Review

A review on Non-Suicidal Self-Injury in Iranian Young adults and Adolescents

Sareh Izakian[1], Bahram Mirzaian[2*], Seyed Hamzeh Hosseini[3]

1. PhD Student in psychology Educative, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Assistant Professor of psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Science Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

(Received 20 June 2017; Accepted 20 December 2017)

Abstract

Self-harm is one of the strongest predictions of suicide attempts which is categorized into different types. Non-suicidal self-injury attempts is a part of this division, which has become a common phenomenon in schools and universities, but the extent of understanding its process requires more investigations. Since various studies have been conducted in different parts of Iran, more detailed review on this subject and final conclusion in this regard is necessary.
In this review, keywords including adolescent, young, self-injury behavior, non-suicidal self-injury, self-mutilation, deliberate self-harm and prevalence were searched through SID, Magiran, Google Scholar and PubMed sources in English and Persian languages. In this way, 6 English and 10 Persian articles were obtained. Finally, 3 English and 3 Persian articles were used.
The results of various relevant studies indicated that the prevalence of non suicidal self-injury was 4.3% to 40.5% in Iran.

Keywords: Non-Suicidal Self Injury, Adolescents, Young, Self-Mutilation, Deliberate Self-Harm.

Clin Exc 2018; 8(2): 14-25 (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

تعالی بالینی
آموزش- پژوهش
دوره هشتم شماره ۲(۲۵-۱۴)

بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی

ساره ایزکیان[۱]، بهرام میرزائیان[۲*]، سیدحمزه حسینی[۳]

چکیده

خود آسیب‌رسانی یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی است و به انواع مختلف تقسیم می‌شود. خود جرحی بدون خودکشی بخشی از این تقسیم‌بندی است که به‌صورت یک پدیده شایع در مدارس و دانشگاه‌ها درآمده است ولی وسعت درک فرایند آن نیاز به بررسی‌های بیشتری دارد. از آنجا که تاکنون مطالعات متنوعی در نقاط مختلف کشور انجام‌شده است، بررسی دقیق‌تر موضوع و جمع‌بندی نهایی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه مروری، کلیدواژه‌های فارسی شامل؛ نوجوان، جوان، رفتار خودجرحی، خودجرحی بدون خودکشی، تحریف خود، خود آسیب‌رسانی عمدی و شیوع، به همراه معادل‌های انگلیسی در پایگاه‌های جستجو PubMed, Magiran, GoogleScholar, SID، ۶ مقاله انگلیسی ۱۰ مقاله فارسی به دست آمد. در نهایت ۳ مقاله انگلیسی و ۳ مقاله فارسی بررسی شدند. نتایج مطالعات مختلف در ایران حاکی از شیوع خود جرحی بدون خودکشی بین ۴۰/۵-۳/۴ درصد بود.

واژه‌های کلیدی: خودجرحی بدون خودکشی، نوجوانان، جوانان، تحریف خود، خود آسیب‌رسانی عمدی.

مقدمه

در سال‌های اخیر، پژوهشگران در حوزه بهداشت روان به رفتارهایی که با خود آسیب‌رسانی مرتبط است بیشتر توجه نموده‌اند. خود آسیب‌رسانی یکی از مشکلات دوران نوجوانی است که خسارت‌های روانی، اجتماعی زیادی بر جای می‌گذارد. در اغلب موارد رفتار پنهانی است که شناسایی آن دشوار است و به‌عنوان یکی از شیوه‌های مقابله با فشارهای زندگی ممکن است برای مدت طولانی باقی بماند. در بسیاری از موارد رفتارهای خود آسیب‌رسانی با اقدام به خودکشی همراه بوده و ممکن است در طولانی‌مدت زمینه‌ساز اقدام به خودکشی شوند(۱). خود آسیب‌رسانی به رفتارهای عمدی گفته می‌شود که موجب آسیب رساندن به بدن می‌شوند، از دید اجتماعی غیرقابل‌قبول هستند و با هدف غلبه بر آشفتگی هیجانی انجام می‌شوند(۲).

در مطالعه‌ای Walsh و همکارانش رفتار خود آسیب‌رسانی را به دو دسته مستقیم و غیرمستقیم تقسیم‌بندی می‌کنند: خود آسیب‌رسانی مستقیم به رفتارهایی گفته می‌شود که به‌طور مستقیم موجب آسیب به بدن بافت می‌شوند و نیت رفتار مشخص است؛ مثل اقدام به خودکشی. خود آسیب‌رسانی غیرمستقیم به رفتارهایی اشاره دارد که در آن‌ها اثر صدمه بعداً مشخص می‌شود و انگیزه اصلی مشخص نیست؛ مثل انواع رفتارها از جمله پرخوری، سوءمصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی(۲).

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳. استاد روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، موسسه اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
* نویسنده مسئول: ساری، دانشگاه آزاد واحد ساری، گروه روانشناسی
E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲۶

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

در مطالعه‌ای دیگر Favazza و همکارانش رفتارهای خود آسیبی را به سه دسته تقسیم کرده‌اند. رفتار خودآسیبی شدید در بیمارانی دیده می‌شود که در آن فرد به بافت بدن خود آسیب شدید وارد می‌کند، مثل قطع عضو. رفتارهای خود آسیبی کلیشه‌ای و غیرارادی در عقب‌مانده‌های ذهنی و اتیسم دیده می‌شوند و رفتارهای خودآسیبی سطحی که شایع‌ترین نوع آن است، نظیر خراشیدن، بریدن پوست، کندن زخم و حکاکی روی پوست(۳).

خودجرحی، خودجرحی بدون خودکشی[1] و خود آسیب‌رسانی عمدی سه اصطلاحی هستند که بیش از سایر اصطلاحات استفاده شده است. درحالی‌که در برخی تعریف‌ها، رفتارهای خودجرحی به‌صورت عمومی‌تر دو رفتار اقدام به خودکشی و خودجرحی بدون خودکشی را شامل می‌شود(۴)؛ اما در طبقه‌بندی‌های دیگر مثل کلونسکی خودجرحی تنها شامل خودجرحی بدون خودکشی است(۵).

خودجرحی بدون خودکشی جز پنجمین ویراست راهنمایی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2] آمده است(۶). خودجرحی بدون خودکشی شامل رفتارهایی است که به‌صورت آگاهانه بدون انگیزه خودکشی توسط خود فرد با هدف آسیب به بافت‌های بدن انجام می‌شوند و جز آداب‌ورسوم فرهنگی به شمار نمی‌آیند(۷). این رفتارها می‌توانند به روش‌هایی مانند بریدن، سوزاندن، کوبیدن، خراشاندن، کتک زدن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، چنگ کشیدن، زخمی کردن بدن و یا جلوگیری از بهبود زخم‌های بدن انجام شوند(۸). خودآسیبی بدون قصد خودکشی، تنها یک نگرانی در نمونه‌های بیمار نیست، چرا که بررسی‌ها شیوع این اختلال را در جامعه عادی بزرگ‌سال، بیش‌تر از ۶-۴ درصد(۹،۵)، در نوجوانان و جوانان ۲۹-۱۳ درصد(۱۰) و در سربازان ۸/۴-۵/۷ درصد(۱۱) گزارش‌شده است. شیوع خودجرحی بدون خودکشی در یک دهه اخیر بیشتر شده است(۱۲).

فراوانی خودجرحی بدون خودکشی هم در گروه بالینی و هم غیربالینی بیشتر از اقدام به خودکشی است(۱۰،۱۳). در یک نمونه ۱۵۰۰ نفری از جمعیت عمومی نوجوانان، شیوع خودجرحی ۱۴ درصد و اقدام به خودکشی ۴ درصد گزارش شده است(۱۳).

گذر از مرحله کودکی به نوجوانی و نیز به دوره جوانی با فشارها و تحولات روان‌شناختی و محیطی همراه بوده، به‌طوری‌که با چالش‌های متعددی از جمله فشارهای تحصیلی، خانوادگی، محیط جدید زندگی مواجه می‌شوند. بسیاری از نوجوانان و جوانان این مرحله را بدون هیچ مشکلی طی می‌کنند، ولی برخی دیگر برای رهایی از فشارهای موقعیتی و روان‌شناختی ممکن است اقدام به رفتارهای خودآسیبی کنند. Favazza رفتارهای خودآسیبی را نوعی فعالیت خود-یاری می‌داند، زیرا این رفتارها به فرد کمک می‌کند به نوسان خلق خود غلبه کند و به‌طور موقت به آرامش برسند و نوعی رفتار پرخاشگرانه معطوف به خود است و نباید به‌عنوان علامت همراه یک بیماری آن را در نظر گرفت(۳).

نرخ خودجرحی با افزایش سن و از دوره کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد، در کودکان ۱۲-۱۰ ساله جمعیت عادی شیوع این رفتار ۷ درصد است درحالی‌که در دوره نوجوانی در دانش آموزان دبیرستانی بین ۲۱-۱۳ درصد(۱۴) و در مطالعه‌ای دیگر ۳۳/۲-۱۳ درصد(۱۵) و همچنین شیوع این رفتار در دانشجویان بین ۳۸-۱۲ درصد گزارش‌شده است(۱۶).

خود آسیب‌رسانی به‌عنوان یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی در نوجوانان شناسایی‌شده است(۱۸-۱۷). یافته‌های خانی‌پور و همکاران نشان داد خطر احتمال خودکشی در نوجوانان باسابقه خود آسیب‌رسانی بیشتر از نوجوانان عادی و نوجوانان دچار افسردگی است(۱۸).

ازآنجاکه این پدیده برای نظام بهداشتی کشور پرهزینه بوده و از طرفی با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست، بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. لذا فهم عوامل خطر مرتبط با رفتار خودجرحی

[1]. NSSI
[2]. DSM-5

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

جهت کاهش دادن خطر آن اهمیت زیادی داشته و گام اساسی در این فرایند نشان دادن وسعت مشکل در نوجوانان و جوانان است. در ایران بیشترین گزارش فراوانی مربوط به آمار خودکشی می‌باشد و ازآنجاکه تاکنون مطالعات پراکنده‌ای در نقاط مختلف بر روی گروه‌های مختلف انجام‌گرفته و نتایج متفاوتی نیز گزارش کرده‌اند، بررسی دقیق‌تر موضوع و جمع‌بندی نهایی در این زمینه ضرورت می‌یابد. با این که پژوهش‌های مرتبط با این موضوع به‌ویژه از سال ۲۰۰۰ به بعد به میزان زیادی افزایش‌یافته است و اطلاعات زیادی درباره این رفتار در نوجوانان و بزرگ‌سالان به‌دست‌آمده است، اما اطلاعات درباره فراوانی، ویژگی‌های جمعیت شناختی این نوع رفتارها در نوجوانان و جوانان ایرانی بسیار اندک است(۱۸-۱۷). لذا با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت موضوع، هدف از این مطالعه، مروری بر خودجرحی بدون خودکشی در نوجوان و جونان ایرانی می‌باشد.

روش کار

این مطالعه مروری، با استفاده از موتورهای جستجوگر SID, Magiran, Google Scholar Pubmed و ترکیب کلیدواژه‌های؛ Adolescence, Young , Self-Injurious Behavior, Non-Suicidal Self-Injury, Self-Mutilation, Deliberate Self-Harm, Iran و Prevalence همچنین معادل فارسی آن‌ها شامل نوجوان، جوان، رفتار خودجرحی، خودجرحی بدون خودکشی، تحریف خود، خود آسیب‌رسانی عمدی، ایران و شیوع صورت گرفت. کلمات مذکور در عنوان و کلیدواژه مقالات جستجو گردید. در نهایت ۳۲۱ مقاله به دست آمد. عنوان و بعضی از چکیده مقالات به تفکیک هر یک از پایگاه‌ها، موردبررسی قرار گرفت و موارد تکراری در چهار پایگاه ذکرشده حذف گردید(۱۷۰ مقاله). مطالعاتی به غیر از مقالات پژوهشی اصیل، گزارش موارد و تعداد زیادی از مقالات مربوط به پژوهش‌های خارجی می‌شدند که تعداد آن‌ها به ۱۲۲ مقاله رسید و از دایره بررسی کنار گذاشته شدند؛ بنابراین ۲۹ مقاله باقی ماندند که موردمطالعه کامل قرار گرفتند، تعداد ۱۳ مقاله به‌صورت مستقیم به خودجرحی بدون خودکشی نپرداخته بودند و یا رفتارهای خودجرحی دیگری مانند رفتارهای کلیشه‌ای در افراد با تأخیر رشدی بوده و یا شامل بیماران بستری با نشانه‌های دیگر اختلالات را شامل می‌شدند و از بررسی خارج شدند. از ۱۶ مقاله باقیمانده، ۶ مقاله بررسی‌های انجام‌گرفته در مراجعین به اداره پزشکی قانونی و بهداری‌ها، ۲ مقاله مربوط به نوجوانان با سابقه بزهکاری و بدرفتاری دوران کودکی در مراکز شبه خانواده و بهزیستی و ۲ مقاله مربوط به نوجوانان با اختلال یادگیری بودند؛ در نتیجه، شیوع در جمعیت عمومی را نمی‌سنجیدند، لذا بعد از حذف نهایی، ۶ مقاله باقی ماند که شامل جمعیت عمومی نوجوانان و جوانان بود. درنهایت اطلاعات از مقالات نهایی که شامل ۳ مقاله فارسی و ۳ مقاله انگلیسی(۳ مقاله شامل دانش آموزان و ۲ مقاله شامل دانشجویان و ۱ مقاله شامل سربازان)، استخراج شد. جدول شماره یک به ارائه جزئیات این ۶ مقاله در مطالعات مختلف پرداخته است.

یافته‌ها

در مطالعه‌ای که توسط فخاری و همکاران بر روی ۱۷۷۲ نفر از دانش آموزان پسر دبیرستان‌های تبریز انجام شد، ۴/۳ درصد(۷۶ نفر) رفتار خود آسیبی داشتند. نتایج نشان داد که تجربه مصرف الکل، داشتن دوستان نزدیک سیگاری و بودن در مراحل پیشرفته مصرف سیگار با خودآزاری در دانش آموزان ارتباط معنی‌داری دارد. با افزایش سن دانش‌آموزان شیوع خودآزاری بیشتر می‌شود. هرچه اعتمادبه‌نفس پائین‌تر باشد، شیوع خودآزاری در دانش آموزان بیشتر است. بیشترین رفتار خودآسیبی به ترتیب بریدن، کوبین سر به دیوار، داغ زدن، حکاکی روی پوست، خالکوبی، کندن پوست و سوزاندن بود(۱۹).

در مطالعه دیگری توسط نوری و همکاران بر روی ۳۴۱ نفر از سربازان یکی از نیروهای نظامی از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶، نتایج شیوع خودزن در سرباران در سال ۱۳۸۳، ۳۰/۶ درصد، در سال ۱۳۸۴، ۱۸/۸ درصد و در سال ۱۳۸۶، ۲۵/۹

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

درصد بود. بالاترین فراوانی علت خودزنی مشکلات روانی بوده است(۲۰).

در پژوهشی دیگر رفتار خود آسیبی با استفاده از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز(۲۰۰۱) در نوجوانان دختر تهران بررسی شد. یافته‌ها نشان داد در نمونه ۳۵۰ نفری دختران دوم و سوم دبیرستان، شیوع یک‌ساله رفتارهای خودآسیبی، شامل بریدن، سوزاندن، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار، فروکردن سوزن در بدن، حکاکی روی بدن و زخم کردن پوست، ۱۷/۹ درصد بود و ۱۱ درصد آن‌ها بیش از یک‌بار در سال مرتکب این رفتارها شده بودند. در این پژوهش، احساس تنهایی و دل‌بستگی ناایمن و اجتنابی پیش‌بینی رفتارهای خودآسیب‌رسان بودند. بیشترین رفتار خودآسیبی به ترتیب فروکردن سوزن در پوست جلوگیری از بهبود زخم‌ها و فروبردن سوزن در پوست، حکاکی عکس با نوشته بر روی پوست و بر سرکوبیدن و کمترین آن شکستن استخوان و بعدازآن چکاندن اسید روی پوست است(۲۱).

ایوبی و همکاران به بررسی شیوع قلدری، آسیب عمدی به خود و عوامل مرتبط با آن در ۱۰۶۴ دانش‌آموز پسر دبیرستانی شهر زنجان پرداختند. ۲۶/۸ درصد(۲۸۵ نفر) رفتار خود آسیبی داشتند. تجربه مصرف سیگار و سیگاری فعال بودن و لذت بردن از اعمال خطرزا با افزایش شانس رویداد رفتارهای آسیب عمدی به خود ارتباط معنی‌داری داشت. نگرش و گرایش نسبت به سیگار در نوجوانانی که آسیب عمدی به خود داشتند، مثبت بود. عزت‌نفس بالا نقش بازدارنده در مقابل رفتار خود آسیب عمدی داشت. بیشترین رفتار خود آسیبی در افراد موردمطالعه به ترتیب شامل بریدن، کوبیدن سر به دیوار، داغ زدن، حکاکی روی پوست، خال‌کوبی، سوراخ کردن پوست و سوزاندن بودند(۲۲).

در مطالعه غلامرضایی و همکاران، ۵۵۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران موردبررسی قرار گرفتند. شیوع خود آسیب‌رسانی در آن‌ها ۱۲/۳ درصد(۶۸ نفر) بود که ۰/۱۱ درصد شیوع در دختران و ۱۳/۹ درصد شیوع در پسرها دیده شد. تفاوت فراوانی خودآسیبی در دو جنس معنی‌دار نبود. اکثریت افراد، اولین بار اقدام به NSSI قبل از سن ۱۷ سالگی داشتند و میانگین سن شروع در آن‌ها ۱۳/۷ سال بود. ۵۴ درصد افراد اعلام کردند که هنگام اقدام به خودجرحی تنها بودند، ۳۴ درصد هنگام صدمه به خود درد احساس نمی‌کردند. ۱۲ درصد دوست نداشتند NSSI متوقف شود. تفاوت معنی‌داری بین وجود درد، تمایل به توقف آسیب به خود، آسیب رساندن به خود در حضور دیگران و نوع روش NSSI در دو جنس وجود نداشت. تفاوت آماری معناداری در فراوانی و سن شروع بین دو جنس مشاهده نشد. بین استرس، علائم افسردگی و بد تنظیمی هیجانی(عدم پذیرش، وضوح و آگاهی) با NSSI ارتباطی در مردها مشاهده نشد. ۵۷/۶ درصد از مردان و۴۰ درصد از زنان احساس آرامش و ۴۵/۵ درصد از مردان و ۵۷ درصد از زنان احساس ناراحتی و ۳۹/۴ درصد از مردان و ۴۶ درصد از زنان احساس اضطراب و ۳۹/۴ درصد از مردان و ۴۹ درصد از زنان احساس ناامیدی پس از یک مرحله NSSI گزارش کردند. بیشترین رفتار خودآسیب رسانی شامل مشت زدن به دیوار، ضربه زدن به خود، بریدن، محکم به سر زدن، خراشیدن پوست، گاز گرفتن خود و سوزاندن بودند(۲۳).

نوبخت و کارل نگوار در مطالعه خود به بررسی شیوع خودآسیب عمدی و ارتباط آن با تروما در دانشجویان دانشگاه آزاد بابل پرداختند. ۴۰/۵ درصد از دانشجویان در طول یک سال یک‌بار خود آسیبی داشتند که از این افراد ۳۳ درصد از دانشجویان دختر و ۶۷ درصد از دانشجویان پسر بودند. شیوع خود آسیب‌رسانی در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود(۳۳ درصد زنان در مقابل ۴۸ درصد مردان). شیوع خود آسیب‌رسانی عمدی ارتباط معنی‌داری با تاریخچه تروما و نسبت به گروه بدون خود آسیب‌رسانی داشت. بیشترین رفتار خود آسیبی فروبردن سوزن و میخ در پوست، بریدن، مشت زدن به دیوار، جلوگیری از بهبود زخم، حکاکی روی پوست بود(۲۴).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

بحث

همان‌طور که در پژوهش‌ها پیداست شیوع خودجرحی غیرخودکشی در دانش آموزان ایرانی از ۲۶/۸-۴/۲ درصد(۲۲) متفاوت بود. در طول مطالعاتی که تنها نوجوانان(به‌طور عمده دانش آموزان دبیرستان) را شامل می‌شد، شیوع NSSI در طول زندگی از ۲۳/۲-۱۳ درصد(۲۵) و در پیگیری ۱۲ ماهه از ۱۲/۵-۲/۵ گزارش شده است(۲۶). نتایج مطالعه پیوسته‌نگر و ایوبی همسو با مطالعات انجام گرفته توسط مهلنکامپ و گوتیرز، یاروکاس و همکاران می‌باشد. مطالعه فخاری در مورد شیوع خودجرحی بدون خودکشی شبیه نرخ شیوع در مطالعات انجام‌گرفته بر روی بزرگ‌سالان است و برخلاف نتایج تحقیق مهلنکامپ و گوتیرز و یاروکاس و همکاران می‌باشد. در واقع، الگوی نتایج گزارش‌شده در مورد شیوع خودجرحی بدون خودکشی نشان می‌دهد که NSSI در حال افزایش است. مطالعه گاریسن و همکاران میزان شیوع خودجرحی در دانش آموزان در سال ۱۹۹۳، ۲/۵ درصد(۲۷) و مطالعه ملهکامپ و گوتیرز میزان شیوع را ۱۲/۵ درصد(۲۵) نشان‌دهنده این است که این رفتارها نسبت به سال‌های قبل رو به افزایش است. بررسی انجام‌گرفته در مورد بالا رفتن شیوع خودجرحی در سال‌های اخیر مطابق با مطالعات فوق است. با توجه به اینکه مطالعه فخاری بر روی جمعیت زیادی از دانش‌آموزان در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، درصد پائین شیوع خودجرحی بدون خودکشی و اختلاف آن با فراوانی خودجرحی بدون خودکشی با دو مطالعه دیگر در نمونه پسران(۲۶/۸ درصد) و دختران(۱۷/۹ درصد) قابل‌ملاحظه است.

اختلاف شیوع این رفتار می‌تواند ناشی از شیوه نمونه‌گیری افراد مورد مطالعه باشد. این اختلاف در فراوانی NSSI به‌احتمال‌زیاد به این دلیل است که شرکت‌کنندگان در مطالعه فخاری و همکارانش فقط دانش آموزان سال دوم را شامل می‌شدند. احتمال دارد که شیوع واقعی NSSI بیشتر باشد، زیرا افرادی که از تحصیل خارج‌شده‌اند شامل این مطالعات نمی‌شدند. علاوه بر این انجام نظرسنجی در مورد مقیاس بزرگ‌تر در طول زمان به این سؤال که آیا NSSI در طول زمان در حال افزایش است را پاسخ می‌دهد. همچنین فخاری در مطالعه خود در مورد علت شیوع کم خودجرحی به عواملی نظیر پایین بودن میانگین سنی و کم بودن شیوع رفتارهای خطرپذیر مانند؛ مصرف الکل، سیگار و مواد غیرمجاز در مقایسه با کشورهای دیگر در آن زمان اشاره می‌کند(۱۹). با توجه به شیوع بیشتر خودجرحی در مطالعات اخیر این احتمال وجود دارد که رفتارهای پرخطر مثل مصرف الکل، سیگار و مواد غیرمجاز در مقایسه با سال‌های قبل افزایش‌یافته باشد. همان‌طور که ذکر شد در مطالعه ایوبی و همکاران تجربه مصرف سیگار و سیگاری فعال بودن و لذت بردن از اعمال خطرزا با افزایش شانس رفتار خود آسیب‌زنی مرتبط بود. فاصله بین مطالعه فخاری و همکاران و دو مطالعه دیگر تقریباً ۵ سال بود، لذا می‌تواند تأییدی برتانید تحقیقات جدید مبنی بر شیوع بیشتر این رفتار در دهه اخیر باشد(۲۲-۲۱). در دهه اخیر استفاده از وسایل ارتباطی و فضای مجازی در نوجوانان و جوانان بیشتر شده است .دیدن رفتار خودزنی همسالان و همانندسازی با آنان، ارتباط با گروه‌هایی که در فضای مجازی این رفتار را انجام می‌دهند، می‌تواند از دلایل احتمالی شیوع بیشتر این رفتار در سال‌های کنونی باشد. شواهد تائید می‌کنند که اکثر نوجوانان با خودجرحی، اولین بار تحت تأثیر گروه همسالان و در اثر الگوگیری از همسالان این رفتار را انجام می‌دهند و داشتن یک دوست صمیمی با خودجرحی بدون خودکشی از مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده خودجرحی می‌باشند(۳۰).

در مطالعه غلامزاده، از افرادی که تجربه خودجرحی بدون خودکشی داشتند در مورد منبع اخذ ایده خودجرحی، ۲۹ درصد از مراجعین عنوان کردند که تحت تأثیر دوستان این رفتار را انجام داده‌اند و ۱۵/۱ درصد تحت تأثیر تلویزیون یا فیلم بودند. احتمال می‌رود در سال‌های اخیر نقش همسالان پررنگ‌تر شده باشد. یافته‌های مطالعه خانی پور و همکاران نیز نشان‌دهنده نقایص تنظیم هیجانی، خود انتقادی و الگو گیری از خودجرحی همسالان و تأثیر آن بر خود آسیب‌رسانی مستقیم می‌باشد(۱۸،۳۱).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

در این زمینه تحقیقاتی بیشتر با استفاده از پرسشنامه الگوگیری از همسالان می‌تواند به بررسی این احتمال بپردازد. شرکت‌کنندگان در مطالعه فخاری قدیمی‌تر از شرکت‌کنندگان در مطالعه ایوبی و همکاران و پیوسته نگر و همکاران بودند این تفاوت همچنین می‌تواند ناشی از اثر کوهورت باشد، زیرا مطالعات تقریباً پنج سال از هم جدا شده‌اند. در مطالعه خانی‌پور و همکاران نوجوانان ایرانی خودجرحی را بیشتر در نقش یک پیام اجتماعی مؤثر برای اعتراض و رهایی از تعارض‌های بین‌فردی ادراک می‌کنند از نظر نوجوانان، خودآسیب‌رسانی مستقیم زخمی بدون درد است که با هدف غلبه بر تعارض‌های ارتباطی شدید، انتقال یک پیام اجتماعی تأثیرگذار یا رهایی از فشارهای موقعیتی و انتقال یک پیامی که بیشترین اثرگذاری را بر روی دیگران داشته باشد، استفاده می‌کنند. الگوی غالب خود آسیب‌رسانی اجتماعی در نوجوانان ایرانی شبیه رفتاری اعتراض گونه نسبت به افرادی است که هم منبع عشق و هم تنفر هستند. معنای اجتماعی این رفتار برای نوجوانان ایرانی مهم‌تر از معنای درون فردی است(۱۸).

از آن جایی‌که خودجرحی بدون خودکشی رفتاری پرهزینه و شدید است، بنابراین به‌احتمال بیشتر از جانب اطرافیان جدی گرفته می‌شود و به آن توجه می‌شود و به دلیل تأثیر اجتماعی که در محیط بین فردی می‌گذارد ممکن است به‌ویژه در محیط‌هایی که راه دیگری برای شنیده شدن حرف‌ها یا خواسته‌ها نیست برای تاثیرگذارشدن روی دیگران استفاده شود(۳۲). لذا با توجه به شیوع بیشتر خودجرحی در سال‌های اخیر نسبت به گذشته احتمال می‌رود نوجوانان خودجرحی را راهی برای رساندن پیام اعتراض، انتقال پیام‌ها و حرف‌هایی که شنیده نمی‌شوند و یا راهی برای رهایی از هیجانات منفی و فشارهای محیطی و غلبه بر تعارض‌های ارتباطی شدیدی که احتمالاً در سال‌های اخیر بیشتر شده است، انتخاب کرده باشند.

لازم به ذکر است در بررسی مختلف انجام‌گرفته در این تحقیق عواملی چون عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، اضطراب و سبک دل‌بستگی ایمن و یا ناایمن نقش مؤثر در شیوع رفتار داشتند، بنابراین نقش تأثیر هر یک از عوامل فوق بر رفتار خودجرحی نوجوانان و جوانان در سال‌های اخیر احتمالاً پررنگ بوده است. لذا تدابیر و راهکارها جهت بالا بردن عزت‌نفس و رفع اضطراب و آموزش والدین در مورد سبک‌های دل‌بستگی ایمن و نقش آن در سلامت، در مدارس اهمیت و ضرورت می‌یابد. بررسی دلایل دیگر وجود خودجرحی بدون خودکشی در مدارس نیاز به تحقیقات بیشتری است. با توجه به بالا رفتن شیوع رفتار خودزنی در مدارس در فاصله زمانی چند سال اخیر، ضروری است توجه زیاد و پیگیری لازم در این مورد انجام گیرد و بررسی‌های بیشتری صورت پذیرد. شاید لازم باشد مشاوران مدارس غربالگری، ارجاع و درمان را جدی‌تر گرفته و تدابیر لازم جهت شناسایی این رفتارهای گاهی پنهان را انجام دهند تا از شیوع بیشتر این رفتارها که به‌صورت اپیدمی در مدارس درآمده‌اند جلوگیری به عمل آید. برای نتیجه‌گیری و بررسی بهتر به‌منظور برآورد شیوع رفتار لازم است که یک نماینده غیرداوری شده، نمونه‌ای از اجتماع عمومی در جامعه ایرانی داشته باشیم تا نتایج مطالعات فوق با شیوع در جمعیت عمومی مقایسه کنیم، لذا با توجه به نبود این نوع مطالعه در کشور، انجام پژوهش در این زمینه ضرورت می‌یابد.

رفتارهای خودآسیب‌رسانی شیوع بالایی در نظامیان دارند(۳۳). میزان خود آسیب عمدی در افرادی که به‌تازگی به عضویت ارتش درآمده بودند ۴ درصد بوده است. مطالعه نوری و همکاران شیوع بالای خودجرحی را در سربازان نشان دادند. در ارتباط با خودزنی، با توجه به بررسی‌های اندک صورت گرفته و عدم گزارش واضح شیوع آن در سربازان و نیروهای نظامی، یافته قابل‌تعمیمی به دست نیامد. زیرا تنها دو موردمطالعه آمار خودزنی در نیروهای نظامی ایران گزارش گردیده بود؛ یکی از آن‌ها مطالعه‌ای مورد_شاهدی بود(۳۴) و دیگری نیز سربازان مراجعه‌کننده به یکی از بهداری‌های تهران را شامل می‌شد(۳۵). علاوه بر نوع مطالعه، حجم نمونه کم مطالعات نیز دلیلی بر عدم نتیجه‌گیری مطلوب در این زمینه است.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

در مطالعه‌ای ونگ و همکارانش نشان دادند که افسردگی با میزان درآمد ارتباط منفی دارد. از طرفی درآمد بالا موجب بالا رفتن کیفیت زندگی و رضایت شده و احتمالاً خود آسیب‌رسانی را کاهش می‌دهد. در پژوهش ایمانی و همکاران بر روی ۲۱۵ نفر از کارکنان ارتش جمهوری اسلامی ایران در شهر شیراز، متغیرهای افسردگی، فرسودگی شغلی و کارکرد خانوادگی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودآسیب‌رسان کارکنان ارتش بودند(۳۶). بااین‌حال نقش هر یک از عوامل در شیوع بالای خودزنی قابل‌بررسی است که نیاز به تحقیقات گسترده در این زمینه در ایران دارد. مطالعه غلامرضایی و همکاران در مورد شیوع خودجرحی بدون خودکشی در دانشجویان دانشگاه تهران ۱۲/۳ درصد بود، که با پژوهش انجام‌گرفته توسط گراتز مطابقت می‌کند. گراتز شیوع رفتار در بین دانشجویان را بین ۳۸-۱۲ درصد تخمین زده بود(۳۱). همچنین دریک نظرسنجی انجام‌گرفته جهت بررسی شیوع NSSI در طول زندگی، شیوع ۱۷ درصد با ۷/۳ درصد در طول ۱۲ ماه را نشان داد(۳۷).

در مطالعه‌ای بزرگ در سطح ملی میزان شیوع NSSI در جامعه بزرگ‌سالان در پیگیری ۶ ماهه ۴ درصد تعیین شد. تفاوت آماری معنی‌دار بین دو جنس از نظر شیوع دیده نشد(۹). مطالعه انجام‌گرفته توسط نوبخت در دانشجویان دانشگاه آزاد بابل شیوع خودجرحی بدون خودکشی را ۴۰/۵ درصد گزارش نموده است. گرچه این فراوانی با تحقیقات گراتز همخوانی دارد ولی نسبت به پژوهش غلامرضایی و همکاران شیوع بیشتر این رفتارها را نشان می‌دهد. احتمال می‌رود تفاوت در مطالعات فوق ناشی از تعداد نمونه‌ها و اختلاف در روش نمونه‌گیری‌ها بوده باشد. نوبخت و همکاران در مطالعه خود از دانشجویان به‌صورت فردی یا در گروه‌های کوچک، پرسش به عمل‌آورند. همچنین ابزار مورداستفاده در تحقیق نیز با هم فرق داشته است. احتمال می‌رود شرایط بومی و فرهنگی نیز از دلایل دیگر این تفاوت باشد. در مطالعه نوبخت و همکاران مشخص شد شیوع خود آسیب عمدی با تاریخچه تروما ارتباط معنی‌داری دارد. احتمال دارد نمونه‌های در دسترس تاریخچه بیشتری از تروما در زندگی داشتند ترومای بیشتری را در زندگی تجربه کرده باشند.

از طرفی هر یک از اطلاعات در موردبررسی پدیده‌شناسی NSSI یک نقص رایج را در اختیار دارند. در همه آن‌ها از نظر طراحی گذشته‌نگر هستند، طراحی گذشته‌نگر مشکل‌ساز است زیرا خاطرات مردم را از موارد خاص NSSI در مورد افزایش این رفتار را تغییر می‌دهد(۷). تفاوت در فراوانی رفتار خودجرحی بین دانشجویانی که در دو دانشگاه مختلف مشغول به تحصیل بودند، ممکن است به میزان آسیب‌شناسی افراد مربوط باشد. در این راستا برای بررسی و تائید احتمالاً تحقیقات بیشتر و گسترده‌تری را در سطح دانشگاه‌ها می‌طلبد.

بااین‌حال نتایج حاکی از آن بود که شیوع خودجرحی بدون خودکشی در دانشجویان(به‌ویژه جامعه دانشجویی دانشگاه آزاد) در سطح بالایی قرار داشته و توجه زیاد و سریعی را می‌طلبد و دلایل فراوانی آن نیاز و به بررسی و پیگیری بیشتری دارد تا از عواقب آن در این قشر آسیب‌پذیر و جوان جلوگیری می‌شود. این فراوانی این سؤال را ایجاد می‌کند که آیا محیط دانشگاهی متفاوت می‌تواند به فراوانی خودجرحی بدون خودکشی مرتبط باشد. در انتها با توجه به وجود سیزده نوع انگیزه خودجرحی از جمله تنظیم هیجانی، تمایز خود از دیگران، تنبیه خود، مراقبت از خود، ضدتجزیه‌ای، ضدخودکشی، حس جویی، تعلق به همسالان، اثرگذاری بین فردی، اثبات قدرت، ابراز آشفتگی، انتقام‌گیری و خودمختاری(۳۸) با توجه به بالا رفتن فراوانی این رفتار در جامعه نوجوان و جوان ایرانی، در دهه اخیر، تحقیقات بیشتر برای بررسی احتمال تأثیرگذاری هریک از عوامل فوق بر فراوانی رفتار خودجرحی ضرورت می‌یابد. تکرار معمول NSSI در نوجوانان متفاوت است تحقیقات بیشتری برای مشخص کردن عوامل خطر نیاز است احتمالاً ترکیبی از ویژگی‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی منحصربه‌فرد باعث می‌شود نوجوانان رفتار خودجرحی بدون خودکشی را به‌عنوان یک مکانیسم مقابله به کار

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

برند. درحالی‌که دیگران آن را یک‌بار امتحان می‌کنند و هیچ تمایل به تکرار آن ندارند(۱۵).

لازم به ذکر است اختلاف جنسیتی در مورد فراوانی خودجرحی بدون خودکشی در دو مطالعه(غلامرضایی و همکاران، نوبخت و همکاران) دیده نشد. یافته‌های اخیر در مورد جنسیت با یافته‌های زوروگلو، توران، سار و همکاران، ملنکامپ ، گوتیزر، بریر وگیل مطابق است. یافته‌های زوروگلو، توزان، سار و همکاران، نشان داد که اختلافی بین دو جنس از نظر فراوانی خودجرحی وجود ندارد(۳۹). مطالعه در مورد شیوه‌های خودجرحی بریدن با یک جسم تیز و ضربه زدن به خود از روش‌های خودجرحی در نمونه مطالعات بر روی نوجوانان است(۲۶،۲۹).

برش پوست رایج‌ترین شکل خودزنی است که حداقل در ۷۰ درصد افرادی که خودزنی دارند دیده می‌شود. بین ۴۴-۲۱ درصد از افراد به خود ضربه زده و بین ۳۵-۱۵ درصد بدن خود را می‌سوزانند(۴۰). بیشتر افراد برای خودزنی بیشتر از یک روش استفاده می‌کنند(۳۴). درصد شیوع انواع رفتارهای خودجرحی بدون خودکشی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

نتیجه‌گیری

بررسی‌های انجام‌گرفته در مطالعات بر روی دانش‌آموزان و دانشجویان حاکی از استفاده از روش‌های تقریباً یکسان برای خودجرحی است و تفاوت‌های مشاهده‌شده در شیوه خودجرحی احتمالاً به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوت جهت ارزیابی فراوانی خودجرحی بوده باشد لذا استفاده از پرسشنامه‌هایی که رفتارهای متعدد در آن گنجانده‌شده باشد و شامل انواع رفتارهای خودجرحی باشد می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری در اختیار قرار دهد. در این راستا می‌توان به تفاوت احتمالی در فراوانی رفتارها در برخی فرهنگ‌ها پی برد و اینکه چرا برخی مردم بعضی رفتارهای خودجرحی را بیشتر به کار می‌برند.

جدول شماره ۱: توزیع رفتار خودجرحی بدون خودکشی(NSSI) در نوجوانان و جوانان ایرانی

محقق	سال	محل	جنس	جامعه آماری	تعداد نمونه	شیوع (درصد)	نوع مطالعه	روش نمونه‌گیری	روش ارزیابی
فخاری	۲۰۰۷	تبریز	پسر	دانش آموزان دوم دبیرستان‌های پسرانه	۱۷۷۲	۴/۳	زمینه‌یابی	خوشه‌ای	سؤال باز در مورد خود آسیب عمدی و تعیین نوع آن
نوری	۲۰۱۲	تهران	پسر	کلیه سربازان یکی از نیروهای نظامی ۸۶-۸۳	۳۴۱	سال۸۳=۳۰/۶ سال۸۴=۱۸/۸ سال۸۵=۲۴/۷ سال۸۶=۲۵/۸	توصیفی-مقطعی	سرشماری پرونده خوانی	پرسشنامه محقق ساخته
پیوسته‌نگر	۲۰۱۳	تهران	دختر	کلیه دانش‌آموزان دختر سال دوم و سوم دبیرستان	۳۵۰	۱۷/۹	زمینه‌یابی	خوشه‌ای چندمرحله‌ای	پرسشنامه خود آسیب‌رسانی عمدی گراتز ۲۰۰۱
ایوبی	۲۰۱۳	زنجان	پسر	دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌ها	۱۰۶۴	۲۶/۸	زمینه‌یابی	تصادفی چندمرحله‌ای	سؤال باز
غلامرضایی	۲۰۱۷	تهران	پسر و دختر	دانشجویان دانشگاه تهران ۱۷۵۰۰	۵۵۴	۱۲/۳	زمینه‌یابی	نمونه‌گیری ساده	پرسشنامه خودجرحی بدون خودکشی کلونسکی و گلن ۲۰۰۹
نوبخت	۲۰۱۷	بابل	پسر و دختر	دانشجویان دانشگاه آزاد بابل	۲۰۰	۴۰/۵	زمینه‌یابی	پرسش از نمونه‌های فردی و گروهی	پرسشنامه خود آسیب‌رسانی عمدی

.مطالعه پیوسته□مطالعه فخاری□رفتارهای خود آسیبی □جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد شیوع انواع رفتارهای خود آسیبی در مطالعات انجام‌شده

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد شیوع انواع رفتارهای خود آسیبی در مطالعات انجام‌شده

رفتارهای خود آسیبی	مطالعه فخاری		مطالعه پیوسته‌نگر		مطالعه ایوبی		مطالعه غلامرضایی		مطالعه حبیب نوبخت	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بریدن پوست دست ، ساعد یا جای دیگر	۲۷	۳۵/۵	۳۸ ۱۶>۱	۱۲ ۴	۲۷	۳۵/۵	۲۹	۴۲/۶	۲۹	۴۲/۶
فروبردن سوزن در پوست(سوراخ کردن بدن)	۵	۶/۶	۵۸ ۳۶>۱	۱۷/۹ ۱۱/۱	۵	۶/۶	۴۰	۵۸/۸	۴۰	۵۸/۸
خودزنی(کوبیدن خود)	-	-	۲۶ ۱۱>۱	۸ ۳	-	-	۳۲	۴۷	۳۲	۴۷
کوبیدن سر	۱۷	۲۲/۴	۴۰ ۳۳>۱	۱۲/۴ ۱۰	۱۷	۲۲/۴	۲۵	۳۷	۲۵	۳۷
سوزاندن	۴	۵/۳	۲۷ ۱۲	۸ ۴	۴	۵/۳	۱۰	۱۴/۷	۱۰	۱۴/۷
کشیدن موها	-	-	۲۸ ۱۴	۸/۹ ۴	-	-	-	-	-	-
حکاکی روی پوست	۸	۱۰/۵	۵۲ ۲۴	۱۶ ۷/۴	۸	۱۰/۵	-	-	-	-
خال‌کوبی	۷	۹/۲	-	-	۷	۹/۲	-	-	-	-
داغ زدن	۹	۱۱/۸	-	-	۹	۱۱/۸	-	-	-	-
گاز گرفتن خود	-	-	-	-	-	-	۱۴	۲۰/۶	۱۴	۲۰/۶
جلوگیری از بهبود زخم‌ها	-	-	۴۸ ۲۹	۱۴/۹ ۷/۳	-	-	-	-	-	-

References

1. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Vitiello B, Keller M, Birmaher B, McCracken J, Mayes T. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2011; 1;50(8):772-781.
2. 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).
3. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. The Journal of nervous and mental disease. 1998;186(5):259-268.
4. Nock MK, Banaji MR. Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. American Journal of Psychiatry. 2007;164(5):820-823.
5. Klonsky ED, Glenn CR. Resisting urges to self-injure. Behavioural and cognitive psychotherapy. 2008;36 (02): 211-220.
6. Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. American Psychiatric Association. 2009:1-21.
7. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. Journal of consulting and clinical psychology. 2004;72(5):885.
8. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2001;23(4):253-263.
9. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. American journal of Orthopsychiatry. 1998; 68(4) :609.
10. Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, Grietens H, Onghena P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. Archives of suicide research: official journal of the International

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

Academy for Suicide Research. 2011;15(1):56-67.
11. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, Azad-Fallah P, Anisi J, Rahmati Najja Kalayi F, et al. The relationship between religious orientation and suicidal behaviors in soldiers. Islamic lifestyle centered on health. 2013;1(2):22-27.
12. Nock, M. Self- injury. American review clinical psychology. 2010;6(2): 31-52.
13. Tang J, Yu Y, Wu Y, Du Y, Ma Y, Zhu H, Zhang P, Liu Z. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. PloS one. 2011;6(4): 1790-1799.
14. Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, Badanes LS, Hankin BL. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. InAdvances in child development and behavior JAI. 2011;(40): 301-336.
15. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. Archives of Suicide Research. 2007;11(2):129-147.
16. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/ reactivity. American Journal of Orthopsychiatry. 2006;76(2):238.
17. Swenson LP, Spirito A, Dyl J, Kittler J, Hunt JI. Psychiatric correlates of nonsuicidal cutting behaviors in an adolescent inpatient sample. Child psychiatry and human development. 2008;39(4): 427-438.
18. 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.
19. Fakhari A, Rostami F, Dastgiree S. Epidemiologic survey of the self-injury in the male students of Tabriz high schools and related factors. Medical journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2007;29(2):119-124.
20. Nouri R, Fathi-Ashtiani A, Salimi S, Soltani Nejad A. Effective factors of suicide in soldiers of a military force. Iranian J Military Medicine 2012; 14(2): 99-103.
21. 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.
22. Ayyubi E, Nazarzadeh M, Bidel Z, Bahrami A, Tezwal J, Rahimi M, Delpisheh A. Prevalence of bullying and deliberated self-harm behaviors among high school students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013؛15(57):5-15.
23. Gholamrezaei M, Heath N, Panaghi L. Non-suicidal self-injury in a sample of university students in Tehran, Iran: prevalence, characteristics and risk factors. International Journal of Culture and Mental Health. 2017;10(2):136-149.
24. Nobakht HN, Dale KY. The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults. Journal of Trauma & Dissociation. 2017;18(4):610-623.
25. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Archives of Suicide Research. 2007;11(1):69-82.
26. Ross S, Lee Heath N. Two Models of Adolescent Self-Mutilation. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2003;33(3):277-287.
27. Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE, Cuffe SP, Jackson KL, Waller JL. Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. Journal of Child and Family Studies. 1993;2(4):339-352.
28. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2004; 34(1):12-23.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

29. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolescent Psychiatry Mental Health. 2012; 6(1): 10.
30. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, Spirito A. Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. Journal of abnormal child psychology. 2010;38(5):669-682.
31. Gholamzadeh S, Zahmatkeshan M, Zarenezhad M, Ghaffari E, Hoseni S. The pattern of self-harm in Fars Province in South Iran: A population-based study. Journal of forensic and legal medicine. 2017;51:34-38.
32. Nock MK. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. Applied and Preventive Psychology. 2008;12(4):159-168.
33. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. American Journal of Psychiatry. 2003;160(8):1501-1508.
34. Avakh F, Mahdavi A, Ebrahimi M. The relation of self-mutilation and personality disorders among military soldiers. Ebnesina IRIAF Health Administration. 2014; 15(4): 2430.
35. Farsi Z, Jabari Moroie M, Saghiri Z. The relationship between depression with self injury in Army soldiers seen in a Military Medical Outpatient Clinic in Tehran. Ann Mil Health Sci Res. 2010; 8(2): 104-111.
36. Imani M , Zemestani , J Karimi ,M.The Role of Psychological Disorders, Family Functioning and Occupational Factors on Self-harming Behaviors by the Mediating Role of Depression among Shiraz Military Personnel. Journal of Military Medicine. 2018; 19(6):624-633.
37. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. Pediatrics. 2006;117(6):1939-1948.
38. Klonsky ED, Muehlenkamp J. Non-suicidal self-injury: A research review for the practitioner. J Clin Psychol. 2007; 63(11):1045-1046.
39. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaçs HA, Ozturk M, Alyanak B, Kora ME. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2003;57 (1): 119-126.
40. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of selfinjurers. Acta psychiatrica Scandinavica. 1995;91(1):57-68.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]