SJKUMS
Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences
No.5/ Nov-Dec 2026;31(5): 490-501
DOI: 10.22034/31.5.490
https://sjku.muk.ac.ir



Original Article

The Effect of Gatekeeper Training Program on Improving Knowledge, Attitude, and Preventive Behaviour toward Suicide: A Randomized Clinical Trial

Maryam Kooraki [1], **Mohammad Ali Goodarzi** [2*], **Mohammad Moqaddasi Amiri**[3]

1. Postdoctoral Researcher in Psychology, Deputy of Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Public Health, Sirjan School of Medical Sciences, Sirjan, Iran

Article history:
Received: July 22, 2026
Revised: September 11, 2026
Accepted: September 26, 2026

***Corresponding author:** Mohammad Ali Goodarzi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Email: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

Abstract

Background and Aims: Given that suicide represents a major psychiatric emergency and the age of suicide attempts is declining, early identification and timely intervention are crucial for prevention. This study aimed to evaluate the effectiveness of a gatekeeper training intervention on suicide-prevention knowledge, attitudes, and behaviors among healthcare workers in Sirjan, Iran.

Materials and Methods: In this 2025 clinical trial, 40 healthcare workers in Sirjan, Iran, were selected via purposive sampling and randomly allocated to experimental and control groups (n = 20). The experimental group participated in a gatekeeper training program consisting of seven 90-minute sessions over two months, while the control group received no intervention. Data were collected using the Literacy of Suicide Scale, the Gatekeeper Behaviour Scale, and the Attitudes Towards Suicide questionnaire. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, independent-samples *t*-test, chi-square test, and two-way repeated-measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS (version 24).

Results: At baseline, the experimental and control groups did not differ significantly in knowledge, attitude, or behaviour scores ($P > 0.05$). However, ANOVA revealed significant main and interaction effects across the three assessment time points (pretest, posttest, and follow-up) ($P < 0.001$), indicating substantial improvement in suicide prevention knowledge, attitudes, and behaviours in the experimental group over time compared to the control group.

Conclusion: The gatekeeper training intervention effectively enhanced suicide prevention knowledge, attitudes, and behaviours among healthcare workers. Therefore, integrating this educational program into healthcare settings is recommended to facilitate the early detection, support, and referral of individuals at risk of suicide.

Keywords: Attitude toward suicide, Gatekeeper training, Health worker, Suicide knowledge, Suicide preventive behaviour

Please cite this article as follows: Kooraki M, Goodarzi M, Moqaddasi Amiri M. The Effect of Gatekeeper Training Program on Improving Knowledge, Attitude, and Preventive Behaviour toward Suicide: A Randomized Clinical Trial. SJKUMS. 2026;31(5):490-501. DOI: 10.22034/31.5.490

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Copyright © 2026 Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 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 copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

SJKUMS
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
دوره ۳۱، شماره ۵ ، آذر و دی ۱۴۰۵، صفحات: ۴۹۰-۵۰۱
DOI: 10.22034/31.5.490
https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر برنامهٔ آموزش دروازه‌بان (طرح بتا) بر ارتقای دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

مریم کورکی[۱]، محمدعلی گودرزی[۲*]، محمد مقدسی امیری[۳]

۱. پژوهشگر پسادکتری روان‌شناسی، معاونت بهداشتی دانشکدهٔ علوم پزشکی سیرجان، سیرجان. ایران
۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳. دکتری تخصصی آمار حیاتی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشکدهٔ علوم پزشکی سیرجان، سیرجان، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۳۱
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۰۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

*نویسنده مسئول: محمدعلی گودرزی، دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

ایمیل: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت خودکشی به‌عنوان مهم‌ترین اورژانس روان‌شناسی و روان‌پزشکی و همچنین کاهش سن اقدام به خودکشی، شناسایی و مداخلهٔ زودهنگام در جهت پیشگیری از خودکشی ضروری است. هدف مطالعهٔ حاضر ارزیابی اثربخشی مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان (طرح بتا) بر دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان سیرجان بود.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۴۰ بهورز شهرستان سیرجان در سال ۱۴۰۴ به روش نمونهٔ هدفمند وارد مطالعه شدند و به شیوهٔ تصادفی در گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان را در هفت جلسهٔ نوددقیقه‌ای طی دو ماه دریافت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. اطلاعات با استفاده از مقیاس سواد خودکشی، مقیاس رفتار دروازه‌بان و پرسش‌نامهٔ نگرش خودکشی جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تی مستقل، آزمون کای اسکوئر و آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشتند، اما نتایج نشان داد تأثیرمداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده است. براساس نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر، میانگین متغیرهادر دو گروه و سه مقطع زمانی بررسی‌شده تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان در ارتقای دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان، پیشنهاد می‌شود برای شناسایی و ارجاع به‌موقع افراد در معرض خطر خودکشی، از این مداخلهٔ آموزشی بهره گرفته شود.

واژگان کلیدی: آموزش دروازه‌بان، دانش خودکشی، نگرش به خودکشی، رفتار پیشگیری از خودکشی، بهورز

استناد: کورکی، مریم؛ گودرزی، محمدعلی؛ مقدسی امیری، محمد. تأثیر برنامهٔ آموزش دروازه‌بان (طرح بتا) بر ارتقای دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، آذر و دی ۱۴۰۵؛۳۱(۵): ۴۹۰-۵۰۱.

مقدمه

با توجه به افزایش شیوع خودکشی‌های انجام‌شده، خودکشی (Suicide) و اقدام به آن از چالش‌های عمدهٔ سلامت عمومی هستند [۱]. برطبق برآوردها، بیش از سه‌چهارم مرگ‌های ناشی از خودکشی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد که جمعیت بیشتری از جهان را در خود جای داده‌اند[۲]. باوجود کم‌بودن شیوع خودکشی در ایران در مقایسه با بسیاری از کشورهای جهان، شواهد تجربی حاکی از روند افزایشی این پدیده است. مروری نظام‌مند و فراتحلیل نشان داد که بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱، حدود ۲۲.۷۸۰ مورد مرگ ناشی از خودکشی در ایران رخ داده که شیوعی معادل ۱۴/۸ نفر در هر ۱۰۰.۰۰۰ نفر است [۳، ۴]. همچنین، در سال ۲۰۱۹، حدود ۷۶۰.۰۰۰ مرگ ناشی از خودکشی در سراسر جهان گزارش شده که برابر با میزان مرگ‌ومیر استانداردشدهٔ سنی ۹ نفر در هر ۱۰۰.۰۰۰ نفر جمعیت برای هر دو جنس بوده است [۵] و در همین سال این

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

آمار در ایران ۱/۵ نفر در هر ۱۰۰.۰۰۰ نفر گزارش شده که کمتر از متوسط جهانی است [۵، ۶].

سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر این باور است که خودکشی قابل‌پیشگیری است، اما پیشگیری از آن چندان آسان نیست. پیشگیری از خودکشی مستلزم شناسایی، ارجاع به‌موقع و مداخلهٔ مؤثر درخصوص افراد در معرض خطر است. یکی از رویکردهای استاندارد و مبتنی‌بر شواهد در پیشگیری از خودکشی، «برنامهٔ آموزش دروازه‌بان» (Gatekeeper Training Program) است که با مدل QPR یا «بپرس، ترغیب کن، ارجاع بده» (Question, Persuade, Refer) یا «بتا» شناخته می‌شود. این رویکرد را اولین‌بار Paul Quinnet (۱۹۹۵) با هدف آموزش افراد غیرمتخصص در حوزهٔ روان‌شناسی برای شناسایی علائم هشداردهندهٔ بحران خودکشی، نحوهٔ گفت‌وگو و ارجاع افراد مستعد خودکشی به مراکز تخصصی تدوین کرد [۷]. این برنامه در فهرست بهترین شیوه‌های پیشگیری از خودکشی قرار گرفته است و در ایران با عنوان «برنامهٔ بتا» نیز معرفی می‌شود. در این برنامه، سه مؤلفهٔ اصلی اجرا می‌شود: «بپرس» (پرسش مستقیم از فرد دربارهٔ افکار خودکشی)، «ترغیب کن» (تشویق فرد به دریافت کمک توسط دروازه‌بان که این دروازه‌بان می‌تواند مراقب سلامت، معلم، کارمندِ مدرسه یا دانشگاه یا فرد مورد اعتماد باشد) و «ارجاع بده» (ارجاع سریع فرد به منابع تخصصی مانند اورژانس، متخصص سلامت یا روان‌شناس). در این برنامه توصیه می‌شود ارائه‌دهندهٔ مراقبتِ بهداشتی تا زمان دریافت خدمت در کنار فرد بماند و از امنیت او اطمینان حاصل کند [۸].

برنامهٔ آموزش دروازه‌بان (بتا) رویکردی مبتنی‌بر شواهد است و توانایی خود را در بهبود نگرش، هنجارهای ذهنی، ظرفیت رفتاری ادراک‌شده و قصد مداخله برای پیشگیری از خودکشی بارها اثبات کرده است [۹]، اما باوجود اثربخشی برنامهٔ بتا، مطالعات نشان می‌دهند که به‌دلیل ماهیت پیچیدهٔ رفتار انسان ارتقای دانش به‌تنهایی نمی‌تواند تغییر نگرش و نهایتاً تغییر رفتار را به ارمغان بیاورد. در این زمینه، نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده (Theory of Planned Behavior - TPB) چهارچوب تبیینی قدرتمندی برای درک این فرایند ارائه می‌دهد [۱۰]. براساس این نظریه، «قصد رفتاری» (Behavioral Intention) پیش‌بین اصلی انجام یک عمل است که خود از سه مؤلفه نشئت می‌گیرد: نگرش به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک‌شده (مانند خودکارآمدی) [۱۱]. بنابراین، در جهت هدف مطالعهٔ حاضر مبنی‌بر تغییر رفتار به دنبال ارتقا و بهبود دانش و نگرش، مداخلهٔ پژوهش حاضر بر پایهٔ نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) طراحی شده است. براساس این چهارچوب، قصد رفتاری (رفتار پیشگیری از خودکشی) در بهورزان، فرایندی است که از طریق تعامل مؤلفه‌های نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده هدایت می‌شود [۱۱]. در این مدل، برنامهٔ آموزشی «بتا» به‌عنوان مداخلهٔ نظریه‌بنیان عمل می‌کند که با هدف اصلاح نگرش‌ها به خطر خودکشی، فعال‌سازی هنجارهای حرفه‌ای و افزایش خودکارآمدیِ ادراک‌شده، مسیر تغییر قصد رفتاری را به‌عنوان پیش‌بین نزدیکِ رفتار ارجاع هموار می‌کند.

بیشتر مطالعات قبلی در ایران به جنبه‌های توصیفی، اپیدمیولوژیک و عوامل خطر خودکشی پرداخته‌اند و کارآزمایی‌های کاربردی برای ارزیابی پیامدهای مداخله‌ای اندک است [۱۲، ۱۳]. مرور مطالعات قبلی بیانگر آن است که اغلب مداخلات پیشگیرانهٔ خودکشی، ازجمله مداخلهٔ بتا، در ایران و جهان بر محیط‌های دانشگاهی یا در مواردی نظامی متمرکز بوده‌اند [۱۴-۱۹] و خلأ پژوهشی بارز و مستندی در زمینهٔ اجرای کارآزمایی‌های ساختاریافته روی کارکنان خط مقدم نظام مراقبت‌های اولیهٔ سلامت (PHC) به چشم می‌خورد. در این میان، انتخاب بهورزان به‌عنوان جامعهٔ هدف در پژوهش حاضر به‌دلیل وجود بهورزان به‌عنوان نخستین حلقهٔ ارتباط جوامع روستایی با نظام سلامت در مناطق محروم، فقدان یا محدودیت دسترسی به متخصصان سلامت روان در این جوامع و همچنین اشراف کامل بهورزان بر بافت فرهنگی منطقه به‌دلیل بومی‌بودن و اعتماد مردم روستا به آنان به‌منظور راهنمایی برای دسترسی به خدمات تخصصی است.

بنابراین، آموزش بهورزان با استفاده از طرح بتا با هدف توانمندی افراد غیرمتخصص در جهت پیشگیری از خودکشی می‌تواند به توسعهٔ مداخلات کارآمدتر، بهبود سیاست‌های پیشگیری و کاهش نرخ خودکشی در جوامع مختلف منجر شود. ازجمله موارد نوآوری پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مطالعه نخستین کارآزمایی بالینی کنترل‌شدهٔ سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است که اثربخشی برنامهٔ بتا را با تکیه بر مؤلفه‌های نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌صورت اختصاصی در شبکهٔ بهورزی روستایی در ایران می‌سنجد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامهٔ آموزش دروازه‌بان در ارتقای دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان سیرجان، به‌عنوان اولین حلقهٔ مراقبت سلامت در مناطق محروم، انجام شد.

روش کار

این پژوهش نوعی کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل است و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به شمارهٔ IRCT20230228057557N4 ثبت شده است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان سیرجان (۸۸ نفر) در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پس از تأیید کمیته اخلاق و اخذ کد کارآزمایی بالینی و مجوزهای لازم، ۴۰ نفر از بهورزان خانه‌های بهداشت برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت هدفمند مبتنی‌بر ملاک‌های ورود و خروج بود. پس از غربالگری اولیه و انتخاب افراد واجد شرایط براساس معیارهای ورود، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی (Random Allocation) به دو گروه مداخله (n=۲۰) و کنترل (n=۲۰) تقسیم شدند.

پس از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی، شرکت‌کنندگان با استفاده از ابزار پژوهش، در پیش‌آزمون ارزیابی شدند. سپس، اعضای گروه مداخله در هفت جلسهٔ نوددقیقه‌ای برنامهٔ آموزش دروازه‌بان مبتنی‌بر مؤلفه‌های نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی شده و همچنین کتابچهٔ آموزش دروازه‌بان (بتا) را با هدف آموزش پیشگیری از خودکشی دریافت کردند. محل اجرای پژوهش سالن مرکز آموزش بهورزی شهرستان سیرجان بود. مداخله را نویسندهٔ اول (دکتری تخصصی روان‌شناسی و آموزش‌دیده و دارای سابقهٔ کار در حیطهٔ مداخلات خودکشی) و همچنین یک دستیار با مدرک کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی انجام داد. پایبندی به پروتکل در پژوهش عمدتاً از طریق راهبردهای ساختاری و آموزشی (استانداردسازی محتوا، اجرای مداخله توسط مجری واحدِ آموزش‌دیده و پایش حضور و مشارکت شرکت‌کنندگان) انجام شد.

در مدت اجرای مداخله، اعضای گروه کنترل در صف انتظار قرار داشتند و هیچ آموزشی دریافت نکردند. در پایان دورهٔ پیگیری و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، اعضای گروه کنترل نیز مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان را دریافت کردند. در نهایت، در هر گروه پانزده نفر باقی ماند و پنج نفر به‌علت غیبت در آموزش یا جابه‌جایی منطقهٔ خدمت یا همکاری‌نکردن از مطالعه حذف شدند. نرخ ریزش ۲۵ درصدی به‌دلیل ماهیت شغلی بهورزان و پراکندگی جغرافیایی منطقه، جابه‌جایی در منطقهٔ محل خدمت و طولانی‌بودن دورهٔ مطالعه (سه مرحله ارزیابی) و همچنین مسافت طولانی محل کار تا مرکز بهورزی (محل انجام مداخله و آزمون) بود که با افزایش حجم نمونه جبران شد. برای ارزیابی اثر این ریزش بر توان آزمون، با استفاده از نرم‌افزار G*Power 3.1.9.7تحلیل توان حساسیت (Sensitivity Power Analysis) برای اثر تعاملی زمان×گروه در طرح اندازه‌گیری مکرر (α=۰/۰۵ توان آماری ۰/۸۰، سه نوبت اندازه‌گیری، دو گروه و همبستگی درون‌فردی r=۰/۵۰) محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمونهٔ نهایی سی‌نفری قادر به کشف حداقل اندازهٔ اثر f =۰/۲۴ (معادل اندازهٔ اثر متوسط) است که نشان‌دهندهٔ آن است که باوجود ریزش نمونه‌ها، توان آماری مداخله افت نکرده است. پس از پایان مداخله، مجدداً پس‌آزمون با استفاده از ابزارهای پژوهش اجرا شد. همچنین، برای بررسی ماندگاری اثر مداخله، سه ماه پس از پایان آموزش، تمامی شرکت‌کنندگان پیگیری و ارزیابی مجدد شدند.

حجم نمونه با نرم‌افزار G*Power 3.1.9.7 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA)، دو گروه و سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون وپیگیری برآورد شد. سطح خطای نوع اول (α=۰/۰۵)، توان آزمون (β−۱=۰/۸۰) و همبستگی ۰/۰۵ میان اندازه‌گیری‌های مکرر در نظر گرفته شد [۲۰]. با توجه به نبود کارآزمایی بالینی قبلی روی جوامع بهورزی، اندازهٔ اثر ۰/۳۶ برطبق معیارهای آماری Cohen برآورد شد. با این پارامترها، حجم نمونهٔ حداقلی ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) برای توان ۰/۸۰ تعیین شد. با احتساب ۲۵ درصد ریزش محتمل در بستر مراکز بهورزی، حجم نمونهٔ نهایی به ۴۰ نفر (۲۰ نفر در هر گروه) افزایش یافت (n=۳۰(۰-۱/۲۵)=۴۰) [۲۰]. تخصیص آزمودنی‌ها به گروه‌ها به‌صورت تصادفی ساده انجام شد. بدین صورت که برای هر شرکت‌کننده یک تکه‌کاغذ با برچسب «گروه آزمایش» یا «گروه کنترل» در یک جعبهٔ غیرشفاف قرار گرفت. برای مخفی‌کردن تخصیص، برچسب‌ها داخل پاکت‌های مهر و شماره‌دار قرار گرفت. انتخاب برگه و بازکردن پاکت را شخص سومی انجام داد که در تحقیق نقش نداشت تا از سوگیری در انتخاب جلوگیری شود [۲۱]. این کار باعث شد پژوهشگر نتواند براساس ویژگی‌های فردی، گروه هر نفر را پیش‌بینی کند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال در یکی از خانه‌های بهداشت روستایی سیرجان، داشتن حداقل یک سال سابقهٔ کار به‌عنوان بهورز و علاقه‌مندی به فعالیت در حوزهٔ پیشگیری از خودکشی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل همکاری‌نکردن با پژوهشگر، کامل‌نکردن پرسش‌نامه‌ها و تغییر شغل در طول مدت اجرای پژوهش تعیین شد.

محتوای جلسات برگرفته از راهنمای آموزش دروازه‌بان برای پیشگیری از خودکشی Paul Quinnett [۸] و مبتنی‌بر مؤلفه‌های نظریهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده (دانش، نگرش و قصد رفتاری) طراحی شده بود و در بخش مکمل، از کتابچهٔ بتا با عنوان «برنامهٔ بتا: یک سؤال بپرسید، یک زندگی را نجات دهید!» بهره گرفته شد که این کتابچه با همکاری دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و مرکز مشاورهٔ دانشگاه تهران تألیف شده است(جدول۲). کتابچهٔ خودآموز، که محتوای آن نیز با سازه‌های نظریه همسو است، به‌عنوان بخش مکمل مداخله، در انتهای جلسات در اختیار شرکت‌کنندگان گروه آزمایش قرار گرفت. اعتبار پروتکل مورد استفاده در این پژوهش در مطالعات پیشین تأیید شده بود [۱۴، ۱۵]. همچنین، روایی محتوای مداخله را سه نفر از متخصصان (استادان هیئت علمی) روان‌شناسی تأیید کردند. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۱. محتوای جلسات برنامهٔ آموزشی دروازه‌بان مبتنی‌بر مؤلفه‌های نظریهٔ رفتار برنامه ریزی‌شده

جلسه	سازهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده	محتوا	هدف	زمان
۱	آشنایی و جهت‌گیری	معارفهٔ اعضای گروه؛ معرفی برنامهٔ آموزش دروازه‌بان یا بتا به‌عنوان اورژانس شهروندی در پاسخ به بحران سلامت روان؛ تبیین نقش دروازه‌بان در پیشگیری از خودکشی و چرایی انتخاب بهورزان به‌عنوان دروازه‌بان در نظام مراقبت اولیه.	سخنرانی تعاملی، بحث گروهی، تعیین انتظارات	۹۰ دقیقه
۲	نگرش (مؤلفهٔ شناختی)	مرور افسانه‌های رایج دربارهٔ خودکشی و اصلاح شناختی فعال باورهای نادرست شرکت‌کنندگان؛ تقویت باور مثبت به اثربخشی مداخله دروازه‌بانی و پیامدهای مفید ارجاع به‌موقع	اصلاح شناختی، بازسازی باور، بحث گروهی	۹۰ دقیقه
۳	نگرش + دانش	بررسی و تشخیص علائم هشداردهندهٔ خودکشی مبتنی‌بر شواهد؛ عوامل خطر خودکشی (با تأکید بر افسردگی)؛ نحوهٔ راه‌اندازی مداخلهٔ بتا (زمان، محیط، منابع).	ارائهٔ مبتنی‌بر شواهد، مطالعهٔ موردی	۹۰ دقیقه
۴	هنجار ذهنی	مقابله با باورهای مانع («این کار در شأن من نیست. به من ربطی ندارد»)؛ معرفی هنجار شغلی و اخلاقی بهورز به‌عنوان فرد مرجع و مورد اعتماد جامعهٔ محلی؛ الگوسازی از رفتار دروازه‌بانان موفق؛ تقویت احساس مسئولیت اجتماعی و انتظارات هنجاری همکاران و نظام سلامت.	الگوسازی، بازسازی هنجاری، بحث گروهی	۹۰ دقیقه
۵	کنترل رفتاری ادراک‌شده؛ خودکارآمدی	مهارت سؤال‌کردن از فرد دارای تمایلات خودکشی (بخش «بپرس» QPR) با ارائهٔ مثال‌های عملی؛ گوش‌دادن فعال؛ شناسایی و کاهش موانع ادراک‌شده (ترس از واکنش منفی، قضاوت، کمبود زمان و منابع).	مهارت‌آموزی، تحلیل موانع، تمرین کوتاه	۹۰ دقیقه
۶	تقویت خودکارآمدی + نگرش	مهارت متقاعدسازی فرد برای دریافت کمک (بخش «ترغیب کن: تمرکز بر مشکل‌ها، درخواست اقدام نجات‌بخش)؛ تمرین گام‌به‌گام و تقویت خودکارآمدی از طریق تجربهٔ موفقیت‌های کوچک و بازخورد اصلاحی.	تمرین گام‌به‌گام، بازخورد اصلاحی	۹۰ دقیقه
۷	قصد رفتاری + ارجاع	مهارت ارجاع فرد به منابع ملی و محلی (بخش «ارجاع بده»؛ تمرین رفتاری فعال مهارت‌های سه‌گانه (بپرس، ترغیب کن، ارجاع بده) در قالب ایفای نقش؛ تدوین برنامهٔ عملی فردی و تعیین صریح قصد ارجاع در موقعیت واقعی؛ جمع‌بندی نهایی و رفع اشکال.	ایفای نقش، برنامه‌ریزی عملی، تعهد کتبی	۹۰ دقیقه

جدول ۲. بخش مکمل مداخلهٔ پژوهشی

محتوای کتابچه	سازهٔ رفتار برنامه‌ریزی‌شده
تعریف دروازه‌بان و تبیین نقش آن؛ ارزش امید و ایمان	نگرش
غلبه بر واکنش‌های عاطفی م فی به خودکشی	نگرش و هنجار ذهنی
درک اولیه و تعریف رفتار خودکشی؛ افسردگی به‌عنوان عامل خطر؛ فهرست علائم هشداردهنده	دانش
مراحل QPR و نکات مربوط به بتای مؤثر	کنترل رفتاری ادراک‌شده؛ خودکارآمدی
ارائهٔ شماره‌تلفن‌های ضروری و خطوط بحران (منابع ملی و محلی)	تسهیل ارجاع و قصد رفتاری

یک هفته پس از اتمام مداخلهٔ آموزشی، پس‌آزمون با استفاده از ابزارهای پژوهش (شامل مقیاس سواد خودکشی، پرسش‌نامهٔ نگرش به خودکشی و مقیاس رفتار دروازه‌بان) برای هر دو گروه در شرایط برابر و در دو روز متوالی اجرا شد. به‌منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌ها در طول مطالعه، پژوهشگر اقدامات لازم را برای برقرارنشدن ارتباط میان اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل انجام داد. به‌منظور ارزیابی پایداری آثار مداخله، سه ماه پس از اجرای پس‌آزمون، مجدداً هر دو گروه با استفاده از ابزارهای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پژوهش ارزیابی شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسش‌نامه بود که در قسمت اول، اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سنوات کاری و در قسمت دوم، شامل پرسش‌نامه‌ها ی ذیل بود.

مقیاس سواد خودکشی

مقیاس سواد خودکشی ابزاری متشکل از ۲۷ گویه با گزینه‌های «درست»، «نادرست» و «نمی‌دانم» است که برای سنجش میزان دانش افراد دربارهٔ مفاهیم مرتبط با خودکشی تدوین شده است. دوازده گویهٔ این مقیاس از نسخهٔ بازنگری‌شدهٔ آزمون حقایق خودکشی توسط Öztürk و همکاران[۲۲] اقتباس شده و گویه‌های دیگری نیز با هدف ارزیابی جامع‌تر ابعاد سواد خودکشی، بر پایهٔ رویکرد پیشنهادی Calear و همکاران [۲۳] به آن افزوده شده‌اند. این مقیاس چهار حوزهٔ اصلی را پوشش می‌دهد:۱. علل یا ماهیت افکار و رفتارهای خودکشی (گویه‌های ۱ تا ۱۰)؛ ۲. عوامل خطر خودکشی (گویه‌های ۱۱ تا ۱۷)؛ ۳. علائم و نشانه‌های هشداردهندهٔ خودکشی (گویه‌های ۱۸ تا ۲۳)؛ ۴. درمان و پیشگیری از خودکشی (گویه‌های ۲۴ تا ۲۷).

نحوهٔ نمره‌گذاری به این صورت است که برای هر پاسخ صحیح، یک نمره و برای پاسخ‌های «نادرست» یا «نمی‌دانم»، نمرهٔ صفر در نظر گرفته می‌شود. مجموع نمرات صحیح، بیانگر سطح سواد فرد در حوزهٔ خودکشی است و نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ دانش بالاتر در این زمینه است [۲۴].نسخه فارسی این مقیاس را زهره‌وند و همکاران [۲۴] ترجمه و اعتبارسنجی کرده‌اند. پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۵ برآورد شد. همچنین، همهٔ مؤلفه‌های پرسش‌نامه با نمرهٔ کل ارتباط معناداری نشان دادند. در پژوهش جعفری و همکاران [۲۵] ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد و در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ معادل (α=۰/۷۴) محاسبه شد.

پرسش‌نامهٔ نگرش به خودکشی

برای ارزیابی نگرش‌ها و افکار مرتبط با خودکشی از پرسش‌نامهٔ نگرش به خودکشی آرنوتوواسکا و همکاران [۲۷] استفاده شد. این پرسش‌نامه را در ابتدا Renberg & Jacobsson [۲۸] در سوئد تدوین کردند و در پژوهش حاضر، فرم ۳۱ گویه‌ای این مقیاس به کار گرفته شد. این مقیاس شامل شش خرده‌مقیاس است:۱. آسان‌گیری (گویه‌های: ۴، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۰)؛ ۲. قابلیت پیشگیری (گویه‌های: ۱، ۵، ۷، ۲۰، ۲۶، ۳۱)؛ ۳. غیرقابل فهم‌بودن (گویه‌های: ۲، ۳، ۶، ۱۵، ۲۳)؛ ۴. اجتناب از صحبت‌کردن (گویه‌های: ۹، ۱۱، ۱۷، ۱۹)؛ ۵. غیرقابل پیش‌بینی بودن (گویه‌های: ۸، ۱۰، ۱۸، ۲۴، ۲۸)؛ ۶. تنهایی و التماس (گویه‌های: ۱۲، ۲۱، ۲۲). در این مقیاس از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای شامل گزینه‌های «۱=کاملاً موافقم»، «۲=موافقم»، «۳=نظری ندارم»، «۴=مخالفم» و «۵=کاملاً مخالفم» استفاده می‌شود. گویه‌های ۵ و ۲۰ نمره‌گذاری معکوس دارند. دامنهٔ نمرات پرسش‌نامه از ۳۷ تا ۱۸۵ است؛ به‌طوری که نمرات ۳۷ تا ۱۱۱ نشان‌دهندهٔ نگرش مثبت و نمرات ۱۱۲ تا ۱۸۵ بیانگر نگرش منفی به خودکشی هستند [۲۹]. ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) این پرسش‌نامه در مطالعهٔ Renberg & Jacobsson [۲۷] ۰/۷۶ گزارش شده است. در مطالعه‌ای ایرانی نیز این پرسش‌نامه برای سنجش نگرش و ارتقای دانش دربارهٔ پیشگیری از خودکشی استفاده شد [۱۲]. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ معادل (α=۰/۷۱) به دست آمد.

مقیاس رفتار دروازه‌بان (GBS)

این پرسش‌نامه شامل ۱۱ گویه متشکل از سه خرده‌مقیاس است. ۱. آمادگی (۵ گویه): این بخش با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=خیلی کم، ۲=کم، ۳=متوسط، ۴=زیاد، ۵=خیلی زیاد) میزان آمادگی دروازه‌بانان(بهورزان) را برای کمک به افراد دارای پریشانی روانی می‌سنجد. آمادگی عمدتاً مبتنی‌بر دانش است؛ ۲. احتمال (۲ گویه): این بخش با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (۱=خیلی بعید، ۲=بعید، ۳=احتمالاً، ۴=به احتمال زیاد) احتمال انجام رفتار مداخله‌گرانه را در جهت پیشگیری از خودکشی می‌سنجد؛ ۳. خودکارآمدی (۴ گویه): این بخش نیز با مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (۱=خیلی مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=موافقم، ۴=خیلی موافقم) اعتمادبه‌نفس و توانمندی فرد دروازه‌بان را برای مداخله ارزیابی می‌کند که نشان‌دهندهٔ میزان «بهینه‌سازی توانایی» فرد است. این پرسش‌نامه را Albright و همکاران[۲۹] به‌منظور ایجاد ابزاری معتبر برای ارزیابی تأثیر آموزش دروازه‌بان توسعه داده‌اند.

فرایند بومی‌سازی مقیاس رفتار دروازه بان بدین صورت انجام شد که ابتدا مقیاس اصلی را دو مترجم متخصص مستقل در زمینهٔ روان‌شناسی ترجمه و به زبان فارسی بازگردانی کردند. سپس تیم پژوهش دو نسخهٔ ترجمه‌شده را بررسی کردند و نسخهٔ اولیه تولید شد. در مرحلهٔ بعد، نسخهٔ ترجمه‌شدهٔ اولیه به زبان فارسی را دو مترجم از زبان فارسی به زبان اصلی ترجمه کردند و تیم پژوهش نسخهٔ اصلی و نسخهٔ تولیدشده را بررسی کردند. سپس نسخهٔ نهایی فارسی تولید و در اختیار نُه نفر از خبرگان مرتبط با حیطهٔ پژوهش (روان‌شناسی و خودکشی) قرار گرفت. این افراد (خبرگان) سه نفر از اعضای هیئت‌علمی روان‌شناسی، چهار نفر متخصص با سابقهٔ مداخله در خودکشی و با تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و دو نفر متخصص در حوزهٔ آموزش پیشگیری ار خودکشی بودند [۳۰].

نسبت روایی محتوایی (CVR) براساس روش لاشه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

(Lawshe, 1975) محاسبه شد که برای یک پنل نه‌نفره، حداقل مقدار قابل‌قبول ۰/۷۸ (معادل موافقت حداقل هشت خبره از نه نفر) است. در بررسی گویه‌ها، برای گویه مدنظر، از مجموع نه متخصص، هشت نفر ضرورت آن را تأیید کردند و تنها یک نفر نظر مخالف داشت. در نتیجه، مقدار CVR برابر با ۰/۷۸ به دست آمد که دقیقاً منطبق بر مقدار بحرانی جدول لاشه بود و روایی محتوایی گویه بدون نیاز به حذف تأیید شد [۳۱]. براساس ارزیابی پنل نه‌نفرهٔ متخصصان، تمامی یازده گویه مقیاس حداقل ملاک پذیرش لاشه (CVR≥۰/۷۸) را احراز کردند. برای هشت گویه، نسبت روایی محتوایی برابر با ۱/۰۰ (موافقت ۱۰۰ درصد خبرگان) و برای سه گویه برابر با ۰/۷۸ (موافقت هشت خبره از نه نفر) به دست آمد. در نهایت، میانگین نسبت روایی محتوایی کل مقیاس (CVR) برابر با ۰/۹۴ محاسبه شد که نشان‌دهندهٔ روایی محتوایی عالی و استحکام ابزار است.

پایایی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر معادل (α=۰/۷۸) گزارش شد. پس از اتمام مراحل پس‌آزمون و پیگیری، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد. آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال و آزمون مجذور کای برای مقایسه متغیرهای اسمی استفاده شد. مقایسهٔ میانگین نمرات دانش خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی در دو گروه و سه مقطع زمانی با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (Two-way repeated measures ANOVA) انجام شد. برای شناسایی تفاوت‌های زوجی میان سه مقطع زمانی از آزمون تعقیبی (Bonferroni) استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

نمونهٔ اولیه متشکل از ۴۰ بهورز وارد مطالعه شدند که از هر گروه ۵ نفر ریزش داشت و نهایتاً ۱۵ نفر در هر گروه باقی ماند و تحلیل نهایی روی ۳۰ نفر انجام شد. دلایل ریزش در گروه مداخله شامل برنامه‌های طرح واکسیناسیون و غربالگری روستایی هم‌زمان با جلسات (۲ نفر)، جابه‌جایی محل کار (۲نفر) و حضورنداشتن در بیش از دو جلسهٔ آموزشی برای رعایت پایبندی به پروتکل (۱ نفر) بود. در گروه کنترل، ریزش شامل جابه‌جایی شغلی (۳ نفر) و دسترسی‌نداشتن در مرحلهٔ ارزیابی پیگیری به‌دلیل مرخصی (۲ نفر) بود. مقایسهٔ متغیرهای زمینه‌ای و نمرات خط پایه بین افراد خارج‌شده (۱۰ نفر) و تکمیل‌کنندگان مطالعه (۳۰ نفر) تفاوت معناداری را نشان نداد (p>۰/۰۵) که حاکی از تصادفی‌بودن ریزش و واردنشدن سوگیری به نتایج است.

براساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر، میانگین و انحراف معیار سنی نمونه‌های مورد پژوهش در گروه آزمون ۸/۹۰±۲۸/۵۳ سال و در گروه کنترل ۷/۸۱±۳۱ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمون و کنترل با p= ۰/۴۲ تفاوت آماری معناداری با یکدیگر ندارند. به‌علاوه، نتایج آزمون تی‌مستقل بیانگر این بود که میانگین سنوات کاری گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند (p=۰/۲۱۱). همچنین، نتایج آزمون مجذورکای نشان داد که از نظر وضعیت تأهل و جنسیت بین گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشته است (p>۰/۰۵). اطلاعات تکمیلی پیرامون متغیرهای جمعیت شناختی به‌تفکیک گروه مداخله و کنترل، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. مقایسهٔ متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه مداخله (۱۵ نفر)		گروه کنترل (۱۵ نفر)		P- value
سن (میانگین ± انحراف‌معیار)		۸/۹۰±۲۸/۵۳		۷/۸۱±۳۱		۰/۴۲*
سنوات شغلی (میانگین ± انحراف‌معیار)		۲/۶۹±۵/۳۳		۲/۲۱ ± ۴/۷۳		۰/۵۱۱*
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۴۶/۶۶	۶	۰/۴۰	۰/۷۱۳**
	متأهل	۸	۵۳/۳۳	۹	۰/۶۰	
جنسیت	مرد	۶	۰/۴۰	۵	۳۳/۳۳	۰/۷۰۵**
	زن	۹	۰/۶۰	۱۰	۶۶/۶۷	

*آزمون تی مستقل؛ **آزمون کای اسکوئر

میانگین نمرات هریک از متغیرهای مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل در مقاطع زمانی مورد بررسی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) محاسبه و در جدول ۳ نشان داده شده است. همان‌طور که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد، در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش قابل‌توجهی در میانگین نمرات دانش خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی و کاهش قابل توجهی در نمرهٔ نگرش به خودکش(نگرش منفی) در مقایسه با قبل از مداخله رخ داده است

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

(جدول ۴).

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سواد خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی در گروه آزمایش و کنترل در بهورزان شهرستان سیرجان

متغیر	زمان	گروه مداخله (۱۵ نفر) Mean ±SD	گروه کنترل(۱۵ نفر) Mean ±SD
دانش خودکشی	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳±۲/۴۶	۱۴/۴۰±۲/۲۶
	پس‌آزمون(یک هفته پس از پایان مداخله)	۲۲/۰۶±۲/۲۵	۱۴/۱±۷۳/۹۰
	پیگیری (سه ماهه)	۲۳/۲±۱۳/۶۱	۱۵/۱±۴۶/۹۲
نگرش به خودکشی	پیش‌آزمون	۱۲۷/۲۲±۶۰/۳۸	۱۲۲/۳۷±۱۸/۰۳
	پس‌آزمون(یک هفته پس از پایان مداخله)	۱۰۲/۶۰±۱۶/۴۰	۱۲۸/۶±۱۷/۷۱
	پیگیری (سه‌ماهه)	۹۶±۲۰/۴۵	۱۲۴±۲۳/۲۰
رفتار پیشگیری از خودکشی	پیش‌آزمون	۱۸/۳۳±۵/۵۱	۱۸±۴/۷۶
	پس‌آزمون(یک هفته پس از پایان مداخله)	۲۹/۹۳±۷/۲۰	۲۰/۷۳±۴/۳۹
	پیگیری (سه‌ماهه)	۳۳/۰۶±۸۸/۶	۲۱/۶۰±۳/۹۴

برای بررسی تأثیر مداخلهٔ پژوهش در متغیرهای وابسته (دانش خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی) از روش تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌مکرر، برای مقایسهٔ نمرات دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی در دو گروه و در سه مقطع زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی با استفاده از آزمون لوین تأیید شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته بین دو گروه برای متغیر دانش خودکشی به‌ترتیب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۰/۲۵ ،p=۰/۶۲۳)، (F=۰/۰۱۷ ،p=۰/۶۸۱)، (F=۲/۳۷ ،p=۰/۱۳۵)، برای متغیر نگرش به خودکشی (F=۰/۹۶ ،p=۰/۳۳۵)، (F=۰/۱۴ ،p=۰/۷۱۵)، (F=۰/۰۲ ،p=۰/۸۸۱) و متغیر رفتار پیشگیری از خودکشی (F=۰/۴۸ ،p=۰/۴۹۶)، (F=۱/۸۵ ،p=۰/۱۸۴)، (F=۰۱/۲۱ ،p=۰/۲۸۰)، با درجات آزادی [۱، ۲۸] به دست آمد که با توجه به معنادار نبودن آماری در تمامی مراحل (p>۰/۰۵)، پیش‌فرض همگنی واریانس خطاها برای هر سه متغیر در تمامی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و و پیگیری برقرار است.

در تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر، گروه به‌عنوان عامل بین‌گروهی و مقاطع زمانی سنجش دانش خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی به‌عنوان عامل درون‌گروهی در نظر گرفته شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت برای آثار درون‌گروهی، از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. نتایج نشان داد که این پیش‌فرض برای متغیر رفتار پیشگیری از خودکشی برقرار بوده است (p=۰/۳۳۷، W=۰/۹۲۳، Chi-Square(۲)=۲/۱۷۴)، اما برای متغیرهای نگرش به خودکشی (p<۰/۰۰۱، Chi-Square(۲)=۱۶/۴۹۶، W=۰/۵۴۳) با ضریب اپسیلون ۰/۶۸۶ و دانش خودکشی (W=۰/۵۹۷، Chi-Square(۲)=۱۳/۹۴۳، p=۰/۰۰۱) با ضریب اپسیلون ۰/۷۱۳، پیش‌فرض کرویت نقض شد (p<۰/۰۵).

بنابراین، درجات آزادی برای این دو متغیر براساس روش گرینهاوس–گایزر تعدیل شد (جدول ۵). معنادارشدن عامل زمان بیانگر آن است که صرف‌نظر از گروه مورد بررسی، میانگین نمرات هریک از متغیرهای مورد مطالعه در طول مقطع زمانی بررسی‌شده، تغییرات معنادار آماری داشته است. همچنین، معنادار شدن اثر متقابل زمان و گروه نیز بیانگر این است که میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در زمان‌های مختلف سنجش با توجه به سطوح گروه متفاوت است و بیانگر معناداربودن تأثیر مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان است. قبل از بررسی «تأثیرات بین‌گروهی»، آزمون برابری واریانس‌های خطای Levene، پذیرهٔ همگنی واریانس‌ها برای عامل بین‌گروهی را تأیید کرد (P>۰/۰۵) و نشان داد که واریانس‌ها در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری در دو گروه همگن هستند. معنادارشدن «اثر گروه» به معنای تفاوت کلی میانگین نمرات هریک از متغیرهای مورد مطالعه در بین دو گروه مطالعه است، به‌طوری که میانگین کلی نمرات دانش خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی در گروه مداخله به‌صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است. همچنین، میانگین نمرهٔ نگرش (منفی) به خودکشی در گروه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مداخله کمتر از گروه کنترل بوده است (جدول۴).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات دانش خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان شهرستان سیرجان

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P_value	اندازهٔ اثر
دانش خودکشی	گروه	۵۸۷/۷۷	۱	۵۸۷/۷۷	۵۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	زمان	۳۷۹/۰۸	۱/۸۵	۲۰۴/۲۰	۸۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	گروه×زمان	۲۵۷/۲۲	۱/۸۵	۱۳۸/۵۶	۵۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷
نگرش به خودکشی	گروه	۵۹۰۴/۹۰	۱	۵۹۰۴/۹۰	۶/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان	۳۵۵۱/۶	۱/۳۷۳	۲۵۸۷/۶	۱۵/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	گروه×زمان	۵۰۱۶/۸۶	۱/۳۷۳	۳۶۵۵/۲۲	۲۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹
رفتار پیشگیری از خودکشی	گروه	۱۱۰۲/۵۰	۱	۱۱۰۲/۵۰	۱۴/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان	۱۳۹۳/۸۸	۲	۶۹۶/۹۴	۸۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	گروه×زمان	۵۱۹/۲۶	۲	۲۵۹/۶۳	۳۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش قابل‌توجهی در میانگین نمرات دانش خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی و همچنین کاهش محسوسی در نمره نگرش (منفی) به خودکشی،در مقایسه با قبل از مداخله رخ داده است.

تمام آزمون‌ها در سطح معناداری آماری ۰/۰۵ ارزیابی شدند. با توجه به ارزیابی پیش‌فرض کرویت موخلی، برای متغیرهای دانش و نگرش از آزمون تعدیل‌شدهٔ گرینهاوس–گایزر (Greenhouse-Geisser) و برای متغیر رفتار پیشگیری ازخودکشی از آزمون با فرض کرویت (Sphericity Assumed) استفاده شده است. اندازهٔ اثر بر مبنای مجذور اتای گزارش شده است. همچنین، با توجه به معناداری اثر تعاملی (زمان× گروه) مشخص می‌شود که حداقل در یکی از مراحل ارزیابی(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه مداخله و گروه کنترل برای نمرات دانش خودکشی، نگرش به خودکشی و رفتار پیشگیری از خودکشی، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. ازآنجاکه اثر تعاملی در تمامی متغیرهای مورد مطالعه معنادار شده است، برای بررسی بین مراحل ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. مقایسات زوجی میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در بهورزان شهرستان سیرجان

متغیر	مقطع زمانی مورد مقایسه		تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری*
	زمان (I)	زمان (J)			
دانش خودکشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۳۸	۰/۳۳	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۴/۷۳	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۹۰۰	۰/۷۳	۰/۰۰۶
نگرش به خودکشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۹۱۷	۰/۱۹	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۱/۹۴۴	۰/۲۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۲۸	۰/۳۱	۱
رفتار پیشگیری از خودکشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۱۶	۰/۸۴	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۹/۱۶	۰/۸۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۰۰	۰/۴۵	۰/۴۵

*آزمون تعقیبی بونفرونی

در نتایج جدول ۶، که آثار اصلی ساده را با اصلاح بونفرونی نشان می‌دهد، فقط گروه مداخله تغییرات معناداری در طول زمان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

داشت. گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان نداد (p>۰/۰۵). مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی نشان داد که نمرات دانش پیشگیری از خودکشی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور واضح افزایش یافت و این افزایش از پس‌آزمون تا پیگیری نیز ادامه داشت. در نگرش به خودکشی، نمرات در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری بالا رفت، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود؛ یعنی این تغییر ثابت مانده است. به همان شکل، نمرات رفتار پیشگیری از خودکشی در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معنادار داشت و تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود؛ این نشان می‌دهد مهارت‌های رفتاری آموزش‌داده‌شده تا زمان پیگیری حفظ شده‌اند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان در دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان شهرستان سیرجان بود. نتایج مطالعه نشان داد اجرای این مداخله باعث ارتقای معنادار دانش بهورزان دربارهٔ خودکشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات مهرآور و همکاران [۱۴] و Samuolis و همکاران [۱۷] همسو است. برای نمونه، مهرآور و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که مداخلهٔ مبتنی‌بر رویکرد دروازه‌بانی می‌تواند دانش فرماندهان ارتش را دربارهٔ پیشگیری از خودکشی به‌طور معناداری افزایش دهد. در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان با تمرکز بر اصلاح باورهای نادرست دربارهٔ خودکشی، آموزش تشخیص نشانه‌های هشداردهندهٔ براساس شواهد و تقویت مهارت‌های پرسش و ارتباط با افراد در معرض خطر [۷]، در ارتقای سطح دانش بهورزان، به‌ویژه در مناطق روستایی که دسترسی به روان‌شناس محدودتر است، نقشی کلیدی ایفا می‌کند. همچنین، با توجه به اینکه راهبرد QPR یا آموزش دروازه‌بان به‌منظور تجهیز افراد غیرمتخصص و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به مهارت‌های ارتباطی مؤثر برای مداخلهٔ فوری با افراد در معرض خطر طراحی شده است [۸]، نتایج نشان می‌دهد این نوع آموزش می‌تواند دانش و توانمندی بهورزان را در زمینهٔ پیشگیری از خودکشی ارتقا دهد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیر مثبت مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان در نگرش بهورزان به خودکشی بود. این یافته نیز با نتایج پژوهش‌های مهرآور و همکاران [۱۴]، Khadijah و همکاران [۱۵] و Villamor [۱۶] مطابقت دارد. چنانچه نگرش به خودکشی را نوعی گرایش شناختی پایدار و آمادگی هیجانی به خودکشی بدانیم [۲۵]، می‌توان گفت آموزش دروازه‌بانی از طریق ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان و غلبه بر واکنش‌های منفی و همچنین باورهای منفی افراد به پدیدهٔ خودکشی در کنار آمادگی روانی افراد برای مواجهه با افراد دارای افکار خودکشی، بستر مناسبی برای بهبود نگرش بهورزان به کمک‌رسانی به افراد در معرض خطر فراهم می‌کند. آموزش‌های QPR با هدف شناسایی، ترغیب و ارجاع افراد مستعد خودکشی، احتمال مداخلهٔ به‌موقع و ارجاع به خدمات مناسب را افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند این آموزش‌ها مهارت، نگرش و دانش افراد را در حوزهٔ پیشگیری از خودکشی بهبود می‌بخشد.

سومین یافتهٔ مهم پژوهش، تأثیر مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان در رفتار پیشگیری از خودکشی در بهورزان بود. تبیین این یافته را می‌توان به نقش کلیدی بهورزان و مراقبان سلامت در خطوط مقدم پیشگیری و غربالگری نسبت داد؛ چراکه آموزش مهارت‌هایی همچون نحوهٔ گفت‌وگو با افراد در معرض خطر، متقاعدسازی برای دریافت کمک حرفه‌ای، ارجاع به منابع حمایتی و تمرین عملی این مهارت‌ها می‌تواند تا حد زیادی شناسایی و ترغیب زودهنگام افراد را به دنبال داشته باشد و در نهایت، رفتار پیشگیری از خودکشی را تقویت کند [۷]. از سوی دیگر، متخصصان مراقبت‌های اولیه به‌دلیل ارتباط مستمر و شناخت جامع‌تر از پیشینهٔ سلامت مراجعان، موقعیت مطلوبی برای شناسایی نشانه‌های خطر دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بخش قابل‌توجهی از افرادی که براثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، در ماه‌ها و هفته‌های منتهی به واقعه با متخصصان مراقبت اولیه تماس داشته‌اند؛ به‌طوری که ۸۰ تا ۹۰ درصد آن‌ها در سال و ماه‌های قبل از خودکشی با این متخصصان ارتباط داشته‌اند و ۴۴ درصد در ماه پایانی عمر خود با مراقبت‌های اولیه تماس گرفته‌اند [۱۴، ۳۱]. این آمار اهمیت آموزش و توانمندسازی بهورزان را به‌عنوان نقطهٔ اتکای نظام سلامت در روستا نشان می‌دهد. درمجموع، یافته‌های این مطالعه تأکید می‌کند که آموزش دروازه‌بان می‌تواند دانش، نگرش و رفتار پیشگیری از خودکشی را در بهورزان بهبود ببخشد و در ارتقای شاخص‌های سلامت روان و به‌خصوص پیشگیری از خودکشی در جامعه نقش مهمی ایفا کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخلهٔ آموزش دروازه‌بان توانسته است تا حدی دانش، نگرش و رفتارهای پیشگیری از خودکشی (قصد رفتاری) را در بهورزان خانه‌های بهداشت روستایی ارتقا دهد و با ارتقای دانش و تغییر نگرش به خودکشی زمینهٔ شناسایی و ارجاع به‌موقع افراد در معرض خطر خودکشی را به مراکز سلامت جامعه‌نگر (سراج) به دنبال داشته باشد. بنابراین، این مداخله را می‌توان به‌عنوان نوعی مداخلهٔ پیشگیرانهٔ آموزشی در حوزهٔ بهداشت روان به کار گرفت که افراد را برای ایفای نقش دروازه‌بان در شناسایی و ارجاع افرادی که با رفتارها

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

یا علائم هشداردهندهٔ خودکشی مواجه هستند، قبل از وقوع حادثهٔ تلخ آماده می‌کند.

آموزش QPR از این نظر با روش CPR مقایسه شده است که همان‌گونه که در CPR شناسایی سریع علائم اولیهٔ حملهٔ قلبی می‌تواند به نجات جان بیمار منجر شود، هدف QPR نیز شناسایی زودهنگام علائم هشداردهندهٔ خودکشی برای پیشگیری از وقوع اقدام خودکشی است [۷]. این مداخله علاوه‌بر افزایش دانش و مهارت‌های بهورزان در پیشگیری از خودکشی، به اصلاح باورهای نادرست، کاهش انگ اجتماعی به خودکشی و ارتقای توانمندی بهورزان در کمک مؤثر به افراد در معرض خطر کمک می‌کند. باوجوداین، مطالعهٔ حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت: ازجمله آن‌ها می توان به کمبود منابع پژوهشی مرتبط با عملکرد دروازه‌بانان در ایران و محدودشدن جامعهٔ پژوهش به بهورزان که تعمیم نتایج به گروه‌های سلامت دیگر را با احتیاط همراه می‌کند، همچنین حجم نمونهٔ کوچک (سی نفر در تحلیل نهایی)، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و ارزیابی‌نکردن عملکرد واقعی بهورزان در موقعیت‌های بالینی اشاره کرد. بااین‌حال، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در طراحی و تدوین برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای روان‌شناسان، مراقبان سلامت و دیگر گروه‌های فعال در مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این رویکرد به مراقبان سلامت، معلمان و رابطان بهداشتی نیز آموزش داده شود و نتایج آن در کاهش اقدام به خودکشی بررسی شود .

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب به شمارهٔ 403SIR25 است که از محل معاونت تحقیقات و فناوری دانشکدهٔ علوم پزشکی سیرجان تأمین اعتبار شده و دارای کد اخلاق به شمارهٔ IR.SIRUMS.REC.1403.034 است و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. بدین‌وسیله از مسئول و همکاران محترم آموزشگاه بهورزی شهرستان سیرجان و بهورزان عزیز که در این پژوهش با ما همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

REFERENCES

1. Ludwig B, Dwivedi Y. The concept of violent suicide, its underlying trait and neurobiology: a critical perspective. Eur Neuropsychopharmacol. 2018;28(2):243-51. [DOI: 10.1016/j.euroneuro.2017.12.001]
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2025. [Link]
3. Jomehpour H, Mohseni F, Rafaiee R. Work-related suicide: increased among Iranian workers and retirees. J Fundam Ment Health. 2025;27(2):139-42 [Persian]. [DOI: 10.22038/JFMH.2025.84067.3185]
4. Asadiyun M, Daliri S. Suicide attempt and suicide death in Iran: a systematic review and meta-analysis study. Iran J Psychiatry. 2023;18(2):191-203. [DOI: 10.18502/ijps.v18i2.12370]
5. Ilic M, Ilic I. Worldwide suicide mortality trends (2000-2019): a joinpoint regression analysis. World J Psychiatry. 2022;12(8):1044-60. [DOI: 10.5498/wjp.v12.i8.1044]
6. Rostami M, Jalilian A, Jalilian M, Mahdavi SA. Years of life lost due to complete suicide in Iran: a national registry-based study. J Res Health Sci. 2024;24(1):e00605. [DOI: 10.34172/jrhs.2024.140]
7. Quinnett P. QPR gatekeeper training for suicide prevention: the model, rationale, and theory. Spokane (WA): QPR Institute; 2007. [Link]
8. Hangartner RB, Totura CMW, Labouliere CD, Gryglewicz K, Karver MS. Benchmarking the "Question, Persuade, Refer" program against evaluations of established suicide prevention gatekeeper trainings. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(2):353-70. [DOI: 10.1111/sltb.12430]
9. Aldrich RS, Wilde J, Miller E. The effectiveness of QPR suicide prevention training. Health Educ J. 2018;77(8):964-77. [DOI: 10.1177/0017896918786009]
10. Conner M. Theory of planned behavior. In: Tenenbaum G, Eklund RC, editors. Handbook of sport psychology. 4th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2020: 1-18. [DOI: 10.1002/9781119568124.ch1]
11. Conner M, Sparks P. Theory of planned behaviour and health behaviour. In: Conner M, Norman P, editors. Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 2005:170-222. [Link]
12. Abbasi-Ghahramanloo A, Jafarzadeh M, Pourfarzi F, Afrashteh S, Azimi A, Yusuf MA, et al. Characteristics of suicide attempts in Northwestern Iran: a five-year population-based survey. BMC Psychiatry. 2024;24(1):15. [DOI: 10.1186/s12888-023-05483-4]
13. Sadeghian Z, Rashidpour P, Ghasemirad H, Yassini Ardekani SM, Shirkhoda SA, Kholasezade G, et al. Investigating psychiatric disorders in patients with suicide attempt. J Soc Behav Community Health. 2024;8(1):1291-8. [DOI: 10.18502/jsbch.v8i1.15675]
14. Mehravar M, Shahmiri H, Ebrahimi M, Rahnejat AM. Effectiveness of the gatekeeper-based suicide prevention training package in improving the attitude and enhancing the knowledge about suicide prevention in Iran Army commanders. Ann Mil Health Sci Res. 2023;21(4):e141853. [DOI: 10.5812/amh-141853]
15. Khadijah S, Martono M, Tarnoto KW. Results of professional interventions of gatekeeper training programs for college student suicide prevention: a systematic review. GSC Adv Res Rev. 2023;17(3):022-39. [DOI: 10.30574/gscarr.2023.17.3.0443]
16. Villamor CMP. Implementation of an online suicide prevention training program with undergraduate and graduate students at a California state university [dissertation]. San Jose (CA): San Jose State University; 2023. [DOI: 10.31979/etd.39mv-znmq]
17. Samuolis J, Harrison AJ, Flanagan K. Evaluation of a peer-led implementation of a suicide prevention gatekeeper training program for college students. Crisis. 2020;41(5):331-6. [DOI: 10.1027/0227-5910/a000638]
18. Hawgood J, Woodward A, Quinnett P, De Leo D. Gatekeeper training and minimum standards of competency. Crisis. 2021;42(6):405-12. [DOI: 10.1027/0227-5910/a000794]
19. Morton M, Wang S, Tse K, Chung C, Bergmans Y, Ceniti A, et al. Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk for suicide: a systematic review. J Community Psychol. 2021;49(6):1838-71. [DOI: 10.1002/jcop.22624]
20. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Methods. 2007;39(2):175-91. [DOI: 10.3758/BF03193146]
21. Doig GS, Simpson F. Randomization and allocation concealment: a practical guide for researchers. J Crit Care. 2005;20(2):187-91. [DOI: 10.1016/j.jcrc.2005.04.005]
22. Öztürk A, Akın S. The Turkish version of Literacy of Suicide Scale (LOSS): validity and reliability on a sample of Turkish university students. Int Refereed J Psychiatr Psychol Res. 2016;(7):20-42. [Link]
23. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. Psychiatry Res. 2014;219(3):525-30. [DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.027]
24. Zohrehvand M, Rahmati F, Saffari M, Dowran B. Literacy of Suicide Scale in the Iranian military youth: the validity and reliability of the Persian version. Iran J War Public Health. 2024;16(1):9-15. [DOI: 10.58209/ijwph.16.1.9]
25. Jafari A, Moshki M, Mokhtari AM, Akbari A, Delshad Noghabi A. Psychometric properties of Literacy of Suicide Scale (LOSS) in Iranian population: long form. BMC Public Health. 2023;23(1):608. [DOI: 10.1186/s12889-023-15528-8]
26. Arnautovska U, Grad OT. Attitudes toward suicide in the adolescent population. Crisis. 2010;31(1):22-9. [DOI: 10.1027/0227-5910/a000004]
27. Renberg ES, Jacobsson L. Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. Suicide Life Threat Behav. 2003;33(1):52-64. [DOI: 10.1521/suli.33.1.52.22784]
28. Albright GL, Davidson J, Goldman R, Shockley KM, Timmons-Mitchell J. Development and validation of the Gatekeeper Behavior Scale. Crisis. 2016;37(3):189-97. [DOI: 10.1027/0227-5910/a000382]
29. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186-91. [DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014]
30. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Pers Psychol. 1975;28(4):563-75. [DOI: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x]
31. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health. 2019;47(1):9-17. [DOI: 10.1177/1403494817746274]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-17]