



The Mediating Role of Psychological Resilience in the Relationship Between Childhood Trauma and Non-Suicidal Self-Harm Behaviors in High School Students

Journal of Rehabilitation
Counseling

2025, Vol 1(3): 200-212

Jmr.uok.ac.ir

Jamal Soureh¹ & *

Fatemeh Gholamhosseinzadeh²

Nabi Abdipour³

Abstract

Background and Objective: Child maltreatment is a widespread public health problem with adverse short-term and long-term physical and mental health consequences for children. The aim of the present study was to investigate the mediating role of psychological resilience between childhood trauma and non-suicidal self-harm behaviors in adolescents.

Method: The method of the present study was correlational path analysis. The statistical population of the present study was all students studying in the second level of secondary education in Bam in the academic year 1403-1404, which was selected using cluster sampling method according to the statistical population with a minimum sample size of 330 people. The instruments used were the Resilience Scale (Connor and Davidson, 2003), the Self-Injurious Behaviors and Functions Questionnaire (Khanipour, 2014), and the short form of the Childhood Trauma Questionnaire (1998). Pearson correlation coefficient and path analysis were used to analyze the data..

Findings: It showed that childhood trauma had a direct effect on non-suicidal self-harm behaviors ($P < 0.05$). Childhood trauma had significant indirect predictive effects on non-suicidal self-harm behaviors through psychological resilience ($\beta = 0.157$, $P < 0.001$).

Conclusion Based on the research findings, it can be concluded that adolescents with childhood trauma can engage in less self-harming behaviors if they acquire a high capacity for psychological resilience.

Keywords: childhood maltreatment, non-suicidal self-injurious behaviors, psychological resilience

Received: 2025.11.27

Revised: 2025.12.11

Accepted: 2025.12.12

Citation: Soureh, J., Gholamhosseinzadeh, F. Abdipour, N (2025). The mediating role of psychological resilience in the relationship between childhood trauma and non-suicidal self-harm behaviors in high school students. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(3), 200–212.

¹. **Corresponding Author:** PhD in Psychology, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. jamal.sooreh@gmail.com

². Master's student in educational psychology, Islamic Azad University, Kerman branch.

³. Master's student in educational psychology, Islamic Azad University, Sahne branch .



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۴
شماره صفحات: ۲۰۰-۲۱۲
Jmr.uok.ac.ir

نقش میانجی تاب‌آوری روان‌شناختی در رابطه ترومای دوران کودکی با رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم

جمال سوره^{۱*}

فاطمه غلامحسین زاده^۲

نبی عبدی پور^۳

چکیده

زمینه و هدف: بدرفتاری با کودک یک مشکل بهداشت عمومی گسترده با پیامدهای نامطلوب سلامت جسمی و روانی کوتاه‌مدت یا بلندمدت برای کودکان است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری روان‌شناختی بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی نوجوانان بود.

روش: روش پژوهش حاضر، همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری مطالعه حاضر تمامی دانش‌آموزان مشغول به تحصیل مقطع متوسطه دوم شهر بم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که با توجه به جامعه آماری حداقل حجم نمونه ۳۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شد. ابزارهای مورد استفاده مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، پرسش‌نامه رفتارها و کارکردهای خود جرحی (خانی پور، ۱۳۹۳) و فرم کوتاه پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی برنشتاین و فینک (۱۹۹۸) بود. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ترومای دوران کودکی بر رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی اثر مستقیم دارد ($P < 0/05$). ترومای دوران کودکی اثرات پیش‌بینی غیرمستقیم قابل توجهی بر رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی از طریق تاب‌آوری روان‌شناختی ($\beta = 0/157$ ، $P < 0/001$) داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، نوجوانان با ترومای دوران کودکی در صورت اکتساب ظرفیت بالای تاب‌آوری روان‌شناختی می‌توانند کمتر اقدام به رفتارهای خودآسیبی کنند.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری روان‌شناختی، تروما کودکی، رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۱

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۹/۲۰

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۶

ارجاع: سوره، ج، غلامحسین‌زاده، ف. عبدی پور، ن. (۱۴۰۴). نقش میانجی تاب‌آوری روان‌شناختی در رابطه ترومای دوران کودکی با رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم. *فصلنامه مشاوره توانبخشی*، ۱ (۳)، ۲۰۰-۲۱۲.

^۱. **نویسنده مسئول:** دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. Jamal.sooreh@gmail.com

^۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران.

^۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد صحنه، کرمانشاه، ایران.

۱. مقدمه

خودآسیبی غیر خودکشی (NSSI) رفتاری خودانگیخته و آگاهانه است، که منجر به تخریب یا تغییر مستقیم و عمدی بافت بدن فرد بدون قصد خودکشی می‌شود. خودآسیبی غیر خودکشی به‌طور گسترده به‌عنوان یک استراتژی خودتنظیمی عاطفی شناخته می‌شود که در درجه اول برای تسکین احساسات منفی شدید مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم و ناامیدی استفاده می‌شود. این احساسات معمولاً قبل از خودآسیبی غیر خودکشی رخ می‌دهند و اغلب با یک حس موقت تسکین یا آرامش دنبال می‌شوند (بیتنز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

خودآسیبی غیر خودکشی معمولاً در اوایل نوجوانی، با میانگین سن شروع ۱۳ سال، شروع می‌شود (گیلیز^۳ و همکاران، ۲۰۱۸) و در اوایل تا اواسط نوجوانی ظاهر می‌شود و در حدود سنین ۱۴-۱۵ به اوج خود می‌رسد، سپس به تدریج در اواخر نوجوانی کاهش می‌یابد (اسپوزیتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات قبلی گزارش می‌دهند که خودآسیبی غیر خودکشی ۱۳ تا ۲۹ درصد از نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بیتنز^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). این یک نگرانی قابل توجه در مورد سلامت روان در جامعه و محیط‌های بالینی است که شیوع آن در طول عمر از ۱۷ تا ۶۰ درصد متغیر است (تانگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

ترومای کودکی (CT)^۷ در بین نوجوانانی که خودآسیبی غیر خودکشی دارند بسیار شایع است (کابکومبا^۸ و همکاران، ۲۰۲۱؛ شائو^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ تای^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). ترومای کودکی به هرگونه رفتار سوءاستفاده یا غفلت اشاره دارد که اثرات مضر بر سلامت، بقا، عزت‌نفس یا رشد کودکان دارد (اسپوزیتو و همکاران، ۲۰۲۳). ترومای دوران کودکی در نوجوانان مبتلا به خودآسیبی غیر خودکشی می‌تواند خطر خودکشی را افزایش دهد، زمانی که آن‌ها برای مقابله با احساسات منفی تلاش می‌کنند، زیرا مطالعات اخیر نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ترومای دوران کودکی سطوح بالاتری از افسردگی، افکار خودکشی، تلاش برای خودکشی و پیش‌بینی رفتار خودکشی را در طول زمان نشان می‌دهند (بوسونو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تای و همکاران، ۲۰۲۱؛ یو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). در حال حاضر، مطالعات متعددی عوامل خطر مرتبط با خودآسیبی غیر خودکشی را در بین نوجوانان بررسی کرده‌اند (دو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱؛ تای^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱؛ احمد بوکانی و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه‌براین، بررسی‌های سیستماتیک و متاآنالیزهایی برای بررسی عوامل مرتبط با خودآسیبی غیر خودکشی در نوجوانان انجام شده است (جین و همکاران، ۲۰۲۳؛ وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). درحالی‌که خودآسیبی غیر خودکشی عوامل خطر متعددی دارد، تاب‌آوری ممکن است به‌عنوان واسطه‌ای عمل کند که رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی را محافظت کند. برخی از مطالعات منتشر شده قبلی نشان می‌دهد که سطح بالاتر تاب‌آوری با کاهش خطر رفتارهای خودکشی در جوانان مرتبط است (میرکوویچ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۱). در این حال، هم مطالعات مقطعی و هم مطالعات طولی نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانانی که ترومای کودکی را تجربه کرده‌اند، سطح پایین‌تری از تاب‌آوری را مشاهده می‌کنند (ینگ^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، منطقی است که شک کنیم که تاب‌آوری به‌عنوان یک واسطه مهم در رابطه بدرفتاری در دوران کودکی و رفتارهای خودآسیبی نقش بازی می‌کند.

به‌طور کلی، تاب‌آوری به‌عنوان توانایی سازگاری مطلوب یک فرد هنگام مواجهه با تجربیات نامطلوب تعبیر می‌شود (تیان و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات در مورد ارتباط بین خودآسیبی و تاب‌آوری نشان داده است که، به‌جز محافظت در برابر وخامت ناشی از خودآسیبی تا رفتارهای خودکشی، تاب‌آوری می‌تواند در برابر خودآسیبی نیز محافظت کند (ینگ و همکاران، ۲۰۲۳). در یک نظرسنجی متمرکز بر جوانان، افرادی که با خودآسیبی و خشونت زندگی می‌کنند، تاب‌آوری به‌طور قابل‌توجهی پایین‌تری نسبت به هم‌تایان خود نشان دادند (ساهلی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۲). ینگ و همکاران (۲۰۲۳) و چن^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نقش میانجی تاب‌آوری را در ارتباط

1 Non-suicidal self-injury (NSSI)

2 Baetens

3 Gillies

4 Esposito

5 Baetens

6 Tang

7 Childhood Trauma

8 Kabkumba

9 Shao

10 Thai

11 Bousoño

12 Yu

13 Du

14 Thai

15 Mirkovic

16 Yang

17 Sahle

18 Chen

بین بدرفتاری در دوران کودکی و ایده پردازی خودکشی را بررسی کرده‌اند. به‌طور مشابه، سطح بالاتر تاب‌آوری با خطر کمتر مشکلات درونی کردن مرتبط بود؛ بنابراین، منطقی است که فرض کنیم تاب‌آوری همچنین ممکن است در برابر خودآسیبی در بین نوجوانانی که ناسازگاری‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند محافظت کند.

متاآنالیزها نشان داده است که بازماندگان بدرفتاری در دوران کودکی دو تا سه برابر بیشتر در معرض رفتارهای خودآسیبی هستند (آنگلاکس^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). در این راستا، از میان مسائل و مشکلات بهداشت عمومی و آسیب‌های اجتماعی، رفتارهای پرخطر از قبیل خودکشی و خودآسیبی از ناتوانی‌ها و معضلات عصر حاضر می‌باشند که نیاز به بررسی بیشتری دارند. همچنان که خودکشی و خودآسیبی با نشانه‌های روان‌پزشکی بسیاری در ارتباط هستند، لزوم ارزیابی گسترده و فراگیر عوامل خطر این رفتارها و بررسی هر چه بیشتر عوامل زیربنایی تأثیرگذار بر آن بر اهمیت و ضرورت پژوهش می‌افزاید. به‌طور کلی با پذیرفتن اصل پیشگیری به‌عنوان یک شیوه مؤثر در جلوگیری از رفتارهای خودآسیبی، شناسایی عوامل محافظت‌کننده مؤثر در نوجوانان مبتلا به خودآسیبی غیر خودکشی می‌تواند به محققان و متخصصان کمک کند تا مداخلات مؤثرتر و متناسب‌تری را توسعه دهند و امری ضروری و مهم می‌باشد. در این راستا پژوهش حاضر درصدد دستیابی به پاسخ این سؤال است که آیا تاب‌آوری روان‌شناختی نقش واسطه‌ای در رابطه بین ناسازگاری‌های دوران کودکی و رفتارهای خود آسیبی غیر خودکشی در نوجوانان دارد؟

۲. روش

روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانش‌آموزان مشغول به تحصیل مقطع متوسطه دوم شهر بم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. روش معتبر برای تعیین حجم نمونه مراجعه به آدرس اینترنتی (<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89>) و استفاده از ماشین حساب محاسبه نمونه (A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models) است. این ماشین حساب با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و نهفته در مدل، اندازه اثر پیش‌بینی شده، احتمال و سطوح توان آماری مورد نظر، حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌ای را که از مدل معادلات ساختاری (SEM) استفاده می‌کند، محاسبه می‌کند (سوپر، ۲۰۲۲). این ماشین حساب هم حداقل اندازه نمونه مورد نیاز برای تشخیص اثر مشخص شده و هم حداقل اندازه نمونه مورد نیاز را با توجه به پیچیدگی ساختاری مدل محاسبه می‌کند. اندازه اثر پیش‌بینی شده برای این پژوهش ۰/۱۹ توان آزمون ۰/۸۰ در نظر گرفته شد (چن، ۱۹۹۸). اندازه اثر پیش‌بینی شده برای این پژوهش ۰/۱۹ توان آزمون ۰/۸۰ در نظر گرفته شد (چن، ۱۹۹۸). همچنین تعداد متغیرهای مشاهده شده برابر با ۱۱ و متغیرهای پنهان ۳ در نظر گرفته شد. با توجه به محاسبات حداقل حجم نمونه برای پیچیدگی ساختاری برابر با ۱۲۳ و حداقل حجم نمونه برای تشخیص اندازه اثر ۳۳۰ محاسبه شد و با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، از میان مدارس پسرانه و دخترانه دوره دوم متوسطه نظری با توجه به جمعیت دانش‌آموزی مدارس، ۸ دبیرستان (۴ مدرسه دخترانه و ۴ مدرسه پسرانه) به‌طور تصادفی انتخاب شد.

۲-۱. ابزارها

۲-۱-۱. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون

مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی توسط کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این مقیاس ۲۵ سوال دارد جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است که توسط آزمودنی پاسخ داده می‌شود، و به‌صورت پنج درجه‌ای لیکرتی (هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) که از صفر (هرگز) تا چهار (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس، تاب‌آوری بیشتر را منعکس می‌کند. زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰ زیرمقیاس اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶ زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱ زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳ و زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳. در پژوهش سامانی و جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پایایی این آزمون به‌دست آمده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کروییت بارتلت برابر با

1 Angelakis

2 Liu

3 Cannor & Davidson

۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ بود. این عامل ۲۶/۶٪ از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر ماده با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

۳-۱-۲. پرسش‌نامه رفتارها و کارکردهای خودجرحی (خانی پور، ۱۳۹۳)

این پرسش‌نامه توسط خانی پور (۱۳۹۳) به منظور سنجش رفتارهای خود جرحی توسعه داده شده است. این پرسش‌نامه از دو قسمت تشکیل شده است: فهرست رفتارهای خودجرحی و فهرست دوم شامل ۳۹ سوال در مقیاس لیکرتی که انگیزه‌های خودجرحی را می‌سنجد. بخش دوم دارای دو عامل کارکردهای (انگیزه‌ها) درون فردی و بین فردی است و سیزده نوع کارکرد را می‌سنجد. از شرکت‌کننده خواسته شد با در نظر گرفتن این سؤال " زمانی که به خودم آسیب می‌زنم..." پرسش‌های مرتبط با هر خرده مقیاس را از ۰ تا ۲ نمره‌گذاری کنند. در پژوهش خانی پور (۱۳۹۳) برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روایی محتوا استفاده شده است. بدین صورت که پرسش‌نامه، در اختیار تعدادی از صاحب نظران روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان قرار گرفت و در نتیجه مواردی جهت اصلاح پیشنهاد گردید و سرانجام پس از اعمال اصلاحات در پارهای از موارد پرسش‌نامه نهایی مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش خانی پور (۱۳۹۳) پایایی پرسش‌نامه براساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS به دست آمده است و در نهایت بر روی گروه نمونه آماری اصلی به اجرا گذاشته شد. به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، قبل از توزیع نهایی پرسش‌نامه، ابتدا پرسش‌نامه در اختیار ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها قرار گرفت آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۹۴ به دست آمد، لذا این پرسش‌نامه از پایایی بسیار بالایی برخوردار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

۳-۱-۳. فرم کوتاه پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی (CTQ)

پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی-فرم کوتاه (CTQ-SF؛ برنشتاین و فینک^۲، ۱۹۹۸) شامل ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن بدرفتاری در دوران کودکی (کل) را می‌سنجد، که شامل پنج زیرمقیاس پنج سؤالی است، یعنی سوءاستفاده عاطفی (EA)^۳ (ماده‌های ۴، ۱۱، ۱۹، ۲۰، و ۲۱)، سوءاستفاده جسمی (PA)^۴ (ماده‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳)، سوءاستفاده جنسی (SA)^۵ (ماده‌های ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۱۷)، غفلت عاطفی (EN)^۶ (ماده‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۸ و ۲۵) و غفلت جسمی (PN)^۷ (ماده‌های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۵). سه سؤال برای اندازه‌گیری کم‌اهمیت جلوه دادن/انکار (M/D) طراحی شده‌اند. هر ۲۸ مورد به صورت جملاتی ساخته شده‌اند که با عبارت «وقتی بزرگ می‌شدم...» شروع می‌شوند. هر پنج زیرمقیاس سوءاستفاده و بی‌توجهی، مجموع نمرات از «هرگز درست نیست» (نمره ۱) تا «اغلب درست است» (نمره ۵) هستند و بنابراین پس از معکوس کردن هفت مورد، همه زیرمقیاس‌ها می‌توانند بین ۵ تا ۲۵ متغیر باشند. مقیاس M/D^۸ متفاوت است، زیرا فقط بالاترین نمرات مثبت (نمره ۵) شمارش می‌شوند و بنابراین می‌تواند از ۰ تا ۳ متغیر باشد. رتبه‌بندی جملاتی مانند «من دوران کودکی بی‌نقصی داشتم» با بالاترین نمره ممکن، غیرواقعی و بنابراین جانبدارانه است. بنابراین، نمرات مثبت در مقیاس‌های M/D ممکن است مشکل‌ساز باشند و در چنین مواردی توصیه شده است که ارزیابی بالینی در مقیاس‌های بدرفتاری با احتیاط تفسیر شود و در صورت امکان، سعی شود داده‌ها از طریق منابع دیگر اعتبارسنجی شوند (برنشتاین و فینک، ۱۹۹۸؛ گردنر و آگولندر، ۲۰۰۹؛ مک‌دونالد و همکاران^۹، ۲۰۱۶). همان موارد را می‌توان به عنوان یک مقیاس نهایی در طول کامل (۱۵-۳) نیز استفاده کرد، همان‌طور که برای سنجش تربیت ایده‌آل (IU)^{۱۰} پیشنهاد شده است، و نه لزوماً یک سوگیری (گاردنر و آگولندر، ۲۰۰۹). دامنه نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. پایایی این آزمون به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ قرار دارد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است.

1 Childhood Trauma Questionnaire

2 Childhood Trauma Questionnaire-Short Form

3 Emotional Abuse

4 Physical Abuse

5 Sexual Abuse

6 Emotional Neglect

7 Physical Neglect

8 Minimisation/Denial

9 MacDonald

10 Idealising Upbringing

(برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی پرسش‌نامه به دو روش آزمون - بازآزمون و آلفای کرونباخ توسط روی (۲۰۱۱) در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ را برای فرم کوتاه از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۲-۲. روش اجرا

معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه، نداشتن سابقه اعتیاد به مواد و بیماری روانی براساس پرونده سلامت، دامنه سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه همکاری، و ناقص بودن و یا پاسخ‌دهی توأم با بی‌دقتی پرسش‌نامه‌ها بود. پرسش‌نامه‌ها توسط پژوهشگر بعد از هماهنگی با آموزش و پرورش و مدیر آموزشگاه، در اختیار مشارکت کنندگان در پژوهش قرار گرفت. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و دانش‌آموزانی که به هر دلیلی تمایلی به همکاری نداشتند، می‌توانستند پرسش‌نامه دریافت نکنند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان در اختیار هیچ‌کسی قرار نخواهد گرفت و صرفاً به‌منظور همین پژوهش استفاده خواهد شد. در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی‌ها رعایت گردید.

۲-۳. تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف استاندارد و برای آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. داده‌های این پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۷) و Amos (نسخه ۲۵) تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳. یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که نمونه مورد پژوهش شامل ۱۴۶ نفر (۴۴/۲ درصد) پایه دهم، ۹۳ نفر (۲۸/۲ درصد) پایه یازدهم و ۹۱ نفر (۲۷/۶ درصد) پایه دوازدهم بودند. ۱۶۶ نفر (۵۰/۳ درصد) رشته تجربی، ۱۰۴ نفر (۳۱/۵ درصد) رشته ریاضی و ۶۰ نفر (۱۸/۲ درصد) رشته علوم انسانی بودند. ۱۹ نفر (۵/۸ درصد) ۱۵ سال، ۱۶۸ نفر (۵۰/۹ درصد) ۱۶ سال، ۱۲۰ نفر (۳۶/۴ درصد) ۱۷ سال و ۲۳ نفر (۷/۰ درصد) ۱۸ ساله بودند. جنسیت گروه نمونه برای دانش‌آموزان پسر ۱۵۴ نفر و دانش‌آموزان دختر ۱۷۶ نفر بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق

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

در جدول ۱ توصیف آماری نمرات، شامل چولگی و کشیدگی به همراه شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن رابطه، یکسانی پراکندگی حول خط رگرسیون، استقلال خطاها و عدم همخطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌شود. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از مقادیر برش برای چولگی (± 2) و کشیدگی (± 3) بررسی شد. با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین $+2$ و -2 می‌باشد داده‌ها در سطح 0.05 از توزیع بهنجار برخوردارند. برای تعیین استقلال خطاها از شاخص دوربین-واتسون استفاده شد که چون مقدار آن ($DW=1/829$ و $P=0/001$) بین $1/5$

تا ۲/۵ بود نسبت به برقراری این مفروضه نیز اطمینان حاصل شد. برای بررسی مفروضه عدم هم خطی از آماره های عامل تورم واریانس و شاخص تحمل استفاده با توجه به اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۱۰ و هیچیک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس (VIF) بیشتر از ۱۰ نبود، بر این اساس می توان نسبت به مفروضه عدم همخطی نیز اطمینان حاصل کرد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی ناسازگاری دوران کودکی و رفتارهای خود آسیمی غیر خودکشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱-خودآسیمی	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲-ناسازگاری دوران کودکی (کل)	۰/۶۴۳**	۱	۰/۶۷۳**	۰/۱۰۰	۰/۲۵۹**	۰/۳۵۳**
۳-سوءاستفاده فیزیکی	۰/۴۰۸**	۰/۵۰۸**	۰/۳۹۴**	۰/۰۸۵	۰/۲۱۹**	
۴-سوءاستفاده جنسی	۰/۳۹۵**	۰/۶۵۵**	۰/۳۳۵**	۰/۱۱۰*		
۵-سوءاستفاده هیجانی	۰/۴۱۳**	۰/۶۴۲**	۰/۳۵۹**			
۶-غفلت هیجانی	۰/۴۰۳**	۰/۶۳۹**				
۷-غفلت فیزیکی	۰/۳۷۵**					

** P < ۰/۰۱, * P < ۰/۰۵

خلاصه نتایج در جدول ۲ گزارش شده است. تحلیل همبستگی نشان می دهد ناسازگاری دوران کودکی (کل) ($r=0/643$)، سوءاستفاده فیزیکی ($r=0/408$)، سوءاستفاده جنسی ($r=0/395$)، سوءاستفاده هیجانی ($r=0/413$)، غفلت هیجانی ($r=0/403$) و غفلت فیزیکی ($r=0/375$) با خودآسیمی غیر خودکشی رابطه ی مثبت و معنی داری دارند.

جدول ۳: ماتریس همبستگی تاب آوری روان شناختی و رفتارهای خود آسیمی غیر خودکشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱-خود آسیمی	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۲-تاب آوری روان شناختی (کل)	-۰/۵۵۰**	۱	۰/۵۱۳**	۰/۴۹۹**	۰/۳۹۷**	۰/۲۸۳**
۳-شایستگی فردی	-۰/۳۹۸**	۰/۶۹۸**	۰/۴۷۳**	۰/۳۸۷**	۰/۳۳۲**	
۴-اعتماد به گرایش فردی	-۰/۴۵۳**	۰/۶۵۹**	۰/۳۴۴**	۰/۳۴۶**		
۵-کنترل	-۰/۳۸۸**	۰/۶۴۲**	۰/۴۳۸**			
۶-پذیرش مثبت تغییر	-۰/۳۹۹**	۰/۵۸۱**				
۷-تأثیرات معنوی	-۰/۳۷۷**					

** P < ۰/۰۱, * P < ۰/۰۵

خلاصه نتایج در جدول ۳ گزارش شده است. تحلیل همبستگی نشان می دهد تاب آوری روان شناختی (کل) ($r=-0/550$)، شایستگی فردی ($r=-0/398$)، اعتماد به گرایش فردی ($r=-0/453$)، کنترل ($r=-0/388$)، پذیرش مثبت تغییر ($r=-0/399$) و تأثیرات معنوی ($r=-0/377$) با خود آسیمی غیر خودکشی رابطه ی منفی و معنی داری دارند.

جدول ۴، برازش الگوی نهایی را براساس شاخص های برازندگی نشان می دهد. نتایج مربوط به اجرای مدل در حالت استاندارد به همراه برخی از مهم ترین شاخص های برازش مدل در شکل و جدول زیر ارائه شده است. مقدارهای به دست آمده برای این شاخص ها نشان می دهد که درمجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

جدول ۴: شاخص های برازش تحلیل مسیر مدل

نام شاخص	شاخص های برازش
	مقدار
	حد مجاز
	کمتر از ۵
	۰/۰۵۴
ریشه میانگین خطای برآورد	۰/۹۵۲
برازندگی تعدیل یافته	۰/۹۰۹
برازندگی نرم شده	۰/۹۵۵
نیکویی برازش	

جدول ۵: رابطه متغیرهای برون زاد با وابسته

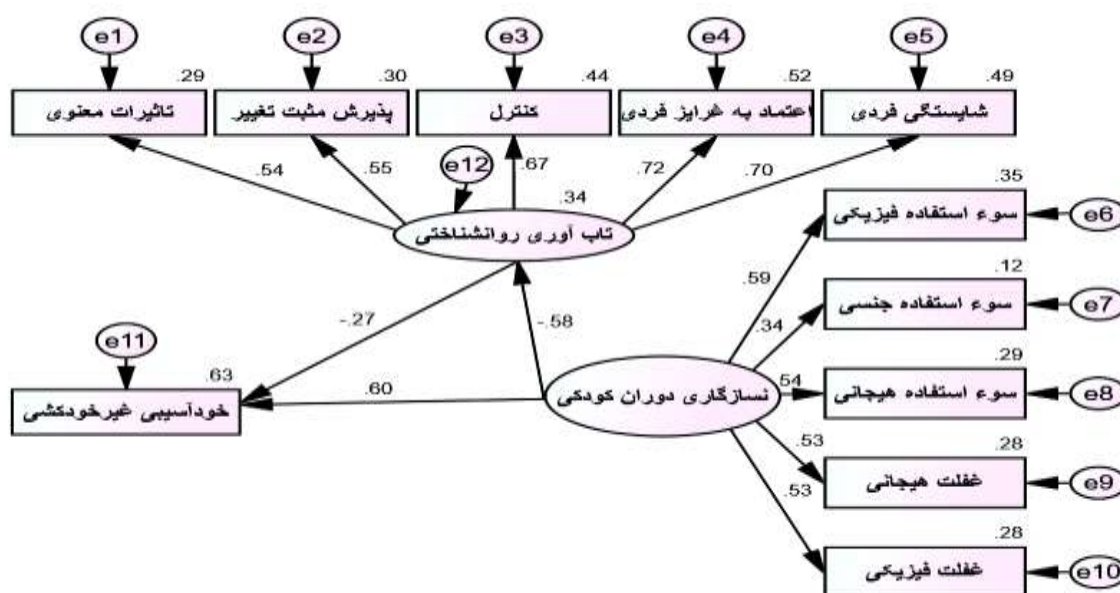
مؤلفه	مسیر	متغیر	وزن استاندارد شده (β)	آماره T	Sig
ناسازگاری دوران کودکی	<---	تاب‌آوری روان‌شناختی	-۰/۵۸۳	-۵/۶۵۳	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	<---	پذیرش مثبت تغییر	۰/۵۵۲	۷/۳۸۶	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	<---	کنترل	۰/۶۶۶	۸/۲۷۵	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	<---	اعتماد به غرایز فردی	۰/۷۲۴	۸/۶۳۵	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	<---	شایستگی فردی	۰/۶۹۸	۸/۴۸۵	۰/۰۰۱
ناسازگاری دوران کودکی	<---	سوء استفاده جنسی	-۰/۳۴۳	۵/۰۸۳	۰/۰۰۱
ناسازگاری دوران کودکی	<---	سوء استفاده عاطفی	-۰/۵۴۱	۷/۳۲۵	۰/۰۰۱
ناسازگاری دوران کودکی	<---	غفلت عاطفی	-۰/۵۲۸	۷/۲۰۳	۰/۰۰۱
ناسازگاری دوران کودکی	<---	غفلت فیزیکی	-۰/۵۲۵	۷/۱۷۸	۰/۰۰۱
ناسازگاری دوران کودکی	<---	خودآسیبی	-۰/۶۰۳	۶/۵۰۶	۰/۰۰۱
تاب‌آوری روان‌شناختی	<---	خودآسیبی	-۰/۲۷۰	-۳/۶۵۱	۰/۰۰۱

همان‌گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد، ناسازگاری دوران کودکی ($\beta = -0.583$ و $P = 0.001$) بر خودآسیبی غیر خودکشی دارای اثر مثبت و مستقیم است. تاب‌آوری روان‌شناختی ($\beta = -0.270$ و $P = 0.001$) بر خودآسیبی غیر خودکشی دارای اثر منفی و مستقیم است. ناسازگاری دوران کودکی ($\beta = -0.583$ و $P = 0.001$) نیز بر خودآسیبی غیر خودکشی دارای اثر منفی و مستقیم است.

جدول ۶ ضرایب و معناداری اثر غیرمستقیم ناسازگاری دوران کودکی بر رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی با میانجی‌گری تاب‌آوری روان‌شناختی

متغیر ملاک	متغیر میانجی	متغیر پیش‌بین	β استاندارد شده	حد بالا	حد پایین	sig
خودآسیبی	تاب‌آوری روان‌شناختی	ناسازگاری دوران کودکی	۰/۱۵۷	۰/۲۴۱	۰/۰۶۲	۰/۰۰۵

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که فرضیه مطرح‌شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم ناسازگاری دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری روان‌شناختی ($\beta = 0.157$ و $P = 0.005$) بر خودآسیبی غیر خودکشی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($P \geq 0.05$).



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

۴. بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط ترومای کودکی با خودآسیبی غیر خودکشی و همچنین نقش میانجی تاب‌آوری روان‌شناختی در نوجوانان انجام شد.

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ناسازگاری دوران کودکی (کل)، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی با خود آسیمی غیر خودکشی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند. این یافته با یافته‌های احمد بوکانی و همکاران (۱۴۰۰)، دو^۱ و همکاران (۲۰۲۱)، تای^۲ و همکاران (۲۰۲۱)؛ تیان و همکاران (۲۰۲۱) و پنگ و همکاران (۲۰۲۴) همسو می‌باشد. تحقیق تیتلیوس^۳ و همکاران (۲۰۱۸) ارتباط معنی‌داری بین ناسازگاری دوران کودکی فیزیکی و عاطفی و فراوانی رفتارهای خودآسیبی نشان داد. تحقیقات هرزبرگ^۴ نشان داد که در گروه‌هایی که تجربه بدرفتاری اولیه دارند، مدار تنظیم هیجانی سریع‌تر بالغ می‌شود. با این حال، این بلوغ سریع با کاهش حساسیت در سیستم پاداش مطابقت دارد که منجر به افزایش تکانشگری در نوجوانان می‌شود (هرزبرگ و گونار^۵، ۲۰۲۰). طبق کوبیاک^۶ (۲۰۱۴)، بر اساس پاسخ‌های داده‌شده توسط آزمودنی‌ها در پرسشنامه موقعیت‌های تنش‌زا، استراتژی‌های مقابله به دو گروه تقسیم شدند - رفتار خودآزارانه و رفتار غیر خودآزارانه. اشکال مستقیم و غیرمستقیم توسل به خودآسیبی برای کاهش تنش عاطفی، طبق تعریف مورد استفاده، به عنوان رفتار خودآزارانه در نظر گرفته شدند. استراتژی‌های مستقیم شامل آسیب رساندن به خود (با ضربه زدن و/یا آسیب رساندن به خود) بود، درحالی‌که استراتژی‌های غیرمستقیم شامل تصور آسیب رساندن به خود (با ضربه زدن و/یا آسیب رساندن به خود) بود. رفتار خودآزارانه، که به عنوان ایجاد آسیب جسمی به خود یا تصور چنین عملی در پاسخ به یک موقعیت استرس‌زا درک می‌شود، منجر به تقویت منفی می‌شود. رفتار خودآزارانه با کاهش احساسات ناخوشایند دنبال می‌شود و این چرخه معیوب مقابله ناسازگار را تقویت می‌کند. با گذشت زمان، چنین رفتاری به یک پاسخ شرطی به محرک‌های عاطفی قوی و دشوار تبدیل می‌شود. علاوه بر این، آسیب‌های دوران کودکی با تغییرات ساختاری در مغز، مانند کاهش حجم ماده خاکستری، نازک شدن قشر مغز و تغییرات در نواحی مغز از جمله آمیگدال و اینسولا مرتبط دانسته شده است. ناهنجاری‌های نورویولوژیکی - مانند اختلال در متابولیسم N-استیل آسپاراتات (NAA)^۷ در تالاموس راست و اختلال در عملکرد مسیرهای ماده سفید مانند فاسیکولوس آسنینات و شکنج سینگولیت - می‌تواند تنظیم عاطفی را مختل کرده و تکانشگری را افزایش دهد (کیم^۸ و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، افرادی که سابقه آسیب دارند ممکن است در مواجهه با استرس، اختلال در تنظیم عاطفی و تمایلات تکانشی نشان دهند و این امر آن‌ها را به سمت اتخاذ رفتارهای خود آسیمی غیر خودکشی به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای ناسازگار برای تسکین عاطفی موقت و فرار روانی سوق دهد.

بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت تئوری آسیب‌شناسی روانی رشد رفتارهای خود آسیمی بیان می‌کند که ترومای دوران کودکی سازگاری مثبت فرد در انگیزه، نگرش و احساسات را مختل می‌کند و منجر به کمبود منابع انطباقی می‌شود. در نتیجه، افراد ممکن است به رفتارهای خودآسیبی غیر خودکشی به عنوان یک مکانیسم مقابله جبرانی جایگزین متوسل شوند (احمد بوکانی و همکاران، ۱۴۰۱).

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی (کل)، شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، کنترل، پذیرش مثبت تغییر و تأثیرات معنوی با خود آسیمی غیر خودکشی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری دارند. این یافته با یافته‌های جین و همکاران (۲۰۲۳)؛ وانگ و همکاران (۲۰۲۲) و ینگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو می‌باشد. مطالعه تاب‌آوری در مواجهه با یک عامل خطر شناخته‌شده برای عواقب سلامت روان احتمالاً فرآیندهایی را شناسایی می‌کند که مداخله بالینی و تلاش‌های پیشگیرانه را مشخص می‌کند. این کار به‌ویژه مهم است زیرا در حال حاضر اتفاق نظر کمی در مورد اینکه کدام رویکردها برای درمان کودکان و بزرگسالان بدرفتار هستند، وجود دارد (میرکوویچ^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). بخش قابل‌توجهی از افرادی که بدرفتاری با کودک را تجربه می‌کنند، پیامدهای منفی را نشان نمی‌دهند یا به آن‌ها مبتلا نمی‌شوند. این پدیده اغلب به عنوان تاب‌آوری نام‌گذاری شده است (نلسون و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۴). سازه تاب‌آوری در زمینه تحقیقات تروما مورد توجه قابل‌توجهی قرار گرفته است. به‌طور قابل‌توجه، مطالعاتی که تاب‌آوری را در زمینه تروما بررسی می‌کنند،

1 Du

2 Thai

3 Titelius

4 Herzberg

5 Herzberg and Gunnar

6 Kubiak

7 disrupted N-acetylaspartate (NAA)

8 Kim

9 Mirkovic

10 Nelson

نشان داده‌اند که برخی از عوامل (محافظت‌کننده) تاب‌آوری را تقویت می‌کنند و به افراد آسیب‌دیده اجازه می‌دهند تا از سختی‌ها بهبود یابند. در سطح فردی، خودتنظیمی مهارت‌ها، سطوح بالاتر شایستگی اجتماعی، کنترل شخصی، مهارت‌های حل مسئله، انگیزه، عزت‌نفس، و افزایش توانایی‌های عملکرد انطباقی به‌عنوان عوامل مرتبط با نتایج مثبت یا تاب‌آوری ثبت‌شده‌اند (یون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در سطح اجتماعی یا اجتماعی، جو مدرسه مثبت، جامعه نزدیک، محله‌های امن و ارتباطات اجتماعی به‌عنوان عوامل مرتبط با تاب‌آوری شناسایی شده‌اند. علاوه بر این، مطالعات حمایت اجتماعی، محیط خانواده مثبت دوران کودکی (به‌عنوان مثال، ثبات مراقب، بهزیستی مراقب)، و ظرفیت‌های قبلی کودک (مانند فقدان آسیب‌شناسی روانی از قبل) را به‌عنوان عوامل محافظتی که با تاب‌آوری به دنبال بدرفتاری با کودک مرتبط هستند، شناسایی کرده‌اند (گوسلین^۲ و همکاران، ۲۰۱۳).

ادبیات روش‌شناختی نشان می‌دهد که تاب‌آوری فرآیندی است که توسط مدل‌های تجربی که عوامل محافظتی و تشویقی را که از رشد مثبت جوانان حمایت می‌کنند، شناسایی می‌کند (زیمزمن^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). در مدل جبرانی، یک عامل تشویقی یک اثر مستقیم، ترجیحاً طولی، در جهت مخالف یک عامل خطر (به‌عنوان مثال، بدرفتاری با کودک) ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، مدل عامل محافظتی به فرآیندهای ترویجی اشاره دارد که تأثیر یک عامل خطر را بر نتایج خاص مهار می‌کند (یون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در زمان روبه‌رو شدن با مسائل و مشکلات آن را به علت‌های موقت، ناپایدار و بیرونی نسبت می‌دهند که فرد را قادر می‌سازد تا با حقایق و شرایط نامناسب مواجه شود و به‌صورت مؤثر اقدام کند. همچنین می‌توان طبق نظریه شناختی- اجتماعی گفت که خودکارآمدی و تاب‌آوری، انتظارات و موانع محیطی درک شده در تنظیم محرک‌ها، رفتارها و سلامتی در ارتباط می‌باشند و این موضوع می‌تواند در کنترل فرد برای بازگشت از رفتارهای خودآسیب‌رسان مفید باشد. از این‌رو می‌توان گفت دانش‌آموزان یا نوجوانانی که تاب‌آوری بالایی دارند، تکانشگری و رفتارهای بدون فکر و غیرمنطقی کمتری نشان می‌دهند و خودکنترلی بیشتری دارند. همه‌ی این موارد از بروز رفتارهای خود آسیمی در نوجوانان پیشگیری می‌کنند.

نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که اثر غیرمستقیم ناسازگاری دوران کودکی با میانجی‌گری تاب‌آوری روان‌شناختی بر خود آسیمی غیر خودکشی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($P \geq 0.05$). این یافته با یافته‌های احمد بوکانی و همکاران (۱۴۰۱)، ساهلی^۵ و همکاران (۲۰۲۲)، چن و همکاران (۲۰۲۱) و تیان و همکاران (۲۰۲۱) همسو می‌باشد. تجزیه و تحلیل مسیر نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی به‌طور قابل‌توجهی رابطه بین ناسازگاری دوران کودکی و خود آسیمی غیر خودکشی را واسطه می‌کند. برخی از مطالعات منتشرشده قبلاً میانجی‌گری برجسته با تاب‌آوری روان‌شناختی را در ارتباط بین ناسازگاری دوران کودکی و خود آسیمی غیر خودکشی پیشنهاد کرده‌اند (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). یانگ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که تاب‌آوری ۳۹/۸ درصد از ارتباط خود آسیمی غیر خودکشی طول عمر ناسازگاری دوران کودکی را واسطه می‌کند. در میان همه عوامل نامطلوب روانی اجتماعی، بدرفتاری دوران کودکی با افزایش خطر خودآسیمی در نوجوانان مرتبط است (سرافینی^۷ و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به این واقعیت که بدرفتاری در دوران کودکی نه تنها می‌تواند خطر خود آسیمی را افزایش دهد، بلکه احتمال رفتارهای خودکشی را نیز افزایش می‌دهد، خود آسیمی مرتبط با بدرفتاری دوران کودکی در جوانان باید به‌طور مؤثر مداخله شود. به‌جز اقدامات مستقیم در مورد پیشگیری از بدرفتاری در دوران کودکی به‌طور کلی، مداخلاتی که میانجی‌گران یا تعدیل‌کننده‌های مهم در انجمن بدرفتاری در دوران کودکی- خودآسیمی را هدف قرار می‌دهند نیز می‌توانند در نظر گرفته شوند. تاب‌آوری در سال‌های اخیر به‌تدریج در میان کودکان و نوجوانان مورد توجه قرار گرفته است. این نشان‌دهنده توانایی سازگاری خوب با ناملایمات است (مینگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). مشخص شده است که افراد تاب‌آور تمایل به گزارش کاهش خطر در پیامدهای منفی (مانند افسردگی، اضطراب) پس از قرار گرفتن در معرض بدرفتاری در دوران کودکی دارند (تیان و همکاران، ۲۰۲۱). به‌طور مشابه، سطح بالاتر تاب‌آوری با خطر کمتر مشکلات درونی کردن مرتبط بود. بنابراین، منطقی است که فرض شود تاب‌آوری ممکن است از خود آسیمی در میان نوجوانانی که بدرفتاری در دوران کودکی را تجربه کرده‌اند نیز محافظت کند. همچنین، یک متاآنالیز به این نتیجه رسید که تأثیر مخرب بدرفتاری در دوران کودکی را می‌توان با فرض تاب‌آوری مؤثر

1 Yoon

2 Goslin

3 Zimmerman

4 Yoon

5 Sahle

6 Chen

7 Serafini

8 Meng

یکپارچه قربانیان تعدیل یا حتی از آن جلوگیری کرد (تبان و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، می‌توان گفت که تاب‌آوری نقش برجسته‌ای در ارتباط بدرفتاری-خودآسیبی در دوران کودکی، احتمالاً به‌عنوان میانجی، یا تعدیل‌کننده یا هر دو، ایفا می‌کند. در کل می‌توان گفت یافته‌ها نقش واسطه‌ای تاب‌آوری را در رابطه ترومای کودکی و رفتارهای خودآسیبی غیرخودکشی را برای کودکان و نوجوانانی که از ترومای کودکی رنج می‌برند را با توجه به این واقعیت که برنامه عملی و مؤثر در افزایش تاب‌آوری برای کودکان و نوجوانان در حال حاضر در دسترس است برجسته می‌کند. به عنوان مثال، مداخله گروهی مبتنی بر مدرسه با تأکید بر مهارت‌های عاطفی، شناختی و رفتاری، افزایش قابل‌توجهی را در تاب‌آوری نوجوانان نشان می‌دهد.

۴-۱. پیشنهاد‌های پژوهشی

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این است که ماهیت مقطعی آن بدون شک مانع استنتاج علی می‌شود. سوگیری اطلاعات به دلیل سوگیری گزارش و یادآوری اجتناب‌ناپذیر است. تعمیم به کل جمعیت کودکان و نوجوانان شهر بم باید محتاطانه باشد، زیرا افراد مورد مطالعه از یک شهر انتخاب شدند. پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی طراحی آینده‌نگر و شامل جمعیت‌های کودکان و نوجوانان نماینده بیشتری برای تأیید یافته‌های اصلی ما موردنیاز است. پیشنهاد می‌شود اقدامات مداخله‌ای باهدف افزایش تاب‌آوری برای کاهش خطر رفتارهای خودآسیبی برای کودکان و نوجوانان قربانی ترومای کودکی صورت گیرد. اگر درمانگران و مشاوران سابقه ترومای کودکی را در ارزیابی‌های بالینی ارزیابی کنند، به‌طور بالقوه بهتر می‌توانند افرادی را که در معرض خطر بالای خودآسیبی یا خودکشی هستند شناسایی کنند.

۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

۶. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان اجازه داشتند با رضایت کامل و آگاهی از ملاک‌های خروج از پژوهش شرکت کنند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

۷. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه‌ای دریافت نشد.

۸. رضایت به انتشار

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

۹. سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش اعلام می‌دارند.

References

- Ahmadboukani, S., Ghamari, H., Kiani, A., & Rezaeisharif, A. (2021). Testing thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicidal ideation and behavior in students: Investigating the moderating role of hopelessness: A descriptive study. *JRUMS*, 20(5), 519-538. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-5876-en.html>
- Ahmadboukani, S., Ghamari, H., Kiani, A., & Rezaeisharif, A. (2021). Investigating the moderation model of hopelessness and rumination in integrated motivational-volitional (IMV) model suicide theory. *Rooyesh*, 10(6), 31-40. <http://frooyesh.ir/article-1-2656-en.html>
- Ahmadboukani, S., Ghamari Kivi, H., Kiani, A., & Rezaeisharif, A. (2022). Structural validity of the Persian version of the Suicide Capacity Scale among Iranian college students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2190-2198. <https://doi.org/10.1111/ppc.13046>
- Ahmadboukani, S., Ghamari Givi, H., Kiani, A., & Rezaeisharif, A. (2022). Structural model testing of defeat, entrapment, ideation and suicide attempt based on motivational-volitional theory of suicidal behavior. *FEYZ*, 25(5), 1219-1231. <https://sid.ir/paper/1018830/en>

- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Baetens, I., et al. (2021). Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. *Journal of Adolescence*, 90, 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.06.005>
- Bousoño, M., et al., (2021). Alcohol use and risk factors for self harm behavior in Spanish adolescents. *Adicciones*, 33(1), pp. 53–62. [\[DOI:10.20882/adicciones.1239\]](https://doi.org/10.20882/adicciones.1239) [\[PMID\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111111/)
- Chen, M., Wang, G. Y., Zhao, H. F., Wang, C. C., Zhou, Y., & Zhong, B. L. (2024). Psychological resilience and related factors among primary care workers in Wuhan, China: A cross-sectional study. *Heliyon*, 10(11), e31918. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31918>
- Chen X, Jiang L, Liu Y, Ran H, Yang R, Xu X, et al. (2021). Childhood maltreatment and suicidal ideation in Chinese children and adolescents: the mediation of resilience. *PeerJ*, 9:e11758. <https://doi.org/10.7717/peerj.11758>
- Du, N., et al.,(2021). Psychosocial factors associated with increased adolescent non-suicidal self-injury during the covid-19 pan demic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, pp. 743526. [\[DOI:10.3389/fpsyg.2021.743526\]](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.743526) [\[PMID\]](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35811111/)
- Gillies, D., et al. (2018). Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: Meta-analyses of community-based studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Hajiloo, K. (2025). Comparison of stress coping skills, quality of life and resilience in 15–25 year old suicide attempters and normal people in Qom city. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(2), 114–123. <https://doi.org/10.22034/jrc.2025.144183.1016>
- Herzberg, M. P., & Gunnar, M. R. (2020). Early life stress and brain function: Activity and connectivity associated with processing emotion and reward. *NeuroImage*, 209, 116493. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2020.116493>
- Kabkumba, C., Kaewjanta, N., & Rungreangkulkij, S. (2021). Non-suicidal self-harm behaviour and risk factors amongst undergraduate nursing students. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(1), 146–160. <https://www.jtnmc.com/index.php/jtnmc/article/view/1234>
- Kubiak, A. (2014). Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia. <https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstreams/6b5ebf15-f5f0-45ed-85a8-188585a4ae8a/download>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30469-8)
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 453–475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: The mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Nelson, B. W., Pollak, O. H., Clayton, M. G., Telzer, E. H., & Prinstein, M. J. (2024). An RDoC-based approach to adolescent self-injurious thoughts and behaviors: The interactive role of social affiliation and cardiac arousal. *Development and Psychopathology*, 36(3), 1005–1015. <https://doi.org/10.1017/s0954579423000251>
- Shahmoradzade, V., & Nematollahzade Mahani, K. (2025). Investigating the relationship between academic adjustment and academic attachment with the subjective well-being of female secondary school students in Narmashir city. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1(2), 82–93. <https://doi.org/10.22034/jrc.2025.144024.1014>
- Shao, C., et al. (2021). Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Annals of Palliative Medicine*, 10(9), 9607–9613. <https://doi.org/10.21037/apm-211951>

- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., et al. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., et al. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00149>
- Tang, W. C., Lin, M. P., You, J., Wu, J. Y. W., & Chen, K. C. (2023). Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. *Current Psychology*, 42(20), 17270–17279. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>
- Thai, T. T., et al. (2021). The prevalence, correlates and functions of non-suicidal self-injury in Vietnamese adolescents. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1915–1927. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S339168>
- Tian, X., Yang, G., Jiang, L., Yang, R., Ran, H., Xie, F., ... & Xiao, Y. (2020). Resilience is inversely associated with self-harm behaviors among Chinese adolescents with childhood maltreatment. *PeerJ*, 8, e9800. <https://doi.org/10.7717/peerj.9800>
- Tian, X., Yang, G., Jiang, L., Yang, R., Ran, H., Xie, F., ... & Xiao, Y. (2020). Resilience is inversely associated with self-harm behaviors among Chinese adolescents with childhood maltreatment. *PeerJ*, 8, e9800. <https://doi.org/10.7717/peerj.9800>
- Yang, Y., Liu, M., Cao, N., Li, X., Chen, Z., & Kelifa, M. O. (2023). School connectedness and psychological resilience as mediators in the relationship between childhood abuse and suicidal ideation among Chinese adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2172650. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172650>
- Yu, L., et al. (2023). Multicenter analysis on the non-suicidal self-injury behaviors and related influencing factors: A case study of left-behind children in northeastern Sichuan. *Journal of Affective Disorders*, 320, 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.081>
- Yoon, S., Howell, K., Dillard, R., McCarthy, K. S., Napier, T. R., & Pei, F. (2019). Resilience following child maltreatment: Definitional considerations and developmental variations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(5), 523–537. <https://doi.org/10.1177/1524838019869094>
- Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Development Perspectives*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>