مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۵، تیر ۱۴۰۵، ۳۹۶-۳۸۱

ارزیابی محتوای بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی: یک مطالعه کیفی

مرضیه قهرمانی[۱] فاطمه حیدری[۲]، کاظم ملکوتی[۳]، شهربانو قهاری[۴]

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۵/۰۹/۱۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان است و سالانه حدود ۷۲۰ هزار نفر جان خود را بر اثر آن از دست می‌دهند. مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت همراه با پیگیری پس از ترخیص از راه‌کارهای مؤثر در کاهش خطر اقدام مجدد به خودکشی محسوب می‌شوند. این مطالعه با هدف ارزیابی محتوای بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص در مراکز جامع سلامت شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۳ در مراکز سلامت روان شهر تهران انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت هدف‌مند انجام گرفت و ۱۳ نفر شامل ۷ کارشناس سلامت روان و ۶ فرد با سابقه اقدام به خودکشی در مطالعه مشارکت داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری و از روش تحلیل محتوای مرسوم استفاده شد. گزارش مطالعه بر اساس چک‌لیست ۳۲ موردی **COREQ** انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به استخراج ۸۲ کد اولیه، ۱۳ طبقه و ۴ تم اصلی منجر شد. نتایج نشان داد که این مداخله در کاهش خطر اقدام مجدد به خودکشی و بهبود سلامت روان مؤثر است، اما برای افزایش اثربخشی، نیازمند انطباق بیشتر با زمینه‌های فرهنگی و تقویت حمایت‌های پس از ترخیص است.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که به‌کارگیری بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی همراه با پیگیری پس از ترخیص می‌تواند در کاهش خطر اقدام مجدد به خودکشی مؤثر باشد. بازنگری در محتوای بسته با تأکید بر انطباق فرهنگی و تقویت حمایت‌های درمانی می‌تواند اثربخشی این مداخله را افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، مداخله روان‌شناختی کوتاه‌مدت، پیگیری پس از ترخیص، سلامت روان، مطالعه کیفی

ارجاع: قهرمانی م، حیدری ف، ملکوتی ک، قهاری ش. ارزیابی محتوای بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی: یک مطالعه کیفی. سال ۱۴۰۵، دوره ۲۵، شماره ۴، صفحات: ۳۹۶-۳۸۱.

مقدمه

خودکشی به اقدام عمدی فرد برای پایان دادن به زندگی خود اطلاق می‌شود و پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، زیستی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی قرار دارد (۱). خودکشی یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان محسوب می‌شود و سالانه بیش از ۷۲۰ هزار نفر بر اثر

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، جمهوری اسلامی ایران
۳- مرکز تحقیقات سلامت روان سالمندان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴- دانشیار گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان(انستیتو روان پزشکی تهران) دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تلفن: ۰۹۱۲۲۴۰۵۱۸۰، پست الکترونیکی: Ghahhari.Sh@iums.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]
[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

آن جان خود را از دست می‌دهند (۱). بر اساس برآوردهای جهانی، در سال ۲۰۱۹ حدود ۷۶۰ هزار مورد مرگ ناشی از خودکشی در جهان ثبت شده است که معادل نرخ مرگ‌ومیر استانداردشده سنی ۹ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است (۲). هم‌چنین، خودکشی به‌عنوان چهارمین علت مرگ در میان افراد ۱۵ تا ۱۹ ساله و سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهان شناخته می‌شود (۱). علاوه بر مرگ‌های ناشی از خودکشی، اقدام به خودکشی و تکرار آن نیز از مهم‌ترین دغدغه‌های نظام‌های سلامت به شمار می‌رود. یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل نشان داد که از هر پنج فرد با سابقه اقدام به خودکشی، تقریباً یک نفر در طول دوره پیگیری، اقدام مجدد را تجربه می‌کند و خطر تکرار اقدام با عواملی نظیر جنسیت مؤنث، استفاده از روش‌های شدیدتر و ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی افزایش می‌یابد (۳).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهش‌گران و متخصصان سلامت روان به مداخلات کوتاه‌مدت و متمرکز بر بحران افزایش یافته است. این مداخلات با هدف کاهش خطر در دوره‌های بحرانی، تقویت ارتباط درمانی و حمایت از بیماران در فاصله زمانی پس از ترخیص طراحی شده‌اند (۵، ۴). در این میان، بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص که توسط Konrad Michel و Anja Gysin-Maillart تدوین شده (۶) و متناسب با شرایط فرهنگی ایران توسط Kazem Malakouti و همکاران بازنگری و بومی‌سازی شده است، به‌عنوان یکی از مداخلات مورد استفاده در حوزه پیشگیری از خودکشی شناخته می‌شود (۷).

پژوهش‌های پیشین نتایج امیدوارکننده‌ای درباره مداخلات کوتاه‌مدت روان‌شناختی گزارش کرده‌اند (۸). برای مثال، مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ نشان داد که مداخلات کوتاه‌مدت متمرکز بر مدیریت بحران می‌توانند در کاهش شدت افکار خودکشی مؤثر باشند و پیگیری منظم پس از درمان نقش مهمی در تداوم این پیامدها ایفاء می‌کند (۹). هم‌چنین، مطالعاتی بر اهمیت انطباق فرهنگی مداخلات تأکید کرده و نشان داده است که برنامه‌های بومی‌سازی‌شده می‌توانند پذیرش و کارآمدی بیشتری در جوامع مختلف داشته باشند (۱۱، ۱۰).

علاوه بر بررسی پیامدهای مداخلات، توجه به دیدگاه‌ها و تجربیات دریافت‌کنندگان خدمات و متخصصان سلامت روان نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. مطالعات نشان داده‌اند که بازخورد بیماران، خانواده‌ها و متخصصان می‌تواند در شناسایی نقاط قوت، محدودیت‌ها و فرصت‌های بهبود مداخلات روان‌شناختی نقش مهمی ایفاء کند (۱۳، ۱۲). هم‌چنین، ارزیابی ادراکات و تجربیات کاربران خدمات می‌تواند به بهبود کیفیت اجرا، افزایش پذیرش مداخلات و انطباق بهتر آن‌ها با نیازهای فرهنگی و اجتماعی جامعه کمک کند (۱۴). مطالعات اخیر نیز نشان داده‌اند که پیگیری‌های پس از ترخیص می‌توانند در بهبود پیامدهای مرتبط با خودکشی، افزایش پایبندی به درمان و تقویت سازگاری روان‌شناختی نقش داشته باشند (۱۵).

جمع‌آوری بازخورد معنی‌دار از دریافت‌کنندگان خدمات، به‌ویژه در زمینه احساس امنیت، اتحاد درمانی، پذیرش‌پذیری مداخله و تناسب محتوای آن با نیازهای بیماران، می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای اصلاح و بهینه‌سازی برنامه‌های مداخله‌ای فراهم کند (۱۶). با وجود استفاده از بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص در برخی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان، شواهد محدودی درباره نحوه ادراک، نقاط قوت، چالش‌ها، موانع اجرایی و تناسب فرهنگی این بسته از دیدگاه متخصصان سلامت روان و دریافت‌کنندگان خدمات در ایران وجود دارد (۱۷).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

با توجه به اهمیت پیشگیری از خودکشی در نظام سلامت کشور و ضرورت توسعه مداخلات متناسب با زمینه فرهنگی ایران، ارزیابی کیفی محتوای این بسته می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای بهبود و ارتقاء آن فراهم سازد (۱۸). هم‌چنین، نتایج این مطالعه می‌تواند به شناسایی نقاط قوت و چالش‌های موجود، اصلاح محتوای بسته و تسهیل اجرای مؤثرتر خدمات پس از ترخیص کمک کند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفی محتوای بسته "مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی" از دیدگاه متخصصان سلامت روان و دریافت‌کنندگان خدمات انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بود که با هدف ارزیابی محتوای بسته "مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی" از دیدگاه متخصصان سلامت روان و دریافت‌کنندگان خدمات انجام شد. این مطالعه در سال ۱۴۰۳ در مراکز جامع سلامت شهر تهران انجام شد. تمرکز پژوهش بر بررسی دیدگاه‌ها، تجربیات و ادراکات متخصصان سلامت روان و افراد با سابقه اقدام به خودکشی در خصوص محتوای بسته، نقاط قوت، محدودیت‌ها، موانع اجرایی و تناسب فرهنگی آن بود. هدف از این ارزیابی، شناسایی ظرفیت‌ها و چالش‌های بسته و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود و بومی‌سازی آن در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران بود.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاق پژوهش رعایت شد. پیش از انجام مصاحبه‌ها، اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله امکان انصراف از پژوهش را داشتند. محرمانگی اطلاعات و ناشناس ماندن هویت مشارکت‌کنندگان در تمامی مراحل حفظ شد. این پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1402.177 است.

بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص، برنامه‌ای ساختاریافته برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی است که پس از ترخیص از مراکز درمانی ارائه می‌شود. این بسته معمولاً طی ۲ تا ۴ هفته اجرا شده و شامل ۳ تا ۴ جلسه درمانی ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای است (۶). در این مداخله، درمانگر تلاش می‌کند با ایجاد فضایی امن و همدلانه، فرصت روایت تجربه فرد، شناسایی عوامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی، بررسی هیجانات مرتبط و تقویت انگیزه برای ادامه درمان را فراهم کند. علاوه بر جلسات حضوری، پیگیری‌های پس از ترخیص از طریق تماس تلفنی و در صورت نیاز سایر روش‌های ارتباطی انجام می‌شود. این بسته در زمان انجام پژوهش در مراکز جامع سلامت تهران در حال اجرا بود و شرکت‌کنندگان بر اساس تجربه دریافت یا اجرای آن مورد مصاحبه قرار گرفتند.

نمونه‌گیری به روش هدف‌مند انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل دو گروه بودند: ۱) متخصصان سلامت روان شامل روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران دارای تجربه در حوزه پیشگیری از خودکشی و اجرای بسته مداخله‌ای، و ۲) افراد با سابقه اقدام به خودکشی که تجربه دریافت خدمات مرتبط با این بسته را داشتند. ملاک‌های ورود شامل سن بالاتر از ۱۸ سال، تجربه اقدام به خودکشی یا افکار خودکشی در شش ماه گذشته، توانایی برقراری ارتباط و تمایل به مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه همکاری، ناتوانی در انجام مصاحبه و وجود شرایط جسمی یا روانی مانع از مشارکت مؤثر در پژوهش بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

در مجموع ۱۳ نفر در مطالعه شرکت کردند که شامل ۷ متخصص سلامت روان و ۶ فرد با سابقه اقدام به خودکشی بودند. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به‌صورت انفرادی و در محیطی آرام انجام شد. میانگین مدت زمان هر مصاحبه حدود ۵۵ دقیقه بود (جداول ۱ و ۲). راهنمای مصاحبه بر اساس مرور متون، بررسی پروتکل مداخله و مشورت با متخصصان حوزه سلامت روان و خودکشی تدوین شد. سؤالات مصاحبه بر ارزیابی محتوای بسته، تجربه اجرای آن، نقاط قوت و ضعف، تناسب فرهنگی، چالش‌های اجرایی و پیشنهادهای اصلاحی متمرکز بود. نمونه‌ای از سؤالات شامل: "نظر شما درباره محتوای بسته چیست؟"، "کدام بخش‌های بسته برای شما مفیدتر بوده است؟"، "چه موانعی در اجرای بسته وجود دارد؟" و "چه تغییراتی می‌تواند اثربخشی و پذیرش بسته را افزایش دهد؟" بود.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان انجام شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. اشباع زمانی حاصل شد که در مصاحبه‌های پایانی، کد یا مفهوم جدیدی استخراج نشد و اطلاعات به‌دست آمده تکراری شد. پس از مصاحبه سیزدهم، با مشاهده تکرار مفاهیم و عدم ظهور مضامین جدید، جمع‌آوری داده‌ها متوقف شد. مصاحبه‌ها توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش انجام شد. مصاحبه با متخصصان سلامت روان توسط یکی از پژوهش‌گران و مصاحبه با افراد با سابقه اقدام به خودکشی توسط پژوهش‌گر دیگری که تجربه و آشنایی کافی با انجام مصاحبه‌های کیفی در حوزه سلامت روان داشت، انجام شد. مصاحبه‌ها توسط پژوهش‌گرهایی با سابقه آموزش و تجربه در حوزه سلامت روان و پژوهش‌های کیفی انجام شد. پیش از آغاز مصاحبه‌ها، پژوهش‌گران تلاش کردند با آگاهی از پیش‌فرض‌ها و تجربیات خود درباره موضوع خودکشی، از تأثیر آن‌ها بر فرآیند گردآوری و تحلیل داده‌ها بکاهند. برای کاهش سوگیری، از پرسش‌های باز و غیرهدایت‌کننده استفاده شد و مشارکت‌کنندگان تشویق شدند دیدگاه‌ها و تجربیات خود را آزادانه بیان کنند. هم‌چنین، فرآیند کدگذاری و استخراج مفاهیم به‌صورت مستمر توسط اعضای تیم پژوهش مرور و درباره موارد اختلاف نظر تا حصول توافق بحث و تصمیم‌گیری شد. هر یک از مصاحبه‌کنندگان در طول فرآیند جمع‌آوری داده‌ها با داده‌های حاصل از مصاحبه‌های خود به‌طور مستمر درگیر بودند و در مرور و تحلیل اولیه آن‌ها مشارکت داشتند.

به‌منظور افزایش دقت و استحکام تحلیل، کدگذاری داده‌ها پس از استخراج اولیه توسط پژوهش‌گران مصاحبه‌کننده، توسط یک پژوهش‌گر دیگر نیز به‌صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفت. سپس کدها، زیرطبقات و طبقات استخراج شده در جلسات مشترک پژوهش‌گران مرور شد و موارد اختلاف از طریق بحث و توافق جمعی برطرف گردید. در نهایت، تحلیل نهایی بر اساس اجماع سه پژوهش‌گر انجام شد، تا اعتبار و تأییدپذیری یافته‌ها افزایش یابد.

جدول ۱- اطلاعات متخصصان سلامت روان شرکت کننده در مطالعه

شماره	سن (سال)	جنسیت	مدت زمان مصاحبه (دقیقه)
۱۰۰۷	۴۰	زن	۵۰
۱۰۰۸	۴۳	زن	۴۵
۱۰۰۹	۳۵	زن	۴۰
۱۰۱۰	۳۲	زن	۴۰
۱۰۱۱	۳۳	زن	۵۰
۱۰۱۲	۳۸	زن	۵۰
۱۰۱۳	۳۹	زن	۴۰

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman تحلیل شدند (۱۹). این مراحل شامل: ۱) مطالعه مکرر متن مصاحبه‌ها برای دست‌یابی به درک کلی، ۲) شناسایی واحدهای معنایی مرتبط با اهداف پژوهش، ۳) استخراج و کدگذاری مفاهیم اولیه، ۴) طبقه‌بندی کدهای مشابه در زیرطبقات و طبقات مفهومی و ۵) استخراج

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

مضامین نهایی بود. برای مدیریت و سازمان‌دهی داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ استفاده شد.

برای گزارش روش‌شناسی مطالعه از چک‌لیست ۳۲ موردی COREQاستفاده شد (۲۰). به‌منظور تأمین استحکام داده‌ها، معیارهای Lincoln و Guba (۲۱) شامل اعتبار، وابستگی، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری به‌کار گرفته شد. اعتبار داده‌ها از طریق درگیری طولانی‌مدت پژوهش‌گران با داده‌ها، بازبینی مستمر کدها، بررسی همتایان و مقایسه مداوم داده‌ها تأمین شد. هم‌چنین، تحلیل داده‌ها توسط دو پژوهش‌گر به‌صورت مستقل بررسی و درباره موارد اختلاف، توافق حاصل شد.

جدول ۲- اطلاعات افراد با سابقه اقدام به خودکشی شرکت کننده در مطالعه

شماره	سن	جنسیت	سابقه اقدام	مدت زمان مصاحبه
۱۰۰۱	۲۸	مرد	یک هفته	۴۰
۱۰۰۲	۳۵	زن	یک ماه	۴۵
۱۰۰۳	۲۸	زن	دو ماه	۳۰
۱۰۰۴	۲۸	زن	کمتر از یک ماه	۵۵
۱۰۰۵	۱۸	زن	۶ ماه	۴۰
۱۰۰۶	۲۴	زن	۴ ماه	۳۵

نتایج

یافته‌های حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها در قالب ۴ تم اصلی و ۱۳ زیرطبقه استخراج شد. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، این تم‌ها ابعاد مختلف تجربه مشارکت‌کنندگان از بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص را دربر می‌گیرند و شامل عناصر حمایت‌گر و توانمندساز مداخله، عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده‌ها، موانع تناسب فرهنگی و اجرایی و پیشنهادات هستند. بر اساس نتایج به‌دست آمده که در جدول ۳ ارائه شده است، ۴ محور اصلی شناسایی شد.

جدول ۳- یافته‌های حاصل از ارزیابی محتوای بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی

تم اصلی	طبقه
عناصر حمایت‌گر و توانمندساز مداخله	کارت امید اثربخشی تکنیک‌ها آموزش مهارت‌ها تغییر نگرش حمایت نزدیکان
عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده‌ها	عوامل خطر نشانه‌های هشدار پیشگیری و بازگشت مجدد
موانع تناسب فرهنگی و اجرایی	ناسازگاری موانع فنی و اجرایی فرهنگ و زبان
پیشنهادات	پیشنهادهای بهبود پیگیری و نظارت

۱. عناصر حمایتگر و توانمندساز مداخله

مشارکت‌کنندگان از تأثیر مداخله بر کاهش افکار خودکشی، بهبود وضعیت روانی و افزایش توانایی مقابله با شرایط بحرانی بود. با این حال، برخی مشارکت‌کنندگان به محدودیت‌ها و چالش‌های موجود در اثربخشی و تداوم تأثیرات آن اشاره کردند.

۱/۱. کارت امید

یافته‌ها نشان داد که کارت امید برای برخی مشارکت‌کنندگان به‌عنوان یک محرک شناختی و هیجانی عمل کرده است؛ به‌گونه‌ای که در لحظات افزایش افکار خودکشی، موجب یادآوری دلایل ادامه زندگی و فعال شدن منابع امیدبخش فردی می‌شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

"هر وقت افکار خودکشی به ذهنم می‌آمد، کارت امید را نگاه می‌کردم. احساس می‌کردم نیروی کوچکی در آن هست که مرا از افکار بد دور نگه می‌دارد و کمی آرامم می‌کند." (مصاحبه ۱۰۰۲)

"تأثیر کارت امید بر احساساتم واقعاً عجیب بود. مثل این بود که یادآوری مداومی است که زندگی هنوز ارزش مبارزه دارد، حتی وقتی احساس ناامیدی شدید دارم." (مصاحبه ۱۰۰۳)

۲/۱. اثربخشی تکنیک‌ها

تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌ها زمانی برای مشارکت‌کنندگان معنادارتر بود که قابلیت استفاده مستقیم در موقعیت‌های روزمره را داشت. از دیدگاه آنان، ارزش این تکنیک‌ها نه فقط در یادگیری مفاهیم جدید، بلکه در تبدیل آن‌ها به راهبردهای عملی برای مدیریت روابط و هیجانات بود

"یادگیری مهارت‌های زندگی واقعاً مثل چراغ راهنما بود. یاد گرفتم بهتر با مشکلات روزمره‌ام کنار بیایم و فشار کم‌تری به خودم وارد کنم." (مصاحبه ۱۰۰۴)

"در بسیاری از مراجعان مشاهده کردم که پس از آموزش مهارت‌های ارتباطی، توانایی بیشتری در بیان احساسات و برقراری ارتباط مؤثر با اطرافیان پیدا کردند و این موضوع از شدت تعارض‌های بین‌فردی آن‌ها کاست." (مصاحبه ۱۰۱۱)

۳/۱. آموزش مهارت‌ها

تجربه مشارکت‌کنندگان نشان داد که تکنیک‌های تنظیم هیجان زمانی بیشترین اثرگذاری را داشتند که فرد توانایی استفاده از آن‌ها را در موقعیت‌های واقعی زندگی پیدا می‌کرد. این مهارت‌ها به‌عنوان ابزارهایی برای ایجاد فاصله از افکار آسیب‌زا و بازگرداندن کنترل هیجانی تجربه شدند.

"تکنیک‌های کنترل اضطراب واقعاً مانند نجات‌دهنده بودند. وقتی یاد گرفتم چگونه نفس عمیق بکشم و ذهنم را آرام کنم، احساس کردم اضطراب شدید دیگر نمی‌تواند مرا فلج کند." (مصاحبه ۱۰۰۴)

"ذهن‌آگاهی به من کمک کرد در افکار منفی‌ام غرق نشوم. قبلاً ساعت‌ها در چرخه افکار بد گرفتار می‌شدم، اما حالا می‌توانم خودم را از آن افکار جدا کنم." (مصاحبه ۱۰۰۵)

"تمرین تکنیک‌ها در خانه واقعاً به من کمک کرد. مثلاً هر شب کمی زمان برای ذهن‌آگاهی می‌گذارم و حس می‌کنم حالم بهتر می‌شود." (مصاحبه ۱۰۰۵)

"به نظر می‌رسید مراجعانی که تکنیک‌ها را در زندگی روزمره به کار می‌گرفتند، به‌تدریج احساس کنترل بیشتری بر هیجانات و رفتارهای خود پیدا می‌کردند. این مهارت‌ها برای آن‌ها به مجموعه‌ای از راهکارهای عملی برای حفظ سلامت روان تبدیل می‌شد." (مصاحبه ۱۰۱۳)

۴/۱. تغییر نگرش

یکی از پیامدهای مهم تجربه مداخله، تغییر تدریجی در نحوه تفسیر فرد از خود، مشکلات و امکان ادامه زندگی بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که مداخله به آنان کمک کرده است از نگاه محدود و ناامیدکننده نسبت به شرایط فاصله گرفته و دیدگاه منعطف‌تری نسبت به توانایی‌های خود پیدا کنند

"بعد از این جلسات، احساس کردم نگاه من به خودم کمی تغییر کرد. حالا ارزش خودم را بیشتر می‌دانم و فکر می‌کنم می‌توانم با مشکلاتم مقابله کنم." (مصاحبه ۱۰۰۴)

"آنچه در روند اجرای مداخله مشاهده کردم این بود که تجربه‌های جدید و تمرین‌های ارائه‌شده، به بسیاری از مراجعان کمک می‌کرد مسائل و چالش‌های خود را از زاویه‌ای متفاوت ببینند و به‌تدریج از تمرکز صرف بر جنبه‌های منفی فاصله گرفته و نگرش امیدوارانه‌تری پیدا کنند." (مصاحبه ۱۰۱۱)

۵/۱. نیاز به حمایت

یافته‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان، حمایت اجتماعی و درمانی را نه یک عامل جانبی، بلکه بخشی اساسی از فرآیند بهبودی تجربه می‌کردند. احساس دیده‌شدن، شنیده‌شدن و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

همراهی با دیگران، در کاهش احساس تنهایی و افزایش انگیزه ادامه درمان نقش داشت.

"بدون حمایت خانواده‌ام، تا اینجا نمی‌رسیدم. یادآوری می‌کنند که تنها نیستم و هنوز کسانی هستند که مرا دوست دارند." (مصاحبه ۱۰۰۲)

"دوستانم باعث شدند احساس نکنم در این مسیر تنها هستم. وقتی با آن‌ها صحبت می‌کنم، کمی فشار روانی از روی من برداشته می‌شود." (مصاحبه ۱۰۰۶)

"مشاوره حرفه‌ای مثل راهنما برای من است. حس می‌کنم اگر کسی مسیر درست را نشان دهد، می‌توانم پیشرفت زیادی داشته باشم." (مصاحبه ۱۰۰۲)

۲. عوامل خطر و پیش‌بینی کننده‌ها

این تم نشان‌دهنده آن است که مشارکت‌کنندگان، پیشگیری از تکرار رفتار خودکشی را نیازمند شناخت هم‌زمان عوامل خطر، نشانه‌های هشداردهنده و راهبردهای مقابله‌ای می‌دانستند. آگاهی نسبت به این عوامل، به افراد کمک می‌کرد پیش از رسیدن به مرحله بحران شدید، برای دریافت حمایت یا استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده اقدام کنند.

۱/۲. عوامل خطر

مشارکت‌کنندگان عوامل خطر را مجموعه‌ای از فشارهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و روان‌شناختی توصیف کردند که در تعامل با یکدیگر می‌توانند زمینه افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افکار خودکشی را فراهم کنند.

"مشکلات خانوادگی همیشه بزرگ‌ترین عاملی بود که مرا به سمت افکار بد می‌کشاند. وقتی در خانه آرامش ندارم، انگار هیچ راهی جز خودکشی باقی نمی‌ماند." (مصاحبه ۱۰۰۱)

"در تجربه بالینی، مشاهده کردم مراجعانی که با اختلالات روان‌پزشکی زمینه‌ای مواجه بودند، در دوره‌های تشدید علائم، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به افکار و رفتارهای خودکشی نشان می‌دادند و خطر اقدام مجدد در آن‌ها افزایش می‌یافت." (مصاحبه ۱۰۱۳)

۲/۲. نشانه‌های هشدار

یکی از جنبه‌های توانمندساز مداخله، افزایش توانایی افراد در شناسایی تغییرات اولیه وضعیت روانی خود بود. مشارکت‌کنندگان اشاره کردند که شناخت نشانه‌های هشدار، امکان اقدام پیشگیرانه قبل از تشدید بحران را فراهم می‌کرد.

"آموزش شناسایی نشانه‌های هشدار، آگاهی مراجعان را نسبت به وضعیت روانی خود افزایش می‌داد و به آن‌ها کمک می‌کرد پیش از تشدید بحران، برای دریافت کمک اقدام کنند." (مصاحبه ۱۰۱۱)

"یاد می‌گیرم نشانه‌های هشدار را در خودم بشناسم. برای مثال، وقتی خیلی گوشه‌گیر می‌شوم، می‌دانم باید کاری کنم، قبل از این‌که وضعیتم بدتر شود." (مصاحبه ۱۰۰۲)

۳/۲. پیشگیری و بازگشت مجدد

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، پیشگیری از بازگشت بحران نیازمند تداوم استفاده از مهارت‌ها و دسترسی به حمایت در زمان‌های پرخطر بود. بنابراین، پیشگیری به‌عنوان یک فرآیند مستمر و نه یک مرحله محدود به پایان جلسات درمانی تجربه شد.

"واقعاً نمی‌خواهم دوباره به آن جای تاریک برگردم. هر روز سعی می‌کنم کاری پیدا کنم که مرا از افکار خودکشی دور نگه دارد." (مصاحبه ۱۰۰۳)

"به نظر من، زمانی که مراجعان مهارت‌های مقابله‌ای را به‌خوبی فرا می‌گرفتند، آمادگی بیشتری برای مدیریت موقعیت‌های بحرانی پیدا می‌کردند و احتمال بازگشت آن‌ها به شرایط پرخطر کاهش می‌یافت." (مصاحبه ۱۰۱۰)

۳. موانع تناسب فرهنگی و اجرایی

در کنار مؤلفه‌های حمایت‌گر، مشارکت‌کنندگان به مجموعه‌ای از موانع اشاره کردند که می‌توانست پذیرش، اجرای صحیح و تداوم

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

استفاده از بسته مداخله‌ای را تحت تأثیر قرار دهد. این موانع تنها به محتوای مداخله محدود نبودند، بلکه شامل عوامل فردی، فرهنگی، سازمانی و ساختاری نیز می‌شدند. یافته‌ها نشان داد که اثربخشی یک مداخله پیشگیرانه در حوزه خودکشی، علاوه بر کیفیت محتوای آن، به میزان سازگاری آن با شرایط واقعی ارائه خدمات وابسته است.

۱/۳. ناسازگاری

این طبقه نشان‌دهنده فاصله احتمالی میان محتوای استاندارد مداخله و نیازها، ویژگی‌ها و تجربیات زیسته متفاوت مراجعان بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که یک رویکرد یکسان برای همه افراد ممکن است نتواند پیچیدگی‌های فردی و تفاوت‌های زمینه‌ای افراد با سابقه اقدام به خودکشی را به‌طور کامل پوشش دهد.

"این بسته انگار یک روش یکسان برای همه دارد. احساس می‌کنم نیازهای من کمی متفاوت است و این روش‌ها همیشه برای من کار نمی‌کنند." (مصاحبه ۱۰۰۱)

"به نظر می‌رسید برخی از بخش‌های بسته با نیازها و شرایط همه مراجعان تناسب کامل نداشت و رویکرد یکسان آن، پاسخ گوی تفاوت‌های فردی آن‌ها نبود." (مصاحبه ۱۰۱۳)

۲/۳. موانع فنی و اجرایی

این طبقه به چالش‌های مرتبط با فرآیند اجرای مداخله، از جمله محدودیت‌های فنی، مشکلات ارتباطی، دسترسی ناکافی به ابزارهای موردنیاز و نگرانی‌های مرتبط با محرمانگی اطلاعات اشاره داشت. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که حتی یک محتوای مناسب، در صورت وجود مشکلات اجرایی، ممکن است نتواند اثربخشی مورد انتظار را ایجاد کند.

"در برخی موارد، مشکلات فنی و اجرایی روند برقراری ارتباط با مراجعان را مختل می‌کرد و بر تداوم و کیفیت اجرای مداخله تأثیر منفی می‌گذاشت." (مصاحبه ۱۰۱۲)

"محدودیت در دسترسی برخی مراجعان به امکانات و ابزارهای موردنیاز، مانعی برای بهره‌گیری کامل از محتوای بسته مداخله‌ای بود و بر اثربخشی آن تأثیر می‌گذاشت." (مصاحبه ۱۰۱۱)

"ترس از فاش شدن اطلاعات شخصی باعث شد چیزهای زیادی را که در ذهنم بود، بیان نکنم. نمی‌خواستم چیزی ضبط شود که بعداً پشیمان شوم." (مصاحبه ۱۰۰۵)

۳/۳. کمبود منابع

کمبود منابع انسانی، زمانی و اقتصادی یکی از مهم‌ترین عوامل محدودکننده در اجرای مداخله بود. مشارکت‌کنندگان اشاره کردند که نیازهای افراد پس از اقدام به خودکشی معمولاً فراتر از یک مداخله کوتاه‌مدت بوده و تداوم حمایت می‌تواند نقش مهمی در تثبیت نتایج داشته باشد.

"کمبود زمان و منابع باعث شد احساس کنم نمی‌توانم کمک لازم را بگیرم. جلسات خیلی کوتاه بودند و زود تمام می‌شدند." (مصاحبه ۱۰۰۳)

"محدودیت در تعداد جلسات و منابع موجود، یکی از چالش‌های این مداخله بود و گاهی امکان ارائه حمایت مستمر و متناسب با نیاز مراجعان را محدود می‌کرد." (مصاحبه ۱۰۱۰)

"جای خالی مددکاران اجتماعی کاملاً احساس می‌شد. اگر امکان ارائه حمایت‌های اجتماعی و پیگیری مستمر توسط آن‌ها فراهم بود، احتمالاً نتایج درمانی مطلوب‌تری حاصل می‌شد." (مصاحبه ۱۰۱۳)

"بارها با مراجعانی مواجه شدم که به دلیل محدودیت‌های مالی امکان ادامه منظم جلسات یا بهره‌مندی کامل از خدمات درمانی را نداشتند و این مسئله بر روند درمان آن‌ها تأثیر می‌گذاشت." (مصاحبه ۱۰۱۲)

۴/۳. فرهنگ و زبان

بنابراین، اجرای موفق چنین مداخلاتی نیازمند توجه هم‌زمان به منابع انسانی، حمایت‌های اجتماعی و دسترسی اقتصادی است؛

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

زیرا محدودیت در هر یک از این حوزه‌ها می‌تواند مسیر بهبودی و پیگیری درمان را با اختلال مواجه کند.

"برخی از مثال‌ها و راه‌کارهای ارائه‌شده در بسته، با زمینه فرهنگی و شرایط زندگی مراجعان تناسب کافی نداشت و همین موضوع بر میزان پذیرش و ارتباط آن‌ها با محتوای مداخله تأثیر می‌گذاشت." (مصاحبه ۱۰۱۱)

"پیچیدگی زبان و اصطلاحات به‌کاررفته در برخی بخش‌های بسته، درک محتوا را برای تعدادی از مراجعان دشوار می‌کرد و مانع از برقراری ارتباط مؤثر آن‌ها با مداخله می‌شد." (مصاحبه ۱۰۱۳)

۴. پیشنهادات

مشارکت‌کنندگان علاوه بر ارزیابی تجربه خود از بسته، پیشنهادهایی برای افزایش اثربخشی و امکان اجرای بهتر آن ارائه کردند. این پیشنهادها نشان‌دهنده نیاز به حرکت از یک مداخله صرفاً آموزشی به سوی یک نظام حمایتی جامع‌تر بود که در آن آموزش، پیگیری، رابطه درمانی و شرایط ارائه خدمات در کنار یکدیگر مورد توجه قرار گیرند.

۱/۴. پیشنهادات بهبود

این طبقه به پیشنهادات مراجعان و کارشناسان برای ارتقای بسته مداخله‌ای می‌پردازد، مانند اضافه‌کردن درمان گروهی یا حضور بیشتر درمانگران متخصص.

"به نظر من، افزودن جلسات درمان گروهی می‌تواند اثربخشی این مداخله را افزایش دهد؛ زیرا تعامل با افرادی که تجربه‌های مشابهی دارند، احساس حمایت، همدلی و امید را در مراجعان تقویت می‌کند." (مصاحبه ۱۰۱۱)

"احساس می‌کردم هرچه درمانگران آموزش تخصصی‌تری در حوزه پیشگیری از خودکشی داشته باشند، ارتباط درمانی مؤثرتری با مراجعان برقرار می‌کنند و بهتر می‌توانند نیازها و دغدغه‌های آن‌ها را درک کنند." (مصاحبه ۱۰۱۰)

"ساده‌سازی محتوا و استفاده از زبانی روان‌تر می‌تواند استفاده از بسته را برای طیف گسترده‌تری از مراجعان تسهیل کند؛ زیرا برخی بخش‌ها برای تعدادی از آن‌ها پیچیده و نیازمند توضیح بیشتر بود." (مصاحبه ۱۰۱۳)

"احساس می‌کردم فراهم بودن محیطی امن، آرام و محرمانه نقش مهمی در تسهیل بیان تجربیات و احساسات مراجعان دارد و در برخی موارد، شرایط محیطی مانع از شکل‌گیری این احساس امنیت می‌شد." (مصاحبه ۱۰۱۲)

۲/۴. پیگیری و نظارت

یکی از نیازهای تکرارشونده در روایت مشارکت‌کنندگان، ضرورت وجود یک نظام پیگیری منظم پس از پایان مداخله بود. آنان معتقد بودند که دوره پس از ترخیص می‌تواند دوره‌ای آسیب‌پذیر باشد و وجود ارتباط مستمر با خدمات درمانی، احساس امنیت و پای‌بندی به راهبردهای آموخته شده را افزایش می‌دهد.

"پیگیری بیشتر واقعاً کمک می‌کند. اگر کسی باشد که بررسی کند حال من چطور است، انگیزه بیشتری برای ادامه دارم." (مصاحبه ۱۰۰۳)

"تقویت نظام پیگیری پس از ترخیص می‌تواند به تداوم حمایت از مراجعان و بهبود پیامدهای درمانی کمک کند؛ در برخی موارد، پیگیری‌های موجود پاسخگوی نیازهای مراجعان نبود." (مصاحبه ۱۰۱۳)

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کیفی محتوای بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی و پیگیری پس از ترخیص برای افراد با سابقه اقدام به خودکشی از دیدگاه متخصصان سلامت روان و دریافت‌کنندگان خدمات انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان برخی اجزای بسته، از جمله کارت امید، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های ارتباطی، مدیریت هیجانات و پیگیری پس از ترخیص را سودمند ارزیابی کردند. در عین حال،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

چالش‌هایی همچون محدودیت منابع، برخی موانع فرهنگی، نگرانی‌های مرتبط با محرمانگی و نیاز به پیگیری مستمر نیز مطرح شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی مداخلات کوتاه‌مدت روان‌شناختی تنها به محتوای علمی آن‌ها وابسته نیست، بلکه نحوه اجرای مداخله، تداوم حمایت درمانی و انطباق آن با نیازها و زمینه فرهنگی دریافت‌کنندگان خدمات نیز در موفقیت آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه حاضر، ارزیابی مثبت مشارکت‌کنندگان از کارت امید و برخی تکنیک‌های روان‌شناختی نظیر کنترل اضطراب، ذهن‌آگاهی و گفت‌وگوی مثبت با خود بود. شرکت‌کنندگان بیان کردند که این اجزاء می‌توانند در شرایط بحرانی به یادآوری راهبردهای مقابله‌ای و حفظ امید کمک کنند. این یافته با مطالعات پیشین همسو است که نقش ابزارهای مبتنی بر امید و راهبردهای مقابله‌ای را در حمایت از افراد در معرض خطر خودکشی برجسته کرده‌اند (۶). به نظر می‌رسد کارت امید و تکنیک‌های روان‌شناختی با فراهم کردن راهبردهای در دسترس و قابل استفاده در لحظات بحران، به افراد کمک می‌کنند فاصله‌ای میان افکار خودکشی و اقدام تکانشی ایجاد کنند. این فاصله زمانی می‌تواند فرصت مناسبی برای استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده، درخواست کمک یا برقراری ارتباط با منابع حمایتی فراهم آورد و احتمال اقدام مجدد را کاهش دهد. با این حال، برخی مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که اثرات این اجزاء در صورت نبود پیگیری مستمر ممکن است به مرور زمان کاهش یابد (۴). این یافته نشان می‌دهد که هرچند مداخله کوتاه‌مدت می‌تواند آغازگر تغییرات مثبت باشد، اما حفظ این تغییرات مستلزم تمرین مستمر مهارت‌ها، دریافت بازخورد درمانی و استمرار حمایت پس از ترخیص است. در غیر این صورت، افراد ممکن است در مواجهه مجدد با عوامل استرس‌زای مزمن یا بحران‌های زندگی، به تدریج از مهارت‌های آموخته‌شده فاصله بگیرند و دوباره در معرض افکار و رفتارهای خودکشی قرار گیرند. این موضوع با یافته‌های مطالعات پیشین که بر اهمیت تداوم ارتباط درمانی و پیگیری منظم برای حفظ منافع مداخلات کوتاه‌مدت تأکید کرده‌اند، همخوانی دارد (۲۱).

از دیگر یافته‌های مهم مطالعه، نقش مهارت‌های ارتباطی، آموزش مهارت‌های زندگی و رابطه درمانی در تجربه مثبت دریافت‌کنندگان خدمات بود. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که یادگیری مهارت‌های ارتباطی و مدیریت هیجانات به آنان کمک کرده است تا تعامل مؤثرتری با اطرافیان خود برقرار کنند و درک بهتری از وضعیت روانی خود داشته باشند (۴). احتمالاً آموزش این مهارت‌ها موجب افزایش احساس خودکارآمدی در افراد شده و توانایی آن‌ها را برای مدیریت تعارض‌های بین‌فردی، تنظیم هیجانات و مقابله مؤثرتر با موقعیت‌های تنش‌زا افزایش داده است. از آن‌جا که بسیاری از افراد با سابقه اقدام به خودکشی در مواجهه با مشکلات ارتباطی و هیجانی آسیب‌پذیرتر هستند، تقویت این مهارت‌ها می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌پذیری آنان ایفا کند. هم‌چنین، همدلی، گوش دادن فعال و حمایت عاطفی ارائه‌شده توسط درمانگران از جمله عوامل مؤثر در ایجاد احساس امنیت و اعتماد عنوان شد و کیفیت رابطه درمانی و حمایت هیجانی را از مؤلفه‌های مهم مداخلات پیشگیرانه در حوزه خودکشی است (۲۲).

به‌نظر می‌رسد شکل‌گیری یک رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد و پذیرش، زمینه را برای بیان آزادانه‌تر افکار، احساسات و نگرانی‌های مرتبط با خودکشی فراهم می‌کند. چنین فضایی نه‌تنها مشارکت فعال‌تر مراجع در فرآیند درمان را تسهیل می‌کند، بلکه امکان شناسایی به‌موقع نشانه‌های خطر و مداخله مؤثرتر را نیز افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش هم‌چنین نشان داد که شناسایی عوامل خطر، علائم هشداردهنده و محرک‌های فردی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان یکی از نقاط قوت بسته محسوب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

می‌شود. آگاهی نسبت به عوامل خطر، از جمله مشکلات خانوادگی، تعارضات بین‌فردی و فشارهای اقتصادی، به افراد کمک می‌کند شناخت بیشتری نسبت به شرایط آسیب‌پذیر خود پیدا کنند و راهبردهای مناسب‌تری برای مواجهه با موقعیت‌های بحرانی به کار گیرند (۲۳).

افزایش آگاهی نسبت به عوامل خطر و نشانه‌های هشدار، نقش مهمی در ارتقاء خودآگاهی و خودپایشی افراد ایفا می‌کند. هنگامی که افراد بتوانند تغییرات هیجانی و رفتاری خود را در مراحل اولیه تشخیص دهند، احتمال استفاده از راهبردهای مقابله‌ای آموخته‌شده یا درخواست کمک پیش از تشدید بحران افزایش می‌یابد. از این رو، آموزش شناسایی علائم هشدار می‌تواند به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی در پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی مورد توجه قرار گیرد. هم‌چنین، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که آگاهی از عوامل خطر به‌تنهایی کافی نیست و اثربخشی آن زمانی افزایش می‌یابد که با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و پیگیری درمانی همراه شود. این موضوع بیان گر آن است که پیشگیری از خودکشی فرآیندی چندبعدی است و نیازمند توجه همزمان به عوامل فردی، خانوادگی و درمانی است.

با وجود نقاط قوت مطرح شده، مشارکت‌کنندگان چالش‌های متعددی را نیز در ارتباط با محتوای بسته و فرآیند اجرای آن بیان کردند. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، ضرورت انطباق بیشتر برخی مفاهیم و محتوای بسته با زمینه فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی بود. برخی مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که بخشی از مفاهیم ارائه شده با تجارب زیسته و زمینه فرهنگی آنان همخوانی کامل ندارد (۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که بر اهمیت بومی‌سازی مداخلات سلامت روان و توجه به ویژگی‌های فرهنگی در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی تأکید دارند. بنابراین، بازنگری و انطباق بیشتر محتوای بسته با نیازها و ارزش‌های فرهنگی جامعه ایرانی می‌تواند به افزایش پذیرش و مطلوبیت آن کمک کند (۲۴، ۱۱).

این یافته نشان می‌دهد که انطباق فرهنگی صرفاً به ترجمه محتوا یا تغییر واژگان محدود نمی‌شود، بلکه مستلزم هماهنگ‌سازی مثال‌ها، شیوه ارائه مطالب، ارزش‌های اجتماعی و بافت فرهنگی مخاطبان است. زمانی که مراجعان بتوانند میان محتوای مداخله و تجربه‌های روزمره خود ارتباط برقرار کنند، احتمال پذیرش، مشارکت فعال و استفاده از تکنیک‌های ارائه‌شده افزایش خواهد یافت. علاوه بر چالش‌های فرهنگی، برخی موانع اجرایی نیز از سوی مشارکت‌کنندگان مطرح شد. نگرانی درباره محرمانگی اطلاعات، محدودیت منابع انسانی، کمبود زمان برای ارائه خدمات، دشواری دسترسی به خدمات تخصصی و مشکلات اقتصادی از جمله مواردی بودند که می‌توانستند بر تجربه دریافت یا ارائه خدمات تأثیر بگذارند (۲۵). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که موفقیت اجرای چنین مداخلاتی صرفاً به کیفیت محتوای بسته وابسته نیست، بلکه عوامل سازمانی، ساختاری و اقتصادی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در فرآیند اجرا دارند (۲۶).

این یافته اهمیت توجه به شرایط واقعی اجرای مداخلات را برجسته می‌کند. حتی مداخلات مبتنی بر شواهد نیز در صورت نبود منابع کافی، نیروی انسانی آموزش‌دیده، زیرساخت مناسب و حمایت سازمانی ممکن است نتوانند اثربخشی مورد انتظار خود را در محیط‌های بالینی نشان دهند. بنابراین، برنامه‌ریزی برای اجرای این مداخلات باید همزمان با تأمین الزامات اجرایی و سازمانی انجام شود، تا شکاف میان اثربخشی نظری و اثربخشی عملی کاهش یابد.

هم‌چنین، نگرانی برخی مشارکت‌کنندگان درباره محرمانگی اطلاعات نشان می‌دهد که احساس امنیت و اعتماد، پیش‌شرط مشارکت فعال در فرآیند درمان است. هرگونه تردید نسبت به حفظ محرمانگی ممکن است موجب خودداری افراد از بیان کامل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

افکار و تجربه‌های مرتبط با خودکشی شود و در نتیجه، کیفیت ارزیابی و مداخله درمانی را تحت تأثیر قرار دهد.

یکی دیگر از موضوعات مطرح شده در این پژوهش، اهمیت پیگیری پس از ترخیص بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که تداوم ارتباط با افراد پس از پایان جلسات اولیه می‌تواند احساس حمایت و دسترسی به کمک را تقویت کند. این موضوع به‌ویژه در دوره پس از ترخیص که یکی از دوره‌های پرخطر در مسیر بهبودی افراد با سابقه اقدام به خودکشی محسوب می‌شود، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۵). بر همین اساس، تقویت ساز و کارهای پیگیری و ایجاد مسیرهای ارتباطی پایدار میان دریافت‌کنندگان خدمات و ارائه‌دهندگان مراقبت می‌تواند به ارتقای کیفیت اجرای بسته کمک کند (۴).

به نظر می‌رسد پیگیری پس از ترخیص، علاوه بر نظارت بر وضعیت روانی افراد، نقش مهمی در حفظ انگیزه، تداوم به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده و تقویت احساس حمایت اجتماعی ایفا می‌کند. استمرار این ارتباط می‌تواند از احساس رهاشدگی پس از پایان جلسات درمانی جلوگیری کرده و فرصت مداخله زودهنگام در صورت بازگشت علائم خطر را فراهم آورد. از این رو، می‌توان پیگیری پس از ترخیص را نه صرفاً بخشی از مداخله، بلکه یکی از ارکان اساسی حفظ اثربخشی آن در بلندمدت دانست؛ موضوعی که بارها در تجربه مشارکت‌کنندگان این پژوهش نیز مورد تأکید قرار گرفت.

یافته‌های مطالعه حاضر دارای پیامدهای کاربردی مهمی برای سیاست‌گذاران، مدیران نظام سلامت و متخصصان سلامت روان است. نتایج نشان می‌دهد که حفظ مؤلفه‌های مورد پذیرش مشارکت‌کنندگان، بازنگری فرهنگی محتوای بسته، تقویت آموزش درمانگران، توسعه خدمات پیگیری و توجه به موانع اجرایی می‌تواند به بهبود کیفیت ارائه خدمات و افزایش مقبولیت این بسته در محیط‌های بالینی کمک کند.

علاوه بر این، پیشنهادهای مطرح‌شده از سوی مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که بازنگری بسته مداخله‌ای باید فراتر از اصلاح محتوای آموزشی باشد و بر تقویت ساختارهای حمایتی نیز تمرکز کند. افزایش دسترسی به درمانگران آموزش‌دیده، گسترش خدمات پیگیری پس از ترخیص، استفاده از درمان‌های گروهی در کنار مداخلات فردی، ساده‌سازی محتوای آموزشی و فراهم کردن محیطی امن و محرمانه برای دریافت خدمات، از جمله اقداماتی است که می‌تواند پذیرش، مشارکت و اثربخشی این مداخله را در محیط‌های بالینی افزایش دهد.

هم‌چنین، یافته‌ها نشان می‌دهد که اجرای موفق چنین مداخلاتی نیازمند همکاری هماهنگ میان درمانگران، مدیران مراکز درمانی و سیاست‌گذاران نظام سلامت است؛ زیرا بسیاری از چالش‌های مطرح‌شده، از جمله محدودیت منابع، کمبود نیروی انسانی و مشکلات دسترسی، فراتر از سطح مداخله درمانگر بوده و مستلزم برنامه‌ریزی و حمایت در سطح نظام سلامت است.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به انجام پژوهش در مراکز منتخب شهر تهران و محدود بودن تعداد مشارکت‌کنندگان اشاره کرد که ممکن است انتقال‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. علاوه بر این، انجام مصاحبه‌ها در مراکز درمانی ممکن است بر نحوه بیان تجربه‌های مشارکت‌کنندگان تأثیر گذاشته باشد؛ به‌گونه‌ای که برخی افراد به دلیل نگرانی از محرمانگی یا پیامدهای احتمالی افشای اطلاعات، از بیان کامل دیدگاه‌ها و تجربه‌های خود خودداری کرده باشند. هم‌چنین، یافته‌ها بر اساس تجربیات و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان شکل گرفته و باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، با توجه به این‌که مطالعه در مراکز جامع سلامت شهر تهران انجام شده است، ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و ساختاری این مراکز ممکن است بر تجربه مشارکت‌کنندگان و نحوه ارزیابی آنان از بسته مداخله‌ای تأثیر گذاشته باشد؛ بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

سایر استان‌ها یا مراکز درمانی با شرایط متفاوت باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی تجربیات افراد در مناطق جغرافیایی مختلف کشور، ارزیابی دیدگاه اعضای خانواده افراد با سابقه اقدام به خودکشی و بررسی ابعاد فرهنگی مؤثر بر پذیرش مداخلات پس از ترخیص بپردازند. ارزیابی اثربخشی نسخه‌های بومی‌سازی شده این بسته و بررسی راه‌کارهای بهبود پیگیری طولانی‌مدت، می‌تواند به توسعه مداخلات متناسب با نیازهای فرهنگی و ساختاری جامعه ایران کمک کند. هم‌چنین، انجام پژوهش‌های ترکیبی (کیفی-کمی) می‌تواند درک جامع‌تری از نقاط قوت، چالش‌ها و پیامدهای اجرای این بسته فراهم کند. انجام مطالعات طولی نیز می‌تواند به روشن شدن پایداری اثرات مداخله در طول زمان و شناسایی عوامل مؤثر بر حفظ یا کاهش اثربخشی آن در پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی کمک کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بسته مداخله کوتاه‌مدت روان‌شناختی همراه با پیگیری پس از ترخیص، از دیدگاه متخصصان سلامت روان و دریافت‌کنندگان خدمات، ظرفیت مناسبی برای حمایت از افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی دارد. کارت امید، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ذهن‌آگاهی، گفت‌وگوی مثبت با خود، مهارت‌های ارتباطی و پیگیری پس از ترخیص از مهم‌ترین نقاط قوت بسته بودند. با این حال، نیاز به بومی‌سازی فرهنگی، ساده‌سازی برخی مفاهیم، حفظ محرمانگی و رفع محدودیت‌های اجرایی و اقتصادی نیز مطرح شد. بنابراین، بازنگری و بومی‌سازی محتوا، تقویت پیگیری پس از ترخیص و آموزش درمانگران می‌تواند به افزایش مقبولیت و اثربخشی این مداخله کمک کند. با توجه به ماهیت کیفی مطالعه و انجام آن در مراکز منتخب تهران، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای توسعه مداخلات بومی و مطالعات آینده در زمینه پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کمیته تحقیقاتی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران به‌خاطر حمایت مالی از این پژوهش و از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه که با اشتراک تجربیات خود به پیشبرد این تحقیق کمک کردند، صمیمانه سپاس‌گزارند.

حامی مالی: این مطالعه با حمایت مالی کمیته تحقیقاتی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این مطالعه پس از دریافت تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد (IR.IUMS.REC.1402.177)

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** مرضیه قهرمانی، شهربانو قهاری، فاطمه حیدری
- **روش کار:** شهربانو قهاری
- **جمع‌آوری داده‌ها:** مرضیه قهرمانی، فاطمه حیدری
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** مرضیه قهرمانی، فاطمه حیدری، شهربانو قهاری، کاظم ملکوتی
- **نظارت:** شهربانو قهاری، کاظم ملکوتی
- **مدیریت پروژه:** شهربانو قهاری
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** مرضیه قهرمانی، شهربانو قهاری، فاطمه حیدری
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** مرضیه قهرمانی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2025.

2. Ilic M, Ilic I. Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): A joinpoint regression analysis. *World J Psychiatry* 2022; 12(8): 1044.

3. De la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2023; 81: 51-6.

4. Madsen T, Erlangsen A, Egilsdottir E, Andersen PK, Nordentoft M. The effect of the SAFE intervention on post-discharge suicidal behavior: A quasi-experimental study using propensity score matching. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2024; 59(6): 1053-61.

5. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(10): 1021-30.

6. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-month follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med* 2016; 13(3): e1001968.

7. Malakouti SK, Nojomi M, Ghanbari B, Rasouli N, Khaleghparast S, Farahani IG. Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran: Outcome of 12-month randomized controlled study. *Crisis* 2022; 43(1): 18-25.

8. Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2021; 219(2): 419-26.

9. Doupnik SK, Bowden CF, Marcus SC. Quality of evidence of individual trials in systematic review of brief suicide prevention interventions—Reply. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(12): 1309-10.

10. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pract* 2009; 40(4): 361-8.

11. Harper Shehadeh M, Heim E, Chowdhary N, Maercker A, Albanese E. Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Ment Health* 2016; 3(3): e44.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

12. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366(9): 780-1.

13. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017; 16(2): 146-53.

14. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 88.

15. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(7): 694-702.

16. Houtsma C, Raines AM, Kerbrat AH, True G. Feasibility and acceptability of caring contacts texts for suicide prevention among veterans recently separated from military service. *Psychol Serv* 2025; 22(2): 206-14.

17. Shirzad F, Fahim F, Naserbakht M, Hajebi A, Shariat SV, Naseh MH, et al. Evaluating the follow-up care system after suicide attempt in Iran: Barriers and insights from a mixed-method study. *BMC Psychiatry* 2026; 26(1): 116.

18. Rezaeian M, Platt S, Arensman E. Iran's national suicide prevention program. *Crisis* 2021; 42(6): 431-3.

19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.

20. Dossett LA, Kaji AH, Cochran A. SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies. *JAMA Surg* 2021; 156(9): 875-6.

21. Stenfors T, Kajamaa A, Bennett D. How to assess the quality of qualitative research. *Clin Teach* 2020; 17(6): 596-9.

22. Huggett C, Gooding P, Haddock G, Quigley J, Pratt D. The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2022; 29(4): 1203-35.

23. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(2): 256-64.

24. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: A meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(6): 1279.

25. Leavey G, Mallon S, Rondon-Sulbaran J, Galway K, Rosato M, Hughes L. The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives—a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1): 369.

26. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2020; 19(3): 294-306.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]

CCBY-NC.4.0 DEED

Qualitative Evaluation of the Content of a Brief Psychological Intervention and Post-Discharge Follow-Up Package for Individuals with Attempted Suicide: A Qualitative Study

Marziyeh Ghahramani[1], Fateme Heiydari[2], Kazem Malakouti[3], Shahrbanoo Ghahari[4]

Received: 17/09/25 Sent for Revision: 09/12/25 Received Revised Manuscript: 01/07/26 Accepted: 04/07/26

Background and Objectives: Suicide is one of the most significant public health challenges worldwide, claiming approximately 720,000 lives annually. Brief psychological interventions combined with post-discharge follow-up are considered effective strategies for reducing the risk of repeat suicide attempts. This study aimed to evaluate the content of a brief psychological intervention and post-discharge follow-up package implemented in comprehensive health centers in Tehran.

Materials and Methods: This qualitative study was conducted in 2024 at mental health centers in Tehran. Purposive sampling was used, and 13 participants, including 7 mental health professionals and 6 individuals with a history of suicide attempt, participated in the study. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed using conventional content analysis. The study was reported based on the 32-item COREQ checklist.

Results: Data analysis resulted in the extraction of 82 initial codes, 13 categories, and 4 main themes. The findings indicated that this intervention was effective in reducing the risk of repeated suicide attempts and improving mental health; however, greater adaptation to the cultural context and strengthening post-discharge support are needed to enhance its effectiveness.

Conclusion: The implementation of a brief psychological intervention package combined with post-discharge follow-up can contribute to reducing the risk of repeat suicide attempts. Revising the intervention package, with an emphasis on cultural adaptation and strengthening therapeutic support, may further enhance its effectiveness.

Keywords: Suicide, Brief psychological intervention, Post-discharge follow-up, Mental health, Qualitative study

Funding: This study was funded by the Student Research Committee of Iran University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical Considerations (Code of Ethics): The Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences approved the study (IR.IUMS.REC.1402.177).

Authors' contributions

- **Conceptualization:** Marziyeh Ghahramani, Fateme Heiydari, Shahrbanoo Ghahari
- **Methodology:** Shahrbanoo Ghahari
- **Data collection:** Marziyeh Ghahramani, Fateme Heiydari
- **Formal analysis:** Marziyeh Ghahramani, Fateme Heiydari, Kazem Malakouti, Shahrbanoo Ghahari
- **Supervision:** Kazem Malakouti, Shahrbanoo Ghahari
- **Project administration:** Shahrbanoo Ghahari
- **Writing – original draft:** Marziyeh Ghahramani, Fateme Heiydari, Shahrbanoo Ghahari
- **Writing – review & editing:** Marziyeh Ghahramani

Citation: Ghahramani M, Heiydari F, Malakouti K, Ghahari Sh. Qualitative Evaluation of the Content of a Brief Psychological Intervention and Post-Discharge Follow-Up Package for Individuals with Attempted Suicide: A Qualitative Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 25 (4): 381-96. doi: 10.66224/jrums.25.4.381. [Farsi].

1- Student Research Committee, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Geriatric Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences,Tehran, Iran
4- Associated, Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ORCIDE: 0000-0001-7103-3940
(Corresponding Author) Tel: 09122405180, Email: Ghahhari.Sh@iums.ac.ir

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-24]

[DOI: doi: 10.66224/jrums.25.4.381]