مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، آذر ۱۴۰۳، ۸۴۵-۸۲۸

در سایه ناگفته‌ها: واکاوی کیفی موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی

رضوان صالحی نجف آبادی[۱]، محسن رضائیان[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۰۸/۲۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی قابل پیشگیری است، اما با این حال صدها هزار نفر هنوز هم هر ساله به دلیل خودکشی می‌میرند. این مسأله بیان‌گر وجود موانعی بر سر راه برنامه‌های پیشگیری از خودکشی است. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر تعیین موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی ازدیدگاه کارشناسان سلامت روان بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی که به روش تحلیل محتوا انجام شد. جامعه پژوهش کارشناسان سلامت روان در مراکز بهداشتی استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه ۱۰ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب شد و جمع آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. ابزار پژوهش نیز مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود و اطلاعات به دست آمده با روش تحلیل مضمون کدگذاری شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج پنج مضمون فراگیر در زمینه موانع پیشگیری از خودکشی به دست آمد: ۱. موانع حرفه‌ای در حوزه سلامت روان. ۲. سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد در نظام بهداشت و درمان ۳. نقص در عملکرد شبکه‌های بهداشت ۴. نقص در ارائه خدمات بیمارستانی ۵. موانع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی. هر کدام از این مضامین شامل مضامین فرعی دیگر است که در یک شبکه مضامین ترسیم شده است.

نتیجه‌گیری: شناسایی و کشف موانع، مسأله‌ای مهم برای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی به شمار می‌آید و یادآور می‌شود که برای کاهش میزان خودکشی، لازم است برنامه‌های جامعی برای آموزش کارشناسان سلامت روان تدارک دیده شود. همچنین استخدام نیروی کارآمد، تجهیز منابع انسانی شبکه‌های بهداشت و بیمارستان‌ها و انگ‌زدائی بیماری و خودکشی از عموم مردم در دستور کار مسئولان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: موانع، چالش‌ها، پیشگیری، خودکشی، رویکرد کیفی، تحلیل محتوا

ارجاع: صالحی نجف آبادی ر، رضائیان م، در سایه ناگفته‌ها: واکاوی کیفی موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۹، صفحات: ۸۴۵-۸۲۸.

۱- (نویسنده مسئول) استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، ایران
تلفن: ۰۳۸-۳۲۳۲۴۴۰۱، پست الکترونیکی: r.salehi@sku.ac.ir
۲- استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

مقدمه

خودکشی به‌عنوان یک معضل عمده بهداشت عمومی، پیامدهای گسترده‌ای دارد، به‌طوری‌که هر اقدام به خودکشی بر حدود ۱۳۵ نفر تأثیر می‌گذارد (۱). اهمیت این موضوع به‌قدری است که دهم سپتامبر به‌عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی تعیین شده است. از سال ۲۰۰۳ انجمن جهانی پیشگیری از خودکشی با تمرکز بر پیشگیری از خودکشی، شعارهایی را معرفی کرده که تحولات و چالش‌های مرتبط با این پدیده را منعکس می کنند. این شعارها با مضامینی چون "می‌توان از خودکشی جلوگیری کرد" (Suicide Can Be Prevented) و "نجات زندگی، بازگرداندن امید" (Saving lives, restoring hope) آغاز شدند و با موضوعاتی مانند "خانواده‌ها، سیستم‌های اجتماعی و خودکشی" (Families, Community Systems and Suicide)، "پیشگیری در جوامع چندفرهنگی" (Preventing Suicide in Multicultural Societies)، و "انگ: مانع اصلی پیشگیری" (Stigma: A major barrier for suicide prevention) ادامه یافته، از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۳، بر پیشگیری از طریق "اتصال، ارتباط، مراقبت" (Connect. Communicate. Care) و "ایجاد امید از طریق عمل" (Creating Hope Through Action) تأکید شده و شعار ۲۰۲۴ بر "تغییر روایت در مورد خودکشی" (Changing the narrative on suicide) تمرکز یافته است (۲).

توجه به این مضامین نشان می‌دهد علاوه‌بر اینکه امید، به عنوان یک عنصر کلیدی در جوامع (۵-۳) در حال کاهش است (۷)، پیشگیری از خودکشی نیازمند همکاری همگانی است (۱۰-۸) و باید به عنوان یک مسئولیت جمعی تلقی شود. انگ‌زدایی نیز در همه جوامع، امری ضروری است (۱۴-۱۱)، چراکه انگ‌ها بار سنگینی بر دوش افراد و خانواده‌ها می‌گذارند (۱۵). بنابراین مساله پیشگیری از خودکشی دغدغه بسیار مهم همه جوامع بوده و تحقیقات بسیار زیادی به این امر در اتحادیه اروپا (۱۷، ۱۶)؛ آمریکا (۱۹، ۱۸)؛ آسیا (۲۲-۲۰)؛ آفریقا (۲۵-۲۳) و استرالیا (۲۷، ۲۶) اختصاص یافته است.

در سال ۱۹۹۹، سازمان بهداشت جهانی ابتکار SUPRE (Suicide Prevention) را برای پیشگیری از خودکشی معرفی کرد و راه‌کارهایی چون سازماندهی فعالیت‌های چندبخشی در سطوح مختلف، کاهش دسترسی به ابزارهای خودکشی، حمایت از نجات یافتگان و آموزش کارکنان مراقبت‌های پزشکی برای افزایش آگاهی عمومی درباره رفتارهای خودکشی را ارائه داد (۲۸).

بر این اساس کشورهای مختلف، برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را اجرا کرده‌اند. میزان خودکشی در چین از ۲۳ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹ به ۸/۶ در سال ۲۰۱۷ کاهش یافته که نشان‌دهنده کاهش ۶۳ درصدی طی دو دهه است. شش عامل اصلی برای این کاهش عبارتند از: توسعه اقتصادی سریع، مهاجرت به مناطق شهری، تغییرات در ارزش‌های اجتماعی، سیاست تک‌فرزندی، مشاوره‌های نظارتی، و کنترل رسانه‌های دولتی در گزارش‌دهی خودکشی (۲۹). هند نیز در سال ۲۰۲۲ مداخلات پیشگیری سطح اول (تمرکز بر نظارت بر رفتار خودکشی، جرم‌زدایی، محدود کردن دسترسی به وسایل کشنده، گزارش‌دهی مسئولانه رسانه‌ها، و برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی) و پیشگیری سطح دوم و سوم (تمرکز بر مداخله در بحران از طریق خطوط کمکی ۲۴ ساعته و درمان اقدام به خودکشی) را اجرا می کند (۳۰).

اتحادیه اروپا نیز با اتخاذ رویکردی جامع شامل گزارش‌دهی دقیق اخبار خودکشی، آموزش کارکنان خط مقدم (Staff Gatekeeper) برای شناسایی و ارجاع افراد در معرض خطر، ارتقای مراقبت‌های غربالگری و درمانی، و حمایت از افراد و خانواده‌های در معرض خودکشی به پیشگیری پرداخته است (۳۱). به‌ویژه،

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

بریتانیا با برنامه "نجات زندگی‌ها، کشور سالم‌تر ما" (Saving Lives, A Healthier Nation) موفق به کاهش میزان خودکشی شده است. این برنامه بر کاهش خطر در گروه‌های پرخطر، ارتقای سلامت روان از طریق شبکه‌های چند دولتی، کاهش دسترسی به روش‌های خودکشی، بهبود گزارش‌دهی رسانه‌ای، و ارتقای پژوهش در زمینه خودکشی تمرکز دارد (۳۲). اسکاتلند هم با اجرای برنامه‌های آموزشی برای مسئولان مراقبت، آگاهی‌بخشی به کارکنان اورژانس، توسعه خدمات روان‌پرستاری و تأسیس گروه‌های سلامت روان، موفق به کاهش ۱۵ درصدی خودکشی شده است (۳۲). استرالیا علاوه بر این برنامه ها (۲۶) افراد با تجربه زیسته خودکشی را در برنامه‌های پیشگیری مشارکت داده و ضمن حمایت از آنان (۳۳)، شناخت نیازهای جامعه و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی را مورد تأکید قرار داده است (۲۶).

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در آمریکا نیز شامل راهبرد های متعددی از جمله "خودکشی صفر" (Zero suicide) بوده است. این برنامه چند وجهی بر نظام‌های مراقبت بهداشتی و درمانی تمرکز دارد و شامل غربالگری، ارزیابی ریسک و مشاوره است (۳۴). اجزای کلیدی این برنامه شامل راهبری، آموزش و ارزیابی افراد در معرض خطر و هدف نهایی آن، کاهش میزان خودکشی از طریق مداخلات نظام‌مند و جامع در نظام‌های بهداشتی است(۳۵).

وزارت بهداشت ایران نیز دستورالعملی برای پیشگیری از خودکشی تدوین کرده که شامل اهداف افزایش دقت داده‌های خودکشی؛ افزایش آگاهی عمومی؛ بهبود خدمات به افراد در معرض خطر؛ ساماندهی اخبار مرتبط با خودکشی؛ محدودیت دسترسی به روش‌های شایع خودکشی و افزایش پژوهش‌های کاربردی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۴۰۱).

یکی از چالش‌های کلیدی در پیشگیری از خودکشی، عدم پیش‌بینی موانع احتمالی برنامه‌ها است. با وجود حمایت جهانی از این فعالیت‌ها، موانع اجرایی و عوامل تسهیل‌کننده به‌طور جامع بررسی نشده‌اند. محققان در مطالعه‌ای مروری بر روی ۶۴ پژوهش در زمینه موانع پیشگیری از خودکشی، دو حوزه از موانع را شناسائی کردند: ۱. نیازها و منابع بیمار، که با مداخلات موجود همخوانی ندارند؛ ۲. ویژگی‌های مداخلات، که به ادراک افراد کلیدی و هزینه‌ها مربوط می‌شود (۳۶). مطالعات نشان داده است که موانع اصلی پیشگیری از خودکشی در آمریکا شامل موانع موقعیتی و موانع مرتبط با حمایت اجتماعی است (۳۷). در اروپا، محدودیت‌های منابع مثل هزینه‌های بالا و زمان‌بر بودن و موانع شخصی مثل عدم آگاهی و مهارت در استفاده از برنامه‌ها (۳۸) و در ژاپن، شکست در برقراری ارتباط با پشتیبانی بخش خودکشی (Failure to connect with support)؛ ناکامی از حمایت کافی برای درمان روانپزشکی و انزوای اجتماعی (۳۹) بوده است. مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری‌های روانی در آمریکا نیز برنامه آموزشی ۲۰۰ ساعته‌ای برای کارکنان خط مقدم پیشگیری از خودکشی معرفی کرد که علی‌رغم موفقیت‌هایش، موانع سازمانی و جابجایی کارکنان موانع جدی برای پیشگیری به وجود می‌آورد (۴۰). مطالعات دیگر نشان می‌دهند که شواهد محدودی برای اثربخشی پیشگیری از خودکشی به دلیل مشکلات روش‌شناختی مانند کمبود مطالعات کنترل‌شده و نمونه‌های ناکافی وجود دارد (۴۱). همچنین چالش اصلی به عدم ارتباط بسیاری از افراد در معرض خطر با سیستم‌های بهداشتی برمی‌گردد و هیچ رویکرد واحدی نمی‌تواند به کاهش قابل توجه خودکشی منجر شود (۴۲).

در مجموع می‌توان گفت خودکشی، علیرغم قابلیت پیشگیری، همچنان سالانه جان صدها هزار نفر را می‌گیرد. مداخلات متعددی اثربخشی خود را در این زمینه نشان داده‌اند، اما چالش‌های بسیاری باقی است. در کشورهایی مانند ایران، میزان مراجعه به خدمات رسمی سلامت روان برای افراد در معرض خودکشی پایین است. تحقیقات بر روی بازماندگان اقدام به خودکشی در ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

نشان می‌دهد که انگ‌های اجتماعی مانع از جستجوی کمک می شود (۱۵). در در نهایت می‌توان گفت آمارها نشان دهنده افزایش نگران کننده میزان خودکشی در ایران است، که علی‌رغم وجود دستورالعمل‌های پیشگیری، کاهش نیافته است. کارکنان خط مقدم پیشگیری از خودکشی در واحدهای سلامت روان شبکه‌های بهداشتی کشور وظیفه خطیر و بسیار سخت برنامه‌های سلامت روان و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی را به‌عهده دارند. اما با وجود تلاش‌های بسیار زیاد و ارزنده آنان، همچنان چالش‌های کاهش خودکشی به قوت خود باقی است و ممکن است ذهن هر فردی را بر این نکته که چرا خودکشی کاهش نمی‌یابد درگیر کند. لذا از آنجا که پژوهش‌های کمی به اندازه کافی نتوانسته‌اند موانع این مسیر را شناسائی کنند، پژوهش حاضر به بررسی موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی با رویکردی کیفی پرداخته تا با کاوش در تجربه‌های عمیق کارشناسان سلامت روان در برنامه‌های پیشگیری، دلایل عدم کاهش میزان خودکشی را کشف و شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

در راستای نیل به هدف اصلی پژوهش که شناسایی موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی بود، رویکرد کیفی به عنوان رویکردی مناسب برگزیده شد. این رویکرد به محقق امکان می دهد تا موضوع مورد پژوهش را در بستر طبیعی آن بررسی کند و پدیده‌های مورد مطالعه را بر اساس معانی و تفاسیری که به آن‌ها اختصاص می‌دهد، تحلیل و مفهوم‌سازی نماید (۴۳). پارادایم پژوهش نیز در چارچوب پارادایم برساختی یا تفسیری قرار دارد. این پارادایم به پژوهشگر کمک می‌کند تا به توضیحی شفاف و روشن از یافته‌های خود دست یابد. بر اساس این پارادایم، واقعیت‌ها و دانش از طریق ارتباطات، تعاملات و تجربیات ایجاد و بازتولید می‌شوند. بنابراین، ضروری است که پدیده‌های مورد مطالعه از زوایای مختلف و از دیدگاه‌های گوناگون مشارکت کنندگان و خود افراد مورد پرسش قرار گیرند تا بتوان بینشی جامع و همه‌جانبه به دست آورد (۴۴).

این مطالعه در سال ۱۴۰۲ با کد اخلاق RI.SKU.REC1402.24 انجام شد. نمونه مورد نظر مسئولان واحد سلامت روان شبکه‌های بهداشت استان‌های چهارمحال و بختیاری (که در خط مقدم برنامه‌های سلامت روان جامعه فعالیت می‌کنند) بود. در این مراکز، ۴۷ کارشناس سلامت روان تحت نظارت مسئولان واحد، در زمینه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی مانند خودکشی و اعتیاد فعالیت دارند. پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انجام شده و حجم نمونه تا رسیدن به اشباع نظری داده‌ها به ۱۰ نفر محدود شد. ابزار پژوهش در این مطالعه، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته‌ای بود که با یک سؤال باز با عنوان "به نظر شما، چه مشکلات و موانعی در پیشگیری و کاهش خودکشی وجود دارد؟" آغاز شد و سپس با توجه به مسائل مطرح‌شده در حوزه پیشگیری، سؤالات دیگری نیز مطرح گردید. هر یک از مصاحبه‌ها که بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت طول می‌کشید ضبط و پیاده‌سازی شده، سپس کدگذاری و مقوله‌بندی انجام می‌گرفت. این روند تا آخرین مصاحبه ادامه یافت. برای تضمین روائی یافته‌ها نیز، پژوهشگر تلاش کرده است تا پیش‌فرض‌های ذهنی خود را در جمع‌آوری اطلاعات دخالت ندهد و داده‌ها صرفاً بازتاب تفکرات شرکت‌کنندگان باشند. برای جلوگیری از سوگیری، از نظرات سه نفر از خبرگان و کدگذاران مستقل استفاده شد.

روند اجرای پژوهش به‌گونه‌ای طراحی شد که ابتدا هماهنگی‌های لازم با مدیر شبکه بهداشت استان انجام گرفت. پس از دریافت فهرست کارشناسان مراکز، با آن‌ها تماس برقرار شد و ضمن تشریح اهداف پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و رعایت اصول اخلاقی صورت گرفت. در این مرحله، قرار مصاحبه با

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

کارشناسان تنظیم گردید. مصاحبه‌ها در فضایی مناسب و با استفاده از تجهیزات ضبط صدا انجام می‌شد. هر مصاحبه به‌طور متوسط بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامید و شامل پاسخ به پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سوالات مرتبط با موضوع پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل بیان اهداف، دریافت رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان بود. همچنین پژوهش دارای کد اخلاق RI.SKU.REC1402.24 می‌باشد.

تحلیل داده‌ها در همه مراحل با استراتژی تحلیل مضمون تحقق پذیرفت. تحلیل مضمون یک روش کیفی است که متن مصاحبه‌ها را کاهش، بخش‌بندی، مقوله‌بندی و تلخیص می‌کند تا مفاهیم اصلی از داده‌ها استخراج شود (۴۵). در پژوهش حاضر از استراتژی تحلیل مضمون آترید-استرلینگ (۴۶) استفاده شد که محقق با استفاده از یک روند مشخص، داده‌ها را به سه سطح مضمون تقسیم می‌کند: مضامین پایه (کدها و نکات مهم)، مضامین سازمان‌دهنده (ترکیب مضامین پایه) و مضامین فراگیر (اصول کلی متن). سپس، نقشه‌ای از این مضامین ترسیم می‌شود که مضامین برجسته هر سطح و روابط میان آن‌ها را نشان می‌دهد.

نتایج

مشخصات نمونه در جدول ۱ گزارش شده است.

کد مشارکت کنندگان	جنسیت	سن	سابقه کار در مرکز
۱	مرد	۳۸	۱۰
۲	مرد	۳۴	۷
۳	زن	۲۸	۳
۴	زن	۳۲	۵
۵	مرد	۳۳	۸
۶	زن	۳۵	۷
۷	زن	۲۹	۶
۸	زن	۳۳	۸
۹	زن	۳۵	۵
۱۰	مرد	۲۹	۵

خلاصه کدگذاری موانع پیشگیری از خودکشی در استان در غالب مضامین پایه، سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. موانع و مشکلات پیشگیری از خودکشی

مضامین پایه	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین فراگیر
- ترس و اضطراب در مصاحبه - اضطراب در برابر خودکشی - ترس از شکست در درمان - بی‌علاقگی کارشناسان به کار بالینی	موانع روان‌شناختی	**موانع حرفه‌ای در حوزه سلامت روان**
- کمبود انگیزه در یادگیری - عدم حضور در کارگاه‌ها - ناتوانی در پیگیری بلندمدت - ناآشنایی با فرهنگ‌های منطقه‌ای	موانع انگیزش حرفه‌ای	
- کمبود نیروی روانشناس - بی‌توجهی به نقش روان‌شناسان - حجم بالای وظایف روان‌شناسان	فشار کاری	
- کمبود نیروی انسانی و دسترسی محدود - عدم تسهیل جابجایی کارشناسان - فقدان فضای مناسب و مجزا برای کار روان‌شناس در مراکز بهداشتی - نبود خطوط ارتباطی مجزا	موانع نیروی انسانی و زیرساختی	**سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد در نظام بهداشت و درمان**
- عدم وجود مراکز درمانی در مناطق خاص - چرخش اجباری کارشناسان بالینی		
- محدودیت در استخدام دائمی پس از دوره طرح - تاکید بر استخدام نیروی روان‌شناس بومی - عدم استخدام مشاور خانواده در قالب طرح و استخدام‌های رسمی.	موانع استخدامی	

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

- عدم تخصیص بودجه کافی به سلامت روان - عدم اختصاص روانپزشک به برخی مراکز بهداشتی - عدم وجود سیستم بازخورد بین مسئولان و کارشناسان - مطالبه‌گری از بالا به پائین - عدم شناسائی زودرس و به موقع موارد خودکشی - استفاده از بهورزان به‌عنوان خط مقدم مراکز بهداشتی برای غربالگری به‌جای روان‌شناسان - عدم غربالگری همگانی - کمبود کارگاه‌های آموزشی تخصصی - نیاز به کارگاه‌های تخصصی جامع -استفاده از مواد آموزشی ناکافی - کمبود تیم‌های همکاری متمرکز - عدم همکاری بین ارگان‌ها - عدم اطلاع‌رسانی خدمات روان‌شناختی - کمبود آگاهی در پذیرش و درمان - برخورد نامناسب با اقدام‌کنندگان به خودکشی - عدم درک بحران توسط مسئولان پذیرش - مشکلات در حفظ رازداری - عدم حضور روانشناس ثابت - عدم استفاده از چک‌لیست استاندارد - فقر - عدم دسترسی به وسائل نقلیه - عدم انگیزه جهت آشنایی با وظایف روانشناس - عدم انگیزه برای آگاهی از خدمات روانشناسی - عدم استقبال از آموزش‌های روان‌شناختی - ترس از انگ اجتماعی - عدم تشکیل پرونده بهداشتی	چالش‌های سیاست‌های کلان چالش‌های غربالگری چالش‌های آموزش‌های تخصصی نقص در همکاری بین سازمانی چالش‌های پذیرش و مدیریت موارد کمبود خدمات تخصصی روانشناسی فقر مقاومت انگ روان‌شناختی	**نقص در عملکرد شبکه‌های بهداشت** **نقص در ارائه خدمات بیمارستانی** **موانع فرهنگی و اجتماعی**

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود خلاصه کدگذاری و مقوله‌بندی موانع پیشگیری از خودکشی شامل پنج مضمون فراگیر بود. در ادامه به مهم‌ترین نقل‌قول‌های مشارکت کنندگان در تحقیق در هر حوزه پرداخته می‌شود.

۱- چالش‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت روان

- **موانع روان‌شناختی**

مشارکت‌کننده ۳ اظهار داشت: برخی کارشناسان به دلیل برخوردهای ناخوشایند افراد اقدام‌کننده و خانواده‌هایشان از گفتگو با آن‌ها هراس دارند، در حالی که برخی دیگر با شنیدن خبر خودکشی دچار اضطراب شدید می‌شوند. همچنین، تعدادی از کارشناسان نگران هستند که نتوانند مداخله مؤثری انجام دهند.

- **موانع انگیزش حرفه‌ای**

مشارکت‌کننده ۵ اظهار داشت: ما گاهی در بین کارشناسان سلامت می‌بینیم که علاقه و انگیزه کافی برای مداخله در خودکشی ندارند یا در این زمینه احساس ناتوانی می‌کنند. انتظار داریم در همه کارگاه‌های ضمن خدمت در این زمینه شرکت کنند، اما همه آنها وقت نمی‌گذارند.

۲- سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد در نظام بهداشت و درمان

- **فشار کاری**

مشارکت‌کننده ۱ اظهار داشت: وظایف کارشناس بسیار زیاد است هم باید مصاحبه انجام دهند، هم درمان، آموزش خانواده، دانش‌آموزان و مردم، شرکت در کارگاه‌های آموزشی، گزارش روزانه آمار خودکشی و شرکت در برنامه‌های مناسبتی، ما شبانه روز با مساله خودکشی درگیر هستیم و هیچ حق فنی به ما نمی‌دهند.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

- موانع نیروی انسانی و زیرساختی

مشارکت‌کننده ۴ اظهار داشت: در بیشتر مناطق روان‌شناسان باید بین چند مرکز در رفت و آمد باشند، هم مشکلات زیادی در جابجائی دارند و هم اینکه مراکز در روزهائی که کارشناس در مرکز دیگری دیگری مشغول است روانشناس ندارند. بیشتر مراکز روانشناس اتاق جداگانه ای ندارد و کار مداخله را سخت می‌کند. برخی مناطق دورافتاده بیمارستان ندارند و گاهی مورد خودکشی تا به بیمارستان شهر منتقل شود فوت می‌کند.

- **موانع استخدامی**

مشارکت‌کننده ۱۰ اظهار داشت: در بیشتر مناطق استان روان‌شناسان بالینی در غالب طرح دو ساله استخدام مراکز می‌شوند و مشکلی که بوجود می‌آید این است که بعد از دو سال تجربه باید بروند و فرد دیگری جایگزین شود و دوباره از نو فرد جدید باید یاد بگیرد که چه کار کند. بعضی مناطق هم هست که روان‌شناس، بومی آنجاست و مردم چون همه همدیگر را می‌شناسند به روان شناس مراجعه نمی‌کنند، چون می‌ترسند همه‌جا مشکلاتشان پخش شود.

- **چالش‌های سیاست‌های کلان**

مشارکت کننده ۳ اظهار داشت: یک مشکل اساسی این است که به بخش سلامت روان بودجه کافی اختصاص داده نمی‌شود، اما ببینید برای دیابت، فشار خون چه هزینه‌هایی صرف می‌شود. سیستم اجازه ندارد روان‌پزشک به اندازه کافی برای همه مراکز تخصیص دهد و همین باعث می‌شود در مناطق دورافتاده فرد مشکل‌دار نتواند به شهر یا منطقه دیگری جهت ویزیت روانپزشکی مراجعه کند. سیستم نیز که اهمیتی به حرف‌های ما درباره مشکلاتمان نمی‌دهد.

۳- نقص در عملکرد شبکه‌های بهداشتی

- **چالش‌های غربالگری**

مشارکت‌کننده ۲ اظهار داشت: شاید یکی از موانع این باشد که کار غربال‌گری مشکلات روان‌شناختی مثل خودکشی به عهده بهورزان است که به اندازه روان‌شناسان در مصاحبه بالینی و تشخیص مهارت ندارند. این سیاست باید تغییر کند. غربالگری انجام می‌شود، اما مشکل اینست که سوالات مصاحبه یا پرسشنامه ای که در مراکز جهت غربالگری استفاده می‌شود افکار خودکشی را مشخص نمی کند یا آن قدر مستقیم پرسیده می‌شود که فردی که افکار دارد ممکن است از ترس یک سری مسائل آنها را بیان نکند.

- **چالش‌های آموزش‌های تخصصی**

مشارکت‌کننده ۶ اظهار داشت: کارگاه‌ها و آموزش‌ها در مورد خودکشی کم برگزار شده یا خیلی تخصصی نیستند. نیاز هست که دوره‌های بلندمدتی را برای مداخله در خودکشی برای روان‌شناسان بگذارند. آموزش خانواده هم باید بدهیم که معمولاً در حد کتاب و جزوه آموزشی به ما تحویل می‌دهند و این کارشناسان ما را در مشاوره خانواده متبحر نمی‌کند.

- **نقص در همکاری بین سازمانی**

مشارکت‌کننده ۹ اظهار داشت: برای پیشگیری و کاهش خودکشی همه ارگان‌ها باید دست به دست هم بدهند و همکاری کنند. تیم هماهنگ کننده می‌خواهیم و نیاز داریم هر ارگانی وظیفه خودش را در این مورد اجرا کند. مثلاً آموزش و پرورش دانش‌آموزان پرخطر را معرفی کند، بهزیستی خدمات مشاوره بیشتری ارائه دهد.

۴- نقص در ارائه خدمات بیمارستانی

- **چالش‌های پذیرش و مدیریت موارد**

مشارکت‌کننده ۱۰ اظهار داشت: وقتی فردی اقدام به خودکشی می‌کند، اولین جایی که مراجعه می‌کند بیمارستان است. بیمارستان باید موارد را سریع پذیرش کند و خدمات تخصصی را

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

شروع کند اما نیروی اینکار بسیار کم است یا برخورد حرفه‌ای با موارد نمی‌شود. خانواده فردی که اقدام می‌کند شرم دارد و متاسفانه مساله رازداری کیس‌های خودکشی در بیمارستان و بعد از آن رعایت نمی‌شود.

- **کمبود خدمات تخصصی روان‌شناسی**

مشارکت‌کننده ۷ اظهار داشت: به هر فردی که اقدام به خودکشی می‌کند باید یک روان‌شناس با هماهنگی شبکه اختصاص پیدا کند تا روان‌شناس از ابتدای ورود با فرد و خانواده بتواند ارتباط برقرار کند، اعتماد ایجاد کند و تا هنگام مرخصی خدمات مشاوره ارائه دهد و با این اعتماد سازی بتواند وارد مداخله و توانبخشی خانواده بعد از ترخیص شود اما این‌کارها انجام نمی شود یا خیلی ساده در حد چند بار سر زدن انجام می‌شود.

۵- موانع اجتماعی و فرهنگی

- **فقر**

مشارکت‌کننده ۸ اظهار داشت: خیلی از خانواده‌ها واقعاً پول ندارند دارو بخرند، پول ندارند به روان‌پزشک مراجعه کنند. حتی پول وسیله نقلیه برای رفتن به مرکز بهداشت را ندارند.

- **مقاومت**

مشارکت‌کننده ۲ اظهار داشت: خیلی از مردم خصوصاً در مناطق کوچکتر اصلاً اطلاعی از حضور روان‌شناس در مراکز ندارند، اصلاً نمی‌دانند کار روان‌شناسان چیست و علاقه‌ای هم به کارشان یا آموزش‌هائی که می‌گذارند، ندارند. برای شرکت در آموزش‌های خانواده بسیار مقاومت می‌کنند.

- **انگ روان‌شناختی**

مشارکت‌کننده ۳ اظهار داشت: خیلی از مردم از ترس اینکه انگ بیمار روانی بخورند اصلاً مراجعه نمی‌کنند یا مشکلاتشان را پنهان یا انکار می‌کنند. خانواده‌ای داشتیم که فرزندشان خودکشی کرده، مراجعه نکردند و قبول نکردند خودکشی کرده است تا کار از کار گذشته بود و در اقدام بعدی فرزندشان فوت کرده بود.



شکل ۱- شبکه مضامین موانع پیشگیری از خودکشی از دیدگاه کارشناسان نظام سلامت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

بحث

پیشگیری از خودکشی به عنوان یک چالش جهانی، نیازمند درک عمیق و جامع از موانع و چالش‌های موجود در نظام‌های بهداشت و درمان است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که موانع متعددی در زمینه پیشگیری از خودکشی وجود دارد که می‌توان آن‌ها را به پنج دسته اصلی تقسیم کرد: موانع حرفه‌ای در حوزه سلامت روان، سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد در نظام بهداشت و درمان، نقص در عملکرد شبکه‌های بهداشت، نقص در ارائه خدمات بیمارستانی و موانع اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی.

اولین حوزه چالش‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت روان است. مطالعات انجام شده در آمریکا و اروپا (۳۷، ۳۸) در این زمینه همسو با نتایج پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که موانع شخصی یکی از چالش‌های پیشگیری از خودکشی است. همانطور که مشارکت‌کننده ۳ بیان کرده بود وجود ترس و اضطراب در برخی از کارشناسان سلامت روان هنگام مصاحبه با افراد اقدام‌کننده به خودکشی و خانواده‌های آنان، به عنوان یک مانع در جمع‌آوری اطلاعات دقیق و مؤثر شناسایی می‌شود. این احساسات می‌توانند بر کیفیت ارتباط و تبادل اطلاعات تأثیر منفی بگذارند و مانع از ایجاد یک فضای امن برای گفتگو شوند. از طرفی اضطراب ناشی از مواجهه با پدیده خودکشی، به عنوان یک چالش جدی برای متخصصان و خانواده‌ها محسوب می‌شود. این اضطراب می‌تواند به عدم توانایی در مدیریت موقعیت‌های بحرانی و ارائه حمایت‌های لازم منجر شود. علاوه‌براین مداخله در خودکشی امری پیچیده و دشوار است و ترس از شکست در درمان برای برخی از کارشناسان، به عنوان یک عامل بازدارنده در پذیرش و ادامه درمان برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی شناسایی می‌شود. این ترس ممکن است باعث شود که بیماران از جستجوی کمک و حمایت‌های روانی لازم خودداری کنند و به تشدید مشکلات روانی منجر شود. اگرچه ترس برای کسانی که مسئول زندگی و زنده نگه داشتن افراد جامعه هستند دور از انتظار نیست، اما این موضوع مهمی را یادآوری می‌کند که کارکنان خط مقدم باید به ابزارهای قوی‌تری برای مدیریت استرس خود مجهز شوند.

وجود بی‌علاقگی در برخی کارشناسان نسبت به فعالیت‌های بالینی و کمبود انگیزه در یادگیری و به‌کارگیری روش‌های درمان و پیشگیری، به عنوان یک موانعی در ارائه خدمات مؤثر روان‌شناختی و درمانی شناسایی می‌شود که هم می‌تواند بر کیفیت مراقبت از بیماران تأثیر منفی بگذارد و هم انگیزه لازم جهت مداخله در این امر را کاهش دهد. گاهی عدم حضور برخی کارشناسان در کارگاه‌های پیشگیری و درمان به دلیل عدم انگیزش شغلی اتفاق می‌افتد که به عنوان یک نقص در فرآیند آموزش و به‌روزرسانی اطلاعات آن‌ها شناسایی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش توانمندی‌ها و کارایی آن‌ها در مواجهه با مشکلات روانی بیماران شود. احتمالا این امر منجر به ناتوانی در پیگیری بلندمدت کیس‌های اقدام به خودکشی در برخی از کارشناسان می‌شود که به عنوان یک چالش جدی در سیستم درمانی مطرح می‌شود که می‌تواند به عدم موفقیت در درمان و پیشگیری از خودکشی منجر گردد. تحقیقات نیز نشان می‌دهد که بسیاری از متخصصان بهداشت روان به دلیل عدم آگاهی و آموزش کافی در زمینه پیشگیری از خودکشی و همچنین عدم آمادگی لازم جهت روبروئی با موارد اقدام، قادر به شناسایی و مداخله در بحران‌های خودکشی نیستند (۵۰). این موضوع می‌تواند منجر به عدم ارائه خدمات مؤثر و به موقع به افرادی شود که در معرض خطر خودکشی قرار دارند. آموزش مداوم و ارتقاء مهارت‌های تخصصی کارشناسان سلامت روان می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به‌طور مؤثرتری با بحران‌های خودکشی مواجه شوند. بدیهی است افزایش توانمندی‌های کارشناسان سلامت روان می‌تواند به کاهش میزان خودکشی منجر شود (۵۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

حوزه دوم سیاست‌گذاری‌های ناکارآمد در نظام بهداشت و درمان است. موانع حمایتی یکی از موانع برنامه‌های پیشگیری است که محققان در ژاپن (۳۹) و آمریکا (۴۰) نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر به آن اشاره کرده‌اند. مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که عدم وجود سیاست‌های منسجم، جامع و کارآمد در زمینه سلامت روان، منجر به نابرابری در دسترسی به خدمات و افزایش میزان خودکشی می‌شود (۵۱). از طرفی تحقیقات نشان داده‌اند همکاری نهادهای بهداشتی، اجتماعی، آموزشی و حتی اقتصادی به‌عنوان می‌تواند به شناسایی و مداخله به‌موقع در بحران‌های خودکشی کمک کند. این نوع همکاری می‌تواند به کاهش موانع موجود در دسترسی به خدمات و بهبود کیفیت آن‌ها منجر شود (۵۳-۵۱).

در پژوهش حاضر همانطور که مشارکت‌کنندگان ۱، ۳، ۴ و ۱۰ بیان کرده‌اند کمبود نیروی انسانی و عدم حضور روزانه روان‌شناسان در مراکز بهداشتی به دلیل تقسیم وظایف بین چند مرکز، یک چالش اساسی در ارائه خدمات روان‌شناختی است که می‌تواند بر کیفیت و دسترسی به خدمات تأثیر منفی بگذارد. کم‌اهمیت شمردن کار روان‌شناسان در مراکز بهداشتی و عدم تعلق حق فنی به آن‌ها، علی‌رغم درگیری شبانه‌روزی با مسائل بحرانی مانند خودکشی، به عنوان یک عامل دلسرد کننده برای روان‌شناسان و مانع از کارایی آن‌ها در ارائه خدمات مؤثر است. از طرفی حجم بالای وظایف روان‌شناسان از جمله مصاحبه، غربالگری، مشاوره، شرکت در کارگاه‌های آموزشی، آموزش خانواده، ارتباط با سازمان‌ها، گزارش‌دهی آمار خودکشی به عنوان عوامل فشار بر روی آن‌ها شناسایی می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت خدمات و عدم توانایی در رسیدگی به نیازهای بحرانی بیماران شود.

مشکل دیگر محدودیت دسترسی به جمعیت‌های پراکنده به دلیل کمبود نیروی انسانی، به عنوان یک مانع جدی در ارائه خدمات روان‌شناختی و بهداشتی است که می‌تواند به عدم پوشش مناسب نیازهای این جمعیت‌ها منجر شود. این امر خصوصاً وقتی مانع دیگری به نام عدم تسهیل در جابجایی کارشناسان بین روستاهای دورافتاده وجود داشته باشد، به عنوان یک چالش در ارائه خدمات روان‌شناختی و بهداشتی به جمعیت‌های نیازمند، شناخته می‌شود که می‌تواند به کاهش کیفیت و دسترسی خدمات منجر گردد.

جهت ارائه خدمات روان‌شناختی نیز فقدان فضای اختصاصی برای فعالیت‌های روان‌شناسی، به عنوان یک نقص در زیرساخت‌های ارائه خدمات وجود دارد که می‌تواند بر کیفیت و اثربخشی این خدمات تأثیر منفی بگذارد. حتی عدم وجود خطوط ارتباطی مجزا برای مدیریت بحران در مراکز، به عنوان یک مانع در تسهیل ارتباطات و پاسخگویی به موقع در مواقع اضطراری است که منجر به عدم کارایی مدیریت بحران‌های روانی خواهد شد. در برخی مناطق خاص عدم وجود مراکز درمانی، چالشی بزرگ در دسترسی به خدمات درمانی و روان‌شناختی برای جمعیت‌های نیازمند است که می‌تواند به تشدید مشکلات سلامت روان منجر گردد.

این مسائل زمانی که سیاست‌های استخدام نیروی انسانی نیز حل نشود به قوت خواهد باقی خواهد ماند. سیاست استخدام کارشناسان سلامت روان عموماً به صورت طرح دو ساله است که پس از یک دوره دو ساله تجربه‌اندوزی، جایگزین می‌شوند که این امر ممکن است به افزایش تجربه و مهارت در کوتاه‌مدت کمک کند، اما می‌تواند به عدم تداوم در ارائه خدمات و از دست دادن کارشناسان خبره منجر شود. عدم امکان تثبیت شغلی برای کارشناسان بالینی پس از پایان دوره طرح می‌تواند به کمبود نیروی کار ماهر و کاهش انگیزه برای توسعه حرفه‌ای نیز منجر شود. مانع دیگری در این زمینه چالش‌های ناشی از استخدام روان‌شناسان بومی است که مشکلات حریم خصوصی و تعصبات قومی را

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

برجسته می‌کند. این مسئله می‌تواند به کاهش اعتماد عمومی به خدمات روان‌شناسی و افزایش نگرانی‌ها درباره افشای اطلاعات شخصی منجر شود. علاوه‌براین مسائل، مشکل دیگری که حل نشده باقی می‌ماند اینست که سازمان استخدام، برای مشاوران خانواده در قالب طرح‌های کوتاه‌مدت و استخدام‌های رسمی چاره-ای نیندیشیده است و مسائل خانوادگی که از جمله مهمترین عوامل موثر در خودکشی است، توسط متخصص خانواده درمانی مدیریت و چاره‌اندیشی نمی‌شود. رضائیان و همکاران (۵۴) نیز در پژوهشی به اهمیت گنجاندن سلامت روان در سیاست‌گذاری‌های عمومی اشاره می‌کنند. این بدان معناست که سیاست‌گذاران باید به‌طور فعال به مسائل سلامت روان توجه کنند و منابع انسانی و مالی کافی را برای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی تخصیص دهند.

حوزه سوم نقص در عملکرد شبکه‌های بهداشتی است. یکی از چالش‌های مهم پیشگیری شناسایی به موقع موارد خودکشی توسط شبکه‌های بهداشت است، که در بسیاری از موارد به فرصت‌های از دست‌رفته برای مداخله مؤثر منجر می‌شود. غربالگری همگانی بصورت سالانه یا دوره های شش ماهه می‌تواند شناسائی موارد را تسهیل کند. همان‌طور که مشارکت‌کننده ۲ نیز اظهار داشته است، استفاده از بهورزان به جای روان‌شناسان برای انجام غربالگری‌های اولیه سلامت روان ممکن است بر کیفیت و دقت تشخیص تأثیر بگذارد. بنابراین مساله غربالگری که بعنوان یکی از مهمترین عوامل خطر خودکشی هم شناخته شده است بایستی با دقت و اهمیت بیشتری پیگیری شود.

موضوع دیگر در شبکه‌های بهداشت کمبود برنامه‌های آموزشی جامع و تخصصی در زمینه پیشگیری از خودکشی برای کارشناسان سلامت روان است، علاوه‌بر آموزش‌های مداخله در خودکشی، کارشناسان به کارگاه‌های جامع و تخصصی دیگری در حوزه‌های مشاوره خانواده و زوج‌درمانی نیاز دارند تا به ارتقاء مهارت‌ها و دانش حرفه‌ای و توانمندسازی آنان در اجرای مؤثر راهبردهای پیشگیری از خودکشی کمک کند این امر کمتر مورد توجه بوده است. استفاده از کتابچه‌های راهنما به جای آموزش‌های حضوری و عمیق، که در سند راهبردی پیشگیری پیش‌بینی شده است، انتقال مؤثر دانش و مهارت‌های ضروری برای تحکیم خانواده و فرزندپروری را کاهش می‌دهد.

موضوع دیگر در شبکه‌های بهداشت عدم وجود یک تیم متمرکز برای مداخله در خودکشی، به‌ویژه همکاری ناکافی بین سازمان‌های مختلف مانند آموزش و پرورش، بهزیستی، ورزش و جوانان و مراکز بهداشتی و بیمارستان‌هاست. اگرچه طبق دستورالعمل وزارت چنین امری به اجرا گذاشته شده است اما به گفته کارشناسان سلامت هنوز نیازمند همکاری متمرکز و همه جانبه‌ای بین سازمان‌ها هستیم. علاوه بر این، کمبود همکاری میان نهادهای مختلف، از جمله امداد و فرمانداری، با شبکه بهداشت، به‌ویژه در حمایت از افرادی که به دلیل فقر و چالش‌های اجتماعی به خودکشی روی می‌آورند، در برخی مناطق به‌وضوح مشاهده می شود. این عدم هم‌افزایی می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی بر سلامت روانی جامعه داشته باشد و نیازمند توجه و اقدام فوری است. این موضوع زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که مشاهده می‌شود افراد جامعه، به‌ویژه قشر کم‌درآمد، از وجود خدمات رایگان روان‌شناختی در مراکز بهزیستی بی‌خبرند. این واقعیت، ضرورت و اهمیت همکاری‌های بین‌سازمانی را به‌خوبی نمایان می‌سازد و نشان‌دهنده لزوم ارتقاء آگاهی عمومی و تسهیل دسترسی به این خدمات حیاتی است. Rezaeian و همکاران نیز در مطالعه‌ای (۵۴) عدم هماهنگی بین نهادهای مختلف و کمبود منابع مالی و انسانی را از جمله چالش‌های اصلی پیشگیری ذکر کرده‌اند که همسو با نتایج پژوهش حاضر نیازمند توجه است.

حوزه چهارم نقص در ارائه خدمات بیمارستانی است. عدم آگاهی برخی از اعضای کادر بیمارستان از ضرورت پذیرش به‌موقع

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

و شروع سریع درمان برای اقدام‌کنندگان خودکشی، به عنوان یک مشکل در بیمارستان‌ها قابل مشاهده است. یورک و همکاران (۴۲) نیز یکی از چالش اصلی پیشگیری از خودکشی را سیستم‌های بهداشتی می‌دانند. گاهی برخورد بدون آگاهی و حساسیت با اقدام‌کنندگان خودکشی از لحظه ورود به بیمارستان، می‌تواند به تشدید مشکلات روانی و اجتماعی افراد و خانواده‌های آنان منجر شود. مسئولان پذیرش اورژانس بیمارستان نسبت به بحرانی که خانواده و فرد خودکشی‌کننده با آن مواجه هستند، نیازمند آگاهی بیشتری هستند، همچنین عدم رعایت رازداری و افشای اطلاعات مربوط به خودکشی فرد اقدام‌کننده (که البته ناخواسته صورت می‌گیرد)، در بیمارستان می‌تواند آسیب‌های بیشتری به او و خانواده‌اش وارد کند و احساس ناامنی و بی‌اعتمادی ایجاد کند.

از طرفی نبود یک روانشناس ثابت در کنار بیمار اقدام‌کننده به خودکشی از زمان ورود به بیمارستان تا ترخیص و پیگیری‌های بعدی، به عنوان یک نقص جدی در سیستم درمانی شناسایی می شود که می‌تواند بر کیفیت مراقبت و حمایت‌های روانی تأثیر منفی بگذارد. مسئله خودکشی نه تنها بار روانی سنگینی بر دوش فرد و خانواده‌اش می‌گذارد، بلکه وجود یک کارشناس سلامت روان در کنار بیمار می‌تواند به تقویت اعتماد، همدلی و شفقت نسبت به او کمک کند و فرآیند آغاز مداخله روان‌درمانی را تسهیل نماید. این حضور می‌تواند به خانواده‌ها اطمینان بخشد که فردی در این بحران در کنارشان است و تا پایان درمان، حمایت‌های لازم را ارائه خواهد داد.

تحقیقات زیادی در زمینه خودکشی نشان داده‌اند که یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی، سابقه اقدام قبلی به خودکشی است (۴۷, ۴۸, ۴۹). بنابراین، یک اقدام ناموفق می تواند فرصتی ارزشمند برای مداخله و پیشگیری باشد. از طریق بستری در بیمارستان و ارائه خدمات روان‌شناسی تخصصی برای مداخله، درمان و توانبخشی، می‌توان از وقوع اقدامات بعدی جلوگیری کرد و مسیر بهبودی را برای فرد هموار ساخت. بنابر یافته‌های حاضر، مطالعات دیگر نیز تأکید می‌کنند که باید به ارتقاء دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی توجه ویژه‌ای شود. این شامل افزایش تعداد متخصصان سلامت روان، بهبود زیرساخت‌های بهداشتی و ارائه خدمات به‌صورت رایگان یا با هزینه‌های پایین برای افراد در معرض خطر است. همچنین، ایجاد خطوط مشاوره و حمایت روانی می‌تواند به افراد در بحران کمک کند تا به‌راحتی به خدمات دسترسی پیدا کنند (۵۲).

حوزه پنجم موانع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. فقر در بسیاری از مناطق استان موضوعی غم‌انگیز و نگران کننده است. افرادی که در قشرهای کم‌درآمد قرار دارند، معمولاً با چالش‌های متعددی نظیر عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و روانی، فشارهای اجتماعی و اقتصادی و فقدان حمایت‌های اجتماعی مواجه هستند. این عوامل نه تنها کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند زمینه‌ساز بحران‌های روانی جدی و احتمالا رفتارهای خودکشی باشد. این یافته‌ها با مطالعات مونز و همکاران در اروپا (۳۸) و اکیوشی در ژاپن (۳۹) همخوانی دارد. حتی در برخی مناطق کم‌برخوردار کمبود وسایل نقلیه برای مراجعه به مراکز بهداشتی، به عنوان یک عامل محدودکننده در دسترسی بیماران به خدمات درمانی و روان‌شناختی مشاهده می شود. مانع فرهنگی دیگر مقاومت مردم در برابر روانشناس و عدم انگیزه آشنایی با وظایف روانشناس است. کمبود انگیزه در آشنایی مردم، به ویژه در مناطق روستایی، با وظایف و نقش‌های روان‌شناسان، به عنوان یک مانع در بهره‌مندی از خدمات روان‌شناختی شناسایی می‌شود که می‌تواند به عدم استفاده از این خدمات منجر شود. یکی از مشکلات بزرگ دیگر اینست که مردم از آموزش‌های مربوط به خانواده، فرزندپروری و دیگر مسائل روان‌شناختی و فرهنگی استقبال نمی‌کنند و در برابرِ آگاهی‌بخشی کارشناسان در این زمینه مقاومت می‌کنند. ترس از انگ اجتماعی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

و قضاوت‌های منفی، مساله مهم دیگری است که به عنوان یک مانع مهم در دسترسی به خدمات روان‌شناختی شناسایی می‌شود (۱۵) و همه این عوامل در کیفیت خدمات ارائه شده و پیگیری وضعیت سلامت روانی افراد جامعه تأثیر منفی بسیار زیادی دارد. تا زمانی‌که مردم به لزوم ارتقاء آگاهی و مهارت‌های لازم برای بهبود روابط خانوادگی و سلامت روانی خود واقف نشوند آموزش-های خانواده کارائی لازم را نخواهد داشت. به‌طور کلی می‌توان گفت عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در پیشگیری از خودکشی نقش بسزایی دارند. بنابراین توجه به تنوع فرهنگی، اقتصادی و نیازهای خاص هر منطقه می‌تواند به کاهش ننگ اجتماعی مرتبط با مشکلات روانی و خودکشی و در نتیجه پیشگیری از خودکشی کمک کند (۵۲).

در مجموع می‌توان گفت برخی موانع و چالش‌های پیشگیری از خودکشی که در این تحقیق شناسائی شد کم و بیش در مطالعات دیگری نیز مشاهده می‌شود (۴۱-۳۷) و نتایج مطالعه حاضر با آن همخوانی دارد. بنابراین این مسئله محدود به یک کشور یا استان خاص نیست. برخی کشورها در اجرای دستورالعمل‌های پیشگیری از خودکشی پیشرفت‌های قابل توجهی داشته‌اند، در حالی که دیگر کشورها مثل ایران نیازمند تلاش و زمان بیشتری برای بهبود وضعیت خود هستند.

پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود که به شرح زیر است: ۱. عدم دسترسی و انتخاب نمونه از سایر کارکنان خط مقدم پیشگیری، از جمله اورژانس‌های اجتماعی، مراکز بهزیستی و دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ ۲. عدم استفاده از ابزارهای سنجش متنوع به جز مصاحبه؛ و ۳. احتیاط در تعمیم نتایج به دلیل انتخاب نمونه از یک استان.

در پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود: ۱. موانع پیشگیری از خودکشی با استفاده از روش‌های متنوعی نظیر گروه‌های کانونی، مصاحبه با متخصصان و خانواده‌های افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، شناسایی شود؛ ۲. با توجه به چالش‌ها و موانع مطرح شده در این پژوهش، دستورالعمل‌ها و الگوهای پیشگیری از خودکشی مورد بازنگری و غنی‌سازی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به موانع شناسایی شده و راه‌کارهای پیشنهادی در این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که پیشگیری از خودکشی نیازمند یک رویکرد جامع و چندوجهی است. این رویکرد باید به‌طور همزمان بر روی توانمندسازی کارشناسان سلامت روان و دیگر کارکنان خدمات بهداشتی، ارتقاء آگاهی عمومی، سیاست های تامین نیرو و منابع انسانی در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها، همکاری بین‌سازمانی و توجه به عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی تمرکز کند. همچنین، گنجاندن سلامت روان در سیاست‌گذاری‌های عمومی و ارزیابی مستمر برنامه‌ها می‌تواند به کاهش میزان خودکشی و ارتقاء سلامت روان در جامعه کمک کند.

تشکر و قدردانی: از همه مسئولان سلامت روان در شبکه های بهداشت سراسر استان که در خط مقدم مداخله، درمان و پیشگیری از امر مهم خودکشی بوده و با چالش‌های بسیاری در این زمینه مواجه هستند، تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع: مقاله هیچگونه تعارض منافعی نداشت.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش مسائل اخلاقی چون رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در تحقیق، رازداری و عدم افشای اطلاعات شرکت کنندگان رعایت شده است. این پژوهش دارای شناسه و کد اخلاق IR.SKU.REC.1402.024 می‌باشد.

حمایت مالی: این مقاله تحت حمایت مالی-معنوی جایی نبوده است.

مشارکت نویسندگان:

- **طراحی ایده:** رضوان صالحی نجف آبادی، محسن رضائیان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

- **روش کار:** رضوان صالحی نجف آبادی، محسن رضائیان
- **جمع‌آوری داده‌ها:** رضوان صالحی نجف آبادی
- **تجزیه و تحلیل داده ها:** رضوان صالحی نجف آبادی، محسن رضائیان
- **نظارت:** محسن رضائیان
- **مدیریت پروژه:** رضوان صالحی نجف آبادی
- **نگارش-پیشنویس اصلی:** رضوان صالحی نجف آبادی
- **نگارش- بررسی و ویرایش:** محسن رضائیان

References

1. O'Connor R. When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it: Random House; 2021.
2. Organization WH. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals: *World Health Organization* 2023.
3. Wright-Berryman J, Hudnall G, Hopkins R, Bledsoe C. Hope squads: Peer-to-peer suicide prevention in schools. *Children & Schools* 2018; 40(2): 125-6.
4. Grewal PK, Porter JE. Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death Studies* 2007; 31(2): 131-54.
5. Goebert D, Alvarez A, Andrade NN, Balberde-Kamalii J, Carlton BS, Chock S, et al. Hope, help, and healing: Culturally embedded approaches to suicide prevention, intervention and postvention services with native Hawaiian youth. *Psychological Services* 2018; 15(3): 332.
6. Ropaj E. Hope and suicidal ideation and behaviour. *Current opinion in Psychology*. 2023; 49: 101491.
7. Khaleghian R, Ebrahimi Moghadam H, Pourebrahim T. Comparison of the effectiveness of emotion-oriented group counseling and Lyubomirsky's happiness training on life expectancy in adolescents with a history of suicide. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal* (*RRJ*) 2023; 12(10): 99-108.
8. Hjelmeland H, Knizek BL. The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Archives of Suicide Research* 2004;8(4):345-59.
9. Moldeven M. Military-civilian Teamwork in Suicide Prevention: Armed Forces' Strategies, Procedures, and Responsibilities to Implement Their Policy that Suicide Prevention is Everybody's Business!: Meyer Moldeven; 1994.
10. Lewis PC. " Military-Civilian Teamwork in Suicide Prevention" Meyer Moldeven (Book Review). *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1996; 26(3): 319.
11. Williams DY, Hall WJ, Dawes HC, Srivastava A, Radtke SR, Ramon M, et al. Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2023; 14: 1205581.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

12. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry* 2008; 32: 136-42.

13. Kučukalić S, Kučukalić A. Stigma and suicide. *Psychiatria Danubina* 2017; 29(suppl. 5): 895-9.

14. Hanschmidt F, Lehnig F, Riedel-Heller SG, Kersting A. The stigma of suicide survivorship and related consequences—A systematic review. *PloS One* 2016; 11(9) :e0162688.

15. Masoomi M, Hosseinikolbadi S, Saeed F, Sharifi V, Jalali Nadoushan AH, Shoib S. Stigma as a barrier to suicide prevention efforts in Iran. *Frontiers in Public Health* 2023; 10: 1026451.

16. Oliveira Antunes S, Wainwright V, Gredecki N. Suicide prevention across the UK criminal justice system: an overview of current provision and future directions. *The Journal of Forensic Practice* 2021; 23(1): 53-62.

17. Marzetti H, Chandler A, Jordan A, Oaten A. The politics of LGBT+ suicide and suicide prevention in the UK: risk, responsibility and rhetoric. *Culture, Health & Sexuality* 2023; 25(11): 1559-76.

18. Reidenberg D, Berman AL. Changing the direction of suicide prevention in the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2017; 47(4): 509-17.

19. Martinez-Ales G, Hernandez-Calle D, Khauli N, Keyes KM. Why are suicide rates increasing in the United States? Towards a multilevel reimagination of suicide prevention. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm* 2020; 1-23.

20. Wu KC-C, Chen Y-Y, Yip PS. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012; 9(4): 1135-58.

21. Vijayakumar L, Daly C, Arafat Y, Arensman E. Suicide prevention in the Southeast Asia region. *Crisis* 2020.

22. Khan MM, Asad N, Syed E. Suicide in Asia: Epidemiology, risk factors, and prevention. *The International Handbook of Suicide Prevention* 2016: 524-40.

23. Schlebusch L. Suicide prevention: A proposed national strategy for South Africa. *African Journal of Psychiatry* 2012; 15(6): 436-40.

24. Osafo J, Asante KO, Akotia CS. Suicide prevention in the African region. *Crisis* 2020.

25. Knettel BA, Knippler E, Martinez A, Sardana S, Agor D, Mwobobia J, et al. A scoping review of counseling interventions for suicide prevention in Africa: Few studies address this life-saving aspect of mental health treatment. *Journal of Affective Disorders* 2023; 328: 183-90.

26. Krysinska K, Batterham PJ, Tye M, Shand F, Calear AL, Cockayne N, et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016; 50(2) :115-8.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

27. Lockley A, Cheung YTD, Cox G, Robinson J, Williamson M, Harris M, et al. Preventing suicide at suicide hotspots: a case study from Australia. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2014; 44(4): 392-407.

28. Organization WH. Suicide Prevention-SUPRE. 2006.

29. Page A, Liu S, Gunnell D, Astell-Burt T, Feng X, Wang L, et al. Suicide by pesticide poisoning remains a priority for suicide prevention in China: analysis of national mortality trends 2006–2013. *Journal of Affective Disorders* 2017; 208: 418-23.

30. Arya V. Suicide prevention in India. *Mental Health & Prevention* 2024; 33: 200316.

31. Rezaeian M. Suicidal Behavior and Its Prevention: Emergence of Suicidal Thoughts and Planning for Its Implementation. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2023; 22(9): 909-10.

32. Lester D, Gunn III J. Psychology of suicide. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Elsevier; 2016. p. 267-72.

33. Grattidge L, Hoang H, Mond J, Lees D, Visentin D, Auckland S. Exploring community-based suicide prevention in the context of rural Australia: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(3): 2644.

34. Boggs JM, Richards J, Simon G, Aguirre-Miyamoto EM, Barton LJ, Beck A, et al. Suicide Screening, Risk Assessment, and Lethal Means Counseling During Zero Suicide Implementation. *Psychiatric Services* 2024: appi. ps. 20230211.

35. Rezaeian M. Suicidal behavior and its prevention: an introduction to the strategy of the European Alliance against Depression. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2024; 22(12): 1235-6.

36. Kasal A, Táborská R, Juríková L, Grabenhofer-Eggerth A, Pichler M, Gruber B, et al. Facilitators and barriers to implementation of suicide prevention interventions: Scoping review. Cambridge Prisms: *Global Mental Health* 2023; 10: e15.

37. Moore JT, Cigularov KP, Chen PY, Martinez JM, Hindman J. The effects of situational obstacles and social support on suicide-prevention gatekeeper behaviors. *Crisis* 2011.

38. Muñoz-Sánchez J-L, Delgado C, Sánchez-Prada A, Parra-Vidales E, De Leo D, Franco-Martín M. Facilitating factors and barriers to the use of emerging technologies for suicide prevention in Europe: multicountry exploratory study. *JMIR Mental Health* 2018; 5(1): e7784.

39. Tanaka K, Ikeuchi S. Difficulties in suicide prevention facing primary healthcare workers based on the characteristics of people with suicide risk and healthcare systems. *Journal of Advanced Nursing* 2023; 79(8): 2911-23.

40. Inga-Lill R, Danuta W. Suicide-preventive activities in psychiatric care: Evaluation of an educational programme

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry* 2004; 58(5): 389-94.

41. Althaus D, Hegerl U. The evaluation of suicide prevention activities: state of the art. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2003; 4(4): 156-65.

42. York J, Lamis DA, Friedman L, Berman AL, Joiner TE, Mcintosh JL, et al. A systematic review process to evaluate suicide prevention programs: A sample case of community-based programs. *Journal of Community Psychology* 2013; 41(1): 35-51.

43. Lichtman M. Qualitative research in education: A user's guide: Routledge; 2023.

44. Soundy A. Social Constructivist Meta-Ethnography-–A Framework Construction. *International Journal of Qualitative Methods* 2024; 23: 16094069241244863.

45. Vaismoradi M, Snelgrove S. Theme in qualitative content analysis and thematic analysis. 2019.

46. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research* 2001; 1(3): 385-405.

47. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017; 143(2): 187.

48. Vargas-Medrano J, Diaz-Pacheco V, Castaneda C, Miranda-Arango M, Longhurst MO, Martin SL, et al. Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks. *Brain, Behavior, & Immunity-Health* 2020; 7: 100124.

49. Thompson E, Spirito A, Frazier E, Thompson A, Hunt J, Wolff J. Suicidal thoughts and behavior (STB) and psychosis-risk symptoms among psychiatrically hospitalized adolescents. *Schizophrenia Research* 2020; 218: 240-6.

50. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet* 2012; 379(9834): 2373-82.

51. Rezaeian M. Suicidal Behavior and Its Prevention: A Proposed Multi-Components Strategy for Iran. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2024; 23(5): 274-6.

52. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. *World Health Organization* 2014.

53. González-Sanguino C, Benito BA, López MM. Non-fatal suicide behaviours: recommendations for addressing mental health. *The Lancet Psychiatry* 2024; 11(5): 314-6.

54. Rezaeian M, Platt S, Arensman E. Iran's national suicide prevention program. *Crisis* 2021.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]

CCBY-NC.4.0 DEED

In the Shadow of the Untolds: A Qualitative Analysis of the Barriers and Challenges in Suicide Prevention

Rezvan Salehi NajafAbadi[1], Mohsen Rezaeian[2]

Received: 07/09/24 Sent for Revision: 10/11/24 Received Revised Manuscript: 07/12/24 Accepted: 09/12/24

Background and Objectives: Suicide is preventable; however, hundreds of thousands of people still die by suicide each year. This issue highlights the existence of barriers to effective suicide prevention programs. Accordingly, the aim of the present study was to investigate the barriers and challenges associated with suicide prevention from the perspective of mental health experts.

Materials and Methods: This qualitative study employed content analysis. The research population consisted of mental health experts in healthcare centers of Chaharmahal and Bakhtiari Province in 2023. A purposive sample of 10 participants was selected, and data collection continued until saturation was reached. Data were gathered through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis.

Results: Based on the results, five overarching themes regarding the barriers to suicide prevention were obtained: 1. Professional barriers in mental health; 2. Ineffective policies within the healthcare system; 3. Deficiencies in the performance of health networks; 4. Inadequacies in hospital service provision; and 5. Cultural and social barriers. Each of these themes encompasses additional sub-themes, which have been illustrated in a thematic network.

Conclusion: Identifying and understanding these barriers is crucial for suicide prevention programs. This underscores the need for comprehensive training programs for mental health professionals to reduce suicide rates. Furthermore, officials should prioritize recruiting competent personnel, equipping healthcare networks and hospitals with adequate human resources, and destigmatizing mental illness and suicide among the general public.

Keywords: Obstacles, Challenges, Prevention, Suicide, Qualitative approach, Content analysis

- Funding: This study did not have any funds.

- Conflict of interest: None declared.

- Ethical considerations: The Ethics Committee of Shahrekord University approved the study (IR.SKU.REC.1402.024).

Authors' contributions:

- Conceptualization: Rezvan Salehi NajafAbadi, Mohsen Rezaeian

- Methodology: Rezvan Salehi NajafAbadi, Mohsen Rezaeian

- Data collection: Rezvan Salehi NajafAbadi

- Formal analysis: Rezvan Salehi NajafAbadi, Mohsen Rezaeian

- Supervision: Mohsen Rezaeian

- Project administration: Rezvan Salehi NajafAbadi

- Writing – original draft: Rezvan Salehi NajafAbadi

- Writing – review & editing: Rezvan Salehi NajafAbadi, Mohsen Rezaeian

Citation: Salehi NajafAbadi R, Rezaeian M. In the Shadow of the Untolds: A Qualitative Analysis of the Barriers and Challenges in Suicide Prevention. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (9): 828-45. [Farsi]

1- Assistant Prof., Dept. of Counseling, Faculty of Literature and Humanities, Shahrekord University, Iran, ORCID: 0000-0001-7294-2994 (Corresponding Author) Tel: (038) 323244, E-mail: r.salehi@sku.ac.ir

2- Prof., Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.61186/jrums.23.9.828]