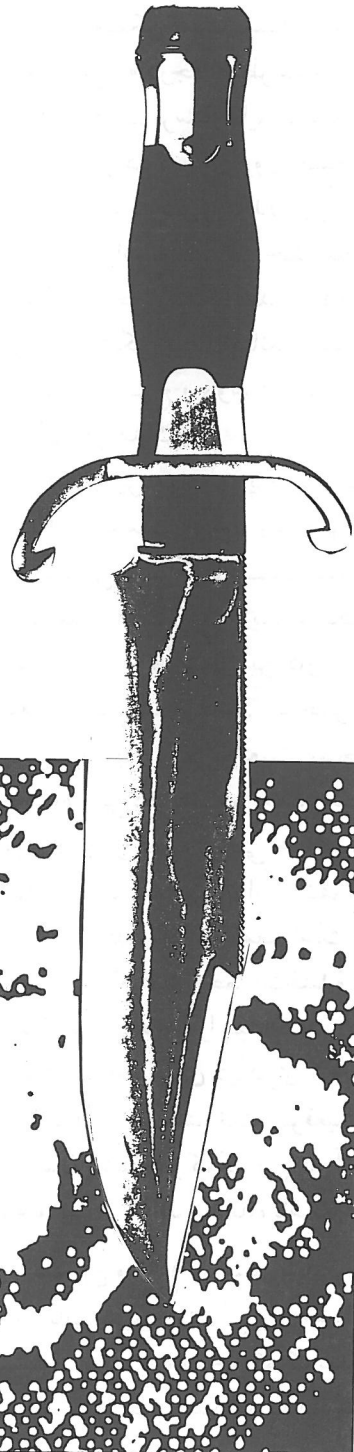


افزایش خطر خودکشی اغلب در سه ماه اول بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان است. (روی ۲، ۱۹۸۳). مداخله بحران روشی با ارزش برای پیشگیری از اغلب خودکشی‌های پایدار در مراقبت‌های حاد بیمارستانی است و تمرکز آن بر «اینجا و حالا» و ماهیت محدودیت زمانی آن به ویژه در شروع بستری شدن در بیمارستان است.

نظریه بحران

کاس^۳ (۱۹۸۵) تدابیر بحران را چنین تعریف می‌کند: «کاربرد اصولی روشهای حل مشکل براساس نظریه بحران که برای کمک به مددجو در بحران طراحی می‌شود بطوری که فرآیند بحران را تا حد امکان و بدون درد بگذرانند و حداقل به همان آرامشی که قبل از بحران داشت برسد.»



تدابیر بحران و خودکشی

از استانداردهای ره یافت پرستاری پیشگیری از خودکشی در بیمارستان، احتیاط‌های مربوط به خودکشی است. این روش مستلزم واگذاری اتاقی با تخت‌های متعدد نزدیک به ایستگاه پرستاری، جمع آوری کردن کلیه متعلقات خطرناک، محدود کردن هر واحد و مراقبت بیش از حد به وسیله پرستار می‌باشد. این تدابیر با هدف پیشگیری از رفتارهای خود منهدم کردن در بیمارستان است. به هر حال انجام این تدابیر

* تنظیم و ویراستاری اول:

اختر ابراهیمی

* ویراستاری نهایی:

فرخنده مهری، اختر ابراهیمی

و سادات سیدباقرمداح



برخورد با هر حادثه‌ای که مولد فشار روانی است وابستگی زیادی به عوامل متعادل کننده مشخص دارد (آگوئیلرا، ۴، ۱۹۷۸) که شامل درک فرد از واقعه، موقعیتهای حمایت کننده موجود و مکانیزم‌های از عهده برآیی فرد می‌باشد. همیشه مکانیزم‌های دفاعی شخصی در برخورد با یک موقعیت پر از فشار موثر نیستند و در این زمان ممکن است تدابیر مواجهه با بحران لازم باشد. مددجو باید به وسیله راهنما چنان درک شود که بهبودی نسبی یافته و قادر به شرکت فعال در فرآیند حل مشکل شود.

تدابیر بحران ریشه‌هایی از بهداشت روانی جامعه دارد و به همان نسبت هم برای بیمار بستری در بیمارستان موثر است و کارکنان پرستاری علاوه بر برقراری ایمنی بیمار می‌توانند قالبی برای مواجهه با بحران برای حل مشکل او ابداع کنند.

کاس (۱۹۸۵) ۶ مرحله اصلی را که پرستار در طی آن مراحل به مددجو کمک می‌کند را چنین شرح می‌دهد: اولین مرحله، پرستار باید به مددجو برای شناخت و توصیف مشکل ایجاد شده کمک کند. این

مرحله ممکن است بسیار مشکل باشد ولی به درجه اضطراب شخص بستگی دارد. پرستار باید به مددجو در متمرکز کردن وی روی مشکلی که اولویت دارد و رساندن او به یک تصمیم راسخ که در حد امکان مشکل را حل و کمک کند. به تفصیل نوشتن مشکل نیز آنچنانکه شناخته شود به وضوح و روشنی مشکل، کمک خواهد کرد.

در دومین مرحله، پرستار باید برای بدست آوردن راه‌های احتمالی موجود کمک کند و فهرست آنها را در زیر مشکل شناخته شده بنویسد. این کار برای یافتن راهی که معمولاً شخص با برخورد به یک موقعیت سخت انجام می‌دهد مهم است. همه مهارتهای از عهده برآیی مناسب و موجود مسلماً می‌توانند تقویت کننده باشند و این نیز مهم است که پرستار موقعیتهای حمایت‌کننده در دسترس مددجو را پیدا کند. اگر پرستار بازه‌های دیگری که به دیگران برای شناخت موقعیت - هایشان پیشنهاد و کمک می‌کند آشنا باشد نیز می‌تواند سازنده باشد.

سومین مرحله - پرستار باید برای ارزشیابی نتایج احتمالی راه‌های پیشنهاد شده به مددجو کمک کند و این امر با ترغیب مددجو به نوشتن شق‌های ممکن با فهرستی از فواید و

مضرات آن تسهیل می‌شود.

چهارمین مرحله، مددجو تصمیم می‌گیرد که بهترین شقها را انتخاب کند و این تصمیم باید بوسیله خود مددجو اتخاذ شود و پرستار باید تصمیم گرفته شده را حمایت کند (اگر چه لازم نیست که با آن موافق باشد). در انتخاب دوست مددجو باید بخوبی حمایت شود ولی اگر شق انتخاب شده به نتایج لازم نمی‌رسد پرستار باید نظر مددجو را تغییر دهد.

پنجمین مرحله، اتمام شق انتخاب شده به وسیله مددجو است. ششمین مرحله، پرستار به مددجو در مورد ارزشیابی نتایج انجام تصمیم اتخاذ شده کمک می‌کند. اینجا دو پرسش اساسی مطرح می‌شود که باید پاسخ داده شود. آیا این راه حل یا شق مشکل را حل کرده و بحران رفع شده است. آیا شخص بحران زده حداقل احساس آرامش آسودگی قبل از بحران را دارد.

به واسطه نیازی که برای دستیابی به اهداف درمانی در زمانی کوتاه وجود دارد ممکن است روش انتخاب شده به وسیله مدبر مواجهه با بحران قدری با روشهای سنتی پرستار درمانگر تفاوت داشته باشد. پرستار مدبر مواجهه با بحران باید به سرعت با مددجو ارتباط درمانی برقرار کند. بررسی و شناخت مددجو بر مشکل موجود متمرکز می‌شود. به تاریخچه پرستاری مفصل ممکن است نیاز نباشد.

برای ایمنی مددجو در زمانهایی که فکر خودکشی و دیگرکشی قطعی است باید مستقیماً بررسی و شناخت انجام شود و این بررسی باید شامل عوامل شناخته شده‌ای که افزایش امکان خودکشی را نشان می‌دهد مانند: بیماریهای روانی به ویژه افسردگی و یا الکلیسم، احساس یاس و ناامیدی، از دست

دادن شادی و تاریخچه‌ای از قصد خودکشی قبلی باشد. سه حیطة دیگری که علاوه بر موارد فوق باید مورد بررسی قرار گیرد: وقایع شروع کننده مهم که منجر به بحران می‌شوند، توانائیهای مددجو و مکانیزم از عهده برآئی او و ماهیت و قدرت نظامهای حمایت کننده بیماری (نبر، ۱۹۸۳) می‌باشد:

تدابیر بسیار فعال است و بر موضوع بحران متمرکز می‌باشد. پرستار درمانگر مایل است نشان

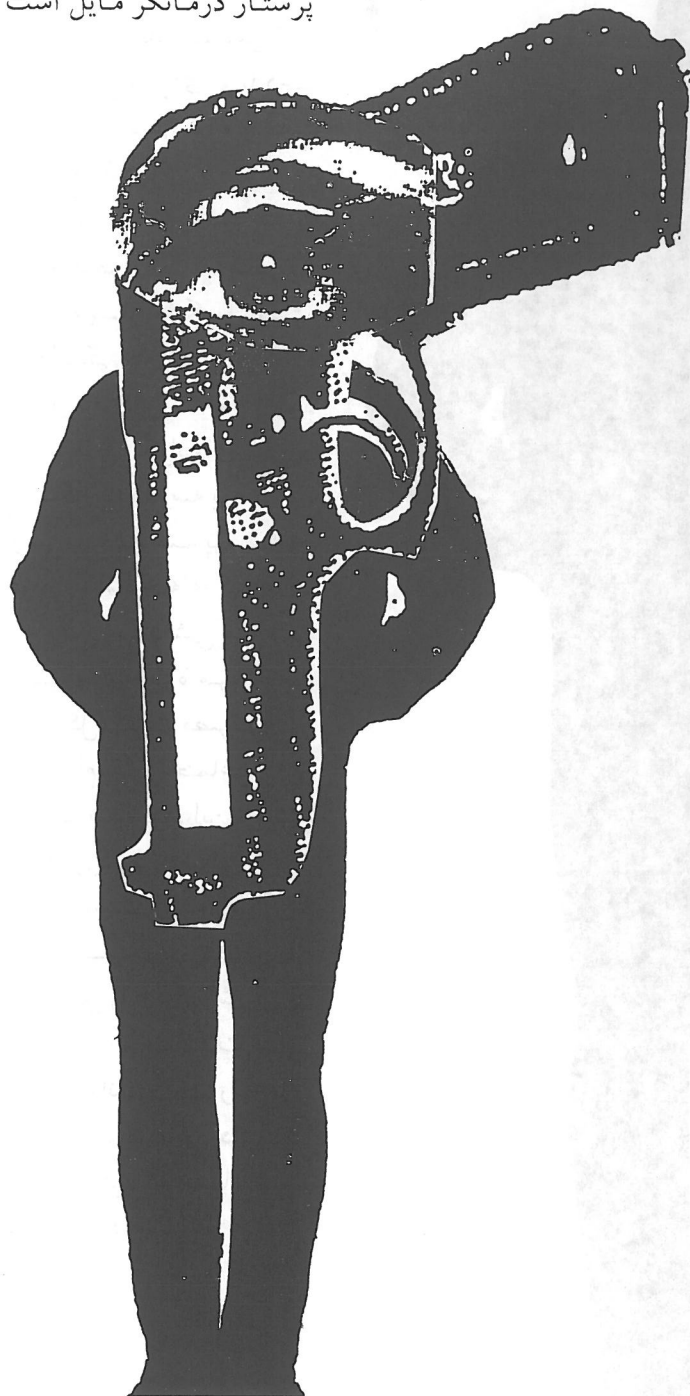
دهد که موقعیت تحت کنترل است و حل مشکل امکان پذیر می‌باشد. اغلب لازم است که پرستار درمانگر انعطاف پذیر بوده و نقشهای مختلفی مانند شخص منبع، معلم و یا رابط خانوادگی را بپذیرد.

پروراندن نیازهای مددجو برای برقراری تعادل وی توسط پرستار باید مهیا شود. کلیه اقدامات ایمنی مورد نیاز باید به سرعت انجام شود. مددجو از طریق شناخت گامهای مشکل‌گشائی انتخاب و اجرای راه‌حلهای موقعیتهای بحرانی راهنمایی شود. پرستار و مددجو در آنها ارزشیابی کنند که آیا راه حل انجام شده موثر بوده است؟ تغییراتی که به وسیله مددجو ایجاد شده است باید شناسایی و تقویت شود. احتمال دارد تجربه‌ای که در مدت مداخله بحران بوجود می‌آید به مددجو این اجازه را بدهد که وی در آینده با مشکلات بطور موثرتری کنار بیاید.

مطالعه موردی زیر کاربرد روشهای مداخله بحران را در مورد مددجویی با فکر خودکشی شرح می‌دهد:

مطالعه موردی:

سامان ۲۰ ساله. دانشجوی سال سوم دانشکده بوسیله آمبولانس به بخش فوریتهای یک بیمارستان آموزشی بزرگ نیمه غربی با زخمی در شکم و پارگی در مچ دست که با خنجر به خودش زده بود آورده شده است. سامان از درمان در اورژانس امتناع می‌کرد و اظهار می‌داشت که: « من می‌خوام بمیرم، چرا نمی‌گذارید که من بمیرم » دستور





برای بستری کردن فوری او داده شد و درمان به وسیله پرستار بخش فوریتها شروع گردید. سامان برای دوختن زخمهای شکم و میچ دستش به اتاق عمل برده شد. او پس از عمل در بخش جراحی عمومی پذیرفته شده و پرستار مراقبتهای لازم پیشگیری از خودکشی را برای وی شروع کرد و در ضمن مشاوره‌ای با یک روانپرستار متخصص درخواست نمود.

بررسی و شناخت: اولین تماس با روانپرستار متخصص ۵ ساعت پس از عمل جراحی برقرار شد. سامان ارتباط چشمی کم و یکنواختی داشت. او مکرراً با دست پاچگی و شرمساری درباره قصد خودکشی اش صحبت می‌کرد و جریان مبادرت به خودکشی اش را انکار می‌کرد. وی می‌گفت «ای کاش مرده بودم» طبق اظهار روانپرستار متخصص او قادر بود تعهد کند تا زمانیکه در بیمارستان است اقدام به خودکشی یا صدمه زدن به خود نکند و اگر در پذیرش و انجام این تعهد احساس ضعف کرد به پرستار خبر دهد. اعمالی که او می‌تواند انجام دهد ملاحظه کند. این تعهد مورد موافقت سامان قرار گرفت ولی او واقعاً فکر نمی‌کرد که این مسئله به او کمکی کند و شاید وقت تلف کردن بود. از ابتدا دوگانگی در او ظاهر بود.

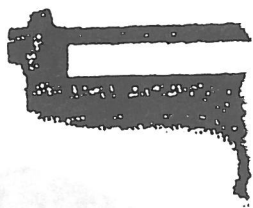
بررسی و شناخت پرستاری روی تعیین مشکلات فوری و ویژه متمرکز شد. سامان قادر بود سریعاً تغییراتی که سبب و منبع فشار روانی او در زندگی بودند را شناسایی کند. او برای اولین بار از خانواده اش

دور شده و دلش برای آنها خیلی زیاد تنگ شده بود. او از عکس‌العمل خانواده‌اش در مورد قصد خودکشی وحشت زده بود. او از مدرسه لذت می‌برد و قبل از این شش ماه به رتبه‌های خوبی رسیده بود ولی اخیراً مشکل انجام تکالیف مدرسه را داشت و مسائل مالی نیز منبع نگرانی دیگری برای سامان بود. خانواده وی فقری را تجربه می‌کرد که به ورشکستگی اقتصادی ارتباط داشت و او از خرجی که برای ادامه تحصیل او می‌شد احساس گناه می‌کرد. از طرفی نامزدی او با دختر عمویش دو ماه پیش با موافقت طرفین خاتمه یافته بود.

در سومین جلسه یکساعته با پرستار متخصص، سامان قادر به شناخت چهار مشکل ویژه خود ۱- دل‌تنگی دوری از خانواده ۲- جدایی از نامزدش ۳- عدم وجود دوستان جدید ۴- نگرانیهای مالی و ترس از مشکلات مدرسه بود.

بررسی و شناخت پرستاری شامل عوامل ناشناخته‌ای که غالباً مربوط به رفتار خودکشی می‌شد، بود. سئوالهای ویژه مربوط به استفاده از الکل، کثرت مصرف آن و مواجهه با انجام نقش اجتماعی که از او خواسته می‌شد، بود. این بررسی نشان داد که بزرگترین مشکل سامان اعتیاد به الکل است. او نزاع مکرر با دیگران و سنکوپ ناشی از مسمومیت الکل را هم گزارش کرد. اشکالات مدرسه و مشکلات مالی هم به اعتیاد روزانه‌ای که او را به مرز مستی می‌کشاند بستگی داشتند. سامان احساس کرد که اعتیاد او به مشروب، به عدم دوست یابی وی در

مدرسه کمک کرده بود. او زمانی که مشروب می‌خورد تحریک پذیر شده و دیگر کسی را نمی‌شناخت. سامان شبی که قصد خودکشی کرده بود مست شده بود. پرستار و سامان با همدیگر مشکلات سامان را به ترتیب اولویت مثل اعتیاد به الکل



تنهایی، مشکلات مالی و ترس از مشکلات مدرسه طبقه بندی کردند. **مداخلات:** پس از مذاکره‌ای که

پرستار متخصص، جراح و مشاور روانی در مورد سامان انجام دادند، تصمیم گرفته شد که درمان مصرف بیش از حد الکل یک نیاز اولیه است. پرستار سه برنامه مختلف جهت درمان الکل برای سامان تدارک دید و سپس ترتیب ملاقات سامان را با مشاوران داد و این را از دو برنامه دیگر جالب‌تر دید.

سامان برنامه‌ای را انتخاب کرد و برای مصاحبه خصوصی بعد از ظهر روز ترخیص از بیمارستان قرار ملاقاتی گذاشت.

سامان مدتی که در بیمارستان بود برای شروع تماسهای بیشتر با خانواده‌اش تشویق شده بود. او متوجه شد که خانواده مشتاق کمک به او هستند و در مورد قصد خودکشی وی اظهار نظر انتقادی ندارند. جهت نگرانیهای مالی، پرداخت مخارج بیمارستان مددجو به یک مددکار اجتماعی ارجاع شده بود.

اولین دلیل سامان برای امتناع از درمان به علت ناتوانی او برای پرداخت مخارج بیمارستان بود. پس از توضیح راه‌حلهای مختلفی که برای پرداخت مخارج داده شد، او داوطلبانه به پذیرش بیمارستان رضایت داد و دستور بستری شدن اضطراری وی لغو شد.

سامان تصمیم گرفت که پی‌گیری کلاسها را به علت نمره‌های پایین و سه هفته غیبت موجه برای زخم شکمش به تعویق بیندازد و به یک کار تمام وقت پردازد. به این ترتیب

نگرانیهای مالی او تا اندازه‌ای کم شد و برای دوباره وارد شدن به کلاسها در آینده نیز برنامه‌ریزی کرد.

ارزشیابی: بستری شدن سامان جمعاً بالغ بر ۱۱ روز طول کشید. در طی این مدت خلق و خوی او از یکنواختی به رضایت خاطر تبدیل شد. صحبت کردن با او روان و با هدفی مشخص بدون مکث و لکنت بود. مشکلاتی که سخت و بدون راه حل احساس می‌شد، حالا قابل حل بودند. روابط سامان با خانواده اش تجدید و تقویت شده بود. سامان خبر داد که در برنامه‌های درمان الکل موفق شده و از این که به او اجازه داده نشده که ۱۱ روز پیش خودش را از بین ببرد سپاسگزاری کرد. سامان ۶ هفته پس از مرخصی از بیمارستان به درمانگاه مراجعه و مورد معاینه مجدد قرار گرفت. او تحت درمان سرپائی قرار گرفت و در ضمن در باشگاه ترک الکلها فعال شده بود. سامان در سطحی به خوبی سطح پیش از بحران و حتی خیلی عالیتر از آن به علت اینکه اعتیاد الکلیش را هم کنترل می‌کرد رسیده بود.

خودکشی

نکات مهم و کلیدی

۱- تدابیر بحران روشی گرانبها برای پیشگیری از خودکشی در مراقبتهای حاد از بیماران بستری در بیمارستان است.

۲- ۶ مرحله مهم برای حل مشکل در برنامه ریزی مداخله بحران وجود دارد و پرستار درمانگر، مددجو را در طی این مراحل کمک می‌کند.

۳- بررسی و شناخت در چارچوب مداخله بحران بر مشکل موجود متمرکز شده و این بررسی باید شامل عوامل شناخته شده‌ای باشد که امکان افزایش احتمال خودکشی را نشان دهد مانند تاریخچه ابتلا به بیماری روانی، اعتیاد به الکل، احساس ناامیدی، فقدان خوشی و تاریخچه‌ای از قصد خودکشی قبلی.

۴- مداخله‌ای موثر است که روی مشکل متمرکز شده باشد. پرستار درمانگر، باید انعطاف پذیر بوده و نقشهائی مانند یک شخص با تدبیر، معلم و یا رابط خانواده را بپذیرد.

منبع:

Hradek, Elizabeth A.
Crisis Intervention and Suicide.
Journal of Psychosocial Nursing.
Vol.26 No.5. 1988. PP:24-27

پاورقی‌ها:

- 1- *Crisis intervention and Suicide*
- 2- Roy
- 3- Kus
- 4- Augilera



Crisis intervention and suicide.

Authors: Elizabeth A hradek.

Translator: Mahboobe Nazari Jeirani.

Editors: Akhtar Ebrahimi, Farkhondeh Mehri, Akhtar Ebrahimi, Sadat Senedbagher Maddah.

Abstract: Nursing standards of prevention of suicide in the hospital, is cautions related to suicide. This involves assigning a room with several beds near the nursing station, collecting of dangerous instruments, limiting of each unit, and excessive caring by nurse. The purpose of this policy is preventing of self-destructing behaviors in hospital. However these interventions are not effective unless the suicidal thoughts away from patient in the hospital and after discharge. Studies showed that in the first three months after discharge the risk of suicide will be increased.

Key words: crisis, suicide, intervention.