

## Phenomenology of Self-Injurious Behaviors in Female Students of First Secondary Education in Qom City (1401)

Mohammad Reza Tamasoki \*

Retired from Farhangian University,  
Tehran, Iran

Accepted: 24/04/2023

Received: 28/03/2023

ISSN: 2345-6051

eISSN: 2476-6178

### Abstract

Disorganized and invalidating psychological and environmental conditions are the main factors in using non-suicidal self-harm to convey social messages. The aim of this research was the phenomenological study of this phenomenon in female students of the first secondary school of education in Qom city (1402-1401). Its "research method" is "Seven-step Colizzian descriptive phenomenology"; which has been evaluated with the criteria of believability, transferability, reliability and verifiability. The final result of this phenomenological study from semi-structured interviews with 13 participants; In total, there are 6 main themes, 26 sub-themes and 135 concepts. Its agents were mainly messages "indicating chaos" to achieve "negative social reinforcement" (relief from tension and extroverted behavior) or to achieve "positive social reinforcement" (reassurance and attention-seeking). The sexual orientation of the participants is mainly reported as either homosexual or heterosexual. Among the new concepts specific to this research, we can mention "conflict of home, school and media values", "not having freedom of choice", "problem of expressing opinion" and "meaninglessness".

**Keywords:** Non-Suicidal Self-Harm, Phenomenology, Female Students of The First Secondary School, Qom City.

\* Corresponding Author: mrtamasoki@gmail.com

**How to Cite:** Tamasoki, M. R. (2023). Phenomenology of Self-Injurious Behaviors in Female Students of First Secondary Education in Qom City (1401), *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 14(56), 141-168.



## پدیدارشناسی رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول آموزش و پرورش شهرستان قم (۱۴۰۱)

محمد رضا تمسکی \* | بازنشسته دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

### چکیده

شرایط روانی و محیطی نابسامان و بی‌اعتبارساز، عامل اصلی در استفاده از خودآزاری غیر خودکشی برای انتقال پیام‌های اجتماعی است. هدف این تحقیق، مطالعه‌ی پدیدارشناختی این پدیده در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول آموزش و پرورش شهرستان قم (۱۴۰۱-۱۴۰۲) بوده است. «روش تحقیق» آن «پدیدارشناسی توصیفی هفت مرحله‌ای کلایزی» است؛ که با معیارهای باورپذیری، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تأییدپذیری ارزیابی شده است. حاصل نهایی این مطالعه‌ی پدیدارشناسانه از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند با ۱۳ مشارکت‌کننده؛ در مجموع ۶ مضمون اصلی، ۲۶ مضمون فرعی و ۱۳۵ مفهوم می‌باشد. عوامل آن عمدتاً پیام‌هایی «حاکمی از آشفتگی» برای رسیدن به «تقویت منفی اجتماعی» (رهایی از تنش و رفتار برون‌ریزی) یا برای رسیدن به «تقویت مثبت اجتماعی» (اطمینان‌جویی و توجه‌طلبی) بوده است. گرایش جنسی مشارکت‌کنندگان عمدتاً یا همجنس‌گرا و یا دگرجنس‌گرا گزارش شده است. از مفاهیم جدید مختص این پژوهش، می‌توان از «تعارض ارزش‌های خانه، مدرسه و رسانه»، «نداشتن آزادی انتخاب»، «مشکل ابراز عقیده» و «بی‌معنایی» یاد کرد.

کلیدواژه‌ها: خودآزاری غیر خودکشی، پدیدارشناسی، دانش‌آموزان دختر متوسطه اول، شهرستان قم.

ضمناً این مقاله برگرفته از تحقیقی تحت همین عنوان می‌باشد که با اعتبار سازمان آموزش و پرورش استان قم انجام گرفته است.

\* نویسنده مسئول: mrtamasoki@gmail.com

## مقدمه

«خودآزاری عمدی»<sup>۱</sup>، به اختصار صدمه‌ای سطحی به خود می‌باشد (پاتیسون؛ کاهان<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳، ص ۸۷۲-۸۶۷)؛ و به تفصیل عبارت است از: «اقدام عمدی غیر مهلک، خواه فیزیکی، خواه مسمومیت، با علم به احتمال خطر آن و در مورد مسمومیت دارویی اطلاع‌داشتن از این موضوع که مقدار مصرفی بیشتر از اندازه است» (پورافکاری، ۱۳۷۳، ص ۱۳۶۵).، از جمله اختلالاتی است که در DSM-5، تحت عنوان «خودزنی / خودجرحی / خودآزاری غیر خودکشی»<sup>۳</sup> آمده و یادآور شده‌اند که نیاز به مطالعه‌ی بیشتر دارد. شایع‌ترین نوع این رفتار تیغ‌زدن سطحی مچ دست است که نوجوان‌ها یا افراد کم‌رشد، خواه برای جلب توجه، رفع تنش، یا به‌عنوان پدیده‌ای واگیر دست به آن می‌زنند (همان، ص ۱۳۶۶). بدان رفتارهای خودآزاری<sup>۴</sup>، خودآسیب‌رسان<sup>۵</sup>، جرح خویشتن<sup>۶</sup> یا خودمسموم‌سازی<sup>۷</sup> نیز می‌گویند. شدیدتر از آن را قبلاً «خودمعیوب‌سازی»<sup>۸</sup>، می‌گفتند.

«خودجرحی بدون خودکشی»، جزء آداب و رسوم فرهنگی (مثل سوراخ کردن گوش، تتو و جراحی‌های زیبایی)، به شمار نمی‌آید (ناک و پرینستین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴، ص ۸۸۵)؛ و نشانه‌ها و زخم‌های معرف یک قوم و قبیله چون «پیرسینگ‌ها»<sup>۱۰</sup> نیز نمی‌باشد. امکان دارد نشان‌دهنده وجود یک اختلال روان‌شناختی خفیف باشد که از سوی اکثریت جامعه رد می‌شود. میانگین نوروژگرای گروه خودآسیب‌رسان بالاتر از افراد عادی و میانگین عاطفه مثبت آن‌ها پایین‌تر از گروه افراد عادی است (هاشمی و دیگران، ۱۳۹۷، ص ۵۵۳-۵۷۱)؛ اما نوع سطحی این پدیده نمی‌تواند نشان‌دهنده وجود روان‌پریشی باشد، زیرا آسیب به خود در

1. deliberate self-harm /DSH
2. Pattison EM, Kahan J.
- 3- nonsuicidal self-injury /NSSI
4. self-injury (SI)
5. self-injurious behavior
6. self-wounding
7. self-poisoning
8. self-mutilation
9. Nock MK, Prinstein MJ.

۱۰. پیرسینگ (Piercing) به معنای سوراخ کردن بدن و آویزان کردن اشیای تزئینی و زیورآلات است.

«روان‌پریشی» چه‌بسا به قطع عضو منجر شود.

آسیب به خود یا خودآزاری عمدی و مهلک در 50 سال گذشته به شکل‌های گوناگون از قبیل اقدام به خودکشی، اقدام به خودکشی بدون قصد مردن، خودآزاری عمدی شامل مسموم‌سازی خود و جرح عمدی خود طبقه‌بندی شده است (چامبرلین و دیگران<sup>۱</sup>، 2017)؛ از نظر «والش و همکاران»، رفتارهای خودآسیب‌رسان دو نوع می‌باشند: مستقیم که به‌طور مستقیم موجب آسیب به بدن می‌شوند و نیت رفتار مشخص است؛ مثل اقدام به خودکشی و غیرمستقیم که در آن‌ها اثر جرح بعداً مشخص می‌شود و انگیزه اصلی مشخص نیست؛ مثل پرخوری، سوء‌مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی (استفانو؛ والش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، ص ۴)؛ اما از منظری دیگر «فاوازا» آن‌ها را به سه دسته تقسیم کرده است: ۱. «شدید» که در آن فرد به بافت بدن خود آسیب شدید وارد می‌کند، مثل قطع عضو. ۲. «سطحی»، نظیر خراشیدن، بریدن پوست، کندن زخم و حکاکی روی پوست. ۳. «کلیشه‌ای و غیرارادی» که در عقب‌مانده‌های ذهنی و اوتیسم دیده می‌شوند (فاوازا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، ص ۲۶۸-۲۵۹). همچون ضربه‌زدن به خود با چکش و یا دیگر اشیاء، شکستن استخوان‌ها، مشت‌زدن به خود و یا سرکوبیدن به دیوار.

«افکار و رفتارهای خودآزاری در میان نوجوانان تا سال هشتم (۱۲ تا ۱۳ سالگی) مشهود است و دختران به‌ویژه در سال نهم (۱۳ تا ۱۴ سالگی) در مقایسه با دختران سال هشتم (سن ۱۲/۱۳) به‌طور قابل‌توجهی در معرض خطر رشد افکار و اعمال خودآزاری بوده‌اند. خودآزاری شایع است، به‌طوری‌که از هر پنج مورد، یک مورد افکار خود را گزارش می‌کنند و از هر ده تن، یک نفر حداقل یک عمل خودآزاری را در یک دوره شش‌ماهه گزارش می‌دهد. این افکار و رفتارها می‌توانند در طول زمان باقی بمانند، به‌طوری‌که ۶۰٪ از کسانی که افکار خودآزاری و ۵۵٪ از کسانی که اقدامات خودآزاری را گزارش کرده‌اند، در هر دو دوره ارزیابی، این کار را انجام می‌دهند؛ و مدل‌های

1. Chamberlain, Redden & Grant

2- De Stefano J. Walsh, B.

3. Favazza AR.

بسیاری، به تبیین علل خودجرحی پرداخته‌اند که از جمله عبارت‌اند از: مدل محیطی، کارکردی، اجتماعی، مازوخیسمی، ضد خودکشی، تجزیه‌ای، تنظیم هیجانی، تنظیم مرزها، تحولی، اجتناب از تجربه، روابط موضوعی، تلفیقی شروع و تداوم خودجرحی و مدل خودتنبیهی» (خانی‌پور، ۱۳۹۳). همچنین رفتار خودآسیبی را با توجه به تعاریف و انواع، با ابزارها و تحت مدل‌های مختلفی مطالعه کرده‌اند، اما بیشتر مطالعات، به صورت کمی انجام شده است.

از آنجا که امثال یافته‌های خانی‌پور و همکاران نشان داد که خطر احتمال خودکشی در نوجوانان با سابقه خودآسیب‌رسانی بیشتر از نوجوانان عادی و نوجوانان دچار افسردگی است (خانی‌پور و دیگران، ۲۰۱۳، ص ۲۰۷-۱۹۵) و تبعات بسیار غمبار خودکشی در ناامید و مایوس کردن سایر همکلاسی‌ها نه تنها در ادامه‌ی تحصیل که در ادامه دادن به زندگی مشهود است و همچنان که در تحقیقی (اصلائی و دیگران، ۱۳۹۳، صفحه ۵۹-۷۹)، نشان دادند میان ناامیدی به عنوان یکی از نشانه‌های اصلی افسردگی و افکار خودکشی گرا که به دنبال آن می‌آید، رابطه‌ی بسیار قوی وجود دارد»، می‌توان به اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق پی برد. حتی اگر چنین رفتارهایی به خودکشی هم نینجامد، این پدیده با معیارهای ارزشی و فرهنگی جامعه سازگار نیست و از سوی دیگر برای نظام بهداشتی کشور، آموزش و پرورش و خانواده‌ها نیز پرهزینه می‌باشد.

البته جهت مقابله با این پدیده و پیشگیری از آن کمپین‌های جمع‌آوری امضاء شکل گرفته‌اند که هدف آن‌ها تنها توجه‌دادن به آگاهان و دست‌یابی به راهکارهای مناسب بوده تا خانواده‌ها و مسؤولین فرهنگی بدانند چه‌بسا عکس‌ها، کلیپ‌ها و آهنگ‌های داخلی و خارجی مربوط به خودزنی و خون‌بازی در گوشی همراه فرزندشان ذخیره شده است؛ و به‌جز آگاهی از رسانه و سایر عوامل، دوران نوجوانی با ویژگی «همرنگی، اطاعت و نفوذ» و تأثیرپذیری از همسالان و «بحران هویت» را بهتر بشناسند؛ و بیش از دلایل برون‌فردی، به انگیزه‌های درون‌فردی توجه داشته باشند؛ زیرا «راینهارت و دیگران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، در تحقیق

---

1. Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z.

خود نتیجه گرفتند که «تعدادی از ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی (اختلالات روانی هم‌زمان، وجود اختلال خلقی، درونی‌سازی بیشتر علائم بیماری روانی و نشخوار فکری خودانتقادی بارزتر) با درگیر شدن در NSSI به دلایل درون‌فردی مرتبط بودند؛ و از بین عوامل درون‌فردی، بیش از همه اختلال افسردگی خطر ساز می‌باشد، همچنان‌که کابکومبا و دیگران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، در تحقیق خود نشان دادند عواملی که از نظر آماری رابطه معنی‌داری با رفتار خودآزاری غیرخودکشی در بین آزمودنی‌ها داشتند عبارت بودند از: (۱) سابقه مصرف الکل، (۲) سرزنش یا توهین والدین؛ (۳) اضطراب آموزش عملی در رشته‌ی مورد تحصیل؛ (۴) از دست دادن افراد عزیز، حیوانات خانگی یا اشیاء؛ و (۵) حالت اختلال افسردگی. از این میان، وضعیت اختلال افسردگی مهم‌ترین عامل خطر ساز رفتار خودآزاری غیرخودکشی در بین آزمودنی‌ها طی دو هفته تا زمان تحقیق بود».

علی‌رغم تمامی این ملاحظات، باید دید که خود دانش‌آموزان در این زمان، مکان و شرایط چگونه این پدیده را تجربه و گزارش کرده‌اند؟ کارکرد و پیامدهای آنچه بوده است؟ به‌طور خلاصه: مضمون اصلی یا درون‌مایه (نوع، عوامل، کارکردها و پیامدها و...) رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول آموزش و پرورش شهرستان قم در «تجربه‌ی زیسته»<sup>۲</sup> آن‌ها کدام‌اند؟

### مرور پیشینه‌ها

«منینگر»، در دهه‌ی ۱۹۳۰ برای اولین بار مطالعاتی موردی با دیدگاه روان‌تحلیل‌گری درباره رفتارهای خودآسیب‌رسانی را ارائه کرد. بر اساس دیدگاه «کارل منینگر» این‌گونه رفتارها نوعی خودکشی خفیف بود که با نیت تغییر انگیزه خودکشی واقعی یا جایگزینی برای آن انجام می‌شد. در مقابل در همان دوره «منینگر» روانکاوان بسیاری بودند که

1. Kabkumba C, kaewjanta N, Rungreangkulkij S.

2. Lived experience

این‌گونه رفتارها را صرفاً با نگاهی آسیب‌شناختی، روشی برای دستکاری و فریب دیگران و یا عملی برخاسته از احساس گناه نسبت به مسائل جنسی یا پرخاشگری تصور می‌کردند (گیلمان، ۲۰۱۳).

به لحاظ تاریخی بین دهه‌ی ۱۹۳۰ تا ۱۹۶۰ توجه بیشتر متخصصان به اقدام خودکشی و خودمسموم‌سازی متمرکز شد و رفتارهای خودآسیب‌رسانی از نوع خودزنی کمتر موضوع مطالعه بود؛ اما پس از دهه‌ی ۱۹۸۰ طرفداری از این دیدگاه‌ها کم‌کم کاهش یافت و دیدگاه‌های بیماری‌شناختی و بالینی نسبت به این رفتارها به کرسی نشست تا حدی که بسیاری آن را نوعی اعتیاد یا نقص در کنترل تکانه انگاشتند. در این دوره بر نقش آسیب‌های دوران کودکی به‌ویژه آزار و اذیت دوره کودکی و جنبه‌های عصبی و زیستی این رفتارها تأکید بیشتری داشتند (سیمون؛ هالندر، ۲۰۰۱).

در دهه‌ی ۱۹۹۰ مطالعات خودآسیب‌رسانی دو موضوع را محور کار خود قرار دادند: رابطه آزار جسمی و جنسی دوران کودکی با خودجرحی و خودجرحی به‌عنوان اعتراضی زنانه به شرایط ناعادلانه مردسالار (گیلمان، ۲۰۱۳؛ قدمگاهی، ۱۳۹۷، ص ۲۲-۱۸).

در ارتباط و افتراق خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در گروه نوجوانان، نیز تحقیقات بسیاری انجام گرفته و تفاوت‌هایی را ملاحظه کرده‌اند: خودآسیب‌رسانی در سه ویژگی کشندگی کمتر، تکرار بیشتر و انگیزه کم برای خودکشی با اقدام به خودکشی فرق دارد. به‌صورت کلی، در بیشتر پژوهش‌های مقایسه‌ای این دو رفتار مشخص شده است که خودآسیب‌رسانی ماهیت مزمن‌تری دارد و در دفعات بیشتری تکرار می‌شود. نیت و انگیزه نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر با مرگ و مردن مرتبط است، درحالی‌که در خودآسیب‌رسانی، انگیزه اصلی رها شدن از «آشفته‌گی‌های روانی» است (موهلنکمپ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، ص ۳۳۳-۳۲۴). فراوانی رویدادهای تنش‌زای زندگی در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر است و ماهیت این رویدادها در ارتباط با خودکشی اعضای خانواده، دوستان یا آزار جنسی است، در حالی که در نوجوانان خودآسیب‌رسان، این رویدادها

---

1. Muehlenkamp J.

بیشتر شامل مشکلات مدرسه، درگیری و دعوا با هم‌کلاس‌ها و اختلاف با والدین درباره مسائلی مانند استقلال و خودمختاری است (هورش و دیگران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹، ص ۵۰۲-۴۹۶).

«قدمت پژوهش‌های مرتبط با اقدام به خودکشی بیشتر از پژوهش‌های مرتبط با خودآسیب‌رسانی است. دو گروه از نوجوانان بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند: ۱. نوجوانان بسیار باهوش و کمال‌گرایی که تنها و منزوی هستند و نمی‌توانند معیارهای کمال‌گرایانه خود یا افراد مهم زندگی‌شان را برآورده کنند؛ و ۲. گروهی که به لحاظ سنی در محدوده نوجوانی پایانی قرار دارند، گرایش‌های ضداجتماعی دارند و ناخشنودی خود را از راه تهدید و ارباب، جنگ و ستیز و دزدی، رفتارهای خطرجویانه مختلف و سوءمصرف مواد نشان می‌دهند (هالندر، ۲۰۰۸، ص ۱۶؛ فرگوسن و دیگران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰، ص ۲۳-۳۹).

«خودآسیب‌رسانی کارکردهای مختلفی دارد. تنظیم هیجانی، تلاش برای غلبه بر تکانه‌های خودکشی، حس‌جویی<sup>۳</sup>، تنبیه خود، غلبه بر تجارب تجزیه‌ای، تأثیرگذاری روی دیگران، انتقام‌گیری و ابراز حس خودمختاری برخی از انگیزه‌های این رفتار هستند (کلونسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، ص ۳۹-۲۲۶). نوجوانان خودآسیب‌رسان گروه ناهمگنی هستند و با انگیزه‌های مختلفی به خود آسیب می‌زنند. خودآسیبی در نوجوانان بزهکار و نوجوانان دارای سابقه‌ی اختلال‌های خلقی، کارکردهایی مانند رهایی و تسکین هیجان‌های منفی، ابراز عشق و ابراز قدرت دارد و در نوجوانان دارای سابقه‌ی آزار و اذیت و بدرفتاری در دوران کودکی، بیشترین کارکرد آن تسکین و رهایی از هیجان‌های منفی است (خانی‌پور و دیگران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳، ص ۱۹۵-۲۰۷).

تعداد پیشینه‌های داخلی نیز به علت شیوع بیشتر این پدیده نسبت به گذشته، روزافزون

---

1. Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P.

2. Hollander M., Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ.

3. sensation-seeking

4. Klonsky ED.

5. Khanipour H, Borjali A, Golzari M, Falsafinejad M, Hakim-Shushtari M.



است که به چند مورد اشاره می‌شود: در پژوهش پیوسته‌گار<sup>۱</sup> (۲۰۱۳، ص ۵۱-۳۰)، احساس تنهایی و دل‌بستگی ناایمن پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای خودآسیب‌رسان بوده‌اند. در تحقیق دیگری (مستان‌آبادی؛ قمری گیوی، ۱۳۹۹، ص ۱۰۰ تا ۱۰۷)، نتیجه گرفته‌اند که میانگین نمرات الگوهای ارتباطی و همه‌ی مؤلفه‌های آن (الگوی شنود، الگوی بازخورد و الگوی کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی کمتر از دختران عادی می‌باشد.

«ابوالقاسمی و دیگران (اسفند ۱۴۰۰)، نیز در پژوهش خود نشان دادند که دانشجویان با رفتارهای خودآسیب‌زنی دارای تاب‌آوری و شفقت به خود کمتر و تجربیات آزاردیدگی اولیه بیشتری هستند. افراد خودآسیب‌زن دارای مدیریت خود، معناداری زندگی، خودمهربانی، تجارب مشترک انسانی، ذهن آگاهی کمتر و قضاوت خود، همانندسازی افراطی، انزوا، تجربیات آزار جسمی و کلامی و غفلت بیش‌تری نسبت به افراد غیر خودآسیب‌زن هستند».

همچنین «وفایی و دیگران (فروردین ۱۴۰۱)، در مطالعه‌ی خود نشان دادند که عوامل فردی یا روان‌شناختی مؤثر بر خودآسیب‌زنی نوجوانان عبارت‌اند از: افکار (نارضایتی از خود، هویت، مذهب)، هیجانات (احساس تنهایی، احساس درک نشدن، تخلیه روانی موقتی، افسردگی، خشم، اضطراب، تنفر، سرکوب احساسات) و رفتارها (راه کنار آمدن، جلب توجه، دستکاری). در میان این عوامل، نقش هیجانات قابل توجه و اساسی بود».

## روش‌شناسی

«پارادایم»<sup>۲</sup> پژوهش حاضر از بین سه سنت پژوهشی حاکم بر «جوامع علمی و تحقیقی» (اثبات‌گرایی<sup>۳</sup>، تفسیری<sup>۴</sup> و انتقادی<sup>۵</sup>)، پارادایم تفسیری است و «رویکرد»<sup>۶</sup> آن

1. Peyvastegar M.
2. PARADIGM
3. POSITIVISM
4. INTERPRETIVE
5. CRITICAL
6. APPROACH

«پدیدارشناسی» با گرایش «پدیدارشناسی استعلایی» / توصیفی می‌باشد. جامعه‌ی مورد مطالعه عبارت است از: دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه ۱ شهرستان قم که تجربه خودآسیب‌رسانی یا خودزنی را داشته‌اند. تعداد مشارکت‌کنندگان، ۱۳ دانش‌آموز خودآسیب‌رسان تا «نقطه اشباع»<sup>۱</sup> و روش‌گزینش آن‌ها مصاحبه نیمه‌ساختارمند فردی «هدفمند»/ «گلوله برفی» همگون می‌باشد.

روش انتخابی تحقیق حاضر عبارت است از: پدیدارشناسی توصیفی هفت مرحله‌ای کلایزی<sup>۲</sup> که در پدیدارشناسی توصیفی هوسرل ریشه دارد. طبق این روش بیانات شرکت‌کنندگان را بی‌کم‌وکاست نوشته و اطلاعات بامعنی، مهم و مرتبط آن‌ها مشخص و سپس فرمول‌بندی گردید و پس از آن «مفاهیم» مشابه، دسته‌بندی و کدگذاری و «مضامین» فرعی از این مفاهیم و «مضامین» اصلی نیز از مضامین فرعی استنباط شدند.

در آخرین مرحله باید نشان داده شود که یافته‌های تحقیق طبق «معیارهای ارزیابی پژوهش کیفی» (ابوالمعالی، ۱۳۹۱، ص ۲۸۴): باورپذیری<sup>۳</sup> / اعتمادپذیری<sup>۴</sup> (روایی درونی<sup>۵</sup>)، انتقال‌پذیری<sup>۶</sup> / تعمیم‌پذیری<sup>۷</sup> (روایی بیرونی<sup>۸</sup>)، قابلیت اعتماد<sup>۹</sup> (پایایی<sup>۱۰</sup>) و تأییدپذیری<sup>۱۱</sup> (عینیت<sup>۱۲</sup>)؛ معتبر بوده‌اند.

#### الف) باورپذیری

روند باورپذیری طبق دیدگاه «کولایزی» (۱۹۸۷) یا محمدپور (۱۳۹۲)؛ جهت نشان‌دادن درستی یافته‌های تحقیق عبارت بود از: «تعامل مستمر و مستقیم و حضوری با جامعه‌ی

1. Saturation Point
2. Colizzi
3. Credibility
4. Trustworthability
5. Internal Validity
6. Transferability
7. Generalizability
8. External Validity
9. Dependability
10. Reliability
11. Confirmability
12. Objectivity

مورد مطالعه (دانش‌آموزان خودآسیب‌رسان در مدرسه) و غیرحضور از طریق رسانه و غیرمستقیم با گروه‌های مجازی، ثبت تمام رخداد‌های ریزودرشت در حین مصاحبه، ترسیم روند گسترش و تکمیل پژوهش و مطالعه‌ی چندین بار پیشینه بخصوص مدل‌های خودآسیب‌رسانی، استفاده از نظر متخصصان دیگر در تحلیل داده‌ها و کسب تأیید مجدد از مصاحبه‌شوندگان در خصوص تطبیق برداشت محقق از آنچه اظهار داشته‌اند.

#### ب) قابلیت انتقال

یادآور می‌شود در پدیدارشناسی، هدف «تعمیم‌بخشیدن<sup>۱</sup>» به یافته‌های تحقیق نیست. سخن از اشباع نظری است. از همین رو پس از مصاحبه‌ی دهم، به نظر رسید که کد جدیدی دریافت نخواهد شد و به همین دلیل و به دلیل احراز روایی، از مصاحبه‌کننده دیگری درخواست شد؛ چند مصاحبه دیگر انجام دهند. ضمناً توصیف هر سیزده مشارکت‌کننده نشان می‌دهد که همگی و اغلب دوستانشان نیز چنین رفتاری مرتکب می‌شوند، به عبارت دیگر به هر مدرسه که مراجعه شد، این پدیده وجود داشت و این مطابق پیشینه است.

#### ج) قابلیت اعتماد

هر محقق دیگری می‌تواند مراحل دوم تا ششم یافته‌ها را در فصل چهارم با یکدیگر مطابقت داده تا مطمئن شود، چیزی بر تجارب زیسته‌ی مشارکت‌کنندگان تحمیل نشده، «مفاهیم» از «عبارات با معنی» و «مضامین فرعی» از مفاهیم و «مضامین اصلی» نیز از مضامین فرعی اخذ شده‌اند و حتی علی‌رغم تابوبودن برخی عبارات، از ذکر آن‌ها خودداری نشده است.

#### د) تأییدپذیری

سعی شده یافته‌ها (مضامین فرعی و اصلی)، از عینیت<sup>۲</sup> برخوردار بوده و در دانش‌نامه‌ها و

---

1. Generalization  
2. Objectivity

فرهنگ اصطلاحات و برای روان‌شناسان و مشاوران؛ کلیدواژه‌هایی تخصصی به حساب بیایند. به‌عنوان مثال خودآسیب‌رسانی سطحی یا «خودآزاری غیر خودکشی»<sup>۱</sup> به کرات و به زیبایی توسط خود تجربه‌کنندگان توصیف شده و وجه افتراق آن با «خودکشی» بیان شده است (برای مثال: وقتی آدم حالش بده، عصبانیت خودشو این‌جوری خالی می‌کنه / قصد خودکشی موقت داشتم / گاهی هم با ناخن نیز بدنم را زخم می‌کنم و...). یا همچنان که در پیشینه گفته شده: «در خودآسیب‌رسانی، انگیزه اصلی رهاشدن از «آشفته‌گی‌های روانی» است (موهلنکمپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵، ص ۳۳۳-۳۲۴). در این تحقیق نیز عمده‌ی تجارب زیسته‌ی مشارکت‌کنندگان و پیام آن‌ها حاکی از آشفته‌گی روانی است (درحالی‌که بر اساس «مدل اجتماعی»، پیام‌ها به همان میزان حاکی از قدرت‌نمایی، نیز می‌باشد).

#### یافته‌ها

در حقیقت یافته نهایی این تحقیق روشن نمود که چه عوامل مختلف روانی-اجتماعی در خودآسیب‌رسانی، مؤثر هستند. این پدیده برای عاملین آنچه کارکردهایی دارد؟ و پیامدهای فردی (فیزیولوژیک و روانی) و اجتماعی (عکس‌العمل اعضای خانواده و دوستان) آن کدام‌اند؟

و آیا خودزنی‌ها سطحی بوده یا عمقی؟ این اتفاق بر اساس چه الگویی رخ می‌دهد؟ گرایش جنسی آن‌ها چگونه است؟ مشاهده می‌شود که عمده‌ی پیام‌های مشارکت‌کنندگان، حاکی از آشفته‌گی بوده است تا قدرت و توانایی. همچنین می‌توان با قاطعیت گفت که عمده‌ی پیام‌های مشارکت‌کنندگان، حاکی از خودجرحی جهت رسیدن به تقویت منفی اجتماعی (خلاصی / اجتناب از رنج و غم و...) است تا رسیدن به تقویت مثبت اجتماعی.

حال باید دید که بعد از خودآسیب‌رسانی چه اتفاقی می‌افتد؟ چه عوارضی به دنبال دارد؟ آیا مشکلات روانی وخیم‌تر می‌شوند؟ آیا آرامش موقت به دنبال دارد؟ آیا فرد را

---

1. Nonsuicidal Self-Injury /NSSI  
2. Muehlenkamp J.

به سمت خودکشی سوق می‌دهد؟ با جای زخم‌ها چه می‌کنند؟ تذکر نکته‌ای حائز اهمیت است که تناقضی بین دو بازخورد آرام‌شدن و پشیمان‌شدن وجود ندارد، زیرا: «خودآسیب‌رسانی روشی نامناسب برای مواجهه با مشکلات هیجانی، استرس، خشم و ناکامی است. اگرچه این رفتار ابتدا باعث کاهش استرس و احساس آرامش می‌شود، اما فرد پس از آن با احساس گناه، شرمندگی و بازگشت منفی روبه‌رو می‌شود» (بهرامی آرامی؛ عاصمی، ۱۳۹۶).

ضمناً باید توجه داشت که افراد خودآسیب‌رسان از پلتفرم‌های داخلی تحت نظارت دولت و بدون فیلترشکن (روبیکا، ایتا و...)، نیز استفاده کرده و بی‌پروا به تبلیغ در این زمینه می‌پردازند. باید توجه داشت که عوامل رسانه‌ای برخلاف تصور، به‌طور یک‌جانبه عمل نمی‌کنند، بلکه حتی خود افراد خودآسیب‌رسان نیز می‌توانند به‌عنوان عامل به‌شمار بیایند.

حال باید دید اطرافیان بخصوص خانواده و دوستان چه عکس‌العملی نشان می‌دهند؟ ملاحظه می‌شود با سه نوع برخورد با این پدیده مواجه هستیم: خانواده‌هایی که اصلاً در جریان نیستند، آن‌ها که در جریان قرار گرفته و زخم را عمیق‌تر کرده‌اند و آن‌ها که خردمندانه یا خود ممانعت کرده‌اند یا از ورزش و مشاوره کمک گرفته‌اند. به نظر می‌رسد هیچ‌کس بیش از یک رفیق بد، نمی‌تواند این زخم را عمیق‌تر کند و هیچ‌کس زودتر از یک رفیق شفیق متوجه این درد نمی‌شود و به التیام‌بخشی اقدام نمی‌کند.

ملاحظه می‌شود که اغلب پس از جرح خود، پشیمان می‌شوند یا گریه می‌کنند، اما هم‌زمان بیشتر اظهار می‌دارند که خودآسیب‌رسانی، قرص و سیگار آدم را آرام می‌کند (۱ و ۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۱)؛ اما لازم است بدانیم که جامعه بخصوص خانواده و دوستان با این پدیده چگونه مواجه شده‌اند؟ متأسفانه پیامدهای اجتماعی خودآسیب‌رسانی و خودجراحی بسیار محدود بوده و در مواردی مشارکت‌کنندگان در این باره چیزی نگفته‌اند. تنها یک نمونه‌ی موفق و اصولی وجود دارد و آن دادن راه‌حل و استمداد از ورزش و مشاوره برای مقابله با این معضل می‌باشد. مابقی حداکثر این رفتار را تقبیح کرده‌اند.

پس از ارائه‌ی پیامدها، سزاوار است کارکردهای خودآسیب‌رسانی و خودجراحی

تجربه‌کنندگان نیز گزارش شود. کارکرد یعنی فرد از انجام آن منظوری هوشیار، ناهوشیار یا نیمه هوشیار دارد. این انگیزه‌ها به کارکردهای تقویت مثبت و کارکردهای تقویت منفی قابل تقسیم می‌باشند.

صرف‌نظر از نوع کارکرد، یافته‌های این تحقیق نیز در مواردی با پیشینه مطابق است: «در نوجوانان خودآسیب‌رسان، این رویدادها بیشتر شامل مشکلات مدرسه، درگیری و دعوا با هم‌کلاس‌ها و اختلاف با والدین درباره مسائلی مانند استقلال و خودمختاری است (هورش و دیگران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹، ص ۴۹۶-۵۰۲).

آن‌ها بیشتر به صورت «سطحی» (خودآسیب‌رسانی و نه خودزنی) و «تصادفی» و «سمبلیک» (نه منظم) تجربه‌ی زیسته‌ی خود از این پدیده را گزارش کرده یا با صراحت یا تلویحاً اظهار کرده بودند برای یادگاری (کنایه از سمبلیک بودن جرح) و... / گه گاهی (تصادفی) یا در بازه زمانی مشخصی (منظم) به چنین رفتاری اقدام می‌کنند.

یکی از متغیرهای مرتبط با این پدیده گرایش جنسی است که ربطی به گرایش به جنس مخالف ندارد و در تجربه‌ی زیسته‌ی مشارکت‌کنندگان از خودآسیب‌رسانی، بدون آنکه مصاحبه‌کننده سؤال یا حتی اشاره کند، به راحتی ابراز شده است؛ یعنی برای این گروه دیگر یک تابو به‌شمار نمی‌آید و اگر برای هم‌رنگی با همسالان هم که شده با صراحت و وضوح از آن یاد می‌کنند. اگرچه مشارکت‌کنندگان از گرایش به جنس مخالف، بی‌پرده‌تر از «گرایش جنسی»، سخن گفته‌اند و در پیشینه پدیدارشناسی خودآسیب‌رسانی، نیز توجه و تمرکز صرفاً بر «گرایش جنسی» است، اما از توجه به گرایش به جنس مخالف، در قالب مفاهیمی چون تنهایی، قطع رابطه، دوست با وفا و صمیمی و... نمی‌توان صرف‌نظر کرد. ضمناً بیشترین گرایش جنسی مشارکت‌کنندگان، همجنس‌گرایی و دگرجنس‌گرایی بوده است. گرایش به جنس مخالف نیز یا در دنیای مجازی یا حقیقی و یا هر دو اتفاق افتاده است. سلبریتی‌ها/ مشاهیر دنیای مجازی (گروه بی‌تی اس و...)، در خارج کشور بیشتر از مشاهیر داخلی مورد توجه بوده‌اند.

1. Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P.

و بالاخره سزاوار است تا مضمون‌های اصلی و فرعی رفتارهای خودآسیب‌رسان یکجا گرد بیابند تا بتوان برداشتی کلی از تجارب را گزارش نمود:

جدول ۱. مضمون‌های اصلی و فرعی رفتارهای خودآسیب‌رسان

تجارب زیسته‌ی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول آموزش و پرورش شهرستان قم در زمینه‌ی رفتارهای خودآسیب‌رسان			
تعداد مفاهیم	مضمون‌های فرعی		مضمون اصلی
۵۶	توجه‌طلبی (خودجرحی)	رسیدن به تقویت مثبت اجتماعی	پیام‌های حاکی از آشفتگی
	اطمینان‌جویی (خودآسیب‌رسانی)	اجتماعی	
	رهایی از تنش (خودجرحی)	رسیدن به تقویت منفی اجتماعی	
	رفتار برون‌ریزی (خودآسیب‌رسانی)	اجتماعی	عوامل مستعدسازنده
	علائم افسردگی و اضطراب	فردی	
	تعارض ارزش‌های خانه، مدرسه و رسانه	اجتماعی	
۱۹		فیزیولوژیکی	درون‌فردی
		روانی	
۱۰		عکس‌العمل دوستان	برون‌فردی
		عکس‌العمل اعضای خانواده	
۱۲			کارکردهای تقویت منفی
			کارکردهای تقویت مثبت
۱۵			سطحی
			عمیق
۷			تصادفی
			منظم
			سمبلیک
۱۶			Ho
			he
۱۳۵ مفهوم	۲۶ مضمون فرعی		۶ مضمون اصلی

### یافته‌های نهایی

حاصل نهایی این مطالعه‌ی پدیدارشناسانه، در مجموع ۶ مضمون اصلی، ۲۶ مضمون فرعی و ۱۳۵ مفهوم می‌باشد. نوع آن عمدتاً خودآسیب‌رسانی سطحی و البته در مواردی خودجرحی عمیق و به‌ندرت تا مرز خودکشی بوده است. عوامل آن در یک دسته‌بندی عبارت‌اند از عوامل فردی، خانوادگی، مدرسه‌ای، رسانه‌ای و محلی و در تقسیم‌بندی دیگر عبارت‌اند از عوامل مستعدسازنده (فردی، اجتماعی) و عوامل آشکارکننده و خود رفتارهای اخیر عمدتاً پیام‌هایی حاکی از آشفتگی می‌باشند (تا پیام‌های حاکی از قدرت و توانایی). آشفتگی مشارکت‌کنندگان نیز یا برای رسیدن به تقویت منفی اجتماعی بوده است (رهایی از تنش با خودجرحی / رفتار برون‌ریزی با خودآسیب‌رسانی) یا برای رسیدن به تقویت مثبت اجتماعی (اطمینان‌جویی با خودآسیب‌رسانی / توجه‌طلبی با خودجرحی). پیامدهای آن یا درون‌فردی (فیزیولوژیکی / روانی) یا برون‌فردی (عکس‌العمل اعضای خانواده / عکس‌العمل دوستان) و کارکردهای آن یا به انگیزه دریافت تقویت مثبت و یا جهت دریافت تقویت منفی بوده است. الگوی آن نیز از سه حال خارج نیست: یا منظم، یا تصادفی / غیرمنظم و یا سمبولیک و گرایش جنسی مشارکت‌کنندگان عمدتاً یا همجنس‌گرا و یا دگرجنس‌گرا تجربه و گزارش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در ابتدا یافته‌های تحقیق حاضر با پیشینه مطالعات کیفی مقایسه می‌شوند: «بیشتر مطالعه‌های کیفی خودآسیب‌رسانی توسط متخصصین جامعه‌شناسی یا متخصصین روان‌پرستاری انجام شده است. ویژگی برجسته این مطالعه‌های کیفی، بررسی جنبه‌های نمادین و عوامل مرتبط کننده خودآسیب‌رسانی با شرایط فرهنگی خاص یا نقش نابرابری اجتماعی در استفاده از خودآسیب‌رسانی از نوع خودجرحی به‌ویژه در زنان بوده است. در محدود مطالعات با مضمون روان‌شناختی بیشتر تأکید روی توصیف وضعیت و معنابخشی به علائم خودجرحی بر اساس واژگان فلسفی انجام شده است» (قدمگاهی، ۱۳۹۷، ص ۳۳-۳۰). تحقیق حاضر نیز بیشتر متمرکز بر توصیف این پدیده بوده و کمتر به جنبه‌های اجتماعی و محیطی آن



پرداخته است.

نتایج مطالعه‌ی کیفی ریزانن و دیگران (۲۰۰۸)، بر نوجوانان فنلاندی با استفاده از تحلیل محتوا سه مقوله اصلی مؤثر بر خودآسیب‌رسانی را آشکار کرد که عبارت بودند از الف) عوامل مؤثر بر خودآسیب‌رسانی، ب) توصیف عمل خودآسیب‌رسانی و ج) پیامدهای خودآسیب‌رسانی؛ اما تحقیق پدیدارشناسانه‌ی حاضر در مقایسه با تحقیق تحلیل محتوای فوق شامل ۶ مضمون/ مقوله اصلی بود. در بیشتر مفاهیم مربوط به عوامل درونی باهم هماهنگ (به جز سست اعتقادی در نوجوان ایرانی)، اما در بیشتر عوامل بیرونی باهم اختلاف دارند. مفاهیم تعارض ارزش‌های خانه، مدرسه و رسانه، نداشتن آزادی انتخاب، مشکل ابراز عقیده، منحصر در نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی و مفاهیم تغییرات اساسی در زندگی، مست بودن یا در حالت بی‌حسی بودن، علاقه‌مندی به مکتب شیطان‌پرستی منحصر در نوجوانان فنلاندی بوده‌اند.

نتایج مطالعه‌ی کیفی نولز و دیگران (۲۰۱۲)، انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی را یا واقعی دانسته و خطر خودکشی را بالا می‌دانند و یا انگیزه ابزاری و توجه‌طلبی را به این رفتار اسناد می‌دهند، اما در تحقیق حاضر توجه‌طلبی تنها یکی از مقوله‌های آشفتگی روانی بود که در کنار قدرت‌نمایی هر دو عاملی غیر از خودکشی به حساب می‌آیند؛ به عبارت دیگر در تحقیق حاضر، آسیب‌رسانی به هیچ‌عنوان به قصد خودکشی صورت نگرفته است.

در مطالعه‌ی کیفی دیگری بر روی نوجوانان فنلاندی، انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی عبارت بودند از: «تجربه احساس زنده بودن»، «کمک به خود از طریق ابراز یک خواسته درونی»، «کمک‌طلبی»، «کنترل خود»، «تنبیه خود»، «تجربه کردن یک چیز جدید»، «انجام عملی برای تقرب به درگاه شیطان»، «پرکردن اوقات فراغت» و «آزمایش روشی برای کشتن خود» (ریزانن و دیگران، ۲۰۰۸)؛ که نشان می‌دهد همچون تحقیق حاضر شامل کارکردهای تقویت مثبت و منفی هر دو می‌باشد؛ و با یک اختلاف که در تحقیق حاضر یکی از انگیزه‌ها، «پیشگیری از خودکشی» بوده که با تعریف خودآسیب‌رسانی یا خودجرحی بدون قصد خودکشی هماهنگ است.

و در مطالعه‌ی کیفی آبرامز؛ گوردون (۲۰۰۳) که انگیزه‌های خودآسیب‌رسانی را در دختران شهری و حومه‌ی شهر باهم مقایسه کرده بود، گزارش شده است که «رهاشدن از احساس افسردگی و آشفتگی هیجانی» در دختران حومه‌ی شهر و «تخلیه خشم و عصبانیت» در دختران شهری به‌عنوان انگیزه‌های اصلی خودجراحی می‌باشند؛ که اگر تخلیه خشم متوجه دیگران شده است، می‌توان گفت که با بخش از تحقیق حاضر مطابق است؛ آنجا که برخی برای ابراز و اعمال قلدری و برخی از دست قلدرها چنین رفتاری دارند.

در تحقیق حاضر کارکردها یا انگیزه‌ی خودآسیب‌رسانی / خودجراحی به دو بخش الف) کارکردهای تقویت منفی: جلب حمایت (۱۱)، جلب توجه (۱۳)، پیشگیری از خودکشی (۱۰)، فراموشی مشکلات (۷ و ۸)، اجتناب از رفیق بی‌وفا (۹) و بی‌خیال شدن (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) و ب) کارکردهای تقویت مثبت: برون‌ریزی خشم (۱۱)، برای تنوع و ایجاد انگیزه (۹)، انتقام از والدین (۶)، استقلال‌طلبی (۱۳)، نمایش جرات (۱۳) و قدرت‌نمایی (۱۱) تقسیم می‌شوند؛ اما هیل و دالاس (۲۰۱۱)؛ آبرامز و گوردون (۲۰۰۳)، در دو مطالعه کیفی (اولی بر نوجوانان ۱۳-۱۸ ساله با سابقه خودجراحی و دومی مطالعه‌ای بر دختران جوان شهری)، مشخص کردند که انگیزه‌های اصلی خودجراحی؛ خودتنبیهی و خشم‌های ابرازنشده می‌باشند؛ به‌عبارت‌دیگر کارکرد را تنها در تقویت منفی یافته‌اند. هورن، سیسپکا (۲۰۰۹)، نیز در مطالعه دیگری بر ۳۷ نوجوان با سابقه خودجراحی بدون خودکشی، غلبه بر بی‌حسی، بازگرداندن حس و حال، متوقف کردن تجارب بیگانگی با بدن، رهاشدن از حالت‌های تجزیه یا تعلیق روانی- حرکتی و نجات‌دادن بدن از فشار هیجان‌ها را به‌عنوان انگیزه‌های خودجراحی شناسایی کردند که بازهم برای افراد تقویت منفی به‌شمار می‌روند.

مطالعه‌های کیفی با رویکردهای فلسفی برای تبیین تناقض انگیزه‌های خودجراحی (کاهش شدت هیجان‌های منفی در برابر افزایش شدت تجربه‌ی هیجانی) بر روی نقش فرایندهای بدنی نیز تأکید کرده‌اند. نتایج چند مطالعه‌ی کیفی نشان می‌دهد که علت تأثیر خودجراحی در تحقق این انگیزه‌های متناقض در فرایندهای بدنی است. خودجراحی هم در

از بین بردن حالت‌های تجزیه و تعلیق روانی و جسمی تأثیرگذار است و هم نقش بدن را در تجربه هیجانی بیشتر می‌کند، به عبارت دیگر نوجوانانی که خودجراحی انجام می‌دهند، ممکن است در توجه کردن و یکپارچه کردن جنبه‌های بدنی تجارب هیجانی مشکل داشته باشند که به این نقص، «بیگانگی با بدن» [در حالت اسمی<sup>۱</sup> عمل یا مصداق خلع بدن یا حالت بی بدن شدن] گفته می‌شود (هورن، سیسپکا، ۲۰۰۹؛ چندلر، ۲۰۱۲)؛ و در حالت فعلی<sup>۲</sup> به معنای «آزادشدن روح از بدن» یا «سلب شکل یا وجود مادی» می‌آید (دیکشنری هریتیج، بی تا، ص ۲۴۷). «بیگانگی با بدن»، در نوجوانانی که خودجراحی انجام می‌دهند، ممکن است به صورت‌های الف) عدم آگاهی از بدن در زمان تجارب هیجانی شدید، ب) ناهماهنگی در عمل بدن و ذهن، ج) از دست دادن حس مالکیت بدن و د) خالی بودن بدن تجربه شوند (چندلر، ۲۰۱۲).

دو تجربه تحقیق حاضر را نیز می‌توان با صورت الف در تجربه فوق هماهنگ یافت؛ الف) در تجربه مشارکت‌کننده شماره ۷، آنجا که می‌گوید: «با خودآسیب‌رسانی، بدنت بی حس و حال و بی اهمیت میشه. بی خیال میشی» یا ب) در تجربه‌ی زیسته‌ی شماره ۹: «پس از تیغ‌زدن مغز یک لحظه وای می‌ایسته. یک نوع گنگی و گیجی. هرچه هم بزنی خسته نمیشی. درحالی که خیلی درد داره؛ اما در مقابل دردهایی که داشتم، چیزی نبود. باعث میشه زیاد فکر نکنم، مثل قرص خوابه، بعدش آرام میشم؛ اما همیشه پشیمون میشم».

با این حال مطالعه‌های کیفی دیگری به جای بدن بر نقش فرایندهای ذهنی مانند نقص در خلق روایتی یکپارچه و شفاف از خویشتن در ایجاد خودآسیب‌رسانی تأکید دارند (هیل؛ دالاس، ۲۰۱۱). روایت‌های نوجوانان از خودآسیب‌رسانی، کاملاً نامنسجم است و آن‌ها نمی‌توانند تجارب گذشته و مشکلاتی که باعث خودجراحی شده‌اند را با خودجراحی مرتبط کنند، یعنی نوجوان به دلیل ناتوانی در اندیشیدن و فهمیدن تجارب ناخوشایند گذشته و به دلیل تحول نیافتن یک خویشتن یکپارچه که تجارب پیچیده و دشوار زندگی‌شان را با شرایط زمان حال ترکیب و یکپارچه کند؛ برای مقابله با هیجان‌ها و خاطرات ناخوشایند از

---

1. Disembodiment  
2. Disembody

خودجراحی استفاده می‌کنند (همان). در تحقیق حاضر هم اکثر مشارکت‌کنندگان در گزارش از تجارب زیسته‌ی خود، ناگزیر بر عدم یکپارچگی شخصیت و بحران هویت خود گواهی داده‌اند: «دوست صمیمی ندارم، چون توجه نمی‌کنند و بی‌محلّم می‌کنند. ازم خوششون نمیاد. من هم که بی‌محلشون کردم تا شاید بیابند طرفم، اما اتفاقی نیفتاد» (۱۰).

«به بقیه مشاوره میدم و حتی یک نفر را از خودکشی منصرف کردم و میگم این کار رو می‌کنی که چی بشه، اما آدمی جایی میرسه و ناچار میشه» (۹). «به خودزنی اعتیاد ندارم؛ اما گاهی میرم سراغش و میگم حالا که تا اینجا اومدی، خوب ادامه بده» (۸). «در کودکی محبت پدر و مادر ندیدم و احساس تنهایی داشتم. گاهی ۵ ساعتی در حالت رؤیا با پدرم بیرون می‌رفتم. واقعیت زندگی منه؛ یعنی دختری که می‌خوام، اما نمی‌تونم باشم. مامان و بابایی که می‌خوام، ولی ندارم. یک هفته پس از کات با اون پسر احساس کردم که هیچ‌کس منو دوست نداره» (۷). «یک مدت گریه می‌کردم که چرا دختر به دنیا آمده‌ام. من همیشه خدا را قبول داشتم اما مسلمان نبودم» (۶). «چند بار تصمیم گرفتم آدم دیگه‌ای بشم. دوست دارم دوباره متولد بشم. سریع وابسته میشم و این خیلی بده» (۵). «از لمس شدن بدم میاد، حتی اگر دوستم باشد؛ اما در ۶-۷ سالگی توسط یکی از آشنایان دستمالی میشه. در توصیفش میگه لامذهب خیلی خوشگل بود و بلند می‌خنده و دست غنچه کرده‌اش را جلوی دهان برده و بر آن بوسه می‌زند؛ اما هنوز هم دوستش دارم» (۴). «من سخت می‌تونم به کسی نه بگویم» (۳).

نتایج مطالعه‌ی کیفی «آدامز، روده‌ام و گاوین؛ ۲۰۰۵»، در انگلیس نشان داده است: تصور نوجوانان خودآسیب‌رسان از خود، خودی منفی و بی‌کفایت است. برای توجیه و اعتباربخشی به خویشتن به منابع بیرونی مانند محیط و حتی تشخیص بیماری روانی تکیه می‌کنند و برای پذیرفته‌شدن از سوی دیگران ممکن است خویشتن واقعی خود را تحریف کنند. به نظر می‌رسد آدامز و دیگران بر عزت‌نفس پایین تأکید داشته‌اند که برای مشاوران جالب و در خور توجه است و اتفاقاً در تحقیق حاضر نیز برخی مشارکت‌کنندگان، برای پذیرفته‌شدن در گروه همسالان و همرنگی با آن‌ها خود را وارد گروه خودآسیب‌رسان‌ها

کرده‌اند! اما تک عاملی دیدن این پدیده و غفلت از زمینه‌ها در خانه، مدرسه و رسانه چندان موجه نیست.

مقایسه اقدام به خودکشی و خودجراحی نیز در مطالعه‌های کیفی انجام شده است. برخی از نوجوانان این مطالعه‌ی خودآسیب‌رسانی را مرتبط با اقدام به خودکشی دانسته، درحالی که گروهی دیگر، به تبع انگیزه‌های متمایز این دو رفتار را کاملاً متفاوت از یکدیگر می‌دانستند. در بین افرادی که قائل به تفاوت کیفی بودند، اقدام به خودکشی زمانی به کار گرفته می‌شد که فرد نمی‌توانست اثر قبلی را از خودآسیب‌رسانی به دست آورد (گریسباچ، ۲۰۰۸). به صورت کلی گوناگونی و تنوع زیادی در رابطه بین اقدام به خودکشی و خودآسیب‌رسانی وجود دارد. در برخی از نوجوانان خودآسیب‌رسانی مستقیم و غیرمستقیم قبل از اقدام به خودکشی، فراوانی خودآسیب‌رسانی بیشتر می‌شود، ولی برخی دیگر به کلی این رفتار را کنار می‌گذارند، زیرا سود سابق را برایشان ندارد. گروهی از نوجوانان ممکن است پس از اقدام به خودکشی، به صورت ناگهانی در یک دوره کوتاه‌مدت، بلافاصله پس از اقدام به خودکشی، خودآسیب‌رسانی را متوقف کنند (همان). در تحقیق حاضر نیز هم مخالفت کامل با خودکشی وجود دارد (شماره ۱۳: خودزنی با خودکشی و دیوانگی فرق دارد. فکر خودکشی احمقانه است/ شماره ۷: نمی‌خواستم خودکشی کنم.)، هم مشارکت‌کنندگان افکار خودکشی داشته‌اند (شماره ۱۱: گاهی می‌شینم آهنگ گوش میدم و فکر خودکشی به سرم می‌زنه./ شماره ۱۰: من هم در گوگل تو راه خودکشی می‌گشتم./ شماره ۵: پس از آن خیلی به خودکشی فکر کردم/ شماره ۳: فکر خودکشی هم داشته‌ام).

یافته‌های مطالعه‌ی زهرا محبی و سایرین نشان داد که «سه طبقه اصلی عوامل زمینه‌ساز خودآسیبی، کارکرد خودآسیبی و پیامدهای خودآسیبی وجود دارند؛ و نه طبقه اولیه شامل، ویژگی‌های عاطفی شناختی، روابط ناسازگار، مشکلات نوجوان در خانواده، آرام شدن، فراموش کردن مشکلات، تحت تأثیر قرار دادن دیگران، اثبات بزرگ و قوی بودن، احساس ندامت و اسکار زخم (جای زخم)، می‌باشند» (محبی و دیگران، ۱۳۹۹، ص ۲۷۷-۲۶۵).؛ اما در تحقیق حاضر، ۶ مضمون اصلی و ۲۶ مضمون فرعی در فصل چهارم

استخراج و معرفی شده‌اند.

خانی‌پور، حمید (۱۳۹۳)، گزارش کرد که دل‌بستگی‌های ناایمن به همسالان (یعنی مضطرب یا اجتنابی)، احتمال بروز رفتارهای خودآزاری در پسران و دختران را افزایش داده و احتمال بروز رفتارهای آسیب‌زننده به خود و تداوم افکار خودآزاری را در پسران دوچندان می‌کند. رابطه قوی با مدرسه با احتمال کمتری برای ایجاد افکار خودآزار در پسران و دختران که کمتر احتمال دارد افکار و رفتارهای خودآزاری مداوم را گزارش کنند، محافظت‌کننده بوده است. همچنین «برخی از نوجوانان دختر برای گریز و اجتناب از موقعیت‌هایی که در آنها مورد قلدری قرار می‌گیرند از خودجراحی بدون خودکشی استفاده می‌کنند» (خانی‌پور، ۱۳۹۳). در تحقیق حاضر نیز دل‌بستگی ایمن در اغلب مشارکت‌کنندگان نه نسبت به خانواده وجود داشت و نه نسبت به مدرسه و نه نسبت به همسالان. ۷ نفر از مشارکت‌کنندگان (۱، ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۲)، نه در خانه آرامش دارند و نه در مدرسه. بقیه تنها یا در خانه (۲)، یا در مدرسه، آن‌هم از دیدار همسالان (۶ و ۸ و ۱۱)، آرامش دارند.

### نتیجه‌گیری

از آنجا که این تحقیق پدیدارشناسانه است که مستلزم بازتاب افکار و رفتارها و البته تفسیر آن‌ها به کمک مشارکت‌کنندگان می‌باشد؛ نمی‌توان از یافته‌های آن به شخصیت تک‌تک افراد پی برد و بدان‌ها برچسب‌های روان‌شناسانه زد. برای مثال چه‌بسا حتی فرد خود را مازوخیست بنامد و بر مبنای تشخیصی D.S.M.5 چنین نباشد. تنها چیزی که در آن تردیدی نیست، همجنس‌گرایی و دگرجنس‌گرایی مشارکت‌کنندگان ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸ و ۱۱ می‌باشد. اغلب پس از جرح خود، پشیمان می‌شوند یا گریه می‌کنند، اما هم‌زمان بیشتر اظهار می‌دارند که خودآسیب‌رسانی، قرص و سیگار آدم را آرام می‌کند (۱ و ۲ و ۳ و ۵ و ۷ و ۸ و ۱۱)، این احیاناً به علت شرطی شدن آن‌هاست.

در این تحقیق پیامدهای اجتماعی خودآسیب‌رسانی و خودجراحی بسیار محدود بوده و در مواردی مشارکت‌کنندگان در این باره چیزی نگفته‌اند و این باز تأیید می‌کند که حتی

خانه و مدرسه هنوز درک درستی از خودآسیب‌رسانی و خودجراحی نداشته و عمدتاً به جهت جهل و غفلت از کمک به عزیزان خود ناتوان هستند. کسی دلسوزتر از اعضای خانواده نیست، اما ما با سه نوع برخورد با این پدیده مواجه هستیم: خانواده‌هایی که اصلاً در جریان نیستند، آن‌ها که در جریان قرار گرفته و زخم را عمیق‌تر کرده‌اند و آن‌ها که خردمندانه یا خود ممانعت کرده‌اند یا از ورزش و مشاوره کمک گرفته‌اند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد هیچ‌کس بیش از یک رفیق بد، نمی‌تواند این زخم را عمیق‌تر کند و هیچ‌کس زودتر از یک رفیق شفیق متوجه این درد نمی‌شود و به التیام‌بخشی اقدام نمی‌کند. در این تحقیق، مشارکت‌کنندگان بیشتر به صورت «سطحی»، «تصادفی» (نه منظم) و «سمبلیک» تجربه‌ی زیسته‌ی خود از این پدیده را گزارش کرده و با تعابیر مختلف، حدود و ثغور این پدیده را روشن کرده و از خودزنی و خودکشی آن را متمایز کرده‌اند. این به‌نوبه خود بر «روایی» تحقیق و آنچه ادعای بررسی آن را دارد، دلالت می‌کند؛ به عبارت دیگر در این تحقیق نیز همچون پیشینه هر سه نوع الگوی خودآسیب‌رسانی مشاهده گردید. بیش از همه مشارکت‌کنندگان به صورت تصادفی و بسته به موقعیت و شرایط به خود آسیب‌زده‌اند. نزدیک به نیمی از مشارکت‌کنندگان در عین تاب‌بودن، از «گرایش جنسی» و مصرف سیگار خود پرده برداشته‌اند؛ و این پیشینه را تأیید می‌کند که «عواملی مانند گرایش جنسی یا سیگار کشیدن نیز با خودآزاری در نوجوانان مرتبط است» (پل و دیگران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). دیگر آنکه مشارکت‌کنندگان بیشتر از همه با «تیغ‌زدن» بر روی «دست» و پس از آن با «خوردن قرص» و سپس «سیگار کشیدن» تجربه‌ی زیسته‌ی خود از این پدیده را گزارش کرده‌اند. از نکات جدید مختص این پژوهش، می‌توان به «تعارض ارزش‌های خانه، مدرسه و رسانه»، «نداشتن آزادی انتخاب»، «مشکل ابراز عقیده»، «بی‌معنایی» یاد کرد.

---

1. Paul Stallard, Melissa Spears, Alan A Montgomery, Rhiannon Phillips & Kapil Sayal.

### پیشنهادها

فیلسوفان تعلیم و تربیت، برای نوجوانانی که با بحران هویت درگیر بوده و به دل‌بستگی‌های نایمن (اجتنابی و اضطرابی)، گرفتار آمده‌اند، درباره «بی‌معنایی/ معنا/هدف»، «معنویت»، «تنهایی/ عشق»/ «دوست‌یابی»، «خودشناسی/ از خودبیگانگی»، «بی‌خیالی» و... مطالب مفید و ضروری را به زبان غیرتخصصی تهیه کنند.

هنرمندان، مطالب نسبتاً دیرپاب فیلسوفان تعلیم و تربیت را در قالب نمایش، کلیپ و فیلم؛ ساده، جذاب و قابل فهم نمایند.

مشاوران مدرسه با موج چهارم روان‌شناسی (روان‌شناسی فراشخصی)<sup>۱</sup>/ معنویت‌درمانی/ معنادرمانی و «روایت‌درمانی» آشنا شوند؛ زیرا در تحقیقی آمده که «روایت‌درمانی با تأکید بر لحظات نوآور، روش مداخله‌ای مناسبی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دختران با خودآسیب‌زنی با قصد خودکشی است و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند برای بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان نوجوانان با خود آسیب‌زنی به قصد خودکشی از این مداخله استفاده نمایند» (تقی‌پور و دیگران، ۱۴۰۲، ص ۹۳ تا ۱۲۳).

مدیران مدرسه، به کمک مربیان و مشاوران از برنامه‌ی مستمر و به ترتیب نیازسنجی، راهنمایی، مشاوره گروهی و مشاوره فردی حمایت و پشتیبانی نموده و از این پدیده به‌اندازه سهم و توان خود پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالث) نمایند.

به شورای محترم تحقیقات نیز پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ی زمینه‌یاب این پدیده، نوع گرایش جنسی نوجوانان خودآسیب‌رسان، همچنین رابطه بین نوع مدرسه، با این پدیده را در اولویت قرار دهند.



پدیدارشناسی رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر...؛ تمسکی | ۱۶۵

تأکید می‌شود که نگارنده تعارض منافعی نداشته و از سازمان آپ. استان قم که بناست از این اثر حمایت کنند و از کلیه اساتید و آگاهانی که از این اثر حمایت معنوی کرده‌اند، صمیمانه سپاسگزارم.

**ORCID**

Mohammad Reza Tamasoki  <https://orcid.org/0000-0003-2461-5707>

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ ثابت دیزکوهی، کیانا؛ کافی، موسی (اسفند ۱۴۰۰). مقایسه تاب‌آوری، شفقت به خود و تجربیات آزاردیدگی اولیه در دانشجویان با و بدون رفتارهای خودآسیب‌زنی، *روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۱۹، شماره ۲ - شماره پیاپی ۳۷، صفحه ۴۵-۵۶*
- ابوالمعالی، خدیجه (۱۳۹۱). *پژوهش کیفی از نظریه تا عمل*، تهران: نشر علم.
- اصلانی، خالد؛ امان‌الهی، عباس؛ ولد مؤمن، پری؛ تقی‌پور، منوچهر (دی ۱۳۹۳). بررسی رابطه ساده و تعدیل‌گر ناامیدی و عملکرد خانواده با افکار خودکشی‌گرا در بین دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان‌های شهر اهواز، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۵، شماره ۲۰، صفحه ۵۹-۷۹*
- بهرامی آرامی، مریم؛ عاصمی، زهرا (۱۳۹۶). «اثربخشی آموزش شادکامی بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان دختران مقطع متوسطه اول»، سومین کنفرانس سراسری دانش و فناوری علوم تربیتی مطالعات اجتماعی و روان‌شناسی ایران.
- پورافکاری، نصرت‌ا... (۱۳۷۳). *فرهنگ جامع روان‌شناسی - روان‌پزشکی، ج دوم*، تهران: فرهنگ معاصر.
- تقی‌پور، امین؛ قمری کیوی، حسین؛ شیخ‌الاسلامی، علی؛ رضایی شریف، علی (بهار ۱۴۰۲). اثربخشی روایت درمانی با تأکید بر لحظات نوآور بر تنظیم هیجان دختران دچار خودآسیب‌زنی با قصد خودکشی، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال چهاردهم، شماره ۵۳، ص ۹۳ تا ۱۲۳*
- خانی پور، حمید (۱۳۹۳). رفتارهای خودآسیب‌رسانی در نوجوانان: ماهیت، احتمال خودکشی و نقش عوامل روان‌شناختی و همسالان، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- قدمگاهی، مریم (۱۳۹۷). *واکاوی خودآسیب‌رسانی در نوجوانان*، تهران: ویهان.
- محبی، زهرا؛ قمری گیوی، حسین؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا (تابستان ۱۳۹۹). «پدیدارشناسی تجربه خودآسیبی بدون خودکشی در نوجوانان دختر دانش‌آموز»، *مجله سلامت اجتماعی، دوره ۷، شماره ۳، ۲۶۵-۲۷۷*.
- محمدپور، احمد (۱۳۹۲). *روش تحقیق کیفی ضدروش ۱ و ۲*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

مستان آبادی، شهین‌دخت؛ قمری گیوی، حسین (دی ۱۳۹۹). مقایسه الگوهای ارتباطی (شنود، بازخورد و کلامی) در دختران نوجوان دارای خودزنی و عادی، دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، سال سوم، شماره ۳۲، صفحه ۱۰۰ تا ۱۰۷.

وفایی، طیبه؛ عبدالوهاب سماوی، سید؛ ویسنهانت، جولیا؛ نجارپوریان، سمانه (فروردین ۱۴۰۱). بررسی عوامل فردی یا روان‌شناختی موثر بر پدیده خودآسیب زنی نوجوانان: یک مطالعه کیفی، مطالعات روان‌شناسی تربیتی، دوره ۱۹، شماره ۴۵، صفحه ۱۵۵-۱۴۲.

هاشمی رزینی، هادی؛ دهقان، معجبتی و رسولی، علی (زمستان ۱۳۹۷). «تمیز افراد خودآسیب‌رسان از افراد عادی بر اساس تجربه‌های مثبت و منفی، نوروگرایی و ریخت‌های ارزشی انگیزشی»، فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، دوره ۱۲، شماره ۴(۴۸)، ۵۷۱-۵۵۳.

## References

- De Stefano J. Walsh, B. Treating self-injury: A practical guide. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*. 2006;40(4).
- Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*. 1998;186(5):259-268.
- Hollander M. Helping teen who cut. New York: Guilford press; 2008. 16.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000; 30(1):23-39.
- Horesh N, Nachshoni T, Wolmer L, Toren P. A comparison of life events in suicidal and non-suicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(6):496-502.
- Kabkumba C, kaewjanta N, Rungreangkulkij S. Non-Suicidal Self-Harm Behaviour and Risk Factors amongst Undergraduate Nursing Students. *JTNMC* [Internet]. 2022 Jan. 31 [cited 2023 Apr. 13];37(01):146-60. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJONC/article/view/254425>
- Khanipour H, Borjali A, Golzari M, Falsafinejad M, Hakim-Shushtari M. Self-harm in adolescents with delinquency and history of mood disorder: A qualitative research. *J Qual Res Health Sci*. 2013; 2(3):195-207. [Persian]
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2): 226-39.

merriam-webster.com/ dictionary.

Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005; 75(2): 324-33.

Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005; 75(2): 324-33.

Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(5):885.

Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *The American journal of psychiatry*. 1983;140(7):867-872.

Paul Stallard, Melissa Spears, Alan A Montgomery, Rhiannon Phillips & Kapil Sayal, Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample, *BMC Psychiatry volume 13, Article number: 328 (2013)*.

Peyvastegar M, Prevalence of deliberate self harm and correlation with loneliness and attachment style in girl's students. *Psychol Stud*. 2013; 9(3):30-51. [Persian]

<https://t.me/joinchat/EGPRn0LWTGVVryds9wF51g>

Reinhardt M, Rice KG, Horváth Z. Non-suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Front Psychiatry*. 2022 Dec 1;13:1046576. doi: 10.3389/fpsy.2022.1046576. PMID: 36532173; PMCID: PMC9751932.

**استناد به این مقاله:** تمسکی، محمدرضا. (۱۴۰۲). پدیدارشناسی رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول آموزش و پرورش شهرستان قم (۱۴۰۱)، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۶)، ۱۴۱-۱۶۸.

DOI: 10.22054/qccpc.2023.73194.3100



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.