

تأثیر اجرای اقدامات پیشگیرانه پرستاری بر اقدام مجدد به خودکشی

مرضیه نجومی^۳

امین سهراب زاده^۶

*سید کاظم ملکوتی^۲

شیوا خالق پرست اطهری^۵

بهروز قنبری^۱

کاوه علوی^۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه خودکشی یک مشکل جدی برای سلامتی در همه دنیا می‌باشد و سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱.۵۳ میلیون نفر در جهان بر اثر آن خواهند مرد. یکی از اصلی‌ترین وظایف پرستاران اجرای برنامه‌های پیشگیرانه می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر اجرای اقدامات پیشگیرانه پرستاری بر اقدام مجدد به خودکشی طراحی گردیده است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای است و جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به بیمارستان بهارلوی تهران از تیرماه تا مهر ماه سال ۱۳۹۲ می‌باشد که بصورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. ابزارها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه پیگیری می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون تی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۲۴۸ نفر شرکت کننده، ۵۸/۹٪ شرکت کنندگان در دامنه سنی ۲۷-۱۸ سال بوده‌اند. ۶۶/۱٪ شرکت کنندگان را زنان به خود اختصاص داده‌اند. بیشترین فراوانی شرکت کنندگان مجردها با ۵۲/۸ درصد می‌باشد. بیشترین فراوانی شرکت کنندگان از نظر وضعیت شغلی مربوط به بیکاران با ۴۳/۱ درصد می‌باشد. ۸/۵٪ افراد گروه مداخله در پایان طرح فقط یکبار اقدام به خودکشی داشته‌اند و در گروه کنترل ۱۰/۵٪ یکبار و ۷/۹٪ دو بار و ۳/۳٪ سه بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. بین اقدامات پیشگیرانه پرستاری و اقدام مجدد به خودکشی رابطه معنی داری مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به کاهش معنی دار اقدام به خودکشی در افراد گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در پایان طرح می‌توان نتیجه گرفت که اقدامات پیشگیرانه پرستاری در کاهش اقدام مجدد به خودکشی موثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: اقدام به خودکشی، پرستاری، پیشگیری

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۵

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انیستستو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

^۲ دانشیار دانشگاه، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انیستستو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

(*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۹۸۲۱۶۶۵۵۰۲۰۰ Email: Malakouti.sk@iums.ac.ir

^۳ دکتری تخصصی استاد دانشگاه، دپارتمان پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

^۴ دکتری تخصصی دانشیار دانشگاه، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انیستستو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

تهران، ایران.

^۵ دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۶ فوق لیسانس، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انیستستو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

پیشگیری از خودکشی، ارتقاء و حمایت از خطوط تلفنی بحران، بهبود خدمات بهداشت روان و درمان برای افسردگی و الکلیسم و فراهم کردن شرایط برای حمایت از بازماندگان خودکشی^(۱۰). تاثیر برنامه‌های ملی پیشگیری از خودکشی با تعیین عوامل خطر مرتبط با آن و سعی در جهت کاهش عوامل و با انجام مداخلات مناسب امکان پذیر است. دسترسی مناسب و پذیرش درمان می‌تواند در کاهش خطر رفتارهای خودکشی موثر باشد هر چند وجود عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی از قبیل حمایت خانوادگی، داشتن کار و شغل، وجود مسکن و غیره بسیار موثر می‌باشد^(۱۱). مطالعات نشان می‌دهد اقدام قبلی به خودکشی مهم‌ترین پیش‌بینی کننده مرگ بر اثر خودکشی است. افرادی که یکبار اقدام به خودکشی داشته‌اند احتمال خودکشی مجددشان ۱۲ تا ۳۰ درصد و احتمال مرگشان در اثر خودکشی نیز ۱ تا ۳ درصد در سال اول بیشتر است^(۱۲). داشتن سابقه اقدام به خودکشی، عامل خطری برای اقدام به خودکشی مجدد است. بنابراین انجام مداخلات پیگیرانه بعد از اقدام به خودکشی به منظور پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی مورد نیاز است^(۱۳). امروزه ترخیص زودرس در محیط مراقبت بهداشتی یک واقعیت می‌باشد. با افزایش فزاینده هزینه‌های مراقبت درمانی و محدود بودن منابع پزشکی و فشار بیمه‌ها، تمرکز فزاینده‌ای بر کاهش اقامت بیمارستانی شده است^(۱۴).

یکی از ابتدایی‌ترین مسئولیتهای پرستار به عنوان فرد مراقبت کننده تامین امر تداوم در مراقبت است، در این راستا برنامه ترخیص بیماران قسمت کلیدی و از مسئولیتهای اصلی حرفه پرستاری است. اقدامات پیشگیرانه پرستاری، استمرار در امر مراقبت از خود را برای بیماران در زمان بستری و بعد از ترک بیمارستان تضمین می‌کند این وظیفه پرستار است که مطمئن گردد تمام جنبه‌های آموزش برای آماده سازی ترخیص در مورد بیمار اجرا شده است و اینکه آیا تمام اعضای موثر در آن همکاری می‌کنند^(۱۵). با توجه به اینکه انجام اینگونه

خودکشی یک چالش جهانی و نگرانی بزرگ از نظر بهداشت عمومی در سراسر جهان است^(۱). خودکشی دهمین عامل مرگ در جهان و سومین علت مرگ در افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله است^(۲). هر ساله بین ۸۰۰.۰۰۰ تا ۱.۰۰۰.۰۰۰ نفر بخاطر خودکشی می‌میرند^(۳). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که در سال ۲۰۲۰، حدود ۱/۵۳ میلیون نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد^(۴). در پنجاه سال اخیر میزان خودکشی در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه، ۶۰٪ افزایش داشته است^(۵). بخش قابل توجهی از موارد خودکشی در جهان (۶۰٪ کل موارد خودکشی) در قاره آسیا اتفاق می‌افتد. میزان خودکشی در ایران از سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۲ روند رو به افزایش داشته است. هم‌چنین مطالعه اخیر منتشر شده در ایران، تعداد کل خودکشی‌های ثبت شده در مراکز پزشکی قانونی را ۳۵۱۳ مورد و شیوع آن را ۴/۷ مورد به ازاء هر صد هزار نفر جمعیت، گزارش کرده است^(۶). خودکشی و اقدام به آن برای خانواده و دوستان عواقب وخیم هیجانی دارد. فشار ناشی از سوگواری تأثیر عمیق و طولانی مدتی بر اعضاء خانواده دارد. آنها از اقدام احتمالی بعدی نگرانند و احساس می‌کنند که در جهت پیشگیری از اقدام بعدی باید تلاش کنند. هم‌چنین، خودکشی هزینه قابل توجهی به جامعه تحمیل می‌کند که معادل میلیاردها دلار در سال است^(۸). افزایش نگران‌کننده میزان خودکشی و اقدام به آن و هم‌چنین هزینه‌های ناشی از اقدامات خودکشی در دهه‌های اخیر و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، و روانی آن، سازمان جهانی بهداشت را بر آن داشت که در برنامه بهداشت همگانی، کنترل میزان خودکشی را در کشورهای جهان به عنوان یکی از اهداف خود معرفی کند^(۹). در این راستا سازمان بهداشت جهانی راهکارهای پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه را شامل ایجاد برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد در معرض خطر (جوانان، زنان، سابقه اقدام قبلی)، آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای

دسترسی تلفنی به فرد ۳- عدم ابتلاء به عقب‌ماندگی ذهنی و یا اختلالاتی که برقرای ارتباط ممکن نباشد. معیارهای خروج از طرح شامل عدم دسترسی در طی مدت پیگیری مانند خروج از تهران/ زندانی شدن و فوت بیمار بود.

برای گرد آوری داده‌ها پرسشنامه گرد آوری داده‌های جمعیت شناختی شامل ۷ سوال در مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت مسکن و داشتن مراقب یا همراه بود..

چک لیست پیگیری محقق ساخته شامل ۶ سوال بود که وضعیت بیمار پس از ترخیص را مشخص می‌کرد و شامل بررسی زنده یا مرده بودن فرد، رفتارهای مجدد خودکشی، تعداد و نحوه اقدام، تعداد مواردی که نیاز به کمک داشته، استفاده از سرویس کمک کننده در بحران (مثل اورژانس، بیمارستان، درمانگاه، روانپزشک) و مرور آموزش‌های داده شده به فرد در هنگام ترخیص بود. این پرسشنامه بر گرفته از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی در مطالعه چند مکانی از جمله ایران می‌باشد. جهت تعیین اعتبار محتوی، این ابزار در اختیار ۱۲ نفر صاحب نظران عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران قرار داده شد و در این راستا جهت بررسی شاخص اعتبار محتوی از شاخص اعتبارمحتوی Waltz & Bausell^(۱۵) استفاده گردید. در این روش سوالات پرسشنامه از حیث "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک جهت بررسی واضح بودن اعتبار محتوی در اختیار ۱۳ نفر از بیماران بستری در بخش مسمومیت‌های بیمارستان بهارلوی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد.

نتایج حاصل از اعتبار محتوی Waltz & Bausell پرسشنامه چک لیست پیگیری که در اختیار اعضاء هیئت علمی قرار گرفته بود نشان داد که در کل حداکثر اعتبار محتوی ۱۰۰ درصد و حداقل ۸۹ و بطور جزئی در بخش "مربوط بودن"، حداکثر اعتبار ۱۰۰ و حداقل ۹۷ درصد و

مطالعات در کشور گام مهمی در جهت بررسی اثر بخشی مراقبت‌های پیشگیرانه پرستاری بر بیماران اقدام کننده به خودکشی را دارا می‌باشد این مطالعه با هدف اثر بخشی اقدامات پیشگیرانه پرستاری بر اقدام مجدد به خودکشی طراحی شده است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کار آزمایشی بالینی بوده و با کد IRCT2013050813273N1 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. بر اساس مطالعات قبلی و استفاده از نسبت‌های ۲۶٪ و ۴۷/۴٪ به ترتیب به عنوان مقادیر فرضی p_1 و p_2 و خطای آلفا برابر ۰/۰۵، حجم نمونه ۲۶۲ نفر محاسبه گردید. با توجه به احتمال از دست رفتن نمونه‌ها در دوره پیگیری ۶ ماهه، ۱۵٪ به حجم نمونه اضافه گردید و حجم نمونه به ۳۰۰ نفر رسید. سپس افراد هر گروه با استفاده از جدول تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار داده شدند. با توجه به اینکه دو مرکز دانشگاهی اصلی در استان تهران به عنوان مرکز مسمومیت‌ها به ارائه خدمت مشغول می‌باشند و هر دو این مراکز از بیمارستان‌های اصلی پذیرش کننده مسمومین به شمار می‌روند، و از آمار مشابهی در پذیرش بیماران مسموم برخوردار می‌باشند، و با توجه به اینکه در اجرای یک طرح مداخله‌ای همکاری بین بخشی در بین محققین و تیم بیمارستانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد، لذا با توجه به مشارکت بیمارستان بهارلو در اجرای طرح، نمونه گیری در محدوده زمانی تیرماه ۱۳۹۲ تا مهر ماه همان سال از بین مراجعه کنندگان به اورژانس مسمومیت‌های بیمارستان بهارلوی تهران انجام پذیرفت. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه اقدام کنندگان به خودکشی از راه مسمومیت (دارو، مواد و سموم) مراجعه کننده به بیمارستان بهارلو تهران بود که رضایت ورود به طرح را به صورت کتبی اعلام کرده بودند. این افراد به شرط دارا بودن خصوصیات زیر وارد طرح شدند: ۱- محل اقامت مشخص در محدوده استان تهران ۲- مقدور بودن

چهره به چهره و به مدت یک ساعت، در اولین زمان پس از تکمیل پرسشنامه و یا قبل از ترخیص بیمار، در گروه مداخله انجام گردید. کلیه این آموزش‌ها با ایجاد انگیزه‌های مناسب در پایان تکمیل پرسشنامه‌ها انجام پذیرفت و سعی شد در همان روز تمام موارد لازم به بیمار آموزش داده شود.

پس از پایان جلسه، پمفلت‌های آموزشی با محتوای موارد توضیح داده شده و اهداف مشخص جلسه به بیمار ارایه شد. سپس قرار تماس تلفنی اولین جلسه پیگیری با بیمار گذاشته و در دفترچه یادداشت می‌گردید. موارد خاصی که توسط بیمار به آن توجه شده بود، نیز یادداشت می‌شد و در جلسه پیگیری تلفنی در مورد آنها صحبت می‌شد.

ب- مرحله دوم پیگیری تلفنی: مداخلات پیگیری به صورت تلفنی و در هفته‌های ۱، ۲ و ۴ و سپس هر ماه یک بار و به مدت ۶ و در مجموع ۸ مرتبه با آموزش همان مضامین آموزش‌های قبلی داده شده در بیمارستان و تکرار آن انجام گردید. اولین زمان تماس در بیمارستان با بیمار هماهنگ می‌شد و قرارهای بعدی در تماس‌های بعدی هماهنگ می‌شدند. پژوهشگر در زمان تماس تلفنی پس از معرفی خود، نسبت به تکمیل چک لیست پیگیری به صورت تلفنی اقدام می‌کرد. در طی تماس تلفنی از مهارت‌های مصاحبه انگیزشی جهت ادامه مصاحبه و همکاری بیمار با مصاحبه‌گر استفاده می‌گردید. جهت کمک به افزایش اعتماد به نفس، از بیمار خواسته می‌شد تا موارد خاص را یادداشت کند تا در جلسه بعد در مورد آن بحث و گفتگو شود و راهکار مناسب از آن استخراج گردد. همچنین از وی درخواست می‌شد در صورتی که سؤالی در مورد آموزش‌های قبلی و موارد مطرح شده دارد، بپرسد تا به وی پاسخ داده شود.

در مورد بیماران گروه کنترل هیچگونه مداخله آموزشی و یا پیگیری تلفنی انجام نگرفت. بیماران این گروه فقط درمان‌های استاندارد رایج در بیمارستان را دریافت نموده و سپس در ماه ۶ پس از ترخیص، پرسشنامه پیگیری از نظر زنده یا مرده بودن فرد، رفتارهای مجدد خودکشی،

در بخش "واضح بودن" حداکثر ۱۰۰ و حداقل ۸۹ درصد و در بخش "ساده بودن" حداکثر ۱۰۰ و حداقل ۹۷ درصد بدست آمد. همچنین نتایج بدست آمده از نظرات بیماران در خصوص "واضح بودن" حداکثر ۹۱ و حداقل ۷۷ درصد بدست آمد. جهت تعیین اعتبار صوری پرسشنامه‌ها، پژوهشگر از نظرات همان افرادی که در مرحله اعتبار محتوی حضور داشته‌اند استفاده نمود. و جهت تعیین پایایی، این پرسشنامه در یک مطالعه پایلوت توسط محقق بر روی یک نمونه ۲۰ نفره از بیماران اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم تهران مورد هنجاریابی قرار گرفت و نتایج ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ را نشان داد.

در روند پژوهش و در خلال ۲۴ ساعت نخست بستری بیمار، پرسشنامه جمعیت شناختی در تمامی افراد اقدام کننده به خودکشی پر شد. سپس جدول تصادفی بیماران در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده می‌شدند. مداخله بر اساس الگوی فرآیند پرستاری^(۱۵) طراحی شده و شامل دو مرحله مداخلات بیمارستانی و مداخلات پس از ترخیص می‌باشد.

مداخلات مرحله اول در بیمارستان به این شرح انجام گردید:

الف- آموزش به بیمار اقدام کننده به خودکشی: این آموزش از شیوه آموزش در طرح تحقیقاتی SUPREMISS استفاده شده و اطلاعاتی در موارد زیر به بیمار داده شد^(۱۰).

آموزش رفتارهای خودکشی (تعریف رفتار خودکشی، میزان خودکشی و اقدام به خودکشی، عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده و عواملی که فرد را به سمت خودکشی و یا اقدام به خودکشی سوق می‌دهد)، مهارت‌ها و اقداماتی که می‌توان در زمان خطر انجام داد (مهارت‌های حل مسئله، مقابله با رفتار منفی، تقویت باورهای بیمار مبنی بر کفایت و توانایی وی در تغییر موفقیت آمیز رفتار) و ترغیب و تشویق استفاده از تیم درمانی در هنگام بروز بحران. این مداخلات به صورت

تعداد و نحوه اقدام، تعداد مواردی که نیاز به کمک داشته، استفاده از سرویس کمک کننده در بحران (مثل اورژانس، بیمارستان، درمانگاه، روانپزشک)، مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، و به کمک آزمون‌های توصیفی تحلیلی و آزمون U Mann - Whitney و رگرسیون چند متغیره انجام پذیرفت. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۲۱۶۱۰ مورد تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های مطالعه در دو گروه (تعداد= ۲۴۸)

مقدار احتمال	مداخله	کنترل	جنس
۰/۱۳۰	(%) تعداد	(%) تعداد	مرد
	۳۵(۲۹/۲)	۴۹(۳۸/۳)	زن
۰/۷۱۵	۸۵(۷۰/۸)	۷۹(۶۱/۷)	سن
	۶۹(۵۷/۵)	۷۷(۶۰/۲)	۱۸-۲۷
۰/۰۷۴	۳۷(۳۰/۸)	۴۰(۳۱/۳)	۲۸-۳۷
	۱۳(۱۰/۸)	۹(۷)	۳۸-۴۷
	۱(۰/۸)	۲(۱/۶)	۴۸-۵۷
	۱(۰/۸)	۰(۰)	تحصیلات
۰/۰۰۱	۷(۵/۸)	۸(۶/۳)	بیسواد
	۱۱(۹/۲)	۲۶(۲۰/۳)	ابتدایی
	۷۳(۶۰/۸)	۷۲(۵۶/۳)	راهنمایی
	۲۸(۲۳/۴)	۲۲(۱۷/۱)	دیپلومات
	۶۶(۵۵)	۳۳(۲۵/۸)	دانشگاهی و بیشتر
۰/۲۲۳	۵(۴/۲)	۱۳(۱۰/۱)	وضعیت تاهل
	۴۹(۴۰/۸)	۸۲(۶۴/۱)	متاهل
	۳۱(۲۵/۸)	۳۴(۲۶/۶)	بیوه
	۳۲(۲۶/۷)	۲۱(۱۶/۴)	مجرد
۰/۵۵۰	۴۸(۴۰)	۵۹(۴۶/۱)	وضعیت شغلی
	۷۲(۶۰)	۱۴(۱۰/۹)	شاغل
	۹۷(۸۰/۸)	۲۱(۱۶/۴)	خانه دار
	۲۲(۱۸/۳)	۵۹(۴۶/۱)	بیکار
۰/۰۱۲	۹(۷/۵)	۱۴(۱۰/۹)	دانش آموز
	۴۸(۴۰)	۵۶(۴۳/۸)	وضعیت مسکن
۰/۵۵۰	۷۲(۶۰)	۷۲(۵۶/۳)	بله
	۹۷(۸۰/۸)	۱۰۶(۸۲/۸)	خیر
۰/۰۱۲	۲۲(۱۸/۳)	۲۲(۱۷/۲)	داشتن مراقب و همراه
	۹۷(۸۰/۸)	۱۰۶(۸۲/۸)	بله
۰/۰۱۲	۲۲(۱۸/۳)	۲۲(۱۷/۲)	خیر

جدول شماره ۳ نتایج حذف اثر مخدوشگرها نمایش داده شده است.

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است هشت و نیم درصد (۱۳ نفر) افراد گروه مداخله در پایان طرح فقط یکبار اقدام به خودکشی داشته‌اند و در گروه کنترل ۱۰.۵٪ (۱۶ نفر) یکبار و ۷.۹٪ (۱۲ نفر) دو بار و ۳.۳٪ (۵ نفر) سه بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. با توجه به عدم توزیع نرمال در دفعات اقدام به خودکشی از آزمون ناپارمتری Mann - Whitney استفاده شد. با توجه به آماره Z گزارش شده که قدر مطلق آن از ۲ بیشتر می‌باشد و همچنین مقدار احتمال ۰/۰۰۱ و Mann- Whitney گزارش شده نمایش وجود اختلاف معنی داری تاثیر اقدامات انجام شده در دفعات اقدام مجدد به خودکشی می‌باشد.

همانطور که ملاحظه می‌گردد ۶۶/۱ درصد شرکت کنندگان را زنان، ۵۸/۹ درصد در محدوده سنی ۱۸ تا ۲۷ سال، ۵۸/۵ درصد تحصیلات ۸ سال تا ۱۲ سال را داشته‌اند، ۵۲/۸ درصد مجرد، ۴۳/۱ درصد بیکار، ۵۸/۱ درصد بدون مسکن شخصی یا پدیری بوده و ۸۲/۱ درصد شرکت کنندگان دارای یک مراقب یا همراه و یا کسی که با آن زندگی می‌کنند می‌باشند. علیرغم انتخاب تصادفی افراد شرکت کننده در دو گروه با توجه به مقدار احتمال گزارش شده در وضعیت تاهل به میزان کمتر از ۰/۰۰۱ و داشتن مراقب به میزان ۰/۰۱۲ اختلاف معنی داری در دو گروه در ابتدای مطالعه گزارش شده که می‌بایست در پایان مطالعه این دو متغیر مخدوشگر با آزمون رگرسیون لجستیک اثر مخدوش کنندگی آنها حذف گردد که در

جدول شماره ۲: تعداد دفعات اقدام به خودکشی در پایان طرح در دو گروه مداخله و کنترل

تعداد دفعات اقدام به خودکشی	کنترل تعداد(%)	مداخله تعداد(%)
۰	۹۵(۹۱/۵)	۱۰۷(۹۱/۵)
۱	۱۶(۱۰/۵)	۱۳(۸/۵)
۲	۱۲(۷/۹)	۰(۰)
۳	۵(۳/۳)	۰(۰)
U Mann - Whitney = ۶۳۶۳	آماره Z = -۳/۴۷۰	p-value = ۰/۰۰۱

را در بر نمی‌گیرد، همچنان بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر پیامد اختلاف معنی دار آماری وجود دارد. که نمایش تاثیر اقدامات پیشگیرانه پرستاری انجام شده در طرح می‌باشد.

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود به جهت تعدیل اثر دو مخدوشگر وضعیت تاهل و داشتن مراقب و همراه آنالیز چند متغیره انجام شد. پس از تعدیل اثر مخدوشگرها نتایج نشان می‌دهد که با توجه به مقدار احتمال ۰/۰۱۱ و فاصله اطمینان گزارش شده که عدد یک

جدول شماره ۳: آنالیز چند متغیره برای تعدیل اثر متغیرهای مخدوش گر بر پیامد اقدام مجدد به خودکشی

متغیرها	B	S.E	p-value	Exp (β)	95% C.I for Exp(β)	
					Upper	Lower
گروه (مداخله/کنترل)	-۱/۰۲۸	۰/۴۰۵	۰/۰۱۱	۰/۳۵۸	۰/۱۶۲	۰/۷۹۲
تاهل	-۰/۰۳۵	۰/۱۰۱	۰/۷۲۵	۰/۹۶۵	۰/۷۹۲	۱/۱۷۶
وجود مراقب	-۰/۱۲۰	۰/۰۷۹	۰/۱۳۰	۰/۸۸۷	۰/۷۶۰	۱/۰۳۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه اجرای یک برنامه کامل مراقبت پرستاری مبتنی بر خدمات آموزشی در بیمارستان و پیگیری خدمات تلفنی در منزل در قالب یک فرآیند پرستاری بود. در این مطالعه بیشترین موارد اقدام به خودکشی در گروه سنی جوانان بوده است. برخی پژوهش‌های انجام شده در مورد اقدام کنندگان به خودکشی در دنیا نیز با یافته‌های حاضر مشابه می‌باشد^(۱۸).

۱۶٪ شرکت کنندگان در مطالعه حاضر در دامنه سنی ۲۷ - ۱۸ بوده‌اند و با افزایش سن از فراوانی خودکشی کاسته شده است و این در حالی است که آمارهای جهانی میزان اقدام به خودکشی در دامنه سنی فوق را در حدود ۵۰٪ گزارش کرده ولی بالا رفتن سن را به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح کرده‌اند^(۱۹). این موضوع می‌تواند بازتابی از مشکلات جامعه شناختی و روان شناختی قابل ملاحظه بسیاری از اقدام کنندگان باشد. کاهش قابل ملاحظه اقدام به خودکشی در سنن بالاتر در کشورهای از جمله ایران می‌تواند به عقاید و عوامل فرهنگی و اجتماعی حمایت از سالمندان از قبیل نگهداری آنان در سنین بالاتر در کنار خانواده ارتباط داشته باشد. آمار اقدام کنندگان در زنان ۶۶/۱٪ و تقریباً دو برابر مردان می‌باشد که این میزان نیز با اکثر مطالعات انجام شده در ایران مطابقت دارد^(۵،۱۷،۲۰)، مطالعات مختلف در سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که شیوع اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان می‌باشد^(۲۱،۲۲). این در حالی است که در تعدادی از مطالعات انجام شده در ایران^(۲۳) و جهان درصد فراوانی اقدام کنندگان به خودکشی در مردان بیشتر از زنان و یا برابر با آنها بوده است^(۲۴).

از دیگر عوامل خطر زا می‌توان به مجرد بودن و بیکار بودن فرد اشاره کرد که در این مطالعه نیز این دو گروه فراوانی بیشتری نسبت به بقیه داشتند. مجردها با ۵۲/۸ درصد بیشترین فراوانی شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده‌اند. در مطالعه Geneva و همکاران و

همچنین مطالعه Miranda و همکاران نشان داد که شانس بالای اقدام به خودکشی در افراد مجرد نسبت به متاهلین تا ۲ برابر می‌باشد^(۲۵،۲۶). بیشترین فراوانی شرکت کنندگان از نظر وضعیت شغلی مربوط به بیکاران با ۴۳/۵ درصد می‌باشد. مطالعات انجام شده در ایران نیز گویای شیوع بالاتر خودکشی در مجردها و افراد بیکار نسبت به بقیه گروه‌ها می‌باشد^(۲۰،۲۷،۲۸). در مطالعه حاضر ۸۱/۸ درصد اقدام کنندگان دارای مراقب در منزل و یا دارای حمایت خانوادگی بوده‌اند و این در حالی است که در اغلب مطالعات نبود حمایت‌گر در منزل و مراقب به عنوان یکی از فاکتورهای خطر در اقدام به خودکشی محسوب می‌گردد. لذا به نظر می‌آید علیرغم وجود مراقب و حمایت خانوادگی، نبود اطلاعات و آموزش‌های مناسب در این خانواده‌ها و همچنین نبود ارتباط مناسب بین افراد خانواده می‌تواند سبب بروز این نتایج گردد.

کاهش معنی دار اقدام به خودکشی در پایان طرح در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل حاکی از تاثیر اجرای مراقبت‌های پیشگیرانه پرستاری دارد به طوریکه از تعداد ۱۲۰ نفر گروه مداخله فقط ۱۳ نفر صرفاً یکبار اقدام به خودکشی داشته ولی در گروه کنترل ۳۳ نفر حداقل یکبار و حداکثر سه بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. کم شدن تعداد دفعات اقدام به خودکشی بدنال اجرای مراقبت‌های پیشگیرانه پرستاری در پژوهش خالق پرست که بر روی بیماران با اختلالات روانی در جهت کاهش بستری مجدد انجام پذیرفت، نیز نشان داد که اجرای برنامه‌های ترخیص در قالب فرآیندهای پرستاری شامل آموزش‌های مهارتی و خود مراقبتی و همچنین پیگیری پس از ترخیص در بهبود و تغییر رفتارهای بیماران تاثیر به سزایی داشته است. این برنامه با ایجاد استقلال و افت هزینه‌های بستری مجدد و کاهش بار ناشی از بیماری، سبب بازگشت موفق بیماران با اختلالات روانی به جامعه می‌گردد^(۱۵). همچنین مطالعات انجام شده توسط Bickley و Wei گویای این مطلب می‌باشد که پیگیری‌های انجام شده به کاهش اقدام به خودکشی در ماه اول ترخیص می‌انجامد^(۲۹،۳۰).

تا ۴۰٪ موارد اقدام به خودکشی مجدد، به مرگ فرد ختم می‌شوند^(۱۱). لذا استفاده از یک برنامه دقیق مراقبتی و درمانی در قالب فرآیندهای پرستاری مدون می‌تواند به افزایش توان خود مراقبتی و در نتیجه پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی بیانجامد.

پرستاران به عنوان اصلی ترین عضو تیم درمانی می‌توانند در اجرای اقدامات پیشگیرانه در راستای اهداف سازمان بهداشت جهانی و راهکارهای پیشنهادی آنان جهت کشورهای در حال توسعه قدم بردارند. این امر به ویژه با توجه به آمارهای بالای اقدام مجدد به خودکشی و بستری شدن افراد و هزینه‌های کلان مراقبتی، بار ناشی از بیماری و کمبود تخت‌های بیمارستانی اهمیت بیشتری می‌یابد. به نظر می‌رسد از بین استراتژی‌های پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی، استفاده از رودیکرد اقدامات پیشگیرانه پرستاری با توجه به در دسترس بودن، قابل انجام بودن، و کم هزینه بودن، نسبت به بقیه رویکردها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ویژگی‌های خانوادگی، سطوح فرهنگی و درآمدی بیماران، میزان آگاهی خانواده بیماران و همچنین همکاری خانواده‌ها در مدت اجرای طرح از مواردی بود که مورد کنترل قرار نگرفت. لذا با توجه به اهمیت امر برنامه پیشگیرانه پرستاری در قالب طرح ترخیص لزوم آموزش‌های لازم برای خانواده‌ها در راستای برنامه پیشگیرانه توصیه می‌گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصص پژوهشی نویسنده اول در مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. نویسندگان مطالعه مراتب تقدیر و تشکر خود از همکاری آقای شمس الدین کهنانی که در ویرایش این مقاله همکاری داشتند را اعلام می‌نمایند.

Hawton و همکاران نشان دادند که اکثریت خودکشی‌ها در طی ماه اول بعد از ترخیص و با افزایش ناگهانی در طی هفته اول پس از ترخیص روی می‌دهند که این میزان بیش از صد برابر در جمعیت عمومی است. لذا تداوم و نگهداری درمان پیگیرانه ضروری است^(۳۱). بسیاری از مطالعات نشان داده است که حمایت پیگیرانه پس از ترخیص می‌تواند خطر خودکشی را به طور معنی داری کاهش دهد^(۳۲).

Luxton و همکاران تاثیرات معنی دار مداخلات پیشگیرانه خودکشی را از طریق تماس‌های پیگیرانه با بیماران نشان دادند^(۳۳). مطالعات مداخله‌ای در مورد پیشگیری از خودکشی مجدد در اقدام کنندگان به خودکشی نشان دهنده‌ی خودکشی مجدد کمتر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از دریافت مداخلاتی مثل نامه‌های پستی منظم، تماس‌های تلفنی و درمانهای پیگیرانه و طولانی مدت پس از ترخیص می‌باشد^(۳۶). Pil و همکارانش در طی ده سال متوالی نشان دادند که پیگیری تلفنی این افراد از حدود ۳۶٪ خودکشی‌های مجدد در این جمعیت پر خطر جلوگیری نموده و در هزینه‌های درمان صرفه جویی می‌شود^(۱۸). لذا به نظر می‌رسد پیگیری‌های هدفمند و نظامند تلفنی پس از ترخیص بخصوص در ماه‌های اول به عبور فرد از زمان خطر کمک می‌کند و همچنین می‌تواند در صورت بروز نشانه‌های خطر اقدام به خودکشی به اقدام به موقع در بیماران بیانجامد^(۱۸،۳۴).

یافته‌های پژوهش حاضر نیز موید مطالعات مشابه نشان داد که در افراد اقدام کننده به خودکشی یکی از بزرگ‌ترین مشکلات، عدم اجرای یک برنامه درمانی و مراقبتی مناسب جهت پیشگیری از اقدام مجدد می‌باشد^(۱۰،۳۷). همانطور که در پژوهش‌های مختلف گفته شده حدود ۳۰٪ تا ۶۰٪ از افرادی که خودکشی منجر به مرگ داشته‌اند، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و ۱۰٪

فهرست منابع

1. Yip PS. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2011;32(3):117-20.
2. Hawton K, van HK. 2009. Suicide. *Lancet*.373(9672):1372-81.
3. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. [Suicide Prevention and Follow-Up Services: A Narrative Review]. *Global journal of health science*. 2016;8(5):145. Persian.
4. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Draft version 05; 26 March 2014. available at: http://www.who.int/gho/mental_health/en/
5. World Health Organization. Mortality and burden of disease estimates for WHO member states in 2002. Electronic file available at: [http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html\[aCLF\]](http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html[aCLF]). 2004.
6. Evidence WHOMH, Team R, Project DCP. Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders: World Health Organization; 2006.
7. Shojaei A, Shamsiani H, Moradi S, Alaedini F, Khademi A. [The Study of Successful Cases of Suicide Commitment Referred to Iran Legal Medicine Organization in 2010]. *IJFM*. 2012;18(1):7-15. Persian.
8. Hassanzadeh sm. [Integration of mental health into PHC]. Tehran Psychiatric Institute , Centre for Mental Health Research. 2006. Persian.
9. World Health Organization. "Towards evidence-based suicide prevention programmes." (2010)
10. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-9.
11. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH, et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(3):147-54.
12. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, Libersa C, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006;332(7552):1241-5.
13. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, De Leo D, Saeed K. [Alcohol abuse and suicide attempt in Iran: a case-crossover study]. *Global journal of health science*. 2015;8(7):58. Persian
14. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1.
15. Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. [The effectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran]. *J Clin Nurs*. 2014;23(15-16):2215-22. Persian.
16. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob CS, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatr Serv*. 2015;62(11):1303-9.
17. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. [Patient satisfaction regarding further telephone contact following attempted suicide]. *L'Encephale*. 2010;36:D7-D13.
18. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare*. 2013;19(5):273-81.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh Amin S. [Predicting factors of suicide attempts in Karaj general population]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007;13(3):219-26. Persian.
21. Andersson TE. "Nobody Talks About Suicide, Except If They're Kidding": Disenfranchised Grief, Coping Strategies, and Suicide Survivor Identity in Peer Suicide Grievors: Case Western Reserve University; 2012.

22. Xing X-Y, Tao F-B, Wan Y-H, Xing C, Qi X-Y, Hao J-H, et al. Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: a national cross-sectional survey. *J Adolesc Health*. 2010;46(6):592-9.
23. Zare H, Nazer M, Sayyadi A. [Frequency of mental disorders and factors related to suicide in patients referring to emergency ward of Ali Ebne Abitaleb hospital of Rafsanjan in 2007]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2010;9(3):221-32 Persian.
24. Björkstén KS, Bjerregaard P, Kripke DF. Suicides in the midnight sun—a study of seasonality in suicides in West Greenland. *Psychiatry Res*. 2005;133(2):205-13.
25. World Health Organization, and World Health Organization. "Geneva." 2014.
26. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Munfakh JLH, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(1):32-40.
27. Malakouti S-K, Bolhari J. A predictor model for suicide attempt: evidence from a population-based study. *Arch Iran Med*. 2007;10(4):452-8 Persian.
28. Ghaleiha A. Epidemiologic survey of suicide attempters hospitalized in Hamadan Sina Hospital in 2001-2002. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences*. 2007;13(4):58-63. Persian
29. Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatr Serv*. 2013;64(7):653-9.
30. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*. 2013.
31. Hawton K, i Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147(1):17-28.
32. Wells K, Sherbourne C, Duan N, Unützer J, Miranda J, Schoenbaum M, et al. Quality improvement for depression in primary care: do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1149-57.
33. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(1):32.
34. Wei S, Liu L, Bi B, Li H, Hou J, Tan S, et al. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013;34(2):107.
35. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013;147(1):269-76.
36. Marasinghe RB, Edirippulige S, Kavanagh D, Smith A, Jiffry MT. Effect of mobile phone-based psychotherapy in suicide prevention: a randomized controlled trial in Sri Lanka. *J Telemed Telecare*. 2012;18(3):151-5.
37. Pavarin RM, Fioritti A, Fontana F, Marani S, Paparelli A, Boncompagni G. Emergency department admission and mortality rate for suicidal behavior: a follow-up study on attempted suicides referred to the ED between January 2004 and December 2010. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2014;35(6):406.

Effectiveness of Nursing Preventive Interventions in Suicide re- Attempts

Ghanbari B. MS.¹ *Malakouti SK. PhD.² Nojomi M PhD.³
Alavi K. PhD.⁴ Khaleghparast SH MS.⁵ Sohrabzadeh A. MS.⁶

Abstract

Background & Aims: Suicide is an important public health issue. An estimated 1530000 suicide deaths will occur worldwide in 2020. Providing the preventive programs is the main task of nursing. This study designed to determine the effectiveness of nursing preventive interventions in suicide reattempt.

Material & Methods: The clinical trial method using randomization sampling method that has been conducted on patients with suicide attempt. This study conducted on 248 people who attempted suicide and were referred to Baharloo hospital in Tehran, Iran since July to October 2013. The demographic characteristics questionnaire and discharge follow-up questionnaire used for data collection. To analyze the data, SPSS version 16 was used.

Results: In this study, out of a total of 248 attempts to commit suicide, woman, singles and unemployed compromised 66.1%, 52.8% and 43.5% of participants respectively. In the intervention group 8.5% of participants committed suicide once. In the control group participants had attempted suicide once (10.5%), twice (7.9%) or three time (3.3%). There was a significant relationship between the nursing preventive program and suicidal attempts ($P < 0.05$).

Conclusion: This study showed that nursing preventive programs play an important and significant role in suicide re-attempts prevention.

Keywords: Suicide attempt, Nursing, Prevention

Received: 28 Sep 2015

Accepted: 13 Apr 2016

¹ Ms, MPhil, MPH, PhD student, Mental Health Research Center (MHRC), Tehran Institute of Psychiatry, Faculty of behavioral sciences and mental health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.

² Professor of psychiatry, Mental Health Research Center (MHRC), Tehran Institute of Psychiatry, Faculty of behavioral sciences and mental health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran. (*Corresponding Author). Tel: 98-216-655-0200. E-mail: Malakouti.sk@iums.ac.ir

³ Professor of community medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor of psychiatry, Mental Health Research Center (MHRC), Tehran Institute of Psychiatry, Faculty of behavioral sciences and mental health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.

⁵ PhD student, Nursing Care Research Center (NCRC), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.

⁶ Ms in Clinical psychology, Mental Health Research Center (MHRC), Tehran Institute of Psychiatry, Faculty of behavioral sciences and mental health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.