SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2025-6;13(1):56-66
DOI: 10.22034/13.1.56
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP) on Self-Regulation and Suicidal Ideation in Hospitalized Adolescents

Soleiman Mohammadzadeh[1], Chiman Mohammadi Nasab[2*], Omid Isanezhad[3], Fayegh Yousefi[4], Mahnaz Abdi[5]

[1] Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Neurosciences Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
[2] M.A. in Counseling, Health and Lifestyle Center, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
[3] Associate Professor of Family Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
[4] Professor of Clinical Psychology, Department of Psychiatry, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
[5] Ph.D., Assistant Professor of Psychiatry, Neuroscience Research Center, Health Development Research Institute, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Article history:
Received: 24 October 2025
Revised: 30 April 2026
Accepted: 4 May 2026

***Corresponding author:** Chiman Mohammadi Nasab, M.A. in Counseling, Health and Lifestyle Center, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

E-mail: ch.mohammadi63@gmail.com

Abstract

Background and Aims: Suicidal ideation and suicide attempts are among the most serious psychological problems among adolescents and pose a significant threat to individual and social well-being. The present study aimed to examine the effectiveness of cognitive-behavioral suicide-prevention therapy on self-regulation and suicidal ideation among hospitalized adolescents.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental design with pretest–posttest and follow-up phases. The statistical population consisted of adolescents hospitalized at Besat Hospital in Sanandaj in 2023 for suicidal ideation or unsuccessful suicide attempts. The sample comprised seven participants chosen through simple random sampling. The intervention involved 10 to 12 weekly individual sessions of cognitive-behavioral therapy aimed at suicide prevention, with an emphasis on relapse prevention. Follow-up assessments began one month after the intervention and continued for three consecutive months. Research instruments included the Beck Scale for Suicidal Ideation and the Miller and Brown Self-Regulation Questionnaire. Data were analyzed using Linear Mixed Models (LMM) with SPSS (version 26).

Results: Findings indicated that cognitive-behavioral suicide-prevention therapy significantly reduced suicidal ideation and increased adolescents' self-regulation ($P < 0.05$).

Conclusion: The results suggest that cognitive-behavioral suicide-prevention therapy can be an effective approach for reducing suicidal ideation and enhancing self-regulation among hospitalized adolescents.

Keywords: Cognitive-Behavioral Suicide-Prevention Therapy, Self-Regulation, Suicidal Ideation

Please cite this article as follows: Mohammadzadeh S, Mohammadi Nasab Ch, Isanezhad O, Yousefi F, Abdi M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP) on Self-Regulation and Suicidal Ideation in Hospitalized Adolescents. SJPP. 2026;13(1):56-66.

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱،فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات:۶۶-۵۶
DOI: 10.22034/13.1.56
https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی بر خودتنظیمی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده

سلیمان محمدزاده[۱]، چیمن محمدی نسب[۲*]، امید عیسی نژاد[۳]، فایق یوسفی[۴]، مهناز عبدی[۵]

۱. دانشیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکدهٔ توسعهٔ سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناسی ارشد مشاوره، مرکز مشاوره سلامت و سبک زندگی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران .
۳. دانشیار مشاورهٔ خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
۴. استادتمام روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۵. دکترای تخصصی، استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکدهٔ توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۲
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

نویسنده مسئول: چیمن محمدی نسب، کارشناسی ارشد مشاوره، مرکز مشاوره سلامت و سبک زندگی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

ایمیل:
ch.mohammadi63@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: افکار خودکشی و اقدام به آن از جدی‌ترین مشکلات روان‌شناختی نوجوانان است و می‌تواند تهدیدی جدی برای سلامت فردی و اجتماعی باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی در خودتنظیمی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوهٔ آزمایشی با خط پایه و دورهٔ پیگیری اجرا شد. جامعهٔ آماری شامل نوجوانانی با افکار یا اقدام ناموفق به خودکشی بستری در بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۴۰۲ بود. نمونهٔ مورد مطالعه هفت نفر بودند که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. مداخله شامل ده تا دوازده جلسهٔ درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی با تمرکز بر پیشگیری از عود بود که به‌صورت انفرادی و هفتگی اجرا شد. پیگیری‌ها پس از یک ماه آغاز و طی سه ماه متوالی ادامه یافت. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های افکار خودکشی بک و خودتنظیمی فردی میلر و براون بود. داده‌ها با استفاده از مدل‌های خطی آمیخته و با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی موجب کاهش معنادار افکار خودکشی و افزایش سطح خودتنظیمی فردی در نوجوانان شد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی می‌تواند رویکردی مؤثر برای کاهش افکار خودکشی و ارتقای خودتنظیمی در نوجوانان بستری‌شده باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی، افکار خودکشی، خودتنظیمی

استناد: محمدزاده، سلیمان؛ محمدی نسب، چیمن؛ عیسی‌نژاد، امید؛ یوسفی، فایق؛ عبدی، مهناز. اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی بر خودتنظیمی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده. مجله علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛۱۳(۱):۵۶-۶۶.

مقدمه

خودکشی[۱] یکی از معضلات کنونی در تمام جوامع است که در دهه‌های اخیر، شیوع روبه‌رشدی داشته است و به‌علت پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن، خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل می‌کند (تورکی، برنت، گانل[۲] و همکاران، ۲۰۱۹). امروزه، شروع رفتارهای پرخطر[۳]، به‌خصوص در نوجوانان، به مهم‌ترین و گسترده‌ترین دلیل نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده و باوجود فعالیت‌های سه دههٔ گذشته، رفتارهای مخاطره‌آمیز در سطح جهان رشد تصاعدی داشته است (اوکوه، باتور، اوگووچه و همکاران[۴]،

[1] Suicide
[2] Turecki, Brent, Gunnell
[3] Risky behaviors
[4] Okoh, Batur, Ogwuche

۲۰۲۵). از میان دامنهٔ وسیع و گستردهٔ رفتارهای پرخطر، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر نوجوانان در جهان است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۲۲). نوجوانان بیش از هر گروه سنی دیگری به خودکشی فکر و برای انجام آن اقدام می‌کنند (گیلور، کراوس، ویلدر[5] و همکاران، ۲۰۲۳). بیش از ۷۹ درصد خودکشی‌ها را نوجوانان ساکن کشورهای کم‌درآمد انجام می‌دهند (تورکی و همکاران، ۲۰۱۹). رفتار خودکشی پدیده‌ای چندعلتی است که در سطوح اقتصادی، اجتماعی و روانی، ضررهای هنگفتی را برای افراد، خانواده‌ها و جوامع ایجاد می‌کند (مک‌کینون، گاریپی، سنتیناک و الگار[6]، ۲۰۱۶).

براساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۹، بیش از یک مورد از هر صد مرگ، نتیجهٔ یک خودکشی کامل بوده است (سازمان بهداشت جهانی[7]، ۲۰۲۳). گزارش‌های مربوط به روند خودکشی در ایران از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ نشان می‌دهد که طی این دوره، اقدام به خودکشی از ۳/۵ به ۴/۸ و نرخ خودکشی از ۱/۷۶ به ۲/۲۳ در هر صدهزار نفر افزایش یافته است (حاجبی، احمدزاده اصل، داوودی و قیومی، ۲۰۱۶). نرخ اقدام به خودکشی در استان‌های ایران از ۰/۷ تا ۱/۲۷ و نرخ خودکشی از ۰/۱۷ تا ۷/۱۷ در هر صدهزار نفر متغیر بوده است (حاجبی و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران، در سال ۱۳۹۸ در مقایسه با سال ۱۳۹۷، خودکشی ۸ درصد افزایش داشته است. اقدام به خودکشی در استان کردستان با میزان ۶/۲ به‌ازای هر صدهزار نفر و در رتبهٔ چهاردهم کشوری قرار دارد (رضاقلیان، ماشینچی عباسی، نعمتی و اسماعیل‌پور، ۱۴۰۳).

افکار خودکشی، که اغلب افکار یا ایده‌های خودکشی نامیده می‌شوند، اصطلاحی گسترده است که برای توصیف طیف وسیعی از تأملات، آرزوها و مشغله‌های مرگ و خودکشی استفاده می‌شود (شر و اوکوئندو[8]، ۲۰۲۳). هیچ تعریف سازگار و پذیرفته‌شدهٔ جهانی‌ای از افکار خودکشی وجود ندارد و این موضوع به چالش‌های مداوم برای پزشکان، محققان و مربیان منجر شده است (پورتل، مائوری، لیندسی و کیز[9]، ۲۰۲۵). باوجوداین، مدل‌های علت‌شناختی فرایندهای خودکشی نشان می‌دهد که دو ساختار کلیدی، تنظیم احساسات و وابستگی، در پیش‌بینی افکار خودکشی نقش مهمی ایفا می‌کنند (اوکانر، کلییر، اسچلی[10] و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات گزارش داده‌اند که افکار خودکشی با شکست در مدرسه مرتبط است (کاستلوی، میراندا-مینديزابال، علایو[11] و همکاران، ۲۰۲۰). دانش‌آموزانی که مشغول‌به‌تحصیل هستند بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند (دانیل، والش، گولدستون[12] و همکاران، ۲۰۰۶). درک دانش‌آموزان از جهان و از خودشان با تجربیات و بازخورد از محیط آن‌ها شکل می‌گیرد (یایلاسی[13]، ۲۰۱۵). عوامل مدرسه‌ای ممکن است در کاهش یا افزایش افکار و رفتارهای خودکشی در میان نوجوانان نقش مهمی ایفا کنند (کاستلوی و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه‌بر آن، با درنظرگرفتن نقش اختلالات افسردگی در رفتارهای خودکشی، محققان سهم بالقوهٔ ویژگی‌های شخصی را نیز بررسی کرده‌اند (بریج، گلدشتاین و برنت[14]، ۲۰۰۶). ازجمله ویژگی‌های شخصی که به پدیدآمدن افکار خودکشی در دانش‌آموزان منجر می‌شود، ضعف در خودتنظیمی فردی و تحصیلی است (بینایت، هورد، موریسون و ریکا[15]، ۲۰۲۴). خودتنظیمی یا فرایند نظارت بر وضعیت فعلی و متعاقباً، تنظیم سطوح مطلوب هیجانی و شناختی، برای یادگیری ضروری است (بائومیستر و ووهز[16]، ۲۰۱۸). خودتنظیمی نوعی سیستم مدیریت شخصی آگاهانه است که شامل فرایند هدایت افکار، رفتارها و احساسات شخصی برای رسیدن به اهداف می‌شود (مک‌کلیلند، گیلدهاف، موریسون[17] و همکاران، ۲۰۱۸). واکنش‌های خودتنظیمی هیجانی در اوایل کودکی شروع می‌شود و ثبات هیجانی متعاقب آن در افراد نشان می‌دهد که در سازگاری نقش مهمی ایفا می‌کند (آلارکون ـ اسپینوزا، ساندووت ـ چاوز، آنگوئرا[18] و همکاران، ۲۰۲۲). اگرچه تعریف یادگیری خودتنظیمی با توجه به دیدگاه‌های نظری مختلف متفاوت است، بیشتر مدل‌هایی که آن را تعریف می‌کنند شامل اهداف، راهبردها، فرایندهای نظارت و خودکارآمدی می‌شوند (بائومیستر و ووهز، ۲۰۱۸). نوجوانانی که خود را محروم از محیط مدرسه می‌دانند، ممکن است در روند توسعهٔ خودتنظیمی با مشکلاتی روبه‌رو شوند. نظریهٔ نیاز به

[5] Gaylor, Krause, Welder
[6] McKinnon, Gariépy, Sentenac & Elgar
[7] World Health Organization
[8] Sher & Oquendo
[9] Purtle, Mauri, Lindsey & Keyes
[10] O'Connor, Cleare, Eschle
[11] Castellví, Miranda-Mendizábal, Alayo
[12] Daniel, Walsh, Goldston
[13] Yaylaci
[14] Bridge, Goldstein & Brent
[15] Benight, Hurd, Morison & Ricca
[16] Baumeister & Vohs
[17] McClelland, Geldhof, Morrison
[18] Alarcón-Espinoza, Sanduvete-Chaves, Anguera

تعلق‌خاطر بر آثار مخرب محرومیت اجتماعی در روند توسعهٔ خودتنظیمی تأکید می‌کند (بائومیستر، ۲۰۱۴).

با این اوصاف، وقتی نوجوان وضعیت روانی آشفته‌ای دارد، توانایی تنظیم اهداف فردی و تحصیلی مرتبط با انگیزه‌های شخصی و تحصیلی را نخواهد داشت و به‌مرور احساس افسردگی پیدا خواهد کرد که در پاره‌ای از اوقات به‌دلیل شرایط حساس دوران نوجوانی ممکن است به خودکشی فکر کند یا بعضاً، دست به اقدام بزند (مک‌کینون و همکاران، ۲۰۱۶). رفتار درمانی شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی سبکی از درمان رفتاری ـ شناختی برای نوجوانانی است که اخیراً (کمتر از نود روز) اقدام به خودکشی کرده‌اند (لو[19] و همکاران، ۲۰۲۳؛ استنلی، براون، برنت[20] و همکاران، ۲۰۰۹). راش و همکاران (۱۹۸۲؛ به‌نقل‌از ونزل و جاگر ـ هیمن[21]، ۲۰۱۲) برای درمان افکار خودکشی از مدل شناختی استفاده کردند. جدیدترین مرور جامع دربارهٔ اقدامات انجام‌شده درخصوص پیشگیری از خودکشی را هولتون و همکاران (۱۹۹۹؛ به‌نقل‌از برایان[22]، ۲۰۱۵) انجام دادند که تأثیر متوسط اقدامات پیشگیری از خودکشی را آشکار کرد. درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی روی توسعهٔ مهارت‌هایی نظیر مهارت‌های شناختی، رفتاری و تعاملی متمرکز است که به نوجوان امکان می‌دهد از رفتارهایی که به خودکشی منجر می‌شوند بیشتر خودداری کند (استنلی و همکاران، ۲۰۰۹).

استنلی و همکاران (۲۰۰۹) در تحقیق خود عنوان می‌کنند که نتایج تحقیقشان از امکان‌سنجی و پذیرش اجرای درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی در زمینهٔ کارآزمایی بالینی با نوجوانان افسرده و دارای افکار خودکشی حمایت می‌کند. همچنین در پژوهش نظام‌مندی که سوبانکی، جاسفیلد، پیکرت و واگنر[23] (۲۰۲۱) با موضوع مداخلات روان‌درمانی برای پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی انجام دادند، یافته‌ها حاکی از آن بود که از تمامی درمان‌هایی (مداخلات روان‌شناختی) که برای پیشگیری از خودکشی از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۰ انجام شده، درمان‌های شناختی ـ رفتاری از دیگر درمان‌ها مؤثرتر بوده است. در پژوهش نظام‌مند دیگری که لارکین[24] (۲۰۲۰) انجام داد، شواهد کلی از این موضوع حمایت می‌کند که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی به‌عنوان مداخلهٔ مؤثر برای کاهش افکار خودکشی تأثیر دارد و تلاش‌های مجدد با استفاده از راهنمای تمرینات بالینی، این درمان را به درمانی قوی با خطر کم یا بدون خطر تبدیل کرده است. درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی احتمال بستری مجدد را برای افکار خودکشی در مقابل بیمارانی که درمان معمولی دریافت می‌کنند کاهش می‌دهد (لارکین، ۲۰۲۰). شایان ذکر است در پژوهش دیگری که براون، تن‌هاو، هنریکس[25] و همکاران (۲۰۰۵) انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که با استفاده از درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی، افسردگی و ناامیدی به میزان چشمگیری کاهش یافته بود.

امروزه، آمارها حاکی از آن است که روند خودکشی در بسیاری از کشورهای جهان افزایشی است؛ موضوعی که می‌تواند بسیار نگران‌کننده باشد و نیازمند اقدام‌های اساسی و سیاست‌گذاری‌های درخور و پیشگیرانه است (شر و اوکوئندو، ۲۰۲۳). وقتی پدیده‌ای مانند خودکشی اتفاق می‌افتد، به‌طور حتم عوامل مختلفی در شکل‌گیری و تصمیم آن فرد برای کشتن خود دخالت دارد که می‌طلبد همهٔ متخصصان حوزه‌های گوناگون واکنش نشان دهند، پاسخ‌گو باشند و این موضوع را تحلیل کنند (سامی‌فر و سامی‌فر، ۱۳۹۹). با توجه به درصد بالای خودکشی، به‌خصوص در میان نوجوانان، و براساس آمارهای جهانی در میان کشورهای کم درآمد و بنابه شرایط کنونی کشور ایران، پژوهش و درمان در این زمینه لازم و ضروری است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی بر خودتنظیمی فردی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده در بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آزمایشی و کاربردی با طرح A-B-A شامل سه مرحلهٔ خط پایه، مداخله و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. در مرحلهٔ خط پایهٔ A طی سه هفته، رفتارهای هدف بدون مداخله سنجیده شد. در مرحلهٔ مداخلهٔ B، پس از هر دو جلسه درمان، ارزیابی انجام شد. سپس در مرحله پیگیری A، ارزیابی رفتارها در سه ماه متوالی پس از پایان درمان صورت پذیرفت. جامعهٔ آماری پژوهش شامل نوجوانان بستری‌شده در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۴۰۲ بود که پس از ارزیابی

[19] Lu
[20] Stanley, Brown, Brent
[21] Wenzel & Jager-Hyman
[22] Bryan
[23] Sobanski, Josfeld, Peikert & Wagner
[24] Larkin
[25] Brown, Ten Have, Henriques

و مصاحبه‌های تشخیصی با افرادی که افکار خودکشی یا اقدام ناموفق به خودکشی داشتند، براساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، هشت نفر از مشارکت‌کنندگان مایل به شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

شرکت در تحقیق برای بیماران، اختیاری و تمام اطلاعات به‌دست‌آمده از افراد به‌صورت محرمانه بود. پیش از اجرای پژوهش، از تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در تحقیق رضایت‌نامهٔ کتبی گرفته شد. آزمودنی‌ها در صورت تمایل‌نداشتن، هر زمان می‌توانستند از تحقیق خارج شوند. همچنین، تمام اطلاعات را خود محقق جمع‌آوری کرد و فرد دیگری از مشخصات شخصی افراد مطلع نبود (محرمانه‌بودن اطلاعات). ملاک‌های ورود به تحقیق شامل داشتن سواد حداقل ابتدایی (خواندن و نوشتن روان)، محل سکونت شهرستان سنندج، داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ردهٔ سنی سیزده تا نوزده سال، دارای افکار خودکشی براساس پروندهٔ پزشکی نوجوانان بستری‌شده در زمان انجام پژوهش یا چهار هفته قبل از شروع پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل معلولیت، مصرف مواد یا الکل و روان‌درمانی دیگری دریافت‌کردن بود.

در مرحلهٔ اول، با مراجعه به بیمارستان بعثت شهر سنندج و در بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان (نشاط) از تعداد مراجعانی که در طول هفته به‌علت افکار یا اقدام به خودکشی بستری شده بودند، اطلاعاتی کسب شد. در مرحلهٔ دوم، که هدف از این مرحله مشخص‌کردن نوجوانان دارای افکار خودکشی بود، همراه با مصاحبه، بررسی پروندهٔ پزشکی صورت گرفت و پرسش‌نامه‌های افکار خودکشی بک و خودتنظیمی فردی میلر و براون قبل از اجرای درمان و در حین درمان به‌صورت هر دو جلسه یک بار و بعد از درمان در فاز پیگیری تکمیل شدند. در مرحلهٔ سوم، در هر هفته یک یا دو نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، وارد طرح پژوهشی شدند. در این مرحله، چون پژوهش تک‌موردی بود، افراد واجد شرایط گاهی چند هفته امکان ورود به طرح پژوهشی را نداشتند. در طول سه تا چهار ماه جمعاً هشت نفر شرایط لازم برای ورود به طرح پژوهش را داشتند که در مرحلهٔ اجرای جلسات درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی یک نفر به‌دلیل فرار از منزل و تمام‌نکردن جلسات درمان حذف شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌های خطی آمیختهٔ Linear Mixed Models (LMM) و با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ انجام شد.

توضیح مختصر پروتکل درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی[۲۶] (CBT-SP)

پروتکل درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی نوعی مداخلهٔ ساختاریافته و کوتاه‌مدت است که به‌طور اختصاصی برای نوجوانان و جوانان در معرض خطر خودکشی طراحی شده است (استنلی و همکاران، ۲۰۰۹). این پروتکل براساس اصول شناخت‌درمانی و رفتاردرمانی، با هدف کاهش افکار و رفتارهای خودکشی و ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و خودتنظیمی فرد اجرا می‌شود. این پروتکل معمولاً شامل دوازده تا شانزده جلسهٔ هفتگی است و از چند مؤلفهٔ اصلی تشکیل می‌شود:

- ایمنی و پیشگیری از بحران: تدوین طرح ایمنی برای مدیریت افکار و تمایلات خودکشی؛
- شناسایی محرک‌ها و عوامل خطر: کمک به فرد برای درک موقعیت‌ها، افکار و هیجاناتی که زمینه‌ساز اقدام به خودکشی هستند؛
- بازسازی شناختی: اصلاح افکار ناکارآمد و منفی مرتبط با ناامیدی و بی‌ارزشی؛
- آموزش مهارت‌ها: تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای سالم؛
- پیشگیری از عود: تمرکز بر تثبیت آموخته‌ها و برنامه‌ریزی برای مدیریت موقعیت‌های پرخطر در آینده.

این پروتکل هم به‌صورت فردی و هم با مشارکت خانواده یا مراقبان اجرا می‌شود تا حمایت اجتماعی نوجوان تقویت شود. در جدول ۱ شرح جلسات پروتکل درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی گزارش شده است.

[26] Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی (CBT-SP).

خلاصهٔ مراحل		مرحله
درمان حاد		
اعضای خانواده در تمامی این جلسات شرکت دارند.		فاز اول (جلسات ۱ تا ۳) تمرکز بر مشارکت درمان‌جو به درمان
توسعهٔ تجزیه‌وتحلیل زنجیره‌ای دقیق از رویدادهای مرتبط با شاخص اقدام به خودکشی یا بحران. این کار برای انتخاب روش‌های مداخله در مراحل بعدی درمان بسیار مهم است.	تجزیه و تحلیل زنجیره‌ای دو جلسهٔ اول	
مجموعهٔ خاصی از راهبردهای مقابله و منابع پشتیبانی را ارائه می‌دهد که می‌تواند در طول بحران خودکشی براساس تجزیه‌وتحلیل زنجیره‌ای استفاده شود. شامل محدودیت است. درمانگر و بیمار هر مرحله از برنامه را مرور و مشکلات را برای اجرای طرح حل می‌کنند.	برنامه‌ریزی ایمنی دو جلسهٔ اول	
آموزش بیمار و خانواده در زمینه‌های مرحلهٔ اولیهٔ درمان، ازجمله بحث دربارهٔ ماهیت رفتار خودکشی، نقش افسردگی و اصول اساسی CBT_SP	آموزش روان‌شناختی دو جلسهٔ اول	
ایجاد حس امید با بحث دربارهٔ دلایل شخصی زندگی. این کار قبل از «مقابله با رفتارهای خودکشی» مفید است؛ زیرا به این مداخله زمینهٔ شخصی «زندگی» می‌دهد. اجرای دقیق دلایل زنده‌ماندن نیز «کیت امید» نامیده می‌شود که در مواقع بحرانی به‌عنوان حافظه کمک می‌کند.	توسعهٔ دلایل و امید زندگی جلسهٔ سوم	
در پایان مرحلهٔ اولیه، براساس مشکلات خاص مشخص‌شده در طول تجزیه‌وتحلیل زنجیره‌ای و راهبردهای مربوطه، برای رسیدگی به مشکلات مفهوم‌سازی موردی ایجاد می‌شود.	مفهوم‌سازی مورد جلسهٔ سوم	
این مرحله پس از حل بحران خودکشی فوری است. حوزهٔ اولیهٔ مداخله در مرحلهٔ میانی درمان حاد، آموزش مهارت‌های رفتاری یا شناختی است که شامل فرد یا خانواده می‌شود.		فاز میانی (جلسات ۴ تا ۹) تمرکز بر بازسازی شناختی و تغییر رفتار
۱. بررسی تجزیه‌وتحلیل زنجیره‌ای و مفهوم‌سازی مورد بعدی؛ ۲. ارزیابی نقاط قوت بیمار؛ ۳. شناسایی مهارت‌هایی که به احتمال زیاد سریع‌ترین و مؤثرترین نتایج را به‌همراه خواهد داشت.	مهارت‌های مختلف	
۱- فعال‌سازی رفتاری و افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، ۲. نظارت بر خلق‌وخو، ۳. تکنیک‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی، ۴. بازسازی شناختی، ۵. حل مسئله، ۶. تعیین هدف، ۷. به‌کارگیری حمایت اجتماعی، ۸. مهارت‌های قاطعیت.	مهارت‌های فردی	
هدف کاهش خطر با تشویق، حمایت و بهبود مهارت‌های حل مشکلات خانواده و اصلاح الگوهای ارتباطی است. .- فعال‌سازی رفتار خانواده، ۲. تنظیم هیجانات خانواده، ۳. حل مشکلات خانواده، ۴. ارتباطات خانوادگی، ۵. بازسازی شناختی خانواده.	مهارت‌های خانواده	
جلسات به‌طور معمول یک ساعت طول می‌کشد، به‌جز دو جلسهٔ اول که به‌دلیل اضافه‌شدن خانواده، یک‌ساعت‌ونیم است. یک جلسهٔ معمولی با تعیین دستور جلسه برای بیمار و درمانگر شروع می‌شود و راهکارهای جلسه قبل را بررسی می‌کند تا دریابد در این مدت از آن‌ها استفاده شده است یا خیر.	ساختار جلسات برای مرحلهٔ میانی	
پایان درمان حاد		
«وظیفهٔ پیشگیری از عود» پایان درمان مرحلهٔ حاد را نشان می‌دهد که شامل آماده‌سازی، مرور تلاش نمایه‌شده برای بحران خودکشی، مرور تلاش یا بحران خودکشی با استفاده از مهارت‌ها، مرور اتفاقات احتمالی پرخطر آینده و شرح و پیگیری است.	وظیفهٔ پیشگیری از عود	فاز نهایی (جلسات ۸ تا ۱۰) تمرکز بر ارزیابی رسمی مهارت‌های شناختی و رفتاری که بیمار در طول درمان آموخته است
درمانگر ممکن است مهارت‌های جدیدی را معرفی کند یا به بیمار یا خانواده او در یادگیری و اجرای مهارت‌های معرفی‌شده در مرحلهٔ حاد کمک کند.		مرحلهٔ تداوم (جلسات۱۰ تا ۱۲)

خاتمه‌دادن	بحث‌های واضح واکنش‌ها دربارهٔ نتیجهٔ درمان مرور راهبردهای موفقی که در درمان آموخته شده است. اهدافی که محقق شد و همچنین بحث دربارهٔ اینکه آیا درمان مشکلات دیگر نوجوان ممکن است مورد نیاز باشد یا خیر.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

پرسش‌نامهٔ خودتنظیمی میلر و براون[27] (SRQ): مقیاس خودتنظیمی را میلر و براون[28] (۱۹۹۱) برای سنجش مؤلفه‌های خودتنظیمی ساخته‌اند و از ۶۳ گویه تشکیل شده است که ۷ خرده‌مقیاس (پذیرش، ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا و سنجش) دارد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌صورت درجه‌بندی لیکرت (برای هر سؤال پنج گزینه در نظر گرفته شده است که شامل کاملاًموافقم، موافقم، نامطمئن، مخالفم و کاملاً مخالفم) است. بعضی از سؤالات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسش‌نامه نمرهٔ بالاتر از ۲۳۹ بیانگر خودتنظیمی بالا، بین ۲۱۴ تا ۲۳۹ نشان‌دهندهٔ خودتنظیمی متوسط و کمتر از ۲۱۳ نشان‌دهنده خودتنظیمی پایین است. اعتبار بازآزمایی برای نمرهٔ کل پرسش‌نامه، ۰/۹۴ و همسانی درونی آن ۰/۹۱ گزارش شده است.

مقیاس افکار خودکشی بک[29] (BSSI): این مقیاس را بک (۱۹۶۱) ساخته است. این مقیاس نوزده ماده دارد. سؤالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به‌صورت فعال و نافعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارندهٔ خودکشی و میزان آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی را می‌سنجند. این مقیاس پایایی بالایی دارد. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون ـ بازآزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (بک و ستیر، ۱۹۹۱). روایی همزمان مطالعه‌شدهٔ ایرانی این پرسش‌نامه برابر با ۷۶ درصد و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۹۵ درصد است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴).

نتایج

برای بررسی تأثیر درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی (CBT_SP) در خودتنظیمی فردی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده با طیف سنی ۱۳ تا ۱۹ سال، هفت نفر در یک طرح آزمودنی (A-B-A) وارد و در جلسات قبل از مداخله (خط پایه)، طی مداخله و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بررسی شدند و ابزارهای پژوهش روی آن‌ها اجرا شد. داده‌های به‌دست‌آمده از مراحل مختلف خط پایه، درمان و پیگیری برای آزمودنی‌ها در جدول‌های مربوطه ارائه شده و روند تأثیر مداخلهٔ تغییر در هریک از متغیرها بررسی شده است.

به‌منظور تحلیل داده‌ها، از مدل خطی آمیخته (Linear Mixed Model) استفاده شد. در این مدل، زمان اندازه‌گیری (خط پایه، حین درمان و دورهٔ پیگیری) به‌عنوان اثر ثابت و آزمودنی‌ها به‌عنوان اثر تصادفی در نظر گرفته شدند. این روش به‌دلیل اندازه‌گیری مکرر و حجم نمونهٔ محدود، در مقایسه با تحلیل واریانس سنتی مناسب‌تر است. جدول ۲ میانگین نمرات افکار خودکشی و خودتنظیمی را در مراحل مختلف پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات افکار خودکشی و خودتنظیمی در مراحل مختلف پژوهش.

متغیر	مرحله	میانگین (Mean)	انحراف معیار (SD)
افکار خودکشی بک	خط پایه	۲۲/۵۷	۸/۰۱
	مداخله	۱۳/۶۷۸	۹/۴۲
	پیگیری	۴/۱۰	۴/۵۶
خودتنظیمی میلر ـ براون	خط پایه	۱۷۲/۷۶	۱۵/۲۴
	مداخله	۱۹۱/۱۴	۱۷/۸۹
	پیگیری	۱۹۸/۱۰	۱۹/۶۶

[27] The Self-Regulation Questionnaire
[28] Miller & Brown
[29] Beck Scale for Suicide Ideation

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افکار خودکشی از مرحلهٔ خط پایه به دورهٔ پیگیری کاهش یافته و این کاهش در دورهٔ پیگیری نسبتاً پایدار باقی مانده است. این یافته بیانگر کاهش تدریجی افکار خودکشی در طول زمان است. در مقابل، میانگین نمرات خودتنظیمی از خط پایه به دوره پیگیری افزایش یافته و در مرحلهٔ پیگیری حفظ شده است. این الگو بیانگر بهبود تدریجی خودتنظیمی در طول زمان است.

میانگین نمرات شرکت‌کننده ها در فازهای مختلف در جدول ۳ آورده شده است.

نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودکشی بک از مرحلهٔ خط پایه به مراحل مداخله و دورهٔ پیگیری در شرکت‌کننده‌ها کاهش یافته است و میانگین نمرات خودتنظیمی از مرحلهٔ خط پایه به مراحل مداخله و دورهٔ پیگیری در شرکت‌کننده‌ها افزایش یافته است.

اثر فاز زمانی در نمرات افکار خودکشی و خودتنظیمی در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۳. میانگین هر فاز به‌تفکیک شرکت‌کننده.

شرکت‌کننده	افکار خودکشی بک			خودتنظیمی		
	خط پایه	مداخله	پیگیری	خط پایه	مداخله	پیگیری
۱	۲۲/۶۷	۱۲/۰۰	۲/۰۰	۱۸۳/۰۰	۱۹۳/۰۰	۲۱۲/۶۷
۲	۳۲/۶۷	۱۹/۱۷	۹/۳۳	۱۵۷/۶۷	۱۶۳/۸۳	۱۸۸/۰۰
۳	۱۶/۳۳	۱۰/۱۷	۳/۰۰	۱۷۴/۳۳	۲۰۱/۵۰	۱۴۹/۰۰
۴	۲۳/۶۷	۷/۶۷	۱/۶۷	۱۸۵/۶۷	۲۰۷/۸۳	۱۴۰/۰۰
۵	۲۷/۰۰	۲۱/۱۷	۶/۳۳	۱۵۶/۰۰	۱۷۱/۳۳	۱۸۶/۶۷
۶	۲۸/۶۷	۱۲/۸۳	۲/۶۷	۱۷۴/۳۳	۲۰۱/۵۰	۱۴۹/۰۰
۷	۸/۳۳	۶/۸۳	۳/۰۰	۱۹۳/۰۰	۱۹۲/۵۰	۲۱۳/۰۰

جدول ۴. نتایج مدل آمیختهٔ خطی اثر فاز زمانی در نمرات افکار خودکشی و خودتنظیمی.

متغییر	β	SE	F	P Value
افکار خودکشی	-۶/۳۱	۱/۷۴	۹/۴۲	**۰/۰۰۴**
خودتنظیمی	۸/۹۲	۲/۰۳	۱۱/۰۶	**۰/۰۰۲**

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که فاز زمانی اثر معناداری بر متغیرهای پژوهش دارد. به‌طور مشخص، اثر فاز زمانی بر نمرات افکار خودکشی معنادار است ($F=9.42, P=0.004$) و ضریب منفی به‌دست‌آمده ($\beta=-6.31$) حاکی از روند کاهشی این متغیر در طول زمان است. همچنین، اثر فاز زمانی بر نمرات خودتنظیمی نیز معنادار است ($F=11.06, P=0.002$) و ضریب مثبت ($\beta=8.92$) نشان‌دهنده روند افزایشی خودتنظیمی در فازهای مختلف زمانی است. بر این اساس، می‌توان گفت که تغییرات زمانی با کاهش معنادار افکار خودکشی و افزایش معنادار خودتنظیمی همراه بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی بر خودتنظیمی فردی و افکار خودکشی در نوجوانان بستری‌شده در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی توانست به‌شکل معناداری خودتنظیمی فردی نوجوانان بستری را بهبود بخشد. این یافته با چهارچوب نظری درمان شناختی ـ رفتاری همسو است؛ چراکه CBT_SP با تمرکز بر شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، توانایی فرد را در مدیریت هیجان‌ها و کنترل تکانه ارتقا می‌دهد. بهبود خودتنظیمی در نوجوانان بستری اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا این گروه معمولاً در معرض هیجانات شدید و واکنش‌های تکانشی هستند که می‌تواند خطر بروز افکار و رفتارهای خودکشی را افزایش دهد.

یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین نیز همخوان است. برای مثال، مطالعات مختلف، نظیر لو و همکاران (۲۰۲۳)،

استنلی و همکاران (۲۰۰۹) و براون و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داده‌اند که مداخلات شناختی ـ رفتاری با کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، در برابر افکار و رفتارهای خودآسیب‌گرانه نقش محافظتی ایفا می‌کنند. در همین زمینه، پژوهش حاضر شواهد تازه‌ای را در جمعیت نوجوانان بستری در محیط بیمارستانی ارائه می‌کند و نشان می‌دهد که مداخلهٔ ساختاریافته می‌تواند ظرفیت تنظیم هیجان و خودکنترلی را تقویت کند. به‌طور کلی، نتایج این یافته نشان داد که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی می‌تواند ابزاری اثربخش برای ارتقای خودتنظیمی فردی در نوجوانان بستری باشد. تقویت مهارت‌های خودتنظیمی از طریق این مداخله می‌تواند به‌عنوان عامل محافظتی مهمی در کاهش خطر خودکشی و بهبود سلامت روان نوجوانان عمل کند.

از سوی دیگر، علاوه‌بر بهبود خودتنظیمی فردی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخلهٔ درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی به‌طور معناداری بر کاهش افکار خودکشی در نوجوانان بستری اثربخش بوده است. این نتایج با مبانی نظری درمان شناختی ـ رفتاری همسو است؛ زیرا CBT_SP از یک‌سو با اصلاح باورهای ناکارآمد و افکار منفی شدت افکار خودکشی را کاهش می‌دهد و از سوی دیگر، با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مدیریت هیجان و حل مسئله، توانایی فرد در خودتنظیمی را ارتقا می‌بخشد. بهبود خودتنظیمی می‌تواند سازوکاری کلیدی برای توضیح اثر درمان باشد. نوجوانانی که در تنظیم هیجان و کنترل تکانه مهارت بیشتری پیدا می‌کنند، کمتر به واکنش‌های تکانشی یا افکار خودآسیب‌گرایانه متوسل می‌شوند. این یافته با پژوهش‌های پیشین نظیر استنلی و همکاران (۲۰۰۹)، راش و همکاران (۱۹۸۲؛ به‌نقل‌از ونزل و جاگر ـ هیمن، ۲۰۱۲)، لارکین (۲۰۲۰) و سوبانکی و همکاران (۲۰۲۱) هم‌خوان است که نشان داده‌اند مداخلات شناختی ـ رفتاری با کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و تقویت مهارت‌های سازگارانه، خطر اقدام به خودکشی را در نوجوانان کاهش می‌دهند.

همچنین اثربخشی مداخله در کاهش افکار خودکشی اهمیت بالینی قابل‌توجهی دارد. افکار خودکشی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام به خودکشی هستند و مداخله‌ای که بتواند به‌طور چشمگیری این افکار را کاهش دهد، می‌تواند به‌عنوان بخشی از پروتکل‌های پیشگیری در محیط‌های بستری و حتی مدارس استفاده شود. این یافته پیام مهمی برای سیاست‌گذاران سلامت روان دارد و نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌های ساختاریافتهٔ CBT_SP می‌تواند ابزار مؤثری برای کاهش بار بالینی خودکشی در نوجوانان باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی می‌تواند رویکرد مؤثری برای کاهش افکار خودکشی و ارتقای خودتنظیمی در نوجوانان بستری‌شده باشد.

این پژوهش باوجود نتایج ارزشمند خود، با چند محدودیت روبه‌رو بود. نخست، نمونهٔ پژوهش تنها شامل نوجوانان بستری در یک بیمارستان بود و این موضوع تعمیم نتایج به جمعیت‌ها و شرایط غیربالینی دیگر را محدود می‌کند. دوم، حجم نمونهٔ نسبتاً محدود و احتمال افت شرکت‌کنندگان می‌تواند در توان آماری و دقت نتایج اثر گذاشته باشد. سوم، طول دورهٔ پیگیری کوتاه بود (سه ماه) و امکان بررسی پایداری آثار درمان در بلندمدت فراهم نشد. چهارم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. پنجم، به‌دلیل ماهیت بالینی مداخله، امکان کورسازی کامل درمانگران و شرکت‌کنندگان وجود نداشت که می‌تواند در بی‌طرفی نتایج اثر بگذارد.

براساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر و در مراکز درمانی و جمعیت‌های متنوع‌تر (ازجمله نوجوانان غیربستری و دانش‌آموزان مدارس) انجام گیرد تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، استفاده از طرح‌های طولی با دوره‌های پیگیری بلندمدت می‌تواند پایداری آثار درمان را روشن‌تر کند. بهره‌گیری از روش‌های چندمنبعی (مانند گزارش والدین یا ارزیابی بالینی توسط متخصصان مستقل) و نیز طراحی مطالعات با امکان کورسازی نسبی ارزیاب‌ها نیز می‌تواند اعتبار یافته‌ها را ارتقا دهد. علاوه‌بر این، بررسی متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده، نظیر حمایت اجتماعی، شدت افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای، به درک بهتر سازوکارهای اثرگذاری درمان کمک خواهد کرد.

براساس یافته‌های این پژوهش، از نظر کاربردی، می‌توان توصیه کرد که درمان شناختی ـ رفتاری پیشگیری از خودکشی به‌عنوان مداخلهٔ استاندارد در برنامه‌های مراقبت از نوجوانان در محیط‌های بالینی و آموزشی استفاده شود. تقویت مهارت‌های خودتنظیمی و کاهش افکار خودکشی از طریق این رویکرد می‌تواند در کاهش خطر رفتارهای خودآسیب‌گرایانه نقش مهمی ایفا کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزهٔ سلامت روان این مداخله را در پروتکل‌های پیشگیری و درمان نوجوانان در معرض خطر بگنجانند و زمینهٔ آموزش و توانمندسازی متخصصان را برای اجرای آن فراهم کنند.

تشکر و قدردانی

از همهٔ نوجوانان و والدینی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاریم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در ارتباط با این پژوهش ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از رسالهٔ کارشناسی ارشد نویسندهٔ مسئول است و از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه کردستان مجوز کد اخلاق به شمارهٔ IR.UOK.REC.1400.038 دارد.

REFERENCES

1. Alarcón-Espinoza M, Sanduvete-Chaves S, Anguera MT, Samper García P, Chacón-Moscoso S. Emotional Self-Regulation in Everyday Life: A Systematic Review. Front Psychol. 2022;13:884756. DOI: 10.3389/FPSYG.2022.884756
2. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi K. Evaluation of the Reliability and Validity of the Beck Suicide Ideation Scale in Soldiers. Mil Med J. 2005;7(1):33-37. Link
3. Baumeister RF. Self-Regulation, Ego Depletion, and Inhibition. Neuropsychologia. 2014;65:313-319. DOI: 10.1016/J.NEUROPSYCHOLOGIA.2014.08.012
4. Baumeister RF, Vohs KD. Strength Model of Self-Regulation as a Limited Resource: Assessment, Controversies, Update. In: Vohs KD, Baumeister RF, editors. Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications. New York: Routledge. 2018:78-128. Link
5. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-52. DOI:10.1037//0022-006x.47.2.343
6. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991. Link
7. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9_441
8. Benight CC, Hurd JA, Morison M, Ricca BP. Big Ideas Series: Self-Regulation Shift Theory—Trauma, Suicide, and Violence. Anxiety Stress Coping. 2024;37(1):1-15. DOI: 10.1080/10615806.2023.2259637
9. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent Suicide and Suicidal Behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(3-4):372-394. DOI: 10.1111/J.1469-7610.2006.01615.X
10. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2005;294(5):563-570. DOI: 10.1001/JAMA.294.5.563
11. Bryan CJ. Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A Guide to Brief Treatments Across Clinical Settings. New York: Routledge. 2015. Link
12. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Alayo I, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Assessing the Relationship Between School Failure and Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Sch Ment Health. 2020;12:429-441. DOI: 10.1007/S12310-019-09339-3
13. Centers for Disease Control and Prevention. (2022b). Facts about suicide. National Center for Injury Prevention and Control. [Link]
14. Daniel SS, Walsh AK, Goldston DB, Arnold EM, Reboussin BA, Wood FB. Suicidality, School Dropout, and Reading Problems Among Adolescents. J Learn Disabil. 2006;39(6):507-514. DOI: 10.1177/00222194060390060301
15. Dobson-Kit S, Mohammadi-Khani P, Massah-Choulabi O. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Patients With Major Depressive Disorder. Rehabil Sci Res Q. 2007;8(29):72-82. Link
16. Gaylor EM, Krause KH, Welder LE, Cooper AC, Ashley C, Mack KA, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors Among High School Students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021. MMWR Suppl. 2023;72(1):45-55. DOI: 10.15585/MMWR.SU7201A6
17. Hajebi A, Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Ghayyomi R. Trend of Suicide in Iran During 2009-2012: Epidemiological Evidence From National Suicide Registration. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2016;10(4):e4908. DOI: 10.17795/IJPBS-4908
18. Larkin W. Reducing Suicide by Providing Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention. Psychiatry. 2020. DOI: 10.46409/sr. PONV6612
19. Lu J, Gao W, Wang Z, Yang N, Pang WIP, Lok GKI, Rao W. Psychosocial Interventions for Suicidal and Self-Injurious Behaviors Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis of Chinese Practices. Front Public Health. 2023;11:1281696. DOI: 10.3389/FPUBH.2023.1281696
20. McClelland MM, Geldhof GJ, Morrison FJ, Gestsdóttir S, Cameron CE, Bowers EP, et al. Self-Regulation. In: Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM, editors. Handbook of Life Course Health Development. Cham: Springer. 2018:275-298. DOI: 10.1007/978-3-319-47143-3_12
21. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent Suicidal Behaviours in 32 Low- and Middle-Income Countries. Bull World Health Organ. 2016;94(5):340-350. DOI: 10.2471/BLT.15.163295
22. Miller WR, Brown JM. Self-Regulation as a Conceptual Basis for the Prevention and Treatment of Addictive Behaviors. In: Heather N, Miller WR, Greeley J, editors. Self-Control and the Addictive Behaviors. New York: Maxwell Macmillan. 1991:3-79. Link
23. O'Connor RC, Cleare S, Eschle S, Wetherall K, Kirtley OJ. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior: An Update. In: O'Connor RC, Pirkis J, editors. The International Handbook of Suicide Prevention. 2nd ed. Wiley-Blackwell. 2016:220-240. DOI: 10.1002/9781118903223.ch13
24. Okoh OF, Batur DS, Ogwuche AO, Fadeke AA, Adeyeye Y. The Influence of Digital Health Literacy Education on Adolescent Risk Behaviors: A Cross-Cultural Study of Japan and Uruguay. Int J Adv Res Publ Rev. 2025;2(1):49-66. Link
25. Purtle J, Mauri AI, Lindsey MA, Keyes KM. Evidence for Public Policies to Prevent Suicide Death in the United States. Annu Rev Public Health. 2025;46:377-395. DOI: 10.1146/ANNUREV-PUBLHEALTH-071423-044241
26. Rezagholian M, Mashinchi-Abbasi N, Nemati F, Esmaeilpour Kh. The Role of Childhood Traumatic Experiences, Attributional Styles, and Internalized Shame in Predicting Suicidal Thoughts in Students. J Psychodyn Psychol Mood Disord. 2024;3(5):61-70. Link
27. Samifar H, Samifar F. Effects of Education and Counseling in Family and School on the Prevention of Adolescent Suicide. In: National Conference on

Interdisciplinary Research in Management and Humanities (pp. 183–194) (in Persian) [Link]
28. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An Overview for Clinicians. Med Clin North Am. 2023;107(1):119-130. DOI: 10.1016/J.MCNA.2022.09.003
29. Sobanski T, Josfeld S, Peikert G, Wagner G. Psychotherapeutic Interventions for the Prevention of Suicide Re-Attempts: A Systematic Review. Psychol Med. 2021;51(15):2525-2540. DOI: 10.1017/S0033291720001680
30. Stanley B, Brown GK, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(10):1005-1013. DOI: 10.1097/CHI.0B013E3181B5DBFE
31. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and Suicide Risk. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):74. DOI: 10.1038/S41572-019-0121-0
32. Wenzel A, Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. Behav Ther. 2012;35(7):121-130. DOI: 10.1016/j.beth.2011.01.004
33. World Health Organization. Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals (2023 Update). Geneva: WHO. 2023. Link
34. Yaylaci F. Analysis of Suicides Related With Educational Failure. Anthropologist. 2015;19(2):507-516. DOI: 10.1080/09720073.2015.11891678