# Title: Policy brief: enhancing protective factors and psychological resilience: policy recommendations for reducing suicidal behaviors among adolescents

***Mandana Saki*** [1] **,** ***Masoud Behzadifar*** [2]***** **,** ***Fatemeh Ghasemi*** [1]

*1. Associate professor, Department of Nursing, Khorramabad School of Nursing and Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences. Khorramabad, Lorestan, Iran*

*2. Associate professor, Health Policy Department, School of Health, Social Determinants of Health Research Center Lorestan University of Medical Sciences. Khorramabad, Lorestan, Iran, masoudbehzadifar@gmail.com*

Received: *2025/12/7* Accepted: *2026/4/28*

## Abstract

***Background:*** Suicidal behaviors among adolescents represent one of the rapidly growing mental health challenges at both national and global levels. According to reports from the World Health Organization, suicide is among the three leading causes of death in the 15-19 age group, and countries with a predominantly young population, such as Iran, are particularly vulnerable to this crisis. Increasing academic pressures, social stressors, family-related problems, and heightened exposure to harmful online content have all contributed to the escalation of this issue. Research evidence indicates that approaches centered on strengthening protective factors and psychological resilience are among the most effective and sustainable strategies for reducing high-risk and suicidal behaviors. These protective factors include supportive relationships with family and school, emotion regulation skills, media literacy, access to counseling services, and a sense of social belonging. In contrast, current policies regarding adolescent mental health in Iran tend to be fragmented, short-term, and lacking systematic evaluation mechanisms. This policy brief presents a set of actionable policy options, including the development of school-based resilience programs, strengthening counseling services, supporting parents, regulating digital spaces, and improving intersectoral coordination. Implementation of these policies can significantly enhance adolescent mental health, reduce self-harming behaviors, and improve the overall quality of life for the next generation. The core message of this policy brief is that investing in adolescent resilience is a national imperative and a highly cost-effective policy choice.

***Keywords:*** Adolescent Psychological Resilience, Mental Health Policy, Protective Factors, Suicidal Behaviors

****Citation:*** Mandana Saki, Masoud Behzadifar, Fatemeh Ghasemi. Title: Policy brief: enhancing protective factors and psychological resilience: policy recommendations for reducing suicidal behaviors among adolescents. Yafte. 2026; 28(1):12-26.

***Correspondence Address: Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad.**
**Email: Masoudbehzadifar@gmail.com**

# خلاصه سیاستی: تقویت عوامل محافظت‌کننده و تاب‌آوری روانی: سیاست‌های پیشنهادی برای کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان

ماندانا ساکی[1]، مسعود بهزادی فر[2]*، فاطمه قاسمی[1]

۱- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی خرم آباد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- دانشیار، گروه سیاستگزاری سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان. خرم آباد، ایران

یافته / دوره ۲۸ / شماره ۱ / بهار ۱۴۰۵ / مسلسل ۱۰۷

## چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۹/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۲/۸

**مقدمه:** رفتارهای خودکشی‌گرایانه در میان نوجوانان به‌عنوان یکی از چالش‌های روبه‌افزایش سلامت روان در سطح ملی و جهانی مطرح است. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی یکی از سه علت اصلی مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال است و کشورهایی با ساختار جمعیتی جوان، از جمله ایران، با آسیب‌پذیری بیشتری روبه‌رو هستند. رشد استرس‌های تحصیلی، فشارهای اجتماعی، مشکلات خانوادگی، و افزایش مواجهه با محتوای آسیب‌زا در فضای مجازی، زمینه رشد این بحران را تقویت کرده است.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رویکردهای مبتنی بر تقویت عوامل محافظت‌کننده و تاب‌آوری روانی مؤثرترین و پایدارترین روش برای کاهش رفتارهای پرخطر و خودکشی‌گرایانه هستند. این عوامل شامل حمایت خانواده و مدرسه، مهارت‌های مدیریت هیجان، سواد رسانه‌ای، دسترسی به مشاوره و احساس تعلق اجتماعی است. در مقابل، سیاست‌های فعلی در حوزه سلامت روان نوجوانان در ایران اغلب پراکنده، کوتاه‌مدت و فاقد سازوکارهای ارزیابی هستند.

این خلاصه سیاستی مجموعه‌ای از گزینه‌های سیاستی عملی شامل توسعه برنامه‌های تاب‌آوری مدرسه‌محور، تقویت خدمات مشاوره، حمایت از سوی والدین، مدیریت فضای مجازی، و بهبود هماهنگی بین‌بخشی ارائه می‌دهد. اجرای این سیاست‌ها می‌تواند ضمن ارتقای سلامت روان نوجوانان، کاهش قابل توجه رفتارهای خودآسیب‌گرایانه و در نهایت افزایش کیفیت زندگی نسل آینده را به دنبال داشته باشد. پیام اصلی این خلاصه سیاستی آن است که سرمایه‌گذاری در تاب‌آوری نوجوانان یک ضرورت ملی و یک سیاست بازگشت‌پذیر محسوب می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری روانی نوجوانان، رفتارهای خودکشی‌گرایانه، عوامل محافظت‌کننده، سیاست‌گذاری سلامت روان.

***آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.**

**پست الکترونیک: masoudbehzadifar@gmail.com**

## مقدمه

### ۱ . تعریف مسئله و اهمیت آن

در دهه‌های اخیر، پدیده خودکشی نوجوانان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت روان در جوامع مختلف مطرح شده است. به‌طوری که بر اساس گزارش WHO خودکشی همچنان یکی از علل برجسته مرگ‌ومیر در جمعیت نوجوانان ۱۹- ۱۵ سال در سطح جهان محسوب می‌شود (۱).

پژوهش‌ها در ایران نیز نشان داده‌اند که درصد قابل توجهی از نوجوانان تجربه افکار خودکشی یا خودآسیبی را گزارش کرده‌اند (۲).

دوران نوجوانی بعنوان یک مرحله مهم و حساس در رشد و تکامل روانی و اجتماعی فرد است که با تغییرات سریع هویتی، شناختی و هیجانی همراه است. این دوران به دلیل تغییرات سریع زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، دوره‌ای حساس و آسیب‌پذیر محسوب می‌شود و بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در این مرحله، می‌تواند پیامدهای جدی و گاه جبران‌ناپذیری به همراه داشته باشد (۳). عدم وجود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند این دوره را به مرحله‌ای آسیب‌پذیر تبدیل کند (۴،۵).

خودکشی در میان نوجوانان نه‌تنها یک مسئله فردی، بلکه معضلی اجتماعی است که خانواده‌ها، نظام آموزشی و نهادهای بهداشتی را به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات متعددی در زمینه خودکشی نوجوانان انجام شده است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل متعددی از جمله افسردگی، اضطراب، تعارضات خانوادگی، فشارهای تحصیلی، مشکلات هویتی و ضعف حمایت اجتماعی می‌توانند در بروز افکار و رفتارهای خودکشی نقش داشته باشند. در سال‌های اخیر، افزایش فشارهای تحصیلی، ناامنی اقتصادی، مشکلات ارتباطی در خانواده و همچنین انزوای اجتماعی ناشی از بیماری کرونا در سطح جهانی، به افزایش علائم افسردگی و اضطراب در نوجوانان دامن زده است (۳،۶،۷). تغییرات اجتماعی و فرهنگی سال‌های اخیر، از جمله گسترش شبکه‌های اجتماعی، تغییر الگوهای ارتباطی و افزایش فشارهای آموزشی نیز شرایطی را ایجاد کرده است که می‌تواند بر سلامت روان نوجوانان تأثیرگذار باشد (۶).

در چنین شرایطی، نادیده‌گرفتن مسئله خودکشی نوجوانان ممکن است منجر به افزایش آسیب‌های روانی، افت عملکرد تحصیلی و تضعیف سرمایه اجتماعی شود. بنابراین، پرداختن علمی و دقیق به این پدیده، ضرورتی انکارناپذیر است (۸-۹ ).

رفتارهای خودکشی‌گرایانه شامل طیفی از افکار خودکشی، تهدید به خودکشی، اقدام به خودآسیبی تا اقدام واقعی به خودکشی است. این رفتارها معمولاً ریشه در ترکیبی از عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی دارند و اغلب بدون علائم واضح و قابل مشاهده باقی می‌مانند (۳،۶).

پیامدهای فردی این رفتارها شامل اختلال عملکرد تحصیلی، کاهش اعتمادبه‌نفس، افزایش خطر اختلالات روانی و آسیب‌های جسمانی ناشی از خودآسیبی است. در سطح خانواده، وقوع این رفتارها منجر به احساس گناه، اضطراب مزمن، تعارض خانوادگی و بحران روابط می‌شود. در سطح جامعه نیز هزینه‌های اقتصادی ناشی از خدمات سلامت، کاهش نیروی انسانی مولد و افزایش مشکلات اجتماعی اهمیت موضوع را چند برابر می‌کند (۱۰-۱۴ ).

فراتر از پیامدهای فردی و اجتماعی، شکاف‌های سیاستی نیز نگران کننده هستند. در حال حاضر نبود برنامه‌های جامع پیشگیری، محدودیت دسترسی به خدمات روان‌شناختی، کمبود مشاوران در مدارس، نبود دستورالعمل‌های استاندارد و انگ اجتماعی نسبت به مراجعه برای کمک، همگی مداخلات موجود را محدود و ناکارامد کرده‌اند (۱۴-۱۷). بنابراین، تدوین سیاست‌های پیشگیرانه و تقویتی یک اقدام ضروری می باشد.

## ۲ .عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده

### ۲,۱ .عوامل خطر

عوامل خطر رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان ترکیبی از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و محیطی هستند:

اختلالات خلقی و اضطرابی: افسردگی، اضطراب شدید، اختلالات شخصیت و مصرف مواد رابطه تنگاتنگی با افزایش رفتارهای خودآسیب‌گرایانه دارند (۱۴،۱۸).

تجربه خشونت و سوءاستفاده: خشونت خانگی، سوءاستفاده عاطفی، بی‌توجهی والدین و تعارضات خانوادگی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها هستند (۱۴).

فشارهای تحصیلی و شکست‌های آموزش: نظام آموزشی رقابتی، توقعات بالا و ترس از شکست می‌تواند نوجوانان را تحت فشار بگذارد (۱۹،۱۴).

انزوای اجتماعی و مشکلات همسالان :طردشدگی، شرم اجتماعی، قلدری و تنهایی از عوامل مهم محسوب می‌شوند (۱۹،۷،۱۴).

تأثیر فضای مجازی :مواجهه با محتوای آسیب‌زا، چالش‌های خطرناک آنلاین، مقایسه اجتماعی افراطی و آزار سایبری از عوامل روبه‌افزایش خطر هستند (۲۰).

انگ اجتماعی درباره کمک‌گرفتن :ترس از قضاوت، برچسب‌گذاری و محرمانه نبودن اطلاعات مانع مراجعه نوجوانان برای دریافت کمک می‌شود (۱۷)

### ۲,۲. عوامل محافظت‌کننده

در مقابل عوامل خطر، برخی عوامل نقش سپر روانی ایفا می‌کنند:

روابط گرم و حمایتگر با والدین: کیفیت ارتباط با خانواده یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تاب‌آوری است.

ارتباط مثبت با مدرسه و معلمان: احساس تعلق به مدرسه و وجود معلمان حمایتگر خطر خودآسیبی را کاهش می‌دهد.

مهارت‌های تاب‌آوری و تنظیم هیجان: نوجوانی که مهارت حل مسئله، تنظیم هیجان و مدیریت استرس دارد کمتر دچار بحران می‌شود.

**فعالیت‌های ورزشی، هنری و گروهی:** مشارکت در فعالیت‌های سالم احساس هویت و کارآمدی را تقویت می‌کند.

**دسترسی آسان به خدمات مشاوره و حمایت متخصصان:** مشاوره به‌موقع می‌تواند بسیاری از بحران‌ها را کنترل کند.

**سواد رسانه‌ای:** توانایی تشخیص محتوای مضر و مدیریت زمان مصرف فضای مجازی نقش محافظتی دارد (۲۳-۱۴،۲۱)

این عوامل نشان می‌دهند که تقویت تاب‌آوری و مهارت‌های زندگی نه‌تنها از بروز رفتارهای آسیب‌زا جلوگیری می‌کند، بلکه در ایجاد نسل توانمند و سازگار نیز مؤثر است.

## ۳ . ضرورت تمرکز بر تاب‌آوری و عوامل محافظت‌کننده

رویکردهای سنتی که صرفاً بر درمان پس از بحران تمرکز دارند، معمولاً تأثیر محدود و کوتاه‌مدتی دارند. در مقابل، سیاست‌های مبتنی بر پیشگیری و توانمندسازی با کاهش عوامل خطر و تقویت ویژگی‌های مثبت فردی می‌توانند تأثیرات بلندمدت و پایدار ایجاد کنند.تحقیقات بین‌المللی نشان داده‌اند که برنامه‌های مدرسه‌محور تاب‌آوری، موجب کاهش چشمگیر رفتارهای پرخطر، بهبود عملکرد تحصیلی و ارتقای سلامت روان نوجوانان شده‌اند. این برنامه‌ها بر یادگیری مهارت‌هایی مانند تنظیم هیجانات، خودکارآمدی، حل مسئله، ایجاد روابط سالم و مدیریت استرس تمرکز دارند (۱۴،۲۴،۲۵).

از منظر اقتصادی نیز سرمایه‌گذاری در تاب‌آوری هزینه‌اثربخش‌تر است، زیرا از هزینه‌های درمان، بستری‌های بیمارستانی، پیامدهای آسیب‌های جسمی و

هزینه‌های اجتماعی بعدی جلوگیری می‌کند. بنابراین، تمرکز بر تاب‌آوری به‌عنوان یک رویکرد سیاستی، هم یک انتخاب علمی و هم یک ضرورت برای آینده جامعه است.

## ۴ . تحلیل وضعیت موجود در ایران

در ایران، نوجوانان بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، سلامت روان آنها در سال‌های اخیر با چالش‌های جدی مواجه شده است، تغییرات سریع سبک زندگی، فشارهای تحصیلی و عدم دسترسی کافی به خدمات تخصصی سلامت روان از جمله عواملی هستند که اهمیت بررسی وضعیت موجود را دوچندان می‌کنند. افزایش آمار مشکلاتی همچون اضطراب، افسردگی، و رفتارهای خودآسیب‌گرایانه در گزارش‌های پژوهشی داخلی نشان می‌دهد که مسئله، محدود به گروه‌های خاص نیست و به یک چالش عمومی در میان نوجوانان تبدیل شده است. از سوی دیگر، نبود سیاست‌های فراگیر و هماهنگ باعث شده اقدامات موجود، پراکنده و کم‌اثر باقی بماند و این امر ضرورت بازنگری در سیاست‌گذاری‌های مربوط به سلامت روان نوجوانان را آشکار می‌سازد (۲۶-۲۹).

### ۴,۱ . خدمات روانی اجتماعی ناکافی در مدارس

در بسیاری از مدارس کشور، تعداد مشاوران نسبت به جمعیت دانش‌آموزی بسیار پایین‌تر از استانداردهای جهانی است و این موضوع عملاً ارائه خدمات فردی و تخصصی به دانش‌آموزان را دشوار می‌کند. علاوه بر این، مشاوران مدرسه اغلب ناچارند وظایف متعدد اداری، آموزشی و اجرایی را به‌طور همزمان انجام دهند، که این مسئله زمان و انرژی لازم برای کار تخصصی روان‌شناختی را از آنها می‌گیرد. در بسیاری از مدارس، دفتر مشاوره فاقد امکانات لازم برای کار بالینی یا حتی گفت‌وگوی خصوصی با دانش‌آموزان است و این موضوع مانع مراجعه نوجوانان شده و کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد. در نتیجه خدمات روانی در مدارس نه تنها ظرفیت لازم برای پیشگیری از بحران‌ها را ندارد، بلکه در بسیاری از موارد حتی برای مدیریت اولیه بحران‌ها نیز ناکافی است (۳۰).

### ۴,۲ . نبود برنامه‌های ساختارمند تاب‌آوری

برنامه‌های مهارت‌های زندگی و تاب‌آوری در برخی مدارس اجرا شده‌اند، اما این برنامه‌ها غالباً بدون ساختار منسجم، بدون پشتوانه سیاستی روشن، و به‌صورت مقطعی اجرا می‌شوند. بسیاری از این برنامه‌ها فاقد نظام ارزیابی اثربخشی هستند، به همین دلیل نمی‌توان مشخص کرد که تا چه اندازه به کاهش مشکلات روانی یا افزایش مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان کمک کرده‌اند. ازسوی دیگر، محتوای آموزشی این برنامه‌ها معمولاً بومی‌سازی نشده و با نیازهای فرهنگی و محیطی نوجوانان ایرانی همخوانی کامل ندارد. نبود آموزش تخصصی برای معلمان و مجریان برنامه‌ها نیز موجب شده که اجرای این برنامه‌ها از کیفیت کافی برخوردار نباشد (۳۲- ۳۱، ۱۴ ).

### ۴,۳ . چالش‌های فرهنگی

نگرش اجتماعی نسبت به سلامت روان و مراجعه به روان‌شناس هنوز در بسیاری از خانواده‌ها با انگ و قضاوت همراه است. بسیاری از والدین مشکلات روانی را نشانه ضعف یا تربیت نادرست می‌دانند و از پذیرش این موضوع که نوجوان نیاز به کمک حرفه‌ای دارد اجتناب می‌کنند. این نگرش‌ها باعث می‌شود نوجوانان نیز احساس شرم یا ترس از برچسب خوردن داشته باشند و از مراجعه برای دریافت خدمات مشاوره‌ای پرهیز کنند. علاوه بر این، تابوهای فرهنگی درباره صحبت از مسائل روانی، افکار خودآسیب‌گرایانه و احساسات منفی، زمینه‌ای فراهم کرده که مشکلات روانی پنهان بمانند و به موقع شناسایی نشوند (۳۵-۳۳،۱۴).

### ۴,۴ . شکاف‌های منطقه‌ای

تفاوت سطح دسترسی به خدمات سلامت روان در مناطق مختلف کشور بسیار چشمگیر است. در مناطق

محروم، تعداد مراکز مشاوره، متخصصان روان‌شناس و امکانات آموزشی بسیار محدودتر از مناطق شهری است. این شکاف باعث می‌شود نوجوانان ساکن مناطق کم‌برخوردار، بیشتر در معرض خطر مشکلات شدیدتر و درمان‌نشده قرار گیرند. از سوی دیگر، کیفیت خدمات موجود در این مناطق نیز به دلیل کمبود نیرو، نبود آموزش کافی و امکانات محدود با استانداردهای لازم فاصله دارد. این نابرابری دسترسی، چرخه آسیب‌پذیری اجتماعی را تقویت می‌کند و ضرورت مداخلات هدفمند و منطقه‌ای را برجسته می‌سازد (۳۸-۳۶).

### ۴,۵ . ضعف هماهنگی بین‌بخشی

در حوزه سلامت روان نوجوانان، دستگاه‌های مختلفی دخیل هستند، اما نبود هماهنگی و تقسیم‌کار روشن میان آنها موجب ایجاد خلأهای سیاستی و اجرایی شده است. وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، پلیس فتا و رسانه‌ها هر یک برنامه‌هایی دارند، اما این برنامه‌ها اغلب بدون هم‌افزایی و ارتباط ساختارمند اجرا می‌شوند. این پراکندگی، علاوه بر کاهش اثربخشی اقدامات، موجب هدررفت منابع و ایجاد سردرگمی برای خانواده‌ها و نوجوانان می‌شود. نبود یک سامانه ملی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های مرتبط نیز مانع مهمی در شناسایی به‌موقع آسیب‌ها و برنامه‌ریزی هوشمندانه است. این وضعیت نشان می‌دهد که تدوین سیاست‌های جامع و هماهنگ بین‌بخشی ضرورت دارد (۴۱-۳۹).

## ۵ .گزینه‌های سیاستی

### گزینه ۱: توسعه برنامه‌های تاب‌آوری مبتنی بر مدرسه

این برنامه‌ها بر آموزش مهارت‌هایی مانند خودآگاهی، مدیریت هیجانات ، مدیریت استرس و تاب‌آوری، حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی تمرکز دارند. اجرای این برنامه‌ها در محیط مدرسه این امکان را فراهم می‌کند که نوجوانان در یک چارچوب یادگیری طبیعی و روزمره، مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کنند و در معرض محیط حمایتی معلمان و همسالان قرار گیرند. الگوهای بین‌المللی مانند PENN Resiliency یا FRIENDS for Life نشان داده‌اند که برنامه‌های تاب‌آوری می‌توانند میزان افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر را به‌طور قابل توجهی کاهش دهند و در عین حال عملکرد تحصیلی و تعاملات اجتماعی را بهبود بخشند (۱۴،۲۵،۴۲،۴۳).

#### مزایا

پوشش گسترده از طریق مدارس امکان ارائه آموزش به تمامی دانش‌آموزان را فراهم می‌کند و به همین دلیل از نظر مقیاس‌پذیری بسیار مؤثر است.

این برنامه‌ها هزینه‌اثربخش هستند و به‌جای درمان بحران، پیشگیری را در اولویت قرار می‌دهند.

مهارت‌هایی که در این برنامه‌ها آموزش داده می‌شود پایدار بوده و در دوره بزرگسالی نیز به سلامت روان فرد کمک می‌کنند.

#### چالش‌ها

اجرای موفق این برنامه‌ها نیازمند آموزش تخصصی معلمان و مشاوران است و بدون آموزش کافی، کیفیت برنامه‌ها کاهش می‌یابد.

بسیاری از مدارس به دلیل محدودیت منابع، زمان آموزشی و فضای مناسب، با چالش‌های اجرایی مواجه می‌شوند (۴۶-۴۴،۲۵).

### گزینه ۲: تقویت نظام مشاوره و حمایت‌های روانی در مدارس

تقویت زیرساخت مشاوره‌ای مدارس می‌تواند نقش مهمی در شناسایی زودهنگام مشکلات روانی نوجوانان داشته باشد. این سیاست شامل افزایش تعداد مشاوران، بهبود کیفیت آموزش آنها، تدوین استانداردهای حداقلی

در نسبت مشاور به دانش‌آموز، و ایجاد سازوکارهای ارجاع تخصصی است. در بسیاری از کشورها، مشاور مدرسه اولین نقطه تماس برای نوجوانان در معرض بحران محسوب می‌شود و این مدل می‌تواند در ایران نیز بسیار کارآمد باشد (۴۷،۴۸) .

### مزایا

شناسایی زودهنگام مشکلات می‌تواند از تبدیل‌شدن مشکلات کوچک به بحران‌های جدی پیشگیری کند.

ارائه خدمات تخصصی در محیط مدرسه دسترسی را افزایش داده و موانع فرهنگی مراجعه را کاهش می‌دهد.

با ساماندهی نظام مشاوره، فشار روانی و مالی بر خانواده‌ها کاهش یافته و روند درمان سرعت می‌گیرد.

### چالش‌ها

اجرای این گزینه به جذب نیروی انسانی، آموزش‌های تخصصی و بودجه قابل توجه نیاز دارد.

در مناطق محروم کمبود متخصص و امکانات، چالش جدی برای اجرای عادلانه این سیاست ایجاد می‌کند.

## گزینه ۳: حمایت از خانواده‌ها

خانواده نخستین و مهم‌ترین محیط رشد نوجوان است و کیفیت روابط خانوادگی تأثیر مستقیم بر سلامت روان نوجوان دارد. سیاست‌های پیشنهادی در این حوزه شامل آموزش مهارت‌های فرزندپروری مثبت و ایجاد بسترهای حمایتی برای خانواده‌های در معرض خطر یا دارای نوجوانان با مشکلات روان‌شناختی، اجرای کارگاه‌های کاهش تعارض خانوادگی، ارائه خدمات مشاوره‌ای خانواده محور و حمایت از خانواده‌های کم‌برخوردار است. این مداخلات می‌توانند استرس والدین را کاهش داده و کیفیت تعامل با نوجوان را بهبود بخشند (۴۹-۵۱).

### مزایا

خانواده‌ها به‌عنوان اصلی‌ترین عامل محافظت‌کننده، نقش مستقیم در پیشگیری از رفتارهای پرخطر دارند.

بهبود روابط عاطفی نوجوان باعث افزایش احساس امنیت، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی می‌شود.

## گزینه ۴: سیاست‌گذاری در فضای مجازی و رسانه

فضای مجازی یکی از مهم‌ترین محیط‌های تأثیرگذار بر رفتار و هیجانات نوجوانان است و سیاست‌گذاری مؤثر در این حوزه ضروری است. سیاست‌ها باید شامل آموزش سواد رسانه‌ای به نوجوانان و والدین، نظارت بر محتوای مضر، توسعه سامانه‌های گزارش‌دهی محتواهای خطرناک، و تولید محتوای سالم و آموزشی باشد. رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در آگاهی‌رسانی درباره سلامت روان ایفا کنند (۵۲-۵۵ ، ۱۵ ).

## گزینه ۵: همکاری بین‌بخشی و ایجاد سامانه ملی پیشگیری

برای مدیریت بحران رفتارهای خودآسیب‌گرایانه نوجوانان، لازم است نهادهای مختلف در یک ساختار هماهنگ همکاری کنند. ایجاد یک سامانه ملی که بتواند داده‌ها را جمع‌آوری، تحلیل و میان دستگاه‌های مسئول به اشتراک بگذارد، می‌تواند نقطه تحول در سیاست‌گذاری سلامت روان نوجوانان باشد. این سامانه می‌تواند به شناسایی مناطق پرخطر، تحلیل روندها و برنامه‌ریزی علمی کمک کند (۴۱،۵۶،۵۷).

## توصیه‌های سیاستی نهایی

اجرای برنامه‌های جامع تاب‌آوری در مدارس با محتوای استاندارد، آموزش‌دیده و قابل ارزیابی باید در اولویت سیاست‌گذاری قرار گیرد.

استانداردسازی نسبت مشاور به دانش‌آموز و تجهیز مدارس به خدمات مشاوره‌ای حرفه‌ای، گامی ضروری در پیشگیری اولیه است.

ایجاد مراکز خدمات روانی محلی در مناطق محروم می‌تواند به کاهش شکاف‌های منطقه‌ای و افزایش عدالت سلامت کمک کند.

آموزش والدگری مثبت و حمایت اجتماعی از خانواده‌ها باید در دستور کار قرار گیرد تا محیط حمایتی خانواده تقویت شود.

طراحی و اجرای کمپین‌های ملی سواد رسانه‌ای برای نوجوانان و خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در کاهش تأثیرات منفی فضای مجازی داشته باشد.

ایجاد سازوکارهای دقیق نظارت و ارزیابی برای سنجش اثربخشی برنامه‌ها و اصلاح آنها بر اساس داده‌ها ضروری است.

برای موفقیت بلندمدت، همکاری بین‌بخشی میان وزارت آموزش و پرورش، بهداشت، بهزیستی، پلیس فتا و رسانه‌ها باید تقویت و رسمی‌سازی شود.

تسهیل دسترسی محرمانه نوجوانان به خدمات مشاوره‌ای و کاهش انگ اجتماعی باید بخشی از اهداف کلیدی سیاست‌ها باشد.

## ۷ .اجرا و ارزیابی برنامه

اجرای موفق سیاست‌ها نیازمند یک برنامه مرحله‌ای و نظام‌مند است. نخست باید سند ملی تاب‌آوری نوجوانان با حضور متخصصان حوزه روان‌شناسی، معلمان، والدین و نهادهای تصمیم‌گیر تدوین شود. سپس لازم است معلمان، مشاوران و مربیان مدارس بر اساس استانداردهای معتبر آموزش ببینند تا بتوانند برنامه‌ها را به‌صورت مؤثر اجرا کنند. اجرای آزمایشی در چند استان با جمعیت و شرایط متفاوت، امکان سنجش اثربخشی و چالش‌های احتمالی را فراهم می‌کند و پس از اصلاحات لازم، برنامه می‌تواند به‌صورت گام‌به‌گام در سراسر کشور گسترش یابد.

در مرحله ارزیابی، شاخص‌های مشخصی مانند کاهش افکار خودکشی، کاهش رفتارهای خودآسیب‌گرایانه، افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان، رضایت والدین و معلمان، و میزان دسترسی به خدمات حمایتی باید به‌طور سالانه اندازه‌گیری شود. نتایج این ارزیابی‌ها باید در اختیار نهادهای تصمیم‌گیر قرار گیرد تا اصلاحات لازم در سیاست‌ها و برنامه‌ها انجام شود. ایجاد یک چرخه بازخورد مستمر، ضامن اثربخشی بلندمدت برنامه‌ها و پیشگیری واقعی از آسیب‌های روانی در نوجوانان است.

## نتیجه گیری

رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان یک چالش مهم و روبه‌افزایش است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت. سیاست‌های مبتنی بر تقویت عوامل محافظت‌کننده و ارتقای تاب‌آوری روانی، علمی‌ترین و پایدارترین روش برای پیشگیری هستند. اجرای هماهنگ، نظام‌مند و مبتنی بر شواهد این سیاست‌ها می‌تواند سلامت نسل آینده را تضمین کرده و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی را کاهش دهد. بی توجهی و عدم اقدامات به موقع، هزینه‌های انسانی و اجتماعی سنگینی خواهد داشت. امروز بهترین زمان برای سرمایه‌گذاری در تاب‌آوری نوجوانان است.

## مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، نگارش و ویرایش مقاله مشارکت داشته اند. ایده اصلی و طراحی مطالعه توسط نویسنده مسئول انجام شد. جمع آوری داده ها، تحلیل شواهد و نگارش اولیه توسط نویسنده اول و نویسنده همکار انجام شده و نسخه نهایی با تأیید همه نویسندگان به چاپ رسیده است .

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان از واحد ترجمان دانش معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی لرستان به منظور برگزاری کارگاه تدوین خلاصه سیاستی و

حمایت علمی در ارتقای کیفیت این مقاله، صمیمانه قدردانی مینمایند.

## تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچگونه تضاد منافع مالی، علمی یا شخصی در ارتباط با این مقاله وجود ندارد.

## حمایت مالی

این مطالعه هیچگونه حمایت مالی مستقیم از نهاد یا سازمان خاصی دریافت نکرده است .

## ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاق پژوهش از جمله رعایت امانتداری علمی، صداقت در گزارش یافته ها و احترام به حقوق نویسندگان منابع مورد استفاده در این مقاله رعایت شده است.

## References


1. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 May 19]. Link
2. Heshmati A, Khakpoor S, Kosari Z, Mohammadi M, Zenoozian S. Prevalence of suicide ideation among students of Zanjan University of Medical Sciences. RBS. 2019;17(1):35-43. DOI: 10.52547/rbs.17.1.35
3. Prades-Caballero V, Navarro-Pérez JJ, Carbonell Á. Factors associated with suicidal behavior in adolescents: an umbrella review using the socio-ecological model. Community Ment Health J. 2025;61(4):612-628. DOI: 10.1007/s10597-024-01368-2
4. Sisk LM, Gee DG. Stress and adolescence: vulnerability and opportunity during a sensitive window of development. Curr Opin Psychol. 2022;44:286-292. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.10.005
5. Yazdan K, Khosravi S, Chinaveh M. The mediating role of early maladaptive schemas and coping styles in the parent-child relationship and emotional regulation with self-healing behaviors. J Mashhad Univ Med Sci. 2022;64(6):3482-3502. DOI: 10.22038/mjms.2021.61424.3595
6. Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng IS. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis. J Youth Adolesc. 2024;53(6):1301-1322. DOI: 10.1007/s10964-024-01969-w
7. Blázquez-Fernández C, Lanza-León P, Cantarero-Prieto D. A systematic review on suicide because of social isolation and loneliness: does COVID-19 make a difference? J Public Health (Oxf). 2023;45(3):680-688. DOI: 10.1093/pubmed/fdad001
8. Abbasi-Ghahramanloo A, Khodadoust B, Adham D, Gholami A, Farokhi R, Maghsodlou-Nejad V, et al. Non-suicidal self-injury and its risk factors among Iranian high school and university students. Front Psychiatry. 2024;15:1425411. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1425411
9. Heidari ME, Irvani SS, Pourhoseingholi MA, Takhtegahi MM, Beyranvand R, Mardanparvar H, et al. Prevalence of depressive symptoms and suicidal behaviors among Iranian high school students: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;346:9-20. DOI: 10.1016/j.jad.2023.10.060
10. Segar LB, Laidi C, Godin O, Courtet P, Vaiva G, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. BMC Psychiatry. 2024;24(1):215. DOI: 10.1186/s12888-024-05632-3
11. Ghahramani M, Heiydari F, Malakouti K, Ghahari S. Exploring the unknowns: explaining the needs of suicide attempt survivors from personal and professional perspectives. JRUMS. 2025;24(1):47-64. Link
12. Jain N, Wijnen B, Lohumi I, Chatterjee S, Evers SM. Economic burden of suicides and suicide attempts in low- and middle-income countries: a systematic review of costing studies. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2024;24(9):1067-1079. DOI: 10.1080/14737167.2024.2388132
13. Spillane A, Larkin C, Corcoran P, Matvienko-Sikar K, Riordan F, Arensman E. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review.

BMC Public Health. 2017;17(1):939. DOI: 10.1186/s12889-017-4930-3
14. Salehi M. A systematic review of studies with the subject of children and teenagers' suicide in Iran. Iran J Soc Probl. 2024;15(3):163-218. Link
15. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 May 19]. Link
16. Moghadam R, Tabibi J, Riahi HK. A comparative study of adolescent and youth health status: a systematic review. J Health Promot Manag. 2019;8(6):67-75. Link
17. Saraee F, Ahmadi FZ, Gholami M. Mental health services for children and adolescents in Iran: a scoping review. J Hosp. 2025;24(1):96-116. Link
18. Sit HF, Cheung FTF, Li X, Chan NY, Chan JWY, Kwok WY, et al. Unravelling symptom interplay of depression, anxiety, insomnia and suicidality in adolescents: a network analysis. Int J Clin Health Psychol. 2025;25(3):100619. DOI: 10.1016/j.ijchp.2025.100619
19. Chen H, Guo H, Chen H, Cao X, Liu J, Chen X, et al. Influence of academic stress and school bullying on self-harm behaviors among Chinese middle school students: the mediation effect of depression and anxiety. Front Public Health. 2023;10:1049051. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1049051
20. Mahzunah AK, Sari IY, Paradela BV, Murti B, Tursina E. The impact of cyberbullying on self-harming behavior and suicidal thoughts among adolescents: a meta-analysis. J Health Promot Behav. 2024;9(4):357-369. DOI: 10.26911/thejhpb.2024.09.04.07
21. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, Sund AM, Kaasbøll J. Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(9):3079-3089. DOI: 10.1007/s00787-024-02379-w
22. Richardson R, Connell T, Foster M, Blamires J, Keshoor S, Moir C, Zeng IS. Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: an umbrella review with meta-analysis. J Youth Adolesc. 2024;53(6):1301-1322. DOI: 10.1007/s10964-024-01969-w
23. Ramzanzadeh Z, Amraei K, Ghazanfari F. Prevention of suicide in Iranian teenagers: a scoping review. Refahj. 2024;24(95):87-128. DOI: 10.32598/refahj.24.95.4448.1
24. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011;31(4):563-591. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.12.007
25. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. BMC Psychol. 2018;6(1):30. DOI: 10.1186/s40359-018-0242-3
26. Mohammadi M, Khaleghi A, Mostafavi SA, Kamali K, Rahgozar M, Ahmadi A, et al. Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. Iran J Psychiatry. 2019;14(1):1-15. DOI: 10.18502/ijps.v14i1.418
27. Sajjadi H, Kamal SH, Rafiey H, Vameghi M, Forouzan AS, Rezaei M. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. Glob J Health Sci. 2013;5(3):16-27. DOI: 10.5539/gjhs.v5n3p16
28. Hosseinkhani Z, Nedjat S, Hassanabadi HR, Parsaeian M. Academic stress from the viewpoint of Iranian adolescents: a qualitative study. J Educ Health Promot. 2019;8:13. DOI: 10.4103/jehp.jehp_202_18

29. Bazargan M, Dehghani A, Ramezani MA, Ramezani A. Prevalence of depression among Iranian children and adolescents: an updated systematic review and meta-analysis. Health Sci Rep. 2023;6(10):e1584. DOI: 10.1002/hsr2.1584
30. Borji M, Hajebi A, Naserbakht M, Ranjbar H, Fazeli A, Khorrami Z, et al. Evaluating the efficacy of school mental health promotion program in Iranian schools: a qualitativestudy. IJPCP. 2023;29(1):48-65. Link
31. Liljedahl SI, Hellner C, Pettersson A, Ghaderi A. School-based self-harm prevention programs: a systematic review with implications for international implementation. Scand J Psychol. 2023;64(6):825-837. DOI: 10.1111/sjop.12945
32. Gijzen MW, Rasing SP, Creemers DH, Engels RC, Smit F. Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis. J Affect Disord. 2022;298(Pt A):408-420. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.062
33. Resano CE, Reparaz CH, Linacero BO. Mental health stigma in adolescents: a scoping review. Psychol Soc Educ. 2025;17(2):76-85. DOI: 10.21071/pse.v17i2.17748
34. Taghva A, Hajebi A, Noorbala A, Khademi M, Asadi A, Rahnejat M, et al. Mental health stigma in Iran: a systematic review. Stigma Health. 2025;10(4):619-630. DOI: 10.1037/sah0000559
35. Mohamadi M, Mohtashami J, Arab Khangholi Z. Stigma towards patients with mental disorders. IJSR. 2023;1(1):61-72. Link
36. Zandi S, Oghani Esfahani F, Ahmadi F, Sabbaghi Dehkalani R, Akhavan S. Mental health and mental health care in Iran: addressing social inequalities. Healthcare. 2025;13(23):3131. DOI: 10.3390/healthcare13233131
37. Hajebi A, Sharifi V, Abbasinejad M, Asadi A, Jafari N, Ziadlou T, et al. Integrating mental health services into the primary health care system in Iran: challenges and prospects. Iran J Psychiatry. 2021;16(3):320-328. DOI: 10.18502/ijps.v16i3.6258
38. Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. Prim Health Care Res Dev. 2023;24:e1. DOI: 10.1017/s1463423622000354
39. Damari B, Rostamigooran N, Salarianzadeh MH, Malekafzali S. Analysis of intersectoral collaboration in the Iranian health system for implementing Health in All Policies: challenges and the way forward. SJSPh. 2020;18(1):1-16. Link
40. Najafi M, Mosadeghrad AM, Arab M. Facilitators and barriers of intersectoral collaboration in health program implementation: a scoping review. JHA. 2023;26(3):83101. Link
41. Malakouti SK, Keshavarz Akhlaghi A, Shirzad F, Rashedi V, Khalafbeigi M, Moradi Lakeh M, et al. Urban mental health initiative: developing interdisciplinary collaboration, the role of the family physician in management of severely mentally ill patients. IJPCP. 2021;27(1):104-119. Link
42. Cai C, Mei Z, Wang Z, Luo S. School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Psychiatry. 2025;16:1594658. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1594658
43. Moharreri F, Yazdi AS. Evaluation of the effectiveness of the Friends for Life

program on children's anxiety and depression. Iran J Psychiatry. 2017;12(4):272-280. Link
44. Cai C, Mei C, Wang Y, Luo Y. School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Psychiatry. 2025;16:1594658. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1594658
45. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;51:30-47. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.005
46. Baffsky R, Ivers R, Cullen P, Wang J, McGillivray L, Torok M. Strategies for enhancing the implementation of universal mental health prevention programs in schools: a systematic review. Prev Sci. 2023;24(2):337-352. DOI: 10.1007/s11121-022-01434-9
47. Shahraki-Sanavi F, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Bakhshani NM, Salehiniya H. Effectiveness of school-based mental health programs on mental health among adolescents. J Educ Health Promot. 2020;9:142. DOI: 10.4103/jehp.jehp_421_19
48. Alexander ER, Savitz-Romer M, Nicola TP, Rowan-Kenyon HT, Carroll S. "We are the heartbeat of the school": how school counselors supported student mental health during the COVID-19 pandemic. Prof Sch Couns. 2022;26(1b):2156759X221105557. DOI: 10.1177/2156759X221105557
49. Sheidow AJ, Henry DB, Tolan PH, Strachan MK. The role of stress exposure and family functioning in internalizing outcomes of urban families. J Child Fam Stud. 2014;23(8):1351-1365. DOI: 10.1007/s10826-013-9793-3
50. Cummings EM, Koss KJ, Davies PT. Prospective relations between family conflict and adolescent maladjustment: security in the family system as a mediating process. J AbnormChild Psychol. 2015;43(3):503-515. DOI: 10.1007/s10802-014-9926-1
51. Ziafati Bagherzadeh SM, Froumandi S, Sajadishahri SH, Zamanian M, Khodadadi N, Akbari M. Examining the relationship between adolescent perception of the family psychosocial climate with depression and suicidal tendencies in adolescent girls. J Adolesc Youth Psychol Stud. 2024;5(5):50-58. DOI: 10.61838/kman.jayps.5.5.7
52. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, et al. Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. J Med Internet Res. 2018;20(4):e129. DOI: 10.2196/jmir.9044
53. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. PLoS One. 2017;12(8):e0181722. DOI: 10.1371/journal.pone.0181722
54. Peprah P, Oduro MS, Okwei R, Adu C, Asiamah-Asare BY, Agyemang-Duah W. Cyberbullying victimization and suicidal ideation among in-school adolescents in three countries: implications for prevention and intervention. BMC Psychiatry. 2023;23:944. DOI: 10.1186/s12888-023-05268-9
55. La Sala L, Sabo A, Michail M, Thorn P, Lamblin M, Browne V, et al. Online

safety when considering self-harm and suicide-related content: qualitative focus group study with young people, policy makers, and social media industry professionals. J Med Internet Res. 2025;27:e66321. DOI: 10.2196/66321

56. Nevarez Flores AG, Martin A, Bartkowiak-Theron I, Makin J, Norris K, Castle D, Neil AL. The impact of suicide registers and other monitoring systems on suicide prevention: a scoping review. Int J Soc Psychiatry. 2024;70(7):1211-1233. DOI: 10.1177/00207640241261164
57. Benson R, Rigby J, Brunsdon C, Corcoran P, Dodd P, Ryan M, et al. Real-time suicide surveillance: comparison of international surveillance systems and recommended best practice. Arch Suicide Res. 2023;27(4):1312-1338. DOI: 10.1080/13811118.2022.2131489