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

Mina Sepandandarnia: Master of clinical psychology, dartment of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. m_sepandarnia@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-injurie, among social experts of Yazd welfare organization. Quarterly Journal of Social Work. 2023; 12 (4); 5-14

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش، بر دانش و نگرش به خودآسیب‌رسانی 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 مسوول

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 تاثیر 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: دراین پژوهش نیمه‌آزمایشی ازطرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌آماری 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 گراتز۲۰۱۰ را دریافت کرد و به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های مقیاس نگرش به خودآسیب‌رسانیSHAS 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.

نحوه استناد به مقاله

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): ۱۴-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

دیباچه

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.[٤] 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.[٦] یافته‌ها اخیر دریک 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 تاثیر مهمی بر بهبودی و نتیجه درمان دارد. بهبودی این افراد به‌دلیل سواد کم بیماران و متخصصان حرفه‌های کمک رسانی معمولا به تاخیر 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.[۹و۱۰] دو درمانی که در درمان اختلال شخصیت مرزی و خودآسیب‌رسانی موثر بوده‌اند، رفتار درمانی دیالکتیکی DBT[۱۱] و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی MBT[۱٤-۱۲] است. با وجود کارآمدی این درمان‌ها، در محیط‌های مرسوم بالینی به سادگی قابل اجرا نیستند، مثلا رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت پروتکل تجربی تایید 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.[۱٤] به‌علاوه این‌که مصاحبه‌های فردی و تخصصی تشخیصی مورد نیاز است که از لحاظ اقتصادی هزینه‌بر است.[۱۵و۱٦] 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 تاثیر 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 این‌که زمان محدودتری نیاز دارند و تعداد بیشتری از مراجعان می‌توانند در آن شرکت کنند از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه‌تر است.[۱۵و۱۹] با این وجود برای این‌که 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.[۲۰و۲۱] هر چند در مطالعات پیشین تاثیر 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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

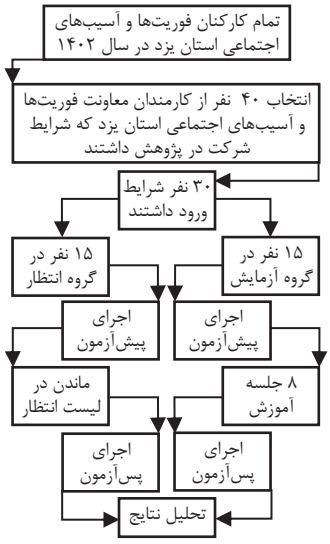
چندیــن پژوهش به آموزش برای تغییر نگــرش کارکنانی که با بیماران اختلال شــخصیت مرزی کار می‌کنند پرداخته‌اســت. برای مثال برنامه درمان گروهی سیستمی برای پیش‌بینی هیجانی و حل مساله STEPPS نشان داد بهبود قابل توجهی در نگرش پزشکان نسبت به بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و تمایلشان به‌کار با این بیماران ایجاد می‌شود. آن‌هــا به‌طور قابل توجهی بیزاری کمتری نســبت به ایــن بیماران اظهار کردنــد و همچنین گزارش کردند که در توانایــی خود برای درمان این بیماران احساس شایستگی بیشتری می‌کنند،[۲۲] همچنین در مطالعه‌ای دیگر به روش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به آموزش پرستاران روانپزشکی پرداخته شد و از طریق پدیدارشناسی ادراک پرستاران مورد بررسی قرار گرفــت نتایج نشــان داد که این درمان در بهبود مهــارت و خود باوری پرستاران موثر است.[۲۳] در پژوهشی دیگر نیز روش‌های ترکیبی آموزش پرستاران بیمارستان روانپزشکی، در تغییر نگرش پرستاران در مورد بیماران مرزی اثر بخــش بود.[۲۴] در این پژوهش‌ها، آموزش‌ها کمتر مبتنی بر مساله تنظیم هیجانی اســت و معمولا افرادی را مورد بررســی قرار داده‌اند که با بیماران حاد روانی کار کرده‌اند اســت از ســوی دیگر درک خود متخصصان از دانش و مهارتشــان نه اطلاعات علمیشــان را در این زمینه سنجیده است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان تنظیم هیجانی مبتنی بــر پذیرش در تغییر نگــرش، دانش و مهارت کارمندان مراکز بهزیســتی در کار با نوجوانانی است که اقدام به خودآسیب‌رسانی می‌کنند.

روش

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

جلسه/// موضوع/// محتوای آموزشی
اول/// کارکرد رفتار خودآسیب‌رسانی/// اجرای پیش‌آزمون، توضیح درباره کارکرد رفتار خودآسیبرسانی عمدی به‌عنوان راهکاری برای تنظیم هیجان و بررسی پیامدهای کوتاه و بلند مدت آن.
دوم/// باورهای هیجانی//// شناسایی باورهای منفی درمورد هیجان‌های 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 هیجان‌ها
چهارم/// انواع پاسخ‌های هیجانی/// توضیح و تمایز بین پاسخ هیجانی اولیه مانند کارکردی و سازگارانه درمقابل پاسخ هیجانی ثانویه مانند قضاوت‌ها و احساسات درمورد هیجان‌های دیگر؛ پاسخ هیجانی شفاف نظیر هیجانات مربوط به محرک محیطی و آگاهی بخش برای رفتار در مقابل پاسخ هیجانی مبهم (بی‌ارتباط با محرک فوری و تحت تاثیر هیجان‌های دیگر).
پنجم/// اجتناب در مقابل پذیرش هیجانی/// توضیح اجتناب/ بی‌تمایلی هیجانی در مقابل پذیرش و اشتیاق هیجانی و نقش آن در مدیریت هیجان‌ها.
ششم/// راهبردهای هیجانی/// شناسایی راهبردهای هیجانی غیراجتنابی؛ راهبردهایی که کارکردی مشابه خودآسیب‌رسانی دارند اما مانند خودآسیب‌رسانی آسیب‌رسان 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/// ارزش‌ها/// معرفی کنش ارزشمند، شناسایی ارزش‌ها و موانع عمل و تعهد به آن‌ها و برنامه‌ریزی رفتاری، اجرای پس‌آزمون.

نمودار(۱) نمودارconsort مراحل اجرای پژوهش



پژوهــش حاضــر از نــوع تجربــی شبه‌آزمایشــی بــا طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اســت. جامعه‌آمــاری پژوهش حاضر تمــام کارکنان فوریت‌ها و آسیب‌های اجتماعــی اســتان یزد در ســال ۱۴۰۲بودند. این کارمنــدان دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتــر در یکــی از رشته‌های روانشناسی، مددکاری، علوم اجتماعی و جامعه‌شناســی هســتند و به‌طور کلــی در بخش‌های مربیگری مراکــز نگهداری، مددکاری، روانشناسی و مسوول فنی مراکز فوریت و آسیب‌های اجتماعی مشــغول به‌کار هستند. شرکت‌کنندگان به روش در دسترس انتخاب شــدند. چهل 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 همتاسازی شــدند و درگروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت جلوگیری از ریزش کارمندان با صدور گواهی شــرکت در دوره که امتیاز آن در ارزشیابی موثر بود، همکاریشان جلب شد. بعد از ریزش نمونه تعداد در هر گروه به پانزده نفرکاهش یافت.

گروه آزمایش در ســالن اجتماعات اورژانس اجتماعی شهر یزد به‌صورت هفتگی آموزش درمان خودآسیب‌رسانی عمدی گراتز۲۰۱۰[۲۵] را در هشــت جلســه نود دقیقه‌ای دریافت نمودند. محتوای جلسه آموزشی در جدولشماره آمده است. برای آماده‌ســازی این برنامه جهت آموزش به‌کارکنان اورژانس اجتماعی، ابتدا محتوای جلســات و متن پروتکل هشت جلسه‌ای

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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 به‌صورت 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 هشته 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 به‌صورت 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 هردو گروه به پس‌آزمون پاسخ دادند. داده‌ها توسط نویسنده مسوول 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 درجلسات و این‌که در هرمرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه آن انصراف دهند. تضمین محرمانه بودن اطلاعات و احترام پژوهشگر به شرکت‌کنندگان.

سنجه‌های 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 به‌منظور سنجش نگرش نسبت به خودآسیب‌رسانی در میان پرستاران ساخته و برروی 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 معمولا در تلاش برای جلب همدردی دیگرانند.» و « من به مشکلات و تجارب مراجعانی که خودآسیب‌رسانی می‌کنند کاملا گوش می‌دهم.» و غیره. این پرسشنامه یک مقیاس سی ماده‌ای است و دارای شش عامل با روایی و همسانی درونی مناسب (α=۰/۸۹) است. برای هریک از خرده مقیاس‌ها همسانی درونی بین پنجاه و دو صدم و هشتاد و یک صدم گزارش شده است.[۲۶] در سال ۲۰۲۰ نیز مجددا برروی 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 مسوولیت‌ها، شش کارکرد نیاز. پاسخ‌دهنده برای نشان دادن موافقت یا مخالفت با هر عبارت در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از به شدت موافق تا کاملا مخالف با نقطه میانی نه موافق نه مخالف به سوالات پاسخ می‌دهد. شانزده آیتم از سی آیتم به‌صورت معکوس نمره‌گزاری می‌شود. محدوده نمرات می‌تواند سی نشان دهنده انزجار کم تا دویست و ده نشان دهنده انزجار زیاد باشد. با توجه به این‌که در ایران مقیاسی برای این هدف وجود نداشت. مقیاس

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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 به‌دست آمد.

پرسشنامه دانش متخصصان درباره خودآسیب‌رسانی عمدی، پرسشنامه‌ای یازده گزاره‌ای است که کرافورد، گراتی، استریت و سیمونوف۲۰۰۳ به‌منظور سنجش دانش متخصصانی تهیه کرده‌اند که با نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان کار می‌کنند.[۲۸] آزمون برروی 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 خودآسیب‌رسانی هستند غافل و یک سوم آنان از این حقیقت که نوجوانانی که به خودآسیب می‌رسانند در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند بی‌اطلاع بودند. پاسخ به هر گزاره به‌صورت درست، نادرست یا نمی‌دانم رتبه‌بندی شده است. پاسخ‌ها به‌عنوان صحیح یا نادرست (نمی‌دانم به‌عنوان نادرست) کدگذاری شده‌اند و به‌ترتیب یک و صفر امتیاز دارند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دانش بیشتر است. برخی از گویه‌های این پرسشنامه برای مثال عبارتند از «خودآسیب‌رسانی در دختران بیشتر از پسران است.» و «افرادی که به خود آسیب می‌زنند، به احتمال بیشتری در آینده دست 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 این‌که 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 به‌صورت 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.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک در جدول شماره دو آمده است. در جدول شماره سه شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش و پس‌آزمون ارایه شده است. آموزش گروهی درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش، بر همدلی، دانش و مهارت کارمندان بهزیستی در کار با مددجویان دارای رفتار خودآسیب‌رسانی عمدی موثر است.به‌منظور 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-اسمیرونف تحلیل شد. اگر چولگی و کشیدگی در دامنه منفی دو تا دو باشد، و به‌همین ترتیب اگر سطح معنی‌داری در آزمون کلموگروف-اسمیرونف 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-اسمیرونف 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

متغییر		گروه	فراوانی	درصد فراوانی
سمت	مربی بخش نگهداری	کنترل	۴	۲۶/۶۶
		آزمایش	۴	۲۶/۶۶
	مددکار اجتماعی	کنترل	۳	۲۰
		آزمایش	۴	۲۰
	روانشناس	کنترل	۵	۳۳/۳۳
		آزمایش	۵	۳۳/۳۳
	مسوول فنی	کنترل	۳	۲۰
		آزمایش	۲	۱۳/۳۳
تحصیلات	لیسانس	کنترل	۵	۳۳/۳۳
		آزمایش	۸	۵۳/۳۳
	فوق لیسانس	کنترل	۱۰	۶۶/۶۶
		آزمایش	۷	۴۶/۶۶
سن(سال)	۲۰-۲۵	کنترل	۲	۱۳/۳۳
		آزمایش	۳	۲۰
	۲۶-۳۱	کنترل	۴	۲۶/۶۶
		آزمایش	۴	۲۶/۶۶
	۳۲-۳۷	کنترل	۵	۳۳/۳۳
		آزمایش	۵	۳۳/۳۳
	۳۸-۴۳	کنترل	۴	۲۶/۶۶
		آزمایش	۳	۲۰

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

جدول(۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای نگرش خودآسیب‌رسانی و دانش در آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش‌مورد خودآسیب‌رسانی در پیش

گروه‌ها(نمره کل)		تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۱/۵۳۳۳	۵/۷۸۰۱۰
	پس‌آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۰/۴۰۰۰	۷/۲۰۹۱۲
	پیش‌آزمون دانش در مورد خودآسیب‌رسانی	۱۵	۸/۰۶۶۷	۱/۲۷۹۸۸
	پس‌آزمون دانش در مورد خودآسیب‌رسانی	۱۵	۸/۴۰۰۰	۱/۴۵۴۰۶
آزمایش	پیش‌آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۸۱/۲۰۰۰	۷/۸۷۵۸۲
	پس‌آزمون نگرش آسیب به خود	۱۵	۱۴۲/۴۶۶۷	۱۱/۴۵۰۹۳
	پیش‌آزمون دانش در مورد خودآسیب‌رسانی	۱۵	۷/۹۳۳۳	۱/۲۲۲۸۰
	پس‌آزمون دانش در مورد خودآسیب‌رسانی	۱۵	۷/۴۰۰۰	۱/۷۶۴۷۳

جدول(٤) تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی اثر آموزش بر متغیرهای نگرش خودآسیب‌رسانی و دانش در مورد خودآسیب‌رسانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
ارزیابی شایستگی	۱۳۸۷/۵۶۴	۱	۱۳۸۷/۵۶۴	۵۳/۲۷۹	۰/۰۰۰
بیهودگی مراقبت	۱۰۹۰/۷۴۳	۱	۱۰۹۰/۷۴۳	۵۵/۹۳۷	۰/۰۰۰
انگیزه فریب مراجع	۹۳۲/۹۰۶	۱	۹۳۲/۹۰۶	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 خودآسیب‌رسانی	۲۳۱/۶.۶۶۴	۱	۲۳۱/۶.۶۶۴	۲۳۳/۴۷۱	۰/۰۰۰
دانش در مورد خودآسیب‌رسانی	۵/۸۰۰	۱	۵/۸۰۰	۲/۱۴۲	۰/۱۵۸

می‌شود همچنین نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان می‌دهد که اثر کلی گروه معنی‌دار (P<۰/۰۵؛ f=۱۵/۰۰) است. از این‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

همان‌طور که در جدول شماره پنج مشاهده می‌شود، متغیر نگرش خودآسیب‌رسانی و تمامی زیر مولفه‌هایش دارای سطح معناداری به‌دست آمده کمتر از پنج صدم می‌باشد که نشان دهنده تفاوت در نمرات پس‌آزمون بین گروه‌های کنترل و آزمایش است. در نتیجه می‌توان این‌گونه بیان کرد که آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر متغیر نگرش خودآسیب‌رسانی و زیر مولفه‌هایش موثر (P<۰/۰۵) است. اما با توجه به سایر یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که با توجه به سطح معناداری به‌دست آمده برای متغیر دانش در مورد خودآسیب‌رسانی که بیشتر از پنج صدم می‌باشد می‌توان این نتیجه را گرفت که در این متغیر تفاوت در نمرات پس‌آزمون بین گروه‌های کنترل و آزمایش مشاهده نشده است. در نتیجه می‌توان بیان کرد که آموزش درمان تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر متغیر دانش در مورد خودآسیب‌رسانی موثر (P>۰/۰۵) نیست.

لون نشان داد که سطح معناداری‌ها برای تمامی مولفه‌ها بزرگتر از پنج صدم می‌باشند، در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته

پی‌آمد

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش بر نگرش به خودآسیب‌رسانی و دانش نسبت به این موضوع بود. یافته‌ها نشان می‌دهد این مداخله بر روی نگرش متخصصان اثرگذار است و می‌تواند نگرش‌های مثبت آن‌ها را افزایش دهد. این یافته همسو با فراتحلیلی که با بررسی تاثیر برنامه‌های آموزشی در نگرش روان‌پرستاران نسبت به بیماران مرزی انجام شده است می‌باشد که نشان داد بیشترین تاثیر آموزش بر افرادی است که نگرش‌های انزجارآمیزتری داشتند و آموزش قبلی ندیده بودند.[۹] همچنین همسوست با فراتحلیلی دیگر که به بررسی مداخله‌های آموزشی موجود در اصلاح نگرش و عملکرد پزشکان در ارتباط با مراجعان مبتلا به اختلال مرزی صورت گرفت، نتایج نشان داد آموزش پزشکان می‌تواند نگرش‌های مثبت آن‌ها را افزایش دهد.[۱۰] در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخلات صورت گرفته به هدف اصلاح باورهای متخصصان، با آموزش ریشه‌ها و بنیان‌های شکلگیری اختلال، همدلی متخصصان را نسبت به رنجی که مراجعان در حال حاضر و همچنین در گذشته متحمل شده‌اند افزایش می‌دهد، همچنین به این‌که رفتارهای خودجرحی کمتر برای اهداف توجه طلبانه و فریبکارانه است و کارکرد تنظیم هیجانی برای بیماران دارد آگاه می‌شوند. زمانی که متخصصان اطلاعات کافی در باره ویژگی‌ها و نحوه درمان افراد با رفتارهای خودآسیب‌رسان داشته باشند با مهارت و اعتماد بیشتری می‌توانند به مراجعان خدمت رسانی نمایند. به این ترتیب احتمالا آن‌ها کمتر بهبودی این بیماران را غیرممکن می‌بینند و با مسوولیت، حمایت و درک و پذیرش بیشتری با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تاثیر آموزش برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش روی دانش معنی‌دار نبود. این یافته با مطالعه شانکز و همکاران۲۰۱۱ و وارندر۲۰۱۵ ناهمسوست. البته این پژوهش‌ها علاوه بر محتوای متفاوت درک خود متخصصان از دانش و مهارتشان را سنجیده است. اطلاعات درباره دانش متخصصان در پژوهش شاکنز و همکاران۲۰۱۱ از طریق پرسشنامه محقق ساخته‌ای که درک خود آزمودنی‌ها را از میزان ارتقا دانششان می‌سنجید، به‌دست آمده بود، به‌علاوه آموزش مورد استفاده در این پژوهش درمان گروهی سیستمی برای پیش‌بینی‌پذیری هیجانی و حل مساله بود.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

همچنین در پژوهش وارندر۲۰۱۵ ادراک متخصصان از طریق رویکرد پدیدارشناختی تفسیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته بود و درمان مورد استفاده درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بود.[۲۲و۲۳] این پژوهش با استفاده از پرسشنامه کمی دانش متخصصان را فارغ از برداشت فردی می‌سنجید و درمان مورد استفاده برنامه تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش انجام گردید؛ به‌همین دلیل می‌تواند با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر افزایش دانش ناهمسو باشد. در تبیین بی تاثیر بودن آموزش روی دانش خودآسیب‌رسانی چندین علت را می‌توان مطرح ساخت مهمترین آن‌ها این است که دانش درباره خودآسیب‌رسانی به‌نظر بیشتر با تخصص آسیب روانی مرتبط است و اساسا جنبه آموزش آسیب روانی و شناسایی مکانیسم‌های آسیب روانی در بسته تنظیم هیجانی کمتر مطرح بوده است و به‌جای آن تمرکز بر شیوه‌های پذیرش این گروه از بیماران و مهارت‌آموزی روانی تاکید شده است.

نتیجه‌گیری: آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر پذیرش با آموزش کارکرد رفتارخودآسیب‌رسانی، توضیح انواع هیجان‌ها و روش‌های موثر تنظیم هیجانی و کنترل تکانه می‌تواند پذیرش و درک متخصصان را نسبت به افراد با خودآسیبی عمدی افزایش دهد. در مجموع مطالعه حاضر و مطالعات پیشین شواهدی نشان می‌دهند که نگرش منفی نسبت به افراد دارای این رفتار را می‌توان از طریق آموزش اصلاح کرد.

راه‌بست‌ها: با توجه به‌دسترسی نداشتن به گروه نمونه اثربخشی پژوهش حاضر به‌صورت کوتاه مدت مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین تاثیر تغییر نگرش مراقبان بر بهبودی خدمتگیرندگان اندازه‌گیری نشده است. تدوین برنامه‌ای که به‌طور همزمان برنگرش و دانش متخصصان موثر باشد نیازمند تحقیقات پیگیرانه طولانی مدت است.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی طولی باشد و تاثیر آموزش در محدوده‌های زمانی طولانی‌تر اندازه‌گیری شود. در پژوهش‌های بعدی ادراک مراجعان از تغییر نگرش متخصصان نیز بررسی گردد. باتوجه به این‌که آموزش حاضر در افزایش دانش کارمندان موثر نبود پیشنهاد می‌گردد در آموزش‌های بعدی یافته‌های علمی در مورد خودآسیب‌رسانی نیز در آموزش قرار گیرد.

سپاسگزاری: نویسندگان برخود لازم می‌دانند تا از همکاری سازمان و کارمندان بهزیستی به‌ویژه اورژانس اجتماعی شهر یزد تشکر و قدردانی خود را اعلام دارند.

تضاد منافع: تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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-

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]

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/

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-25]