

Social Workers' Experiences of Working with Adolescents Who Attempted Suicide in Public Hospitals:

A Qualitative Study

129



▶ **1- Fariba Shakeri Zadeh Haghighi**
M.A. Student of Social Work, Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
(Corresponding Author)
fariba.shakerizadeh7@gmail.com

▶ **2- Maliheh Arshi**
Ph. D. in Social Work, Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

▶ **3- Mohammad Sabzi Khoshnam**
Ph. D. in Social Work, Department of Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Keywords:

Social work, Suicide, Adolescents, Social work interventions

Received: 2025/06/07

Revised: 2026/01/16

Accepted: 2026/05/05

Introduction: Adolescent suicide is a critical public health concern due to its psychological, social, and economic consequences. Adolescents are particularly vulnerable to stressors and identity crises, and the increasing prevalence of suicide underscores the need for effective preventive and intervention strategies.

Method: This qualitative study used a conventional content analysis approach to explore the experiences of social workers in working with adolescents who had attempted suicide. Participants included 16 social workers (7 men, 9 women; mean age: 38.5 years), three adolescents, and two of their family members. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the steps proposed by Graneheim and Lundman. Trustworthiness was ensured through Guba and Lincoln's criteria (credibility, transferability, confirmability, and dependability). Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (IR.USWR.REC.1401.213), and all participants provided informed consent.

Findings: The barriers to social work interventions with adolescent suicide attempters were categorized into five main themes and 22 subthemes: client-related barriers, social work-related barriers, hospital (organizational) barriers, inter-organizational barriers, and structural barriers. These included resistance to treatment, lack of specialized suicide intervention guidelines, limited resources, poor inter-agency coordination, and societal stigma. Facilitators such as professional expertise, treatment team support, and organizational capacity were also identified.

Discussion: Interventions for adolescents who have attempted suicide face challenges at individual, professional, organizational, and structural levels. A multidimensional and coordinated approach involving hospitals, support organizations, and communities is essential. Policy recommendations include developing specialized intervention guidelines, enhancing intersectoral collaboration, empowering social workers through targeted training, promoting supportive managerial attitudes, and expanding family and adolescent education programs for prevention and rehabilitation.

Citation: Shakerizadeh haghighi F, Arshi M, Sabzi Khoshnami M. (2026). Experiences of Social Workers in Dealing with Adolescents Who Attempted Suicide in Healthcare Settings: A Qualitative Study. *Social Welfare Quarterly*. 26(1), 129-156 .doi:10.32598/refahj.26.100.3

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4479-en.html>



Extended Abstract

Introduction

Adolescent suicide poses a serious challenge to mental and social health systems due to the unique developmental vulnerabilities of this age group, including stress and identity crises. It results in significant psychological, social, and economic impacts worldwide (Hendershot & Foll, 2024; Leiner et al., 2025; Zhao et al., 2024). According to the World Health Organization, suicide is the third leading cause of death among individuals aged 15–29, with considerable economic costs such as healthcare expenses and lost productivity (Perlis & Fihn, 2020).

Method

This study was conducted using a conventional qualitative content analysis approach based on Graneheim and Lundman's method to explore social workers' interventions, experiences, challenges, and facilitators in working with adolescents who had attempted suicide. The research was carried out in selected medical centers across the country that had admitted at least 15 adolescents with suicide attempts within a three-month period. Data were collected over six months (January to June 2023).

After approval of the proposal and obtaining the ethics code (IR.USWR.REC.1401.213) from the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, the study was implemented. All participants provided informed consent. Purposeful sampling with maximum variation was used, and participants included 16 social workers, 3 adolescents with a history of suicide attempts, and 2 family members. Data were collected through in-depth semi-structured interviews until data saturation was achieved and were analyzed through transcription, coding, categorization, and theme development. Trustworthiness was ensured using credibility, transferability, dependability, and confirmability criteria.

Findings

The participants consisted of 16 social workers (7 men and 9 women) with a mean age of 38.5 years, three adolescents who had attempted suicide, and two of their family members. Approximately 43% of the social workers held a bachelor's degree, 43%

held a master's degree, and 12% held a PhD. The average work experience in social work was 12.5 years, with 10.6 years specifically in suicide-related cases. The adolescents had been hospitalized for an average of seven days, and most were first-time suicide attempters (Tables 1–3).

The findings revealed that barriers to social work interventions with adolescents who had attempted suicide were classified into five main categories: client-related barriers, social work–related barriers, hospital (organizational) barriers, inter-organizational barriers, and structural barriers. These categories comprised a total of 22 subcategories (Table 1).

Main Category	Barriers / Problems
Client-related barriers	Resistance of adolescents to treatment
	Financial constraints in accessing supportive services
	Lack of family awareness regarding adolescent treatment
	Lack of trust from families in accepting treatment services
Social work–related barriers	Inadequate university training and insufficient practical skills in suicide crisis intervention
	Lack of specialized guidelines for social workers in the field of suicide
	Limited time for delivering social work services
	Lack of standard physical space for service provision

Main Category	Barriers / Problems
Hospital (organizational) barriers	Lack of self-care supportive services for social workers in the field of suicide
	Shortage of human resources in social work departments
	Assignment of unrelated tasks to social workers
	Low job benefits
	Weak psychological services in hospitals
	Neglect of social work interventions by medical staff
	Poor professional communication with adolescents and families by medical staff
	Non-supportive managerial attitudes toward social work
Inter- organizational barriers	Slow response of partner organizations in providing specialized interventions during crises
	Bureaucratic and legal complexities in supportive and partner organizations
Structural barriers	Narrow and reductive perception of the role of social workers
	Lack of public awareness and information dissemination
	Shortage of social support resources for assisting suicidal patients
	Multi-dimensional and complex nature of underlying causes of suicide

Discussion

This study explored social workers' experiences in working with adolescents with a history of suicide attempts. The analysis revealed multiple barriers at the client, professional, hospital, inter-organizational, and structural levels. A major client-related barrier was resistance to treatment, linked to adolescence-specific identity challenges, autonomy-seeking, and cognitive changes, leading to mistrust of interventions. This aligns with [McHolland \(1985\)](#), who emphasized empathy, acceptance, and safe spaces—an approach also relevant in Iranian cul-

ture (McHolland, 1985).

Financial barriers were significant, as families often could not afford counseling and therapy. This finding is consistent with [Steele, Dewa, and Lee \(2007\)](#), who reported greater service access problems among low-income groups, particularly in settings with weaker social support systems ([Steele, Dewa, & Lee, 2007](#)).

Professional barriers included insufficient academic training and practical skills. [Sung-Chan and Yuen-Tsang \(2008\)](#) highlighted this gap and recommended “reciprocal reflection” to integrate theory and practice through shared experiential learning ([Sung-Chan & Yuen-Tsang, 2008](#)).

The lack of specialized guidelines forced social workers to rely on personal experience, creating inconsistent interventions and lower confidence. Both [Robinson et al. \(2018\)](#) and [Nejad et al. \(2019\)](#) stressed the need for standardized protocols ([Robinson et al., 2018](#); [Nezhad et al., 2019](#)).

Physical space limitations, such as the absence of private counseling rooms, compromised confidentiality and service quality—a concern also noted by [Kalate Sadati et al. \(2023\)](#) and [Kim & Sung \(2022\)](#).

The absence of supportive services and self-care programs for social workers negatively impacted mental health and job quality. [Ratcliff \(2024\)](#) and [Wawrzonek \(2023\)](#) confirmed the link between insufficient organizational support and burnout ([Ratcliff, 2024](#); [Wawrzonek, 2023](#)).

Low pay, lack of incentives, and no hardship allowances reduced motivation, despite the emotionally demanding nature of this work. Similarly, the absence of permanent psychologists meant at-risk adolescents were discharged without proper psychological assessment, highlighting the need for multidisciplinary teams ([NajafAbadi & Rezaeian, 2025](#)).

Weak communication between healthcare staff, adolescents, and families left families uninformed about causes, treatment, and care processes, increasing stress and mistrust—findings also reported by [NajafAbadi & Rezaeian \(2025\)](#).

Hospital management’s superficial view of social work reduced intervention quality and motivation. [Yalli & Albrithen \(2011\)](#) and [Kalate Sadati et al. \(2023\)](#) stressed the role of supportive organizational structures ([Yalli & Albrithen, 2011](#); [Sadati et al., 2023](#)).

Slow responses from collaborating agencies such as social emergency services limited timely support, echoing findings by [Kalate Sadati \(2023\)](#) and [Marzieh et al. \(2022\)](#).

Finally, the shortage of social support resources—financial aid, employment services—restricted social workers' capacity to address poverty-related suicide risk, consistent with [Jones & Novak \(2012\)](#). According to Engel's (1977) biopsychosocial model, suicide arises from complex interactions between biological, psychological, and social factors. This study underscores the need for structural reforms, adequate resources, and integrated social strategies for effective prevention.

Conclusion

This study found that social work interventions with adolescents who attempted suicide face challenges at hospital, organizational, and societal levels. Addressing adolescent suicide requires coordinated efforts among hospitals, support agencies, and communities. Enhancing inter-agency collaboration, public awareness, structural support for social workers, and specialized training can improve outcomes and reduce suicide rates.

Policymakers should adopt evidence-based, comprehensive strategies to enable effective interventions. Future research could explore group therapy's impact, family support roles, and educational program effectiveness. Suggested interventions include supervised self-help groups, specialized training for social workers, improved communication skills, and evidence-based methods.

While social workers encounter substantial barriers at individual, professional, organizational, and structural levels, the presence of facilitators such as professional expertise, support from the treatment team, and organizational capacity can improve the quality and effectiveness of interventions. Therefore, the following actions are recommended:

- Develop specialized guidelines for adolescent suicide intervention
- Strengthen intersectoral coordination among responsible agencies
- Empower social workers through targeted professional training
- Promote a supportive view of social work at managerial levels
- Expand family and adolescent education programs for prevention and rehabilitation

Ethical Considerations

This study was conducted in full compliance with research ethics, with a strong emphasis on respecting human dignity, participants' rights, and providing special protection for vulnerable individuals. The mental and emotional well-being of adolescents, families, and social workers was prioritized throughout all stages of the research. Any form of coercion, deception, or provision of misleading information to secure participation was strictly avoided. Prior to interviews, informed consent was obtained from all participants, and they were assured that participation was entirely voluntary and that they could withdraw from the study at any time without any negative consequences.

To ensure confidentiality, all data were recorded anonymously and stored using coded identifiers, with access restricted to the research team. The publication of any personally identifiable information, audio, or video recordings was strictly prohibited without the necessary permissions. Considering the sensitive nature of the research topic, potential psychological impacts of participation were carefully considered, and participants were referred to mental health professionals if needed. Finally, the study findings were reported with integrity, accuracy, and impartiality, and the research was conducted only after receiving approval from the Ethics Committee of the **University of Rehabilitation Sciences and Social Health**.

چالشها و مشکلات مددکاران اجتماعی در مواجهه با نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در بیمارستانهای دولتی استان تهران: یک مطالعه کیفی



مقدمه: نوجوانی به دلیل بحرانهایی مانند بحران هویت، یکی از مهم ترین دوره های زندگی است و نیاز به توجه ویژه مددکاران اجتماعی برای اجرای خودکشی است. پژوهش حاضر به بررسی تجارب مددکاران مراکز اجتماعی درمانی در کار با نوجوانان اقدام به خودکشی می پردازد.

روش: پژوهش حاضر با روش کیفی انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۶ مددکار بهداشتی و درمانی، سه نوجوان و خانواده های دو نوجوان دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند که با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختار یافته جمع آوری شد و اعتبار یافته ها با بهره گیری از چهار معیار گوبا و لینکلن بررسی شد.

یافته ها: یافته ها به مشکلات و موانع فعالیت مددکاران اجتماعی در حمایت از نوجوانان اقدام کننده به خودکشی اشاره داشته اند. از داده ها، ۸ مقوله اصلی و ۳۲ زیر طبقه شناسایی شد که عبارتند از: موانع مرتبط با شخص مددکار اجتماعی، آموزش و عمل مددکاری اجتماعی، موانع سازمانی، موانع بین سازمانی، موانع کادر درمان، موانع بیمار و خانواده هایشان دسته بندی شدند.

بحث: یافته ها نشان داد که مددکاران اجتماعی بیمارستانها در کاهش خطر خودکشی نوجوانان با چالشهایی روبه رو هستند که بر کیفیت خدمات تأثیر می گذارند. پیشنهاد می شود آموزش تخصصی مددکاران افزایش و همکاری بین بیمارستانها، اورژانس اجتماعی و نهادهای حمایتی تقویت شود.

۱. فریبا شاکری زاده حقیقی^{۱۵}

دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول)

fariba.shakerizadeh7@gmail.com

۲. ملیحه عرشی^{۱۵}

دکتر مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. محمد سبزی خوشنامی^{۱۵}

دکتر مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

واژه های کلیدی:

مددکاری اجتماعی، خودکشی، نوجوانان، مداخلات مددکاری اجتماعی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷

آخرین اصلاح: ۱۴۰۴/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱، سلامت را نه صرفاً فقدان بیماری، بلکه «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف می‌کند. بر این اساس، سلامت روان و سلامت اجتماعی به‌عنوان ابعاد جدایی‌ناپذیر سلامت، نقش اساسی در کارکرد فردی و اجتماعی افراد دارند. یکی از تهدیدهای جدی سلامت روان و اجتماعی در دوره نوجوانی، پدیده خودکشی است. خودکشی سالانه بیش از ۷۲۰ هزار مرگ در جهان را به خود اختصاص می‌دهد و یکی از علل اصلی مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳). دوره نوجوانی به دلیل تحولات زیستی، روانی و اجتماعی گسترده، با افزایش آسیب‌پذیری در برابر استرسها، بحران هویت و تعارضات خانوادگی همراه است (هندرشات و همکاران، ۱۴۰۳)^۲. افزون بر پیامدهای فردی، خودکشی نوجوانان آثار عمیق روانی بر خانواده و بازماندگان بر جای می‌گذارد و می‌تواند منجر به افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و احساس گناه مزمن در آنان شود (ژائو و همکاران، ۲۰۲۴)^۳. همچنین هزینه‌های اقتصادی ناشی از خودکشی، شامل هزینه‌های درمانی و کاهش بهره‌وری، بار قابل توجهی بر نظامهای سلامت تحمیل می‌کند (پرلیس و همکاران، ۲۰۲۰)^۴. با وجود پژوهشهای گسترده درباره عوامل خطر، شیوع و پیامدهای خودکشی در نوجوانان، بیشتر مطالعات بر ویژگیهای فردی نوجوانان یا اثربخشی مداخلات درمانی تمرکز داشته‌اند و تجربه زیسته متخصصانی که مستقیماً با این نوجوانان کار می‌کنند، کمتر موردبررسی قرار گرفته است. به‌ویژه در بستر ایران، پژوهشهای محدودی به واکاوی عمیق تجارب حرفه‌ای مددکاران اجتماعی در مواجهه با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی پرداخته‌اند و اغلب مطالعات داخلی رویکرد کمی و آسیب‌شناسانه داشته‌اند.

1. World Health Organization
3. Xinxin Zhao

2. Hendershot and Foll
4. Perlis and Fihn

فقدان درک عمیق از تجربه‌های حرفه‌ای مددکاران اجتماعی می‌تواند مانعی در شناسایی نیازهای حمایتی آنان و بهبود کیفیت خدمات باشد. از این رو، مسئله پژوهش حاضر این است که: تجربه زیسته مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در مواجهه با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی چگونه شکل می‌گیرد و آنان در این مسیر با چه چالشها و موانعی روبه‌رو هستند؟ بر این اساس، هدف پژوهش حاضر واکاوی عمیق تجارب مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در حمایت از نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و شناسایی چالشها و موانع حرفه‌ای آنان است.

روش

این پژوهش با رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی بر اساس روش گرانهم و لوندمن و با هدف بررسی مداخلات، تجارب، چالشها و تسهیل‌کننده‌های خدمات مددکاران اجتماعی در کار با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در مراکز درمانی تهران انجام شد. میدان پژوهش مراکز درمانی منتخب در سطح کشور بود که در یک بازه سه‌ماهه حداقل ۱۵ نوجوان اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه داشته‌اند. گردآوری داده‌ها طی شش ماه، از دی‌ماه ۱۴۰۱ تا پایان خردادماه ۱۴۰۲ انجام شد.

پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق (IR.USWR.REC.1401.213) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مطالعه اجرا شد و تمامی مشارکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند با راهبرد حداکثر تنوع انجام شد و مشارکت‌کنندگان شامل شانزده مددکار اجتماعی، سه نوجوان با سابقه اقدام به خودکشی و دو نفر از اعضای خانواده آنان بودند. مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند عمیق تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد؛ به این ترتیب که پس از پیاده‌سازی

مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی استخراج، کدگذاری و در قالب طبقات و مضامین سازمان‌دهی شدند.

برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها، از معیارهای اعتمادپذیری گوبا و لینکلن شامل قابلیت اعتبار^۱، قابلیت انتقال^۲، قابلیت اطمینان^۳ و قابلیت تصدیق^۴ استفاده شد. قابلیت اعتبار از طریق تعامل مستمر با مشارکت‌کنندگان، غوطه‌وری در داده‌ها و مشورت با اساتید راهنما و مشاور تأمین شد. قابلیت انتقال با تشریح دقیق فرایند پژوهش و ویژگیهای مشارکت‌کنندگان، قابلیت اطمینان با نظارت مستمر بر مراحل پژوهش و قابلیت تصدیق با رعایت اصول اخلاقی، کنترل سوگیری پژوهشگر و نگهداری مستندات پژوهش تضمین شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان شامل ۱۶ مددکار اجتماعی (۷ مرد و ۹ زن) با میانگین سن ۳۸/۵ سال، ۳ نوجوان اقدام‌کننده به خودکشی و ۲ نفر از خانواده آنها بودند. حدود ۴۳٪ مددکاران دارای کارشناسی، ۴۳٪ کارشناسی ارشد و ۱۲٪ دکترا بودند. میانگین سابقه کار مددکاری ۱۲/۵ سال و کار مرتبط با خودکشی ۱۰/۶ سال بود. نوجوانان تقریباً ۷ روز بستری و اغلب بار اول اقدام به خودکشی کرده بودند.

1. Credibility
3. Dependability

2. Transferability
4. Confirmability

جدول (۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده

مشارکت‌کننده کد	جنسیت	سن	تحصیلات	رشته استخدام	مدت سابقه کار	کار مؤقت یا تمام‌وقت	محل کار
P1	زن	۴۵	کارشناسی	رسمی	۱۵ سال	۱۵ سال	بیمارستان امام خمینی
P2	زن	۳۸	کارشناسی	شرکتی	۱۴ سال	۱۴ سال	بیمارستان فیروزگر
P3	زن	۳۴	کارشناسی ارشد	رسمی	۱۱ سال	۵ سال	بیمارستان رسول اکرم
P4	زن	۳۳	کارشناسی ارشد	رسمی	۵ سال	۵ سال	بیمارستان رازی
P5	زن	۴۰	کارشناسی	رسمی	۱۶ سال	۱۶ سال	بیمارستان روزبه
P6	مرد	۴۱	کارشناسی	قراردادی	۱۷ سال	۱۵ سال	بیمارستان شهدای هفتم تیر
P7	زن	۳۹	کارشناسی	رسمی	۱۷ سال	۱۵ سال	بیمارستان شهدای هفتم تیر
P8	مرد	۴۰	کارشناسی ارشد	شرکتی	۶ سال	۴ سال	بیمارستان لقمان
P9	زن	۳۹	کارشناسی ارشد	قراردادی	۱۵ سال	۱۵ سال	بیمارستان لقمان
P10	مرد	۴۵	دکتر	رسمی	۱۱ سال	۳ سال	بیمارستان فارابی
P11	مرد	۴۱	دکتر	رسمی	۱۶ سال	۱۶ سال	بیمارستان امام حسین
P12	مرد	۳۵	کارشناسی	رسمی	۱۰ سال	۱۰ سال	بیمارستان روزبه
P13	مرد	۳۳	کارشناسی ارشد	پیمانی	۴ سال	۴ سال	بیمارستان طالقانی
P14	زن	۳۷	کارشناسی ارشد	پیمانی	۱۲ سال	۶ سال	بیمارستان سوانح و سوختگی
P15	زن	۴۳	کارشناسی	رسمی	۱۷ سال	۱۷ سال	بیمارستان شهدای تجریش
P16	مرد	۳۴	کارشناسی ارشد	رسمی	۱۰ سال	۱۰ سال	بیمارستان شهدای یافت‌آباد

جدول (۲) اطلاعات جمعیت شناختی نوجوانان مشارکت‌کننده و خانواده آنها

مشارکت‌کننده	جنسیت	سن	نسبت با بیمار	مدت بستری	محل بستری	لحاظ اقدام به خودکشی	روز خودکشی
P17	زن	۱۷	شخص بیمار	۸ روز	بیمارستان فیروزگر	یکبار	مسمومیت با قرص
P19	زن	۱۷	شخص بیمار	۶ روز	بیمارستان لقمان	دو بار	مسمومیت با قرص
P21	زن	۱۵	شخص بیمار	۱۰ روز	بیمارستان شهدای هفتم تیر	یکبار	آسیب جسمی
P18	مرد	۴۹	پدر	۵ روز	بیمارستان لقمان	یکبار	آسیب جسمی
P20	مرد	۳۵	برادر	۷ روز	بیمارستان فیروزگر	یکبار	مسمومیت با قرص

یافته‌های پژوهش نشان داد که موانع مداخلات مددکاران اجتماعی با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در پنج طبقه اصلی شامل موانع مربوط به خدمت‌گیرنده، مددکاری اجتماعی، بیمارستان (سازمانی)، بین سازمانی و موانع ساختاری، در قالب ۲۲ زیرطبقه دسته‌بندی شدند (جدول ۴).

جدول (۴) طبقات فرعی و زیرطبقه‌های مربوط به موانع

طبقه اصلی	طبقه اصلی	زیرطبقه
مشکلات و موانع	موانع مربوط به خدمت‌گیرنده	۱. مقاومت نوجوانان در برابر درمان ۲. موانع مالی در دریافت خدمات حمایتی ۳. کمبود آگاهی خانواده نوجوان در درمان ۴. بی‌اعتمادی خانواده‌ها در پذیرش خدمات درمانی
	موانع مرتبط با مددکاری	۱. نارسایی آموزشهای دانشگاهی و ضعف مهارتهای عملی در مداخله بحران خودکشی ۲. فقدان دستورالعمل تخصصی برای مددکاران اجتماعی در حوزه خودکشی ۳. محدودیت زمان در ارائه خدمات مددکاری ۴. نبود فضای فیزیکی استاندارد
	موانع مربوط به بیمارستان (سازمانی)	۱. نبود خدمات حمایتی خودمراقبتی از مددکاران اجتماعی حوزه خودکشی ۲. کمبود نیروی انسانی در مددکاری ۳. محول کردن وظایف غیرمرتبط به مددکاری ۴. مزایای شغلی پایین ۵. ضعف خدمات روان‌شناسی در بیمارستان ۶. نادیده گرفتن مداخلات مددکاران اجتماعی از سوی کادر درمان ۷. ضعف ارتباط حرفه‌ای با نوجوان و خانواده از سوی کادر درمان ۸. حمایتی نبودن دیدگاه مدیریت بیمارستان به مددکاری
	موانع بین سازمانی	۱. سرعت پایین سازمانهای همکار در ارائه مداخلات تخصصی در شرایط بحرانی ۲. پیچیدگی اداری و قانونی مراکز حمایتی و همکار
	موانع ساختاری	۱. نگرش محدود و تقلیل یافته به نقش مددکار اجتماعی ۲. کمبود آگاهی و اطلاع‌رسانی عمومی ۳. کمبود منابع اجتماعی حمایت‌کننده برای کمک به بیمار خودکشی ۴. چندبعدی و پیچیده بودن علل زمینه‌ساز خودکشی

موانع مربوط خدمت‌گیرنده

اولین طبقه موانع مربوط به خدمت‌گیرنده است که شامل مقاومت نوجوانان در برابر درمان، مشکلات مالی، کمبود آگاهی خانواده و بی‌اعتمادی آنها به خدمات درمانی می‌شود. مقاومت نوجوانان در برابر درمان: بسیاری از مددکاران اجتماعی، مقاومت نوجوانان

اقدام‌کننده به خودکشی در درمان را از مهم‌ترین چالشها می‌دانند. نوجوانان به دلایلی مانند احساس درک‌نشدن، تجربیات منفی، فشار خانواده و نبود انگیزه، بیشتر درمان را بی‌فایده می‌دانند و تنها به اجبار خانواده بدون همکاری در جلسات شرکت می‌کنند.

موانع مالی در دریافت خدمات حمایتی: بسیاری از خانواده‌ها به دلیل شرایط اقتصادی دشوار، قادر به تأمین هزینه‌های درمانی، از جمله جلسات مشاوره یا روان‌درمانی برای نوجوانانشان نیستند. مددکار اجتماعی اشاره کرد که؛

«موانع دیگه شرایط مالی خود خانواده‌س. اگه شرایط مرفهی نداشته باشن و ما ازشون بخوایم که مریضو هر دو هفته به کلینیک ببره این نیاز به یه اسپانسر داره و معمولاً اینکارو نمیکنن»

کمبود آگاهی خانواده نوجوان در درمان: بسیاری از خانواده‌ها درک کافی از پیچیدگیهای خودکشی و مشکلات روانی ندارند و انتظار دارند مشکل نوجوانشان سریع و با اقدامات سطحی مثل دارو یا زمان کوتاه بدون پیگیری بلندمدت درمان یا مشاوره حل شود. مددکار اجتماعی که سالها در فیلد خودکشی شاغل بود گفت:

«انتظاراتی دارن مبنی بر اینکه بچشون کی خوب میشه، اگه من این قرصو یه ماه بدم خوب میشه، فکر نمیکنه که این بچه باید حداقل چند ماه و طولانی مدت تحت درمان قرار بگیره، باید خدمات روان‌پزشکی دریافت کنه، خیلی سطح آگاهی تو جامعه کمه. مهارت ارتباطی ندارن برای اینکه با نوجواناشون برخورد کنن»

بی‌اعتمادی خانواده‌ها در ارائه اطلاعات: بسیاری از خانواده‌ها در ابتدا از گفتن کامل جزئیات خودکشی فرزندشان خودداری می‌کنند. معمولاً این به دلیل ترس از قضاوت اجتماعی، شرم، احساس گناه یا نگرانی از آسیب بیشتر نوجوان است.

موانع مرتبط با مددکاری

دومین طبقه اصلی، به چالشها و مشکلات مددکاران اجتماعی در مسیر ارائه خدمات تخصصی مرتبط با پیشگیری، مداخله و درمان خودکشی توسط وجود دارد، می‌پردازد. نارسایی آموزشهای دانشگاهی و ضعف مهارتهای عملی: یکی از چالشهای مهم مددکاران اجتماعی، کمبود آموزش تخصصی و عملی در زمینه مداخله در بحران خودکشی نوجوانان است. بسیاری اعلام کرده‌اند که در دوران تحصیل دانشگاهی آموزشهای کافی در این حوزه دریافت نکرده و در مواجهه با این موارد احساس ناتوانی و سردرگمی می‌کنند. مددکار اجتماعی از این بابت ابراز تأسف کرد:

«ما واقعاً نمیدانیم در رابطه با کیسهای خودکشی چه اقدامات تخصصی لازمه انجام بدیم. هرآنچه که انجام میدیم بر اساس تجربه و آموزشهای عمومی که داشتیم هستش.»

فقدان دستورالعمل تخصصی برای مددکاران اجتماعی در حوزه خودکشی: مددکاران گفتند که:

«دستورالعمل مشخص و مدونی برای مواجهه با خودکشی نوجوانان ندارند و فقط از پروتکلهای کلی استفاده می‌شود که مداخله مؤثر را سخت می‌کند.»

محدودیت زمان در ارائه خدمات مددکاری: این محدودیت فرصت تشکیل گروههای حمایتی، مصاحبه‌های عمیق و بازدید از منزل را کاهش داده و ارزیابی و حمایت از نوجوانان در معرض خطر را ناقص می‌کند. مددکار گفت:

«متأسفانه چون در بیمارستان بیمار یه تایم کمی رو میمونه و بعد از بهبودی ترخیص میشه همیشه یه سری مداخلات ازجمله مصاحبه عمیق یا تشکیل گروه انجام بدیم.»

نبود فضای فیزیکی استاندارد: بیشتر مددکاران گفتند نبود فضای مناسب برای مصاحبه و مداخله، چالشی بزرگ است که باعث کاهش امنیت روانی، اعتماد و حفظ حریم خصوصی شده و کیفیت کار را پایین می‌آورد.

موانع مربوط به بیمارستان (سازمانی)

از دیگر موانع در مراکز درمانی که مددکاران اجتماعی با آن روبه‌رو هستند، می‌توان به نبود حمایت‌های کافی از آنان، کمبود نیروی انسانی و ضعف هماهنگی بین‌بخشی اشاره کرد. این مشکلات باعث کاهش کیفیت و اثربخشی خدمات پیشگیری و مداخله در خودکشی می‌شود و ارائه مراقبت‌های هدفمند را دشوار می‌کند.

نبود خدمات حمایتی خودمراقبتی از مددکاران اجتماعی: مددکاران اجتماعی به دلیل نبود خدمات حمایتی کافی مانند دسترسی محدود به روان‌کاو یا مشاور، نمی‌توانند بیش‌ازحد درگیر مشکلات مددجویان شوند.

کمبود نیروی انسانی در مددکاری اجتماعی: بیشتر مددکاران اجتماعی معتقدند نیروی انسانی کافی برای حجم بالای کار و تعداد زیاد بیماران وجود ندارد و این کمبود باعث می‌شود نتوانند مداخلات خود را کامل انجام دهند. مددکار اجتماعی گفت:

«به دلیل حجم بالای کار و کمبود نیرو مددکار و زیادبودن بیمار را دیگه بعد از

ترخیص پیگیری عمیقی نیست و بیشتر وقتا ارتباط قطع میشه.»

محول کردن وظایف غیرمرتبط به مددکار اجتماعی: مددکاران اجتماعی اشاره کردند که از آنها خواسته می‌شود تا اموری خارج از وظایف تخصصی‌شان، مانند امور اداری و پیگیری‌های غیرمرتبط را انجام دهند که این امر باعث می‌شود نتوانند به وظایف اصلی خود متمرکز باشند. مزایای شغلی پایین: مددکاران اجتماعی بیمارستانها، پایین بودن مزایا و حقوق ناکافی را از موانع اصلی در ارائه خدمات مؤثر می‌دانند.

ضعف خدمات روان‌شناسی در بیمارستان: برخی مددکاران گفته‌اند، بیمارستان روان‌شناس یا روان‌پزشک ندارد و بیماران پس از مراقبت‌های پزشکی بدون مداخلات روانی ترخیص می‌شوند که خطر خودکشی مجدد را افزایش می‌دهد. مددکار با تأکید بر اهمیت این موضوع گفت:

«ما به عنوان مددکار اجتماعی تمام تلاشمان را می‌کنیم تا حمایت لازم را ارائه دهیم، اما جای روان‌شناس و روان‌پزشک را نمی‌توانیم پر کنیم. این کمبود باعث می‌شود که بسیاری از بیماران، بدون دریافت درمان ریشه‌ای، دوباره در معرض خطر اقدام مجدد قرار بگیرند.»

نادیده‌گرفتن مداخلات مددکاران اجتماعی از سوی کادر درمان: برخی کادر درمانی مداخلات مددکاری در خودکشی را جدی نمی‌گیرند و آن را فقط روانی می‌دانند، نه اجتماعی. ضعف ارتباط حرفه‌ای با نوجوان و خانواده از سوی کادر درمان: برخی خانواده‌ها گفته‌اند پس از خودکشی فرزندشان، بیمارستان پیگیری یا اطلاعات کافی نداده است. برخی نوجوانان هم از صحبت‌های بلند و سرزنش در بیمارستان ناراحت شده‌اند. مادر نوجوانی که به‌تازگی از خودکشی نجات یافته بود گفت:

«دوست داشتم حداقل پزشک یا پرستار نیاد با صدای بلند جلو همه بگه چرا خودکشی کردی و نصیحت کنه. بیمارستان رازداری نداره سیستم اشتباست کلاً... باید عیش رو ببوشونم نه اینکه دکتر بیاد بلند بگه آقا این کارو دیگه نکن این کارا از مد افتاده... تو داری نصیحتش میکنی یا خوردش میکنی... اون خودش خرد شده‌ست تو داری بدترش میکنی...»

حمایتی نبودن دیدگاه مدیریت بیمارستان به مددکاری اجتماعی: مدیران بیشتر به مسائل مالی بیمارستان توجه دارند و مداخلات مددکاری در خودکشی نادیده گرفته می‌شود، حمایت و پیگیری بیماران کم است.

موانع بین سازمانی

برخی موانع کاری به ناهماهنگی بین سازمانها و ضعف در عملکرد اورژانس اجتماعی و همکاری دولتی و روندهای زمان‌بر مرتبط است.

سرعت پایین سازمانهای همکار در ارائه مداخلات تخصصی: بیشتر مددکاران گفته‌اند اورژانس اجتماعی و بهزیستی در مداخلات خودکشی کند عمل می‌کنند و از مسئولیت شانه خالی می‌کنند که باعث تأخیر در مداخلات می‌شود.

پیچیدگی اداری و قانونی مراکز حمایتی: انتقال نوجوان خودکشی‌کرده‌ای که خانواده‌اش صلاحیت نگهداری ندارد، پروسه‌ای زمان‌بر و پیچیده است و نیاز به مراحل قانونی و هماهنگی نهادها دارد. مددکار با اشاره به فرایند دشوار مراکز گفت:

«پذیرششون تو مراکز بهزیستی که کلاً پروسه اداریش خیلی طول میکشه، یا حتی بیمه‌ها مثلاً میگن که باید تمام مدارک کامل باشه، ولی خب حالا به سری آدم‌ها که مجهولن و مشکل دارن، بیمه‌ش کجا بوده مدارکش کجاس... مثلاً اتباع داریم که هزینه‌های زیادی دارن و بیمه نمیشن، اکثراً مشکل مالی دارن و هیچ سازمان و ارگانی حمایت نمیکنه.»

موانع ساختاری

موانع مددکاری اجتماعی به فرهنگ جامعه و دید محدود نسبت به آن و ضعف نهادهای دولتی در کمک به خانواده‌ها مربوط است.

نگرش محدود و تقلیل‌یافته به نقش مددکار اجتماعی: بسیاری از مددکاران اجتماعی معتقدند نقش واقعی آنها در نظام درمانی درست درک نشده و فقط به امور مالی مانند گرفتن تخفیف و کمک مالی محدود شده است. مددکار اجتماعی گفت:

«توی بیمارستان خیلی همیشه کار مددکاری اجتماعی به معنای حرفه‌ای و

کلینیکال انجام داد. درواقع بیمارها بیشتر به دنبال حمایت مالی از مددکار هستند و خانواده‌ها خیلی براشون مهم نیست که مریض من خودکشی کرده که برن پیگیرش کنن. اونو به عنوان یک رفتاری که اتفاق افتاده و حالا چیزی نیست میبینن و جدی نمیگیرن.»

کمبود آگاهی و اطلاع‌رسانی عمومی: بسیاری از والدین نمی‌دانند که تغییرات ناگهانی رفتار، انزوا، افت تحصیلی و صحبت درباره مرگ نشانه‌های هشداردهنده‌اند. بعضی آنها را نادیده می‌گیرند یا بحران نوجوانی می‌دانند، اما این بی‌توجهی خطرناک است. مددکار اجتماعی با ناراحتی ابراز کرد:

«بسیاری از والدین متوجه نشانه‌های هشداردهنده مثل تغییرات رفتاری، انزوا، افت تحصیلی یا صحبت درباره ناامیدی و مرگ نمیشن، یا اگه هم متوجه شن، اونو جدی نمیگیرن و فکر میکنن که این فقط یک بحران مقطعی. حتی بعد از اقدام به خودکشی، برخی والدین به جای اینکه از فرزندشون حمایت کنن، اونو سرزنش میکنن یا به دلیل ترس از قضاوت دیگران، از مراجعه به روان‌شناس و مددکار خودداری میکنن.»

کمبود منابع اجتماعی حمایت‌کننده برای کمک به نوجوان: برخی مددکاران در گفتگو با نوجوانان مشکلاتی مانند بیکاری پدر، فقر و کمبود حمایت در خانواده‌ها را دیده‌اند که باعث مشکلات روانی نوجوانان شده است.

چندبعدی و پیچیده‌بودن علل زمینه‌ساز خودکشی: مددکاران اجتماعی می‌گویند خودکشی مسئله‌ای چندبعدی است و عوامل ساختاری مانند فقر، اعتیاد و جرم نیازمند اصلاحات کلان‌اند و کمبود منابع ارجاع مشکل را سخت‌تر کرده است. مددکار اجتماعی گفت:

«خیلی از مسائل ساختاری هستند؛ مثل فقر، بیکاری، اعتیاد؛ و خیلی از اقدامات

ما منوط به همکاری دستگاههای دیگر از نهادهای اجتماعی دیگه‌ای هست که در اطراف ما قرارداره. بعضی موقعها ما واقعاً نمیتونیم اون کاری رو که برای مددجو لازم هست رو از یک نهادی تقاضا بکنیم و اون نهاد اونجوری که باید و شاید بیاد به ساپورت این فرد و کمک بکنه.»

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تجارب مددکاران اجتماعی در کار با نوجوانان دارای سابقه اقدام به خودکشی انجام شد. نتایج تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد موانع مربوط به خدمت‌گیرنده، مددکاری اجتماعی، بیمارستان، بین‌سازمانی و ساختاری وجود دارد. یکی از موانع اصلی، مقاومت نوجوانان خودکشی‌کرده در برابر درمان است که به تغییرات پیچیده دوره نوجوانی و چالشهای هویتی، استقلال‌طلبی و تغییرات ذهنی مربوط می‌شود. این باعث بی‌اعتمادی به درمان می‌شود. مطالعات قبلی مانند [مک‌هالند^۱ \(۱۹۸۵\)](#) هم‌راستا است نشان می‌دهد بهتر است با پذیرش، همدلی و ایجاد فضای امن با مقاومت برخورد شود، رویکردی که در فرهنگ ایرانی نیز کاربردی است ([مک‌هالند، ۱۹۸۵](#)).

موانع مالی یکی از چالشهای مهم در درمان نوجوانان خودکشی‌کرده است، زیرا خانواده‌ها توان پرداخت هزینه مشاوره و درمان را ندارند. این مشکل با یافته‌های [استیل^۲ و همکاران \(۲۰۰۷\)](#) هم‌خوانی دارد که نشان می‌دهد افراد دارای درآمد پایین مشکلات بیشتری در دسترسی به خدمات دارند. این مسئله در کشورهایی مثل ایران با حمایت اجتماعی ضعیف‌تر، بیشتر احساس می‌شود ([استیل و همکاران، ۲۰۰۷](#)).

کمبود آگاهی خانواده‌ها درباره خودکشی یکی از موانع مهم درمان نوجوانان است و باعث نگرش منفی نسبت به درمان می‌شود. مطالعه [جوادی و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) نیز نشان

1 JD McHolland

2 Leah Steele

داده‌اند که ناآگاهی خانواده‌ها درباره روند درمان و اهمیت پیگیری پس از ترخیص مانع موفقیت درمان است. این یافته با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ است (جوادی و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از موانع مهم مددکاری اجتماعی، ضعف آموزش دانشگاهی و مهارت‌های عملی بود. در مطالعه سونگ چان^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، نیز به این شکاف تأکید کرده و روش «بازتاب متقابل» را برای رفع آن پیشنهاد داده‌اند. در این روش، یادگیری به صورت مشارکتی و بر پایه تعامل تجربیات اساتید، دانشجویان و مددکاران صورت می‌گیرد تا بین دانش تئوریک و کاربرد آن در شرایط واقعی پیوند برقرار شود (سونگ چان و همکاران، ۲۰۰۸).

نبود فضای فیزیکی مناسب مانند اتاق خصوصی برای مشاوره، مددکاران اجتماعی را مجبور به کار در محیط‌های شلوغ و پررفت‌وآمد می‌کند که باعث کاهش کیفیت خدمات و نقض رازداری حرفه‌ای می‌شود. کلاته ساداتی و همکاران (۲۰۲۳) نیز این مشکل را تأیید کرده‌اند، چون اطلاعات حساس بیماران ممکن است توسط دیگران شنیده شود.

نبود خدمات حمایتی و برنامه‌های خودمراقبتی برای مددکاران اجتماعی در بیمارستان یکی دیگر از موانع است که بر سلامت روان و کیفیت کار آنها تأثیر منفی دارد. مطالعه رتکلیف^۲ (۲۰۲۴) و همچنین واورزونک^۳ (۲۰۲۳) نیز این کمبود حمایت سازمانی و پیامدهای فرسودگی شغلی را تأیید کرده‌اند. این نشان می‌دهد فقدان خدمات حمایتی ساختاریافته، عاملی مهم در کاهش اثربخشی مددکاران در بحرانهای پیچیده مانند خودکشی است.

نیروی انسانی در مددکاری اجتماعی باعث فشار زیاد و کاهش کیفیت مداخلات می‌شود. مطالعه صالحی نجف‌آبادی و همکاران (۲۰۲۵) نیز تعدادی از متخصصان در نظام سلامت

1. Sung-Chan
2. Ratcliff
3. Wawrzonek

روان را یکی از اصلی‌ترین عوامل خودکشی معرفی کرده است. این افزایش باعث افزایش کاری و محدودیت دسترسی نوجوانان به خدمات حمایتی و درمانی می‌شود؛ بنابراین، سلامت روان و مددکاری نظام اجتماعی هر دو با مشکل نیروهای انسانی روبه‌رو بوده‌اند و نیازمند سیاست‌گذاری برای جلب‌توجه، آموزش و مراقبت از نیروهای متخصص هستند (نجف‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۵).

محول‌کردن وظایف غیرمرتبط به مددکاران اجتماعی باعث کاهش اثربخشی، نارضایتی شغلی و تضعیف هویت حرفه‌ای می‌شود. مطالعه آکر^۱ (۲۰۰۴) نشان داد که وجود ابهام نقش و تعارض نقش باعث کاهش رضایت شغلی و افزایش نیت ترک شغل می‌شود.

نبود روان‌شناس ثابت در بیمارستانها با هدف اصلی ارائه خدمات حمایتی و درمانی به نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی باعث می‌شود نوجوانان در خطر، بدون ارزیابی روان‌شناختی دقیق و مداخلات تخصصی، ترخیص شوند. حضور تیم چندرشته‌ای شامل روان‌شناس و مددکار اجتماعی برای ارزیابی به‌موقع و برنامه‌های درمانی نیاز است (نجف‌آبادی و همکاران، ۲۰۲۵).

ضعف ارتباط حرفه‌ای کادر درمان با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و خانواده‌های آنها باعث می‌شود که خانواده‌ها اطلاعات کافی در مورد علل خودکشی، روند درمان و درمانهای لازم دریافت کنند که باعث افزایش استرس و سردرگمی آنها شود. پژوهش صالحی نجف‌آبادی و همکاران (۲۰۲۵) نشان می‌دهد که عدم ارتباط حمایت‌گرا نه و ضعف در رعایت اصول اخلاقی مانند رازداری، احساس ناامنی و بی‌اعتمادی بیماران به سیستم درمان را افزایش می‌دهد.

نگرش مدیریت بیمارستان به مددکاری اجتماعی سطحی و غیرتخصصی است که این موضوع را بد، کیفیت مداخلات و انگیزه‌های کاری مددکاران را کاهش می‌دهد. مطالعات

1. Acker

یالی^۱ و همکاران (۲۰۱۱) و کلاته ساداتی و همکاران (۲۰۲۳) ساخته‌اند که ساختار سازمانی و نگرش مدیریتی نقش کلیدی در اثربخشی عملکرد مددکاران اجتماعی دارند.

یکی از سازمانهای سازمانی مهم، سرعت پایین سازمانهای همکار مانند اورژانس اجتماعی و بهزیستی در ارائه مداخلاتی است که باعث حمایت و افزایش خطر برای افراد آسیب‌پذیر می‌شود. مددکاران اجتماعی می‌گویند این سازمانها گاهی اوقات مسئولیت را نمی‌پذیرند یا کارها را انجام می‌دهند که فرصتهایی از خودکشی از دست می‌رود. در پژوهش کلاته ساداتی (۲۰۲۳) و جوادی و همکاران (۲۰۲۲)، نیز ضعف همکاری بین‌سازمانی و تأخیر را در حمایت از آن را بررسی کرده‌اند (ساداتی و همکاران، ۲۰۲۳ و جوادی و همکاران، ۲۰۲۲).

موانع ساختاری شامل نگرش محدود به نقش مددکار اجتماعی است که به کمک مالی محدود می‌شود و توانمندیهای تخصصی آنها در روان‌شناسی اجتماعی و بحران کمتر دیده می‌شود. این دیدگاه هم در خانواده‌ها و هم در تیم درمان مانع کارآمدی مداخلات مددکاران می‌شود.

در مطالعه نوروژی و همکاران (۲۰۲۳) بسیاری از افراد با افراد متخصص مددکاری اجتماعی آشنا هستند که این موضوع باعث کاهش اثربخشی خدمات و مقاومت در پذیرش آنها می‌شود (نوروژی و همکاران، ۲۰۲۳).

کمبود منابع اجتماعی حمایتی، مانند کمکهای اقتصادی، موجب ناتوانی مددکاران اجتماعی در حمایت از نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و خانواده‌هایشان در مواجهه با مشکلاتی مثل بیکاری و فقر می‌شود. کمبود خدمات و نهادهای حمایتی توانایی بیماران را برای دسترسی به درمانهای مؤثر کاهش می‌دهد و پیشگیری از خودکشی را دشوار می‌کند. پیچیدگی و چندبعدی بودن خودکشی، نشان می‌دهد که عوامل مختلف می‌توانند بر رفتار خودکشی تأثیر بگذارند. طبق مدل زیستی-روانی-اجتماعی^۲ که اولین بار توسط انگل^۳

1. Nadir Yalli

2. Biopsychosocial Model

3. Engel

(۱۹۷۷) مطرح شد، خودکشی به عنوان نتیجه‌ای از تعامل پیچیده و چندبعدی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که خودکشی چندبعدی و پیچیده است و عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در آن نقش دارند. کمبود منابع و برنامه‌های جامع باعث می‌شود مددکاران تنها مداخلات کوتاه‌مدت انجام دهند. پیشگیری مؤثر نیازمند تغییرات ساختاری و کاهش نابرابریهای اجتماعی است؛ بنابراین، توجه به ابعاد اجتماعی و راهکارهای جامع ضروری است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان‌داد که مداخلات مددکاری در مواجهه با نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی با چالشهای متعددی در سطوح مختلف بیمارستانی، بین‌سازمانی و اجتماعی روبه‌رو است. درمجموع، این پژوهش نشان می‌دهد که مقابله با پدیده خودکشی نوجوانان نیازمند یک رویکرد چندبعدی و هماهنگ بین بیمارستان، سازمانهای حمایتی و جامعه است. تقویت همکاریهای بین‌سازمانی، افزایش آگاهی عمومی، بهبود حمایتهای ساختاری از مددکاران اجتماعی و ارائه آموزشهای تخصصی، ازجمله اقداماتی است که می‌تواند به بهبود مداخلات و کاهش نرخ خودکشی در نوجوانان کمک کند؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران و مسئولان حوزه سلامت و رفاه اجتماعی، با اتخاذ رویکردی جامع و مبتنی بر شواهد، بسترهای لازم برای اجرای مداخلات مؤثر و پایدار را فراهم کنند.

با توجه به یافته‌ها، بررسی و بحثهای این پژوهش، پیشنهادهای زیر برای پژوهشهای آینده مطرح می‌شود: تأثیر گروه‌درمانی در بهبود وضعیت روانی و اجتماعی این نوجوانان، تأثیر حمایت خانواده و نوع روابط خانوادگی در پیشگیری از خودکشی و تحقیقاتی که به بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی در مدارس و مراکز مشاوره می‌پردازند. این پژوهشها می‌توانند در تدوین برنامه‌های پیشگیری مؤثر باشند. همچنین مداخله‌هایی مانند تشکیل

گروههای خودیاری تحت نظارت مددکاران-اجتماعی و روان‌شناسان برای حمایت عاطفی و اجتماعی از این افراد، برگزاری دوره‌های آموزشی برای مددکاران اجتماعی در قالب ارائه آموزشهای تخصصی در زمینه مداخلات خودکشی نوجوانان، افزایش مهارتهای ارتباطی و اجرای روشهای مداخله می‌توانند مؤثر واقع شوند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و با تأکید بر حفظ کرامت انسانی، حقوق شرکت‌کنندگان و حمایت از افراد آسیب‌پذیر انجام شده است. سلامت روانی و عاطفی نوجوانان، خانواده‌ها و مددکاران اجتماعی در تمامی مراحل پژوهش در اولویت قرار داشته و از هرگونه فشار، اجبار، فریب یا ارائه اطلاعات نادرست برای جلب مشارکت افراد پرهیز شده است. پیش از انجام مصاحبه‌ها، رضایت آگاهانه تمامی شرکت‌کنندگان اخذ شد و به آنان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله می‌توانند بدون هیچ پیامد منفی از مطالعه انصراف دهند.

به‌منظور حفظ محرمانگی، تمامی اطلاعات به‌صورت ناشناس ثبت و با استفاده از کدگذاری نگهداری شد و دسترسی به داده‌ها محدود به تیم پژوهش بود. همچنین از انتشار هرگونه اطلاعات هویتی، صوت یا تصویر شرکت‌کنندگان بدون مجوز لازم خودداری شد. با توجه به ماهیت حساس موضوع پژوهش، پیامدهای احتمالی روان‌شناختی مشارکت در مصاحبه‌ها موردتوجه قرار گرفت و در صورت نیاز، امکان ارجاع افراد به خدمات تخصصی سلامت روان فراهم بود. درنهایت، نتایج پژوهش با رعایت اصول صداقت علمی، دقت و بی‌طرفی گزارش‌شده و اجرای مطالعه پس از اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی انجام شده است.

- Brown, C. R., Hambleton, I. R., Sobers-Grannum, N., Hercules, S. M., Unwin, N., Nigel Harris, E.,... Murphy, M. M. (2017). Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: a systematic review. *BMC Public Health*, 17, 1-11.
- Hendershot, C. S., & Foll, B. L. (2024). *Substance Use and Concurrent Disorders: Current Context and the Need for Treatment Integration*. In (pp. 07067437241305174): SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Javadi, M., Behzadnezhad, M. M., Alizade, M., Sharbafchizade, N., & Yaghoubi, M. (2022). *Challenges of post-discharge follow-up in psychiatric patients in Isfahan Farabi Hospital: a qualitative study*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12634>. (in persian)
- Jones, C., & Novak, T. (2012). Poverty, welfare and the disciplinary state: *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780203003664>
- Kim, U.-R., & Sung, H. (2022). Urban parks as a potential mitigator of suicide rates resulting from global pandemics: Empirical evidence from past experiences in Seoul, Korea. *Cities*, 127, 103725.
- Leiner, M., de la Rosa, J. M., & de Vargas, C. (2025). The virtual kidnapping of youth by social media advertising. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 14(1), e140105-e140105. <https://doi.org/10.7363/140105>
- McHolland, J. D. (1985). Strategies for dealing with resistant adolescents. *Adolescence*, 20(78), 349.
- NajafAbadi, R. S., & Rezaeian, M. (2025). In the Shadow of the Unsaid: A Qualitative Analysis of Barriers and Challenges in Suicide Prevention. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 23(9). (in persian)
- Nejad, S., Homeira, Poursharifi, Mohammadzadeh, Jahansha, Miri, S., & Kourosh. (2019). The effectiveness of an integrative intervention on hopelessness and emotional dysregulation as determinants of suicidal tendencies in adolescents and young people in Ilam. *Community Health*, 13(3), 32-43. (in persian)
- Norouzi, Vand, M., Khanke, & Aqlima. (2023). Investigating the emergence of barriers and facilitators of social work interventions towards couples' sexual satisfaction. *Quarterly Cultural-Educational Journal of Women and Family*, 18(65), 161-184. (in persian)
- Perlis, R. H., & Fihn, S. D. (2020). Hard truths about suicide prevention. *JAMA network open*, 3(10), e2022713-e2022713. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22713
- Ratcliff, M. (2024). Social workers, burnout, and self-care: A public health issue. *Delaware journal of public health*, 10(1), 26. doi: [10.32481/djph.2024.03.05](https://doi.org/10.32481/djph.2024.03.05)

- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D.,... Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 4, 52-91. DOI: [10.1016/j.eclinm.2018.10.004](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004)
- Sadati, K., Javadian, & Hardangi, S. (2023). Professional challenges of medical social work in safe patient discharge; a qualitative study. *Hospital Quarterly*, 22(3), 219-232. (in persian)
- Steele, L., Dewa, C., & Lee, K. (2007). Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(3), 201-206. DOI: [10.1177/070674370705200312](https://doi.org/10.1177/070674370705200312)
- Sung-Chan, P., & Yuen-Tsang, A. (2008). Bridging the theory-practice gap in social work education: a reflection on an action research in China. *Social Work Education*, 27(1), 51-69. <https://doi.org/10.1080/02615470601141383>
- Wawrzonek, J. (2023). *Exploring Social Workers and Self-Care*. Walden University,
- Wilkinson, R. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2023). Suicide worldwide in 2023: Global health estimates. *Geneva: World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061239>
- Yalli, N., & Albrithen, A. (2011). The perceptions of the personal and professional factors influencing social workers in Saudi hospitals: a qualitative analysis. *Social work in health care*, 50(10), 845-862.
- Zhao, X., Ma, H., Li, N., Wu, W., Ma, X., Zhang, X.,... Dong, H. (2024). Association between sleep disorder and anhedonia in adolescence with major depressive disorder: the mediating effect of stress. *BMC psychiatry*, 24(1), 962.