و خودآزاری در برخی مطالعات بررسی شده است، سوالاتی در مورد رابطه ی زمانی و علت زمینه ای این ارتباط ها باقی می ماند. اکثر مطالعات بررسی خود را از تجارب روان پریشی-رفتار خودآسیب رسان به توهمات شنیداری محدود کردند (کلهر، کرکوران، کلی، ۲۰۱۳؛ دی ویلدر و هیلمایر، ۲۰۱۵) یا انواع تجارب روان پریشی را در یک متغیر جمع کرده اند (مارتین، توماس، اندروز و همکاران، ۲۰۱۵؛ نیشیدا، شیمودرا، ساساکی و همکاران، ۲۰۱۴) مطالعات معدودی از نوجوانان که انواع مختلف تجارب روان پریشی (مثل توهم، افکار آزار دهنده و تجربیات عجیب و غریب) را مورد بررسی قرار دادند، نقاط قوت متفاوتی را در این انجمن ها پیدا کرده اند که نشان می دهد برخی از تجربیات روان پریشی بیشتر از سایرین با پیامدهای خود آسیب رسان مرتبط هستند (دی ویلدر و هیلمایر، ۲۰۱۵؛ کاپرا، کاواناق، هاید و همکاران، ۲۰۱۵). خانم هیلشرو

1 Sone, Jones & Mack

2 Brešová, Bartošová, & Čerňák

3 Chung, Ryan, Hadzi-Pavlovic & et al.

4 Kelleher, Connor, Clarke, Devlin, Harley & Cannon

5 McGrath, Saha, Al-Hamzawi & et al.

6 Hielscher, Connell, Lawrence & et al.

7 Martin, Thomas, Andrews, Hasking & Scott.

8 Rimvall, van Os, Rask & et al.

9 Kelleher, Corcoran, Keeley & et al.

1 Yates, Lang, Cederlof & et al. 0

1 Cederlöf, Kuja-Halkola, Larsson & et al. 1

1 Nishida, Sasaki, Nishimura & et al. 2

1 DeVylder & Hiliimire 3

1 Kelleher, Lynch, Harley & et al. 4

1 Kelleher, Corcoran, Keeley & et al. 5

1 DeVylder & Hiliimire 6

1 Martin, Thomas, Andrews & et al. 7

1 Nishida, Shimodera, Sasaki & et al. 8

1 DeVylder & Hiliimire 9

2 Capra, Kavanagh, Hides & et al. 0

همکاران (۲۰۱۹) با استفاده از یک نمونه ی ملی مقطعی از نوجوانان استرالیایی ، ۵ زیرگروه مختلف تجارب روان پریشی (تجارب توهمات شنوایی و دیداری و سه تجربه ی هذیانی) را مورد بررسی قرار دادند. پس از تعدیل جامع و در نظر گرفتن عوامل مخدوش کننده و واسطه های مربوطه ، تنها تجارب شنوایی به طور مستقل با خودآزاری غیر خودکشی و اقدام به خودکشی مرتبط شد. داده های طولی برای اطلاع از ماهیت زمانی این انجمن ها مورد نیاز است. تا آنجا که ما میدانیم تقریباً تمام مطالعات طولی تا به امروز که به بررسی انجمن های تجارب روان پریشی-خودآزاری غیر خودکشی و تجارب روان پریشی-اقدام به خودکشی میپردازند از دو موج جمع آوری داده ها استفاده کرده اند که میتواند منبع غیر قابل اعتمادی برای درک چگونگی تاثیر دو متغیر بر یکدیگر در طول زمان باشد. مشاهده ی یک رویداد در T_1 و دیدن تاثیر آن در T_2 بینش نسبتاً بیشتری نسبت به یک مطالعه ی مقطعی ارائه می دهد، با این حال ، اگر کسی این فرض را بپذیرد که یک طراحی طولی باید درک ما از روابط و چگونگی تغییر آنها در طول زمان را افزایش دهد. طرح های طولی به طور ایده آل باید شامل حداقل سه موج باشند تا امکان مشاهده قابل اعتماد تر یک رابطه در طول زمان فراهم شود (پلوی هارت و مکنزی، ۲۰۱۵؛ هیلشر و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج تحقیقات قبلی نشان داد که متغیر سومی وجود دارد که رابطه ی بین تجارب آسیب زا و رفتار خودآسیب رسان تعدیل و میانجیگری می کند. هیلشر و همکاران (هیلشر ، دی ویلدر ، ساهو و همکاران، ۲۰۱۸) گزارش دادند که ۳۰ درصد از مطالعات موجود هیچکدام از متغیرهای موردعلاقه ی سوم را کنترل نکرده و یا به حساب نمی آورند. در مطالعه ی فراتحلیلی هونینگز و همکاران (هونینگز ، دراکر ، گرون و همکاران، ۲۰۱۶) به این نتیجه رسیده اند که تنظیم افسردگی منجر به تضعیف رابطه تجارب روان پریشی-رفتار خودآسیبی (ازجمله رفتار خودآسیبی غیر خودکشی، خودآزاری عمدی، اقدام به خودکشی) می شود که برای همه ی موارد به جز خودآزاری عمدی چشمگیر است. دی ویلدر و همکاران (دی ویلدر، جان، دوهرتی و همکاران، ۲۰۱۵؛ دی ویلدر، والدمن، هیلشر و همکاران، ۲۰۲۰)، دریافتند که قلدری و آسیب فیزیکی/ترومای جنسی دوران کودکی میتواند همه ی پیامدهای خودکشی را کاهش دهد و مطالعه ی مقطعی گاودا و همکاران (گاودا، پیونکه، گرزولک و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داد که تجارب روان پریشی و افسردگی واسطه ی رابطه ترومای دوران کودکی -رفتار خودکشی است. نقش های هیجان انگیز (ترومای دوران کودکی) و همچنین رویداد های آسیب زای اخیر (مانند تجاوز جنسی و قلدری) در دوران نوجوانی باید در ارتباط تجارب روان پریشی-رفتار خودآسیب رسان در نظر گرفته شود. اگرچه بی نظمی هیجانی نقش کلیدی در ایجاد خودآزاری دارد (کلونسکی، ۲۰۰۷؛ اندوور و موریس، ۲۰۱۴) تنها دو مطالعه تا به امروز برای این مورد در رابطه تجارب روان پریشی-رفتار خودآسیب رسان تنظیم شده اند. در نهایت ویژگی های شخصیتی مانند تکانشگری و حساسیت به پاداش با رفتار های خودآسیبی ارتباط دارند و به عنوان متغیر سوم کلیدی در رابطه تجارب روان پریشی-رفتار خودآسیبی شناسایی شده اند، اما نه در رابطه تلاش برای خودکشی (دی ویلدر ، جان ، دوهرتی و همکاران، ۲۰۱۵؛ نیشیدا، تانی، نیشیمورا و همکاران، ۲۰۰۸)

کمال گرایی با شاخص های مختلفی از ناسازگاری مرتبط است، اما هنوز به طور رسمی در افراد مبتلا به اختلال روانی بررسی نشده است. همچنین درخواستی برای فرمول بندی های روان شناختی بیشتر بیماری روان پریشی و مداخلات مرتبط برای کمک به افراد آسیب دیده، به ویژه با توجه به ارتباط تروما در ایجاد روان پریشی وجود دارد (حسن، ۲۰۱۷). محبی، قمری

1 Hielscher, Connell, Lawrence & et al.

2 Ployhart & MacKenzie.

3 Hielscher & et al.

4 Hielscher, DeVlylder, Saha & et al.

5 Honings, Drukker, Groen, van Os.

6 DeVlylder, Jahn, Doherty & et al.

7 DeVlylder, Waldman, Hielscher & et al.

8 Gaweda, Pionke, Krezolek & et al.

9 Klonsky

1 Andover & Morris 0

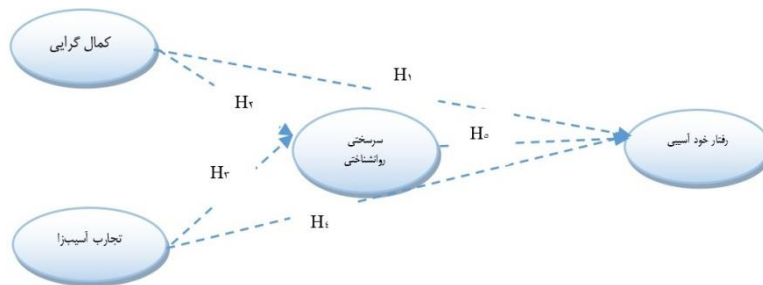
1 DeVlylder, Jahn, Doherty & et al. 1

1 Nishida, Tani, Nishimura & et al. 2

1 Hassan 3

گیوی، فلسفی نژاد و خدابخشی کولایی (۱۳۹۹) دریافتند که رفتار خودآسیبی بدون خودکشی دارای عوامل زمینه ساز، کارکرد و هدف و همچنین پیامدهایی می باشد که برای برنامه های پیشگیری و همچنین ارزیابی صحیح و درمان بایستی مورد توجه قرار گیرند. در همین راستا نتایج برخی مطالعات نشان داد که مدل ترکیبی سرشت های عاطفی هیجانی قادر به تبیین و پیش بینی رفتارهای خود آسیبی در نوجوانان است و می تواند برای شناسایی گروه های در معرض رفتار خود آسیبی مفید واقع شود (مرادی کلارده و آقاجانی، ۱۳۹۹). سعادت، موسوی، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز گزارش دادند که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می تواند اختلالات هیجانی در سربازان با سابقه رفتارهای خودآسیبی را پیش بینی کند. لذا در جهت پیشگیری از برخی اقدامات ناخوشایند در این افراد می تواند موثر باشد. همچنین نتایج مطالعه ی کیوسس، گروس، بنرجی و همکاران (۲۰۱۷) خاطر نشان کرد که از طریق کاهش هیجانات منفی می توان افکار خودکشی را کاهش داد و کاهش هیجانات منفی به توسعه مداخلات روانی اجتماعی برای کاهش افکار خودکشی کمک می کند. مطالعات وارس، بارکوس و بنتال (۲۰۱۲) نشان داد که بیماران دارای توهم، تمایلات تجزیه ای و سوء استفاده جنسی در دوران کودکی را به طور قابل توجهی گزارش کردند و تمایلات تجزیه ای به طور مثبتی میانجی رابطه ی تأثیر ترومای دوران کودکی بر تمایل به توهم است. این نقش میانجی به ویژه برای آزار جنسی نسبت به سایر انواع تروما قوی می باشد و همچنین نرخ مواجهه با رویداد های آسیب زای شدید در بین بیماران روان پریش بالا بوده است.

مرور پیشینه نشان داده است که سرسختی روانشناختی می تواند نقش میانجی در ارتباط تجارب آسیب زا و رفتار خود آسیبی و در ارتباط کمال گرایی با تجارب آسیب زا داشته باشد. نتایج مطالعات شیربیم، سودانی و شفیق آبادی (۱۳۸۸) نشان داد که بین سلامت روان (نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) با سرسختی روان شناختی دانشجویان، رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین انزلیخت، آرونسان، گود و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند که بین تاب آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی، رابطه ی منفی معنی داری وجود دارد و بدان معناست که افراد تاب آور می توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند. نیکویی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسید که تفاوت معناداری میان دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار از لحاظ ترس از ارزیابی منفی و کمال گرایی وجود دارد و گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و کمال گرایی منفی بیشتر و کمال گرایی مثبت پایین تری را نسبت به گروه بهنجار تجربه می کند.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهشی

این مطالعه برای اولین بار در ایران در صدد بود تا در یک مدل علی تاثیر کمال گرایی و تجارب آسیب زا را بر رفتار خود آسیبی با میانجی گری سرسختی روانشناختی بررسی کند. در مدل مفهومی پژوهش که براساس پیشینه پژوهشی بدست آمد، دو متغیر برون زا (کمال گرایی و تجارب آسیب زا) و دو متغیر درون زاد (سرسختی روانشناختی و رفتار خود آسیبی) مشاهده می شود.

۲- روش اجرای پژوهش

از آنجا که این پژوهش با هدف بر خورداری از نتایج یافته ها برای حل مسائل موجود به کار رفته است لذا نوع پژوهش از نظر هدف کاربردی بوده و از لحاظ ماهیت جمع آوری اطلاعات از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی

نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر آمل می باشند. برای تعیین حجم از جدول تعیین حجم نمونه کرسی و مورگان (۱۹۸۰) استفاده شد و با توجه حجم بالای جامعه، بیشترین میزان حجم نمونه ($n=384$) برای مطالعه حاضر تعیین شد. از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی برای انتخاب نمونه استفاده شد. براساس مقطع تحصیلی متوسطه دوم (دهم، یازدهم، دوازدهم) انتخاب شد. ۱. پرسشنامه آسیب به خود: پرسشنامه آسیب به خود؛ پرسشنامه خودگزارشی است که سانسون، ویدرمن و سانسون^۱ (۱۹۹۸) سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می کند. این پرسشنامه تنها مقیاسی است که در تشخیص اختلال خلقی و اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار می گیرد. دارای ۲۲ سوال است که جواب هر سوال به صورت بله و خیر است. حسین زاده و همکاران (۱۳۹۰) روایی سازه ابزار را تایید کرده و پایایی از طریق آلفای کرونباخ آزمون را ۰/۸۵ گزارش کرده است.

پرسشنامه کمال گرایی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط هیل و همکاران ساخته شده است. به سنجش میزان کمالگرا بودن افراد می پردازد. این پرسشنامه دارای ۵۹ سوال است که جواب هر سوال به صورت لیکرت چهار درجه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم می باشد. این پرسشنامه دارای هشت مولفه است که دو مولفه اصلی آن شامل کمال گرایی مثبت (سازگارانه) و کمال گرایی منفی (ناسازگارانه) و شش مولفه دیگر آن تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تلاش برای عالی بودن و معیار های بالا برای دیگران می باشد. هیل و همکاران، (۲۰۰۴) گزارش دادند که همسانی درونی پرسشنامه کمال گرایی هیل و همکاران بالا است که طیفی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ برای همه خرده مقیاسها را در بر می گیرد. جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) ضریب پایایی کل پرسشنامه کمال گرایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود و برای بررسی روایی مقیاس از تحلیل عاملی با روش مولفه های اصلی و چرخش واریماکس استفاده گردید. نتایج حاکی از آن بود که مقیاس مذکور مشتمل بر ۶ عامل می باشد.

چک لیست تجارب آسیب زای زندگی: چک لیست تجارب آسیب زای زندگی یک مقیاس ۲۴ سؤالی است که توسط فورد و همکاران (۲۰۰۲) با هدف بررسی سابقه حوادث آسیب زا و تمایز این حوادث از تجربیات منفی زندگی در کودکان و نوجوانان دامنه سنی ۱۸-۶ سال ساخته شده است. نمره ی کلی شامل تایید تعداد تجارب بالقوه آسیب زای زندگی است که بین ۰ تا ۲۹ نمره گذاری می شود. شامل پنج حیطه ی آسیب زا غفلت هیجانی، سوء استفاده هیجانی، سوء استفاده بدنی و تهدید، آزار جنسی و سوء استفاده جنسی است که هر حیطه شامل سه سوال است که از ۰ تا ۱۲ نمره گذاری می شود. این پرسش نامه با پرسش نامه های دیگر ارزیابی حوادث آسیب زا نظیر پرسش نامه حوادث آسیب زای زندگی همبستگی خوبی نشان داده است (چوی و همکاران، ۲۰۱۹). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای مطالعه حاضر نیز ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسشنامه سرسختی: پرسشنامه سرسختی^۵ توسط کوباسا و مدی (۱۹۸۲) ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه بررسی میزان سرسختی در افراد بوده است که در سه مولفه مبارزه جویی، کنترل، تعهد را می سنجد. پرسشنامه سرسختی کوباسا دارای ۲۰ ماده سوال بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات) است. کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می دانند. آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه گیری سرسختی تهیه شده است. این آزمون توسط زارع و امین پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت و همسانی درونی این پرسشنامه مناسب گزارش دادند و پایایی از طریق آلفای کرونباخ را برای مولفه مبارزه جویی ۰/۷۵، کنترل ۰/۸۲، تعهد ۰/۸۴ گزارش کرده است.

در این مطالعه از آمار توصیفی و استنباطی و شاخص های برازش استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از مدل معادلات ساختاری استفاده شد و همه تجزیه و تحلیل با نرم افزار لیزرل صورت گرفت. برای بررسی روایی و اعتبار مدل از مدل اندازه-

1 The self-harm inventory (SHI)

2 Sansone, Wiederman & Sansone

3 Traumatic events screening inventory (TESI)

4 Choi, McCreary, Ford & et al.

5 hardiness

گیری استفاده شد و برای آزمودن فرضیات از مدل معادلات ساختاری استفاده شد؛ در مدل معادلات ساختاری، روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بررسی شدند. همچنین شاخص‌های برازش هم برای مدل مفهومی بررسی شد. کلیه تصمیم‌گیری‌های آماری طبق روال مدل معادلات ساختاری در دو سطح معنی‌داری $(\alpha = 0/05)$ و $(\alpha = 0/01)$ گزارش داده شدند.

۳- یافته‌های پژوهش

میانگین نظری	کل (n: 278)	شاخص‌ها	مولفه‌ها و متغیرها
۳	74, 2/37(01)	میانگین (انحراف استاندارد)	کمال‌گرایی
0/50	13, 0/22(01)	میانگین (انحراف استاندارد)	تجارب آسیب‌زا
۳	26, 2/62(01)	میانگین (انحراف استاندارد)	سرسختی روان‌شناختی
0/50	13, 0/38(01)	میانگین (انحراف استاندارد)	رفتار خود آسیبی

براساس تحلیل در برنامه لیزرل، بر مبنای ماتریس کوواریانس یا همبستگی بین متغیرهای می باشد. جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای درونی و بیرونی پژوهش را نشان می‌دهد.

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱) کمال‌گرایی	۱			
۲) تجارب آسیب‌زا	0/05	۱		
۳) سرسختی روان‌شناختی	-0/16**	-0/14**	۱	
۴) رفتار خود آسیبی	0/02	0/26**	-0/47**	۱
	$P < 0/05^*$	$P < 0/01^{**}$		

علاوه بر اثرات مستقیم بین متغیرها، برخی متغیرها با تأثیر بر متغیر میانجی، اثر غیرمستقیمی بر متغیر وابسته دارند. جدول ۳ نشان‌دهنده ضرایب مسیر و اثرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در الگوی کلی می‌باشد.

جدول ۳- اثرات مستقیم و ضرایب مسیر در مدل کلی

تأثیر متغیر	از	بر	b	β	SEM	T(Sig)
برون‌زا	کمال‌گرایی	سرسختی روان‌شناختی	-0/26	-0/15	0/08	-3/30(001)**
بر درون‌زا	تجارب آسیب‌زا	سرسختی روان‌شناختی	-0/55	-0/13	0/23	-2/91(001)**
	کمال‌گرایی	رفتار خود آسیبی	-0/04	-0/07	0/03	-1/62(011)
درون‌زا بر درون‌زا	تجارب آسیب‌زا	رفتار خود آسیبی	0/36	0/20	0/07	4/94(001)**
	سرسختی روان‌شناختی	رفتار خود آسیبی	-0/16	-0/45	0/02	-10/06(001)**
	$P < 0/05^*$	$P < 0/01^{**}$				

مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم هر متغیر بر متغیر وابسته اثرات کل آن را تشکیل می‌دهد. جدول ۴ نشان‌دهنده اثر کل متغیرهای بر هم دیگر را در مدل نهایی پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۴- اثرات غیرمستقیم و ضرایب مسیر در مدل کلی

تأثیر متغیر	از	بر	b	β	SEM	Sig(T)
کمال گرایی	سرسختی روان شناختی	سرسختی روان شناختی	-۰/۰۵	-۰/۰۴	۰/۰۸	-۰/۸۹ _(۰/۰۰۱)
برون‌زا	تجارب آسیب‌زا	سرسختی روان شناختی	-۰/۱۳	-۰/۰۹	۰/۰۵	**۲/۷۵ _(۰/۰۰۱)
بر درون‌زا	کمال گرایی	رفتار خود آسیبی	۰	۰	۰	۰
تجارب آسیب‌زا	تجارب آسیب‌زا	رفتار خود آسیبی	۰	۰	۰	۰
درون‌زا بر درون‌زا	سرسختی روان شناختی	رفتار خود آسیبی	۰	۰	۰	۰

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^*$

جهت بررسی میانجی‌گری از روش سوبل استفاده شد. در این روش ضرایب غیراستاندارد و خطای استاندارد متغیرهای مستقل و میانجی با استفاده از آزمون رگرسیون یا تحلیل مسیر محاسبه می‌شوند و ضرایب بدست آمده در فرمول سوبل قرار گرفته و بر اساس مقدار t و سطح معنی‌داری بدست آمده در مورد میانجی‌گری قضاوت می‌شود. در جدول ۵ نتایج آزمون میانجی‌گری به روش سوبل آمده است. مقادیر ضریب استاندارد و خطای استاندارد با توجه به نتایج آزمون رگرسیون در فرمول سوبل قرار داده شد.

جدول ۵- نتایج آزمون سوبل جهت بررسی روابط میانجی‌گری

متغیر میانجی	B	خطای استاندارد	آزمون سوبل
		مقدار t	درصد معنی‌داری
کمال‌گرایی بر سرسختی روان‌شناختی	-۰/۰۸	۰/۰۵	-۱/۸۹
سرسختی روان‌شناختی بر رفتار خود آسیبی	-۰/۱۶	۰/۰۲	-۱/۹۰
تجارب آسیب‌زا بر سرسختی روان‌شناختی	-۰/۵۵	۰/۱۸	-۳/۹۱
سرسختی روان‌شناختی بر رفتار خود آسیبی	-۰/۱۶	۰/۰۲	-۳/۱۸

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^*$

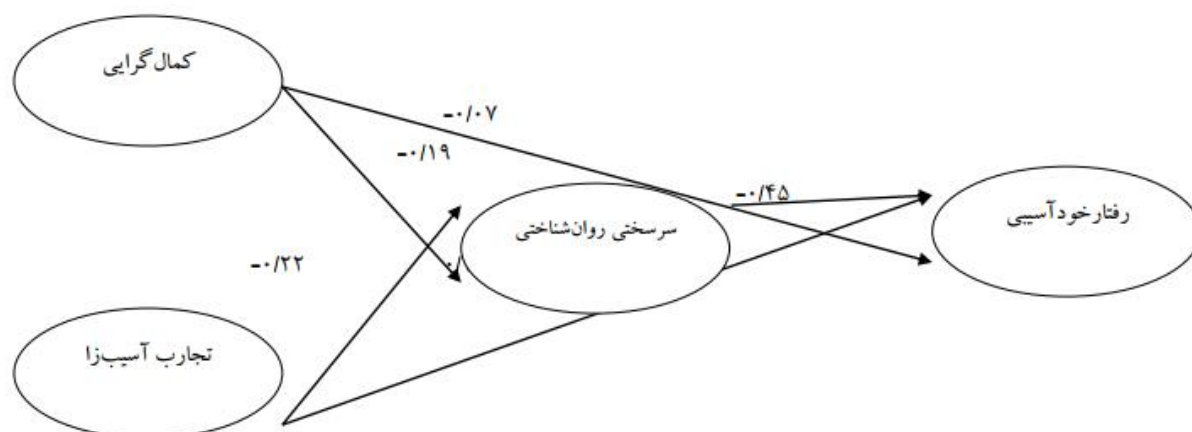
نتایج آزمون سوبل در جدول ۵ نشان داد که نقش میانجی‌گری متغیر «سرسختی روان‌شناختی» در رابطه بین «کمال‌گرایی» و «رفتار خود آسیبی» تایید نشده است. اما نقش میانجی‌گری متغیر «سرسختی روان‌شناختی» در رابطه بین «تجارب آسیب‌زا» و «رفتار خود آسیبی» تایید شده است. نرم افزار لیزرل علاوه بر اثرات مستقیم و غیرمستقیم، باقی مانده‌های متغیرهای وابسته را نیز محاسبه می‌کند که در جدول جداگانه ارائه می‌شود. جدول ۶ نشان‌دهنده باقی مانده (خطا)های متغیرهای درونی می‌باشد.

جدول ۶- اثرات پس‌ماند متغیرهای درونی در مدل کلی

متغیرها	R	ضریب تبیین (R^2)	خطای استاندارد برآورد	(Sig)T
سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۶۱	۰/۹۶ _(۰/۰۰۱)
خود آسیبی	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۱۹	**۲/۶۸ _(۰/۰۰۱)

$P < ۰/۰۱^{**}$ $P < ۰/۰۵^{**}$

جدول ۶ نشان می‌دهد که تمامی ضرایب تبیین برآورد شده معنادار می‌باشند. به این مفهوم که ضرایب بالا در یک پارامتر، خطای کمتری را به همراه خواهد داشت. الگوی پیشنهادی پژوهش ۴ درصد از واریانس سرسختی روان‌شناختی و ۲۶ درصد از واریانس رفتار خود آسیبی را تبیین می‌کند.



Chi-Square= 114.36. df: 80 P-value: 0.۰۶ RMSEA= 0.09

شکل ۲- مدل مفهومی پژوهش براساس ضرایب بتای استاندارد

فرضیه اول: کمال‌گرایی بر رفتار خودآسیبی تاثیر دارد.

ضریب همبستگی «کمال‌گرایی» با «رفتار خود آسیبی» (۰/۰۲) بدست آمده که این رابطه معنی دار مشاهده نشده است. ضریب بتای استاندارد مسیر از «کمال‌گرایی» بر «رفتار خود آسیبی» ($\text{Beta} = -0.07$) و مقدار ($T = -1/62$) نشان‌دهنده معنادار نبودن اثر متغیر «کمال‌گرایی» بر «رفتار خود آسیبی» است. در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0.05$ و $P < 0.01$ را نمی‌توان رد کرد. نتیجه اینکه با «کمال‌گرایی» نمی‌توان واریانس «رفتار خود آسیبی» را تبیین و پیش‌بینی کرد.

فرضیه دوم: کمال‌گرایی بر سرسختی روان‌شناختی تاثیر دارد.

ضریب همبستگی «کمال‌گرایی» با «سرسختی روان‌شناختی» (-0.16) بدست آمده که این رابطه منفی و معنی دار مشاهده شده است. ضریب بتای استاندارد مسیر «کمال‌گرایی» بر «سرسختی روان‌شناختی» ($\text{Beta} = -0.15$) و مقدار ($T = -3/30$) نشان‌دهنده معناداری اثر متغیر «کمال‌گرایی» بر «سرسختی روان‌شناختی» است. در نتیجه فرض صفر در دو سطح $P < 0.05$ و $P < 0.01$ رد می‌شود. طبق نتایج «کمال‌گرایی» بر «سرسختی روان‌شناختی» نوجوانان تاثیر معنی‌داری داشته است.

فرضیه سوم: تجارب آسیب‌زا بر سرسختی روان‌شناختی تاثیر دارد.

ضریب همبستگی «تجارب آسیب‌زا» با «سرسختی روان‌شناختی» (-0.14) بدست آمده که این رابطه هم منفی و معنی دار مشاهده شده است. ضریب بتای استاندارد «تجارب آسیب‌زا» بر «سرسختی روان‌شناختی» ($\text{Beta} = -0.13$) و مقدار ($T = -2/91$) نشان‌دهنده معناداری اثر متغیر «تجارب آسیب‌زا» بر «سرسختی روان‌شناختی» است. در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0.05$ و $P < 0.01$ رد می‌شود. بنابراین نتیجه اینکه «تجارب آسیب‌زا» بر «سرسختی روان‌شناختی» نوجوانان تاثیر معنی‌داری داشته است.

فرضیه چهارم: تجارب آسیب‌زا بر رفتار خود آسیبی تاثیر دارد.

ضریب همبستگی «تجارب آسیب‌زا» با «رفتار خود آسیبی» (0.26) بدست آمده که این رابطه مثبت و معنی دار است. ضریب بتای استاندارد مسیر از «تجارب آسیب‌زا» بر «رفتار خود آسیبی» ($\text{Beta} = 0.20$) و مقدار ($T = 4/94$) نشان‌دهنده معناداری اثر متغیر «تجارب آسیب‌زا» بر «رفتار خود آسیبی» است. در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0.05$ و $P < 0.01$ رد می‌شود. بنابراین نتیجه اینکه طبق نتایج «تجارب آسیب‌زا» بر «رفتار خود آسیبی» نوجوانان تاثیر معنی‌داری داشته است.

فرضیه پنجم: سرسختی روان‌شناختی بر رفتار خودآسیبی تاثیر دارد.

ضریب همبستگی «سرسختی روان‌شناختی» با «رفتار خودآسیبی» ($-0/47$) بدست آمده که این رابطه منفی و معنی‌دار است. ضریب بتای استاندارد مسیر از «سرسختی روان‌شناختی» بر «رفتار خودآسیبی» ($Beta = -0/45$) و مقدار ($T = -10/06$) نشان‌دهنده معناداری اثر «سرسختی روان‌شناختی» بر «رفتار خودآسیبی» است. در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ رد می‌شود. بنابراین نتیجه اینکه «سرسختی روان‌شناختی» بر «رفتار خودآسیبی» نوجوانان تاثیر معنی‌داری داشته است.

فرضیه ششم: سرسختی روان‌شناختی در رابطه میان کمال‌گرایی و رفتار خودآسیبی نقش میانجی دارد.

طبق جدول از اثرهای غیرمستقیم متغیرهای بیرون‌زا بر متغیرهای درون‌زا، بتای استاندارد اثر غیرمستقیم «کمال‌گرایی» بر «سرسختی روان‌شناختی» $0/04$ - بدست آمده و مقدار T نیز $-0/89$ - بدست آمده که درصد معنی‌داری آن بیشتر از $0/01$ است. پس در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ رد نمی‌شود. بنابراین «سرسختی روان‌شناختی» نقش میانجی در رابطه «کمال‌گرایی» و «رفتار خودآسیبی» ندارد. نتایج آزمون سوبل هم نقش میانجی‌گری متغیرهای «سرسختی روان‌شناختی» در رابطه بین «کمال‌گرایی» و «رفتار خودآسیبی» را تایید نکرده است.

فرضیه هفتم: سرسختی روان‌شناختی در رابطه میان تجارب آسیب‌زا و رفتار خودآسیبی نقش میانجی دارد.

همچنین بتای استاندارد اثر غیرمستقیم «تجارب آسیب‌زا» بر «سرسختی روان‌شناختی» $0/09$ - بدست آمده و مقدار T نیز $-2/75$ - بدست آمده که درصد معنی‌داری آن کمتر از $0/01$ است. در نتیجه فرض صفر در سطح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ رد می‌شود. بنابراین «سرسختی روان‌شناختی» نقش میانجی در رابطه «تجارب آسیب‌زا» و «رفتار خودآسیبی» ندارد. نتایج آزمون سوبل هم نقش میانجی‌گری متغیرهای «سرسختی روان‌شناختی» در رابطه بین «تجارب آسیب‌زا» و «رفتار خودآسیبی» تایید نموده است.

به منظور آزمون مدل و مسیرهای آن از روش‌های گوناگون استفاده می‌شود، برنامه لیزرل پس از ارائه الگوی به منظور پاسخ به این پرسش که آیا داده‌ها با مدل هماهنگی دارد، ۳۴ شاخص برازندگی را محاسبه می‌کند. هر یک از شاخص‌ها به تنهایی نمی‌توان به عنوان دلیلی بر برازش مناسب یا عدم تناسب در برازش دانست، بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار همدیگر تفسیر نمود. جدول ۷ مهمترین شاخص‌های مربوط به نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۷- شاخص‌های برازش

انواع برازش	شاخص های برازش	ملاک تصمیم‌گیری برازش عالی و قابل قبول	شاخص مطالعه حاضر
مطلق	نسبت معنی‌داری خی دو	بزرگتر از $0/05$ عالی	$0/98$
	خی دو هنجار شده (CMIN)	بین ۱ تا ۳ عالی، زیر ۵ قابل قبول	$4/15$
	نیکویی برازش (GFI)	بیش از $0/95$ ، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/81$
	نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	بیش از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/82$
	برازش هنجار شده (NFI)	بیش از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/86$
	برازش هنجار نشده (NNFI)	بیش از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/87$
تطبیقی	برازش بنتلز (BFI)	بیش از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/87$
	توکر لوئیس (TLI)	نزدیک به یک عالی، بالای $0/8$ قابل قبول	$0/84$
	برازش فزاینده (IFI)	بین ۰ تا ۱، نزدیک به ۱ عالی	$0/85$
	برازش تطبیقی (CFI)	بیشتر از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/83$
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	بیشتر از $0/90$ عالی، بیشتر از $0/80$ قابل قبول	$0/84$
مقتصد	ریشه میانگین مربعات باقی مانده (RMR)	کمتر از $0/05$ عالی، کمتر از $0/09$ قابل قبول	$0/07$
	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	کمتر از $0/05$ عالی، کمتر از $0/09$ قابل قبول	$0/09$
	نسبت مقتصد (PRATIO)	کمتر از $0/05$ عالی، کمتر از $0/09$ قابل قبول	$0/07$

آماره مجذور خی میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و برآورد شده را اندازه می‌گیرد. طبق جدول ۷ عدم معناداری این آماره برازش مدل را با داده‌ها نشان می‌دهد. مقدار کمتر از ۰/۰۶ برای شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب و مقادیر بالاتر از ۰/۸ برای شاخص نیکویی برازش و شاخص تعدیل شده نیکویی برازش، به عنوان ملاک‌های حداقلی انطباق مدل با داده‌های مشاهده شده در نظر گرفته می‌شود. همه شاخص‌های ارائه شده در بدبینانه‌ترین تفسیر از برازش قابل قبول و در خوش‌بینانه‌ترین حالت از برازش مناسب مدل حکایت دارد. مقدار بالاتر از ۰/۰۵ برای سطح معناداری، مقدار کمتر از ۵ برای نسبت مجذورکای به درجه آزادی، ضریب ۰/۰۹ برای ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب نشان می‌دهد که الگوی بدست آمده با داده‌های مشاهده شده تا حد زیادی انطباق دارد. به عبارت دیگر الگوی مذکور با پذیرش احتمال خطای ۰/۰۵ قابلیت تعمیم به جامعه پژوهش را دارا است.

۴- بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه آن بوده که در یک مدل علی تاثیر کمال گرایی و تجارب آسیب زا را بر رفتار خود آسیبی با میانجی‌گری سرسختی روانشناختی بررسی کند. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اول پژوهش نشان داد که «کمال‌گرایی» نمی‌تواند واریانس «رفتار خود آسیبی» را تبیین و پیش‌بینی کند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه هویت و فلت (۱۹۹۱)، هویت، فلت، بلانکشتین و موشر (۱۹۹۱)، پناهی (۱۳۸۳)، هارت و همکاران^۱ (۱۹۹۸)، دونالدسون و همکاران^۲ (۲۰۰۰) و صابونچی و لاند (۲۰۰۳) ناهمسو می‌باشد. از دلایل ناهمسویی می‌تواند جامعه متفاوت، دامنه سنی نوجوانان (۱۵ تا ۱۸ سال)، بافت فرهنگی و بستر اجتماعی متفاوت می‌باشد. طبق نظریه‌های شناختی، افسردگی با ناامیدی در مورد کنترل کردن پیامدهای مطلوب یا آزارنده ارتباط دارد. فردی که از اشتباه کردن و عدم تائید دیگران به خاطر کامل نبودن می‌ترسد، احساس ناامیدی می‌کند و چنین فردی نسبت به افسردگی آسیب پذیرتر می‌شود (پناهی، ۱۳۸۳). هویت و فلت (۱۹۹۱) هویت و همکاران (۱۹۹۱) دریافتند که کمال‌گرایی هنجارمدار با بیش تعمیم دهی شکست، انتقاد از خود، سرزنش خود و دیگران، ناهمسازی روانشناختی و ویژگیهای شخصیت مرزی، اسکیزوتایپی، اجتنابی، اسکیزوئید و پرخاشگری نافع و همچنین با افسردگی، اضطراب و روان‌آزردگی مرتبط می‌باشد. هویت و فلت (۱۹۹۳) دریافتند که کمال‌گرایی خویشتن مدار، افسردگی را در بافت تنیدگی پیش‌بینی می‌کند و ارتباط بین این نوع کمال‌گرایی و افسردگی به نوع عامل تنیدگی زا بستگی دارد. در پژوهش دیگری که هویت و همکارانش (۱۹۹۶) نتیجه گرفتند که کمال‌گرایی خویشتن مدار، عامل آسیب پذیر خاصی است که در حضور علائم تنیدگی، مستعد بروز علائم افسردگی است. تحقیقات دونالدسون و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که کمال‌گرایی هنجار مدار در نوجوانانی که دست به خودکشی می‌زنند، با ناامیدی ارتباط دارد. در تحقیق هارت و همکاران^۳ (۱۹۹۸) بین کمال‌گرایی خویشتن مدار و پایین بودن خودکارآمدی ارتباط وجود داشت و نیز خود ثمربخشی پایین نیز با ادراک فقدان کنترل پذیری پیامدها و کاهش ارزشمندی خود ارتباط داشت. کمال‌گرایی خویشتن مدار با مشخصه‌های مثبت تلاش و رقابت برای پیشرفت، حرمت خود و خود شکوفایی (فلت، هویت، بلانکشتین و موشر، ۱۹۹۱؛ فلت، هویت، بلانکشتین و اوبراین^۴؛ ۱۹۹۱؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۳) از یک سو و مشخصه‌های منفی خودشیفتگی، سرزنشگر خود، انتقاد از خود، احساس گناه، افسردگی و روان‌آزردگی (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ هویت، فلت، بلانکشتین، ۱۹۹۱؛ آلدن^۵ و همکاران، ۱۹۹۴) از سوی دیگر در ارتباط است. صابونچی و لاند (۲۰۰۳) در مطالعات خود به ارتباط مثبت و معنا دار کمال‌گرایی با شکایت‌های روان‌تنی مانند خواب‌آلودگی در ساعات روز، سردردها، تنش و بیخوابی در زنان دست یافته‌اند. تحقیقات درباره ارتباط ابعاد سازه کمال‌گرایی با اختلالات روانشناختی و بیماری‌های روان‌تنی ادامه دارند. در تبیین نظری نتایج بدست آمده میتوان گفت وجود کمال‌گرایی در فرد موجب ایجاد استاندارد‌های بالایی در تمام بخش‌های زندگی او شده که منجر به اعمال و رفتارهای خودآسیب رسان وی نمی‌شود البته قابل ذکر است که در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال دوره نوجوانی چنین رابطه‌ای وجود ندارد.

1 Hart & et al.

2 Donaldson & et al.

3 Hart & et al.

4 O'Brien, S.

5 Alden, L.E.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه دوم پژوهش نشان داد که «کمال‌گرایی» بر «سرسختی روانشناختی» نوجوانان تاثیر معنی‌داری داشته است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات مختلف هویت و فلت (۱۹۹۱)؛ هویت، فلت، بلانکشتین (۱۹۹۱)؛ آلدن^۱ و همکاران (۱۹۹۴)، ریوم^۲ و همکاران (۱۹۹۵)، صابونچی و لاند (۲۰۰۳)، مولنار و همکاران (۲۰۰۶) در این حوزه تاحدی همسو می‌باشد. یافته‌های پژوهشی در زمینه ابعاد سه‌گانه کمال‌گرایی، همبستگی این سازه را با ویژگی‌های شخصیتی، رفتاری و مشکلات روانشناختی تأیید کردند (هویت و فلت، ۱۹۹۱). کمال‌گرایی خویشتن‌مدار با مشخصه‌های مثبت تلاش و رقابت برای پیشرفت، حرمت خود و خود شکوفایی (فلت، هویت، بلانکشتین و موشر، ۱۹۹۱؛ فلت، هویت، بلانکشتین و اوبراین^۳، ۱۹۹۱؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۳) از یک سو و مشخصه‌های منفی خودشیفتگی، سرزنشگر خود، انتقاد از خود، احساس گناه، افسردگی و روان‌آزردگی (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ هویت، فلت، بلانکشتین، ۱۹۹۱؛ آلدن^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) از سوی دیگر در ارتباط است. ریوم و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند که کمال‌گرایی به عنوان عامل خطر در رشد و تحول این اختلال در نظر گرفته می‌شود. مولنار و همکاران (۲۰۰۶) دریافت که کمال‌گرایی رابطه معناداری با اختلالات جسمی گوناگون دارد: سندرم روده تحریک‌پذیر، دردهای شکمی کودکان، و زخم مخاط روده بزرگ. صابونچی و لاند (۲۰۰۳) در مطالعات خود به ارتباط مثبت و معنا دار کمال‌گرایی با شکایت‌های روان‌تنی مانند خواب‌آلودگی در ساعات روز، سردردها، تنش و بیخوابی در زنان دست یافته‌اند. تحقیقات درباره ارتباط ابعاد سازه کمال‌گرایی با اختلالات روانشناختی و بیماری‌های روان‌تنی ادامه دارند. برای تبیین نتایج باید گفت که وجود کمال‌گرایی در نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله منجر به ایجاد سطح توقعات و دامنه انتظارات بالایی در تمام بخش‌های زندگی می‌شود و با افزایش آن موجب بالا رفتن مشخصه‌های تلاش، رقابت برای پیشرفت، حرمت خود و خود شکوفایی در آنان شده که افزایش تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری و در نهایت سرسختی روانشناختی را به دنبال خواهد داشت.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه سوم پژوهش نشان داد که «تجارب آسیب‌زا» بر «سرسختی روانشناختی» نوجوانان تاثیر منفی معنی‌داری داشته است. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات انزلیخت، آرونسان، گود و همکاران^۷ (۲۰۰۶)، وارس، بارکوس و بنتال^۸ (۲۰۱۲)، حسن، فلت، گانگولی و همکاران^۹ (۲۰۱۴)، مرادی کلارده و آقاجانی (۱۳۹۹)، محبی، قمری گیوی، فلسفی نژاد و خدابخشی کولایی (۱۳۹۹) و سعادت، موسوی، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) تاحدی همسو می‌باشد. مرادی کلارده و آقاجانی (۱۳۹۹) به این نتیجه رسید که ابعاد سرشت هیجانی با ضریب همبستگی گام به گام ۰.۳۷٪، حدود ۱۳ درصد از تغییرات مربوط به رفتارهای خود آسیبی را تبیین و پیش‌بینی می‌کند. ابعاد اراده به صورت منفی و بازداری به صورت مثبت توانستند رفتارهای خود آسیبی را پیش‌بینی نمایند. ابعاد سرشت عاطفی نیز در مجموع توانستند با ضریب همبستگی ۰.۳۹۵٪، حدود ۱۶ درصد از تغییرات مربوط به رفتارهای خود آسیبی را تبیین و پیش‌بینی کنند که ابعاد افسرده، تغییرپذیر و بازداری زدا به صورت منفی و بعد متعادل به صورت مثبت توانستند رفتارهای خود آسیبی را پیش‌بینی نمایند. محبی و همکاران (۱۳۹۹) در یک مطالعه‌ای پدیدارشناسی تجربه خود آسیبی بدون خودکشی در نوجوانان دختر دانش‌آموز «دریافت که مسایل عاطفی شناختی، روابط ناسازگار، مشکلات نوجوان در خانواده، آرام شدن، فراموش کردن مشکلات، تحت تاثیر قرار دادن دیگران، اثبات بزرگ و قوی بودن، احساس ندامت و زخم عوامل زمینه‌ساز تجربه خود آسیبی هستند. سعادت و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می‌تواند اختلالات هیجانی در سربازان با سابقه رفتارهای خود آسیبی را پیش‌بینی کند. لذا در جهت پیشگیری از برخی اقدامات ناخوشایند در این افراد می‌تواند موثر باشد. انزلیخت، آرونسان، گود و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۶) به این نتیجه رسید که تاب‌آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی، رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد. وارس، بارکوس و

1 Alden, L.E.

2 Rheaume & et al.

3 O'Brien, S.

4 Alden, L.E.

5 Irritable Bowel Syndrome

6 Ulcerative Colitis

7 Inzlicht, Aronson, God & McKay

8 Varese, Barkus & Bentall

9 Hassan, Flett, Ganguli & et al.

10 Inzlicht, Aronson, God & McKay 0

بنتال^۱ (۲۰۱۲) دریافت بیماران دارای توهم تمایلات تجزیه ای و سوء استفاده جنسی در دوران کودکی را به طور قابل توجهی گزارش کردند و تمایلات تجزیه ای به طور مثبتی میانجی رابطه ی تأثیر ترومای دوران کودکی بر تمایل به توهم بود. حسن، فلت، گانگولی و همکاران^۲ (۲۰۱۴) نقش کمال گرایی در خودکشی را به تنهایی و در چارچوب یک ارزیابی خطر بالینی جامع روشن می کند و نشان دهد که کمال گرایی اطلاعاتی را در مورد خطر خودکشی فراتر از عوامل خطر بالینی شناخته شده ارائه می دهد. کیوسس، گروس، بنرجی و همکاران^۳ (۲۰۱۷) نشان داد که از طریق کاهش هیجانانگیز منفی می توان افکار خودکشی را کاهش داد و کاهش هیجانانگیز منفی به توسعه مداخلات روانی اجتماعی برای کاهش افکار خودکشی کمک می کند. در تبیین نظری باید گفت در نوجوانانی که دارای تجارب آسیب زایی در دوران کودکی خود بوده اند با توجه به صدمات و آسیب های روحی و روانی که در این دوره حساس تجربه نموده اند و در کنار آمدن با آن تجارب موفقیتی بدست نیاوردند، به دلیل اینکه این مسائل برایشان حل نشده است، سرسختی روانشناختی کمتری از خود نشان می دهند و از طرف دیگر نیز نوجوانانی که دارای تجارب آسیب زای کمتری در دوران کودکی خود بوده اند با توجه به اینکه صدمات و آسیب های روحی و روانی کمتری در این دوره حساس تجربه نمودند، سرسختی روانشناختی بیشتری از خود نشان می دهند.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه چهارم پژوهش نشان داد که «تجارب آسیب زا» بر «رفتار خود آسیبی» نوجوانان تأثیر معنی داری داشته است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات قمری کیوی، صنوبر و آحادی (۱۳۹۳)، بهروز (۱۳۹۴)، جبرئیلی، باباپور خیرالدین و محمودعلیلو (۱۳۹۲)، قمری کیوی، صنوبر و آحادی (۱۳۹۳)، میردردیکوند، شفیعی و حیدری راد (۱۳۹۷)، مرادی کلارده و آقاجانی (۱۳۹۹)، سعادت، موسوی، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) تا حدی همسویی دارد. جبرئیلی، باباپور خیرالدین و محمودعلیلو (۱۳۹۲) نشان داد، رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در نشانه های دو بیمار شد و بهره های درمانی تا دوره پیگیری ادامه یافتند. قمری کیوی، صنوبر و آحادی (۱۳۹۳) نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک بر رفتار خود آسیبی و نوسان خلق تأثیر معنی داری داشت و افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی با سهولت بیشتری در مقایسه با رفتار خود آسیبی بهبود پیدا کرد. از فنون رفتاردرمانی دیالکتیک می توان برای کاهش رفتار خود آسیبی و نوسان خلق در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد. نتایج پژوهش بهروز (۱۳۹۴) حاکی از کارایی این شیوه نوظهور درمان شناختی-رفتاری است که به نظر می رسد به علت تلفیق تکنیک های شرقی در آن، برای بیماران ایرانی مناسب تر است. میردردیکوند، شفیعی و حیدری راد (۱۳۹۷) نشان دادند که شاخص های برآزش مدل، مسیر دلسوزی به خود بر علائم استرس پس آسیبی با میانجی گری انعطاف پذیری شناختی را تأیید می کند. همچنین دلسوزی به خود هم به صورت مستقیم هم به صورت غیر مستقیم با تأثیر بر علائم استرس پس آسیبی همراه است. بنابراین انعطاف پذیری شناختی یکی از گذرگاه های تبیینی ارتباط دلسوزی به خود و علائم پس آسیبی است. نتایج پژوهش مرادی کلارده و آقاجانی (۱۳۹۹) نشان داد که مدل AFFECT قادر به تبیین و پیش بینی رفتارهای خود آسیبی در دانش آموزان است. سعادت، موسوی، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش داد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان می تواند اختلالات هیجانی در سربازان با سابقه رفتارهای خود آسیبی را پیش بینی کند. در تبیین نظری نتایج بدست آمده باید گفت که تجارب آسیب زای دوران کودکی موجب صدمات روحی و روانی جبران ناپذیری در نوجوانان می شود و داشتن سطوح بالای این تجارب به علت وجود احساس عذاب وجدان و شکست های روحی آنان بروز رفتارهای خود آسیب رسان را به دنبال خواهد داشت و همینطور وجود سطوح پایین تر تجارب آسیب زای دوران کودکی در نوجوانان موجب بروز کمتر رفتارهای خود آسیب رسان در آنان می گردد.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه پنجم پژوهش نشان داد که «سرسختی روان شناختی» بر «رفتار خود آسیبی» نوجوانان تأثیر منفی معنی داری داشته است. نتایج این فرضیه مورد حمایت نتایج مطالعه پیوسته گر (۱۳۹۲) می باشد. پیوسته گر (۱۳۹۲) گزارش داد که ۱۷/۹ درصد دختران دانش آموز مورد بررسی در سال گذشته حداقل یک بار و ۱۱/۱ درصد آن ها بیش از یک بار

1 Varese, Barkus & Bentall

2 Hassan, Flett, Ganguli & et al.

3 Kiosses, Gross, Banerjee, Duberstein, Putrino & Alexopoulos

اقدام به رفتارهای خودآسیبی کرده‌اند. همچنین، سبک دلبستگی و احساس تنهایی با رفتارهای خودآسیبی در دختران دانش‌آموز همبستگی مثبت معناداری داشت. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک به‌شیوه گام به گام نشان داد که سبک دلبستگی ایمن و احساس تنهایی بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی دانش‌آموزان دارد. نتایج این پژوهش در طرح‌ریزی برنامه‌های پیشگیری از رفتارهای عمدی خودآسیبی نوجوانان اهمیت ویژه‌ای داشته و در ارتقاء مداخلات درمانی به روان‌شناسان و مشاوران یاری می‌رساند. برای تبیین نظری یافته‌ها باید گفت سرسختی روانشناختی بالا با ایجاد افزایش سطوح تاب‌آوری و برانگیختن سطح مقاومت بیشتر در افراد در مقابل ناملایمات زندگی و بالابردن احساس تعهد و باور به داشتن کنترل به آنچه تصمیم می‌گیرد، موجب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان می‌گردد و همچنین پایین بودن میزان سرسختی روانشناختی به علت آسیب‌پذیری بالا و کمتر بودن مقاومت نوجوان در برابر فراز و نشیب‌ها و سختی‌ها رفتارهای خودآسیب‌رسان را به دنبال خواهد داشت.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که «سرسختی روان‌شناختی» نقش میانجی در رابطه «کمال‌گرایی» و «رفتار خودآسیبی» نداشته است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات شیربیم، سودانی و شفیع آبادی (۱۳۸۸)، نیکویی (۱۳۸۹)، بلات (۱۹۹۵)، حسن، فلت، گانگولی و همکاران^۲ (۲۰۱۴)، حسن^۳ (۲۰۱۷)، هیت، اسمیت، جی و همکاران^۴ (۲۰۲۲) و رایت، فیش، بیکر و همکاران (۲۰۲۱) تا حدی همسویی دارد. شیربیم، سودانی و شفیع آبادی (۱۳۸۸) گزارش داد که بین سلامت روان و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بین مولفه‌های سلامت روان (نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) با سرسختی روان‌شناختی دانشجویان، رابطه منفی معناداری وجود دارد. نیکویی (۱۳۸۹) به این نتیجه رسید که تفاوت معناداری میان دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی وجود دارد و گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و کمال‌گرایی منفی بیشتر و کمال‌گرایی مثبت پایین‌تری را نسبت به گروه بهنجار تجربه می‌کند. بلات (۱۹۹۵) نشان داده است که کمال‌گرایی شدید به طور قابل‌توجهی با پاسخ‌های درمانی در درمان‌های مختصر مختلف تداخل دارد. با این حال، افراد خودانتقادگر در درمان فشرده طولانی مدت پیشرفت قابل‌توجهی کردند. این یافته‌ها ارزش در نظر گرفتن آسیب‌شناسی روانی، به‌ویژه افسردگی را از منظر روان‌شناختی نشان می‌دهد که بیماران مختلف ممکن است به طور متفاوتی به انواع مختلف درمان پاسخ دهند و اینکه ممکن است برای بسیاری از بیماران بسیار کمال‌گرا و خودانتقادگر، درمان گسترده‌تری لازم باشد. حسن، فلت، گانگولی و همکاران^۵ (۲۰۱۴) نقش کمال‌گرایی در خودکشی را به تنهایی و در چارچوب یک ارزیابی خطر بالینی جامع روشن کرد و نشان داد که کمال‌گرایی اطلاعاتی را در مورد خطر خودکشی فراتر از عوامل خطر بالینی شناخته شده ارائه می‌دهد. حسن^۶ (۲۰۱۷) نشان داد که نمره بالای کمال‌گرایی با تحمل پریشانی کمتر، شرم بیشتر، استرس بیشتر و نظریه ذهن ضعیف‌تر مرتبط بود. تحمل پریشانی کمتر نیز با افزایش استرس، شرم و تئوری ضعیف‌تر ذهن همراه بود. نتایج همچنین از همپوشانی مفهومی بین کمال‌گرایی، اضطراب اجتماعی و افکار پارانوئید در افراد مبتلا به بیماری روان‌پریشی حمایت می‌کنند. کمال‌گرایی، ارائه خود کمال‌گرا، و تحمل پریشانی کم ممکن است ناشی از تجارب دلبستگی مختل شده و سایر شرایط تأثیرات آسیب‌زا باشد. هیت، اسمیت، جی و همکاران^۷ (۲۰۲۲) دریافت که از طریق کاهش کمال‌گرایی، بتواند علائم افسردگی و آسیب‌پذیری در برابر افسردگی را کاهش دهد. نتایج این مطالعه نشان داد که کمال‌گرایی به طور مستقیم در ایجاد افسردگی و به طور غیرمستقیم مانع درمان افسردگی می‌شود. رایت، فیش، بیکر و همکاران (۲۰۲۱) گزارش داد از طریق تأثیر کمال‌گرایی ناسازگار بر افسردگی و اضطراب، خستگی مزمن افزایش یابد. در تبیین نظری نتایج بدست آمده میتوان گفت وجود کمال‌گرایی در فرد موجب ایجاد استاندارد‌های بالایی در تمام بخش‌های

1 Blatt, Sidney J.
2 Hassan, Flett, Ganguli & al.
3 Hassan
4 Hewitt, Smith, Ge & al.
5 Wright, Fisher, Baker & et al.
6 Blatt, Sidney J.
7 Hassan, Flett, Ganguli & al.
8 Hassan
9 Hewitt, Smith, Ge & al.
1 Wright, Fisher, Baker & et al.

زندگی او می‌شود و باعث افزایش تلاش و رقابت برای پیشرفت، حرمت خود و خود شکوفایی می‌گردد که منجر به اعمال و رفتارهای خودآسیب رسان وی نمی‌شود و سرسختی روانشناختی هم نمیتواند در این رابطه نقش میانجی را ایفا کند البته قابل ذکر است که در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال دوره نوجوانی چنین رابطه ای وجود ندارد.

نتایج فرضیه هفتم پژوهش در خصوص بررسی نقش میانجی در رابطه «تجارب آسیب‌زا» و «رفتار خودآسیبی» نشان داد که «سرسختی روان‌شناختی» در رابطه بین «تجارب آسیب‌زا» و «رفتار خودآسیبی» نقش میانجی ایفا کرده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نبی زاده اصل، آهی، شهابی زاده و همکاران (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. نبی زاده اصل و همکاران (۱۳۹۹) دریافت که تنظیم شناختی هیجان، سوگیری‌های شناختی و طرح‌واره‌های منفی میانجی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و تجارب شبه سایکوتیک هستند. در تبیین نظری نتایج میتوان گفت که سرسختی روانشناختی بالا با بالا بودن تاب‌آوری و مقاومت نوجوان در برابر دشواری‌ها و وقایع تلخ زندگی و افزایش مقاومت فرد، مبارزه طلبی وی در برابر فراز و نشیب‌ها، تعهد بالای نوجوان به زندگی و مسئولیت‌های خویش و باور به داشتن کنترل بر تصمیماتش موجب می‌شود که تاثیر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در نوجوانان بر رفتارهای خودآسیب‌رسان کاهش یابد و سطوح پایین سرسختی روانشناختی نیز موجب افزایش تاثیر تجارب آسیب‌زا بر رفتار خودآسیب‌رسان می‌گردد. از جمله مهمترین محدودیت‌های مطالعه این است که محقق در این مطالعه، برای ساختن مدل مفهومی و آزمون تجربی آن مجبور به استفاده از روش پژوهش کمی بوده است. به همین دلیل در تدوین مدل و آزمون آن سعی شده تحقیق به روش کمی صورت پذیرد و امکان کار با روش پژوهش کیفی میسر نبوده است. و همه ابزارهای پژوهش به صورت خود اظهاری بوده است. بنابراین محقق سعی کرده در تفسیر نتایج، توجه و دقت کافی داشته باشد. و با توجه به نتایج پیشنهاد می‌گردد که وزارتخانه‌ها سازمانها و موسساتی که به نوعی با تعلیم و تربیت آموزش گسترش بهداشت روانی و اصلاح و تربیت قشر نوجوانان و جوانان سروکار دارند میتوانند از طریق برگزاری کارگاههای آموزشی مهارتهای زندگی و... به سلامت روان و افزایش مهارتهای آنان کمک کنند. با آموزش صحیح و عملی به تمامی نوجوانان می‌توان موجبات ارتقا هر چه بیشتر آنان در ابعاد گوناگون بهداشت روانی را فراهم نمود و همچنین از نتایج آن در پیشگیری از مشکلات و نابهنجاری‌های شایع استفاده کرد.

۵- منابع

- برک، لورا. (۱۳۹۲). روان‌شناسی رشد. ترجمه ی یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- سعادت، سید حسن، موسوی، سیده‌الناز، احمدی، غلامرضا، سالک ابراهیمی، لیلا، سیاحی افشار، زندی فر حسین. (۱۳۹۹). نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه تلاش‌های خودآسیبی (خودکشی و غیرخودکشی‌گرایانه). *مجله طب نظامی*. ۲۲ (۱): ۷۳-۶۴.
- شیربیم، زهرا؛ سودانی، منصور، شفیق آبادی، عبدالله. ۱۳۸۷. اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *اندیشه و رفتار سال دوم تابستان ۱۳۸۷ شماره ۸*.
- شیربیم، زهرا، سودانی، منصور، و شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). «رابطه سلامت روان و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان». *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*. دوره ۴. شماره ۱۳. ص ۱۶-۷.
- محبی، زهرا، قمری گیوی، حسین، فلسفی نژاد، محمدرضا، و خدابخشی کولایی، الهه. (۱۳۹۹). پدیدارشناسی تجربه خودآسیبی بدون خودکشی در نوجوانان دختر دانش آموز. *سلامت اجتماعی*، ۷(۳). ص ۲۶۵-۲۷۷.
- مرادی کلارده، پریسا، و آقاجانی، سیف‌الله. (۱۳۹۹). پیش‌بینی رفتارهای خودآسیبی بدون قصد خودکشی در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه بر اساس مدل ترکیبی سرشت‌های عاطفی هیجانی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. شماره ۳. دوره ۱۰. ص ۲۴۶۶-۲۴۷۶.
- میردربیکوند، فضل‌اله، شفیعی، معصومه، و حیدری راد، حدیث. (۱۳۹۷). روابط ساختاری دلسوزی به خود، انعطاف‌پذیری شناختی و علائم اختلال استرس پس‌آسیبی در قربانیان حوادث آسیب‌زا در غرب ایران. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱۲(۲). ص ۱۴-۲۹.

- نیکویی فاطمه. (۱۳۸۹). «کمال گرایی و ترس از ارزیابی دیگران در تبیین اضطراب اجتماعی». *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*. شماره ۱۲. دوره ۷. ص ۹۳-۱۱۲.
- Andover MS, Morris BW (2014) Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *Can J Psychiatry* 59:569-575.
- Andover, M.S., Gibb, B.F. (2010). Non suicidal self-injury, attempted suicide and suicide intent among psychiatric inpatients. *Psychiatric Research*, 187,101-105.
- Burešová, I., Bartošová, K., & Čerňák, M. (2015). Connection between parenting styles and self-harm in adolescence. *Procedia-social and behavioral sciences*, 171, 1106-1113
- Capra C, Kavanagh DJ, Hides L, Scott JG (2015) Subtypes of psychotic-like experiences are differentially associated with suicidal ideation, plans and attempts in young adults. *Psychiatry Res* 228:894-898
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694-702.
- DeVylder J, Waldman K, Hielscher E, Scott J, Oh H (2020) Psychotic experiences and suicidal behavior: testing the influence of psycho-socioenvironmental factors. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*
- DeVylder JE, Hilimire MR (2015) Suicide risk, stress sensitivity, and self-esteem among young adults reporting auditory hallucinations. *Health Soc Work* 40:175-181
- DeVylder JE, Jahn DR, Doherty T, Wilson CS, Wilcox HC, Schiffman J, Hilimire MR (2015) Social and psychological contributions to the co-occurrence of sub-threshold psychotic experiences and suicidal behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:1819-1830
- Gaweda L, Pionke R, Krezolek M, Frydecka D, Nelson B, Cechnicki A (2020) The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychol Med* 50:116-124
- Hassan, S. (2017). Perfectionism and Distress Tolerance as Psychological Vulnerabilities to Traumatic Impact and Psychological Distress in Persons with Psychotic Illness.
- Hassan, S., Flett, G. L., Ganguli, R., & Hewitt, P. L. (2014). Perfectionistic self-presentation and suicide in a young woman with major depression and psychotic features. *Case reports in psychiatry*, 2014.
- Hielscher E, Connell M, Lawrence D, Zubrick SR, Hafekost J, Scott JG (2018) Prevalence and correlates of psychotic experiences in a nationally representative sample of Australian adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 52:768-781
- Hielscher E, Connell M, Lawrence D, Zubrick SR, Hafekost J, Scott JG (2019) Association between psychotic experiences and non-accidental self-injury: results from a nationally representative survey of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54:321-330
- Hielscher E, DeVylder JE, Saha S, Connell M, Scott JG (2018) Why are psychotic experiences associated with self-injurious thoughts and behaviours? A systematic review and critical appraisal of potential confounding and mediating factors. *Psychol Med* 48:1410-1426
- Honings S, Drukker M, Groen R, van Os J (2016) Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 46:237-251.

- Kelleher I, Connor D, Clarke M, Devlin N, Harley M, Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and metaanalysis of populationbased studies. *Psychol Med* ۹:۱-۷
- Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JT, Devlin N, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M (2013) Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* 70:940-948
- Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M (2013) Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *Am J Psychiatry* 170:734-741
- Kelleher I, Lynch F, Harley M, Molloy C, Roddy S, Fitzpatrick C, Cannon M (2012) Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Arch Gen Psychiatry* 69:1277-1283
- Kelleher I, Ramsay H, DeVlyder J (2017) Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 135:212-218
- Khoshaba, D. M., & Maddi, S. R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting psychology Journal: practice and research*, 51(2), 106.
- Klonsky E.D, Olino T.M. (2008). Identifying clinically subgroups of self-injurers among young adults: A latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1): 22-27.
- Klonsky ED (2007) The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 27:226-239
- Klonsky, D. E., & Muehlenkamp, J. (2007). Non-suicidal self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology in Session*, 63, 1045-1056
- Klonsky, E.D., Glen, C.R. (2011). Assessing the functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury(ISAS). *Journal of psychopathological behavior assessment*. 31, 215-219.
- Klonsky, E.D., May, A., Glenn, C.R. (2013). The Relationship between Nonsuicidal Self-Injury and attempted Suicide: Converging Evidence from Four Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 22,231-237.
- Klonsky, E.D., Olino, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurer among young adults: A latent class analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (1), 22-27.
- Kobasa, C. (1988). *Hardiness in Lindsey, Thomposon and Spring*. Psychology. New York: Worth Publishers.
- Kobasa, S. C, Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982a). Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol* 42:168-177.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (1981). Personality and constitution as mediators of the stress-illness relationship. *J Health Soc Behav*, 22, 368-378.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Puccetti, M. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *J Behav Med*, 4, 391-404.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Puccetti, M., & Zola, M. A. (1986). Relative effectiveness of hardiness, exercise, and social support as resources against illness. *J Psychosom Res*, 29, 525-533.

- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-10.
- Maddi, S. R., Harvey, R., Khoshaba, D., Fazel, M., & Resurreccion, N. (2009). The personality construct of hardiness, IV: Expressed in positive cognitions and emotions concerning oneself and developmentally relevant activities. *Journal of Humanistic Psychology*, 49, 292-305.
- Martin, G., Thomas, H., Andrews, T., Hasking, P., & Scott, J. G. (2015). Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological Medicine*, 45(2), 429-437.
- McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Chiu WT, de Jonge P, Fayyad J, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Lim CC, Mora ME, Navarro-Mateu F, Ochoa S, Sampson N, Scott K, Viana MC, Kessler RC (2015) Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry* 72:697–705,
- McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Andrade L, Benjet C, Bromet EJ, Browne MO, Caldas de Almeida JM, Chiu WT, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, Ten Have M, Hu C, Kovess-Masfety V, Lim CC, Navarro-Mateu F, Sampson N, Posada-Villa J, Kendler KS, Kessler RC (2016) The bidirectional associations between psychotic experiences and DSM-IV mental disorders. *Am J Psychiatry* 173:997–1006
- Martin G, Thomas H, Andrews T, Hasking P, Scott JG (2015)
- Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y, Tani H, Hara N, Inoue K, Yamada T, Takami T, Shimodera S, Itokawa M, Asukai N, Okazaki Y (2010) Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12–15 years. *Acta Psychiatr Scand* 121:301–307
- Nishida A, Shimodera S, Sasaki T, Richards M, Hatch SL, Yamasaki S, Usami S, Ando S, Asukai N, Okazaki Y (2014) Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents. *Schizophr Res* 159:257–262
- Nishida A, Tani H, Nishimura Y, Kajiki N, Inoue K, Okada M, Sasaki T, Okazaki Y (2008) Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathologies among Japanese early teens. *Schizophr Res* 99:125–133.
- Ployhart RE, MacKenzie WI (2015) Two waves of measurement do not a longitudinal study make. In: Vandenberg CELRJ (ed) *More statistical and methodological myths and urban legends*. Routledge, Taylor and Francis Group, pp 85–99.
- Rimvall MK, van Os J, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM, Clemmensen L, Larsen JT, Verhulst F, Jeppesen P (2019) Psychotic experiences from preadolescence to adolescence: when should we be worried about adolescent risk behaviors? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01439-w>.
- Stone, D. M., Jones, C. M., & Mack, K. A. (2021). Changes in suicide rates—United States, 2018–2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(8), 261.
- Varese, F., Barkus, E., & Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological medicine*, 42(5), 1025-1036.
- Yates K, Lang U, Cederlof M, Boland F, Taylor P, Cannon M, McNicholas F, DeVlyder J, Kelleher I (2019) Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal

ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and metaanalysis of longitudinal population studies. *JAMA Psychiatry* 76:180–189.

- Yates, T. (2003). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in post traumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35–74.
- Yates, T., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20,651–671.