



رابطه بین ترومای کودکی با کمالگرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان مقطع متوسطه دوم شهر لاهیجان

مهرناز حسین پور نجار لاهیجی^۱ - سبحانه کوچک زاده طالعی^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی سلامت، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

Mehrnaz23.5.70@gmail.com

۲- نویسنده مسئول*: پرستاری، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

skouchakzadeh@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف رابطه بین ترومای کودکی با کمالگرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان مقطع متوسطه دوم شهر لاهیجان انجام شد. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از کلیه دانش آموزان دوره دوم متوسطه ۱۶ تا ۱۸ سال شهرستان لاهیجان که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی خوشه ای بود که بعد از مشخص شدن تعداد جامعه آماری، نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر برای این پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسشنامه کمال گرایی هیل و همکاران و نشخوار فکری نولن و هوکسما بود. نتایج با استفاده از آزمون همبستگی و رگرسیون چند متغیره تحلیل شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد، بین متغیرهای تلقی منفی از خود با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۵۱۹)، نظم و سازماندهی با کمالگرایی (ضریب همبستگی: ۰/۲۶۶-)، هدفمندی (ضریب همبستگی: ۰/۱۶۵-)، ادراک فشار از سوی والدین (ضریب همبستگی: ۰/۲۵۱)، تلاش برای عالی بودن (ضریب همبستگی: ۰/۱۹۴-)، معیارهای بالا برای دیگران (ضریب همبستگی: ۰/۱۲۴-)، کمال گرایی با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۱۹۴)، بین متغیرهای نشخوار فکری علامت دار با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۵۰۱)، عامل درون نگری با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۲۶۰)، عامل نکوهش خود (ضریب همبستگی: ۰/۶۲۶)، انعطاف پذیری (ضریب همبستگی: ۰/۴۲۱)، بین عامل درون فردی با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۳۹۲)، عامل بین فردی (ضریب همبستگی: ۰/۲۱۶)، رفتارهای خودآسیب رسان (ضریب همبستگی: ۰/۲۲۲) رابطه معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد متغیر کمال گرایی و نشخوار فکری قادرند ۴۳ درصد و رفتارهای خودآسیب رسان ۴۸ درصد از واریانس ترومای کودکی را به درستی پیش بینی نمایند. یافته‌ها بیانگر آن است که عوامل مرتبط با تجارب آسیب‌زای کودکی بر کمال گرایی و گرایش به رفتارهای خودآسیب‌زانه اثرگذارند و بر اهمیت برنامه‌های حمایتی هدفمند برای سلامت روان دانش‌آموزان تأکید می‌کنند.

کلید واژه ها: ترومای کودکی، کمالگرایی، نشخوار فکری، رفتارهای خودآسیب رسان.



مقدمه

دوره نوجوانی به واسطه ایجاد تحولات جسمانی و روان‌شناختی و تغییراتی که ایجاد تغییرات در سطح مغزی، دوره پرتنش محسوب می‌شود (نور محمدی و صیداوی، ۲۰۲۱). لذا در این دوره نوجوان نسبت به هرگونه پریشانی و عوامل استرس‌زا ممکن است واکنش‌های غیرقابل‌انتظاری نشان دهد. همچنین در این دوره، آسیب‌های جدی و غیرقابل‌جبرانی وجود داشته که ممکن است به مشکلات رفتاری همچون خودزنی یا خودآسیب‌رسانی در نوجوانی منتهی شود (نور محمدی و صیداوی، ۲۰۲۱). از سوی دیگر در طی دو دهه گذشته، اهمیت بالینی و مطالعه پیرامون خودجرحی بدون خودکشی روند افزایشی داشته است (لویی^۱، ۲۰۱۷). نرخ خودجرحی با افزایش سن و ازدوره کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد، در کودکان ۱۲-۱۰ ساله جمعیت عادی شیوع این رفتار ۷ درصد است در حالی که در دوره نوجوانی در دانش‌آموزان دبیرستانی بین ۲۱-۱۳ درصد می‌باشد این رفتار در دانشجویان بین ۱۲-۳۸ درصد گزارش شده است. (ظفری و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از علل مبادرت به رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان، قرار گرفتن در معرض تجربیات آسیب‌زا، به‌ویژه بدرفتاری در دوران کودکی است، چنانچه به رفتار مراقبان که اثرات زیان‌باری بر رشد و تحول کودک دارد، بدرفتاری یا آزارگری گفته می‌شود. آزارگری‌ها به‌صورت کلی در چهار دسته جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت طبقه‌بندی می‌شوند. باین‌حال، بین آن‌ها هم‌پوشی مشاهده می‌گردد (اریبسی^۲، ۲۰۲۱). آزاردیدگی هیجانی به‌عنوان الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک تعریف شده، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القا می‌کند که بی‌ارزش، ناقص، دوست‌نداشتنی و ناخواسته است (پتویز^۳، ۲۰۱۹). بررسی‌ها نشان داده است که متأسفانه کودک‌آزاری در سطح جهان شیوع زیادی دارد و با افزایش خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی در بزرگسالی همراه است. مطالعات بسیاری به بررسی آزاردیدگی جنسی و جسمی پرداخته‌اند. باین‌حال، آثار آزاردیدگی هیجانی که یکی از رایج‌ترین و شایع‌ترین نوع کودک‌آزاری است، بسیار کمتر بررسی شده است. انواع تجربه بدرفتاری در کودکی به‌عنوان یک عامل خطر با رفتارهای آسیب به خود مرتبط است (لیو^۴، ۲۰۱۸). در نوجوانان، ترومای کودکی یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای ناسازگار روان‌شناختی از جمله کمال‌گرایی افراطی است. تجربه رویدادهای آسیب‌زا در سال‌های اولیه زندگی، احساس ناامنی، کنترل‌ناپذیری و نقص درونی را تقویت می‌کند و نوجوان برای جبران این احساس‌ها ممکن است به سمت معیارهای بسیار سخت‌گیرانه و تلاش افراطی برای بی‌نقص‌بودن حرکت کند. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد نوجوانانی که ترومای عاطفی یا جسمی را تجربه کرده‌اند، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی ناسازگار، حساسیت به اشتباه، و ترس از ارزیابی منفی بروز می‌دهند (رحیمی و کاویانی، ۱۴۰۲؛ نجفی و همکاران، ۱۴۰۱).

ترومای کودکی همچنین با افزایش نشخوار فکری در نوجوانی ارتباطی قوی دارد. آسیب‌های اولیه معمولاً باعث فعال‌شدن طرحواره‌های منفی درباره خود و جهان می‌شود و نوجوان در مواجهه با استرس یا هیجانات منفی، به‌جای پردازش سالم احساسات، در چرخه‌ای از افکار تکرارشونده، خودسرزنش‌گر و غیرمنطقی گرفتار می‌شود. نشخوار فکری نه‌تنها اضطراب و افسردگی را تشدید می‌کند، بلکه عامل میانجی بین ترومای کودکی و مشکلات رفتاری بعدی نیز شناخته شده است. تحقیقات ایرانی در سال‌های اخیر این پیوند را تأیید کرده و نشان داده‌اند که نشخوار فکری در نوجوانان قربانی خشونت خانگی یا غفلت والدینی، به‌طور معناداری

¹. Liu

². Arabaci

³. Puttevils

⁴. Liu



بیشتر مشاهده می‌شود (موسوی و سعیدی، ۱۴۰۲؛ رستمی و اسدی، ۱۴۰۱). یکی دیگر از پیامدهای مهم ترومای کودکی، افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان در دوران نوجوانی است. نوجوانانی که در کودکی تجربه ناامنی هیجانی، بی‌توجهی یا سوءرفتار داشته‌اند، ممکن است در تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و یافتن راه‌حل‌های سازگارانه با مشکل مواجه شوند. در شرایط فشار روانی، این ضعف در مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به رفتارهای خودآزاری به‌عنوان راهی موقت برای کاهش تنش منجر شود. شواهد پژوهشی جدید در ایران نیز این رابطه را تأیید کرده و بیان می‌کند که ترومای دوران کودکی از طریق واسطه‌هایی مانند کمال‌گرایی ناسازگار و نشخوار فکری، احتمال بروز رفتارهای خودجرحی را افزایش می‌دهد (مرادی و همکاران، ۱۴۰۳؛ احمدی و اسلامی، ۱۴۰۲).

نتایج پژوهش هون نیجر و همکاران^۵ (۲۰۱۹) که به‌طور خاص به بررسی یکی از انواع آزاردیدگی‌ها، یعنی آزاردیدگی هیجانی در کودکی و رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان پرداختند، رابطه معناداری را بین این دو متغیر نشان داد (هون نیجر و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش هایداستچر و سوک^۶ (۲۰۱۹) بیان می‌کند خودجرحی بدون خودکشی اغلب با بدرفتاری در دوران کودکی همراه است و نوجوانان درگیر، نسبت به افراد غیردرگیر در دوران کودکی بدرفتاری‌های بیشتری تجربه کرده‌اند (هاید استچر و سوک، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر ترومای دوران کودکی، نشخوار فکری^۷ است. نشخوار فکری به عنوان سبک تفکر تکراری با ظرفیت منفی تعریف می‌شود. این ویژگی با تمایل به تجزیه و تحلیل مکرر مشکلات، نگرانی و احساس درماندگی بدون اقدام برای ایجاد تغییرات مثبت، مشخص می‌شود (شریفی و همکاران، ۱۴۰۲). کرافت^۸ و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهش خود نشان دادند که نشخوار فکری و کنترل توجه در رابطه میان افسردگی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان نقش واسطه‌ای دارند. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که افراد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی پس از قرارگیری در موقعیت‌های اجتماعی، بیش از سایرین دچار نشخوار فکری می‌شوند (کرافت و همکاران، ۲۰۱۹). لازم به ذکر است که یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر نشخوار فکری، ویژگی شخصیتی کمال‌گرایی است. چنانچه بنا بر دیدگاه بیلینگ^۹ و همکاران (۲۰۰۴)، جنبه‌های سازش یافته کمال‌گرایی شامل تلاش برای رسیدن به استانداردهای تعیین شده شخصی و پیشرفت است. درحالی‌که جنبه‌های سازش نایافته آن، دربرگیرنده ارزیابی انتقادی و نگرانی درباره انتظارات و انتقادات دیگران است (هاینوس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸).

بر اساس مطالعات فوق‌الذکر و با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در ارتباط ترومای کودکی با کمال‌گرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان، و برای پیشگیری از عواقب ناخوشایند ترومای کودکی در نوجوانان و عدم وجود بررسی‌های زیربنایی در این خصوص و همچنین عدم انجام مطالعات کافی در این راستا در استان گیلان، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی در رابطه با بررسی ارتباط ترومای کودکی با کمال‌گرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان

⁵. Nigar

⁶. Haid-Stecher

⁷. Rumination

⁸. Kraft

⁹. Bieling

¹⁰. Haynos



انجام دهد. با امید بر آنکه نتایج این مطالعه بتواند زمینه ساز تدوین برنامه های آموزشی مناسب برای توجه بیشتر به نوجوانان و مشکلات آنان گردد.

روش

تحقیق حاضر از نظر رویکردهای تحقیقاتی، تحقیقی کاربردی است و جامعه آماری پژوهش عبارت از کلیه دانش آموزان دوره دوم متوسطه ۱۶ تا ۱۸ سال شهرستان لاهیجان می باشند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ مشغول به تحصیل بودند. به این شکل که پرسشنامه ای که از قبل روایی و پایایی آن مورد تأیید بوده است، توسط نمونه های مورد پژوهش پرگردید. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شده است، به این ترتیب که از بین تعداد کل دانش آموزان، پرسشنامه ها به تعداد دانش آموزان سالهای ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۳، رشته های انسانی، تجربی، ریاضی تکثیر شده و در اختیار دانش آموزان قرار داده شد و پس از پرشدن توسط آنان جمع آوری گردید. علت انتخاب این روش سهولت دسترسی به اهداف تحقیق و دسترسی راحت تر به نمونه های مورد بررسی بوده است.

روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی خوشه ای می باشند که بعد از مشخص شدن تعداد جامعه آماری، نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۶۰ نفر برای این پژوهش انتخاب شدند. و معیار ورود به تحقیق شامل رضایت آگاهانه و کتبی والدین، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، عدم وجود معلولیت های جسمانی و ابتلا به بیماری های مزمن، عدم مصرف دارو به خاطر وضعیت جسمانی و روانی، دانش آموزان در حال تحصیل در دوره دوم متوسطه و تأیید مشاور مدرسه برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، بستری شدن در طول یک سال گذشته به خاطر وضعیت جسمانی و روانی و یا بروز حادثه یا بیماری خاص، از دست دادن وابستگان درجه یک طی سه ماه گذشته و پاسخگویی ناقص به پرسشنامه ها و مخدوش بودن آنها بود.

ابزار پژوهش

بخش اول: پرسشنامه جمعیت شناختی شامل ۵ سوال مربوط به سن، جنسیت، شغل پدر، شغل مادر و وضعیت اقتصادی می باشد.

بخش دوم: پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنشتاین، فینک، هندلزن و فوت در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی دقیق و مطمئن تجارب وسیع آسیب های دوران کودکی طراحی شد و ۷۰ سوال داشت. برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ نسخه کوتاه تری از آن را طراحی نمودند. پرسشنامه پنج نوع آسیب های دوران کودکی، از جمله سو استفاده جنسی، سو استفاده فیزیکی، سو استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی را اندازه می گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ مورد از آن برای اندازه گیری مولفه های اصلی استفاده می شود و ۳ سوال برای مشخص کردن کسانی که به انکار آسیب های دوران کودکی خود می پردازند و بر اساس طیف لیکرت است. برای امتیاز دهی سوالات ۵-۷-۱۳-۱۹-۲۸-۲۶ معکوس می باشد. محدوده نمره برای هر یک از زیر مقیاس ها ۵ تا ۲۵ بوده و برای پرسشنامه کل ۲۵ تا ۱۲۵ می باشد. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس ها از ۵-۲۵ می باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۱۲۵-۲۵ بوده چنانچه دامنه نمرات در ترومای کم (۳۶-۲۵)، ترومای کم تا متوسط (۵۱-۴۱)، ترومای متوسط تا شدید (۶۸-۵۶) و ترومای خیلی شدید (۱۲۵-۷۳) می باشد. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ



پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه های پنج گانه آن گزارش کرده اند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸).

بخش سوم: پرسشنامه کمال گرایی هیل: این پرسشنامه توسط هیل و همکاران در سال (۲۰۰۴)، برای سنجش انواع تمایلات کمال گرایانه تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۵۹ ماده است (نیومنو همکاران، ۲۰۱۹). این مقیاس در ایران توسط جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) هنجاریابی شد و شامل دو بعد کمال گرایی سازش یافته (مثبت) و کمال گرایی سازش نیافته (منفی) و هشت خرده مقیاس است (شریفی و همکاران، ۱۳۹۸). هیل و همکاران (۲۰۰۴)، ضرایب پایایی ابعاد مختلف مقیاس کمال گرایی را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کردند (هیل و همکاران، ۲۰۰۴). نسخه فارسی این پرسشنامه با ۵۸ گویه و ۶ خرده مقیاس به دست هومن و سمائی در سال (۱۳۸۹) در نمونه ایرانی اعتباریابی، رواسازی و هنجاریابی شد. عوامل تشکیل دهنده این مقیاس به شرح زیر است:

۱- تلقی منفی از خود (۱۸ سؤال) ۲- نظم و سازماندهی (۹ سؤال) ۳- هدفمندی (۹ سؤال) ۴- ادراک فشار از سوی والدین (۶ سؤال) ۵- تلاش برای عالی بودن (۵ سؤال) ۶- معیارهای بالا برای دیگران (۵ سؤال) که به ترتیب ۱۱/۳۳، ۱۰/۳۹، ۷/۲، ۵/۱۷، ۴/۸۳ و ۰/۴ از واریانس کل را تعیین می کردند. در این نسخه بعد سازش نیافته کمال گرایی مشتمل بر حساسیت بین فردی، استانداردهای بالا برای دیگران، ادراک فشار از سوی والدین، و بعد سازش یافته شامل نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن است. این خرده مقیاس ها بر اساس چهار گزینه ای لیکرت به صورت کاملاً مخالف (نمره ۱)، تا حدی مخالف (۲)، تا حدی موافق (۳)، کاملاً موافق (۴)، نمره گذاری شده است (تمنایی فر و غلامی، ۱۳۹۴). دامنه نمرات بین ۵۹ تا ۲۳۶ می باشد. پایایی پرسشنامه کمال گرایی هیل در پژوهش حجازی و هاشمی (۱۳۹۹) با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ برای کمال گرایی سازش یافته برابر ۰/۸۴ و برای کمال گرایی سازش نیافته برابر ۰/۷۷ به دست آمده است (حجازی و هاشمی، ۱۳۹۹) در پژوهش سعیدی دهقانی و همکاران (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (سعیدی دهقانی و همکاران، ۱۳۹۷). باریتو و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ کمال گرایی سازش یافته و سازش نیافته را به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۰ گزارش کردند (باریتو و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش ارشادی و همکاران (۱۴۰۲) روایی و پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۷/۶ درصد بدست آمد.

بخش چهارم: پرسشنامه پاسخ های نشخواری فکری: این مقیاس زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک های پاسخ^{۱۱} نولن هوکسماو مارو است که در سال ۱۹۹۱ طراحی گردید. مقیاس پاسخ نشخواری تمایل افراد به نشخوار فکری در پاسخ به خلق افسرده را می سنجد. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاس لیکرت چهار گزینه ایاز ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی کنند. باز هنمرا تا این پرسشنامه بهین ۲۲ الی ۸۸ می باشد که نمره ۳۳

¹¹. Response Styles Scale (RSS)



نقطه‌برش پرسشنامه استمراتکمتر از آانشان دهندهنشخوار فکریپائینونمرا تبیشتر از آانشان دهندهنشخوار فکریبالا است (ترینر، گنزالزونولن-هوکسما^{۱۲}، ۲۰۰۳). تحلیل عامل این مقیاس در دو نمونه دانشگاهی بررسی شد. این پژوهش‌ها توسط رابرتس، کیلبو و گاتلیب^{۱۳} (۱۹۹۸) انجام شد، تحلیل عامل سه عامل را آشکار نمود: عامل اول نشخوار فکری علامت دار^{۱۴} (گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷ و ۱۹)، عامل دوم درون نگری^{۱۵} (گویه‌های ۱، ۹، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱) و عامل سوم نکوهش خود^{۱۶} (گویه‌های ۵، ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸ و ۲۲) بود. با جمع نمرات هر سه عامل نمره کل نشخوار فکری به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره معکوس وجود ندارد.

ترینر و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی ضریبالفایکرونباخ مقیاس پاسخ‌هاینشخواری را ۰/۹۰ و همبستگیبازآزمایرا ۰/۶۷ گزارشکرده‌اند. در پژوهش یوسفی، عابدی، بهرامی و محرابی (۱۳۸۸) ضرایب همسانی درونی کل ابزار ۰/۹۲، ضرایب برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۹۳ تا ۰/۶۰ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۸ حاکی از اعتبار و همسانی درونی بالای این پرسشنامه است. همچنین ضریب روایی همگرا با آزمون افسردگی بک (۰/۶۳) و روایی واگرا با مقیاس شادزیستی آکسفورد (۰/۷۳-) نشانگر روایی قابل قبول مقیاسپاسخنشخواری بود. در پژوهشی دیگر به منظور بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاسپاسخنشخواریفرخی، سیدزاده و مصطفی پور (۱۳۹۶) بعد از تحلیل عاملیسه عامل نشخوار فکری علامت دار، دروننگری، و نکوهشخود را شناسایی کردند. این پژوهشگران رواییهمگرای این مقیاس را با آزمون افسردگی بک و پرسشنامه باورهای فراشناختی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین، جهت سنجش همبستگی درونی از ضریب کرونباخ آلفا استفاده کردند که میزان این ضریب ۰/۸۷ محاسبه گردید. ضریب بازآزمایی نیز ۰/۷۸ به دست آمد.

بخش پنجم: پرسشنامه خود گزارشی خود آسیب رسانی^{۱۷} کلونسکی و گلن^{۱۸} (۲۰۰۹): ابزاری خود گزارشی است که فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب رسان به قصد غیر خودکشی را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دو بخش داشته، که در بخش اول فراوانی نوع متفاوت رفتارهای خود آسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه قصد خودکشی انجام می‌شوند شامل: کوبیدن سر، گاز گرفتن، سوزاندن، خال کوبی، بریدن دست کاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فرو کردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربال گری می‌کند. همچنین پرسش نامه برخیویژگی های توصیفی رفتارهای آسیب رسان غیر خود کشی گرا مانند تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدید ترین اقدام به خود آسیب رسانی را ارزیابی می‌کند. اعتبار به روش باز آزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای ۰/۸۵ = به دست آمد. همچنین همسانی درونی بین سؤال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (کویکی، بارلو و تینکی^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۱). بخش دوم عملکرد رفتارهای خود آسیب رسان غیر خودکشی گرا را ارزیابی کرده چنانچه این

¹².Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema

¹³.Roberts, Gilboa & Gotlib

¹⁴.Symptom-based

¹⁵.Introspection

¹⁶.Self-balance

¹⁷Inventory Of Statements About Self-Injury (ISAS)

¹⁸Klonsky, E. D., & Glenn, C. R

¹⁹Cwik, M. F., Barlow, A., Tingey, L



بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خود آسیب رسان را که در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تأیید قرار گرفته اند ارزیابی می کند (کلونسکی و آلینو²⁰، ۲۰۰۸). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده اند که شامل: کار کردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خود تنبیهی و کارکردهای بین فردی استقلال، حریم های بین فردی، تأثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی) می باشد. گزینه ها به صورت لیکرت سه گزینه ای تدوین شده است که از ۰ (کاملاً غیر مرتبط)، ۱ (تا حدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط درجه بندی شده است؛ بنابراین هر یک از خرده مقیاس ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس ها بر تعداد آنها به دست می آید. بخش کار کردی پرسشنامه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (کلونسکی و گلن²¹، ۲۰۰۹). لذا در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی نشان می دهد. چنانچه ضریب اینسپایه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه صفاری نیا، نیکو گفتار، دماوندیان، (۱۳۹۳) ۰/۷۶ محاسبه شد که روایی صوری و محتوایی آن مورد تأیید است. در تحقیق خانیپور و همکاران (۱۳۹۵) در بخش رفتاری دو سوال غیر از خودجرحی (خود-آسیب رسانی) بدون خودکشی نیز به فهرست اضافه شد. یک سوال درباره سایر انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی بود که ممکن بود نوجوان آنها را انجام داده باشد ولی در فهرست نباشند و سوال دوم هم در ارتباط با سابقه اقدام خودکشی و دفعات آن در انتهای سوالها پرسیده شد. از این فهرست صرفاً برای ثبت انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی استفاده شد. روایی محتوایی این ابزار توسط روانشناس و روانپزشک تأیید شد. در بخش کارکردی با نظر متخصصان ۳ گویه را حذف و با ۳۶ گویه کار شد. همچنین در تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده ۸ عامل شناسایی شد (خانیپور و همکاران، ۱۳۹۵).

در پژوهش روانسنجی این مقیاس بر روی ۲۳۵ دانشجو که دستکم یک بار سابقه خودجرحی بدون خودکشی داشتند، ساختار دو عاملی (عوامل درون فردی و عوامل بین فردی) برای آن استخراج شد. آلفای کرونباخ برای عوامل درون فردی و بین فردی به ترتیب ۰/۲۲ و ۰/۲۰ به دست آمد و نشان داده شده است نمره شرکتکنندگان در این مقیاس با مقیاسهای بالینی سنجش نشانههای شخصیت مرزی، خودکشی، افسردگی و اضطراب همبستگی دارد (کلونسکی و گلن، ۲۰۱۱). در پژوهشی دیگر ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی یک سال برای عوامل درونفردی ۰/۶۰ و برای عوامل بینفردی ۰/۲۲ گزارش شده است (گلن و کلونسکی، ۲۰۱۱).

یافته ها

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده ها ۳۶۰ نفر از شرکت کنندگان مذکر (۱۰۰ درصد)، ۱۲۹ نفر از شرکت کنندگان دارای سن ۱۶ سال (۳۸/۸۳ درصد)، ۹۵ نفر از شرکت کنندگان دارای سن ۱۷ سال (۲۸/۳۸ درصد)، ۱۳۶ نفر (۳۷/۷۷) دارای سن ۱۸ سال می باشند. ۱۰۹ نفر پدرشان دارای شغل کارمند (۳۰/۲۷ درصد)، ۲۴۰ نفر (۶۶/۶ درصد) دارای شغل آزاد می باشند. در زمینه شغل مادر ۹۸ نفر کارمند (۲۷/۲۲ درصد)، ۱۳۰ نفر دارای شغل آزاد (۳۶/۱۱ درصد)، ۱۳۲ نفر خانه دار (۳۶/۶۶ درصد) می باشند. در نهایت اینکه به لحاظ وضعیت اقتصادی ۱۲۱ نفر وضعیت اقتصادی خوب (۳۳/۶۱ درصد)، ۱۴۲ نفر

20 Olino, T. M

21Glenn, C. R

متوسط (۳۹/۴۴ درصد)؛ ۵۴ نفر (۱۵ درصد) دارای سطح ضعیف و ۲۲ نفر (۶/۱۱ درصد) دارای وضعیت اقتصادی خیلی ضعیف می باشند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیر	مولفه ها	میانگین	انحراف استاندارد
ترومای کودکی	نمره کل	۱۰۹/۱۳	۶/۲۶
کمال گرایی	تلقی منفی از خود	۱۷/۸۹	۳/۱۴
	نظم و سازماندهی	۱۶/۹۸	۳/۱۲
	هدفمندی	۱۸/۰۱	۳/۰۴
	ادراک فشار از سوی والدین	۱۷/۸۷	۳/۲۹
	تلاش برای عالی بودن	۱۷/۰۸	۳/۱۵
نشخوار فکری	معیارهای بالا برای دیگران	۲۳/۵۶	۳/۵۴
	نمره کل	۱۳۱/۱۵	۹/۱۸
	نشخوار فکری علامت دار	۹/۲۳	۲/۱۱
	عامل درون نگری	۲۱/۴	۲/۴۳
	عامل نکوهش خود	۱۸/۳۹	۱/۹۷
آسیب خودجراحی	نمره کل	۷۱/۳۳	۲/۴۸
	درون فردی	۱۶/۲	۳/۵۱
	بین فردی	۱۳	۲/۱۳
	نمره کل	۴۴/۰۵	۱/۳۵

جدول ۳- آزمون همبستگی در بررسی رابطه بین مولفه های ترومای کودکی با کمالگرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان

ترومای کودکی	متغیر
r	
***۰/۵۱۹	تلقی منفی از خود
***۰/۲۶۶	نظم و سازماندهی
***۰/۱۶۵	هدفمندی



***۰/۲۵۱	ادراک فشار از سوی والدین
-***۰/۱۹۴	تلاش برای عالی بودن
-***۰/۱۲۴	معیارهای بالا برای دیگران
***۰/۱۹۲	کمال گرایی
***۰/۵۰۱	نشخوار فکری علامت دار
***۰/۲۶۰	عامل درون نگری
***۰/۶۲۶	عامل نکوهش خود
***۰/۴۲۱	نمره کل نشخوار فکری
***۰/۳۹۲	درون فردی
***۰/۲۱۶	بین فردی
***۰/۲۲۲	نمره کل رفتارهای خودآسیب رسان

نتایج جدول فوق نشان داد که بین متغیرهای تلقی منفی از خود با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۵۱۹)، نظم و سازماندهی با کمالگرایی (ضریب همبستگی: ۰/۲۶۶-)، هدفمندی (ضریب همبستگی: ۰/۱۶۵-)، ادراک فشار از سوی والدین (ضریب همبستگی: ۰/۲۵۱)، تلاش برای عالی بودن (ضریب همبستگی: ۰/۱۹۴-)، معیارهای بالا برای دیگران (ضریب همبستگی: ۰/۱۲۴-)، کمال گرایی با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۱۹۴) رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بین متغیرهای نشخوار فکری علامت دار با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۵۰۱)، عامل درون نگری با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۲۶۰) عامل نکوهش خود (ضریب همبستگی: ۰/۶۲۶)، انعطاف پذیری (ضریب همبستگی: ۰/۴۲۱) رابطه معنادار وجود دارد. و در نهایت بین عامل درون فردی با ترومای کودکی (ضریب همبستگی: ۰/۳۹۲)، عامل بین فردی (ضریب همبستگی: ۰/۲۱۶)، رفتارهای خودآسیب رسان (ضریب همبستگی: ۰/۲۲۲) رابطه معنادار وجود دارد.



جدول ۴- خلاصه برازش مدل رگرسیون گام به گام پیش بینی ترومای کودکی بر اساس کمال گرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین استاندارد	خطای استاندارد برآورد شده	ضریب دوربین واتسون
۱	۰/۵۲۸	۰/۲۷۹	۰/۲۷۷	۲/۹۳۷۶۹	
۲	۰/۶۵۶	۰/۴۳۰	۰/۴۲۷	۲/۶۱۴۵۸	
۳	۰/۶۹۶	۰/۴۸۵	۰/۴۸۰	۲/۴۸۹۶۷	۱/۶۲۶

مدل اول: کمال گرایی

مدل دوم: نشخوار فکری

مدل سوم: رفتارهای خودآسیب رسان

همانطور که مدل رگرسیون گام به گام (جدول ۴) نشان می‌دهد، در مدل اول متغیر کمال گرایی بیشترین تاثیر را بر ترومای کودکی گذارده است و قادر است ۲۸ درصد از واریانس ترومای کودکی را به درستی پیش بینی نمایند. در مدل دوم با ورود متغیر نشخوار فکری قدرت پیش بینی مدل از ۰/۲۸ به ۰/۴۳ درصد ارتقاء یافته است و دو متغیر کمال گرایی و نشخوار فکری قادرند ۴۳ درصد از واریانس ترومای کودکی را به درستی پیش بینی نمایند. در مدل سوم با ورود متغیر رفتارهای خودآسیب رسان قدرت پیش بینی مدل از ۰/۴۳ به ۰/۴۸ درصد ارتقاء یافته است و سه متغیر کمال گرایی و نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان قادرند ۴۸ درصد از واریانس ترومای کودکی را به درستی پیش بینی نمایند.



جدول ۵- تحلیل واریانس منابع تغییرات مدل رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	ضریب F	سطح معناداری
۱ منبع تغییرات مدل رگرسیونی	۱۱۹۷/۱۱۷	۱	۱۱۹۷/۱۱۷	۱۳۸/۷۱۶	۰/۰۰۰
منبع تغییرات باقیمانده‌های (خطا) مدل رگرسیونی	۳۰۹۸/۱۶۸	۳۵۹	۸/۶۳۰		
منبع تغییرات کل	۴۲۹۵/۲۸۵	۳۶۰			
۲ منبع تغییرات مدل رگرسیونی	۱۸۴۷/۹۸۶	۲	۹۲۳/۹۹۳	۱۳۵/۱۶۵	۰/۰۰۰
منبع تغییرات باقیمانده‌های (خطا) مدل رگرسیونی	۲۴۴۷/۳۰۰	۳۵۸	۶/۸۳۶		
منبع تغییرات کل	۴۲۹۵/۲۸۵	۳۶۰			
۳ منبع تغییرات مدل رگرسیونی	۲۰۸۲/۴۴۱	۳	۶۹۴/۱۴۷	۱۱۱/۹۸۷	۰/۰۰۰
منبع تغییرات باقیمانده‌های (خطا) مدل رگرسیونی	۲۲۱۲/۸۴۴	۳۵۷	۶/۱۹۸		
منبع تغییرات کل	۴۲۹۵/۲۸۵	۳۶۰			

جدول ۵ معناداری مدل رگرسیون را نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری آماره F کمتر از ۰۰۰۵ می‌باشد، و این بدان معنی است که تغییر نشان داده شده بوسیله مدل بر اثر اثر اتفاق نیست و متغیرهای مستقل قادرند تغییرات متغیر وابسته را به درستی پیش‌بینی نمایند.



جدول ۶- آزمون رگرسیون رابطه ترومای کودکی بر اساس کمال گرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان

مدل	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	t ضریب	سطح معناداری	ضرایب هم خطی	
	ضریب b	برآورد خطا				ضریب تحمل	واریانس تورم
مقدار عرض از مبدا	۲۵/۱۶۴	۰/۷۴۱		۳۳/۹۸۱	۰/۰۰۰		
کمال گرایی	۰/۰۷۶	۰/۰۰۹	۰/۳۴۷	۸/۴۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰	۱/۱۷۶
نشخوار فکری	۰/۰۵۱	۰/۰۰۶	۰/۳۳۲	۸/۱۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۵۷	۱/۱۶۷
رفتارهای خودآسیب رسان	۰/۰۹۰	۰/۰۱۵	۰/۲۶۱	۶/۱۵۰	۰/۰۰۰	۰/۸۰۳	۱/۲۴۵

مدل اول: کمال گرایی

مدل دوم: نشخوار فکری

مدل سوم: رفتارهای خودآسیب رسان

همانطور که مدل رگرسیون گام به گام (جدول ۶) نشان می‌دهد، در مدل اول متغیر کمال گرایی (ضریب بتا: ۰/۵۲۸؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱) بیشترین تاثیر را بر ترومای کودکی گذارده است. در مدل دوم با ورود متغیر نشخوار فکری (ضریب بتا: ۰/۴۲۲؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱)، رابطه ترومای کودکی (ضریب بتا: ۰/۴۲۲؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱) همچنان معنادار است. در مدل سوم نیز با ورود متغیر رفتارهای خودآسیب رسان (ضریب بتا: ۰/۲۶۱؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱) میزان رابطه کمال گرایی با نشخوار فکری (ضریب بتا: ۰/۳۴۷؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱) و رفتارهای خودآسیب رسان (ضریب بتا: ۰/۳۳۲؛ سطح معناداری: ۰/۰۰۱) علی رغم کاهش همچنان معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که گفت شد پژوهش حاضر با هدف رابطه بین ترومای کودکی با کمالگرایی، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان مقطع متوسطه دوم شهر لاهیجان انجام شد. در سال‌های اخیر، آسیب‌های روانی و هیجانی دوران کودکی به یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای بروز اختلالات روان‌شناختی در دوره نوجوانی تبدیل شده‌اند. نوجوانی، مرحله‌ای حساس از رشد است که در آن شکل‌گیری هویت، تنظیم هیجان و توانایی‌های شناختی در حال تثبیت‌اند و هرگونه تجربه آسیب‌زا در گذشته می‌تواند مسیر تحول سالم روانی فرد را با چالش روبه‌رو سازد. نتیجه بدست آمده با یافته‌های فرجامی و همکاران (۱۴۰۳) زارعی و همکاران (۱۴۰۳) ترکمن و همکاران (۱۴۰۲) کیم، نینگرایی و مندهال (۲۰۲۰) وانگ، هی، چن و لین (۲۰۲۰) همسو می‌باشد.

ترومای دوران کودکی شامل تجربه‌های آسیب‌زایی مانند سوءرفتار جسمی، هیجانی یا جنسی، غفلت، محرومیت عاطفی و یا مشاهده خشونت‌های خانوادگی است. این تجربه‌ها می‌توانند ساختار روانی و الگوهای فکری فرد را در دوره‌های بعدی زندگی دچار اختلال کنند. در نوجوانی که یکی از مهم‌ترین مراحل رشد عاطفی و شناختی به شمار می‌آید، پیامدهای چنین تجاربی ممکن است به شکل احساس شرم، خودسرزنی، افکار منفی مداوم و گرایش به رفتارهای ناسازگار بروز یابد. پژوهش‌های



متعددی تأکید کرده‌اند که خاطرات دردناک و حل نشده کودکی تأثیر مستقیمی بر خودپنداره، روابط بین فردی و سلامت روان در سال‌های بعد دارند. یکی از پیامدهای شایع تجربه تروما، شکل‌گیری گرایش‌های کمال‌گرایانه است. در واقع، برخی کودکان آسیب‌دیده می‌کوشند با تلاش افراطی برای بی‌نقص بودن یا جلب تأیید دیگران، احساس ناتوانی و ناامنی درونی خود را جبران کنند. این نوع کمال‌گرایی آسیب‌زا معمولاً با خودانتقادی شدید، اضطراب عملکردی بالا و ترس از شکست همراه است. برای نوجوانانی که در خانواده‌های ناکارآمد بزرگ شده‌اند یا در معرض بی‌توجهی و قضاوت بوده‌اند، میل به رسیدن به معیارهای سخت‌گیرانه ممکن است به‌عنوان راهی دفاعی برای جلوگیری از طرد دوباره عمل کند. با این حال، این الگو در درازمدت به تداوم پریشانی روانی منجر می‌شود.

نشخوار فکری نیز یکی از میانجی‌های کلیدی در ارتباط میان تروما و آسیب‌های روانی بعدی است. نشخوار فکری به‌معنای بازگشت مکرر افکار منفی درباره رویدادهای دردناک گذشته و تمرکز بیش از حد بر احساسات منفی مرتبط با آن‌هاست. نوجوانانی که در کودکی دچار تروما بوده‌اند، اغلب به‌دلیل نقص در توانایی تنظیم هیجانات و تجربه احساس گناه یا شرم، تمایل بیشتری به نشخوار فکری دارند. استمرار این فرایند شناختی ناسازگار می‌تواند تحمل روانی فرد را کاهش داده و او را در معرض افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر قرار دهد.

رفتارهای خودآسیب‌رسان، یکی از پیامدهای شدید و نگران‌کننده این چرخه هستند. نوجوانانی که احساس ناتوانی در مهار دردهای هیجانی درونی دارند، گاه از روش‌هایی چون بریدن، سوزاندن، کوبیدن یا سایر اشکال آسیب جسمی به خود برای تخلیه فشار روانی یا بازگرداندن حس کنترل استفاده می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجربه‌های تروماتیک در کودکی، از جمله سوءاستفاده و بی‌توجهی، خطر بروز چنین رفتارهایی را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد. این رفتارها غالباً به‌منزله زبانی خاموش برای بیان دردهای درک‌نشده‌اند.

تداوم نشخوار فکری و خودانتقادی ناشی از کمال‌گرایی می‌تواند عملکرد هیجانی نوجوان را مختل کند و زمینه‌ساز خودآسیبی شود. مدل‌های شناختی رفتاری بر این باورند که افکار مکرر منفی درباره خود و گذشته باعث تشدید اضطراب و افسردگی شده و در نبود راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر، فرد را به سوی رفتارهایی می‌کشاند که به‌طور موقت اضطراب را کاهش می‌دهند اما در بلندمدت زیان‌آورند. همین روابط پیچیده میان متغیرهای مورد مطالعه - یعنی تروما، کمال‌گرایی، نشخوار فکری و خودآسیب‌رسانی - ضرورت بررسی علمی و تجربی آن‌ها را آشکار می‌کند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میان ترومای دوران کودکی و بروز کمال‌گرایی ناسازگار، نشخوار فکری و رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان ارتباط معناداری وجود دارد. تجربه‌های آسیب‌زای اولیه، به‌ویژه سوءرفتارهای عاطفی و بی‌توجهی والدین، در شکل‌گیری الگوهای فکری منفی و خودانتقادی نقش جدی دارند و می‌توانند توانایی نوجوان در تنظیم هیجان را تضعیف کنند. در نتیجه، فرد برای مقابله با فشارهای روانی به رفتارهای ناسالمی چون کوشش افراطی برای بی‌نقص بودن، ذهن‌مشغولی مداوم و گاه دردناک درباره گذشته یا حتی آسیب زدن به خود متوسل می‌شود. این فرایند نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ میان تجارب عاطفی، هیجانات حل‌نشده و واکنش‌های ناسازگار در دوران رشد است.

بر این اساس می‌توان گفت که ترومای کودکی نه تنها اثری مستقیم بر سلامت روانی نوجوان دارد، بلکه از طریق میانجی‌هایی مانند کمال‌گرایی و نشخوار فکری، احتمال بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان را نیز افزایش می‌دهد. بنابراین لازم است نظام



آموزش و سلامت روان کشور به شناسایی و مداخله زودهنگام در کودکانی که نشانه‌های آسیب روانی یا تجربه‌های تروماتیک دارند توجه ویژه‌تری نشان دهد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مدرسه‌محور برای ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، آموزش ذهن‌آگاهی، و کاهش خودانتقادی در نوجوانان طراحی شود تا مسیر تبدیل رنج‌های درونی به رفتارهای خطرناک متوقف گردد. همچنین غربالگری منظم سلامت روان در مدارس می‌تواند از مزمن شدن مشکلات روانی جلوگیری کند.

در جمع‌بندی نهایی، نتایج این پژوهش بار دیگر بر اهمیت دوران کودکی به‌عنوان بنیانی برای رشد سالم هیجانی و شناختی تأکید می‌کند. تجربه‌های آسیب‌زا، اگر بدون حمایت هیجانی و درمان مناسب رها شوند، سال‌ها بعد در قالب فشارهای ذهنی، افسردگی یا خودآسیبی بروز می‌کنند. از این رو لازم است نهادهای آموزشی، خانواده‌ها و روان‌شناسان، نگاه بلندمدت و یکپارچه‌تری به سلامت روان نسل نوجوان داشته باشند. پیشگیری از پیامدهای روانی تروما مستلزم همکاری مستمر میان خانواده، مدرسه و نظام سلامت است تا نوجوانان بتوانند در محیطی امن‌تر، خودپذیری، تاب‌آوری و امید به آینده را تجربه کنند.

تشکر و قدرانی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد استخراج شده

منابع

- ۱- احمدی، ش.، و اسلامی، ف. (۱۴۰۲). نقش ترومای کودکی و تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان. مجله روان‌شناسی سلامت، ۱۲(۲)، ۴۵-۶۳.
- ۲- ترکمن، مهدیس، داوودی، اعظم، نظیری، قاسم، و فتح، نجمه. (۱۴۰۲). رابطه بین ترومای کودکی با علائم اختلال استرس پس از آسیب در این افراد با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و نشخوار فکری. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۵(۱)، ۱۸-۲۶. <https://sid.ir/paper/1091731/fa>. SID.
- ۳- رحیمی، ن.، و کاویانی، م. (۱۴۰۲). رابطه تجارب نامطلوب کودکی با کمال‌گرایی ناسازگار در نوجوانان. پژوهش‌های روان‌شناسی معاصر، ۹(۱)، ۷۸-۹۵.
- ۴- رستمی، ف.، و اسدی، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نشخوار فکری بر اساس سبک‌های فرزندپروری و تجارب آسیب‌زای اولیه. مجله مطالعات شناختی، ۱۴(۳)، ۱۱۰-۱۲۸.



- ۵- زارعی نوروژی، محمد و نوری لاسیک، شایان و وزیر طالش، محمدعلی و مرادی، محدثه، ۱۴۰۳، پیش بینی رفتارهای خودآسیب رسان نوجوانان براساس ترومای دوران کودکی و ویژگی های تاریک شخصیت، پنجمین کنفرانس ملی مطالعات آسیب شناسی روانی و روش های نوین درمان، تهران، <https://civilica.com/doc/2106081>
- ۶- شریفی سعیده، شریفی ساجده، کمندلو معصومه، بلاشور بهارک. رابطه بین تجربه ترومای کودکی با پریشانی روان شناختی در بزرگسالان: نقش میانجی نشخوارفکری و ذهن آگاهی. روان پرستاری. ۱۴۰۲؛ ۱۱ (۵): ۸۴-۹۵
- ۷- فرجامی مریم، فرجامی زهرا، شکیبایی نژاد آرام، پاییزی لیلا. تدوین مدل رفتارهای خودآسیبی براساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با میانجیگری ذهنی سازی در نوجوانان. روان پرستاری. ۱۴۰۳؛ ۱۲ (۱): ۶۳-۵۰
- ۸- مرادی، س.، سلیمانی، ر.، و رجبی، ا. (۱۴۰۳). مدلیابی ساختاری تأثیر ترومای کودکی بر رفتارهای خودجرحی با میانجی گری کمال گرایی و نشخوار فکری. فصلنامه روان شناسی نوجوان، ۱۵ (۴)، ۲۵-۵۰.
- ۹- موسوی، ه. و سعیدی، ز. (۱۴۰۲). نشخوار فکری و مشکلات هیجانی در نوجوانان دارای سابقه خشونت خانوادگی. مجله روان شناسی رشد، ۱۸ (۲)، ۷۴-۵۵.

منابع خارجی

- 11-Arabaci, L. B., Arslan, A. B., Dagli, D. A., & Tas, G. (2021). The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Archives of psychiatric nursing*, 35(1), 66-72.
- 12-Bieling. M (2004) Principles and practice of structural equation modeling (4th edition). New York, NY: Guilford. 2016: pp. 64-96.
- 13-Haid-Stecher. M (2019) The Moderating Role of Hope in the Relationship between Maladaptive Perfectionism and Anxiety Among Early Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 181(2-3), 159-170.
- 14-Haynos, A. F., Utzinger, L. M., Lavender, J. M., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., ... & Le Grange, D. (2018). Subtypes of adaptive and maladaptive perfectionism in anorexia nervosa: Associations with eating disorder and affective symptoms. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(4), 691-700.
- 15-Kim KL, Galione J, Schettini E, DeYoung LLA, Gilbert AC, Jenkins GA, et al. Do styles of emotion dysregulation differentiate adolescents engaging in non-suicidal self-injury from those attempting suicide? *Psychiatry Research*. 2020; 291:113240. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.113240] [PMID]
- 16-Kraft, J. D., Grant, D. M., White, E. J., Taylor, D. L., & Frosio, K. E. (2021). Cognitive mechanisms influence the relationship between social anxiety and depression among college students. *Journal of American college health*, 69(3), 245-251.
- 17-Lewis, E. J., Yoon, K. L., & Joormann, J. (2018). Emotion regulation and biological stress responding: associations with worry, rumination, and reappraisal. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1487-1498.
- 18-Liu RT. Characterizing the course of non-suicidal self-injury: A cognitive neuroscience perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017; 80:159-165. [DOI:10.1016/j.neubiorev.2017.05.026] [PMID] [PMCID]
- 19-Nigar, A., & Naqvi, I. (2019). Body dissatisfaction, perfectionism, and media exposure among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 57-77.
- 20-Nouryghasemabadi R, Seydavi M. A brief review of the relationship of childhood maltreatment and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2021; 10(2):161-70. [Link]



- 21-Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., & Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*.
- 22-Wang, He, Chen and Lin. (2020) A pilot study exploring the relationship between perfectionism and anxiety in an urban middle school. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 37(8), 989-1001.
- 23-Zafari, L. talbei. n (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899–902

The Relationship between Childhood Trauma, Perfectionism, Rumination, and Self-Injurious Behaviors among High School Students in Lahijan

Abstract:

The present study aimed to examine the relationship between childhood trauma, perfectionism, rumination, and self-injurious behaviors among high school students in the city of Lahijan. The statistical population included all male and female students aged 16 to 18 years enrolled in the second level of high school (grades 10–12) in Lahijan during the 2024–2025 academic year. The sampling method was cluster random sampling. Based on Morgan's table and the population size, a sample of 360 students was selected for this study. The research instruments consisted of Hill et al.'s Perfectionism Questionnaire and Nolen-Hoeksema's Ruminative Response Scale. Data were analyzed using correlation and multiple regression analysis. The correlation results showed significant relationships between: negative self-perception and childhood trauma ($r = 0.519$); order and organization with perfectionism ($r = -0.266$); goal orientation ($r = -0.165$); perceived parental pressure ($r = 0.251$); striving for excellence ($r = -0.194$); high standards for others ($r = -0.124$); and overall perfectionism with childhood trauma ($r = 0.194$). Moreover, significant correlations were found between ruminative thinking and childhood trauma ($r = 0.501$); introspection ($r = 0.260$); self-blame ($r = 0.626$); inflexibility ($r = 0.421$); intrapersonal dimension ($r = 0.392$); interpersonal dimension ($r = 0.216$); and self-injurious behaviors ($r = 0.222$), all at the significance level of $p < 0.01$. Regression analysis indicated that perfectionism and rumination together could predict 43% of the variance in childhood trauma, while self-injurious behaviors accounted for 48% of its variance. The findings suggest that factors related to traumatic experiences in childhood significantly influence perfectionism tendencies and predisposition to self-injurious behaviors. The study highlights the importance of developing targeted psychological support and preventive programs aimed at promoting the mental health of adolescents.

Keywords: Childhood trauma, perfectionism, rumination, self-injurious behaviors