

تأثیر مراقبت‌های پس از خودکشی در نظام خدمات بهداشتی اولیه بر شدت افکار و عود خودکشی افراد اقدام‌کننده*

دکتر سید احمد محمودیان^۱، دکتر امیر فروغی^۲، دکتر سیدرضا اسحاقی^۳

خلاصه

مقدمه: خودکشی سبب عوارض جسمی، روانی و اجتماعی متعددی از جمله نقص عضو و از هم پاشیدن کانون خانواده می‌گردد. رها ماندن فردی که خودکشی کرده است، علاوه بر افزایش احتمال عود خودکشی، به معنی تداوم ناهنجاری فرد و خانواده خواهد بود. به نظر می‌آید نظام سلامت بستر مناسبی برای پیش‌گیری از عود خودکشی باشد ولی آیا با توجه به شرایط موجود، اجرای یک دستورالعمل برای پیش‌گیری از عود خودکشی موفق خواهد بود؟ در این مطالعه تأثیر ادغام مراقبت پس از خودکشی در سطح اول خدمات بهداشتی درمانی بر کاهش شدت افکار و عود خودکشی بررسی شد.

روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، افراد اقدام‌کننده به خودکشی بستری شده در دو بیمارستان اصفهان وارد مطالعه شدند. از بین آنان افرادی که ساکن روستاها یا حاشیه‌ی شهر بودند شناسایی شده، به طور تصادفی به دو گروه (۴۶ نفر مداخله و ۳۸ نفر شاهد) تقسیم شدند. راهنمای مراقبت سازمان بهداشت جهانی (ارزیابی، حمایت، پی‌گیری) ترجمه و متناسب با شرایط ایران اصلاح گردید و فلوجارت ساده‌ای برای مداخله‌ی به‌روز تهیه شد. پس از آموزش کارشناسان بهداشت روان و با هماهنگی شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان، به‌روزان یا کاردان‌های مسؤول، افراد خودکشی‌کننده را با ارتباط تلفنی و حضوری و بر اساس اصول مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت و با کمک راهنما مراقبت نمودند. شدت افکار خودکشی با پرسش‌نامه‌ی استاندارد افکار خودکشی Beck، قبل و ۳ ماه بعد از مداخله ارزیابی و تغییرات آن در دو گروه مقایسه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و آزمون‌های χ^2 ، Student-t، Mann Whitney و Ancova استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی شدت افکار خودکشی در گروه آزمون قبل از مداخله ۱۹/۸ و پس از آن ۱۰/۵ بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه شاهد نیز میانگین نمره از نظر آماری معنی‌دار بود (از ۱۹/۶ به ۱۴ رسید). در این مدت هیچ‌گونه خودکشی رخ نداد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های تحقیق، ادغام طرح پیش‌گیری از خودکشی در نظام ارایه‌ی خدمات سلامت باعث کاهش شدت افکار خودکشی در افراد اقدام‌کننده گردید. تفاوت در شدت افکار خودکشی در گروه شاهد می‌تواند علاوه بر حمایت خانواده ناشی از استفاده از منابعی مثل بخش خصوصی باشد. معرفی و جلب حمایت منابعی مثل خانواده، روحانیون و سازمان‌ها توسط پرسنل بهداشتی نقش به‌سزایی در بهبود سلامت روان، از جمله کاهش شدت افکار خودکشی، دارد و فرصتی برای مدیران محسوب می‌شود.

کلید واژه‌ها: خودکشی، مداخلات پس از خودکشی، مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، حمایت اجتماعی

مقدمه

Health Organization یا WHO) سالانه ۱ میلیون نفر به دلیل خودکشی فوت می‌کنند و فراوانی اقدام به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر این میزان است. به طور میانگین در هر ۳ ثانیه ۱ نفر اقدام به خودکشی می‌کند و هر ۴۰ ثانیه یک نفر به دلیل خودکشی از دنیا می‌رود (۴).

خودکشی نهمین علت مرگ در آمریکا است (۱-۲). در مطالعه‌ای در آمریکا ۹ درصد از کل مرگ‌ها در نتیجه‌ی خودکشی بوده‌اند. علاوه بر این خودکشی دومین دلیل منتهی به مرگ بین نوجوانان است (۳).

طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت (World

* این مقاله حاصل پایان نامه دوره تخصصی پزشکی اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد

^۱ دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ دستیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

میزان خودکشی در جهان ۱۴/۵ در هر ۱۰۰ هزار نفر و در ایران ۶ در هر ۱۰۰ هزار است. ایران رتبه‌ی ۵۸ را از نظر آمار خودکشی بین کشورهای جهان دارا است (۴).

یک سابقه از تلاش یا اقدام قبلی برای انجام خودکشی، ممکن است بهترین نشانه برای خودکشی بعدی باشد. بیش‌ترین زمان خطر خودکشی مجدد، در سال اول بعد از اولین خودکشی است (۳).

نتایج یک مطالعه در اصفهان نشان داد که افرادی که در این شهر اقدام به خودکشی کرده بودند از حمایت و رفاقت اجتماعی کم‌تری برخوردار بودند و حمایت تنها از جانب افراد مسن‌تر خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر بزرگ‌تر) بوده است (۵).

راه‌حل‌های زیادی توسط مراجع ذی‌صلاح برای پیش‌گیری از خودکشی ارائه شده است مثل آگاه‌سازی و آموزش خانواده‌ها جهت حل مشکلات آموزشی جوانان در مورد حقوق و تکالیف فردی و اجتماعی، گسترش بهداشت روانی در سطح جامعه، تبلیغ مؤثر دین و مذهب، بررسی و بازنگری قوانین مدنی و جزایی، رفع خشونت در سطح خانواده و اجتماع، تقویت همکاری بین بخشی و ... (۶-۷).

پایین بودن عملکرد خانواده در شناختن و برآوردن نیازهای عاطفی و روانی فرزندان به خصوص در مورد دختران در سنین جوانی و نوجوانی، رفتارهای تبعیض‌آمیز، عدم شناخت صحیح از جنس مخالف، ترخیص بیماران از اورژانس مسمومین بدون بررسی انگیزه‌های خودکشی، فقدان مرجع معتبر برای آموزش و مشاوره در ارتباط با روش‌های مقابله با استرس و برقراری ارتباط با گروه همسالان از مشکلات موجود در شبکه‌ی حمایتی بودند (۵)

طرح ادغام بهداشت روان وزارت بهداشت در سال ۶۷ توسط وزارت بهداشت به اجرا درآمد. ارائه‌ی آمار از وضعیت بیماری‌های روان‌پزشکی و بار بیماری، وضعیت مبتلایان به بیماری‌های روان‌پزشکی سرپایی، تجزیه و تحلیل‌های موقعیتی، روان‌پزشکی کودکان، تغییرات جمعیتی و مهاجرت، مسائل ناشی از جنگ تحمیلی، وضعیت درمان‌گرهای سنتی، وضعیت مصرف مواد مخدر، آموزش بهداشت روان (از طریق مساجد و مدارس)، آموزش و حمایت خانواده و جامعه در مراقبت از بیماران روان‌پزشکی و کمک به از بین بردن طرز فکر آن‌ها نسبت به بیماری‌های روان‌پزشکی، تعیین هویت بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی (سایکوز، صرع، عقب‌افتادگی ذهنی، افسردگی) و ارجاع بیماران به مراکز بهداشتی و ثبت اطلاعات در پرونده‌ی خانوار از خدمات ارائه شده در این طرح هستند.

پیش‌گیری از بیماری‌های روانی و جلب مشارکت مردمی در این طرح، مطرح شده ولی عملیاتی نشده است. از طرفی پدیده‌ی عود خودکشی نیز به طور واضح مورد توجه قرار نگرفته است.

در این طرح بهورزان به عنوان اولین نفر در سطح اول ارائه خدمات مورد توجه قرار گرفتند و طبق جزوات تدوین شده وزرات بهداشت آموزش دیدند (۷). جامعه‌ی فرهنگی و اجتماعی ما با فرهنگ غرب و خارج از کشور متفاوت است در نتیجه نوع ارائه حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی در کشور ما متفاوت است. با این همه تاکنون در کشور ما راهنما یا دستورالعملی جامع برای شناسایی و حمایت و پیگیری افرادی که خودکشی می‌کنند، ارائه نشده است.

مورد نظر وارد مطالعه شدند.

حجم نمونه با توجه به فرمول

$$n = \frac{2 \times (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \times (SD)^2}{d^2}$$

حجم نمونه برای هر گروه ۴۰ نفر به دست آمد.

ابتدا از طریق بخش مسمومین، سوانح سوختگی و روان پزشکی لیستی از بیماران خودکشی کرده که ساکن روستاها یا حاشیه‌ی شهر بودند، تهیه شد. پس از تأمین حجم نمونه، از همه‌ی این بیماران پرسش‌نامه‌ی استاندارد Beck در مورد شدت افکار خودکشی (Beck suicidal Ideation Scale) از طریق مصاحبه توسط همکاران طرح، تکمیل شد

این پرسشنامه پیش از این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده بود (۸). این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال و هر سؤال دارای ۳ جواب است. حداکثر نمره در هر سؤال ۲ و حداقل صفر است. نمره‌ی کل بین ۰ تا ۳۸ است. بر اساس این پرسشنامه میزان خطر انجام خودکشی در بیماران به ۳ دسته تقسیم می‌شود: ۱- خفیف یا Mild (نمره‌ی ۱ تا ۵) ۲- متوسط یا Moderate (نمره‌ی ۶ تا ۱۹) ۳- شدید یا Severe (نمره‌ی ۲۰ تا ۳۸).

اطلاعات دموگرافیک و عوامل خطر خودکشی نیز توسط پرسش‌نامه‌ی خود طراحی شده، جمع‌آوری گردید.

به علاوه اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیمار (در بخش مسمومین، روان پزشکی، سوانح سوختگی) نیز جمع‌آوری گردید.

سپس به روشی تصادفی (پرتاب سکه) بیماران موجود در دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند (allocation).

طبق هماهنگی انجام شده با شبکه‌ی بهداشت

با توجه به مطالب فوق ضروری است برای کاهش آمار خودکشی در کشور راه حل آسان و مؤثری ارائه شود. نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور بستر مناسبی برای خدمات پیشگیری از خودکشی است و افراد اقدام کننده به خودکشی هم از اهمیت بیشتری برخوردارند و هم قابل دسترسی هستند. حال این سؤال مطرح است که آیا با ارائه‌ی یک راهنمای علمی و عملی برای پرسنل بهداشتی درمانی و ایجاد ارتباط بین محل بستری و محل سکونت (ادغام طرح در نظام) می‌توان از شدت افکار خودکشی کاست؟ برای پاسخ به این سؤال تحقیق حاضر براساس راهنمای WHO انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که طی آن تشخیص و پیگیری و ارجاع بیماران در خطر خودکشی به وسیله راهنمای WHO انجام گرفت.

در این مطالعه، افراد اقدام‌کننده‌ی به خودکشی که در کلینیک مسمومین، یا بخش روان پزشکی بیمارستان نور یا بیمارستان سوانح سوختگی امام کاظم بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه شامل کسانی بودند که حداقل یک بار اقدام به خودکشی کرده بودند، اهل و ساکن یکی از روستاهای استان اصفهان بودند (در خانه یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی پرونده‌ی داشتند)، تحت تعقیب مراجع قضایی نبودند و راضی به شرکت در مطالعه بودند.

نمونه‌گیری به روش ساده‌ی غیرتصادفی انجام شد، یعنی کلیه‌ی اقدام‌کنندگان به خودکشی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند تا رسیدن به حجم نمونه‌ی

استان و شهرستان یک جلسه‌ی توجیهی برای کارشناسان بهداشت روان توسط محقق برگزار شد. جهت اعمال مداخله از راهنمای WHO استفاده شد. این راهنما برای کارمندان سطح اول ارائه خدمات بهداشتی توسط بخش سلامت روان WHO تدوین شده است و به عنوان یک منبع برای ارائه حمایت در این سطح مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹). این راهنما توسط محقق براساس شرایط فرهنگی و اجتماعی کشورمان ترجمه شد و سپس در اختیار بهورز قرار گرفت.

لیست اسامی بیماران گروه مداخله و آدرس و شماره‌ی تلفن آنها به مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت محلی بیماران اعلام شد. ابتدا رابط بهداشتی با خانواده‌ی فرد ارتباط برقرار کرد و برای یک جلسه‌ی بازدید هماهنگی انجام گرفت. این جلسه در خانه‌ی بهداشت یا منزل فرد برقرار شد. بهورز براساس اصول راهنمای WHO مداخله و با ارزیابی خطر و ارائه راهنمایی، حمایت خود را اعمال کرد.

اگر بیمار در وضعیت خطرناک بود طبق راهنما به پزشک مرکز یا پزشک آموزش دیده یا متخصص روان‌پزشکی ارجاع شد ولی بازخورد این آموزش توسط بهورز پیگیری شد.

۳ ماه بعد از مداخله دوباره از هر دو گروه شاهد و مداخله پرسش‌نامه‌ی Beck توسط دستیار محقق از طریق مصاحبه و یا تلفنی تکمیل شد.

در حین انجام مطالعه برای پیش عملکرد بهورز و این که آیا به درستی و طبق برنامه عمل می‌کند یا نه، دستیار محقق به صورت حضوری یا تلفنی یا تماس با خانواده‌ی فرد مورد نظر صحت انجام کار را بررسی کرد.

در طول این ۳ ماه موانع و فرصت‌ها مورد ارزیابی

قرار گرفت.

در پایان مداخلات میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی شدت افکار خودکشی Beck قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مقایسه شد. کلیه‌ی اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (SPSS Inc., version 16, Chicago, IL) و آزمون‌های paired-t و Student-t، χ^2 ، Ancova، Mann Whitney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۸۴ نفر در دو گروه مداخله (۴۸ نفر) و شاهد (۳۶ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران در گروه مداخله و شاهد به ترتیب و سال بود.

در بررسی عوامل خطر اقدام به خودکشی، شایع‌ترین عامل خطر سابقه‌ی ورشکستگی بود. ۲۰ نفر از گروه شاهد و ۲۱ نفر از گروه مداخله دارای این سابقه بودند. ولی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

عامل خطر دیگر دعوا با همسر بود که در گروه مداخله ۱۰ و در گروه شاهد ۱۴ نفر با آن مواجه بودند ولی اختلاف بین آنها معنی‌دار نبود.

فراوانی اعتیاد در دو گروه شاهد و مداخله به ترتیب ۱۰ و ۸ نفر بدون اختلاف معنی‌دار بود.

فراوانی از دست دادن شغل در گروه مداخله ۲ و در گروه شاهد ۶ نفر بود. این عامل خطر پایین‌ترین فراوانی را در هر دو گروه داشت.

وقوع مرگ در خانواده یک عامل خطر مهم بود. از هر دو گروه ۷ نفر این عامل خطر را داشتند. ولی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

آزمون‌های χ^2 و Mann Whitney و Student-t نشان دادند که دو گروه قبل از مداخله از نظر جتس، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، سابقه‌ی بیماری جسمی و روانی، سطح تحصیلات و سن با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند.

بنابراین به دلیل یکسان بودن دو گروه از نظر متغیرهای فوق، آزمون Student-t کفایت می‌کرد. اما چون در مورد متغیرهای سن، سابقه‌ی بیماری‌های روانی و سطح تحصیلات اندکی تفاوت بین دو گروه وجود داشت، این سه متغیر به عنوان Covariate در نظر گرفته شدند و برای تعدیل اثر آنها جهت مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی Beck بعد از مداخله بین دو گروه از آنالیز ANCOVA استفاده شد.

همان‌طور که انتظار داشتیم با ثابت نگه داشتن اثر این متغیرها نیز، میانگین نمره Beck پس از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌دار داشت ($p=0/001$).

بحث

در مطالعه‌ی ما ورشکستگی مالی، دعوا با همسر، اعتیاد، از دست دادن شغل، مرگ یکی از دوستان به عنوان علل خودکشی مطرح بود.

در مطالعه‌ی سن اقدام کنندگان زن زیر ۴۳ سال و مرد کمتر از ۳۳ سال بود (۴) که این با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی داشت. علت آن می‌تواند تشابه در توزیع سنی جمعیت و فاکتورهای فرهنگی باشد. در این مطالعه مشخص شد که انگیزه‌های خودکشی اختلاف با شوهر، مشکلات مالی و محیطی و بیماری‌های روانی بوده بود. تفاوت در علل می‌تواند به دلیل تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باشند.

نکته‌ی مهم در مورد ارائه آمار خودکشی توجه به

یکی از منابع حمایتی که در دستورالعمل WHO ذکر شده، خانواده است. از گروه شاهد ۱۶ نفر و از گروه مداخله ۹ نفر از این منبع در وقایع سخت زندگی استفاده کرده بودند و بین دو گروه تفاوت آماری وجود نداشت.

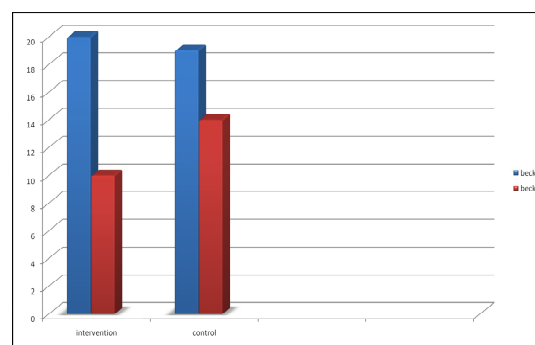
حس مسؤولیت‌پذیری پایین‌ترین فراوانی را در استفاده از منابع حمایتی داشت ولی دو گروه با هم تفاوتی نداشتند.

رتبه‌ی شدت افکار خودکشی قبل از مداخله تفاوت آماری بین دو گروه نداشت. ولی پس از مداخله تفاوت معنی‌دار شد. به خصوص در درجات خفیف، فراوانی افزایش یافت.

جدول ۱. مقایسه‌ی رتبه‌ی افکار خودکشی Beck در دو گروه قبل و بعد از مداخله

رتبه	فراوانی		فراوانی		مقدار P
	مداخله	شاهد	مداخله	شاهد	
خفیف	۹ (۲۳/۶)	۵ (۱۰/۹)	۲ (۵/۳)	۵ (۱۰/۸)	
متوسط	۲۷ (۷۱/۱)	۳۱ (۶۷/۷)	۱۲ (۳۱/۶)	۹ (۱۹/۶)	
شدید	۲ (۵/۳)	۱۰ (۲۱/۴)	۲۴ (۶۳/۱)	۳۲ (۶۹/۶)	
	۰/۰۴۹		۰/۳۴		

میانگین نمره‌ی افکار خودکشی Beck در گروه مداخله از ۱۹/۸ به ۱۰/۵ و در گروه شاهد از ۱۹/۶ به ۱۴ کاهش یافت. این کاهش از نظر آماری در دو گروه معنی‌دار بود ($p<0/001$).



منطقه‌ی جغرافیایی به خصوص تفاوت مناطق شهری و روستایی بود. در مطالعه‌ای که در روستاهای کرمانشاه انجام شد، بیشترین میزان اقدام به خودکشی در زنان خانه‌دار و در مردان با حرفه‌ی کشاورزی و دامداری بود (۱۰).

در یک مطالعه‌ی مروری در ایران مشخص شد شایع‌ترین بیماری روانی در زمینه‌ی خودکشی افسردگی است که با مطالعه‌ی ما هماهنگ بود (۱۱).

پژوهش فلاح در سال ۸۶ در قزوین و ساوجبلاغ نشان داد که میزان زنان اقدام‌کننده به خودکشی ۲ برابر مردان بود. همچنین تحصیلات اکثریت افراد اقدام‌کننده دیپلم بود ولی فوت ناشی از خودکشی در افراد زیر دیپلم بیشتر بود (۱۱). در مطالعه‌ی فلاح میزان خودکشی در متأهلین بیشتر بود در حالی که در مطالعه‌ی ما بالاترین میزان در مجردها دیده شد. در مطالعه‌ی قزوین مشکلات خانوادگی، بیماری روانی و اعتیاد از دلایل اقدام به خودکشی بود در حالی که در پژوهش ما علل خودکشی به ترتیب ورشکستگی مالی، دعوا با همسر، اعتیاد، مرگ یکی از اقوام و از دست دادن شغل بودند.

جدای از فاکتورهای اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی و دموگرافیک که در آمار توصیفی ذکر شد در مواردی که مداخله‌ای انجام شد نتایج متفاوتی به دست آمد به طوری که باید هر یک با احتیاط و ملاحظات تفسیر شود.

در مطالعه‌ای در ژاپن در سال ۲۰۰۶ با برنامه‌ریزی مداخلات پس از خودکشی مشخص شد ارزیابی و آموزش‌های روان‌شناختی و اجتماعی به بیماران اقدام‌کننده باعث کاهش خطر عود خودکشی می‌شود. (۱۲). در مطالعه‌ی ما نیز ارائه‌ی حمایت‌های اجتماعی

باعث کاهش عود شد.

در یک مطالعه، اداره‌ی سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که طرح جامع پیش‌گیری از خودکشی را در دانشگاه‌ها اجرا کرد. در این مطالعه دانشجویان کوی دانشگاه به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند و نمره‌ی آگاهی، نگرش و عملکرد (Knowledge-Attitude-Practice یا KAP) و مقیاس ناامیدی بک (Beck Hopless Scale) یا BHS) و مقیاس افکار خودکشی را در دو گروه قبل و بعد از مداخله محاسبه شد. در فاز اول، نتایج به صورت اتخاذ تصمیم درست در مورد ابزار پژوهشی اعلام شد (۱۳). این مطالعه از نظر روش کار و ابزار محاسبه (مقیاس افکار خودکشی بک) مشابه تحقیق حاضر بود.

مطالعه‌ی مداخله‌ای دیگری برنامه‌ی خود را روی قربانیان خشونت در مدارس متمرکز کرد. این پژوهش اصل مداخله را برای پیش‌گیری از خودکشی بر اعتماد به نفس و افزایش تحمل نسبت به رویدادهای ترسناک گذشته بنا کرده بود (۱۴). این یکی از اصولی است که در پژوهش ما نیز روی آن تأکید شد و اعتماد به نفس با آموزش بیمار توسط بهورز تقویت می‌شود.

مطالعه‌ی فوق با استفاده از افزایش مهارت‌های زندگی از میزان اقدام به خودکشی کاسته و نمره‌ی اعتماد به نفس را در گروه مداخله افزایش داد که این شبیه پژوهش حاضر بود.

در مداخله‌ی دیگری در خوابگاه‌های شهرستان اهواز از آموزش‌های دینی استفاده شد و نتایج نشان داد که آموزه‌های مذهبی به طور معنی‌داری ابراز وجود دانشجویان را افزایش و گرایش به اعتیاد و خودکشی را کاهش می‌دهند (۱۵).

در مطالعه‌ی ما نیز ارجاع به روحانی محل به عنوان یک راهکار برای پیش‌گیری، در نظر گرفته شده بود. حناساب‌زاده در تهران از روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy یا MBCT) بر روی یک بیمار افسرده با افکار خودکشی استفاده کرد. این روش مداخله بر اساس اصول روان‌شناسی و مشاوره طراحی شد. نتایج این مطالعه کاهش معنی‌داری در نمره‌ی افسردگی بک و نیز افکار خودکشی بک به دست آمد. به علاوه این نتایج در دو نوبت پیگیری ۳ ماهه نیز دوام داشت (۱۶).

در مطالعه‌ی ما نیز که از راهنمای پیشنهادی WHO استفاده شده بود مداخلات بر مبنای مشاوره و تکنیک‌های روان‌شناسی ساده طراحی شده بودند و نتایج مشابه به دست آمد و نمره‌ی افکار خودکشی کاهش معنی‌دار داشت. نکته‌ی مهمی که باید به آن توجه شود این است که مهم‌ترین عامل پیشگویی‌کننده‌ی خودکشی، سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی است.

متأسفانه، بیماران اقدام‌کننده که جان سالم بدر می‌برند، پس از مدتی در سیستم رها می‌شوند. چه بسا در صورت توجه و پیگیری بتوان از خودکشی مجدد در بیماران با عامل زمینه‌ای (مثل افسردگی) پیش‌گیری کرد. از طرفی بیماران اقدام‌کننده به خودکشی ممکن است دچار عوارضی به دلیل دارو و یا خودسوزی شوند که نیاز به پیگیری مجدد دارد ولی این مورد هم نادیده گرفته می‌شود. لذا استفاده از یک سیستم منسجم و پویا برای این بیماران از اتلاف هزینه‌ها و منابع دیگر جلوگیری خواهد کرد.

در مطالعه‌ی خواجه‌الدین و همکاران از روش

پیگیری تلفنی یا حضوری که توسط WHO پیشنهاد شده بود در پیش‌گیری از عود خودکشی (اقدام مجدد) استفاده شد و این روش با درمان معمول مقایسه شد. گروه مداخله در زمان ترخیص در یک جلسه‌ی یک ساعته شرکت کردند و سپس در هفته‌های ۱، ۲، ۴، ۷ و ۱۱ و ماه‌های ۴ و ۶ تلفنی یا حضوری پیگیری شدند. در نهایت تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در کاهش دفعات اقدام مجدد یافت نشد ولی در گروه مداخله به طور معنی‌داری افزایش احساس نیاز به حمایت و همچنین افزایش تلاش برای دریافت خدمات سرپایی یا بستری و حمایت دوستان و بستگان دیده شد (۱۷). مطالعه‌ی خواجه‌الدین به این نتیجه رسید که بیماران اقدام‌کننده نیاز به دریافت حمایت دوستان و بستگان دارند و ما در پژوهش حاضر از این راه به عنوان یک منبع کاهش عود خودکشی استفاده کردیم. ما در تحقیقمان عود خودکشی نداشتیم که علت آن مربوط به همه‌ی راهکارهای ارائه شده بود و باید تأثیر سایر عوامل را هم لحاظ کرد.

در مطالعه‌ی زینعلی در گیلان دو روش مهم دیگر مقابله با استرس (Coping) و حل مسأله (problem solving) برای پیش‌گیری مورد آزمون قرار گرفت (۱۸).

در این مطالعه مشخص شد افراد اقدام‌کننده به خودکشی در هر یک از این دو تکنیک تفاوت معنی‌داری با گروه عادی داشتند.

در پژوهش ما نیز از این دو روش به عنوان راه‌های حمایتی در کاهش عود خودکشی استفاده شد.

در تحقیقی توسط سلطانی‌نژاد از روش درمان شناختی-رفتاری (Cognitive behavioral therapy) یا

و این نتیجه به دست آمد که اورژانس اجتماعی در سطوح دوم و سوم مؤثر بوده و به موقع بودن و در دسترس بودن آن از ویژگی‌های منحصر به فرد آن است (۲۰).

در راستای نتایج به دست آمده می‌توان به این نکته‌ی مهم پی برد که انجام اقدامات حمایتی مبتنی بر جامعه می‌تواند نقش مهمی در پیش‌گیری از خودکشی داشته باشد. در بررسی تفکیکی عوامل خطر خودکشی به این نتیجه رسیدیم که بسته به نوع زمینه‌ی فرهنگی و اجتماعی بیمار و زیر ساخت‌ها و منابع هر منطقه، باید از راهکارهای خاص همان بیمار و منطقه برای پیش‌گیری استفاده شود.

CBT) استفاده شد و به این نتیجه رسید که این روش با توجه به وضعیت اقتصادی، فرهنگی و مذهبی جامعه‌ی ایرانی سریع، مقرون به صرفه و مؤثرتر از سایر روش‌ها مثل روانکاوی است و به عنوان یک روش برای کاهش افکار خودکشی در افرادی که سابقه‌ی قبلی دارند پیشنهاد شده است (۱۹).

یکی از منابع رسیدگی به افراد اقدام‌کننده به خودکشی نهاد اورژانس اجتماعی است که چند سالی است در بهزیستی شروع به کار کرده است و در پژوهش ما از این مورد به عنوان منبعی برای افزایش حمایت اجتماعی استفاده شد.

در مطالعه‌ی چالک این روش به آزمون گذاشته شد

Reference

1. Islami Nasab A. Principles of psychological crises and suicide behavior, self-destructive and aggressive. Tehran: Ferdows Publications; 1999.
2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. World Health Organization Division of Mental Health. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Principles for primary prevention. Philadelphia: WHO; 1993.
4. Asdbeigei H. Suicide in the world situation. Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008; 6(2 Suppl):15-7.
5. Zad Housh K. Relationship between amount and type of social support and suicide, [PhD Thesis] Isfahan: Isfahan University of Medical Science; 1998.
6. Department of Social and Management Guidance Command Isfahan. Social studies, the report analyzed 2006 suicides per year in Isfahan Province [Online] 2006; Available from: URL: <http://www.isfahanportal.ir/>.
7. Ministry of Health and Medical Education. National Mental Health Plan. Tehran: Office Disease; 1988.
8. Barkhourdar N, Jahanghiri K, Barkhourdar N. The study of incidence and risk factors of suicide in rural areas of Kermanshah city (during 2000-2006). Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2009; 27(2):219-25.
9. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide Life Threat Behav 1999; 29(1):1-9.
10. Hakim Shoushtari M, Malakoutei SK, Panaghei L, Mansourei N. Cause cognitive factors affecting suicide in Iran: a systematic review. Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008; 6(2 Suppl):36.
11. Yekeh Fallah M, Yekeh Fallah L. Epidemiologic study suicide in selected health centers affiliated to Iran University of Medical Sciences in 2002-2007. Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008; 6(2 Suppl):67-9.
12. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health 2009; 9:364.
13. Pour Sharifi H, Boulharei J, Peyrouvei H, Yaghoubi H, Zaranei F. Reported the first phase of a comprehensive plan to prevent suicide in universities in Tehran University. Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008;6(2 Suppl): 24.
14. Jalali Nia SH, Peykarei N. Suicide prevention programs in the victims in school. Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008;6(2 Suppl): 28.
15. Hakim Zadeh GH, Pasha GR, Naderei F. Impact of religious teachings on suicide trends addiction female students in Ahwaz city in 2006-2007.

- Journal of Behavioral Sciences Research Center 2008; 6(2 Suppl):35.
16. Hanasab Zadeh Isfahani M, Yekeh Yazdan Doust R, Gharaei B, Ali Asghar Nejad F. Preliminary performance study guide minds knowledge-based cognitive therapy (MBCT) for depressed patients with suicide ideation: case report. *Journal of Clinical Psychology - University of Semnan* 2009;1(1):35-47.
 17. Khajeedinei N, Hasan Zadeh M, Noujoumei M, Feleshman A. Effect of short-term intervention telephone or in-person follow up with regular treatment in the prevention of suicide attempt this with normal individuals. *Journal of Behavioral Sciences Research Center* 2008;6(2 Suppl):38.
 18. Zeinali SH. Problem-solving coping styles in suicide attempters with normal individuals. *Journal of Behavioral Sciences Research Center* 2008; 6(2 Suppl):42.
 19. Soltani Nejad A, Anisei J. Patient-oriented follow-up treatment and suicide using CBT. *Journal of Behavioral Sciences Research Center* 2008;6(2 Suppl):43-4.
 20. Mousavi Chalak H. Community and its role in emergency intervention in the field when suicide. *Journal of Behavioral Science Research Center* 2008; 6(2 Suppl):62-3.

The Effect of Post Suicidal Intervention Guideline in Primary Health Care on Severity of Suicidal ideation in Rural Area*

Sayed Ahmad Mahmoodian MD¹, Amir Foroughi MD², Sayed Reza Eshaghi MD³

Abstract

Background: Suicide is an important problem of communities. This indecent behavior can cause organic, psychological, and social morbidities such as organ defects, family derangement, and rejection from family and community. Suicide repetition rate is high with only limited research been put to its prevention. This study was done to evaluate the effect of primary health care and supportive care interventions on suicide recurrence rate.

Methods: This research was a randomized controlled trial. Attempted hospitalized suicide persons were entered into the study. Persons from villages or marginal area of Isfahan city in the supervision of health centers were divided to two groups (intervention and control) randomly. WHO guideline was translated and revised according to situation of Iran, then a simple follow chart was designed based on the WHO guideline. We integrated this protocol as a mental health pilot program to the health network of Isfahan province. The Behvarzs (Primary health personnel) were educated about supportive mental care and follow up of the patient. Interventions were done with telephone and verbally. Intervention were done for 3 months. The outcome was measured by severity of suicidal ideation and repetition of suicide attempt.

Finding: The mean score of suicidal ideation in intervention group before and after the study was 19.8 and 10.5, that difference was statistically significant ($P < 0.001$). In control group also the change of this score was significant, let down 19.6 to 14. In run of this period no suicide was occurred.

Conclusion: According to Beck score, integration of the supportive mental care model can decrease suicidal ideation so health system of Iran is an appropriate site for implementing this model. In control group people also improved their mental status in many ways. Attraction of supportive resources such as family, friend, and spirituals do a significant role to improve mental health status and is an opportunity for managers.

Key word: Suicide, Post-suicide intervention, Primary health care, Social support.

*This paper derived from a medical Speciality thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

1. Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Resident, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Amir Foroughi MD, Email: foroughi@edc.mui.ac.ir