

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Attachment to God in High School Students with Self-Injurious Behavior

Nader Mohammadi¹ , Ali rezai sharif²

Ozra Ghaffari Nouran³ , Somayyeh Taklavi Varniab⁴

1. PhD Student in Educational Psychology, Ard.C., Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

nadernegah@gmail.com

2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran (Corresponding Author).

rezaeisharif@uma.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Ard.C., Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

azra.ghaffari@yahoo.com

4. Associate Professor, Department of Psychology, Ard.C., Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

staklavi@gmail.com

Received: 2025/09/05; Accepted 2025/11/15

Extended Abstract

Introduction and Objectives: self-injury is a common and concerning behavior, often employed to regulate negative emotions or cope with psychological distress (Burke et al., 2023). As a maladaptive strategy for managing emotional distress, it is associated with disorders such as depression and anxiety (Liu et al., 2019). In this context, the relationship with God, which can be conceptualized as an attachment bond, is effective in promoting mental health and preventing self-harming behaviors (Beck & McDonald,



Authors retain the copyright. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



2004). Attachment to God is defined as an individual's emotional bond with God, wherein God serves as a secure base and a safe haven in times of difficulty (Kirkpatrick, 2005). Accordingly, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), with its emphasis on values, appears to be a suitable option for strengthening this spiritual bond.

Today, self-injury is increasingly prevalent among adolescents (Laughlin et al., 2024). Numerous studies estimate the global prevalence of self-injury among adolescents to be as high as 22% (Cheng et al., 2025). Although extensive research has highlighted the link between religiosity and mental health (Rosmarin & Koenig, 2020; Schieman et al., 2013), specific dimensions such as the subjective perception of God have been less explored (Kent et al., 2020). Given that the quality of this attachment is linked to adolescent mental health and ACT is recognized as effective in enhancing emotional acceptance and focus on values, the present study was conducted to investigate the effectiveness of this therapy on attachment to God in students engaging in self-injurious behavior.

Method: This study employed a quasi-experimental design with repeated measures and a control group. The statistical population comprised all senior high school students in Parsabad city ($N = 5,851$) during the 2023-2024 academic year. Initially, using a multi-stage cluster sampling method, 612 students from various schools and classrooms were screened with the Self-Harm Inventory (Sansone et al., 1998). From this pool, 40 individuals with scores ranging from 18 to 24 were randomly selected as the sample. These participants were then matched and assigned to an experimental group ($n = 20$) and a control group ($n = 20$). Data were collected using the Self-Harm Inventory (Sansone et al., 1998) and the Attachment to God Inventory (Beck & MacDonald, 2004). The experimental group received the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program over eight 90-minute group sessions, held twice a week for one month. Data were collected at three stages pre-test, post-test and a 28-day follow-up and were analyzed using repeated measures analysis of variance (RM-ANOVA) in SPSS software, version 28.

Results: Descriptive results showed that the mean scores for attachment to God in the intervention group significantly decreased from pre-test (107.45) to post-test (73.95) and follow-up (73.15), which indicates an increase in attachment to God, while the control group showed no significant change. The results of multivariate analysis of variance showed that the linear combination of the dependent variable after the intervention had a significant difference between the groups (Pillai's Trace = 0.99, $F=4728.84$, $p<0.01$). Furthermore, the results of the within-subjects test (time-group interaction), with the Green-



house-Geisser correction, were significant ($F=2120.41$, $p<0.01$), confirming the effect of the intervention on attachment to God. The Bonferroni post-hoc test in the intervention group showed a significant difference between the pre-test and post-test (mean difference = 33.50, $p<0.01$) and between the pre-test and follow-up (mean difference = 34.30, $p<0.01$). The lack of a significant difference between the post-test and follow-up indicated the durability of the treatment's effect.

Discussion and Conclusion: The results indicated that ACT was effective in enhancing attachment to God among students with self-injurious behavior. This effectiveness is attributed to how ACT helps individuals accept unpleasant internal experiences and move toward a values-driven life (Hayes et al., 2011). For these adolescents, attachment to God serves as a supportive resource, providing an alternative to self-injury when facing challenges and acting as a source of security (Kirkpatrick, 2005). Through mechanisms such as emotional acceptance, commitment to behaviors aligned with spiritual values (e.g., prayer) and present-moment awareness, ACT enables adolescents to turn to God rather than resorting to unhealthy coping strategies. Ultimately, this integrated approach reduces the propensity for self-injury by increasing psychological flexibility, as the perceived support from God leads to an overall improvement in their mental health (Hayes et al., 2004).

Acknowledgments: The authors would like to thank the supervisors and advisors of this research, the management and educational staff of the participating schools and the students and their parents for their participation in this study.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Attachment to God, Self-injury.

Cite this article: Mohammadi, Nader, rezai sharif, Ali, Ghaffari Nouran, Ozra, and Taklavi Varniab, Somayyeh (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Attachment to God in High School Students with Self-Injurious Behavior, *Journal of Studies in Islam and Psychology*, 19(39): 83-109.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلبستگی به خدا در دانش‌آموزان دبیرستانی دارای رفتار خودجراحی

نادر محمدی^۱ ، علی رضایی شریف^۲

عذرا غفاری نوران^۳ ، سمیه تکلوی ورنیاب^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

nadernegah@gmail.com

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول).

rezaeisharif@uma.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

o.ghaffari@iauardabil.ac.ir

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

staklavi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴

چکیده گسترده

مقدمه و اهداف: خودجراحی رفتاری شایع و نگران‌کننده است که اغلب برای تنظیم هیجانات منفی یا مقابله با فشار روانی انجام می‌شود (بورک و دیگران، ۲۰۲۳) و به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای مقابله با پریشانی هیجانی با اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب همراه است (لیو و دیگران، ۲۰۱۹)؛ در این میان، رابطه با خدا که می‌توان آن را نوعی پیوند دلبستگی دانست در سلامت روان و پیشگیری از رفتارهای



خودآسیبی مؤثر است (بک و مک‌دونالد، ۲۰۰۴). دل‌بستگی به خدا به صورت پیوند عاطفی فرد با خداوند تعریف می‌شود که در آن، خدا پایگاه امن و پناهگاه انسان در شرایط دشوار است (کرک پاتریک، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز با تأکید بر ارزش‌ها، گزینه‌ای مناسب برای تقویت این پیوند معنوی به شمار می‌رود.

امروزه رفتار خودجراحی در میان نوجوانان رو به گسترش است (لاگلین و دیگران، ۲۰۲۴). تحقیقات فراوانی شیوع جهانی خودجراحی را در بین نوجوانان تا ۲۲ درصد تخمین زده‌اند (چنگ و همکاران، ۲۰۲۵)؛ همچنان‌که پژوهش‌های متعددی بر ارتباط دینداری و سلامت روان تأکید دارند (روزمارین و کونینگ، ۲۰۲۰؛ شیمین و دیگران، ۲۰۱۳)، اما ابعاد خاصی چون ادراک ذهنی از خدا کمتر بررسی شده‌اند (کنت و دیگران، ۲۰۲۰). از آنجا که کیفیت این دل‌بستگی با سلامت روان نوجوانان مرتبط است و ACT در تقویت پذیرش هیجانات و تمرکز بر ارزش‌ها مؤثر شناخته شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی این درمان بر دل‌بستگی به خدا در دانش‌آموزان دارای رفتار خودجراحی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر پارس‌آباد (۵۸۵۱ نفر) در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نخست با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۶۱۲ دانش‌آموز از میان مدارس و کلاس‌های منطقه با پرسشنامه خودآسیب‌زنی سانسون و همکاران (۱۹۹۸) غربال شدند که از میان آنها، ۴۰ نفر با نمره ۲۴-۱۸ به صورت تصادفی به عنوان نمونه در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) همتاسازی و گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خودآسیب‌زنی (سانسون و دیگران، ۱۹۹۸) و مقیاس دل‌بستگی به خدا (بک و مک‌دونالد، ۲۰۰۴) استفاده شد و گروه آزمایش برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و دو بار در هفته به مدت یک ماه دریافت کرد. داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲۸ روزه جمع‌آوری و با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین نمرات دل‌بستگی به خدا در گروه مداخله از پیش‌آزمون (۴۵/۱۰۷) به پس‌آزمون (۹۵/۷۳) و پیگیری (۱۵/۷۳) کاهش معناداری داشته است که به افزایش دل‌بستگی به خدا اشاره دارد؛ درحالی‌که گروه کنترل تغییر محسوسی نشان نداد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که ترکیب خطی متغیر وابسته پس از مداخله، تفاوت معناداری بین گروه‌ها داشته است (اثر پیلاپی = ۰/۹۹، $F=4728.84$ ، $p<0.01$)؛ همچنین نتایج آزمون درون‌گروهی (تعامل زمان و گروه) با در

نظر گرفتن اصلاح گرینهاوس-گیسر معنادار بود ($F=2120.41, p<0.01$) که تأثیر مداخله را بر دلبستگی به خدا تأیید می‌کند. آزمون تعقیبی بنفرونی در گروه مداخله، تفاوت معناداری را بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون (اختلاف میانگین = $۳۳.۵۰, p<0.01$) و پیش‌آزمون با پیگیری (اختلاف میانگین = $۳۴.۳۰, p<0.01$) نشان داد. عدم وجود تفاوت معنادار بین پس‌آزمون و پیگیری گویای ماندگاری اثر درمان بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود دلبستگی به خداوند در دانش‌آموزان دارای رفتار خودجرحی مؤثر بوده است. این اثربخشی از آنجا ناشی می‌شود که ACT به افراد کمک می‌کند تجربیات درونی ناخوشایند را بپذیرند و به سمت یک زندگی مبتنی بر ارزش‌ها حرکت کنند (هایز و دیگران، ۲۰۱۱). برای این نوجوانان، دلبستگی به خدا به‌عنوان یک منبع حمایتی، جایگزینی برای خودآسیبی در مواجهه با چالش‌هاست و به‌عنوان منبع امنیت عمل می‌کند (کرک پاتریک، ۲۰۰۵). ACT از راه مکانیسم‌هایی چون پذیرش هیجانات، تعهد به رفتارهای مبتنی بر ارزش‌های معنوی (مانند دعا و نماز) و حضور در لحظه، نوجوانان را قادر می‌سازد تا به جای راهکارهای ناسالم به خداوند متوسل شوند؛ درنهایت این رویکرد یکپارچه با افزایش انعطاف‌پذیری روانی، تمایل به خودجرحی را کاهش می‌دهد، زیرا احساس حمایت از سوی خداوند به بهبود کلی سلامت روان آنها می‌انجامد (هایز و دیگران، ۲۰۰۴).

تقدیر و تشکر: بدین وسیله از همکاری تمامی مدیران و کارکنان آموزشی مدارس مشارکت‌کننده و دانش‌آموزان و والدینی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، دلبستگی به خدا، خودجرحی.

استناد: محمدی، نادر، رضایی شریف، علی، غفاری نوران، عذرا، و تکلوی ورنیاب، سمیه (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر دلبستگی به خدا در دانش‌آموزان دبیرستانی دارای رفتار خودجرحی. مجله مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۱۹(۳۹): ۸۳-۱۰۹.

مقدمه

خودجرحی^۱ رفتاری شایع و نگران‌کننده است که با باورهای منفی و کلیشه‌های موجود در مورد خود آسیب‌زنی غیرخودکشی^۲ و پیامدهای منفی آن همراه است (لاگلین^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). این رفتار به‌عنوان عمل عمدی آسیب رساندن به بافت بدن خود بدون قصد خودکشی تعریف می‌شود. معمولاً خودجرحی دربرگیرنده بریدن، سوزاندن یا کوبیدن بدن بوده، و اغلب با هدف تنظیم احساسات منفی یا مقابله با استرس روانی انجام می‌شود (بورک^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ اسلسینگر^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کلونسکی^۶، ۲۰۰۷). تحقیقات میدانی نشان می‌دهد که بیش از یک‌سوم نوجوانان فرد دیگری را می‌شناسند که به خودجرحی مبتلا هستند (هسکینگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۳)؛ همچنین پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند میانگین سنی که یک جوان شروع به خودآزاری می‌کند معمولاً ۱۵ سال است (ویتلاک و سلیکمن^۸، ۲۰۱۴؛ باراکاس^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). این رفتار در بین نوجوانان و جوانان شایع‌تر بوده، و با مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب در ارتباط است (لیو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). رفتار آسیب‌رسان به خود^{۱۱} که معمولاً در دوران نوجوانی به‌صورت تکانشی ظاهر می‌شود، اغلب یک مشکل رفتاری جدی در میان نوجوانانی رواج دارد که با مشکلات روحی و روانی روبه‌رو هستند (تیمسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲). حدود ۱۳ تا ۱۸ درصد نوجوانان دست‌کم یک‌بار درگیر این رفتارها می‌شوند و پسران و دختران به‌طور مساوی در معرض خودجرحی هستند؛ گزارش‌ها نشان می‌دهد دانش‌آموزان ممکن است بیشتر از همسالان خود در معرض خودجرحی باشند (شانل^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۴). شواهد پژوهشی گسترده و

-
1. Self-Injury
 2. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)
 3. O'Loughlin
 4. Burke
 5. Slesinger
 6. Klonsky
 7. Hasking
 8. Whitlock & Selekmán
 9. Barrocas
 10. Liu
 11. self-injury behavior (SIB)
 12. Timson
 13. Swannell

همسویی، نارسایی در تنظیم هیجان^۱ را به عنوان یکی از محوری ترین سازوکارهای زمینه ساز و تداوم بخش خودجرحی شناسایی کرده اند (کیکنز^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ شانل و دیگران، ۲۰۱۶). براساس این دیدگاه، خودجرحی به مثابه یک راهبرد مقابله ای ناکارآمد برای فرار یا کاهش شدت تجارب هیجانی منفی و تحمل ناپذیر عمل می کند (کلونسکی، ۲۰۰۷). افراد درگیر این رفتار از آن برای اعمال کنترل بر حالات عاطفی شدید (کرینسکی و رپاپورت، ۲۰۱۵)^۳ بهره می برند و به دلیل تسکین موقت و کوتاه مدتی که به دنبال دارد، این رفتار از راه سازوکار تقویت منفی تداوم می یابد (ویلیام و هاسکیگ، ۲۰۱۰)^۴؛ همچنین خودجرحی می تواند به نوجوانان در زمان تجربه گسستگی عاطفی کمک کند (ویتلاک و هسکینگ، ۲۰۱۸). گستردگی شیوع و شدت پیامدهای این رفتار، لزوم شناسایی سازوکارهای زیربنایی و توسعه مداخلات مؤثر را به یک اولویت پژوهشی و بالینی مبدل ساخته است؛ از این رو تمرکز بر مداخلاتی که بتوانند ظرفیت تنظیم هیجان را از طریق راهبردهای انطباقی تقویت کنند، اهمیت فراوانی دارد.

در این میان، منابع معنوی و مذهبی به عنوان عوامل بالقوه در تقویت تاب آوری و تنظیم هیجان مورد توجه قرار گرفته اند. نظریه دلبستگی به خدا^۵ که توسط کرک پاتریک^۶ (۱۹۹۸، ۲۰۰۵) بر مبنای نظریه دلبستگی بالبی بسط یافته، خداوند را به عنوان یک پایگاه امن^۷ و پناهگاه امن^۸ در مواجهه با پریشانی ها و ناملایمات معرفی می کند. از این نظر یک پیوند دلبستگی ایمن با خدا می تواند به عنوان یک منبع قدرتمند برای تعدیل هیجانی، کسب آرامش و معنابخشی به تجارب استرس زا عمل کند (بک و مک دونالد، ۲۰۰۴). درک کامل تر از تأثیرات احتمالی دلبستگی به خدا بر سلامت روان هم برای محققان و هم برای عموم ارزشمند است و به درک ناقص دین و رفاه کمک می کند (شیمن^۹ و همکاران، ۲۰۱۳). دین

1. Emotion Dysregulation

2. Kiekens

3. Krinsky & Rappaport

4. Williams & Hasking

5. Whitlock & Hasking

6. relationship with god

7. Kirkpatrick

8. Secure Base

9. Safe Haven

10. Beck & McDonald

11. Schieman

چندوجهی است؛ بااین‌حال سایر جنبه‌های مهم دین مانند ادراکات ذهنی از خدا، کمتر در ارتباط با سلامت روان مورد مطالعه قرار می‌گیرند (کنت^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). ازآنجاکه ادراکات ذهنی از خدا می‌تواند به دلبستگی با او بینجامد. کرک پاتریک (۱۹۹۸) معتقد است از نظریه دلبستگی برای مطالعه و شناسایی رفتارهای مذهبی و شناخت کیفیت اعتقادات مذهبی می‌توان استفاده کرد. دلبستگی به خدا به‌صورت دلبستگی عاطفی فرد به خداوند تعریف می‌شود. در بیشتر سنت‌های مذهبی مفهوم‌سازی خدا به‌عنوان یک شخصیت دلبستگی سازگار است (برادشاو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). بررسی‌های نظام‌مند ارتباط ثابتی را بین ابعاد مختلف زندگی مذهبی همچون حضور برجسته و خدمات و پیامدهای سلامت روانی مطلوب مانند سطوح پایین‌تر افسردگی و پریشانی و افزایش رضایت و شادی از زندگی نشان می‌دهد (روزمارین و کوینینگ، ۲۰۲۰^۳؛ شیمین و همکاران، ۲۰۱۳؛ جورج، الیسون و لارسون، ۲۰۰۲^۴؛ الیسون و لوین، ۱۹۹۸^۵؛ الیسون و هندرسون، ۲۰۱۱^۶؛ گرینفیلد^۷ و همکاران، ۲۰۰۹). دلبستگی به خدا ممکن است به‌عنوان منبع نهایی ایمنی و محافظت در برابر نیروهای کیهانی تعریف شود؛ زیرا خداوند قادر مطلق و خیرخواه است. دلبستگی به خدا را می‌توان در رفتارهایی مانند تقرب به خدا، نگرستن به خدا به‌عنوان پناهگاه امن در مواقع دشواری به‌عنوان پایگاهی امن برای فعالیت در جهان و اعتراض به جدایی درک‌شده از خدا با ناله نشان داد (مینر، داوسون و مالون^۸، ۲۰۱۴). در سنت اسلامی، پیوند عاطفی و معنوی انسان با خداوند جایگاه رفیعی دارد و در منابع اصلی و فرعی دین به‌طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است. مفاهیم مرتبط با دلبستگی به خدا در قرآن کریم، احادیث پیامبر اکرم، ادعیه‌ای چون دعای کمیل، صحیفه سجاده، مفاتیح الجنان و صحیفه علویه و نیز در تفاسیر قرآنی، آداب و مناسک عبادی و متون عرفانی قابل مشاهده است. در این دستگاه فکری، مسلمانان خدا را در نیایش‌های خود «مُجیب» می‌خوانند و خداوند نیز در قرآن، خود را اجابت‌کننده دعای بندگان معرفی می‌کند. انسان

-
1. Kent
 2. Bradshaw
 3. Rosmarin & Koenig
 4. George, Ellison & Larson
 5. Ellison & Levin
 6. Ellison & Henderson
 7. Greenfield
 8. Miner, Dowson & Malone

در این چارچوب، موجودی فطرتاً متمایل به تعالی و مشتاق وصال الهی است؛ پیوندی که از درون او می‌جوشد و میل به ارتباطی نزدیک و پرمعنا با خالق را نمایان می‌سازد. وقتی از حضور خداوند در هستی سخن به میان می‌آید، درک مسلمانان فراتر از مفاهیم انتزاعی یا ذهنی است و تا آنجا پیش می‌رود که خدا را از خود انسان به او نزدیک‌تر می‌داند؛ چنان‌که در قرآن آمده است: «وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ» (ق، ۱۶). این احساس نزدیکی، نوعی هم‌نوایی روحی با خداوند است که می‌توان آن را اساس دلبستگی امن توصیف کرد؛ رابطه‌ای دوسویه و صمیمی که در آن احساسات و نیازهای انسان شناخته شده و به‌گونه‌ای پاسخ داده می‌شود که آرامش و رشد درونی را در پی دارد. این رابطه معنوی در نمودهای فراوانی مانند نماز، طواف کعبه، حضور در مسجد، دعا و دیگر اعمال عبادی جلوه‌گر است؛ اعمالی که همگی نشانه‌ای از تلاش برای تقرب به خداوند هستند. در نگاه اسلامی، هستی همچون آینه‌ای است که حضور خدا در آن تجلی می‌یابد و هر موجود، نشانه‌ای از وجود اوست. همه چیز از خداوند آغاز شده و به سوی او بازمی‌گردد؛ چنان‌که در قرآن آمده است: «إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ» (بقره، ۱۵۶) و «ثُمَّ رُدُّوا إِلَى اللَّهِ مَوْلَاهُمُ الْحَقُّ» (انعام، ۶۲). این رویکرد توحیدی، بنیاد نگرش معنوی مسلمانان به رابطه انسان و خداوند را شکل می‌دهد. کیمبال و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که دلبستگی به خدا معیارهای تعیین‌کننده یک رابطه دلبستگی را برآورده می‌کند و مانند هر رابطه دلبستگی دیگر به‌طور معناداری عمل می‌کند. در این راستا کرک از دیدگاه پاتریک و شاور (۱۹۹۰) خداوند چهره دلبستگی مطلق و به‌عنوان کسی است که از پیروانش محافظت و آنها را هدایت می‌کند و همانند والدین ادراک می‌شود؛ به تعبیر دیگر خداوند به‌عنوان چهره دلبستگی پایگاه امنی برای رفتارهای کاوشگرانه و پناهگاه ایمن در زمان پریشانی یا تهدید برای افراد با سبک دلبستگی ایمن در نظر گرفته می‌شود و زمانی که افراد ایمن از خدا دور یا جدا می‌شوند مضطرب خواهند شد. بر این اساس افراد خواستار نزدیکی به خدا بوده و این تماس برای آنان در میان ارتباط با خدا در شکل‌های دعا و شرکت در فعالیت‌های مذهبی دلپذیر می‌شود. به نظر می‌رسد افرادی که دلبستگی ایمن به خدا دارند، سطح پایین‌تری از احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب، بیماری‌های جسمانی و سایر اختلالات روانی را نشان می‌دهند و افرادی با دلبستگی ایمن در رضایت از زندگی، نمره بالاتری به دست می‌آورند؛ زیرا روی آوردن به خدا به‌مثابه انگاره دلبستگی توانا و حاضر در همه‌جا سبب افزایش ادراک بهزیستی روانی و کم شدن اضطراب و افسردگی می‌شود (کرک پاتریک،

۱۹۹۸)؛ همچنین خداوند صرف‌نظر از سایر چهره‌های دلبستگی، یک چهره دلبستگی واقعی و حقیقی است، چون قابل‌دسترس، پذیرنده و محافظت‌کننده است. به بیانی دیگر خطاپذیر بودن انسان و ضعف او مانع از آن می‌شود که یک چهره دلبستگی قابل‌اعتماد و کامل باشد، در نظر گرفتن خداوند به‌عنوان چهره دلبستگی تصویری کاملاً مناسب است. ویژگی مشترک دلبستگی به خدا این است که خدا به‌عنوان محافظی در برابر حوادث و خطرات می‌باشد؛ البته با این تفاوت که خداوند همیشه در دسترس و قابل اطمینان است. به نظر می‌رسد خدا نمی‌تواند مستقیماً شناخته شود، اما با نمادهای طرح‌ریزی‌شده به‌عنوان خالق و هدف نظام عالم وجودی مانند عنصر برتر، متعالی، نیرومند و مهربان استنباط می‌گردد. کرک‌پاتریک و شیور (۱۹۹۲) مطرح کردند که این پیوند ایمن با خدا در موقعیت‌های بحرانی به فرد منبعی از آرامش و حمایت می‌بخشد. این امر موجب می‌شود که افراد در شرایط استرس‌زا و بحرانی به مذهب روی آورند. با آنکه مسلمانان خداوند را منزه از ویژگی‌های انسانی می‌دانند و او را ورای قیاس با مخلوقات تصور می‌کنند، اما با وجود آن به حضور نزدیک، فعال و پاسخگوی او باور دارند. از دیدگاه اسلام خداوند صدای بندگان را می‌شنود، نجوای پنهان آنان را درک می‌کند و به دعاها و خواسته‌هایشان پاسخ می‌دهد. این نگرش نه تنها با تنزیه الهی منافات ندارد، بلکه نشان‌دهنده رابطه‌ای شخصی، پویا و صمیمانه میان بنده و پروردگار است که در آن، خداوند بدون نیاز به حضور فیزیکی یا ویژگی‌های انسانی به گونه‌ای نزدیک‌تر از هر موجود دیگری در زندگی مؤمنان حضور دارد؛ افزون بر آن، مطالعات فراوانی نشان می‌دهند که یک رابطه مثبت با مقدسات از طریق راه‌های بسیاری از جمله راهبردهای مقابله‌ای مثبت، پیوندهای اجتماعی، خودکنترلی، افزایش احساسات مثبت و همچنین کاهش چندین شاخص پریشانی روانی مانند علائم افسردگی، اضطراب، مصرف مواد و اختلالات خوردن وجود دارد (تانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). روشن است که قدردانی الهی این پتانسیل را دارد که زمین حاصلخیز را برای تجربیات عاطفی مثبت آماده کند و به دلبستگی ایمن به خدا منتهی سازد. به نظر می‌رسد با وجود پژوهش‌های فراوان درباره ارتباط کلی دینداری و سلامت روان، نقش کیفی دلبستگی به خدا به‌عنوان یک متغیر محافظتی اختصاصی در برابر خودجرحی به‌طور گسترده‌ای مغفول مانده و به صورت تجربی آزموده نشده است. البته مهم‌تر آنکه هیچ مطالعه مداخله‌ای به صورت نظام‌مند به بررسی این موضوع نپرداخته است که آیا

می‌توان از راه یک پروتکل روان‌شناختی، دلبستگی به خدا را به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای تقویت معرفی کرد و به دنبال آن، خودجرعی را کاهش داد. در راستای پر کردن این شکاف، پژوهش حاضر به ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ می‌پردازد. انتخاب ACT به‌عنوان چارچوب مداخله‌ای مبتنی بر یک مبنای نظری و راهبردی است. این رویکرد با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از راه فرایندهایی چون پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، مناسب به نظر می‌رسد. ACT به‌طور مستقیم هسته اصلی مشکل خودجرعی، یعنی اجتناب تجربه‌ای^۲ از هیجانات دردناک را هدف قرار داده، و مهارت پذیرش این تجارب را به‌عنوان جایگزینی انطباقی برای رفتارهای فرارگونه آموزش می‌دهد (هایز و دیگران، ۲۰۱۱)؛ همچنین فرایند شفاف‌سازی ارزش‌ها در این درمان، بستری مناسب برای کاوش و تقویت ارزش‌های معنوی (مانند کیفیت رابطه با خدا) فراهم می‌آورد و در گام بعدی با تبدیل ارزش به رفتار در چارچوب فرایند اقدام متعهدانه، فرد را قادر می‌سازد تا رفتارهای خود را در راستای ارزش‌های معنوی انتخاب‌شده (مانند دعا، نیایش یا توکل) ساماندهی کند که این امر به نوبه خود می‌تواند به تقویت پیوند دلبستگی به خدا بینجامد؛ بدین ترتیب ACT به‌عنوان یک پل مفهومی و عملی، میان مدیریت هیجانات منفی (علت اصلی خودجرعی) و تقویت منابع معنوی (عامل محافظتی بالقوه) عمل می‌کند و آن را به گزینه‌ای ایده‌آل برای این پژوهش بدل می‌سازد. مطالعه حاضر در قالب یک تحقیق نیمه‌تجربی تلاش دارد تأثیر این روش درمانی را در افزایش دلبستگی به خدا و به دنبال آن کاهش رفتارهای آسیب‌رسان به خود در میان دانش‌آموزان دارای رفتار خودجرعی ارزیابی نماید. به این امید که بتواند به توسعه برنامه‌های مداخله‌ای کارآمدتر برای گروه‌های آسیب‌پذیر کمک کند.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح اندازه‌گیری‌های مکرر با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲۸ روزه بود. جامعه آماری این تحقیق کلیه دانش‌آموزان متوسطه دختر و پسر شهرستان پارس‌آباد

-
1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
 2. Experiential Avoidance

(۵۸۵۱ نفر) در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ و فرایند آن نمونه‌گیری دومرحله‌ای بود. در مرحله اول برای غربالگری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ بدین ترتیب که پس از انتخاب تصادفی ۳۰ مدرسه از بین مدارس دوره دوم متوسطه شهرستان و ۳۰ کلاس از کلاس‌های این مدارس، ۶۱۲ نفر دانش‌آموزان به پرسشنامه خودآسیب‌زنی سانسون و همکاران (۱۹۹۸) پاسخ دادند. ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر که نمره بالا (۱۸-۲۴) را در این آزمون کسب کرده بودند به عنوان نمونه بالقوه انتخاب شدند که به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) هم‌سازی و گمارده شدند و به‌صورت گروهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. تمایل به شرکت در پژوهش، دارا بودن سابقه رفتار خودجراحی، دارا بودن سن بین ۱۴ تا ۱۸ سال، داشتن انگیزه برای درمان و همکاری در پژوهش و نداشتن بیماری روانی مزمن یا اختلال روانی شدید ملاک ورود به پژوهش، و نیز همکاری یا تمایل نداشتن به ادامه درمان، شواهد مبنی بر تشدید رفتار خودجراحی، پیشرفت یا تشخیص اختلال روانی جدید و عدم تطابق با معیارهای اخلاقی یا قانونی ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی همچون رضایت‌مندی آگاهانه، حفظ حریم خصوصی و محرمانگی، مراقبت‌های ویژه در مورد دانش‌آموزان دارای رفتار خودجراحی، اجتناب از آسیب و حق خروج بدون شرط از پژوهش موردتوجه پژوهشگران بود. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت ۲۸ روز دوباره آزمون پیگیری دریافت گردید. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه آسیب به خود (SHI)^۱: این پرسشنامه را سانسون^۲ و همکاران (۱۹۹۸) به‌منظور سنجش سابقه آسیب رساندن به خود تهیه کرده که دارای ۲۲ سؤال با پاسخ بله و خیر بوده است. به گزینه بله، نمره ۱ و

1. Self-Harm Inventori
2. Sansone

به گزینه خیر، نمره صفر تعلق می‌گیرد. تجمیع نمره‌های بله نمره کلی فرد را در این پرسشنامه مشخص می‌کند. این پرسشنامه رفتارهایی را بررسی می‌کند که به صورت عمدی برای آسیب رساندن به خود انجام شده‌اند؛ مانند سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، آسیب‌های بدنی و از دست دادن شغل. ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتبار افتراقی و سازه این ابزار در جمعیت‌های ایرانی و غیرایرانی تأیید شده و روایی همگرایی پرسشنامه نیز با متغیر خودتخریبی ۰/۶۶ گزارش شده است (ویلکینسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). این پرسشنامه توسط ایمانی و همکاران (۱۳۹۶)، نخست از انگلیسی به فارسی ترجمه و اصلاحات لازم در ترجمه فارسی انجام شد؛ سرانجام نسخه فارسی آن نیز تدوین گردید. آلفای کرونباخ نسخه اصلی این پرسشنامه توسط طراحان، ۰/۸۴ گزارش شده و میزان آلفای کرونباخ آن در نسخه فارسی ۰/۷۶ محاسبه شده است (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۶).

مقیاس دلبستگی به خدا (AGI):^۲ این پرسشنامه را بک و مک‌دونالد^۳ (۲۰۰۴) ساخته‌اند که دارای ۲۸ آیتم و شامل چهار مؤلفه «توجه به خدا، اعتماد در مقابل عدم اعتماد، توکل، ارتباط با خدا» می‌باشد که در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است. محتوای سؤالات در ارتباط با رابطه هر فرد با خدا بوده و هرکس با توجه به نوع ارتباطش با خدا به سؤالات پاسخ می‌دهد. طراحان اصلی پرسشنامه این مقیاس را با هفتاد پرسش در زمینه دلبستگی به خدا بر روی دانشجویان و یک گروه افراد جامعه با سه هدف اجرا کردند. آنان در گروه اول پرسش‌های پرسشنامه دلبستگی به خدا را به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار دادند و در این تحلیل دو عامل اجتناب از صمیمیت با خدا و اضطراب از طرد شدن از جانب خدا، انتخاب و به شیوه ابلیمین مورد چرخش قرار گرفت. در گروه دوم نیز بر روی این دو عامل تحلیل عاملی تأییدی انجام شد و وجود دو عامل مورد تأیید قرار گرفت. گروه سوم نیز با هدف بررسی فرضیه همخوانی مقیاس دلبستگی به خدا در جامعه بررسی شد که نتایج آن با نتایج گروه اول و دوم همخوانی داشت. در نهایت ۲۸ آیتم از مجموع هفتاد آیتم مورد تأیید قرار گرفت. روایی فرم اصلی پرسشنامه دلبستگی به خدا از سوی سازندگان آن به روش همبستگی برای هر عامل با کل پرسشنامه، عامل اجتناب از صمیمیت با خدا و اضطراب از

1. Wilkinson

2. Attachment to God Inventory

3. Beck & McDonald

طرد شدن از جانب خدا به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۴ گزارش شده است. نصیری و لطیفیان (۱۳۸۷) میزان همبستگی را برای اجتناب از صمیمیت و اضطراب از طرد شدن به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۶۸ و میزان پایایی آن را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به دست آوردند. علیایی و همکاران (۱۳۹۰) در هنجاریابی این پرسشنامه در ایران روایی همگرای آن را برای پرسشنامه ۲۴ آتیمی برای عوامل ارتباط با خدا، توکل، اعتماد در برابر عدم اعتماد و توجه به خدا، مثبت و مطلوب و میزان پایایی آن را به روش آلفا و بازآزمایی به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۵۸ گزارش کردند.

برنامه مداخله‌ای

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک رویکرد شناختی رفتاری با مبنای نظری محکم است که به آن پتانسیل کار فراتشخیصی در زمینه‌های مختلف و با طیف وسیعی از مشکلات نوجوانان را می‌دهد (هایز و دیگران، ۲۰۱۱). ACT یک رویکرد درمانی مؤثر و به‌روز است که بر پذیرش هیجانات ناخوشایند و تمرکز بر ارزش‌های زندگی تأکید دارد. این رویکرد با ابزارهایی مانند ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد به رفتارهای معنادار به نوجوانان کمک می‌کند تا الگوهای مخرب رفتاری را شناسایی و اصلاح کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر به حداقل رساندن تحریف شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی، هدف اولیه و افزایش کیفیت زندگی با کاهش تأثیر راهبردهای کنترل نامؤثر و حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌هاست. در جدول ۱ شرح مختصری از محتوای جلسات درمانی برای دانش‌آموزان دارای رفتار خودجرحی با محوریت آموزه‌های دینی ارائه می‌شود. برنامه درمانی شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به‌صورت گروهی هر هفته دو جلسه در یک ماه برگزار شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی ACT با محوریت آموزه‌های دینی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	جلسه اول: معارفه، ایجاد رابطه حسنه، معرفی برنامه، وضع قراردادها و انجام پیش‌آزمون در این جلسه با معرفی درمانگر و شرکت‌کنندگان، فضایی امن و حمایتی ایجاد می‌شود تا افراد احساس راحتی کنند. سپس مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و اهداف آن توضیح داده می‌شود. قوانین و قراردادهای گروهی برای ایجاد محیطی قابل اعتماد تعیین می‌گردد. در پایان پیش‌آزمونی برای سنجش سطح اولیه دلبستگی به خدا اجرا می‌شود تا مبنایی برای ارزیابی پیشرفت در جلسات بعدی باشد.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه دوم	جلسه دوم: بحث در مورد تجربیات معنوی و ارزیابی آنها، کمک به مشارکت‌کنندگان برای حضور در لحظه حال این جلسه به بررسی تجربیات معنوی گذشته و حال شرکت‌کنندگان می‌پردازد تا درک بهتری از ارتباط خود با خدا پیدا کنند. تکنیک‌های حضور در لحظه حال (ذهن‌آگاهی) با تمرکز بر ارتباط با خدا آموزش داده می‌شود تا افراد بتوانند بدون قضاوت، احساسات و تجربیات معنوی خود را بپذیرند. تمرین‌هایی نیز برای افزایش آگاهی از تجربیات معنوی در لحظه حال انجام می‌شود.
جلسه سوم	جلسه سوم: آموزش گسیختگی شناختی، تمرین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و مقابله با افکار و خاطرات ناخوشایند در این جلسه، مفهوم گسیختگی شناختی معرفی و اهمیت آن در کاهش آمیختگی با افکار منفی مرتبط با ایمان توضیح داده می‌شود. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای مشاهده افکار بدون قضاوت آموزش داده شده، تمرین‌هایی برای جدا کردن خود از افکار منفی مرتبط با ایمان و ارتباط با خدا انجام می‌گیرد. این فرایند به تقویت دلبستگی به خدا کمک می‌کند.
جلسه چهارم	جلسه چهارم: تشویق به پذیرش تجربیات و هیجانات معنوی و توجه به ارزش‌های دینی مشارکت‌کنندگان این جلسه به بحث در مورد هیجانات معنوی و اهمیت پذیرش آنها می‌پردازد. شرکت‌کنندگان ارزش‌های دینی خود را شناسایی کرده، بر آنها تأکید می‌شود. تمرین‌هایی برای هم‌راستاسازی رفتارها با ارزش‌های دینی به‌منظور تقویت دلبستگی به خدا انجام می‌شود تا افراد بتوانند ارتباط معنوی عمیق‌تری را تجربه کنند.
جلسه پنجم	جلسه پنجم: تقویت تعهد به ارزش‌های دینی و پذیرش تجربیات معنوی در این جلسه موانع موجود در مسیر تعهد به ارزش‌های دینی بررسی می‌شود. برنامه‌های عملی برای افزایش تعهد به این ارزش‌ها تدوین شده، و تمرین پذیرش تجربیات معنوی به‌عنوان بخشی از زندگی روزمره انجام می‌گیرد. این فرایند به تعمیق ارتباط با خدا و تقویت دلبستگی به او کمک می‌کند.
جلسه ششم	جلسه ششم: تشویق به انجام فعالیت‌های معنوی متعهدانه این جلسه به شناسایی فعالیت‌های معنوی مورد علاقه هریک از شرکت‌کنندگان می‌پردازد. برنامه‌های منظم برای انجام این فعالیت‌ها تدوین شده، و تجربیات و احساسات ناشی از انجام آنها بحث می‌شود. انجام مستمر این فعالیت‌ها به تقویت دلبستگی به خدا و تعمیق ارتباط معنوی کمک می‌کند.
جلسه هفتم	جلسه هفتم: تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مواجهه با تجربیات معنوی جدید در این جلسه مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اهمیت آن در رشد معنوی آموزش داده می‌شود. تمرین‌هایی برای افزایش تحمل و پذیرش تجربیات معنوی جدید انجام شده، و چالش‌های احتمالی در مسیر تقویت دلبستگی به خدا مورد بحث قرار می‌گیرد. این فرایند افراد را برای مواجهه با چالش‌های معنوی آماده می‌کند.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه هشتم	جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات، رفع ابهامات و اجرای پس‌آزمون در جلسه پایانی، مباحث و تمرین‌های انجام‌شده در جلسات پیشین مرور می‌شود. سؤالات و ابهامات شرکت‌کنندگان پاسخ داده شده، و پس‌آزمونی برای سنجش تغییرات در دلبستگی به خدا اجرا می‌شود. این ارزیابی به تعیین میزان پیشرفت و برنامه‌ریزی برای ادامه مسیر رشد معنوی کمک می‌کند.

یافته‌ها

در این پژوهش چهل ۴۰ نفر در دو گروه ۲۰ نفری مشارکت داشتند. میانگین و انحراف سنی گروه مداخله ($16/0 \pm 90/80$) و گروه کنترل ($16/0 \pm 95/84$) برحسب سال همگون بود. در گروه کنترل از پایه دهم ۴ نفر دختر و ۳ نفر پسر (۳۵ درصد) از پایه یازدهم ۳ نفر دختر و ۴ نفر پسر (۳۵ درصد) و از پایه دوازدهم ۳ نفر دختر و ۳ نفر پسر (۳۰ درصد) و در گروه مداخله از پایه دهم ۴ نفر دختر و ۳ نفر پسر (۳۵ درصد) از پایه یازدهم ۴ نفر دختر و ۴ نفر پسر (۴۰ درصد) و از پایه دوازدهم ۲ نفر دختر و ۳ نفر پسر (۲۵ درصد) مشارکت داشتند. در ادامه، جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیر دلبستگی به خدا به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش آن ارائه می‌شود؛ همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیرو-ویلکز آمده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیر دلبستگی به خدا به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلکز	
					آماره	معناداری
دلبستگی به خدا	پیش‌آزمون	مداخله	۱۰۷/۴۵	۷/۵۲۲	۰/۹۵	۰/۳۹
		کنترل	۱۰۷/۰۵	۸/۲۷۵	۰/۹۲	۰/۱۴
	پس‌آزمون	مداخله	۷۳/۹۵	۷/۷۷۰	۰/۹۶	۰/۵۷
		کنترل	۱۰۶/۵۵	۸/۶۹۰	۰/۹۴	۰/۲۶
	پیگیری	مداخله	۷۳/۱۵	۸/۱۲۶	۰/۹۳	۰/۱۹
		کنترل	۱۰۶/۰۰	۷/۹۷۴	۰/۹۴	۰/۲۷

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر دلبستگی به خدا داشته است؛ درواقع روند تغییرات دلبستگی به خدا افزایشی است.

نتایج آزمون شاپیرو ویلکز نیز نشان می‌دهد داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشد ($p > 0/05$). بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها به تفکیک مراحل سنجش همگون است؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار می‌باشد ($p > 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل معنادار بود؛ بنابراین از سطر گرینهاوس - گیسر در تحلیل نتایج استفاده شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه می‌شود.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری برای متغیر دلبستگی به خدا

توان آماری	اندازه اثر	معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	مقدار F	ارزش	آزمون‌ها	اثر
۱	۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۷۲۸/۸۴۱	۰/۹۹۶	اثر پیلایی	گروه
۱	۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۷۲۸/۸۴۱	۰/۰۰۴	لامبدای ویلکز	
۱	۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۷۲۸/۸۴۱	۲۵۵/۶۱۳	اثر هتلینگ	
۱	۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۳۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۷۲۸/۸۴۱	۲۵۵/۶۱۳	بزرگ‌ترین ریشه روی	

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون‌گروهی نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیر وابسته به‌طور همزمان ($p < 0/01$, $F = 84/4728$, $p = 0/99$) تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر یافته‌ها نشان می‌دهند که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر مراحل ارزیابی متفاوت بوده است؛ بدین ترتیب مشخص می‌شود ترکیب خطی متغیر وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته است. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری با اندازه‌گیری مکرر مشخص می‌سازد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترکیب خطی متغیر دلبستگی به خدا مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر روند تغییرات در ادامه نتایج تک‌متغیره در متن میکس آنوا ارائه می‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در متن میکس آنوا برای متغیر دلبستگی به

خدا در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	اندازه اثر
زمان*گروه	Sphericity Assumed	۷۳۱۵/۴۱۷	۲	۳۶۵۲/۷۰۸	۲۱۲۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
	Greenhouse-Geisser	۷۳۱۵/۴۱۷	۱/۴۴۶	۵۰۵۷/۴۲۸	۲۱۲۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
	Huynh-Feldt	۷۳۱۵/۴۱۷	۱/۵۲۸	۴۷۸۷/۱۴۸	۲۱۲۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲
	Lower-bound	۷۳۱۵/۴۱۷	۱/۰۰۰	۷۳۱۵/۴۱۷	۲۱۲۰/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸۲

براساس نتایج جدول ۴ و تعامل میان زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه (کنترل و مداخله) با در نظرگیری سطر گرینهاوس - گیسر جدول ($p < ۰/۰۱$ ، $F = ۲۱۲۰/۴۱$) می‌توان بیان کرد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلبستگی به خدا در دانش‌آموزان دارای رفتار خود جرحی تأثیر داشته است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیر دلبستگی به خدا

در مراحل سنجش

متغیر	مراحل سنجش اختلاف میانگین		گروه مداخله		گروه کنترل	
			معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	
دلبستگی به خدا	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۳/۵۰	۰/۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۴/۳۰	۰/۰۱	۱/۰۵	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۰	۱/۰۰	۰/۵۵	۱/۰۰

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p = ۰/۰۱$)، $MD = ۳۳/۵۰$ و پیش‌آزمون و پیگیری ($p = ۰/۰۱$)، $MD = ۳۴/۳۰$ تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان‌دهنده ثبات نتایج در طول زمان است. در مجموع می‌توان گفت مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تأثیرات ماندگاری دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و بر دلبستگی به خدا در دانش‌آموزان دارای رفتار خودجرحی بود. می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد نوین روان‌درمانی است که با تمرکز بر پذیرش تجربیات درونی ناخوشایند و تعهد به زندگی در چارچوب ارزش‌ها به افراد کمک می‌کند تا با هیجانات منفی خود روبه‌رو شوند و همزمان به سمت زندگی معنادار حرکت کنند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات رحیمی‌نژاد و دیگران (۱۴۰۱) غباری بناب و دیگران (۱۳۹۱)، غباری بناب و یوسفی (۱۳۸۸) همسو می‌باشد؛ در این راستا مفهوم دلبستگی به خدا نیز به‌عنوان یک عامل مهم روان‌شناختی در فرایند معنوی افراد، به‌ویژه نوجوانان، نقشی کلیدی در تنظیم هیجانات و کاهش رفتارهای ناپسند مانند خودجرحی دارد. دلبستگی به خدا نوعی ارتباط عاطفی عمیق و احساس نزدیکی به خداوند است که می‌تواند به افراد کمک کند تا در مواقع چالش‌برانگیز به احساس آرامش و امنیت دست یابند. نوجوانان، به‌ویژه در دوره‌های حساس بلوغ و تحول شخصیتی به دنبال معنا و احساس تعلق به یک نیروی فراتر از خود هستند. احساس دلبستگی به خدا در نوجوانان می‌تواند به بهبود تنظیم هیجانات، افزایش خودآگاهی و کاهش احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی کمک کند (کرک پاتریک، ۲۰۰۵). کیمبال و همکاران (۲۰۱۳) بر این باورند که دلبستگی به خداوند، ویژگی‌های بنیادی یک رابطه دلبستگی را داراست و همانند دیگر روابط دلبستگی به‌طور معناداری در زندگی افراد عمل می‌کند. این نوع دلبستگی را می‌توان بر پایه سه شاخص اصلی تحلیل کرد: نخست اینکه رابطه با خداوند برای بسیاری از افراد محور باورها و تجارب دینی آنان را شکل می‌دهد؛ دوم، پیوند عاطفی‌ای که در این رابطه تجربه می‌شود، نوعی از عشق و تعلق خاطر است که به رابطه دلبستگی میان کودک و مراقب شباهت دارد و سوم اینکه تصاویر ذهنی از خداوند، اغلب با ویژگی‌های افراد حساس و پاسخگو همخوانی دارد که در نظریه دلبستگی به‌عنوان چهره‌های دلبستگی شناخته می‌شوند. به نظر می‌رسد این هم‌پوشانی‌ها دلیلی بر آن باشند که دلبستگی به خداوند در چارچوب نظریه دلبستگی قابل بررسی و تحلیل است. برای دانش‌آموزان دبیرستانی که رفتار خودجرحی را به‌عنوان راهی برای مواجهه با هیجانات منفی به کار می‌برند، ایجاد یک ارتباط معنوی و عاطفی با خداوند می‌تواند به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده قوی عمل کند. این دلبستگی سبب می‌شود که نوجوانان در مواجهه با تجربیات دشوار به‌جای آسیب زدن

به خود، به خدا به‌عنوان منبع امنیت و آرامش رجوع کنند؛ همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد که به‌جای تلاش برای فرار از هیجانات ناخوشایند یا سرکوب آنها، این هیجانات را بپذیرند و همزمان رفتارهایی را براساس ارزش‌های معنوی و شخصی خود انتخاب کنند. در دانش‌آموزان مذهبی یا کسانی که اعتقاد عمیقی به خداوند دارند، یکی از ارزش‌های محوری می‌تواند ارتباط با خدا و تعهد به دستورات دینی باشد. ACT از راه تأکید بر پذیرش هیجانات منفی و تمرکز بر لحظه حال موجب می‌شود که نوجوانان بتوانند احساسات دشوار خود را بپذیرند و از این تجربیات به‌عنوان فرصتی برای تعمیق ارتباط با خدا استفاده کنند؛ همچنین این درمان با ایجاد آگاهی لحظه‌ای به افراد کمک می‌کند از افکار و هیجانات منفی خود فاصله بگیرند و از آنها به‌عنوان فرصتی برای افزایش وابستگی به خدا بهره ببرند. البته ACT با چندین مکانیسم می‌تواند به تقویت دلبستگی به خدا در نوجوانان دارای رفتار خودجرحی کمک کند؛ پذیرش هیجانات منفی یکی از آنهاست، دانش‌آموزانی که رفتار خودجرحی دارند اغلب با هیجانات منفی شدیدی مانند اضطراب، افسردگی یا خشم روبه‌رو هستند. ACT به آنها آموزش می‌دهد که به‌جای تلاش برای فرار از این هیجانات، آنها را بپذیرند. این پذیرش می‌تواند به تعمیق ارتباط معنوی و تقویت ایمان به خدا کمک کند؛ زیرا نوجوانان به‌جای اتکا به راه‌حل‌های ناسالم مانند خودجرحی به خداوند برای یافتن آرامش و پناهگاه معنوی رجوع می‌کنند.

دومین مکانیسم تعهد به رفتارهای مبتنی بر ارزش‌هاست. ACT بر این اصل تأکید دارد که افراد باید به‌جای تمرکز بر احساسات منفی به سمت انجام رفتارهایی حرکت کنند که با ارزش‌های مهم آنها همسو است. برای دانش‌آموزانی که ایمان به خدا و دلبستگی به خدا به‌عنوان یکی از ارزش‌های اصلی آنها به‌شمار می‌رود، ACT آنها را به رفتارهایی تشویق می‌کند که این ارتباط را تقویت می‌کند. این امر ممکن است شامل نماز، دعا، مطالعه متون دینی و حضور در فعالیت‌های معنوی باشد که همگی به تقویت دلبستگی به خدا کمک می‌کند. مکانیسم سوم ارتباط با لحظه حال است. یکی از تکنیک‌های اساسی در ACT، تمرکز بر لحظه حال است. این تمرین می‌تواند به دانش‌آموزان کمک کند که در لحظه‌های دشوار زندگی به‌جای فرار از احساسات با آگاهی و پذیرش آنها به خداوند متوسل شوند. تمرکز بر لحظه حال می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا احساس ارتباط بیشتری با خداوند پیدا کنند و در مواجهه با چالش‌ها به او اعتماد کنند؛ همچنین یکی از مهم‌ترین آثار ACT در کاهش رفتارهای خودجرحی، افزایش انعطاف‌پذیری

روانی و توانایی مدیریت هیجانات منفی است. هنگامی که نوجوانان یاد می‌گیرند که احساسات منفی را بپذیرند و به جای فرار از آنها به خداوند رجوع کنند، رفتارهای ناسالم مانند خودجراحی کاهش می‌یابد. به‌طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد یک فضای معنوی و روانی برای ارتباط با خداوند به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا در مواجهه با تجربیات دشوار از خداوند به‌عنوان یک منبع آرامش و راهنمایی استفاده کنند. این امر می‌تواند به کاهش تمایل به خودجراحی بینجامد؛ زیرا نوجوانان احساس می‌کنند در هر شرایطی از حمایت و عشق خداوند برخوردارند و نیازی به استفاده از راه‌های ناسالم برای مقابله با احساسات خود ندارند. ACT به کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک می‌کند و این کاهش ارتباط مستقیمی با بهبود تنظیم هیجانی و تعمیق دلبستگی معنوی به خدا دارد. نوجوانانی که از ACT استفاده می‌کنند، گزارش دادند که در مواقع بحرانی به جای خودجراحی به نماز و دعا روی می‌آورند و این امر به آنها کمک می‌کند که آرامش بیشتری پیدا کنند؛ همچنین ACT در معنویت و بهبود کلی سلامت روان نیز تأثیر دارد. ACT با تأکید بر ارزش‌های معنوی و ارتباط با خداوند، نه تنها به کاهش رفتارهای خودجراحی کمک می‌کند، بلکه به بهبود کلی سلامت روان می‌انجامد. نوجوانانی که دارای ارتباط معنوی عمیق‌تری هستند بهتر می‌توانند استرس‌ها و مشکلات روزمره را مدیریت کنند و در مواجهه با چالش‌های زندگی احساس آرامش و اعتماد بیشتری داشته باشند (هایز و دیگران، ۲۰۰۴). ACT با بهبود انعطاف‌پذیری روانی و کاهش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی می‌تواند بهبود چشمگیری در وضعیت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی کمک کند که با رفتارهای خودجراحی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. به‌طور کلی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از راه تقویت دلبستگی به خدا و افزایش انعطاف‌پذیری روانی به دانش‌آموزان دبیرستانی دارای رفتارهای خودجراحی کمک می‌کند که با هیجانات منفی خود بهتر مقابله کنند. ACT به نوجوانان می‌آموزد که به جای فرار از احساسات دشوار، آنها را بپذیرند و در این فرایند به خداوند رجوع کنند. این رویکرد معنوی و روان‌شناختی به کاهش رفتارهای خودجراحی و بهبود کلی سلامت روان در این افراد می‌انجامد.

منابع

- ایمانی، مهدی، زمستانی، مهدی، و کریمی، جواد (۱۳۹۶). نقش اختلالات روانپزشکی، کارکرد خانواده و عوامل شغلی بر رفتارهای خودآسیب رسان با میانجی‌گری افسردگی در بین کارکنان ارتش شهر شیراز. *مجله طب نظامی*، ۱۹(۶)، ۶۲۴-۶۳۳. <https://sid.ir/paper/62032/fa>
- رحیمی‌نژاد، عباس، نصرتی، فاطمه، و قیومی‌نایینی، علی (۱۴۰۱). رابطه دلبستگی به والدین و دلبستگی به خدا با بهزیستی اجتماعی-هیجانی در دانش‌آموزان تیزهوش شهر قم. *پژوهش در دین و سلامت*، ۸(۴)، ۸۴-۹۷. <https://sid.ir/paper/1067321/fa>
- علیایی، زهرا، سامانی، سیامک، و فانی، حجت‌اله (۱۳۹۰). بررسی روایی و پایایی مقیاس دلبستگی به خدا. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(ویژه‌نامه)، ۶۵-۸۱. <https://sid.ir/paper/227463/fa>
- غباری‌بناب، باقر، حدادی‌کوهسار، علی‌اکبر، و رشیدی‌احمدآبادی، ابوالفضل (۱۳۹۱). رابطه کیفیت دلبستگی به خدا و تصور فرد از خدا با سلامت روانی در والدین کودکان استثنایی. *کودکان استثنایی (پژوهش در حیطه کودکان استثنایی)*، ۱۱(۳)، ۵-۱۵. <https://sid.ir/paper/502151/fa>
- غباری‌بناب، باقر، و یوسفی‌نمینی، آوازه‌سادات. (۱۳۸۸). رابطه دلبستگی به خدا و توکل در دانشجویان. *روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۹(۳)، ۱۲۱-۱۴۱. <https://sid.ir/paper/55679/fa>
- نصیری، حبیب‌الله، و لطیفیان، مرتضی (۱۳۸۷). دلبستگی به خدا، هیجانات مثبت و رضایت از زندگی. *ارائه‌شده در چهارمین سمینار ملی بهداشت روان دانشجویان، شیراز، ایران*. <https://coun-selingspublish.ut.ac.ir/file/download/download/1637050619-120-.pdf?language=fa&-subdomain=counselingspublish>

References

- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F. & Abela, J. R. (2012). Rates of non-suicidal self-injury in youth: age, sex and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45. DOI: 10.1542/peds.2011-2094
- Beck, R. & McDonald, A. (2004). Attachment to God: The Attachment to God Inventory, tests of working model correspondence and an exploration of faith group differences. *Journal of psychology and theology*, 32(2), 92-103. <https://doi.org/10.1177/00916471040320020>

- Bradshaw, M., Kent, B. V., Henderson, W. M. & Setar, A. C. (2019). Attachment to God and social trust. *Sociology of Religion*. 62(6), 1001-1021. DOI: 10.1177/0731121419870775
- Burke, T. A., Bettis, A. H., Walsh, R. F., Levin, R. Y., Lawrence, H. R., Sheehan, A. E.,... & Liu, R. T. (2023). Nonsuicidal self-injury in preadolescents. *Pediatrics*, 152(6), e2023063918. DOI: 10.1542/peds.2023-063918
- Chang, S., Vaingankar, J. A., Tan, B., Tan, Y. W. B., Samari, E., Archana, S.,... & Subramaniam, M. (2025). Prevalence and correlates of nonsuicidal self-injury among youths in Singapore: findings from the National Youth Mental Health Study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 19(1), 1-13. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-025-00885-6>
- Ellison, C. G. & Henderson, A. K. (2011). 1. Religion and Mental Health: Through the Lens of the Stress Process. In *Toward a sociological theory of religion and health* (pp. 11-44). Brill. DOI:10.1163/ej.9789004205970.i-277.7
- Ellison, C. G. & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700-720. DOI: 10.1177/109019819802500603
- George, L. K., Ellison, C. G. & Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological inquiry*, 13(3), 190-200. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1303_04
- Greenfield, E. A., Vaillant, G. E. & Marks, N. F. (2009). Do formal religious participation and spiritual perceptions have independent linkages with diverse dimensions of psychological well-being?. *Journal of health and social behavior*, 50(2), 196-212. DOI: 10.1177/002214650905000206
- Hasking, P., Andrews, T. & Martin, G. (2013). The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *Journal of youth and adolescence*, 42, 1543-1556. DOI: 10.1007/s10964-013-9931-7
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. (Eds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-02461-000>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>

- Kent, B. V., Henderson, W. M., Bradshaw, M., Ellison, C. G. & Wright, B. R. (2021). Do daily spiritual experiences moderate the effect of stressors on psychological well-being? A smartphone-based experience sampling study of depressive symptoms and flourishing. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(2), 57-78. DOI:10.1080/10508619.2020.1777766
- Kiekens, G. H. P. B., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P. & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of affective disorders*, 239, 171-179. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.033
- Kimball, C. N., Boyatzis, C. J., Cook, K. V., Leonard, K. C. & Flanagan, K. S. (2013). Attachment to God: A qualitative exploration of emerging adults' spiritual relationship with God. *Journal of Psychology and Theology*. 41(3), 175-188. doi: 10.1177/009164711304100301.
- Kimball, C. N., Boyatzis, C. J., Cook, K. V., Leonard, K. C. & Flanagan, K. S. (2013). Attachment to God: A qualitative exploration of emerging adults' spiritual relationship with God. *Journal of Psychology and Theology*. 41(3), 175-188. DOI:10.1177/009164711304100301
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and social psychology bulletin*, 24(9), 961-973. <https://doi.org/10.1177/0146167298249004>
- Kirkpatrick, L. A. (2005). Attachment, evolution and the psychology of religion. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-03323-000>
- Kirkpatrick, L. A. & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs and conversion. *Journal for the scientific study of religion*, 315-334. <https://doi.org/10.2307/1386461>
- Kirkpatrick, L. A. & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 266-275. <https://doi.org/10.1177/0146167292183002>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002

- Krinsky, S. J. & Rappaport, N. (2015). Self-Injury: What Educators Need to Know? *Educational Leadership*, 73(2), 64-67. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1220117>
- Liu, R. T., Walsh, R. F. & Sheehan, A. E. (2019). Prebiotics and probiotics for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 102, 13-23. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.03.023
- Miner, M., Dowson, M., Malone, K. (2014). Attachment to God, psychological need satisfaction and psychological well-being among Christians. *Journal of Psychology and Theology*. 42(4), 326-342. <https://doi.org/10.1177/009164711404200402>
- O'Loughlin, C. M., McClure, K. & Ammerman, B. A. (2024). Development and validation of the self-injury stigma scale. *Journal of psychiatric research*, 173, 48-57. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2024.02.027
- Rosmarin, D. H. & Koenig, H. G. (Eds). (2020). *Handbook of spirituality, religion and mental health*. Academic Press. <https://psycnet.apa.org/record/2020-20098-000>
- Rosmarin, D. H. & Koenig, H. G. (Eds.). (2020). *Handbook of spirituality, religion and mental health*. Academic Press. <https://psycnet.apa.org/record/2020-20098-000>
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W. & Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 54(7), 973-983. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199811)54:7<973::aid-jclp11>3.0.co;2-h
- Schieman, S., Bierman, A. & Ellison, C. G. (2013). Religion and mental health. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 457-478). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_22
- Slesinger, N. C., Hayes, N. A. & Washburn, J. J. (2019). Nonsuicidal self-injury: The basics. In *Nonsuicidal Self-Injury* (pp. 3-18). Routledge. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8391479/>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P. & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. DOI: 10.1111/sltb.12070

- Swannell, S., Martin, G. & Page, A. (2016). Suicidal ideation, suicide attempts and non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and heterosexual adults: Findings from an Australian national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 145-153. DOI: 10.1177/0004867415615949
- Timson, D., Priest, H. & Clark-Carter, D. (2012). Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1307-1314. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.05.001
- Tung, E. S., Ruffing, E. G., Paine, D. R., Jankowski, P. J. & Sandage, S. J. (2018). Attachment to God as a mediator of the relationship between God representations and mental health. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 20(2), 95-113. doi: 10.1080/19349637.2017.1396197. <https://doi.org/10.1080/19349637.2017.1396197>
- Whitlock, J. & Hasking, P. (2018). Hurting from the Inside Out: Understanding Self-Injury. *Educational Leadership*, 75(4), 24-30. https://www.researchgate.net/publication/328268441_Hurting_from_the_inside_out_Understanding_self-injury
- Whitlock, J. & Selekman, M. D. (2014). Nonsuicidal Self-Injury Across (Vol. 133). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. <https://psycnet.apa.org/record/2014-20296-008>
- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Neufeld, S., Jones, P. B. & Goodyer, I. M. (2018). Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 222-226. DOI:10.1192/bjp.2017.45
- Williams, F. & Hasking, P. (2010). Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non-suicidal self-injury and psychological distress. *Prevention Science*, 11, 33-41. DOI: 10.1007/s11121-009-0147-8