

# مدلیابی رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و خودجراحی بدون خودکشی: نقش واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در نوجوانان

## Modeling the Relationship Between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-injury: The Mediating Role of Positive and Negative Dimensions of Self-Compassion in Adolescents

Sepideh Samaee  
PhD Candidate in clinical  
Psychology, Azad University of Shiraz

Azam Noferesti, PhD  
Azad University of Shiraz

اعظم نوفرستی\*  
استادیار گروه روان‌شناسی  
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی  
دانشگاه تهران

سپیده سمائی  
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی  
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی  
دانشگاه تهران

Abbas Rahiminezhad, PhD  
Azad University of Shiraz

عباس رحیمی‌نژاد  
دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی  
دانشگاه تهران

### چکیده

این پژوهش با هدف تعیین رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و خودجراحی بدون خودکشی با نقش واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود انجام شد. این پژوهش از نظر هدف، بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی از نوع همبستگی بود. نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله در حال تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ جامعه آماری این پژوهش بودند. نمونه‌ای به حجم ۵۷۵ نفر به شیوه نمونه‌برداری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی (برنشتاین و دیگران، ۲۰۰۳)، سیاهه گزارش خودجراحی (کلونسکی و گلن، ۲۰۰۹) و مقیاس شفقت خود (نف، ۲۰۰۳) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری تحلیل شد و نشان داد رابطه مستقیم معناداری بین بدرفتاری دوران کودکی و خودجراحی بدون خودکشی در بین نوجوانان وجود دارد. همچنین مدل مبتنی بر اثر واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و خودجراحی بدون خودکشی در نوجوانان برازش خوبی با داده‌ها داشت. براساس یافته‌های این پژوهش با شناسایی و تمرکز بر آموزش شفقت خود به نوجوانانی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند می‌توان از خودجراحی بدون خودکشی پیشگیری کرد.

**واژه‌های کلیدی:** شفقت خود، بدرفتاری دوران کودکی، خودجراحی بدون خودکشی

### Abstract

The present study aimed to investigate the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury, taking into account the mediating role of positive and negative dimensions of self-compassion. The current study is basic in its purpose and descriptive-correlational in its approach to data collection. The statistical population included adolescents aged 13 to 18 who were enrolled in the 2021-2022 school year. A convenience sample of 575 adolescents was selected, and completed Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et.al, 2003), Inventory of Statements About Self-Injury (Klonsky & Glenn, 2009), and Self-Compassion Scale (Neff, 2003). The results were analyzed using structural equation modeling and showed a direct and statistically significant correlation between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury among adolescents. Also, the model based on the mediating effect of positive and negative dimensions of self-compassion between childhood abuse and non-suicidal self-injury in adolescents had a good fit with the data. As a result of confirming childhood abuse as a variable related to self-injury and also confirming the mediating role of self-compassion in this relationship, by identifying and training focused on self-compassion to adolescents who have been abused in childhood, non-suicidal self-injury can be prevented.

**Keywords:** self-compassion, childhood maltreatment, non-suicidal self-injury

received: 18 March 2023

accepted: 30 June 2023

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۹

\*Contact information: a.noferesti@ut.ac.ir

## مقدمه

بسیاری از مردم بیان می‌کنند که به‌طور طبیعی درد، جراحت و آسیب را تحمل نمی‌کنند اما هزاران سال است که این سوال مطرح است که چرا برخی از افراد برخلاف طبیعت خود عمل و به شکل‌های مختلف به خود آسیب وارد می‌کنند (دو، اسمیت و لی، ۲۰۱۳). خودجراحی بدون خودکشی<sup>۱</sup> یکی از گیج‌کننده‌ترین رفتارهای انسان است (ونگ، زو، ژانگ، وان و تئو، ۲۰۲۰). خودجراحی بدون خودکشی نوعی رفتار شایع است که در سن ۱۶-۱۴ سالگی به اوج می‌رسد و پس از ۱۸ سالگی کاهش می‌یابد (استینبرگ، ۲۰۰۸؛ زیتز کوئیست، پرینی، مایو و گوستافسون، ۲۰۲۰؛ گاندهی و دیگران، ۲۰۱۸). در واقع با توجه به رابطه معنادار خودجراحی بدون خودکشی با رفتارهای خودکشی‌گرایانه در آینده، این رفتار به یک نگرانی عمومی تبدیل شده است (کیکنس و دیگران، ۲۰۱۸) و بنابراین پژوهش‌هایی که به این پدیده و عوامل مؤثر بر آن می‌پردازند، از اهمیت بالینی خاص برخوردارند. خودجراحی بدون خودکشی عبارت است از آسیب عمدی و مستقیم به بافت بدن، بدون نیت کشتن خود که معمولاً در دوران نوجوانی شروع می‌شود و به اوج می‌رسد (ناک، ۲۰۱۰). این آسیب‌ها خارج از بافتارهای اجتماعی و رویه‌های پزشکی معمول مانند ختنه کردن است (ناک و مندرس، ۲۰۰۸). اگرچه عوامل زمینه‌ساز برای رفتار خودجراحی پیچیده است، اما شواهد متعددی نشان می‌دهد تاریخچه خانوادگی از بیماری‌های روانی، مصرف مواد و بدررفتاری دوران کودکی، آسیب‌پذیری به این رفتار را افزایش می‌دهد (لیو، اسکوپلیتی، پیتمن و زمورا، ۲۰۱۸). از آنجایی که افراد با تجربه بدررفتاری‌های دوران کودکی باید هیجان‌های منفی خود را به‌طور مکرر مدیریت کنند، ظرفیت تنظیم مؤثر هیجان در آن‌ها کاهش می‌یابد (یعقوبی، حسنی، محمودعلیو و صبری،

۲۰۲۲) و افرادی که درگیر رفتارهای سازش‌نیافته<sup>۲</sup> مانند خودجراحی بدون خودکشی هستند، اغلب محیط خانوادگی ناآرامی دارند (هاسکینگ، داو کینس، گری، ویجیرین و بویز، ۲۰۲۰). این افراد به دلیل نداشتن تجربه دل‌بستگی ایمن و روابط والد-فرزندی مناسب، در بزرگسالی خودمهارگری پایین‌تری دارند و در مهار برانگیختگی‌ها ناتوان هستند (بشارت، کشاورز و لواسانی، ۲۰۱۵). بنابراین، از جمله عواملی که رابطه آن با خودجراحی همواره گزارش شده، بدررفتاری دوران کودکی است که شامل سوءاستفاده هیجانی<sup>۳</sup> (مانند تحقیر و توهین)، سوءاستفاده جسمانی<sup>۴</sup>، سوءاستفاده جنسی<sup>۵</sup>، غفلت هیجانی<sup>۶</sup> (مانند مضایقه کردن عاطفه) و غفلت جسمانی<sup>۷</sup> (مانند فراهم نکردن ملزومات اساسی تحول کودک) است (سرافینی و دیگران، ۲۰۱۷). معمولاً کودکان بیش از یک نوع بدررفتاری را تجربه می‌کنند و حتی گاهی چهار نوع بدررفتاری را با هم تجربه می‌کنند. بدیهی است شناسایی عامل‌های خطری مانند بدررفتاری دوران کودکی برای خودجراحی به تشخیص احتمال بروز این نوع رفتار کمک می‌کند (لیو و دیگران، ۲۰۱۸).

علاوه بر ضرورت درک عوامل خطر مرتبط با خودجراحی بدون خودکشی، کشف عوامل محافظت‌کننده در برابر این رفتار نیز ارزش بالینی دارد. یکی از عواملی که می‌تواند به عنوان عامل محافظت‌کننده در برابر این رفتار باشد، شفقت خود<sup>۸</sup> است (ژاویز، پینتو-گویا و کنها، ۲۰۱۶). شفقت خود به معنای توانایی مهربان بودن و فهمیدن خود در مواجهه با خطاهای شخصی، بی‌کفایتی و شرایط زندگی دردآور است (نف، ۲۰۰۳) و شش مؤلفه مرتبط با یکدیگر دارد. سه مؤلفه مثبت شامل مهربانی با خود<sup>۹</sup>، انسانیت مشترک<sup>۱۰</sup> و ذهن‌آگاهی<sup>۱۱</sup> و سه مؤلفه منفی شامل قضاوت خود<sup>۱۲</sup>، انزوا<sup>۱۳</sup> و همانندسازی افراطی<sup>۱۴</sup>

1 - Non Suicidal Self-Injury (NSSI)

2 - maladaptive behavior

3 - emotional abuse

4 - physical abuse

5 - sexual abuse

6 - emotional neglect

7 - physical neglect

8 - self-compassion

9 - self-kindness

10 - common humanity

11 - mindfulness

12 - self-judgment

13 - isolation

14 - over-identification

است. رفتار شفقت‌ورزانه با خود، جهت عملکرد مطلوب و برخورداری از سلامت لازم است. لازمه داشتن شفقت خود این است که فرد خود را ببخشد و قبول کند که همه ما انسان و بنابراین محدود و ناکامل هستیم. شفقت خود به معنای خود را مرکز قرار دادن نیست، بلکه فردی که نسبت به خود شفقت دارد، احساس شفقت نسبت به دیگران نیز دارد، چرا که انتقاد و قضاوت کمتر از خود باعث می‌شود که از دیگران نیز کمتر انتقاد و قضاوت کند (نف، ۲۰۰۳).

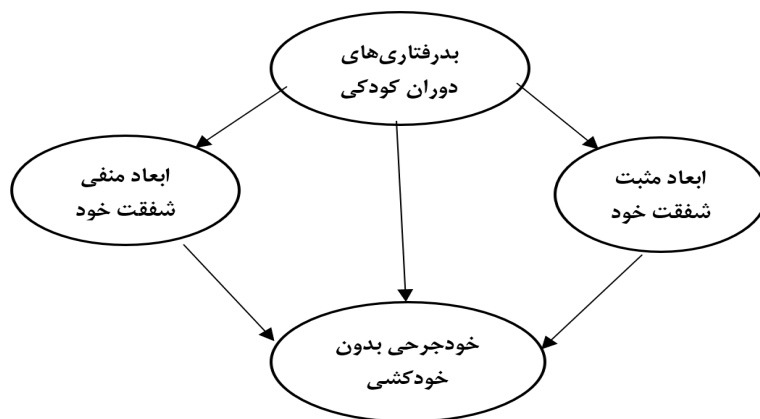
بر اساس پیشینه پژوهش، بدرفتاری دوران کودکی یک عامل خطر نیرومند برای رفتار خودجرحی و تمایل به خودکشی است. در واقع به‌نظر می‌رسد آسیب‌پذیری فزاینده به خودجرحی بدون خودکشی با تجربه بدرفتاری دوران کودکی مرتبط است (سرافینی و دیگران، ۲۰۱۷؛ کافمن و چارنی، ۲۰۰۱). در یک مطالعه مروری که رابطه بین انواع بدرفتاری دوران کودکی و نمره کل بدرفتاری با خودجرحی بدون خودکشی را بررسی کردند، مشخص شد که در بین انواع بدرفتاری، سوءاستفاده هیجانی دوران کودکی بیشترین ارتباط را با خودجرحی بدون خودکشی دارد و سوءاستفاده هیجانی به‌طور قابل توجهی در مقایسه با سوءاستفاده جنسی و جسمانی کمتر مورد توجه پژوهشگران و بالینگرها قرار گرفته است. درحالی که از نظر آن‌ها سوءاستفاده هیجانی نسبت به سایر آزارها کمتر صدمه می‌رساند، شواهد نشان داده است که آسیب‌پذیری این نوع بدرفتاری بیشتر است (لیو و دیگران، ۲۰۱۸). در پژوهشی مشابه تأثیر بدرفتاری دوران کودکی بر رفتارهای خشونت‌آمیز بررسی شد و نشان داد بدرفتاری دوران کودکی بر رفتار خودجرحی و تمایل به خودکشی تأثیر دارد (مک‌ماهون و دیگران، ۲۰۱۸). در ایران پژوهش‌های کمی در رابطه با خودجرحی انجام شده و برخی از آن‌ها نیز به بررسی خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانانی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، پرداخته است. خانی‌پور، حکیم‌شوشتری، برجعلی، گلزاری و فلسفی‌نژاد (۲۰۱۵) با بررسی رابطه نقص مهار برانگیختگی و خودجرحی بدون خودکشی با اثر واسطه‌ای خودبی‌کفایت‌پنداری

در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی، نشان دادند که در ۴۹ درصد شرکت‌کنندگان حداقل یک نوع رفتار خودجرحی وجود دارد. در پژوهشی دیگر نوری قاسم‌آبادی و سیدآوی (۲۰۲۱) با تأکید بر نظریه‌های تبیینی و کارکردی با مروری اجمالی بر رابطه بدرفتاری دوران کودکی و خودجرحی، نشان دادند که با وجود شیوع چهار الی پنج‌درصدی خودجرحی در نوجوانان ایرانی، مطالعه این نوع رفتار از منظر پژوهشگران داخلی پنهان مانده است. به‌طور کلی با اینکه ارتباط بین این دو متغیر آشکار شده، محدودیت‌هایی در این زمینه وجود دارد. به‌عنوان مثال، پژوهش‌ها در این زمینه اغلب تنها رابطه یک نوع بدرفتاری و خودجرحی بدون خودکشی را بررسی کرده‌اند. پژوهش‌هایی که بین انواع مختلف بدرفتاری تمایز قائل می‌شوند و رابطه هر کدام از آن‌ها را به‌طور جداگانه با خودجرحی بررسی می‌کنند درک بهتری از چگونگی رابطه این دو متغیر ارائه می‌دهند (مک‌ماهون و دیگران، ۲۰۱۸). همچنین اغلب پژوهش‌ها بر رابطه سوءاستفاده جنسی و جسمانی و خودجرحی پرداخته‌اند؛ درحالی که غفلت و سوءاستفاده هیجانی که از عوامل خطر مهم خودجرحی بدون خودکشی است کمتر بررسی شده است (لیو و دیگران، ۲۰۱۸).

همچنین مروری بر پیشینه پژوهش نشان می‌دهد پژوهشی که به‌طور خاص، نقش واسطه‌ای شفقت خود در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی با خودجرحی را بسنجد وجود ندارد؛ اما رفی، بایکین و اراکوت (۲۰۱۹) و وتس، دیر، لی و وکرل (۲۰۱۱) در پژوهش خود با بررسی نقش واسطه‌ای شفقت خود در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و اختلال در نظم‌جویی هیجان دریافتند شفقت خود به‌طور منفی با نظم‌جویی هیجان و بدرفتاری دوران کودکی رابطه دارد و نارسانظم‌جویی را پیش‌بینی می‌کند و شفقت خود در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و نارسانظم‌جویی هیجانی بعدی نیز نقش تعدیل‌کننده داشت. در پژوهش دیگری نشان داده شد در بین انواع بدرفتاری دوران کودکی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و جسمانی به‌طور مثبت و معناداری

از طریق کاهش شفقت خود، با افکار خودکشی رابطه دارد و مداخلات مبتنی بر شفقت خود برای افرادی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، حایز اهمیت است (ژانگ، لیو و لانگ، ۲۰۲۱). اگرچه نقش واسطه‌ای شفقت خود در رابطه بین دو متغیر دیگر پژوهش مطالعه نشده است اما بررسی رابطه بین شفقت خود و انجام رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی بیانگر شفقت خود کمتر در افراد با سابقه خودجرحی است (پر، سیموندی، آرچنتو، خوری و هیث، ۲۰۲۱؛ گریگوری، گلیرز و برنسون، ۲۰۱۷). بنابراین افرادی که رفتار خودجرحی دارند، احتمالاً از مداخلات مبتنی بر شفقت خود سود خواهند برد (تونا و گنکوز، ۲۰۲۱؛ راس، کامینسکی و هرینگتون، ۲۰۱۹) و شفقت خود می‌تواند نقش محافظت‌کننده در برابر خودجرحی داشته باشد (پر، اشملفسکی، بروفی، آستین و خوری، ۲۰۲۲). بررسی رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و شفقت خود نیز نشان‌دهنده آن است بدرفتاری دوران کودکی به شکل معکوس با شفقت خود رابطه دارد (کوبنلان،

هادن و استوری، ۲۰۲۲؛ مسمان - مور و هوپتانی، ۲۰۲۰) و می‌توان از آموزش‌های متمرکز بر شفقت خود برای حفاظت از سلامت روانی افراد با سابقه بدرفتاری دوران کودکی بهره گرفت (ژانگ، لی، سان و وی، ۲۰۲۱). با وجود اهمیت بدرفتاری دوران کودکی در بروز این رفتار در آینده، این مسئله به‌ویژه در جامعه ایرانی، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. در حالی که با تأیید این عامل به‌عنوان یک متغیر مرتبط با خودجرحی، می‌توان با شناسایی و توجه به نوجوانانی که در کودکی مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، از خودجرحی و در نتیجه خودکشی پیشگیری کرد. جهت پیشگیری از این رفتار در کودکان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی، درک عواملی که در رابطه بین این دو متغیر نقش واسطه‌ای دارند، ضرورت می‌یابد بنابراین هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در رابطه بین خودجرحی و بدرفتاری دوران کودکی است. شکل ۱ مدل پیشنهادی پژوهش را از روابط بین متغیرها نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

## روش

این پژوهش از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی/همبستگی است. جامعه آماری نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در حال تحصیل بودند. نمونه‌ای به حجم ۵۷۵ نفر به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شد؛ ۳۷۶ نفر (۶۵/۴ درصد) دختر و ۱۹۹ نفر

(۳۴/۶ درصد) پسر و ۲۲ نفر (۳/۸ درصد) ۱۳ ساله، ۴۲ نفر (۷/۳ درصد) ۱۴ ساله، ۷۳ نفر (۱۲/۷ درصد) ۱۵ ساله، ۱۱۷ نفر (۲۰/۳ درصد) ۱۶ ساله، ۱۶۸ نفر (۲۹/۳ درصد) ۱۷ ساله و ۱۵۳ نفر (۲۶/۶ درصد) ۱۸ ساله بودند. پس از اخذ مجوز برای اجرای پژوهش در بین دانش‌آموزان کشور، با توجه به شیوع کرونا و تعطیلی مدارس، پرسشنامه الکترونیکی تدوین شد و سپس لینک

کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (برنشتاین و دیگران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی و دیگران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمد.

### سیاهه گزارش خودجرحی<sup>۱</sup> (کلونسکی

و گلن، ۲۰۰۹). این سیاهه نوعی ابزار خودگزارش‌دهی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی را ارزیابی می‌کند و شامل دو بخش رفتاری و عملکردی است که در این پژوهش بنا بر هدف پژوهش صرفاً از بخش اول استفاده شد. بخش اول، فراوانی ۱۲ نوع متفاوت از رفتارهای خودجرحی را می‌سنجد که به‌طور عمد و آگاهانه اما نه به قصد خودکشی انجام می‌شود. این رفتارها شامل بریدن پوست، خراشیدن شدید پوست، گازگرفتن خود، ضربه محکم به خود یا زدن خود، سوزاندن خود، جلوگیری از بهتر شدن زخم، حکاکی کردن روی پوست، دردناک کردن پوست با مالیدن آن روی سطح خشن، نیشگون گرفتن خود، فروکردن سوزن در پوست به‌صورت آگاهانه، کشیدن مو و بلع مواد خطرناک است. همسانی درونی بین ماده‌های سیاهه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی این بخش در دوره زمانی یک‌ساله بین ۰/۵۲ برای گازگرفتن خود و ۰/۸۳ برای سوزاندن خود گزارش شده است (گلن و کلونسکی، ۲۰۱۱). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ به‌دست آمد.

### مقیاس شفتت خود<sup>۲</sup> (نف، ۲۰۰۳). این

مقیاس ۲۶ ماده دارد که پاسخ‌ها در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرد. این مقیاس سه مؤلفه دو قطبی دارد که در قالب شش زیرمقیاس مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی و انسانیت مشترک در مقابل انزوا قرار می‌گیرد. اعتبار بازآزمایی این مقیاس ۰/۹۳ و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲

آن در شبکه‌های مجازی، شامل گروه‌ها و کانال‌های کلاسی دانش‌آموزان قرار گرفت. به همراه لینک توضیحات کامل به‌صورت کتبی و در قالب ویدئو در رابطه با پژوهش، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شد. ملاک ورود به پژوهش گستره سنی ۱۳ تا ۱۸ سال و ملاک خروج عدم تمایل به شرکت در پژوهش و همچنین پاسخ‌دهی ناقص بود.

### پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی<sup>۱</sup> (برنشتاین

و دیگران، ۲۰۰۳). این پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای سنجش آسیب‌های دوران کودکی طراحی شده و نوعی ابزار غربالگری برای آشکار کردن تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی افراد است. این پرسشنامه برای نوجوانان و بزرگسالان قابل استفاده است و پنج‌نوع بدرفتاری در دوران کودکی شامل سوءاستفاده جنسی<sup>۲</sup>، سوءاستفاده جسمانی<sup>۳</sup>، سوءاستفاده هیجانی<sup>۴</sup> و غفلت هیجانی<sup>۵</sup> و غفلت جسمانی را می‌سنجد که در این پژوهش سوءاستفاده جنسی مورد سنجش قرار نگرفت. این ابزار ۲۸ ماده دارد که پس از حذف ۵ ماده مربوط به سوءاستفاده جنسی، از ۲۳ ماده آن استفاده شد. پاسخ‌ها دارای طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای به‌صورت هرگز، خیلی کم، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌های هر ماده با یکدیگر جمع و بر تعداد آن‌ها تقسیم می‌شود تا میانگین هر زیرمقیاس محاسبه شود. همچنین نمره کل این پرسشنامه از طریق جمع نمرات هر ماده محاسبه می‌شود. در پژوهش برنشتاین و دیگران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از آسیب‌های کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ و اعتبار این پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و آلفای

1 - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2 - sexual abuse

3 - physical abuse

4 - emotional abuse

5 - emotional neglect

6 - Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)

7 - Self Compassion Scale

به‌دست آمده است. هم‌چنین بین نمرات مقیاس‌های شفقت به خود و شخصیت خودشیفته همبستگی معنادار به دست نیامده است که نشان می‌دهد مقیاس شفقت خود روایی افتراقی بالایی دارد (نف، ۲۰۰۳). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط خسروی، صادقی و یابنده (۲۰۱۳) بررسی شد و با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی مقیاس تأیید شد. اعتبار مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ به‌دست آمد.

به منظور تحلیل داده‌ها و تعیین برازش کلی مدل از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش برای تعیین نقش واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی با خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان، پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های نرمال‌بودن و عدم هم‌خطی بررسی شد. شاخص‌های کجی (چولگی) و کشیدگی<sup>۲</sup> برای بررسی مفروضه نرمال‌بودن توزیع

جدول ۱

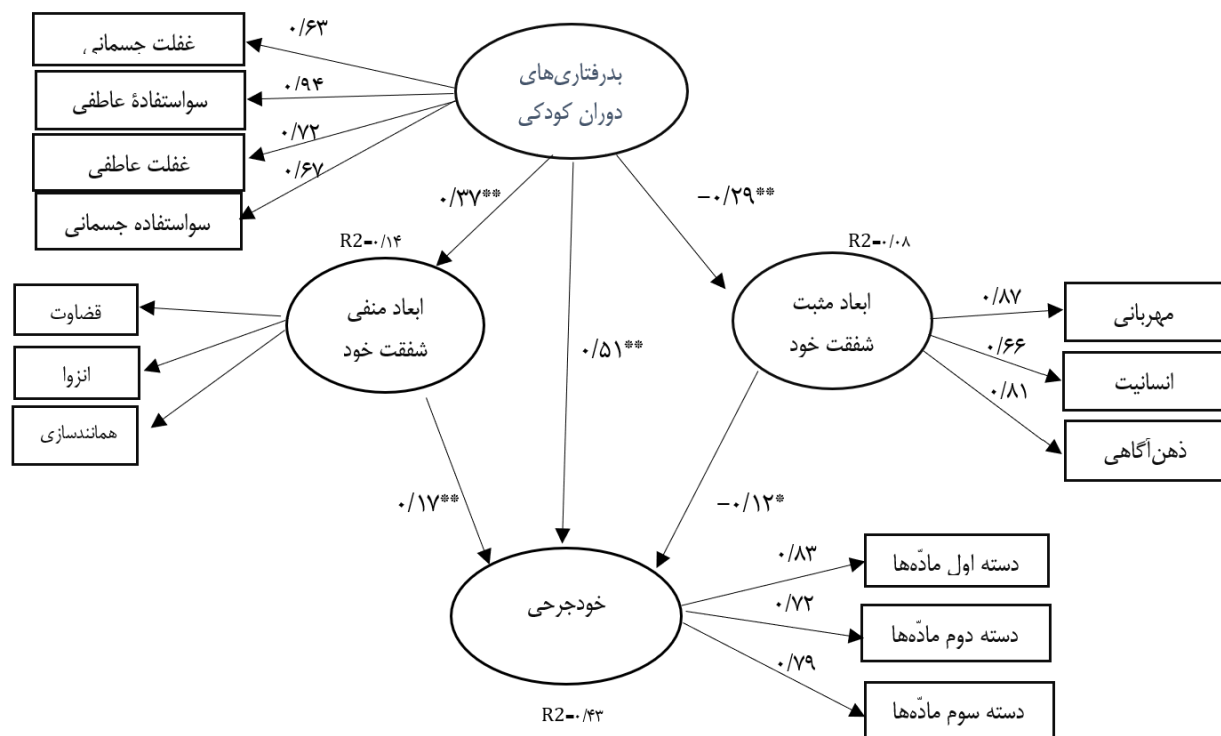
میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش

| متغیر                   | M     | SD    | ۱       | ۲       | ۳      |
|-------------------------|-------|-------|---------|---------|--------|
| ۱. بدرفتاری دوران کودکی | ۳۶/۴۰ | ۱۳/۷۵ | -       |         |        |
| ۲. ابعاد مثبت شفقت خود  | ۴۱/۲۲ | ۱۰/۰۹ | -۰/۲۸** | -       |        |
| ۳. ابعاد منفی شفقت خود  | ۴۳/۲۹ | ۱۰/۶۳ | ۰/۲۹**  | -۰/۴۶** | -      |
| ۴. خودجرحی              | ۲۸/۰۱ | ۱۳/۰۶ | ۰/۵۱**  | -۰/۲۹** | ۰/۳۶** |

\*\*P < ۰/۰۱

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای مدل پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در شکل ۲ و جدول‌های ۳ و ۴ آمده است.

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد بدرفتاری دوران کودکی با خودجرحی رابطه مستقیم معنادار دارد. متغیر ابعاد مثبت شفقت خود با خودجرحی رابطه معکوس معنادار و متغیر ابعاد منفی شفقت خود با خودجرحی رابطه مستقیم معنادار دارد.



شکل ۲. ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای مدل پژوهش

شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۲ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش خوب مدل است. همه شاخص‌ها در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید است.

در شکل ۲ مسیرهای معنار به صورت خطوط ممتد و مسیرهای غیرمعنار به صورت خطوط غیرممتد نشان داده شده است که البته هیچ مسیر غیرمعناری در مدل وجود نداشت. بدین ترتیب متغیرهای پژوهش در مجموع ۴۳ درصد از واریانس متغیر خودجراحی را تبیین می‌کنند.

جدول ۲

شاخص‌های برازش مدل پژوهش

| شاخص برازش                                | دامنه قابل پذیرش | مقدار   |
|-------------------------------------------|------------------|---------|
| خی دو ( $\chi^2$ )                        | -                | ۱۴۲/۳۸۰ |
| نسبت خی دو به درجه آزادی                  | کمتر از ۳        | ۲/۴۹۸   |
| شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)                | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۷۷   |
| شاخص برازندگی فزاینده (IFI)               | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۷۷   |
| شاخص نیکویی برازش (GFI)                   | بزرگتر از ۰/۹۰   | ۰/۹۶۴   |
| ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA)       | کمتر از ۰/۰۸     | ۰/۰۵۱   |
| احتمال نزدیکی برازندگی (PCLOSE)           | بیشتر از ۰/۰۵    | ۰/۴۱۶   |
| ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR) | کمتر از ۰/۰۸     | ۰/۰۳۶   |

اساس آن می‌توان به تأیید یاردا اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در خودجراحی پرداخت.

در ادامه نتایج جدول‌های ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و بر

جدول ۳

بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

| متغیر مستقل              | متغیر وابسته        | ضرایب غیر استاندارد | ضرایب استاندارد | SE   | t    | p     |
|--------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|------|------|-------|
| بدرفتاری‌های دوران کودکی | خودجرحی             | ۱/۱۵                | ۰/۵۱            | ۰/۱۲ | ۹/۸۵ | ۰/۰۰۱ |
| ابعاد مثبت شفقت خود      | خودجرحی             | -۰/۱۴               | -۰/۱۲           | ۰/۰۶ | ۲/۴۷ | ۰/۰۱۳ |
| ابعاد منفی شفقت خود      | خودجرحی             | ۰/۲۷                | ۰/۱۷            | ۰/۰۸ | ۳/۳۷ | ۰/۰۰۱ |
| بدرفتاری‌های دوران کودکی | ابعاد مثبت شفقت خود | -۰/۵۶               | -۰/۲۹           | ۰/۰۹ | ۵/۹۹ | ۰/۰۰۱ |
| بدرفتاری‌های دوران کودکی | ابعاد منفی شفقت خود | ۰/۵۵                | ۰/۳۷            | ۰/۰۷ | ۷/۶۵ | ۰/۰۰۱ |

همان‌طور که در جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد مسیر مستقیم بدررفتاری‌های دوران کودکی به خودجرحی ( $\beta = 0.51, P = 0.001$ ) مسیر مستقیم ابعاد مثبت شفقت خود به خودجرحی ( $\beta = 0.13, P = 0.001$ )، و  $\beta = -0.12$  و مسیر مستقیم ابعاد منفی شفقت

خود به خودجرحی ( $\beta = 0.17, P = 0.001$ ) معنادار است. مسیر مستقیم بدررفتاری‌های دوران کودکی به ابعاد مثبت شفقت خود ( $\beta = -0.29, P = 0.001$ )، و ابعاد منفی شفقت خود ( $\beta = 0.37, P = 0.001$ ) نیز معنادار است.

جدول ۴

بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

| متغیر مستقل              | متغیر واسطه‌ای      | متغیر وابسته | ضریب استاندارد | حد پایین | حد بالا | P     |
|--------------------------|---------------------|--------------|----------------|----------|---------|-------|
| بدرفتاری‌های دوران کودکی | ابعاد مثبت شفقت خود | خودجرحی      | ۰/۰۳           | ۰/۰۲     | ۰/۱۷    | ۰/۰۱۳ |
| بدرفتاری‌های دوران کودکی | ابعاد منفی شفقت خود | خودجرحی      | ۰/۰۶           | ۰/۰۵     | ۰/۲۸    | ۰/۰۰۲ |

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌برداری استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد اثر غیرمستقیم بدررفتاری‌های دوران کودکی بر خودجرحی از طریق ابعاد مثبت شفقت خود و ابعاد منفی شفقت خود معنادار است.

### بحث

این پژوهش با هدف آزمون مدل مفروض واسطه‌مندی ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در رابطه بین بدررفتاری دوران کودکی و خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان انجام شد. به‌طور کلی، نتایج نشان‌دهنده آن است که مدل مبتنی بر اثر واسطه‌ای ابعاد مثبت و منفی شفقت خود در رابطه بین بدررفتاری دوران کودکی و خودجرحی بدون خودکشی در نوجوانان برازش خوبی با داده‌ها دارد و از این رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. پژوهشی که به طور اختصاصی نقش واسطه‌ای ابعاد مثبت

و منفی شفقت خود را در رابطه بین بدررفتاری دوران کودکی و خودجرحی بررسی کند انجام نشده است. اما پژوهش‌هایی وجود دارد که نقش واسطه‌ای شفقت خود را در رابطه بین بدررفتاری دوران کودکی و متغیرهای دیگر بررسی کند (پر و دیگران، ۲۰۲۱؛ رفی و دیگران، ۲۰۱۹؛ ژانگ و دیگران، ۲۰۲۱؛ وتس و دیگران، ۲۰۱۱). پژوهش ژانگ و دیگران (۲۰۲۱) نشان داد در بین انواع بدررفتاری‌ها، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و جسمانی از طریق کاهش شفقت خود با افکار خودکشی رابطه مثبت معنادار دارد که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست. همچنین مسیر مستقیم بدررفتاری دوران کودکی با ابعاد مثبت و منفی شفقت خود معنادار است که این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های ژانگ و دیگران (۲۰۲۱)، کوینلان و دیگران (۲۰۲۲)، مسمان-مور و هوپتانی (۲۰۲۰) و راس و دیگران (۲۰۱۹) است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که پایهٔ شفقت خود در اوایل کودکی از طریق ارتباط با مراقبان شکل می‌گیرد. در اثر تعامل با محیط و به‌ویژه والدین، تصویر شناختی نسبت به خود در کودک شکل می‌گیرد. این تعامل اگر منفی و همراه با بدرفتاری باشد، عمدتاً باعث شکل‌گیری تصویری منفی و توأم با بی‌ارزشی در کودک می‌شود. کودک بر اساس تعاملی که با والدین دارد اهمیت و ارزش خود را ارزیابی می‌کند و تصویری کلی از خود شکل می‌دهد که تقریباً در طول زندگی بدون تغییر می‌ماند. اگرچه تجربیات بعدی نیز ممکن است بر این تصویر تأثیر بگذارد، اما هیچ‌کدام به اندازهٔ تجربیاتی که در اثر روابط مراقب و کودک صورت می‌گیرد حائز اهمیت نیست. نیازهای کودک در خانواده‌هایی که کودک را مورد بدرفتاری قرار می‌دهند به طور نامناسبی پاسخ داده می‌شود. به‌عنوان مثال اشتباه سادهٔ کودک با تحقیر و تنبیه از سوی والدین همراه می‌شود که این محیط تحول بهنجار کودک را مختل می‌کند و فرد در نوجوانی به شدت آسیب‌پذیر می‌شود. زندگی در محیط خانوادگی نابهنجار نوعی تنیدگی مزمن است که موجب درماندگی می‌شود و زمینه را برای خودجراحی فراهم می‌کند. از طرفی دورهٔ نوجوانی به علت افزایش فشار هیجانی ادراک‌شده که با تحول ناکامل سیستم تنظیمی در مغز همراه است (استیبرگ، ۲۰۰۸)، باعث افزایش تمایل فرد به رفتارهای پرخطر برانگیخته مانند خودجراحی بدون خودکشی می‌شود. علاوه بر این، بدرفتاری دوران کودکی با نابهنجاری‌های زیستی عصبی همراه است که فعالیت قشر فرونتال را کاهش و پاسخ تنیدگی را افزایش می‌دهد (کافمن و چارنی، ۲۰۰۱). این نابهنجاری منجر به افزایش واکنش‌پذیری هیجانی و ناتوانی در مدیریت آن و در نتیجه رفتارهایی مانند خودجراحی می‌شود.

ابعاد مثبت شفقت خود در بین کودکانی که

در محیط پرورشی خود محبت کافی دریافت نمی‌کنند در معرض خطر قرار می‌گیرد و هنگامی که کودک در مواجهه با خطاها، اشتباه‌ها و بی‌کفایتی‌ها مورد بدرفتاری مراقب خود قرار می‌گیرد، هیچ‌گاه یاد نمی‌گیرد که در شرایط دردآور زندگی با خود مهربان باشد. بنابراین ممکن است انگیزه‌های پنهانی مانند تنبیه خود در بروز رفتار خودجراحی نقش داشته باشد و نوجوان از خودجراحی بدون خودکشی که نوعی راهبرد مقابله‌ای ناهنجار است استفاده کند. فردی که خودجراحی می‌کند این درد را حق خود می‌داند و خودجراحی گرایش به تنبیه را در آن‌ها ارضا می‌کند (ناک، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، کاهش ابعاد مثبت شفقت خود در افراد با بدرفتاری دوران کودکی مرتبط است و مواردی مانند سوءاستفادهٔ هیجانی و غفلت هیجانی می‌تواند مانع شکل‌گیری شفقت خود شود. به همین دلیل است که درمانگران از درمان‌های مبتنی بر شفقت خود می‌توانند برای قربانیان بدرفتاری استفاده کنند (راس و دیگران، ۲۰۱۹).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که به دلیل خودگزارش‌دهی بودن ابزار پژوهش، یافته‌ها می‌تواند تحت تأثیر خلق و روابط فعلی شرکت‌کنندگان قرار بگیرد و بیان‌کنندهٔ حالات همیشگی آن‌ها نباشد. از طرفی با توجه به این که پاسخ‌گویی به سوالات به صورت آنلاین انجام شده است، امکان فراهم کردن شرایط محیطی یکسان فراهم نبود. پیشنهاد می‌شود جهت غریبال این نوجوانان، قبل از تغییر دورهٔ تحصیلی از ابتدایی به متوسطهٔ اول که سن ورود به دورهٔ نوجوانی است، از مقیاس‌های مرتبط با بدرفتاری دوران کودکی استفاده شود و در صورت شناسایی این نوجوانان در مدرسه، بیشتر مورد توجه قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی در زمینهٔ والدگری و دوره‌هایی آموزشی برای والدین در رابطه با اهمیت دوران کودکی و آسیب‌های بلند مدت بدرفتاری‌های دوران کودکی و به‌ویژه بدرفتاری هیجانی و غفلت، در خانواده‌های سطح پایین اجتماعی برگزار شود.

- Khanipour, H., Hakim-Shooshtari, M., Borjali, A., Golzari, M., & Falsafinejad, M. (2015). Relationship between impulse control difficulties and non-suicidal self-injury in adolescents with childhood maltreatment history: Mediating role of self-inadequacy. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(4), 339-348 [In Persian].
- Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabande, M. (2013). Psychometric properties of Self-Compassion Scale (SCS). *Psychological Methods and Models*, 4(13), 47-59. [In Persian].
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171-179.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- 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.
- McMahon, K., Hoertel, N., Olfson, M., Wall, M., Wang, S., & Blanco, C. (2018). Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study. *Psychiatry Research*, 269, 386-393.
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2020). Self-compassion and fear of self-compassion: Mechanisms underlying the link between child maltreatment severity and psychological distress in college women. *Mindfulness*, 11(6), 1446-1459.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190.
- Besharat, M. A., Keshavarz, S., & Lavasani, M. G. (2015). Mediating role of self-compassion and self-control in the relationship between early maladaptive schemas and quality of life. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 44(11), 341-355. [In Persian].
- Chou, C.-P., & Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modelling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modelling: Concepts, issues, and applications*. London: Sage Publications, Inc.
- Doe, J., Smith, M., & Lee, R. (2013). The nature of self-harm: Psychological factors and consequences. *Clinical Psychology Review*, 2, 145-167.
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. (2014). Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 275-282. [In Persian].
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., ... & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170-178.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, 18(3), 375-378.
- Gregory, W. E., Glazer, J. V., & Berenson, K. R. (2017). Self-compassion, self-injury, and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 41(5), 777-786.
- Hasking, P., Dawkins, J., Gray, N., Wijeratne, P., & Boyes, M. (2020). Indirect effects of family functioning on non-suicidal self-injury and risky drinking: The roles of emotion reactivity and emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2070-2079.
- Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13, 451-471.

tolerance and self-compassion in Turkish young adults with and without a history of non-suicidal self-injury. *Current Psychology*, 40(8), 4143-4155.

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480-491.

Wang, S., Xu, H., Zhang, S., Wan, Y., & Tao, F. (2020). Mediating effects of self-esteem in the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury among adolescents: The roles of sex and only-child status. *Social Science & Medicine*, 249, 112847.

Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2016). The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *School Mental Health*, 8(4), 476-485.

Yaghubi, H., Hasani, J., Mahmoud Alilo, M., & Sabri, V. (2022). The role of childhood abuse and emotional vulnerability in borderline personality traits: The mediating roles of emotional schemas and emotional regulation. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 72(18), 415-425. [In Persian].

Zetterqvist, M., Perini, I., Mayo, L. M., & Gustafsson, P. A. (2020). Non-suicidal self-injury disorder in adolescents: Clinical utility of the diagnosis using the clinical assessment of non-suicidal self-injury disorder index. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 8.

Zhang, H., Li, J., Sun, B., & Wei, Q. (2021). Effects of childhood maltreatment on self-compassion: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 873-885.

Zhang, H., Liu, M., & Long, H. (2021). Child maltreatment and suicide ideation in rural China: The roles of self-compassion and school belonging. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 38(3), 325-335.

arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28-38.

Noury Ghasemabadi, R., & Seydavi, M. A. (2021). Brief review of the relationship of childhood maltreatment and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence. *Rooyesh Ravanshenasi*, 10(2), 161-170 [In Persian].

Per, M., Schmelefske, E., Brophy, K., Austin, S. B., & Khoury, B. (2022). Mindfulness, self-compassion, self-injury, and suicidal thoughts and behaviors: A correlational meta-analysis. *Mindfulness*, 13(4), 821-842.

Per, M., Simundic, A., Argento, A., Khoury, B., & Heath, N. (2021). Examining the relationship between mindfulness, self-compassion, and emotion regulation in self-injury. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1286-1301-1286

Quinlan, H. M., Hadden, K. L., & Storey, D. P. (2022). The relationship between self-compassion, childhood maltreatment and attachment orientation in high-risk adolescents. *Youth & Society*, 54(5), 890-906.

Reffi, A. N., Boykin, D. M., & Orcutt, H. K. (2019). Examining pathways of childhood maltreatment and emotional dysregulation using self-compassion. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(10), 1269-1285.

Ross, N. D., Kaminski, P. L., & Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child Abuse & Neglect*, 92, 32-42.

Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 149.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Developmental Review*, 28, 78-106.

Tuna, E., & Gençöz, T. (2021). Pain perception, distress

