

Determining the Pattern of Social Skills Communications and Emotion Control with Self-Harm in Women Aged 20-25 Years: The Mediating Role of Depression and Experience of Violence

Forket A¹, *Akbari Govaberi B², Hosseinkhanzadeh AA³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran;

3. Invited Associate Professor, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran; Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

*Corresponding Author Address: akbari@iaurast.ac.ir

Received: 2022 April 26; Accepted: 2022 July 6

Abstract

Background & Objectives: Today, adolescent women and girls live in a complex and challenging world compared to the past due to social, geographical, cultural, and economic evolution, and consequently, their social needs and desires have changed. Adolescence is one of the most influential and important stages in a person's life. It is associated with psychological and physical changes. One of the prevalent and high-risk behaviors, which is more prevalent in adolescence, is self-harming. This behavior can have numerous psychological and physical consequences for individuals and society; most people do not approve of it. This study aimed to determine the pattern of social skills, communication, and controlling emotion with self-harm in women aged 25–20, considering the mediating role of depression and experience of violence.

Methods: The method of the present study was descriptive-analytical using structural equation modeling. The statistical population comprised all women aged 20–25 years living in Karaj City, Iran, in 2020. Of whom 350 were enrolled in the study by purposeful sampling according to the inclusion and exclusion criteria. After a complete and clear explanation of the study objectives and procedure and observing ethical considerations such as confidentiality of samples' information and names, the researcher asked the participants to answer the questionnaires carefully. The inclusion criteria were as follows: having normal intelligence, willingness and informed consent to cooperate and participate in research, and having self-harm behaviors at a significant level based on Self-Harm Inventory results (Sansone & Sansone, 2010). The exclusion criterion was not answering the questions accurately. To collect data, we used Self-Harm Inventory (Sansone & Sansone, 2010), Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996), the Teenagers Social Skills Inventory (Inderbitzen & Foster, 1992), Emotion Control Questionnaire (Roger & Najarian, 1989), and Violence against Women Inventory (Haj-Yahia, 2003). The proposed model was evaluated by structural equation modeling using SPSS26 and AMOS24 software at a significance level 0.05. The bootstrap method was used to analyze the intermediate relationships.

Results: Results showed that social skills ($p < 0.001$, $\beta = -0.450$) and emotional control ($p = 0.003$, $\beta = -0.183$) had direct and negative effects on self-harm. Also, depression ($p < 0.001$, $\beta = 0.440$) and the experience of violence ($p < 0.001$, $\beta = 0.372$) had positive and direct effects on self-harm. The indirect effects of social skills on self-harm with the mediating role of depression and experience of violence were -0.244 and -0.2812 , respectively ($p < 0.001$). The indirect effects of emotional control on self-harm with the mediating role of depression and experience of violence were -0.1628 ($p < 0.001$) and -0.0962 ($p = 0.003$), respectively. In addition, good fit indices supported the optimal fit of the model with the collected data (PCFI=0.545, PNFI=0.530, $\chi^2/df=2.82$, RMSEA=0.072, IFI=0.908, CFI=0.907 and GFI=0.911).

Conclusion: Based on the results of the present study, it is possible to identify some predictive conditions of self-harming behaviors in women. By strengthening social skills and emotion control, it is possible to reduce self-harming behaviors in women, and depression and the experience of violence weaken this relationship. Considering these conditions, measures can be taken to reduce self-harming behaviors in women.

Keywords: Self-harm behaviors, Depression, Experience of violence, Social skills, Emotion control.

تعیین الگوی ارتباطات مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله: نقش میانجی افسردگی و تجربه خشونت

آزاده فرکت^۱، * بهمن اکبری گوابری^۲، عباسعلی حسین خانزاده^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛

۳. دانشیار مدعو، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: akbari@iaurash.ac.ir

تاریخ دریافت: ۶ اردیبهشت ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۵ تیر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: امروزه زنان و دختران نوجوان به واسطه تحول شرایط اجتماعی، جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی و مرحله‌ای از تحول که در آن قرار دارند، در جهانی پیچیده‌تر و چالش‌برانگیزتر از گذشته زندگی می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، تعیین الگوی ارتباطات مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله با نقش میانجی افسردگی و تجربه خشونت بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان ۲۰ تا ۲۵ سال شهر کرج در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که ۳۵۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه آسیب به خود (سانسون و سانسون، ۲۰۱۰)، پرسش‌نامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان (ایندربیتزن و فوستر، ۱۹۹۲)، پرسش‌نامه مهار هیجان (راجر و نجاریان، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه سنجش خشونت نسبت به زنان (حاج-یحیی، ۲۰۰۳) استفاده شد. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت. برای تحلیل روابط واسطه‌ای، روش بوت‌استرپ به کار رفت.

یافته‌ها: مهارت‌های اجتماعی ($\beta = -0/450, p < 0/001$) و مهار هیجانی ($\beta = -0/183, p = 0/003$) دارای اثر منفی و مستقیم بر آسیب به خود و افسردگی ($p < 0/001$)، و تجربه خشونت ($\beta = 0/440, p < 0/001$) و تجربه خشونت به ترتیب برابر با $-0/2244$ و $-0/2812$ به دست آمد ($p < 0/001$). اثرات غیرمستقیم مهارت‌های اجتماعی بر آسیب به خود با نقش واسطه‌ای افسردگی و تجربه خشونت به ترتیب برابر با $-0/1628$ و $-0/0962$ ($p < 0/001$) و $-0/0962$ ($p = 0/003$) بود. شاخص‌های نکوئی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کردند ($GFI = 0/911, CFI = 0/907, IFI = 0/908, RMSEA = 0/072, \chi^2/df = 2/82, PNFI = 0/530, PCFI = 0/545$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، با تقویت مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان می‌توان به کم‌شدن رفتارهای آسیب به خود در زنان کمک کرد و افسردگی و تجربه خشونت، این رابطه را تضعیف می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای آسیب به خود، افسردگی، تجربه خشونت، مهارت‌های اجتماعی، کنترل هیجان.

کنترل هیجان عاملی تعیین‌کننده و کلیدی در بهزیستی روانی^۶ و سازش‌یافتن با رویدادهای تنش‌زا در نوجوانان است. پژوهش‌ها مشخص کرد، میان رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان و کنترل هیجان در آنان، رابطه معناداری وجود دارد (۸، ۱۱، ۱۲)؛ برای مثال تانگ و همکاران، نبود کنترل و مدیریت هیجان را از عوامل خطر رفتارهای آسیب به خود در افراد معرفی کردند (۱۲).

همان‌طور که گفته شد، مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان می‌توانند به عنوان عوامل محافظت‌کننده در برابر رفتارهای آسیب به خود عمل کنند؛ اما عوامل خطر چندگانه‌ای در آسیب به خود نوجوانان دخالت دارند که از مهم‌ترین این عوامل خطر، افسردگی^۷ است (۱۳). افسردگی از اختلالات بسیار شایع و ناتوان‌کننده در نوجوانان است و به صورت احساس بی‌ارزشی، کندی روانی حرکتی، سوءمصرف مواد، بدبینی به آینده، عملکرد تحصیلی ضعیف، فرار از مدرسه و خانه، لذت‌نبردن، خودکشی، خلق آشفته، عملکرد نباتی، خودآرزیایی ضعیف، ناامیدی و مشکلات بین فردی بروز می‌کند (۱۴). پژوهش‌ها مشخص کرد، افسردگی با رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان ارتباط دارد (۱۳، ۱۵). فرگت و همکاران در پژوهشی در قالب مدل‌سازی، ارتباطات میان افسردگی را با رفتارهای آسیب به خود و مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان در نوجوانان دختر تشریح کردند (۱۶).

یکی دیگر از عوامل خطر بسیار مهم در رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان، تجربه خشونت^۸ است (۱۷). مطابق نظر پژوهشگران، تجربه خشونت به سه نوع خشونت فیزیکی و جنسی و روانی تقسیم شده و به این صورت تعریف می‌شود: اعمال فشار و زورگویی فرد به گونه‌ای که به طور جدی زندگی، سلامت جسمی، انسجام روان‌شناختی و آزادی فردی دیگر را سلب کند (۱۶). خشونت از هر نوعی موجب سلب ارزش و اعتبار انسانی از قربانی می‌شود و آسیب‌های جسمی و ضربه‌های روانی حاصل از آن پیامدهای بی‌شماری برای زندگی فرد قربانی دارد؛ بنابراین دور از انتظار نیست که تجربه خشونت با آسیب به خود در نوجوانی ارتباط داشته باشد. پژوهش‌های زیادی این ارتباط را نشان دادند (۱۷، ۱۸).

عوامل متعددی در رفتارهای آسیب به خود نوجوانان نقش دارند. شناسایی دقیق این عوامل و طراحی راهکارها و ارائه برنامه‌هایی که بتواند باعث بهره‌گیری بهینه از امکانات و توانمندی‌های موجود نوجوانان برای رسیدن به بازدهی رضایت‌بخش آنان شود، دارای اهمیت است؛ از این رو شناسایی عوامل مؤثر بر رفتارهای آسیب به خود، زمینه را برای بهبود عملکرد تحصیلی و شناختی و اجتماعی افراد فراهم می‌کند. باتوجه به اهمیت و ضرورت این رفتارها در زندگی تحصیلی و شغلی و اجتماعی نوجوان و جوان و باتوجه به شیوع فراوان این رفتارها در نوجوانی و جوانی، این ضرورت ایجاد می‌شود که به ابعاد مختلف اثرگذار بر آسیب به خود مانند مهارت‌های اجتماعی، مهار هیجان، افسردگی و تجربه خشونت پرداخته شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تعیین الگوی ارتباطات مهارت‌های اجتماعی و مهار

امروزه زنان و دختران نوجوان در جهانی چالش‌برانگیزتر و پیچیده‌تر از گذشته زندگی می‌کنند. تحول شرایط فرهنگی، اجتماعی، جغرافیایی، اقتصادی و مرحله‌ای از تحول که دختران در آن قرار دارند، به‌طور طبیعی نیازها و تمایلات اجتماعی آنان را باتوجه به رویاهای نامحدود و توانایی‌های بالقوه‌شان، متنوع می‌کند و پویایی بیشتری می‌دهد (۱). همچنین نوجوانی از مراحل تأثیرگذارتر و مهم‌تر تحولی زندگی فرد است؛ زیرا با تغییرات و تحولات روانی و جسمی همراه است. نیروهای زیستی و اجتماعی به صورت هم‌زمان تغییرات روان‌شناختی در دختران نوجوان به وجود می‌آورند و می‌توانند بنیان وقوع بسیاری از آسیب‌های اجتماعی^۱ و رفتارهای پرخطر^۲ در این مرحله شوند (۲). یکی از این رفتارهای پرخطر، رفتار آسیب به خود^۳ است که در دوره نوجوانی شیوع بیشتری از سایر دوره‌های زندگی دارد؛ به گونه‌ای که برآورد شد، در انگلستان از هر هشت دانش‌آموز دبیرستانی یک نفر اقدام به آسیب‌زدن به خود می‌کند (۳). رفتارهای آسیب به خود شامل گستره وسیعی از رفتارها است که با نیت‌های گوناگون روان‌شناختی و بین فردی به شکل‌های مستقیم (مانند کوبیدن سر به دیوار، آسیب عمدی به بافت‌های بدن) و غیرمستقیم (مانند سوءمصرف الکل و مواد، عادت‌های سازش‌نا یافته خوردن) انجام می‌شود و به لحاظ فرهنگی و اجتماعی مورد قبول اکثریت افراد جامعه نیست (۲). اگرچه خودکشی بیشترین حد رفتار آسیب به خود است، اصطلاح «رفتارهای آسیب به خود» برای رفتارهای غیرکشنده به کار می‌رود (۴).

رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگونی از جمله مهارت‌های اجتماعی^۴ آنان قرار گیرد (۵، ۶). مهارت‌های اجتماعی، راهبردی کلی است که افراد به واسطه آن برای شرایط و موقعیت‌های چالش‌برانگیز، پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر انتخاب می‌کنند. این قبیل مهارت‌ها برای سازش‌یافتگی روانی بسیار مهم هستند؛ زیرا در محدوده موقعیت‌های استرس‌زا، بر کارکرد انطباقی تأثیر می‌گذارند؛ از این رو شگفت‌آور نیست که مسئله اجتماعی از یک طرف با اشکال مختلف سازش‌نا یافتگی و آسیب‌شناسی روانی و از سوی دیگر با سازش‌یافتگی و روان‌شناختی مثبت، رابطه داشته باشد (۷). پژوهش‌ها نشان داد، بین مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان و رفتارهای آسیب به خود آن‌ها ارتباط وجود دارد (۵، ۶)؛ برای مثال براساس نتایج پژوهش ویکتور و همکاران، نحوه رابطه با خانواده و همسالان، می‌تواند یک پیش‌بین بلندمدت برای بروز رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان باشد (۵).

علاوه بر مهارت‌های اجتماعی، مهار و کنترل هیجان^۵ از جمله مؤلفه‌های مؤثر بر رفتار آسیب به خود در دختران نوجوان است (۸). کنترل هیجان به این صورت تعریف می‌شود: از طریق کنترل هیجان افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (۹). هرگونه کاستی و نارسایی در کنترل هیجانات، فرد را در برابر مشکلات، آسیب‌پذیرتر می‌کند (۱۰)؛ بنابراین

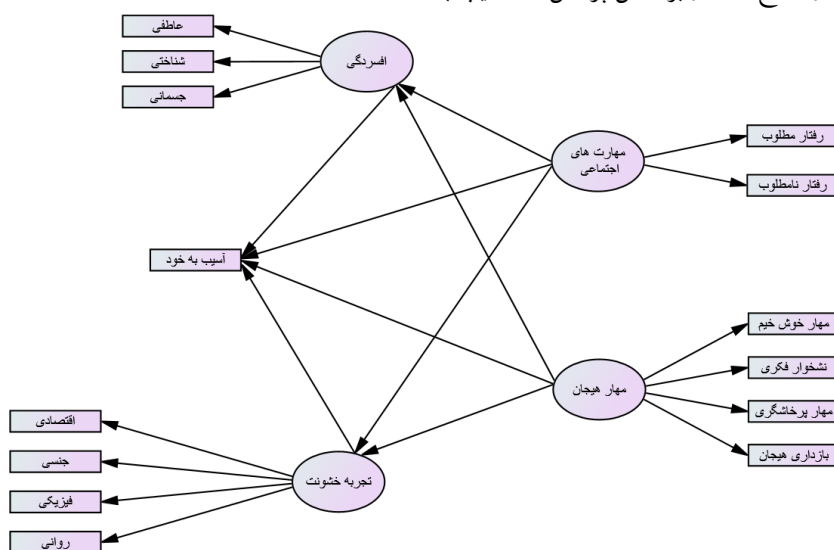
۵. Emotion Control
۶. Psychological well-being
۷. Depression
۸. Experience of violence

۱. Social harm
۲. High-risk behaviors
۳. Self-injury behaviors
۴. Social skills

هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله با در نظر گرفتن نقش میانجی افسردگی و تجربه خشونت، انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی از طریق مدل سازی معادلات ساختاری^۱ بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان محدوده سنی ۲۰ تا ۲۵ سال استان البرز، شهر کرج در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که در فراخوان اینترنتی مشارکت کردند. ملاک های ورود آزمودنی ها به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن هوش بهنجار؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای همکاری و مشارکت در پژوهش؛ داشتن رفتارهای آسیب به خود در سطح معنادار براساس پرسش نامه آسیب به



شکل ۱. الگوی ارتباطات مهارت های اجتماعی و مهار هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله با در نظر گرفتن نقش میانجی افسردگی و تجربه خشونت

سال ۱۹۶۱ معرفی کردند. سپس در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر و در سال ۱۹۹۶ منتشر شد (۲۲). بیست و یک گویه پرسش نامه افسردگی بک در سه گروه نشانه های عاطفی و نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی می شود. در پژوهش حاضر این پرسش نامه به منظور سنجش شدت علائم افسردگی به کار رفت. نمرات این مقیاس براساس چهار گزینه (صفر تا ۳) براساس وجود یا نبود نشانه های خاص تقسیم بندی شده است. جمع نمرات پرسش نامه بین صفر تا ۶۳ است. این پرسش نامه برای ارزیابی شدت افسردگی در افراد بیشتر از سیزده سال استفاده می شود. بیمار باید به تجربه علائم مذکور در دو هفته گذشته اشاره کند. آزمونگر می تواند دستور عمل آزمون را کتبی یا شفاهی به بیمار ارائه دهد. در ضمن می توان با توجه به گویه های مختلف به نوع علائم در این بیماری توجه کرد (۲۲). ضریب همبستگی درون خوشه ای^۴ (ICC) حاصل از آزمون بازآزمون در یک زیرگروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۳ گزارش شد. محاسبه روایی همگرا از طریق همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک^۵ و پرسش نامه اضطراب بک^۶ به ترتیب ۰/۶۸ درصد و ۰/۶۰ درصد بود (۲۳). ویژگی های

برای جمع آوری داده ها ابزارهای زیر به کار رفت.

– پرسش نامه آسیب به خود: این پرسش نامه توسط سانسون و سانسون در سال ۲۰۱۰ ساخته شد (۱۹). این پرسش نامه خود گزارشی ۲۲ گویه با پاسخ های بله=۱ و خیر=صفر دارد که سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می کند. در این پرسش نامه رفتارهایی ارزیابی می شود که به طور عمد به منظور آسیب به خود انجام شده است؛ مانند سوء مصرف دارو، مواد یا الکل، آسیب بدنی به خود و ازدست دادن شغلی به صورت عمدی. نمرات ۵ یا بیشتر در پرسش نامه با احتمال ۸۴ درصد نشان دهنده اختلال شخصیت مرزی است. پرسش نامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت های روان پزشکی طراحی شد (۱۹). پایایی پرسش نامه توسط سازندگان آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ درصد به دست آمد. شاخص روایی محتوایی نیز در پرسش نامه توسط ده نفر از متخصصان ۰/۶۵ محاسبه شد (۱۹). در ایران، طاهباز حسین زاده و همکاران آلفای کرونباخ پرسش نامه را ۰/۷۴ درصد گزارش کردند (۲۱).

– پرسش نامه افسردگی بک^۳: ابتدا بک و همکاران این پرسش نامه را در

^۴. Intraclass Correlation Coefficient

^۵. Beck Homelessness Scale

^۶. Beck Anxiety Inventory

^۱. Structural Equation Modeling

^۲. Self-Harm Inventory (SHI)

^۳. Beck Depression Inventory (BDI)

کردند و روایی محتوایی آن براساس نظر ده نفر از متخصصان با مقدار ۰/۸۸ تأیید شد (۲۸).

– پرسش‌نامه مهار هیجانی^۳: راجر و نشور در سال ۱۹۸۷ ساختار اولیه مهار هیجانی را تنظیم کرده و راجر و نجاریان در سال ۱۹۸۹ این پرسش‌نامه را تجدیدنظر کردند (۲۹) که در پژوهش حاضر از این فرم استفاده شد. پرسش‌نامه مذکور دارای چهار مؤلفه (بازداری هیجان، مهار پرخاشگری، نشخوارگری یا مرور ذهنی، مهار خوش‌خیم) و ۵۶ گویه است. هر مؤلفه چهارده گویه دارد. پاسخ به گزینه‌ها به صورت درست و غلط است که به گزینه درست نمره ۲ و به گزینه غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد (۲۹). پایایی پرسش‌نامه توسط سازندگان آن با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم به ترتیب ۷۱ درصد، ۷۰ درصد، ۷۶ درصد، ۷۷ درصد و ۷۳ درصد به دست آمد و بیانگر آن بود که پرسش‌نامه مذکور دارای همسانی درونی زیاد و معنادار است. همچنین سازندگان، روایی سازه این مقیاس را با روش روایی همگرا با مقیاس مشابه ۰/۷۰ گزارش کردند (۳۰). در ایران نیز در پژوهش یعقوبی برای سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری از روایی مرتبط با محتوا استفاده شد و مقدار آن ۰/۷۶ به دست آمد؛ ضمن اینکه برای تعیین پایایی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن برای کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۷۰ و ۰/۶۸ بود (۳۱).

در مرحله اجرا ابتدا لاینک پرسش‌نامه برای زنان جامعه هدف به صورت در دسترس ارسال شد. پس از توضیحات کامل و روشن درباره اهداف و روش انجام پژوهش و رعایت ملاحظات اخلاقی از قبیل محرمانه ماندن نام و اطلاعات، پژوهشگر از شرکت‌کنندگان درخواست کرد به پرسش‌نامه‌ها با دقت پاسخ دهند.

ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت. برای تحلیل روابط واسطه‌ای، روش بوت‌استرپ به کار رفت. در سطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از مدل‌سازی معادلات ساختاری به همراه کاربرد شاخص‌های نکویی برازش مجذورکای^۴ با مقدار احتمال بزرگ‌تر از ۰/۰۵، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ با نقطه برش کوچک‌تر از ۰/۰۸، شاخص برازش نرم پارسیمون^۶ با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۵، شاخص برازش مقایسه‌ای^۷ با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹، شاخص برازش افزایشی^۸ پارسیمون^۹ با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹ و شاخص نکویی برازش^{۱۰} با نقطه برش بزرگ‌تر از ۰/۹ استفاده شد (۳۲).

روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط استغفان-دایسون و محمد در نمونه‌ای ۹۴ نفری در ایران به ترتیب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین شاخص روایی محتوا توسط ده نفر از متخصصان بررسی شد و مقدار آن برابر با ۰/۷۵ به دست آمد که نشان از تأیید آن است (۲۴).

– پرسش‌نامه سنجش خشونت نسبت به زنان^۱: این پرسش‌نامه توسط حاج-یحیی در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۲۵). این پرسش‌نامه دارای ۳۲ گویه و چهار عامل سنجش خشونت روانی (گویه‌های ۱ تا ۱۶)، خشونت فیزیکی (گویه‌های ۱۷ تا ۲۷)، خشونت جنسی (گویه‌های ۲۸ تا ۳۰) و خشونت اقتصادی (گویه‌های ۳۱ و ۳۲) است. نمره‌گذاری گویه‌های پرسش‌نامه به صورت هرگز=۱ و یک‌بار=۲ و دوبار=۳ است (۲۵). ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای عامل خشونت روانی ۰/۷۱، عامل خشونت فیزیکی ۰/۸۶، عامل خشونت جنسی ۰/۹۳ و عامل خشونت اقتصادی ۰/۹۲ بود. شاخص روایی محتوا براساس نظر ده نفر از متخصصان بررسی شد و مقدار آن برابر با ۰/۷۲ به دست آمد که نشان از تأیید پرسش‌نامه است. ضریب سازگاری درونی ابزار توسط آلفای کرونباخ با استفاده از نمونه سی نفری، ۰/۹۵ گزارش شد (۲۵). مفردنژاد و منادی در دانشگاه الزهرا این پرسش‌نامه را ترجمه کردند و اعتبار محتوایی آن توسط پانزده نفر از اساتید این دانشگاه ۰/۸۶ گزارش و تأیید شد. همچنین ضریب همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد (۲۶).

– پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان^۲: این مقیاس که توسط ایندربیتزن و فوستر در سال ۱۹۹۲ ساخته شد (۲۷)، حاوی ۳۹ گویه پنج‌گزینه‌ای است که آزمودنی پاسخ خود را درباره هر عبارت در دامنه‌ای از گزینه‌های «اصلاً صدق نمی‌کند تا همیشه صدق می‌کند» ابزار می‌دارد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه دارای چهل گویه است که به دلیل تطابق نداشتن با فرهنگ ایران یک گویه حذف شد (گویه ۲۲). گویه‌های پرسش‌نامه در دو زمینه رفتارهای مثبت و منفی است. هر عبارت شش گزینه دارد. در گزینه‌های مثبت، گزینه‌ها به صورت اصلاً درست نیست=صفر، خیلی کم درست است=یک، کمی درست است=دو، تاحدی درست است=سه، بیشتر اوقات درست است=چهار و همیشه درست است=پنج، نمره‌گذاری می‌شود. در گزینه‌های منفی روش نمره‌گذاری معکوس است. نحوه ارزیابی مهارت‌های اجتماعی هر فرد به این ترتیب است که اگر فردی نمره‌اش بیشتر از میانگین (نمره ۹۸) باشد، مهارت‌های اجتماعی زیادی دارد (۲۷). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه توسط سازندگان آن ۰/۹۰ گزارش شد (۲۷). روایی همگرایی پرسش‌نامه به شیوه‌های متفاوت مانند همگرایی آن با اطلاعات ارزیابی همسالان و داده‌های جامعه‌سنجی بررسی و تأیید شد (۲۷). در ایران، پایایی پرسش‌نامه را راسخی‌نژاد و خدابخش‌کولایی در تهران برای گزاره‌های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش

6. Parsimonious normed fit index (PNFI)

7. Comparative fit index (CFI)

8. Parsimonious comparative fit index (PCFI)

9. Incremental fit index (IFI)

10. Goodness of fit index (GFI)

1. Violence against Women Inventory (VWI)

2. Teenagers Social Skills Inventory (TISS)

3. Emotion Control Questionnaire (ECQ)

4. Chi-square

5. Root mean square error of approximation (RMSEA)

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی پژوهش، ۹۰ نفر (۲۵/۷ درصد) میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کننده‌ها $22/13 \pm 6/05$ سال بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آورده شده است. جدول ۲ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین متغیرهای مشاهده‌شده پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای آشکار پژوهش در زنان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشینه-کمینه	چولگی	کشدگی
آسیب به خود	۱۳/۶۴	۸/۹۴	۰-۲۲	-۰/۳۶۷	-۱/۷۰۰
جسمانی	۶/۰۱	۴/۳۸	۰-۱۲	۰/۰۰۷	-۱/۴۹۹
شناختی	۸/۴۴	۶/۷۳	۰-۱۸	۰/۱۹۱	-۱/۴۱۱
عاطفی	۴/۱۷	۳/۳۶	۰-۹	۰/۳۱۷	-۱/۳۹۲
رفتار مطلوب	۴۰/۴۴	۳۰/۶۷	۲-۹۵	۰/۱۲۵	-۱/۶۷۲
رفتار نامطلوب	۵۷/۲۶	۲۳/۹۰	۱۶-۹۸	-۰/۲۴۹	-۱/۳۸۳
روانی	۳۷/۲۸	۱۱/۲۷	۱۶-۴۸	-۰/۷۵۵	-۱/۰۱۱
فیزیکی	۲۴/۶۴	۹/۷۷	۱۱-۳۳	-۰/۴۶۶	-۱/۶۷۰
جنسی	۶/۹۰	۲/۶۷	۳-۹	-۰/۶۲۰	-۱/۵۰۴
اقتصادی	۴/۵۹	۱/۷۳	۲-۶	-۰/۶۵۴	-۱/۳۹۲
بازداری هیجان	۸/۰۷	۲/۶۲	۳-۱۴	۰/۱۹۷	-۰/۲۲۰
مهار پرخاشگری	۸/۴۸	۲/۷۸	۰-۱۴	-۰/۳۵۹	۰/۹۹۲
نسخوار فکری	۹/۴۹	۳/۲۲	۰-۱۴	-۱/۰۳۱	۰/۴۵۱
مهار خوش‌خیم	۷/۴۳	۲/۲۶	۰-۱۲	-۰/۰۵۰	۰/۲۸۹

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای مشاهده‌شده پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. آسیب به خود	-													
۲. جسمانی	۰/۳۵**	-												
۳. شناختی	۰/۴۳**	۰/۷۵**	-											
۴. عاطفی	۰/۲۷**	۰/۸۱**	۰/۷۳**	-										
۵. رفتار مطلوب	۰/۴۵**	۰/۴۳**	۰/۲۹**	۰/۳۶**	-									
۶. روانی	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۳۲**	۰/۱۹**	-								
۷. فیزیکی	۰/۴۷**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۳۸**	۰/۲۵**	۰/۸۱**	-							
۸. جنسی	۰/۴۱**	۰/۲۵**	۰/۲۲**	۰/۳۰**	۰/۳۴**	۰/۷۵**	۰/۸۷**	-						
۹. اقتصادی	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۵۰**	۰/۴۷**	۰/۳۱**	۰/۶۸**	۰/۸۶**	۰/۷۸**	-					
۱۰. بازداری هیجان	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	۰/۴۰**	-				
۱۱. مهار پرخاشگری	۰/۴۱**	۰/۳۵**	۰/۲۹**	۰/۳۶**	۰/۳۶**	۰/۱۶**	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۸۷**	-			
۱۲. نسخوار فکری	۰/۳۸**	۰/۴۰**	۰/۴۱**	۰/۳۰**	۰/۳۰**	۰/۱۴**	۰/۳۹**	۰/۱۹**	۰/۲۳**	۰/۸۸**	۰/۸۲**	-		
۱۳. مهار خوش‌خیم	۰/۵۷**	۰/۳۴**	۰/۴۷**	۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۲۷**	۰/۸۹**	۰/۸۰**	۰/۸۹**	-	
۱۴. رفتار نامطلوب	۰/۳۶**	۰/۳۴**	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۷۸**	۰/۲۴**	۰/۳۹**	۰/۳۰**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۴۱**	-

** $p < 0/01$

جدول ۳ شاخص‌های برازش الگوی پیشنهادی را نشان می‌دهد. براساس جدول ۳، همه شاخص‌های نکویی برازش به‌دست‌آمده، برازش مدل ساختاری پژوهش حاضر را تأیید کردند. در ادامه، جدول ۴ ضرایب استاندارد مسیر بین متغیرها را در مدل ساختاری نشان می‌دهد.

باتوجه به اینکه دامنه کجی و کشیدگی متغیرها در بازه $2 \pm$ قرار داشت، نرمال بودن تک‌متغیری تأیید شد (جدول ۱). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی منفی و معناداری بین مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجانی با مؤلفه‌های افسردگی و تجربه خشونت و متغیر آسیب به خود وجود داشت.

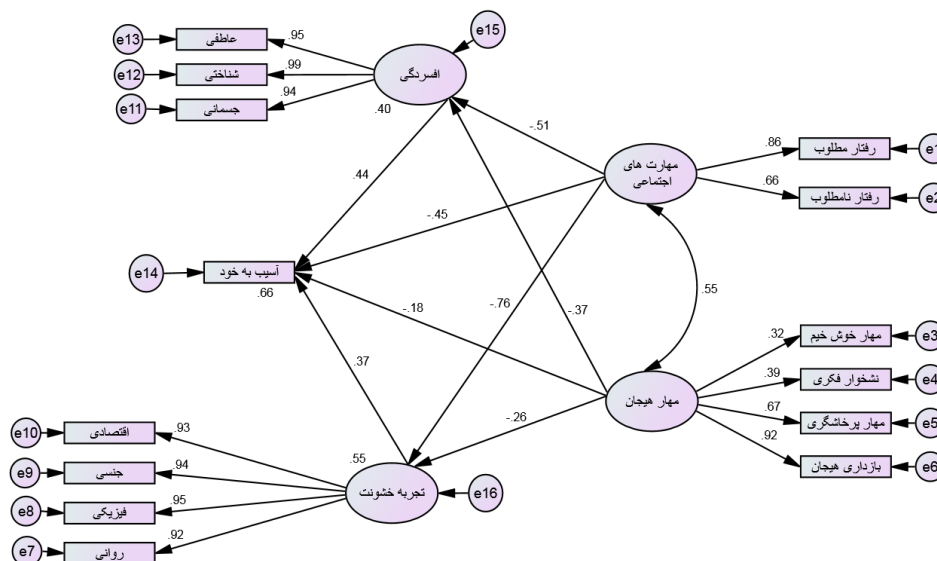
جدول ۳. شاخص‌های نكویی برازش مدل ساختاری

RMSEA	IFI	CFI	PNFI	PCFI	GFI	χ^2/df	p	df	χ^2	شناسه‌های برازش
۰/۰۷۲	۰/۹۰۸	۰/۹۰۷	۰/۵۳۰	۰/۵۴۵	۰/۹۱۱	۲/۸۲	<۰/۰۰۱	۷۰	۱۹۷/۴۴۲	الگوی پیشنهادی

جدول ۴. ضرایب استاندارد مسیر مستقیم

مسیر	ضریب	خطای معیار	t	مقدار احتمال
مهارت‌های اجتماعی --> آسیب به خود	-۰/۴۵۰	۰/۱۰۳	-۵/۳۵۴	<۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی --> افسردگی	-۰/۵۱۱	۰/۱۱۵	-۶/۴۳۱	<۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی --> تجربه خوشونت	-۰/۷۶۰	۰/۲۰۳	-۹/۲۱۹	<۰/۰۰۱
مهار هیجانی --> آسیب به خود	-۰/۱۸۳	۰/۰۱۲	-۲/۷۳۶	۰/۰۰۳
مهار هیجانی --> افسردگی	-۰/۳۷۳	۰/۰۹۰	-۳/۸۴۶	<۰/۰۰۱
مهار هیجانی --> تجربه خوشونت	-۰/۲۶۰	۰/۰۷۱	-۳/۰۲۴	۰/۰۰۱
افسردگی --> آسیب به خود	۰/۴۴۰	۰/۱۰۹	۵/۱۲۴	<۰/۰۰۱
تجربه خوشونت --> آسیب به خود	۰/۳۷۲	۰/۰۹۱	۳/۸۴۰	<۰/۰۰۱

براساس نتایج جدول ۴، مهارت‌های اجتماعی ($\beta = -۰/۴۵۰, p < ۰/۰۰۱$) و مهار هیجانی ($\beta = -۰/۱۸۳, p = ۰/۰۰۳$) و افسردگی ($\beta = -۰/۵۱۱, p < ۰/۰۰۱$) و تجربه خوشونت ($\beta = -۰/۷۶۰, p < ۰/۰۰۱$) و آسیب به خود ($\beta = ۰/۴۴۰, p < ۰/۰۰۱$) و تجربه خوشونت ($\beta = ۰/۳۷۲, p < ۰/۰۰۱$) دارای اثر مثبت و مستقیم بر آسیب به خود بودند. مهارت‌های اجتماعی ($\beta = -۰/۵۱۱, p < ۰/۰۰۱$) و مهار هیجانی ($\beta = -۰/۳۷۳, p < ۰/۰۰۱$) اثر منفی و مستقیم بر افسردگی داشتند. مهارت‌های اجتماعی ($\beta = -۰/۷۶۰, p < ۰/۰۰۱$) و مهار هیجانی ($\beta = -۰/۲۶۰, p = ۰/۰۰۱$) دارای اثر منفی و مستقیم بر تجربه خوشونت بودند. به منظور بررسی سهم واسطه‌گری افسردگی و تجربه خوشونت در رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجانی با آسیب به خود از دستور بوت‌استرپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.



شکل ۲. ضرایب استاندارد الگوی ارتباطات مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ ساله با در نظر گرفتن نقش میانجی افسردگی و تجربه خوشونت

جدول ۵. اثرات کل و روش بوت‌استرپ بر بررسی مسیرهای غیرمستقیم و واسطه‌ای

مسیرها	برآورد اثر	حد کمتر	حد بیشتر	مقدار احتمال	اثر کل
مهارت‌های اجتماعی --> افسردگی --> آسیب به خود	-۰/۲۲۴۴	-۰/۲۵۰۱	-۰/۱۹۳۵	<۰/۰۰۱	-۰/۶۷۴۴*
مهار هیجانی --> افسردگی --> آسیب به خود	-۰/۱۶۲۸	-۰/۲۰۱۱	-۰/۱۲۳۴	<۰/۰۰۱	-۰/۳۴۵۸*
مهارت‌های اجتماعی --> تجربه خوشونت --> آسیب به خود	-۰/۲۸۱۲	-۰/۳۵۴۱	-۰/۲۱۱۲	<۰/۰۰۱	-۰/۷۳۱۲*
مهار هیجانی --> تجربه خوشونت --> آسیب به خود	-۰/۰۹۶۲	-۰/۱۴۵۵	-۰/۰۵۳۴	۰/۰۰۳	-۰/۲۷۹۲*

$p < ۰/۰۰۱$

براساس جدول ۵، اثرات غیرمستقیم مهارت‌های اجتماعی بر آسیب به خود با نقش واسطه‌ای افسردگی و تجربه خوشونت به ترتیب برابر با

۰/۲۲۴۴ - و ۰/۲۸۱۲ - بود ($p < ۰/۰۰۱$). اثرات غیرمستقیم مهار هیجانی بر آسیب به خود با نقش واسطه‌ای افسردگی و تجربه خشونت به ترتیب برابر با ۰/۱۶۲۸ - ($p < ۰/۰۰۱$) و ۰/۰۹۶۲ - ($p = ۰/۰۰۳$) به دست آمد. اثرات کل مهارت‌های اجتماعی بر آسیب به خود از طریق افسردگی و تجربه خشونت به ترتیب برابر ۰/۶۷۴۴ - و ۰/۷۳۱۲ - و اثرات کل مهار هیجانی بر آسیب به خود از طریق افسردگی و تجربه خشونت به ترتیب برابر ۰/۳۴۵۸ - و ۰/۲۷۹۲ - بود.

۴ بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین الگوی ارتباطات مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجان با آسیب به خود در زنان ۲۰ تا ۲۵ سال با در نظر گرفتن نقش میانجی افسردگی و تجربه خشونت بود. در مدل مفروض، متغیرهای مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان به عنوان متغیرهای پیش‌بین، افسردگی و تجربه خشونت به عنوان متغیرهای میانجی و آسیب به خود به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. شاخص‌های به دست آمده نشان داد، مدل مفروض با داده‌ها برازش پذیرفتنی دارد. مدل به لحاظ نظری در جهت تأیید مدل‌های نظری قبلی بود. این مطالعه یکی از اولین مطالعات در نوع خود در رابطه با بررسی دامنه نسبتاً وسیعی از تعیین‌کننده‌های آسیب به خود بود. نتایج پژوهش با یافته‌های برخی پژوهش‌ها همسوست. در آن پژوهش‌ها مشخص شد، بین مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان و رفتارهای آسیب به خود آن‌ها ارتباط وجود دارد (۷-۵). براساس نتایج پژوهش ویکتور و همکاران، نحوه رابطه با خانواده و همسالان می‌تواند پیش‌بین بلندمدت برای رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان باشد (۵). همچنین نتایج پژوهش حاضر از این لحاظ که بر ارتباط میان رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان و مهار هیجان در آنان تأکید داشت، با پژوهش‌هایی (۱۱، ۱۲، ۸)، همسوست. تانگ و همکاران نبود مهار و مدیریت هیجان را از عوامل خطر رفتارهای آسیب به خود در افراد معرفی کردند (۱۲). در این راستا نتایج پژوهش حاضر نشان داد، افسردگی با رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان ارتباط دارد و این نتیجه با پژوهش‌هایی (۱۳، ۱۵، ۱۶) همسوست. فرکت و همکاران در پژوهشی در قالب مدل‌سازی، ارتباطات میان افسردگی را با رفتارهای آسیب به خود و مهارت‌های اجتماعی و مهار هیجان در نوجوانان دختر تشریح کردند (۱۶). تجربه خشونت نیز با آسیب به خود در نوجوانان ارتباط داشت و یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر بود که با پژوهش‌هایی (۱۷، ۱۸) همسوست.

برای تبیین نتایج این مدل می‌توان گفت، زنان هرچه مهارت‌های اجتماعی بیشتری داشته باشند، در روابط بهتر عمل می‌کنند و روش‌های جایگزین مطلوب‌تری را برمی‌گزینند. زنانی که بیشتر در معرض انواع خشونت‌ها قرار می‌گیرند، مهارت کنترل هیجان کمتری را نشان می‌دهند (۱۴). زنانی که در محیطی با مراقبت مادرانه ضعیف و فرزندپروری مداخله‌گرانه و بیش‌محافظت‌کننده تحول یافته‌اند، در تشخیص و توصیف هیجان‌های خود و دیگران مشکل دارند. ارتباط منفی مهارت‌های اجتماعی با تجربه خشونت به صورت معنادار نشان داد، هرچه زنان مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بیشتری داشته باشند، به همان میزان تجربه خشونت کمتری خواهند داشت. همچنین با

افزایش سن زنان به‌ویژه سنین جوانی و بزرگسالی، میزان خشونت علیه زنان افزایش می‌یابد (۱۸).

افراد با مهارت‌های اجتماعی زیاد، می‌دانند که چگونه تصمیم‌گیری منطقی و درست داشته باشند، ابراز وجود کنند، خواسته‌ها و نظریات خود را مطرح نمایند و پاسخ قاطع به تقاضای دیگران بدهند. مهارت‌های ارتباطی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند کلامی و غیرکلامی و مناسب با فرهنگ، خود را بیان کنند؛ بدین معنا که قادر باشند نظرها، عقاید و خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز کنند و هنگام نیاز از یکدیگر کمک و راهنمایی بخواهند؛ از این رو، این توانایی‌ها، زنان را در مقابله مؤثر برای پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشد تا در رابطه با مشکلات، سازگارانه عمل کنند و سلامت روانی خود را تأمین نمایند (۵).

خشونت با زنان در خانواده نه تنها به تنش روابط در خانواده می‌انجامد، بلکه به اختلال در تعاملات سالم اجتماعی کمک می‌کند؛ در نتیجه زنانی که دارای نقایصی در مهارت‌های اجتماعی هستند، به دلیل دریافت نکردن بازخورد مثبت و طرد توسط اطرافیان وارد چرخه‌ای معیوب و غلط تعامل با دیگران می‌شوند. این موضوع بر قضاوت کلی آن‌ها درباره شایستگی اجتماعی‌شان تأثیر می‌گذارد و این رابطه اشتباه به شکست عاطفی منجر و ختم می‌شود. تجربه بین فردی منفی آن‌ها باعث می‌شود، دنیای اجتماعی را تهدیدکننده ادراک کنند و در نتیجه از ارتباطات اجتماعی کناره‌گیری کنند. خشونت خانگی، مسئله‌ای اجتماعی است (۷).

فقدان مهارت‌ها و توانایی‌های عاطفی، هیجانی، روانی و اجتماعی، زنان را در مواجهه با مشکلات و مسائل آسیب‌پذیر می‌کند و آن‌ها را در معرض انواع اختلال‌های روانی و اجتماعی و رفتاری قرار می‌دهد (۷)؛ از این رو، یکی از راه‌های پیشگیری از بروز مشکلات، آموزش مهارت‌های اجتماعی است (۱۳). مهارت‌های اجتماعی به مجموعه رفتارهای فراگرفته مقبولی گفته می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند. این مهارت‌ها شامل طیف گسترده‌ای از رفتارها از قبیل توانایی شروع ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران، ارائه پاسخ‌های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای سخاوتمندانه و همدلانه و یاری‌گرانه، پرهیز از تمسخر، قلدری و زورگویی به دیگران و مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها همچون ارتباط حل مسئله و تصمیم‌گیری، جرئت‌ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خودمدیریتی می‌شود (۵).

در جمع‌بندی می‌توان مطرح کرد، زنان باتوجه به سیستم‌های سرشتی، شناختی، رفتاری، فرهنگی و تربیتی در برخورد با رویدادهای زندگی، بار اکثر مسائل پیش‌آمده را بر دوش خود حمل می‌کنند و ترجیح می‌دهند در قالب رفتارهای جایگزین آسیب‌رسان به خود از آسیب‌زدن به دیگران جلوگیری کنند. شناسایی نظام زیست‌شناختی زنان می‌تواند به متخصصان کمک کند تا باتوجه به این آمادگی‌ها، عوامل خطر ساز و نگهدارنده را بشناسند و مداخله خویش را باتوجه به ویژگی‌های زیست‌شناختی مراجعان طرح‌ریزی کنند تا به‌طور بهینه از آن سود ببرند. دو نکته جالب در مطالعه حاضر در زمینه رفتارهای آسیب به خود مشاهده شد: نکته اول اینکه سطحی از تجربه خشونت در زنانی که رفتار

آسیب به خود نداشتند نیز وجود داشت؛ نکته دوم، ارتباط و آمیختگی بسیار زیاد در ابعاد عاطفی و هیجانی و اجتماعی در زنان بود. براساس یافته‌های موجود به نظر می‌رسد، در درمان زنان دارای رفتارهای آسیب به خود، لازم است به تفاوت‌ها و ویژگی‌های عاطفی و اجتماعی و هیجانی آن‌ها توجه خاص شود (۱۸). همچنین تأثیر عوامل فرهنگی و بافت اجتماعی اهمیت ویژه‌ای دارد. لازم است مراقبت‌های همه‌جانبه‌ای شامل ارزیابی عوامل فردی خانوادگی و اجتماعی صورت پذیرد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر این نکته بالینی را در بر داشت که با توجه به نقش تجربه خشونت به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتارهای آسیب به خود، در کارهای بالینی باید به این نقش عامل توجه صورت گیرد و در برنامه‌های پیشگیری و درمانی علاوه بر کارکردن روی هیجان‌ها، به بررسی و تعدیل تأثیر این عامل مهم پرداخته شود.

با وجود تلویحات نظری و عملی پژوهش حاضر، این مطالعه نیز مانند تمامی پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشت که در پژوهش‌های آتی باید به آن‌ها توجه شود. نه طرح حاضر و نه استفاده از الگویابی معادله ساختاری، علیت را به اثبات نمی‌رساند؛ بنابراین نمی‌توان گفت که افسردگی، تجربه خشونت، کنترل هیجان و مهارت‌های اجتماعی، عامل علی آسیب به خود هستند. در این پژوهش نمونه‌های غیربالینی بررسی شدند که این امر تعمیم‌پذیری نتایج حاصل را به جمعیت‌های بالینی محدود می‌کند. به دلیل اینکه مدل‌یابی معادلات ساختاری به حجم زیاد نمونه نیاز دارد، استفاده از مصاحبه تشخیصی برای پژوهشگر مقدور نبود. به همین دلیل برای جمع‌آوری اطلاعات، تنها از پرسش‌نامه استفاده شد. تکرارپذیری نتایج در هر پژوهشی ملاک مهمی برای قضاوت درباره یافته‌های آن است. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان زنان ۲۰ تا ۲۵ سال بودند. از آنجاکه زنان و مردان سهم مهمی از اجتماع را تشکیل می‌دهند، در تعمیم نتایج به گروه‌های نمونه با سن بیشتر و مردان باید جانب احتیاط رعایت شود.

برای ارزیابی دقیق‌تر و عینی‌تر مهارت‌های اجتماعی آزمودنی‌ها، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی، روش مشاهده با استفاده از دوربین‌های فیلم‌برداری ویدئویی به کار رود. مدل‌های نظری متغیرهای دیگری را مثل ویژگی‌های شخصیتی، هم‌جنس‌گرایی، پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی، بزهکاری، طلاق، عوامل فرهنگی، اعتقادات مذهبی، جنسیت، نقش و کارکرد خانواده، اعتیاد و... در سبب‌شناسی آسیب به خود مطرح کرده‌اند و در پژوهش حاضر به دلیل تعداد متغیرها امکان بررسی این متغیرها فراهم نبود؛ از این رو در پژوهش حاضر فرم‌های خودگزارش‌دهی به کار رفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از گزارش، همسر یا شریک جنسی نیز در این زمینه استفاده شود تا بتوان نتایج را با یکدیگر مقایسه کرد. نتایج پژوهش بیانگر نقش تأثیرگذار مهارت‌های اجتماعی تجربه خشونت در آسیب به خود بود. پیشنهاد می‌شود راهبردهای شناختی رفتاری، درمانی عقلانی عاطفی، آموزش سبک‌های اسنادی مطلوب، آموزش مهارت‌های زندگی به افراد برای افزایش تعبیرهای شناختی مثبت و مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بیشتر، به منظور پیشگیری و بهبود آسیب به خود استفاده شود.

به طور کلی می‌توان گفت، از آنجاکه براساس اغلب دیدگاه‌های روان‌شناختی از جمله روانکاوی، رفتارگرایی، شناخت‌گرایی،

انسان‌گرایی و اخیراً به طور جدی بوم‌نگرها، خانواده دارای مهم‌ترین و بیشترین نقش در تکوین شخصیت اعضای خود و در پدیدآیی مشکلات روانی است، ضرورت دارد که حفظ سلامت ساختار و کارکرد خانواده مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین بهتر است علاوه بر درمان آسیب به خود، مراقبان و اعضای خانواده فرد بیمار نیز برای شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط، تشویق شوند. همچنین بهتر است در جهت بهبود هریک از ابعاد کارکردهای خانواده که مشکل در آن‌ها جزو عوامل زمینه‌ساز آسیب به خود به‌شمار می‌آید، آموزش‌های لازم به خانواده‌های مستعد ارائه شود. اطلاعات حاصل از این پژوهش را می‌توان به منظور بهبود عملکرد شغلی مشاوران و متخصصان خانواده در اختیار نهادهای حوزه خانواده قرار داد و در این راستا نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و حرکت به سوی جامعه‌های سالم ایفا کرد.

۵ نتیجه‌گیری

شاخص‌های به‌دست‌آمده نشان دادند، مدل مفروض پژوهش از برازش پذیرفتی با داده‌ها برخوردار است. رفتارهای آسیب به خود در زنان می‌تواند به طور مستقیم تحت تأثیر مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان قرار گیرد. همچنین افسردگی و تجربه خشونت، به صورت غیرمستقیم و از طریق مهارت‌های اجتماعی و کنترل هیجان بر رفتارهای آسیب به خود مؤثرند؛ از این رو مطالعه حاضر بر شناسایی پیش‌بین‌های رفتارهای آسیب به خود در زنان تأکید دارد.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق سپاسگزاری کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1399.069 است. پروتکل پژوهش حاضر در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

به دلیل محرمانه بودن، اطلاعات شرکت‌کنندگان به جز از طریق مقاله امکان‌پذیر نیست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تضادی در منافع ندارند.

منابع مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از مؤسسه یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور این پژوهش بودند. همه نویسندگان نسخه نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Samadi F, Dalir M. The role of psychological and social health on sexual health of elderly women. *Social Psychology Research*. 2021;10(40):21–42. [Persian] <https://doi.org/10.22034/spr.2021.127712>
2. Kraus L, Schmid M, In-Albon T. Anti-suicide function of nonsuicidal self-injury in female inpatient adolescents. *Front Psychiatry*. 2020;11:490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00490>
3. Liu RT. The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychol Med*. 2023;53(1):274–82. <https://doi.org/10.1017/s003329172100146x>
4. Damavandian A, Golshani F, Saffarinia M, Baghdasarians A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) and dialectic behavior therapy (DBT) on aggression, self-harm behaviors and emotional self-regulation in juvenile offenders of Tehran juvenile correction and rehabilitation center. *Social Psychology Research*. 2021;11(41):31–58. [Persian] https://www.socialpsychology.ir/article_130963_563938adf25649f8ad9a02427b58baf9.pdf
5. Victor SE, Hipwell AE, Stepp SD, Scott LN. Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019;13:1. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
6. Esposito C, Bacchini D, Affuso G. Adolescent non-suicidal self-injury and its relationships with school bullying and peer rejection. *Psychiatry Research*. 2019;274:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.018>
7. Wang SB, Pisetsky EM, Skutch JM, Fruzzetti AE, Haynos AF. Restrictive eating and nonsuicidal self-injury in a nonclinical sample: co-occurrence and associations with emotion dysregulation and interpersonal problems. *Compr Psychiatry*. 2018;82:128–32. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.02.005>
8. Allen KJD, Hooley JM. Negative mood and interference control in nonsuicidal self-injury. *Compr Psychiatry*. 2017;73:35–42. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.10.011>
9. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(5):242–9. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
10. Fox NA, Calkins SD. The development of self-control of emotion: intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*. 2003;27(1):7–26. <https://doi.org/10.1023/A:1023622324898>
11. Muehlenkamp JJ, Swenson LP, Batejan KL, Jarvi SM. Emotional and behavioral effects of participating in an online study of nonsuicidal self-injury: an experimental analysis. *Clinical Psychological Science*. 2015;3(1):26–37. <https://doi.org/10.1177/2167702614531579>
12. Tang J, Li G, Chen B, Huang Z, Zhang Y, Chang H, et al. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: Results from a nationwide survey in China. *J Affect Disord*. 2018;226:188–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.051>
13. Madjar N, Sarel-Mahlev E, Brunstein Klomek A. Depression symptoms as mediator between adolescents' sense of loneliness at school and nonsuicidal self-injury behaviors. *Crisis*. 2021;42(2):144–51. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000702>
14. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(2):81–9. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>
15. Wester K, Trepal H, King K. Nonsuicidal self-injury: increased prevalence in engagement. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(6):690–8. <https://doi.org/10.1111/sltb.12389>
16. Forket A, Akbari B, Hosseinkhanzadeh AA. Structural patterns of relationships of depression, emotional breakdown, and experience of violence with self-harm behaviors in women: the mediating role of social skills, emotion control, and body dissatisfaction. *Social Psychology Research*. 2021;11(42):129–55. [Persian] <https://doi.org/10.22034/spr.2021.271953.1625>
17. Naderpoor Y, Zare Shahabadi A. The relationship between childhood violence experiences and violence against women in Koozdasht city. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2015;12(4):93–118. [Persian] <https://doi.org/10.22051/jwsps.2015.1496>
18. Zetterqvist M, Svedin CG, Fredlund C, Priebe G, Wadsby M, Jonsson LS. Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Res*. 2018;265:309–16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.013>
19. Sansone RA, Sansone LA. Measuring self-harm behavior with the Self-Harm Inventory. *Psychiatry (Edmont)*. 2010;7(4):16–20.
20. Bentler PM, Chou CP. Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research*. 1987;16(1):78–117. <https://doi.org/10.1177/0049124187016001004>
21. Tahbaz Hosseinzadeh S, Ghorbani N, Nabavi SM. Comparison of self-destructive tendencies and integrative self-knowledge among multiple sclerosis and healthy people. *Contemporary Psychology*. 2012;6(2):35–44. [Persian] <http://bjcp.ir/article-1-40-fa.pdf>

22. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
23. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio: The Psychological Corporation; 1987.
24. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-Ii in patients with magor depressive disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8(Special Issue: Rehabilitation in Psychotic Disorders & Diseases):80–6. [Persian] <https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.pdf>
25. Haj-Yahia MM. Beliefs about wife beating among arab men from Israel: the influence of their patriarchal ideology. Journal of Family Violence. 2003;18(4):193–206. <https://doi.org/10.1023/A:1024012229984>
26. Mofradnejad N, Monadi M. The relationship of psychological capital and cultural capital with domestic violence in married women. Journal of Woman and Family Studies. 2020;8(1):189–213. [Persian] <https://doi.org/10.22051/jwfs.2020.19716.1707>
27. Inderbitzen HM, Garbin CP. An investigation of the construct validity of the teenage inventory of social skills: a convergent multivariate approach [Internet]. Nebraska: University of Nebraska–Lincoln; 1992 [cited 2023]. Report No.: ED360337. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED360337>
28. Rasekhinejad M, Khodabakhshi–Koolae A. Effectiveness of psychodrama on increasing social skills and reducing of aggression in Afghan immigrant labor children. Journal of Pediatric Nursing. 2019;6(2):60–7. [Persian] <http://jpen.ir/article-1-370-en.pdf>
29. Roger D, Najarian B. The construction and validation of a New Scale for Measuring Emotion Control. Personality and Individual Differences. 1989;10(8):845–53. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90020-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90020-2)
30. Roger D, Nesshoever W. The construction and preliminary validation of a Scale for Measuring Emotional Control. Personality and Individual Differences. 1987;8(4):527–34. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(87\)90215-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(87)90215-7)
31. Yaghoobi P. Investigating the Relationship between emotion expression styles and control attribution style in homemade violence against women with the role of gender stereotypes [M.A. Thesis]: [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University; 2014. [Persian]
32. Kline RB. Data preparation and psychometrics review. In: Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed. New York, US: Guilford Press; 2016. pp:64–96.