

The Effectiveness of Emotional Regulation Program Training Based on Acceptance, on the Knowledge and Attitude Toward Clients Who Self-Injure, Among Social Experts of Yazd Welfare Organization

Mina Sepandandarnia: Master of clinical psychology, department of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. m_sepandandarnia@atu.ac.ir

Hamid Khanipour*: Assistant professor, department of psychology, institute for educational, psychological and social research, Kharazmi University, Tehran, Iran. h.khanipour@khu.ac.ir

Abstract

Introduction: Self-harming behaviors often lead caregivers to feel helpless. Research indicates that staff experiences in managing individuals who self-harm significantly impact recovery and the overall outcome of care. This study aimed to investigate the effectiveness of an acceptance-based emotional regulation training program for deliberate self-harm on the attitudes and knowledge of social emergency staff within a welfare organization.

Methods: This research utilized a semi-experimental pre-test/post-test design with a control group. The statistical population consisted of all social assistants from the welfare organization in Yazd Province. A total of thirty staff members were selected through convenience sampling, with fifteen individuals randomly assigned to either the experimental group or the control group. The experimental group participated in eight ninety-minute sessions of the emotional regulation training program based on acceptance (Gratz, 2010), while the control group did not receive any training. Participants completed the self-harm antipathy scale (SHAS) and staff knowledge and attitudes toward deliberate self-harm in adolescents questionnaires, both before and after the intervention.

Results: Results from the covariance analysis demonstrated that the acceptance-based emotional regulation training program significantly improved ($P < 0.05$) attitudes toward self-harm and its sub-components. However, it did not significantly enhance ($P > 0.05$) knowledge about self-harm.

Conclusions: This study provides evidence that negative attitudes toward clients with borderline personality disorder can be modified through targeted training. Nevertheless, additional educational resources are necessary to improve staff knowledge regarding self-harm.

Keywords

Emotion Regulation, Deliberate Self-Harm, Adolescent, Welfare Organization

*Corresponding Author

Study Type: Original

Received: 06 Dec 2023

Accepted: 31 Jul 2024

Please cite this article as follows:

Sepandandarnia M, and Khanipour H. The Effectiveness of emotional regulation program training based on acceptance, on the knowledge and attitude toward clients who self-injure, among social experts of Yazd welfare organization. *Quarterly Journal of Social Work*. 2023; 12 (4); 5-14

اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش، بر دانش و نگرش به خود آسیب‌رسانی مراجعان در کارشناسان امور اجتماعی بهزیستی یزد

مینا سپندارنیا: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
m_sepandarnia@atu.ac.ir

حمید خانی‌پور*: گروه روانشناسی، موسسه تحقیقات تربیتی، روان‌شناختی و اجتماعی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. h.khanipour@khu.ac.ir

واژگان کلیدی

تنظیم هیجانی،
خودآسیب‌رسانی عمدی،
نوجوانان، سازمان
بهزیستی

* نویسنده مسؤول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

چکیده

پیشگفتار: رفتار خودآسیب‌رسانی، احساس درماندگی در مراقبان ایجاد می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجارب مراقبان سلامت روان و مددکاران در ارتباط با افرادی که به خود آسیب می‌رسانند تأثیر مهمی بر بهبودی و نتیجه مراقبت دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر دانش و نگرش به خودآسیب‌رسانی مراجعان در کارشناسان امور اجتماعی بهزیستی یزد بود.

روش: در این پژوهش نیمه‌آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌آماري پژوهش را تمام کارشناسان امور اجتماعی بهزیستی استان یزد تشکیل داده اند. سی نفر از کارشناسان امور اجتماعی به‌صورت دردسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. و به روش تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش بسته تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش گراتر ۲۰۱۰ را دریافت کرد و به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های مقیاس نگرش به خودآسیب‌رسانی SHAS و پرسشنامه دانش درباره خودآسیب‌رسانی بود قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس $P < 0.05$ نشان داد آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر نگرش خودآسیب‌رسانی و زیر مولفه‌هایش موثر است، اما بر دانش در مورد خودآسیب‌رسانی $P > 0.05$ موثر نیست.

پی‌آمد: مطالعه حاضر بیان می‌کند که نگرش منفی نسبت به افراد با رفتار خودآسیبی عمدی را می‌توان از طریق برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش اصلاح کرد اما برای افزایش دانش کارشناسان در این حیطه مداخلات آموزشی دیگری نیاز است.

مینا سپندارنیا و حمید خانی‌پور. اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش، بر دانش و نگرش به خودآسیب‌رسانی مراجعان در کارشناسان امور اجتماعی بهزیستی یزد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۴): ۵-۱۴

نحوه استناد به مقاله

چکیده

خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی تخریب عمدی بافت بدن بدون قصد خودکشی است. [۱] بروز این رفتار در دوران نوجوانی به شدت افزایش می‌یابد و تعداد قابل توجهی از نوجوانان این عمل را مدام تکرار می‌کنند. [۲] خودآسیب‌رسانی بدون خودکشی با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب، مانند زخم‌های بدنی، مشکلات اجتماعی، اختلالات روانپزشکی، و افزایش خطر افکار خودکشی و تلاش برای خودکشی مرتبط است. [۳] نتایج مطالعات مختلف در ایران حاکی از آن است که شیوع خودآسیب‌رسانی عمدی در بین نوجوانان و جوانان ایرانی بین چهار و سه دهم تا پنج و چهار دهم درصد است. [۴] در گروه‌های ویژه‌ای از نوجوانان به‌ویژه نوجوانان بزه‌کار و نوجوانان قربانی آزار و بدرفتاری‌های دوران کودکی شیوع خودآسیب‌رسانی از جمعیت عادی و حتی از جمعیت مراجع‌کنندگان سرپایی بیشتر است. [۵]

یکی از گروه‌هایی که به لحاظ نهادی وظیفه خدمت‌دهی به این گروه از نوجوانان را دارند کارکنان بخش‌های اورژانس اجتماعی شامل گروه مددکاران اجتماعی و روانشناسان هستند. رفتارهای خودآسیب‌رسانی به‌عنوان نشانگرهای اولیه اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان است و با افسردگی در دانش‌آموزان همبستگی دارد. [۶] یافته‌ها اخیر در یک فراتحلیل نشان می‌دهد که کارکنان بهداشت روان نسبت به افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند در مقایسه با کسانی که سایر تشخیص‌ها مانند افسردگی دریافت می‌کنند، نگرش منفی‌تری دارند. علت آن می‌تواند عواملی مانند برچسب اختلال شخصیت، نگرش متخصصان درمورد نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و تجربیات قبلی در کار درمانی با آن‌ها باشد. [۷] این یافته‌ها منجر به تمرکز ویژه بر این موضوع می‌شود که چگونه می‌توان به‌طور موثر نگرش‌های منفی متخصصان سلامت روان را نسبت به اختلال شخصیت مرزی تغییر داد.

نحوه ارتباط کارکنان با افرادی که به خود آسیب می‌رسانند تأثیر مهمی بر بهبودی و نتیجه درمان دارد. بهبودی این افراد به‌دلیل سواد کم بیماران و متخصصان حرفه‌های کمک‌رسانی معمولاً به تأخیر می‌افتد و مانع توانمندسازی، درمان و تعامل موثر می‌شود. همچنین متخصصان سلامت را ناتوان کرده و مسوولیت‌پذیری آن‌ها را کاهش می‌دهد. پرداختن به این مساله نیازمند راهبردهای متعددی است که شامل آموزش، حمایت و برنامه‌ریزی هدفمندتر است. [۸]

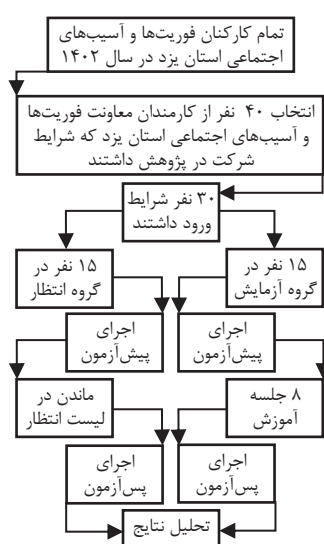
آموزش شیوه‌های اولیه مراقبت نوجوانان خودآسیب‌رسان به مراقبان در کاهش عواقب منفی و کاهش خودآسیب‌رسانی اثربخش است. سابقه آموزش مداخلات درمانی به کادر درمان در رشته‌های مختلف شاهد این موضوع است. [۹ و ۱۰] دو درمانی که در درمان اختلال شخصیت مرزی و خودآسیب‌رسانی موثر بوده‌اند، رفتار درمانی دیالکتیکی [DBT] [۱۱] و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی [MBT] [۱۲-۱۴] است. با وجود کارآمدی این درمان‌ها، در محیط‌های مرسوم بالینی به سادگی قابل اجرا نیستند، مثلاً رفتار درمانی دیالکتیکی به‌صورت پروتکل تجربی تأیید شده (جلسات آموزشی هفتگی، درمان فردی و جلسات مشاوره و سوپروایزری مشاوران، به‌علاوه تماس‌های تلفنی در هفته با درمانجو به‌علاوه تعهد طولانی مدت درمانی) صورت نمی‌گیرد. همچنین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی علاوه بر تعهد درمانی حداقل یک ساله، در برنامه هجده ماه بستری بیمارستانی پشتوانه تجربی دارد. [۱۴] به‌علاوه این که مصاحبه‌های فردی و تخصصی تشخیصی مورد نیاز است که از لحاظ اقتصادی هزینه‌بر است. [۱۵ و ۱۶] به‌همین خاطر احتمال دارد استفاده از روش‌های دیگری که به صرفه‌تر باشند و نتایج مثبتی را در تحقیقات پیشین نشان داده‌اند به مدیریت بهتر این وضعیت کمک کند. یکی از این روش‌ها آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش است که در قالب یک برنامه گروهی قابل آموزش است. [۱۷] نتایج نشان داده است که آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش تأثیر کاهنده‌ای بر خودآسیب‌رسانی، بی‌نظمی هیجان، اجتناب تجربه‌ای و نشانه‌های خاص اختلال شخصیت مرزی و همچنین نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس دارد. [۱۸] درمان‌های گروهی با توجه به این که زمان محدودتری نیاز دارند و تعداد بیشتری از مراجعان می‌توانند در آن شرکت کنند از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه‌تر است. [۱۵ و ۱۹] با این وجود برای این که هر درمان کوتاه مدتی اثربخش باشد، باید یک تعریف مشخص و دقیق داشته باشد. مفهوم‌سازی خودآسیب‌رسانی به‌صورتی که دارای کارکرد تنظیم هیجانی است پشتوانه تجربی زیادی دارد. [۲۰ و ۲۱] هر چند در مطالعات پیشین تأثیر کاربرد این روش بر روی نوجوانان بررسی شده است اما کمتر به این مساله پرداخته شده که آیا آموزش این روش‌ها به افرادی که دانش اختصاصی در این زمینه‌ها ندارند می‌تواند به ارتقای مهارتی آن‌ها کمک کند یا خیر. با توجه به گفته‌های فوق تدوین درمان گروهی که مبتنی بر تنظیم هیجان باشد برای درمان خودآسیب‌رسانی منطقی است.

مرزی اثر بخش بود. [۲۴] در این پژوهش ها، آموزش ها کمتر مبتنی بر مساله تنظیم هیجانی است و معمولاً افرادی را مورد بررسی قرار داده اند که با بیماران حاد روانی کار کرده اند است از سوی دیگر درک خود متخصصان از دانش و مهارتشان نه اطلاعات علمیشان را در این زمینه سنجیده است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش در تغییر نگرش، دانش و مهارت کارمندان مراکز بهزیستی در کار با نوجوانانی است که اقدام به خود آسیب رسانی می کنند.

چندین پژوهش به آموزش برای تغییر نگرش کارکنانی که با بیماران اختلال شخصیت مرزی کار می کنند پرداخته است. برای مثال برنامه درمان گروهی سیستمی برای پیش بینی هیجانی و حل مساله STEPPS نشان داد بهبود قابل توجهی در نگرش پزشکان نسبت به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و تمایلشان به کار با این بیماران ایجاد می شود. آن ها به طور قابل توجهی بیزاری کمتری نسبت به این بیماران اظهار کردند و همچنین گزارش کردند که در توانایی خود برای درمان این بیماران احساس شایستگی بیشتری می کنند، [۲۲] همچنین در مطالعه ای دیگر به روش درمان مبتنی بر ذهنی سازی به آموزش پرستاران روان پزشکی پرداخته شد و از طریق پدیدارشناسی ادراک پرستاران مورد بررسی قرار گرفت نتایج نشان داد که این درمان در بهبود مهارت و خود باوری پرستاران موثر است. [۲۳] در پژوهشی دیگر نیز روش های ترکیبی آموزش پرستاران بیمارستان روان پزشکی، در تغییر نگرش پرستاران در مورد بیماران

پژوهش حاضر از نوع تجربی شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام کارکنان فوریت ها و آسیب های اجتماعی استان یزد در سال ۱۴۰۲ بودند. این کارمندان دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر در یکی از رشته های روانشناسی،

نمودار (۱) نمودار consort مراحل اجرای پژوهش



مددکاری، علوم اجتماعی و جامعه شناسی هستند و به طور کلی در بخش های مربیگری مراکز نگهداری، مددکاری، روانشناسی و مسوول فنی مراکز فوریت و آسیب های اجتماعی مشغول به کار هستند. شرکت کنندگان به روش در دسترس انتخاب شدند. ۴۰ نفر از کارکنان انتخاب شدند و سپس به شکل تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. دو گروه از نظر جنسیت، سن، تحصیلات و سابقه کاری هم تاسازی شدند و در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت جلوگیری از ریزش کارمندان با صدور گواهی شرکت در دوره که امتیاز آن در ارزشیابی موثر بود، همکاری شان جلب شد. بعد از ریزش نمونه تعداد در هر گروه به پانزده نفر کاهش یافت. گروه آزمایش در سالن اجتماعات اورژانس اجتماعی شهر یزد به صورت هفتگی آموزش درمان خود آسیب رسانی عمدی گراتز ۲۰۱۰ [۲۵] را در هشت جلسه نود دقیقه ای دریافت نمودند. محتوای جلسه آموزشی در جدول شماره آمده است. برای آماده سازی این برنامه جهت آموزش به کارکنان اورژانس اجتماعی، ابتدا محتوای جلسات و متن پروتکل هشت جلسه ای

روش

جدول (۱) دستورالعمل درمان گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش برای درمان خود آسیب رسانی عمدی (گراتز، ۲۰۱۰)

جلسه // موضوع // محتوای آموزشی
اول // کارکرد رفتار خود آسیب رسانی // اجرای پیش آزمون، توضیح درباره کارکرد رفتار خود آسیب رسانی عمدی به عنوان راهکاری برای تنظیم هیجان و بررسی پیامدهای کوتاه و بلند مدت آن.
دوم // باورهای هیجانی // شناسایی باورهای منفی در مورد هیجان های منفی، اصلاح باورها و باورهای جانشین.
سوم // آگاهی هیجانی // آموزش اجزای مختلف پاسخ های هیجانی، توضیح سطوح آگاهی هیجانی و میزان درک و تماس با هیجان ها
چهارم // انواع پاسخ های هیجانی // توضیح و تمایز بین پاسخ هیجانی اولیه مانند کارکردی و سازگانه در مقابل پاسخ هیجانی ثانویه مانند قضاوت ها و احساسات در مورد هیجان های دیگر؛ پاسخ هیجانی شفاف نظیر هیجانات مربوط به محرک محیطی و آگاهی بخش برای رفتار در مقابل پاسخ هیجانی مبهم (بی ارتباط با محرک فوری و تحت تاثیر هیجان های دیگر).
پنجم // اجتناب در مقابل پذیرش هیجانی // توضیح اجتناب/ بی تمایلی هیجانی در مقابل پذیرش و اشتیاق هیجانی و نقش آن در مدیریت هیجان ها.
ششم // راهبردهای هیجانی // شناسایی راهبردهای هیجانی غیر اجتنابی؛ راهبردهایی که کارکردی مشابه خود آسیب رسانی دارند اما مانند خود آسیب رسانی آسیب رسان نیستند. مانند راهبردهای حواس پرتی شامل گوش دادن موسیقی، ورزش و...
هفتم // کنترل تکانه // شامل حواس پرتی، جایگزینی رفتار، بررسی پیامدهای کوتاه و بلند مدت رفتار، تغییر پیامد، مداخله تغییر پیامد.
هشتم // ارزش ها // معرفی کنش ارزشمند، شناسایی ارزش ها و موانع عمل و تعهد به آن ها و برنامه ریزی رفتاری، اجرای پس آزمون.

نویسنده مسئول مقاله که برگزار کننده جلسات نیز بود جمع‌آوری گردید. در مجموع سی پرسشنامه با روش تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: دریافت رضایتنامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان مبنی بر حضور در جلسات و این که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه آن انصراف دهند. تضمین محرمانه بودن اطلاعات و احترام پژوهشگر به شرکت‌کنندگان.

سنجش‌های ورود و خروج

ورود: شاغل در معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی به مدت حداقل شش ماه، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک کارشناسی.

خروج: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان گروهی تنظیم هیجان مبتنی بر پذیرش.

ابزار پژوهش

مقیاس نگرش به خودآسیب‌رسانی SHAS، توسط پترسون و وایتینگتون و باگ ۲۰۰۷ به منظور سنجش نگرش نسبت به خودآسیب‌رسانی در میان پرستاران ساخته و بر روی نمونه‌ای صد و پنجاه و سه نفری از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی انگلستان اجرا شد. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سطوح بالاتر انزجار، یعنی نگرش‌های منفی، نسبت به خودآسیب‌رسانی است. برخی از گویه‌های این مقیاس برای مثال عبارتند از «افرادی که خودآسیب‌رسانی می‌کنند معمولاً در تلاش برای جلب همدردی دیگرانند.» و «من به مشکلات و تجارب مراجعانی که خودآسیب‌رسانی می‌کنند کاملاً گوش می‌دهم.» و غیره. این پرسشنامه یک مقیاس سی ماده‌ای است و دارای شش عامل با روایی و همسانی درونی مناسب ($\alpha = 0.89$) است. برای هر یک از خرده مقیاس‌ها همسانی درونی بین پنجاه و دو صدم و هشتاد و یک صدم گزارش شده است. [۲۶] در سال ۲۰۲۰ نیز مجدداً بر روی کارکنان بخش سلامت روان پزشکی سوئد با حجم نمونه پانصد و نود و شش نفر اجرا شد. نسخه نهایی آن با هفده گزاره و سه خرده مقیاس با روایی درونی بین هفتاد و سه صدم و هفتاد و نه صدم گزارش گردید. [۲۷] مولفه‌های تشکیل دهنده این پرسشنامه عبارت است از عوامل یک ارزیابی شایستگی، دو بیهودگی مراقبت، سه انگیزه فریب مراجع، چهار پذیرش و درک، پنج حقوق و مسئولیت‌ها، شش کارکرد نیاز. پاسخ‌دهنده برای نشان دادن موافقت یا مخالفت با هر عبارت در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از به شدت موافق تا کاملاً مخالف با نقطه میانی نه موافق نه مخالف به سوالات پاسخ می‌دهد. شانزده آیتم از سی آیتم به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. محدوده نمرات می‌تواند سی نشان دهنده انزجار کم تا دویست و ده نشان دهنده انزجار زیاد باشد. با توجه به این که در ایران مقیاسی برای این هدف وجود نداشت. مقیاس

درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش گروهی به فارسی ترجمه شد و با کسب اجازه از نویسنده اصلی خانم کیم گراتز محتوای برنامه از لحاظ روایی محتوایی و آموزشی با چند متخصص روانپزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی مورد تایید قرار گرفت. سپس برای آماده‌سازی برنامه جهت آموزش به گروه آزمایش از همان محتوا اما با سبک تربیت درمانگران (برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش برای آموزش مددجویان با رفتار خودآسیب‌رسانی است) استفاده شد و برای آماده‌سازی این بسته آموزشی، از همه مثال‌ها و تکالیف بسته استفاده شد ولی شیوه آموزش به صورت خطاب به سوم شخص تغییر داده شد. پس از ترجمه متن اصلی به فارسی، متن به دو متخصص روانشناسی داده شد و پس از بررسی نظرات تغییراتی در ترجمه داده شده و سپس سرفصل‌ها جلسات و روش‌های آموزش به پنج متخصص روانشناسی داده شد و وضعیت روایی محتوایی بررسی شد که شاخص‌های ضریب روایی محتوایی درباره دو بخش اهداف و روش‌ها براساس شاخص جدول لاوشه برای هشتده جلسه هشتاد صدم محاسبه شد که نشان می‌دهد برنامه هم از لحاظ اهداف و هم روش‌ها از سوی متخصصین متناسب با آموزش برای گروه هدف ارزیابی می‌شود. جلسات توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش را دیده بود و صلاحیت او توسط متخصصان تایید شده بود برگزار گردید. شیوه آموزش به صورت مشارکتی بود و شرکت‌کنندگان می‌توانستند سوالات و تجارب خود را در ارتباط با محتوای جلسه مطرح کنند. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. قبل از آموزش هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را کامل کردند و بعد از پایان آموزش نیز بلافاصله هر دو گروه به پس‌آزمون پاسخ دادند. داده‌ها توسط

به خودکشی می‌زنند.» در پژوهشی دیگر تجزیه و تحلیل نمرات این پرسشنامه نشان داد که بین عوامل متغیرهای پیش‌بینی کننده مربوط به سطح تحصیلات، آموزش‌های قبلی و سن تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. شرکت‌کنندگانی که تا سطح دیپلم تحصیل کرده بودند، با شرکت‌کنندگانی که مدرک تحصیلات تکمیلی و مدرک کارشناسی ارشد دریافت کرده بودند تفاوت معناداری داشتند و مشخص گردید که میزان تحصیل با میزان دانش درباره گزاره‌های این پرسشنامه رابطه معناداری دارد. [۲۹] با توجه به این که در ایران مقیاسی برای این هدف وجود نداشت، مقیاس حاضر پس از هماهنگی با سازنده آزمون، ترجمه شد و از سوی متخصصان سلامت روان ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت و به صورت آزمایشی روی سی نفر اجرا شد. شواهد نشان داد همه گویه‌ها دارای ضرایب همبستگی قابل قبول با نمره کل هستند. ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات برابر هفتاد و هفت صدم محاسبه شد.

حاضر پس از هماهنگی با سازنده آزمون، ترجمه شد و فرم ترجمه شده از لحاظ روایی محتوایی، مرتبط بودن با حوزه مورد استفاده از سوی متخصصین دو روانشناس و دو مددکار اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. همه گویه‌ها دارای شاخص‌های مناسب روایی محتوایی بودند. همچنین آزمون ابتدا روی سی نفر اجرا شد و ضریب پایایی آزمون به شیوه آلفای کرونباخ در این مطالعه هفتاد و پنج صدم به دست آمد. **پرسشنامه دانش متخصصان درباره خود آسیب رسانی عمدی**، پرسشنامه‌ای یازده گزاره‌ای است که کرافورد، گراتی، استریت و سیمونوف ۲۰۰۳ به منظور سنجش دانش متخصصانی تهیه کرده‌اند که با نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان کار می‌کنند. [۲۸] آزمون بر روی صد و بیست و شش نفر از متخصصان انگلیسی که با نوجوانان کار می‌کردند اجرا شد. میانگین پاسخ صحیح متخصصان شصت درصد بود، بیش از یک چهارم متخصصان از این که مردان همجنس‌گرا و کسانی که آزار جنسی دیدند در معرض خطر بیشتر خود آسیب‌رسانی هستند غافل و یک سوم آنان از این حقیقت که نوجوانانی که به خود آسیب می‌رسانند در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند بی‌اطلاع بودند. پاسخ به هر گزاره به صورت درست، نادرست یا نمی‌دانم رتبه‌بندی شده است. پاسخ‌ها به عنوان صحیح یا نادرست (نمی‌دانم به عنوان نادرست) کدگذاری شده‌اند و به ترتیب یک و صفر امتیاز دارند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دانش بیشتر است. برخی از گویه‌های این پرسشنامه برای مثال عبارتند از «خود آسیب‌رسانی در دختران بیشتر از پسران است.» و «افرادی که به خود آسیب می‌زنند، به احتمال بیشتری در آینده دست

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک در جدول شماره دو آمده است. در جدول شماره سه شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش و پس‌آزمون ارائه شده است. آموزش گروهی درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش، بر همدلی، دانش و مهارت کارمندان بهزیستی در کار با مددجویان دارای رفتار خود آسیب‌رسانی عمدی موثر است. به منظور استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، ابتدا آزمون‌های مقدماتی تحلیل کواریانس از جمله همگنی یا برابری واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها بررسی شد. سپس فرضیه‌ها آزمون شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از چولگی و کشیدگی و آزمون کلموگروف-اسمیروف تحلیل شد. اگر چولگی و کشیدگی در دامنه منفی دو تا دو باشد، و به همین ترتیب اگر سطح معنی‌داری در آزمون کلموگروف-اسمیروف بالاتر از پنج صدم باشد فرض صفر تایید و نتیجه گرفته می‌شود؛ توزیع داده‌ها نرمال است. بررسی‌ها نشان داد که در تمامی مولفه‌های پژوهش در آزمون کلموگروف-اسمیروف سطح معناداری بیش از پنج صدم است، در نتیجه فرض نرمال بودن توزیع متغیرها تایید شد. همچنین چولگی و کشیدگی تمامی مولفه‌ها در دامنه منفی دو تا دو قرار داشت. از آن‌جا که برای آزمون فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است پیش فرض دیگر تحلیل کواریانس یعنی همگنی واریانس‌ها با آزمون لون بررسی شد نتایج حاصل آزمون

جدول (۲) توصیف متغیرهای جمعیت شناختی پاسخگویان

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
سمت	مربی بخش	کنترل	۴
	نگهداری	آزمایش	۴
	مددکار	کنترل	۳
	اجتماعی	آزمایش	۴
	روانشناس	کنترل	۵
تحصیلات	مسوول	کنترل	۳
	فنی	آزمایش	۲
	لیسانس	کنترل	۵
	فوق	آزمایش	۸
	لیسانس	کنترل	۷
سن (سال)	۲۰-۲۵	کنترل	۲
		آزمایش	۳
	۲۶-۳۱	کنترل	۴
		آزمایش	۴
	۳۲-۳۷	کنترل	۵
		آزمایش	۵
	۳۸-۴۳	کنترل	۴
		آزمایش	۳

می شود همچنین نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان می دهد که اثر کلی گروه معنی دار ($P < 0.05$; $f = 15/00$) است. از این رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی دار وجود دارد.

همان طور که در جدول شماره پنج مشاهده می شود، متغیر نگرش خودآسیب رسانی و تمامی زیر مولفه های دارای سطح معناداری به دست آمده کمتر از پنج صدم می باشد که نشان دهنده تفاوت در نمرات پس آزمون بین گروه های کنترل و آزمایش است. در نتیجه می توان این گونه بیان کرد که آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر متغیر نگرش خودآسیب رسانی و زیر مولفه های موثر ($P < 0.05$) است. اما با توجه به سایر یافته های پژوهش می توان بیان کرد که با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای متغیر دانش در مورد خودآسیب رسانی که بیشتر از پنج صدم می باشد می توان این نتیجه را گرفت که در این متغیر تفاوت در نمرات پس آزمون بین گروه های کنترل و آزمایش مشاهده نشده است. در نتیجه می توان بیان کرد که آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر متغیر دانش در مورد خودآسیب رسانی موثر ($P > 0.05$) نیست.

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای نگرش خودآسیب رسانی و دانش در آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش مورد خودآسیب رسانی در پیش

گروه ها (نمره کل)	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۱/۵۳۳۳	۵/۷۸۰۱۰
پس آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۰/۴۰۰۰	۷/۲۰۹۱۳
پیش آزمون دانش در مورد خودآسیب رسانی	۱۵	۸/۰۶۶۷	۱/۲۷۹۸۸
پس آزمون دانش در مورد خودآسیب رسانی	۱۵	۸/۴۰۰۰	۱/۴۵۴۰۶
پیش آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۱/۲۰۰۰	۷/۸۷۵۸۳
پس آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۱۴۲/۴۶۶۷	۱۱/۴۵۰۹۳
پیش آزمون دانش در مورد خودآسیب رسانی	۱۵	۷/۹۳۳۳	۱/۲۲۲۸۰
پس آزمون دانش در مورد خودآسیب رسانی	۱۵	۷/۴۰۰۰	۱/۷۶۴۷۳

جدول (۴) تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی اثر آموزش بر متغیرهای نگرش خودآسیب رسانی و دانش در مورد خودآسیب رسانی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	F	سطح معناداری
ارزنجایی شایستگی	۱۳۸۷/۵۶۴	۱	۱۳۸۷/۵۶۴	۵۳/۲۷۹	۰/۰۰۰
بهبودگی مراقبت	۱۰۹۰/۷۳۳	۱	۱۰۹۰/۷۳۳	۵۵/۹۳۷	۰/۰۰۰
انگیزه فریب مراجع	۹۳۳/۹۰۶	۱	۹۳۳/۹۰۶	۹۹/۹۴۵	۰/۰۰۰
پذیرش و درک	۳۶۴/۸۸۱	۱	۳۶۴/۸۸۱	۳۹/۵۹۹	۰/۰۰۰
حقوق و مسوولیت ها	۱۸۴/۷۰۴	۱	۱۸۴/۷۰۴	۵۵/۱۴۰	۰/۰۰۰
کارکرد نیاز	۳۴۲/۱۱۶	۱	۳۴۲/۱۱۶	۱۷۰/۳۰۵	۰/۰۰۰
نگرش خودآسیب رسانی	۲۳۱/۶۶۴	۱	۲۳۱/۶۶۴	۲۳۳/۴۷۱	۰/۰۰۰
دانش در مورد خودآسیب رسانی	۵/۸۰۰	۱	۵/۸۰۰	۲/۱۴۲	۰/۱۵۸

لون نشان داد که سطح معناداری ها برای تمامی مولفه ها بزرگتر از پنج صدم می باشند، در نتیجه فرض همگنی واریانس ها پذیرفته

بحث و نتیجه

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر نگرش به خودآسیب رسانی و دانش نسبت به این موضوع بود. یافته ها نشان می دهد این مداخله بر روی نگرش متخصصان اثرگذار است و می تواند نگرش های مثبت آن ها را افزایش دهد. این یافته همسو با فراتحلیلی که با بررسی تاثیر برنامه های آموزشی در نگرش روان پرستاران نسبت به بیماران مرزی انجام شده است می باشد که نشان داد بیشترین تاثیر آموزش بر افرادی است که نگرش های انزجار آمیزتری داشتند و آموزش قبلی ندیده بودند [۹]. همچنین همسوست با فراتحلیلی دیگر که به بررسی مداخله های آموزشی موجود در اصلاح نگرش و عملکرد پزشکان در ارتباط با مراجعان مبتلا به اختلال مرزی صورت گرفت، نتایج نشان داد آموزش پزشکان می تواند نگرش های مثبت آن ها را افزایش دهد [۱۰]. در تبیین این یافته می توان گفت مداخلات صورت گرفته به هدف اصلاح باورهای متخصصان، با آموزش ریشه ها و بنیان های شکلگیری اختلال، همدلی متخصصان را نسبت به رنجی که مراجعان در حال حاضر و همچنین در گذشته متحمل شده اند افزایش می دهد، همچنین به این که رفتارهای خودجراحی کمتر برای اهداف توجه طلبانه و فریبکارانه است و کارکرد تنظیم هیجانی برای بیماران دارد آگاه می شوند. زمانی که متخصصان اطلاعات کافی در باره ویژگی ها و نحوه درمان افراد با رفتارهای خودآسیب رسان داشته باشند با مهارت و اعتماد بیشتری می توانند به مراجعان خدمت رسانی نمایند. به این ترتیب احتمالاً آن ها کمتر بهبودی این بیماران را غیرممکن می بینند و با مسوولیت، حمایت و درک و پذیرش بیشتری با آن ها ارتباط برقرار می کنند.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش روی دانش معنی دار نبود. این یافته با مطالعه شانکز و همکاران ۲۰۱۱ و وارندر ۲۰۱۵ ناهمسوست. البته این پژوهش ها علاوه بر محتوای متفاوت درک خود متخصصان از دانش و مهارتشان را سنجیده است. اطلاعات درباره دانش متخصصان در پژوهش شانکز و همکاران ۲۰۱۱ از طریق پرسشنامه محقق ساخته ای که درک خود آزمودنی ها را از میزان ارتقا دانششان می سنجید، به دست آمده بود، به علاوه آموزش مورد استفاده در این پژوهش درمان گروهی سیستمی برای پیش بینی پذیری هیجانی و حل مساله بود.

همچنین تاثیر تغییر نگرش مراقبان بر بهبودی خدمتگیرندگان اندازه گیری نشده است. تدوین برنامه ای که به طور همزمان بر نگرش و دانش متخصصان موثر باشد نیازمند تحقیقات پیگیرانه طولانی مدت است.

پیشنهادهای: پیشنهاد می شود مطالعات بعدی طولی باشد و تاثیر آموزش در محدوده های زمانی طولانی تر اندازه گیری شود. در پژوهش های بعدی ادراک مراجعان از تغییر نگرش متخصصان نیز بررسی گردد. باتوجه به این که آموزش حاضر در افزایش دانش کارمندان موثر نبود پیشنهاد می گردد در آموزش های بعدی یافته های علمی در مورد خود آسیب رسانی نیز در آموزش قرار گیرد.

سپاسگزاری: نویسندگان بر خود لازم می دانند تا از همکاری سازمان و کارمندان بهزیستی به ویژه اورژانس اجتماعی شهر یزد تشکر و قدردانی خود را اعلام دارند.

تضاد منافع: تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

همچنین در پژوهش وارنر ۲۰۱۵ ادراک متخصصان از طریق رویکرد پدیدارشناختی تفسیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته بود و درمان مورد استفاده درمان مبتنی بر ذهنی سازی بود. [۲۲ و ۲۳] این پژوهش با استفاده از پرسشنامه کمی دانش متخصصان را فارغ از برداشت فردی می سنجید و درمان مورد استفاده برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش انجام گردید؛ به همین دلیل می تواند با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر افزایش دانش ناهمسو باشد. در تبیین بی تاثیر بودن آموزش روی دانش خود آسیب رسانی چندین علت را می توان مطرح ساخت مهمترین آن ها این است که دانش درباره خود آسیب رسانی به نظر بیشتر با تخصص آسیب روانی مرتبط است و اساسا جنبه آموزش آسیب روانی و شناسایی مکانیسم های آسیب روانی در بسته تنظیم هیجانی کمتر مطرح بوده است و به جای آن تمرکز بر شیوه های پذیرش این گروه از بیماران و مهارت آموزی روانی تاکید شده است.

نتیجه گیری: آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش با آموزش کارکرد رفتار خود آسیب رسانی، توضیح انواع هیجان ها و روش های موثر تنظیم هیجانی و کنترل تکانه می تواند پذیرش و درک متخصصان را نسبت به افراد با خود آسیبی عمده ای افزایش دهد. در مجموع مطالعه حاضر و مطالعات پیشین شواهدی نشان می دهند که نگرش منفی نسبت به افراد دارای این رفتار را می توان از طریق آموزش اصلاح کرد.

راه بست ها: با توجه به دسترسی نداشتن به گروه نمونه اثربخشی پژوهش حاضر به صورت کوتاه مدت مورد ارزیابی قرار گرفته است.

منابع

References:

1. Lim K-S, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, Tan W, Ho CS, Ho RC. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019, 16(22): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6888476/>
2. Armoon B, Mohammadi R, Griffiths MD. The global prevalence of non-suicidal self-injury, suicide behaviors, and associated risk factors among runaway and homeless youth: A meta-analysis. *Community Mental Health Journal* 2024;1-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38451378/>
3. Kiekens G, Hasking P, Boyes M, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Green JG, Kessler RC. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of affective disorders* 2018, 239:171-179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
4. Izakian S, Mirzaian B, Hosseini SH. A review on non-suicidal self-injury in Iranian young adults and adolescents. *Clinical Excellence* 2018, 8(2):14-25. [Persian]. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-395-en.html>
5. van Schie C, Gallagher R, Krause-Utz A. Exploring the complex relationship between childhood trauma and self-harm. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2024;1-19. <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2024.2303525>
6. Blaha Y, Cavelti M, Lerch S, Steinhoff A, Koenig J, Kaess M. Risk-taking and self-harm behaviors as markers of adolescent borderline personality disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2024;1-11. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-023-02353-y>

7. McKenzie K, Gregory J, Hogg L. Mental health workers' attitudes towards individuals with a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic literature review. *Journal of Personality Disorders* 2022, 36(1):70-98. https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2021_35_528
8. Ring D, Lawn S. Stigma perpetuation at the interface of mental health care: A review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health* 2019;1-21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
9. Dickens GL, Hallett N, Lamont E. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2016, 56:114-127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26747180/>
10. Klein P, Fairweather AK, Lawn S. The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder: An integrative review. *Systematic Reviews* 2022, 11(1):108. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-01960-1>
11. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48(12):1060-1064. <https://psycnet.apa.org/record/1992-13734-001>
12. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999, 156(10):1563-1569. <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.156.10.1563>
13. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001, 158(1):36-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11136631/>
14. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders* 2004, 18(1):36-51. <https://psycnet.apa.org/record/2004-11984-003>
15. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry* 2002, 43(4):301-310. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12107867/>
16. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, Tata P, Thornton S, Barber J, Thompson S. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine* 1999, 29(1):19-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10077290/>
17. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003, 10(2):192. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.bpg022>
18. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 2006, 37(1):25-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16942958/>
19. Gunderson JG, Links PS. *Borderline personality disorder: A clinical guide*: American Psychiatric Pub; USA; 2009. <https://www.amazon.com/Borderline-Personality-Disorder-Clinical-Guide/dp/1585623350>
20. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998, 68(4):609-620. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9809120/>
21. Bowers L, Carr-Walker P, Paton J, Nijman H, Callaghan P, Allan T, Alexander J. Changes in attitudes to personality disorder on a DSPD unit. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2005, 15(3):171-183. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16575795/>
22. Shanks C, Pfohl B, Blum N, Black DW. Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders* 2011, 25(6):806-812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22217226/>
23. Warrender D. Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. *Journal of Psychi-*

atric and Mental Health Nursing 2015, 22(8):623-633. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26148873/>

24. Dickens GL, Lamont E, Mullen J, MacArthur N, Stirling FJ. Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing* 2019, 28(13-14):2613-2623. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30830704/>

25. Gratz KL. An acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm. Gratz (2009) *Emotion Regulation Group Therapy Manual*. https://verksampsykologi.com/wp-content/uploads/2017/10/ERGT-Manual_Final-Gratz-Emotional-Regulation.pdf

26. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: The self-harm antipathy scale (SHAS). *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2007, 14(5):438-445. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17635251/>

27. Lantto R, Jungert T, Nilsson M, Probert-Lindström S, Westling S. Revising the self-harm antipathy scale: Validation among staff in psychiatric healthcare in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry* 2020, 74(6):429-438. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129114/>

28. Crawford T, Geraghty W, Street K, Simonoff E. Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence* 2003, 26(5):619-629. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12972273/>

29. Carter T, Latif A, Callaghan P, Manning JC. An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self-harm. *Journal of Clinical Nursing* 2018, 27(13-14):2836-2846. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29569381/>