

Providing a Structural Model of the Relationships Between Self-Harming Behaviors and Family Functioning Mediated by Affective Control in Adolescent Girls 15 to 18 Years Old Living in Fooman City, Iran

Aakhte M¹, *Amirimajd M², Ghamari M¹, Poyamanesh J²

Author Address

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar, Iran;
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Corresponding Author Email: amirimajd@abhariau.ac.ir

Received: 2022 January 24; Accepted: 2022 May 31

Abstract

Background & Objectives: Rapid emotional, physical, and social changes of adolescence are critical factors in building and establishing one's personality. Most adolescents are challenged by family, community, and relatives. These pressures may push adolescents toward risky behaviors in the decision-making phase. One of the most critical issues in this period is self-harming behaviors. These behaviors are often associated with emotional problems. Another variable with its potential role as a mediating variable on deliberate self-harming behaviors was affective control, meaning a proper skill on how and where to recognize and express emotions properly. The present study aimed to establish a relationship model of self-harming behaviors and family functioning, considering the mediating role of affective control in 15–18 years old girls living in Fooman City, Iran.

Methods: The current research employed an analytical-correlational design using the structural equation modeling method. The statistical population included all female senior students ($n=1340$ according to the Education Department of Fooman) studying in the secondary high school of Fooman in the academic year 2018–2019. The inclusion criteria were as follows: being 15 to 18 years old, willing to participate in research, and having non-divorced parents. The estimated number of samples for the present study was 303. Considering the possible dropout, 393 subjects were selected by multi-stage clusters. The study data were collected via the Self-Harm Inventory (Sansone et al., 1998), Affective Control Scale (Williams et al., 1997), and Family Assessment Device (Epstein et al., 1983). Descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (structural equation modeling) were performed in SPSS version 24 and AMOS version 24 software. The significance level of the tests was considered 0.01.

Results: In the path from family functioning to affective control, the total standard effect coefficient ($p=0.001$, $\beta=0.751$) and the direct standard effect coefficient ($p=0.001$, $\beta=0.751$), in the path from family functioning to self-harming behaviors, the total standard effect coefficient ($p=0.002$, $\beta=0.522$), direct standard effect coefficient ($p=0.001$, $\beta=0.734$), and indirect effect coefficient ($p=0.010$, $\beta=-0.212$) and in the path of affective control to self-harming behaviors, the total standard effect coefficient ($p=0.013$, $\beta=-0.283$) and the direct standard effect coefficient ($p=0.015$, $\beta=0.283$) were estimated. In addition, according to the indicators of the proposed research model, the collected data had an acceptable fit ($CFI=0.975$, $GFI=0.971$, $AGFI=0.957$, $TLI=0.968$, $IFI=0.975$, $NFI=0.908$, $RMSEA=0.029$).

Conclusion: According to the study results, affective control mediates the relationship between family functioning and self-harming behaviors in adolescent girls.

Keywords: Family functioning, Self-harming behaviors, Affective control, Adolescent girls.

ارائه مدل ساختاری روابط رفتارهای خودآسیب‌رسان و عملکرد خانواده با میانجی کنترل عواطف در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر فومن

مریم آخته^۱، *مجتبی امیری مجد^۲، محمد قمری^۱، جعفر پویامنش^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

*رأبایانامه نویسنده مسئول: amirimajd@ahriau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۴ بهمن ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۰ خرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: از موضوعات مهم و از مشکلات در دوران نوجوانی، رفتارهای خودآسیب‌رسان است که اغلب همراه با یک نشانگر آشکار از مشکلات عاطفی است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین مدل روابط رفتارهای خودآسیب‌رسان و عملکرد خانواده باتوجه به میانجی کنترل عواطف در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر فومن بود. **روش‌بررسی:** پژوهش حاضر، طرح تحلیلی از نوع همبستگی بود که با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش، تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در دوره متوسطه دوم شهر فومن در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. تعداد ۳۹۳ دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه آسیب به خود (سانسون و همکاران، ۱۹۹۸) و مقیاس کنترل عواطف (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷) و مقیاس سنجش عملکرد خانواده (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۱ صورت گرفت.

یافته‌ها: در مسیر عملکرد خانواده به کنترل عواطف، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=0/751, p=0/001$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=0/751, p=0/001$)، در مسیر عملکرد خانواده به رفتارهای خودآسیب‌رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=0/522, p=0/002$)، ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=0/734, p=0/001$) و ضریب تأثیر غیرمستقیم ($\beta=0/212, p=0/010$) و در مسیر کنترل عواطف به رفتارهای خودآسیب‌رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=-0/283, p=0/013$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=0/283, p=0/015$) برآورد شد؛ به‌علاوه باتوجه به شاخص‌های مدل پیشنهادی پژوهش، داده‌های گردآوری‌شده برازش پذیرفتنی داشت ($CFI=0/975$ ، $RMSEA=0/029$ ، $NFI=0/908$ ، $IFI=0/975$ ، $TLI=0/968$ ، $AGFI=0/957$ ، $GFI=0/971$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، کنترل عواطف در رابطه بین عملکرد خانواده و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر، نقش میانجی دارد.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، رفتارهای خودآسیب، کنترل عواطف، نوجوانان دختر.

رفتارهای خودآسیب‌رسان^۱، از مشکلات دوران نوجوانی به‌شمار می‌رود که اغلب همراه با یک نشانگر آشکار از مشکلات عاطفی است (۱) و اختلال در تنظیم اضطراب^۲ و عصبانیت^۳ و پریشانی^۴ را منعکس می‌کند (۲). باتوجه به یافته‌های پژوهشی، به‌نظر می‌رسد شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان به‌ویژه در زنان و دختران رو به افزایش است (۳)؛ برای مثال، در بررسی اختلالات روان‌پزشکی انجام‌شده در زنان انگلستانی، میزان شیوع در سال ۲۰۰۰ به ۶/۵ درصد (۴) و در سال ۲۰۰۷ به ۱۱/۷ درصد (۵) و در سال ۲۰۱۴ به ۲۵/۷ درصد رسید (۶). در پژوهش مشابه دیگر در استرالیا در بین نوجوانان، میزان شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان ۸/۳ درصد در سال ۲۰۱۲ (۷) و ۱۸/۸ درصد در سال ۲۰۱۶ بود (۸)؛ اما موضوع امیدوارکننده آن است که باتوجه به رشد سریع عاطفی و هیجانی و نیز تغییر در پردازش اجتماعی و عاطفی در دوران نوجوانی (۹)، بخش بزرگی از نوجوانانی که به خود آسیب می‌رسانند، تا سال‌های بزرگسالی درمان می‌شوند و این کار را متوقف می‌کنند (۲)؛ بااین‌حال، این گروه به‌طور معمول مشکلات مداومی ازجمله میزان بیشتر مصرف مواد در دوران نوجوانی و بزرگسالی (۱۰)، احتمال بیشتر ابتلا به اختلالات شایع روانی (۱۱)، آشفتگی خانوادگی (۱۲) و ضعف اجتماعی گسترده (۱۳) را تجربه می‌کنند.

همان‌گونه که ذکر شد و پژوهش‌ها نشان داد، ویژگی محیط خانواده می‌تواند منجر به بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان شود (۱۴)؛ اما درزمینه اثر متغیرهای خانوادگی بر رفتارهای آسیب‌رساندن به خود، پژوهش‌های چندانی صورت نگرفته است و اغلب مطالعات نیز تأثیر متغیرهای خانوادگی بر خودکشی نوجوانان را مدنظر قرار داده‌اند (۱۵). در کل این اعتقاد وجود دارد که هر اندازه پیوستگی و حمایت خانوادگی کمتر باشد، میزان گرایش به خودکشی و رساندن آسیب‌های عمدی به خود بیشتر است (۱۶)؛ بااین‌حال مطالعات بیانگر تأثیر مستقیم عوامل خانوادگی بر گرایش خودآسیب‌زنی بود و مشخص شد، تعارضات زناشویی و برخی کارکردهای خانواده با این موضوعات همبستگی دارد (۱۷). در این رابطه باید بیان کرد، خانواده مانند هر نظامی، از عناصری چند تشکیل شده است که در تعامل با یکدیگر هستند و کارکرد مجموعه این عناصر، عملکرد خانواده^۵ شناخته می‌شود. عملکرد خانواده به قدرت افراد در توافق و هماهنگی در تغییرات و نوسانات، حل مسئله در تفاوت‌ها و تعارض‌ها، اتحاد بین اعضای خانواده، مشخص‌کردن مرز بین اعضا، عمل به مقررات و پایبندی به اصول سیستم با هدف مراقبت از نظام خانواده مربوط است (۱۸)؛ ازاین‌رو می‌توان بیان کرد، عملکرد اعضای خانواده از ابعاد مهم و پشتوانه‌ای محکم برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده است؛ همچنین بدعملکردی در روابط آنان به‌عنوان عامل مهم‌تر رشد اختلالات روحی و هیجانی افراد مطرح است. عملکرد خانواده، از ابعاد مهم محیط خانواده است که بهداشت و امنیت فیزیولوژیک، هیجانی و

اجتماعی اعضا را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. عامل اصلی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کم‌کردن خطر در اکنون و آینده مربوط به اتفاق‌های ناگوار، چگونگی عملکرد خانواده است (۱۹).

متغیر دیگری که در پژوهش حاضر سعی در شناسایی نقش آن به‌عنوان متغیر میانجی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدی وجود داشت، کنترل عواطف^۶ بود. منظور از مهارت کنترل عواطف این است که فرد بداند چگونه و در چه موقعیتی عواطف خود را تشخیص و بروز دهد (۲۰). پژوهش‌ها نشان داد، این مهارت بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد اثرات گوناگونی به‌جا می‌گذارد که شامل تعاملات بین‌فردی^۷ (۲۱) و بهداشت روانی^۸ (۲۲) فرد می‌شود. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن بود که کنترل عواطف به دو صورت بر رفتار افراد تأثیر دارد: اول، تعداد زیادی از افرادی که از مشکلات ناتوانی در مدیریت هیجانات رنج می‌برند، مهارت خودمدیریتی عواطف را یاد نگرفته‌اند؛ دوم، ناتوانی در مدیریت هیجانات بر اکثر جنبه‌های زندگی و سلامت جسمانی و روانی، روابط بین‌فردی و کیفیت مراحل زندگی افراد تأثیرگذار است (۲۳). دلیل اصلی یادگیری مدیریت عواطف آن است که می‌تواند راهی برای درک نقش هیجان^۹ در زندگی افراد در تمام سنین در نظر گرفته شود و به آن‌ها کمک می‌کند تا متوجه شوند چطور هیجان، عملکرد و رفتار را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۴). هیجان به‌عنوان محرک‌کننده عمل می‌کند. کنترل و مدیریت روانی توقف عمل از راه توجه مجدد است و مدیریت توجه با مدیریت رفتار ارتباط دارد.

باتوجه به مطالب مذکور مشخص می‌شود، عوامل خانوادگی و عوامل فردی همچون کنترل عواطف، زمینه‌ساز و تشدیدکننده رفتارهای خودآسیب‌رسان هستند و در شکل‌گیری آن نقش ایفا می‌کنند؛ بنابراین باتوجه به مشکلات فراوانی که این رفتارها برای نوجوانان و خانواده‌ها و جامعه به‌وجود می‌آورد و همین‌طور باتوجه به مشکلاتی که این رفتارها در عملکردهای فردی و اجتماعی و تحصیلی برای افراد مبتلا ایجاد می‌کند، بهتر است پژوهش‌های بیشتری در ارتباط با این متغیرها با رفتارهای خودآسیب‌رسان انجام شود. با مروری بر مطالعات پیشین می‌توان گفت، متغیرهای ذکرشده نقش اساسی در به‌وجودآمدن اختلالات روان‌شناختی به‌خصوص علائم رفتارهای خودآسیب‌رسان دارند؛ ازاین‌رو موضوعی که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شد، پیش‌بینی رفتارهای عمدی آسیب‌رسانی به خود براساس متغیر عملکرد خانواده باتوجه به نقش متغیر میانجی کنترل عواطف در دختران نوجوان بود. پژوهش حاضر بر آن بود که نقش جداگانه و تشخیصی هرکدام از متغیرها را به‌صورت‌های مستقیم و غیرمستقیم در به‌وجودآمدن اختلال خودآسیب‌رسانی مطالعه کند و درنتیجه با بررسی سهم تشخیصی هریک از این متغیرها گامی اساسی در راستای ارائه مدل پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان در دختران نوجوان، افزایش آگاهی، پیشگیری و درمان بردارد؛ ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل روابط رفتارهای خودآسیب‌رسان و عملکرد خانواده باتوجه به نقش میانجی کنترل عواطف در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر فومن

۶. Affective control
۷. Interpersonal interactions
۸. Mental health
۹. Emotion

۱. Self-harming behaviors
۲. Anxiety
۳. Nervousness
۴. Distress
۵. Family functioning

انجام شد.

مطالعه طاهباز حسین زاده و همکاران آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ بود (۲۷).

۲ روش بررسی

مقیاس کنترل عواطف^۲ (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷): مقیاس کنترل عواطف، ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است و شامل ۴۲ سؤال با چهار زیرمقیاس فرعی خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت می‌شود. پاسخ‌های عبارت‌ها در مقیاس هفت‌درجه‌ای از به شدت مخالف=۱ تا به شدت موافق=۷ تنظیم می‌شود. دوازده سؤال این پرسش‌نامه برعکس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس هشت سؤال مربوط به خشم، هشت سؤال مربوط به خلق افسرده، سیزده سؤال مربوط به اضطراب و سیزده سؤال مربوط به عاطفه مثبت است. نمرات کمتر در آن به معنای کنترل بیشتر عاطفی است (۲۸). پایایی درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌های خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳، خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶، اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ به دست آمد. همچنین روایی آزمون ۰/۹۴ گزارش شد (۲۸). در پژوهش طهماسبیان و همکاران، میزان پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ در جامعه دانش‌آموزان ۰/۷۸۲، دانشجویان ۰/۸۱۸، معلمان ۰/۸۸۹، پرستاران ۰/۹۰۹ و استادان ۰/۹۳۵ برآورد شد. نتایج نشان داد، در میان گروه‌های بررسی شده بین سؤالات پرسش‌نامه رابطه معناری وجود داشت. همچنین براساس نتایج این پژوهش، روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه بین تمامی گروه‌های دانش‌آموزان ۰/۸۵، دانشجویان ۰/۷۹، معلمان ۰/۸۳، پرستاران ۰/۸۷ و اساتید ۰/۸۱ گزارش شد (۲۹).

مقیاس سنجش عملکرد خانواده^۳ (اپشتاین و همکاران، ۱۹۸۳): این پرسش‌نامه در شصت سؤال تهیه شده است که هدف آن سنجش عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک‌مستر است. برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه، به هر سؤال نمره ۱ تا ۴ به صورت کاملاً موافق=۱، موافق=۲، مخالف=۳ و کاملاً مخالف=۴ با استفاده از کلید تصحیح پرسش‌نامه (به طور مستقیم و معکوس) تعلق می‌گیرد. این ابزار دارای هفت خرده‌مقیاس است که شش بُعد خانوادگی و یک بُعد عملکرد کلی خانواده را می‌سنجد. در این پرسش‌نامه، نمره زیاد نشان‌دهنده عملکرد نامطلوب خانواده و نمره کمتر بیانگر عملکرد مطلوب است (۳۰). براساس ضرایب آلفای کرونباخ، خرده‌مقیاس‌های این مقیاس از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۳۰). زاده‌محمادی و ملک‌خسروی ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های عملکرد کلی ۰/۷۸، نقش‌ها ۰/۷۱، ارتباط ۰/۷۰، حل مسئله ۰/۷۲، همراهی عاطفی ۰/۷۳، مهار رفتار ۰/۶۶ و آمیزش عاطفی ۰/۷۱ گزارش کردند (۳۱). در پژوهش بخشی‌پور و همکاران، همسانی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ به دست آمد و برای خرده‌مقیاس‌های حل مشکل ۰/۸۷، ارتباط ۰/۷۲، نقش‌ها ۰/۷۵، همراهی عاطفی ۰/۶۹، آمیزش عاطفی ۰/۷۱، کنترل رفتار ۰/۸۱ و عملکرد کلی ۰/۷۷ بود (۳۲). قمری و خوشنام مقدار روایی صوری و

پژوهش حاضر، طرح تحلیلی از نوع همبستگی بود که با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر مشغول به تحصیل در دوره متوسطه دوم شهر فومن در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند که براساس آمار اداره آموزش و پرورش شهر فومن، تعداد آن‌ها برابر با ۱۳۴۰ نفر بود. معیارهای ورود دانش‌آموزان به پژوهش، دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال و تمایل به شرکت در پژوهش و طلاق‌نگرفتن والدین در نظر گرفته شد. کلاسن با تقسیم انواع الگوهای معادله ساختاری به سه نوع ساده و کمی پیچیده و الگوهای پیچیده عنوان کرد، حجم نمونه در الگوهای ساده کمتر از صد نفر و در الگوهای کمی پیچیده بین صد تا دویست نفر و در الگوهای پیچیده بیشتر از دویست نفر است (۲۵). باتوجه به اینکه پژوهش برگرفته از رساله دکتری با الگوی پیچیده بود، تعداد نمونه برای پژوهش حاضر ۳۰۳ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن افت احتمالی آزمودنی‌ها، ۳۹۳ آزمودنی به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. فرایند انجام پژوهش بدین ترتیب بود که پس از کسب مجوز از سازمان آموزش و پرورش، مراجعه محقق به مدارس، آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف پژوهش و اطمینان‌یافتن از محرمانه‌بودن اطلاعات و اعلام رضایت، نمونه‌ها وارد پژوهش شدند. در این پژوهش با استفاده از روش قرعه‌کشی، انتخاب نه مدرسه از بین مدارس شهر فومن صورت گرفت. پس از مراجعه به مدارس، از هر مدرسه دو کلاس و در مجموع هیجده کلاس به صورت تصادفی در نظر گرفته شد. در ادامه تمامی دانش‌آموزان دارای معیارهای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه و محرمانه‌ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد. ابزارهای زیر در پژوهش به کار رفت.

پرسش‌نامه آسیب به خود^۱ (سانسون و همکاران، ۱۹۹۸): پرسش‌نامه آسیب به خود، پرسش‌نامه‌ای ۲۲ سؤالی است که به صورت بلی=۱ و خیر=صفر پاسخ داده می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی پرسش‌نامه باید پاسخ‌های تأییدشده یعنی پاسخ بله باهم جمع شود و پاسخ خیر در نمره‌گذاری نقش ندارد. بیشترین نمره پرسش‌نامه ۲۲ است. این پرسش‌نامه به منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی و جمعیت‌های غیرروان‌پزشکی طراحی شد. روایی افتراقی این پرسش‌نامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، منجر به طبقه‌بندی دقیق ۸۴ درصد از پاسخ‌دهندگان در طبقه اختلال شخصیت مرزی شد که براساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی واجد این اختلال بودند (۲۶). پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۸۰ درصد به دست آمد (۲۶). در پژوهش سانسون و همکاران، روایی همگرایی این مقیاس با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی برابر با ۰/۹۱ و افسردگی برابر با ۰/۸۳ و سابقه آزاردیدگی در کودکی برابر با ۰/۷۶ گزارش شد (۲۶). در

4. Emotional support

5. Behavior inhibition

6. Emotional intercommunism

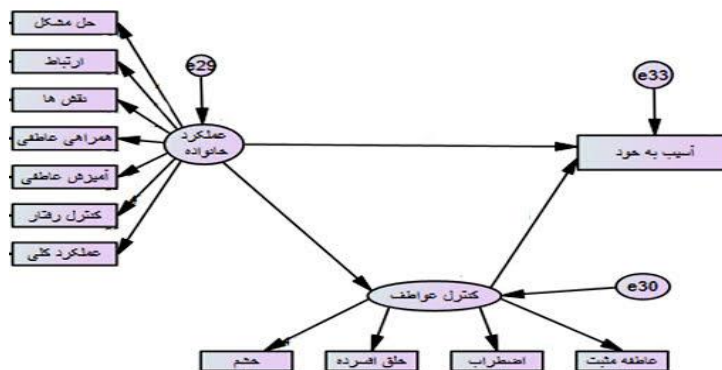
1. Self-Harm Inventory (SHI)

2. Affective Control Scale (ACS)

3. Family Assessment Device (FAD)

تناسب افزایشی^۳ (IFI)، شاخص توکر-لویس^۴ (TLI)، شاخص نکویی هنجار شده^۵ (NFI)، شاخص برازش تطبیقی^۶ (CFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۷ (RMSEA) و رگرسیون‌های مستقیم و غیرمستقیم در ضرایب استاندارد و غیراستاندارد به کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد. در شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است که براساس آن، کنترل عواطف رابطه بین عملکرد خانواده و رفتارهای خودآسیب را میانجیگری می‌کند.

محتوایی پرسش‌نامه را ۰/۸۸ گزارش کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های حل مشکل ۰/۶۱، ارتباط ۰/۳۸، نقش‌ها ۰/۷۲، همراهی عاطفی ۰/۶۴، آمیزش عاطفی ۰/۶۵، کنترل رفتار ۰/۶۱ و عملکرد کلی ۰/۸۱ به دست آوردند (۳۳). برای تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد. برای تعیین برازش مدل، شاخص‌های برازش یعنی شاخص نکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل شده^۲ (AGFI)، شاخص



شکل ۱. مدل مفهومی نقش میانجی کنترل عواطف در رابطه عملکرد خانواده و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر

۳ یافته‌ها

خودآسیب‌رسان معرفی کردند. به علاوه ۳۹ نفر (۹/۹ درصد) بیان کردند که در خانواده آن‌ها حداقل یکی از اعضای خانواده سابقه بیماری روانی دارد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای آسیب عمده به خود $2/367 \pm 2/875$ و عملکرد خانواده $22/693 \pm 180/221$ و کنترل عواطف $17/730 \pm 175/501$ بود.

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر برابر با $16/30 \pm 0/71$ سال به دست آمد. همچنین ۱۳۳ نفر (۳۴ درصد) از دانش‌آموزان در پایه دهم و ۱۱۰ نفر (۲۸ درصد) در پایه یازدهم و ۱۵۰ نفر (۳۸ درصد) در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. از بین کل شرکت‌کنندگان، ۳۳ نفر (۸/۴ درصد) خود را دارای سابقه رفتار

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جامعه هدف

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
آسیب عمده به خود	---	۲/۸۷۵	۲/۳۶۷
عملکرد خانواده	حل مشکل	۱۹/۵۵۵	۴/۴۲۲
	ارتباط	۲۰/۹۳۸	۵/۲۳۸
	نقش‌ها	۲۷/۸۲۵	۶/۰۶۵
	همراهی عاطفی	۲۰/۹۹۵	۴/۹۳۹
	آمیزش عاطفی	۲۶/۸۹۵	۶/۱۱۷
	کنترل رفتار	۲۷/۲۳۹	۵/۸۹۷
	عملکرد کلی	۳۶/۸۷۴	۷/۴۷۷
کنترل عواطف	نمره کلی	۱۸۰/۲۲۱	۲۲/۶۹۳
	خشم	۳۵/۲۸۰	۷/۲۶۳
	خلق افسرده	۳۵/۱۳۴	۵/۲۴۱
	اضطراب	۵۳/۰۸۷	۷/۶۰۴
	عاطفه مثبت	۵۲/۰۰	۸/۷۵۴
	کل	۱۷۵/۵۰۱	۱۷/۷۳۰

5. Normed fit index

6. Comparative fit index

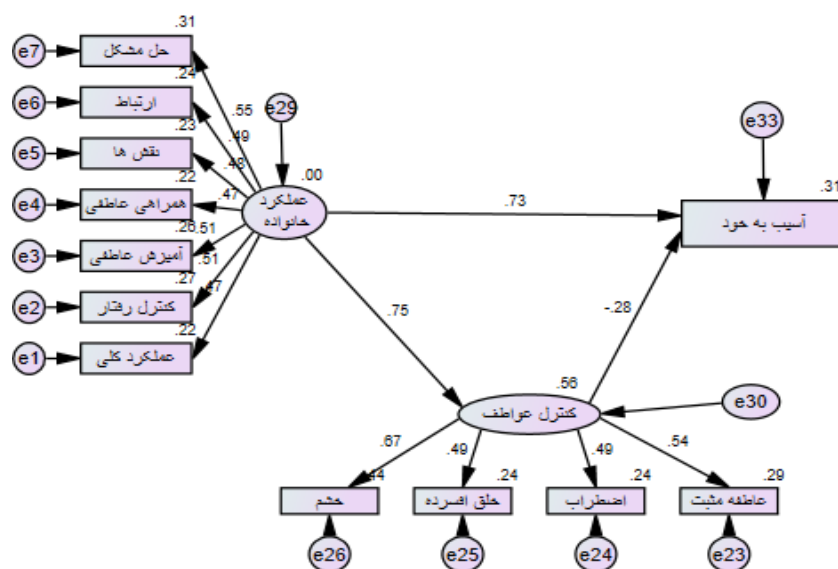
7. Root mean square error of approximation

1. Goodness of fit index

2. Adjusted goodness of fit index

3. Incremental fit index

4. Tucker-Lewis index



شکل ۲. مدل ساختاری برازش شده پژوهش با ضریب استاندارد

جدول ۲. شاخص های نكویی برازش مدل ترسیمی نهایی

شاخص برازندگی	GFI	AGFI	TLI	IFI	NFI	CFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۰/۹۷۱	۰/۹۵۷	۰/۹۶۸	۰/۹۷۵	۰/۹۰۸	۰/۹۷۵	۰/۰۲۹

باتوجه به جدول ۲، تمامی شاخص های برازش مطلق و برازش نسبی شاخص برازش مطلق RMSEA برابر با ۰/۰۲۹ به دست آمد؛ بنابراین مدل برازش شده از برازش خوبی برخوردار بود. همچنین قرار داشتند. همچنین

جدول ۳. ضرایب کل و مستقیم و غیرمستقیم استاندارد شده

مسیرهای رگرسیونی	نوع اثر	آماره	کل	مستقیم	غیرمستقیم
عملکرد خانواده ← کنترل عواطف	استاندارد	β	۰/۷۵۱	۰/۷۵۱	---
	غیراستاندارد	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	---
	غیراستاندارد	b	۰/۹۶۹	۰/۹۶۹	---
	غیراستاندارد	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	---
عملکرد خانواده ← رفتارهای خودآسیب رسان	استاندارد	β	۰/۵۲۲	۰/۷۳۴	-۰/۲۱۲
	غیراستاندارد	p	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱۰
	غیراستاندارد	b	۰/۳۲۳	۰/۴۵۴	-۰/۱۳۱
	غیراستاندارد	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳
کنترل عواطف ← رفتارهای خودآسیب رسان	استاندارد	β	-۰/۲۸۳	۰/۲۸۳	---
	غیراستاندارد	p	۰/۰۱۳	۰/۰۱۵	---
	غیراستاندارد	b	-۰/۱۳۵	-۰/۱۳۵	---
	غیراستاندارد	p	۰/۰۱۵	۰/۰۱۳	---

باتوجه به جدول ۴، در مسیر عملکرد خانواده به کنترل عواطف، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=۰/۷۵۱$, $p=۰/۰۰۱$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=۰/۷۵۱$, $p=۰/۰۰۱$)، در مسیر عملکرد خانواده به رفتارهای خودآسیب رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=۰/۷۳۴$, $p=۰/۰۰۱$)، ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=۰/۷۳۴$, $p=۰/۰۰۱$) و ضریب تأثیر غیرمستقیم ($\beta=-۰/۲۱۲$, $p=۰/۰۱۰$) و در مسیر کنترل عواطف به رفتارهای خودآسیب رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=-۰/۲۸۳$, $p=۰/۰۱۳$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم

تأثیر استاندارد کل ($\beta=۰/۷۵۱$, $p=۰/۰۰۱$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=۰/۷۵۱$, $p=۰/۰۰۱$)، در مسیر عملکرد خانواده به رفتارهای خودآسیب رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=۰/۷۳۴$, $p=۰/۰۰۱$)، ضریب تأثیر استاندارد مستقیم ($\beta=۰/۷۳۴$, $p=۰/۰۰۱$) و ضریب تأثیر غیرمستقیم ($\beta=-۰/۲۱۲$, $p=۰/۰۱۰$) و در مسیر کنترل عواطف به رفتارهای خودآسیب رسان، ضریب تأثیر استاندارد کل ($\beta=-۰/۲۸۳$, $p=۰/۰۱۳$) و ضریب تأثیر استاندارد مستقیم

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین مدل ساختاری روابط رفتارهای خودآسیب رسان و عملکرد خانواده باتوجه به میانجی کنترل عواطف در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر فومن انجام شد. یافته های پژوهش

نشان داد، عملکرد خانواده و کنترل عواطف بر رفتارهای خودآسیب‌رسان تأثیر مستقیم دارند. همچنین یافته‌های دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، چنانچه متغیر کنترل عواطف در مسیر رابطه‌ای متغیرهای عملکرد خانواده و رفتارهای خودآسیب‌رسان قرار گیرد، اعتبار بیشتری به این مسیر می‌بخشد و قدرت پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان را افزایش می‌دهد که نشان‌دهنده تأیید نقش کنترل عواطف به عنوان متغیر میانجی است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات زیر همسوست: ایمانی و همکاران با بررسی نقش اختلالات روان‌پزشکی، کارکرد خانواده و عوامل شغلی بر رفتارهای خودآسیب‌رسان با میانجیگری افسردگی دریافتند، کارکردهای خانوادگی دارای تأثیر مستقیم معناداری در آسیب‌رسانی به خود است؛ همچنین کارکرد خانواده تأثیر مستقیم معناداری بر افسردگی دارد؛ به علاوه کارکرد خانواده به طور غیرمستقیم بر خودآسیب‌رسانی تأثیر می‌گذارد (۱۵)؛ بائیتینز و همکاران در پژوهشی با بررسی عامل خانوادگی مرتبط با خودزنی در نوجوانان نشان دادند، خانواده و رفتارهای والدین از عواملی است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان شود و حمایت خانواده و کنترل رفتاری ایشان تأثیر معناداری بر رفتارهای خودزنی نوجوانان دارد (۳۴)؛ فورتون و همکاران در پژوهشی کیفی که با هدف شناسایی عوامل خانوادگی خطرآفرین برای رفتارهای خودزنی نوجوانان انجام دادند، تعداد ۱۲۶ خانواده را بررسی و بیان کردند، عوامل مؤثر خانوادگی بر خودآسیب‌رسانی نوجوانان شامل تعاملات والد-کودک، روابط بین والدین، خصوصیات کودک، خصوصیات والدین، ارتباط با خانواده گسترده و نیازها است. همچنین دریافتند، برای کاهش این امر باید انسجام خانواده و روابط اعضای خانواده را استحکام بخشید، سازگاری خانواده را افزایش داد، موجبات افزایش حمایت اجتماعی خانواده را فراهم آورد و بر میزان صمیمیت والدین به منظور افزایش آن مداخله کرد (۳۵)؛ کاسلز و همکاران به بررسی تأثیر عملکرد ضعیف خانواده بر رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان پرداختند. آن‌ها نشان دادند، عملکرد خانواده از جمله عواملی است که توانایی پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان را دارد (۳۶)؛ در پژوهش هابن و همکاران با بررسی نقش کنترل عواطف و هیجانات در رفتارهای خودآسیب‌رسان عمدی افراد بستری با ویژگی‌های شخصیت مرزی مشخص شد، کاهش احساسات منفی و شکل‌گیری تنش‌ها و هیجانات منفی، راه‌انداز رفتارهای خودآسیب‌رسان است (۳۷).

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید بیان کرد که براساس پژوهش‌ها، عوامل مرتبط با آسیب‌های عمدی به خود در نوجوانان در سه دسته عوامل دموگرافیک شامل سن، جنسیت، گرایش جنسی و نژاد و قومیت، عوامل محیطی شامل نبود حمایت خانوادگی و اجتماعی، زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی، عوامل روانی شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت سایبری، طبقه‌بندی می‌شود (۳۸). در این راستا تحقیقات مشخص کرد، انواع وقایع خانوادگی می‌تواند خطر رفتارهای خودجرحی و خودآسیب‌رسان

را افزایش دهد. الگوی زیست‌اجتماعی لینهان نشان داد، تجربه محیط‌های خانوادگی کم‌کیفیت در دوران کودکی که در آن تجربیات عاطفی نادیده گرفته می‌شود، بر دستیابی به مهارت‌های کنترل عواطف تأثیر می‌گذارد (۳۹). اعتقاد بر آن است که این نواقص نوجوانان را در معرض خطر قرار می‌دهد تا با کنترل عاطفی کمتری برای مقابله با پریشانی هیجانی از جمله رفتارهای خودآسیب‌رسان درگیر شوند. به طور مشابه، یک چارچوب روانی رشدی می‌تواند برای مطالعه پیوندها بین وقایع نامطلوب خانوادگی، به ویژه عملکرد ضعیف خانواده و رفتارهای خودآسیب‌رسان به کار رود (۴۰). این رویکرد تأکید می‌کند، خطر رفتار خودآسیب‌رسان از طریق ناسازگاری در رشد شناختی، رشد عاطفی یا رشد رفتاری کودک حاصل می‌شود که ناشی از تجربیات منفی در محیط مراقبت است. چنین ناسازگاری ممکن است بازنمایی کودک از خود و دیگران را تغییر دهد، از پیشرفت مهارت‌های مناسب تنظیم عواطف جلوگیری کند یا با ایجاد اختلال در تنظیم نوروفیزیولوژیک سیستم‌های بیولوژیک، زمینه واکنش‌های پرخطر مانند رفتارهای خودآسیب‌رسان را به وجود آورد (۴۱)؛ بنابراین افزایش خطر رفتار خودآسیب‌رسان بر این مفهوم تأکید دارد که مراقبت با کیفیت زیاد، باعث رشد واکنش‌پذیری عاطفی بهینه و فرایندهای نظارتی می‌شود؛ درحالی‌که تجارب مراقبت ناکافی یا غیرعادی، نقص کنترل عاطفی را به دنبال دارد (۴۲)؛ از این رو انگیزه افراد را به سمت مقابله منفی و رساندن آسیب به خود سوق می‌دهد. پژوهش‌های دیگر نشان داد، عملکرد ضعیف خانواده ظرفیت افراد را برای مقابله با پریشانی از نظر رفتاری و فیزیولوژیک کم می‌کند (۴۳).

باتوجه به وجود منابع نظری درباره رابطه بین اختلالات اجتماعی عاطفی با رفتارهای خودآسیب‌رسان، این انتظار وجود دارد که حوادث نامطلوب خانوادگی نیز با افزایش خطر ابتلا به رفتارهای خودآسیب‌رسان مرتبط باشد؛ چراکه عملکرد خانواده می‌تواند کیفیت محیط و مراقبت‌های آن را تحت تأثیر قرار دهد و زمینه بروز کنترل‌نشدن عواطف و ظهور رفتارهای خودآسیب‌رسان را فراهم کند. همچنین تأثیرات اجتماعی عاطفی عملکرد نامطلوب خانواده و رویدادهای نامطلوب خانوادگی احتمالاً در بستر روابط کودک-والد با کیفیت ضعیف اتفاق می‌افتد. محققان ارتباط بین رفتارهای خودآسیب‌رسان و ویژگی‌های رفتارهای خانوادگی از جمله انتقاد والدین و جو عاطفی منفی (۴۳) و حمایت نکردن والدین (۴۲) را در پژوهش‌های خود نشان دادند. در پژوهش‌های دیگر مذکور مشخص شد، عملکرد ضعیف خانواده و کاهش رفتارهای مطلوب والدین می‌تواند علاوه بر رفتارهای خودآسیب‌رسان، بر کنترل عواطف نوجوانان تأثیر داشته باشد؛ باین حال نقص در کنترل عواطف، زمینه را برای بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان مهیا می‌کند.

باتوجه به انتخاب آزمودنی‌های پژوهش از بین نوجوانان دختر شهر فومن، در تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به نوجوانان پسر و دارای زمینه فرهنگی دیگر باید جوانب احتیاط رعایت شود؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی موضوع پژوهش حاضر بر سایر جوامع اجرا شود و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه گردد. همچنین به درمانگران و مشاوران کودک و نوجوان پیشنهاد می‌شود برای تکمیل

فرایندهای درمانی نوجوانان خودآسیب‌رسان، به عملکردهای خانواده آن‌ها توجه شه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، کنترل عواطف در رابطه بین عملکرد خانواده و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان دختر، نقش میانجی دارد. نوجوانانی که در خانواده‌هایی با عملکرد ضعیف زندگی می‌کنند و خانواده قادر نیست نیازهای نوجوان را به‌درستی برطرف کند و ارتباط مناسبی با نوجوان داشته باشد، نوجوان در کنترل عواطف ازجمله خشم، خُلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت عملکرد ضعیفی خواهد داشت؛ درنتیجه می‌تواند در نوجوان به رفتارهای خودآسیب‌رسان منجر شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مدیریت آموزش و پرورش، مدیران مدارس، دبیران و دانش‌آموزان شهرستان فومن که با همکاری خویش زمینه اجرای این پژوهش را فراهم آوردند، قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

همه شرکت‌کنندگان با تمایل خود در پژوهش شرکت کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است. همچنین به‌منظور رعایت حریم خصوصی نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام پذیرفته است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد ابهر است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم اساتید مشاور رساله بودند که پیش‌نویسی و بازبینی و اصلاح مقاله حاضر را بر عهده داشتند و نسخه نهایی را تأیید کردند.

References

1. Borschmann R, Becker D, Coffey C, Spry E, Moreno-Betancur M, Moran P, et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2017;1(3):195–202. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(17\)30007-x](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(17)30007-x)
2. Borschmann R, Molyneaux E, Spry E, Moran P, Howard LM, Macdonald JA, et al. Pre-conception self-harm, maternal mental health and mother-infant bonding problems: a 20-year prospective cohort study. *Psychol Med*. 2019;49(16):2727–35. <https://doi.org/10.1017/s0033291718003689>
3. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017;359:j4351. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>
4. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1–2):65–73. <https://doi.org/10.1080/0954026021000045967>
5. Mcmanus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey. In: *Adult Psychiatric Morbidity Survey*. London: NHS Digital; 2009. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.1563.5205>
6. McManus S, Hassiotis A, Jenkins R, Aznar C, Dennis M, Appleby L. Suicidal thoughts, suicide attempts and self-harm. In: McManus S, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T. *Mental health and wellbeing in England: adult psychiatric morbidity survey 2014*. London: NHS Digital; 2016.
7. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379(9812):236–43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61141-0)
8. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Lawrence D, Saw S, Sawyer M, et al. Self-harm: prevalence estimates from the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(9):911–21. <https://doi.org/10.1177/0004867415617837>
9. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(9):636–50. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
10. Padmanathan P, Hall K, Moran P, Jones HE, Gunnell D, Carlisle V, et al. Prevention of suicide and reduction of self-harm among people with substance use disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry*. 2020;96:152135. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152135>
11. Kumar P, Nestsiarovich A, Nelson SJ, Kerner B, Perkins DJ, Lambert CG. Imputation and characterization of uncoded self-harm in major mental illness using machine learning. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2020;27(1):136–46. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz173>
12. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(4):327–37. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30030-6)
13. xDuarte E, Gouveia-Pereira M, Gomes HS, Sampaio D. Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *J Adolesc*. 2019;73:113–21. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
14. Kotsopoulou A, Melis A. The role of parental bonding for self-harm adolescents. *European Psychiatry*. 2016;(33):S437.
15. Imani M, Zemestani M, Karimi J. The role of psychological disorders, family functioning and occupational factors on self-harming behaviors for the mediating role of depression among Shiraz military personnel. *Journal of Military Medicine*. 2022;19(6):624–33. [Persian] https://militarymedj.bmsu.ac.ir/article_1000721_81ba5827495a874d6fbb4a49a397596e.pdf

16. Pardoe J, Trainor G. Transgender youths who self-harm: perspectives from those seeking support [Internet]. Mental Health Today; 2017. Available from: <https://www.mentalhealthtoday.co.uk/transgender-youths-who-self-harm-perspectives-from-those-seeking-support.aspx>
17. Adrian M, Berk MS, Korslund K, Whitlock K, McCauley E, Linehan M. Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Prof Psychol Res Pr*. 2018;49(4):274–81. <https://doi.org/10.1037/pro0000200>
18. Ajeli Lahiji L, Besharat MA. Prediction of family function and life quality based on the attachment styles of couples. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*. 2018;3(2):119–38. [Persian] <http://fpcej.ir/article-1-172-en.pdf>
19. Ghamari M, Amirimajd M, Khoshnam A. The relationship between family function and parent –adolescents conflict with academic achievement among secondary school students. 2014;8(26):157–74. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201632_a26d6e179de9293cd004f9ef15cd79e6.pdf
20. Huntsinger JR, Isbell LM, Clore GL. The affective control of thought: malleable, not fixed. *Psychol Rev*. 2014;121(4):600–18. <https://doi.org/10.1037/a0037669>
21. Ishoy GA. The theory of planned behavior and policing: how attitudes about behavior, subjective norms, and perceived behavioral control affect the discretionary enforcement decisions of police officers. *Criminal Justice Studies*. 2016;29(4):345–62. <https://doi.org/10.1080/1478601X.2016.1225362>
22. Hamilton S, Tew J, Szymczynska P, Clewett N, Manthorpe J, Larsen J, et al. Power, choice and control: how do personal budgets affect the experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners? *The British Journal of Social Work*. 2016;46(3):719–36.
23. Wager TD, Barrett LF. From affect to control: functional specialization of the insula in motivation and regulation. *BioRxiv*; 2017: 102368. <https://doi.org/10.1101/102368>
24. Lively KJ, Heise DR. Emotions in affect control theory. In: Stets JE, Turner JH, editors. *Handbook of the sociology of emotions: volume II*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. pp: 51–75. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9130-4_4
25. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
26. Sansone RA, Gage MD, Wiederman MW. Investigation of borderline personality disorder among nonpsychotic, involuntarily hospitalized clients. *Journal of Mental Health Counseling*. 1998;20(2):133–40.
27. Tahbaz Hoseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi S. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association*. 2012;6(2):35–44. [Persian] <http://bjcp.ir/article-1-40-fa.pdf>
28. Williams KE, Chambless DL, Ahrens A. Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behav Res Ther*. 1997;35(3):239–48. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00098-8)
29. Tahmasebian H, Khazaie H, Arefi M, Saeidipour M, Hoseini SA. Normalization of emotion control scale. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014;18(6):349–54. [Persian] <https://brieflands.com/articles/jkums-74087.pdf>
30. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*. 1983;9(2):171–80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
31. Zade Mohammadi A, Malek Khosravi Gh. The preliminary study of psychometric and reliability of Family Assessment Device. *Journal of Family Research*. 2006;2(5):69–89. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_94896.html
32. Bakhshipour B, Asadi M, Ahmadrza K, Asghar S, Hossein A. The relationship between family function and marital conflicting couples who had decided to get divorced. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012;13(48):11–21. [Persian] https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533822_a6e187cc0dcbaac0d829bbdc6f0352a9.pdf
33. Ghamari M, Khoshnam AH. The relationship of original family function and quality of life among students. *Journal of Family Research*. 2011;7(3):343–54. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_96003_37eebe7ae2c107a217b20921baa967e0.pdf
34. Baetens I, Claes L, Martin G, Onghena P, Grietens H, Van Leeuwen K, et al. Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence*. 2014;34(3):387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>
35. Fortune S, Cottrell D, Fife S. Family factors associated with adolescent self-harm: a narrative review. *Journal of Family Therapy*. 2016;38(2):226–56. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12119>
36. Cassels M, van Harmelen AL, Neufeld S, Goodyer I, Jones PB, Wilkinson P. Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(8):881–7. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>
37. Houben M, Claes L, Vansteelandt K, Berens A, Sleuwaegen E, Kuppens P. The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(1):89–95. <https://doi.org/10.1037/abn0000229>
38. Simbar M, Golezar S, Alizadeh S, Hajifoghaha M. Suicide risk factors in adolescents worldwide: a narrative review. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2018;16(12):1153–68. [Persian] <https://journal.rums.ac.ir/article-1-3851-en.pdf>
39. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
40. Yates TM. Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In: *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009. pp: 117–37. <https://doi.org/10.1037/11875-007>
41. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22:201–69. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9)
42. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
43. Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prev Sci*. 2014;15(6):850–9. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0412-8>