اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS بر کاهش افکار خودکشی و افسردگی دختران

اعظم حسینی[۱]، طیبه جمشیدی*[۲]، سارا صدقی[۳]، محمدرضا جلالی[٤]، فریماه شمسی[٥]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر برنامه SOS بر افکار خودکشی و افسردگی دختران دانشجوی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین بوده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با گروه کنترل و با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. بر این اساس تعداد ۲۶ نفر دانشجوی دختر دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین بین سنین ۱۸ تا ۲۰ سال بر اساس آزمون‌های افکار خودکشی بک و افسردگی بک و انجام مصاحبه بالینی مشخص و به معیاری تصادفی و به طور مساوی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص داده شدند. گروه کنترل بدون دریافت برنامه آموزشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری شرکت می‌کرد (شرایط معمول قبل از پژوهش ادامه می‌یافت). گروه مداخله ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای در طی یک ماه (هفته‌ای دو جلسه) دریافت می‌کرد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: اجرای پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری را میان نمره‌های پیش‌آزمون آزمودنی‌ها در تمایل نسبت به خودکشی و افسردگی با نمره‌های پس‌آزمون آنها و در مقایسه با گروه کنترل نشان داد. نتایج به دست آمده نشان دهنده تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در تمایل نسبت به خودکشی و تأثیر مثبت و کاهنده مداخله آموزشی در کاهش تمایل نسبت به خودکشی گروه آزمایش است (F =۴۶/۴۷ و P < ۰،۰۱). نمره‌های پیگیری خودکشی نیز حاکی از تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در مقیاس خودکشی و تأثیر روش مداخله در نمره‌های گروه آزمایش است (F =۲۲/۱۵ و P < ۰،۰۱). نتایج همچنین بیانگر تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در افسردگی و تأثیر مثبت مداخله آموزشی در کاهش افسردگی گروه آزمایش است (F =۴۰/۰۳ و P < ۰،۰۱). نمره‌های پیگیری افسردگی نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در افسردگی و تأثیر روش مداخله در نمره‌های گروه آزمایش است (F =۱۵/۷۵ و P < ۰،۰۱).

نتیجه‌گیری: درمجموع نتایج نشان می‌دهند برنامه پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS در کاهش افسردگی و تمایل نسبت به خودکشی مؤثر است. بر این اساس پیشگیری از خودکشی ممکن است و روان‌پرستاران می‌توانند در این زمینه ایفای نقش کنند.

واژهای کلیدی: خودکشی، افکار خودکشی، افسردگی، پیشگیری، برنامه SOS

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۱۶، خرداد ۱۳۹۸، ص ۲۰۳-۱۹۲

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۸۳۳۶۸۹۷۷۰

Email: azoh1349@gmail.com

مقدمه

خودکشی در میان افراد جوان و نوجوان یکی از دو دلیل اصلی مرگ است. در دهه گذشته میزان مرگ‌ومیر نوجوانان به دلیل خودکشی به طور پیوسته افزایش یافته است. از سال ۲۰۱۴، خودکشی از سومین عامل مرگ‌ومیر افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله به دومین علت مرگ ارتقاء یافته است (۱). این در حالی است که خودکشی

[۱] کارشناس ارشد روان پرستاری، دفتر تحقیقات و فن‌آوری دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۲] مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

[٤] دکتری روان شناسی، هیأت علمی دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین، قزوین، ایران

[٥] دانشجوی دکتری آمار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، یزد، ایران

یازدهمین علت مرگ در کل جمعیت است. برآورد می‌شود به ازای هر مرگ با خودکشی ۱۰۰ تا ۲۰۰ اقدام به خودکشی وجود دارد (۲). با این حال نرخ بالای خودکشی‌هایی که به نتیجه می‌رسند، سبب می‌شود میزان واقعی رفتار و افکار خودکشی جوانان و نوجوانان آن چنان که باید در نظر نیاید. مطالعه‌های جمعیت‌شناختی صورت گرفته در زمینه خودکشی در آمریکا نشان می‌دهند ۲۴ درصد از نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله افکار خودکشی داشته‌اند و ۱۰/۶ درصد هم اقدام به خودکشی داشته‌اند (۳).

در کل شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی در محدوده ۲۹/۹-۱۲/۱ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه ۴۹ کشور درحال‌توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد نشان می‌دهد، بالاترین شیوع مربوط به منطقه آفریقا با حدود ۸/۱۹ درصد گزارش شده است. بیشترین میزان شیوع خودکشی نوجوانان در هر دو جنس در جنوب شرقی آسیا و شرق اروپا رخ می‌دهد. افکار خودکشی و تلاش‌های قبلی به‌عنوان پیش‌بینی کننده قوی در خودکشی نوجوانان شناخته می‌شوند. تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند (۴).

هرچند در کشور ایران آمار معتبر و مستندی در این زمینه منتشر نشده است و پژوهش‌های چندانی نیز در این زمینه صورت نگرفته؛ در مطالعه‌ای ملکوتی و همکاران (۵) میزان شیوع طول عمر افکار خودکشی، و رفتار خودکشی در میان نوجوانان شهر کرج را به ترتیب ۲/۶ درصد، ۷/۱۲ درصد و ۳/۳ درصد گزارش کردند. باید توجه داشت که مطالعات مربوط به خودکشی سه پدیده مهم را بررسی می‌کند که شامل افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی می‌شود (۶).

محتمل‌ترین دلیل نهفته در پس خودکشی افسردگی است. افسردگی عام‌ترین تشخیص در خودکشی‌های موفق است. در تمام طول دوران حملات افسردگی اساسی[1] احتمال رفتارهای خودکشی وجود دارد. سابقه قبلی اقدام یا تهدید به خودکشی ثابت‌ترین و مهم‌ترین عامل خطر خودکشی است این موارد در ابتدای کودکی بسیار کم و محدود است؛ و بیشتر در اواخر نوجوانی شیوع دارند (۷). رابطه بین افسردگی و خودکشی در نوجوانی به خوبی ثابت شده است، همان طور که بیشتر قربانیان خودکشی در زمان مرگ دچار اختلال افسردگی هستند. بنابراین، بسیاری از پژوهشگران علائم افسردگی را پیش‌بینی‌کننده اصلی خودکشی نوجوانان می‌دانند (۸).

متغیرهای دیگری مانند سن، جنس، وضعیت زندگی خانوادگی، میزان تحصیلات و طبقه اجتماعی و اقتصادی از جمله عوامل مؤثر در تنوع و شدت رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نوجوانان و جوانان به شمار می‌روند (۹). بر پایه پژوهش‌های انجام‌شده رابطه معنی‌داری میان سن، افکار و اقدام‌های بعدی خودکشی وجود دارد. به‌ویژه در شرایط استرس‌زا، برای فرار از بحران و درد روانی شدید، نوجوانان و جوانان خودکشی را به عنوان یکی از راه‌های حل مسأله و گاه تنها راه حل ممکن، برمی‌گزینند (۱۰).

نوجوانان در دوره حساس تحولی تغییرات سریع زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند که ممکن است خطر اضطراب، افسردگی و دشواری‌های روان‌شناختی را افزایش دهد (۱۱). همچنان که نوجوانان به سمت اواخر نوجوانی و جوانی می‌روند خطر ارتکاب به خودکشی نیز افزایش می‌یابد. مطالعات نشان دهنده افزایش شیوع خودکشی در اواخر نوجوانی است. این افزایش به دلیل شیوع آسیب‌شناسی روانی مانند افسردگی و سوءمصرف مواد و تمایل بیشتر برای اقدام خودکشی در میان گروه‌های سنی بزرگ‌تر است اگرچه افکار و اقدام به خودکشی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است، مرگ در اثر خودکشی در پسران بیشتر از دختران است (۱۲).

قرار گرفتن نوجوان در این مقطع سنی و در این مرحله زندگی آسان نیست چرا که نوجوان تحت فشارهای شخصی، اجتماعی و تحصیلی زیادی است و دوره نوجوانی با تغییرات عمده‌ای در جسم، افکار و احساسات همراه است و نوجوان دارای احساسات قوی گم‌گشتگی، ترس و عدم اطمینان، فشار برای موفق شدن و توانایی تفکر به شیوه جدید است (۱۳).

در پاسخ به این مسأله و نگرانی مربوط به خودکشی، برنامه‌های آموزشی مختلفی جهت پیشگیری از خودکشی طراحی و به اجرا درآمده است. یک برنامه جامع برای مقابله با خودکشی در نوجوانان و جوانان دربرگیرنده آموزش‌هایی جهت ارتقاء سلامت، پیشگیری، و مداخله است؛ هدف‌های برنامه‌های پیشگیری از خودکشی کاهش شیوع افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، و مرگ می‌شود (۱۴).

در بسیاری از کشورها از چنین آموزش‌هایی به عنوان مسیری مهم در پیشگیری از خودکشی دفاع می‌شود (۱۵). با این حال، تعداد کمی از این برنامه‌ها مورد ارزیابی دقیق قرار گرفته‌اند، و آنهایی که از نظر علمی ارزیابی شده‌اند تأثیر محدودی نشان داده‌ند؛ تأثیر برنامه‌های مذکور، تنها محدود بر بهبود موقت دانش و نگرش تطبیقی در رابطه با افسردگی و رفتار خودکشی، بوده است (۱۶).

یکی از برنامه‌های پیشگیری جهانی مبتنی بر آموزش روانی برای محدودکردن رفتار خودکشی برنامه علایم خودکشی[2] (SOS) است. SOS یک برنامه پیشگیری از افسردگی و خودکشی است که از سوی موسسه سلامت روانی[3]، یعنی مؤسسه غیرانتفاعی غربالگری سلامت

[1] major depression
[2] Signs of Suicide
[3] Mental Health, Inc

روان در ولزلی ماساچوست[4] طراحی و ساخته شده است. ۱۵ سازمان ملی و تخصصی در حوزه سلامت روانی جوانان و پیشگیری از خودکشی از حامیان برنامه SOS هستند. SOS شامل دو راهبرد مهم در قالب یک برنامه برای پیشگیری از خودکشی است که شامل آموزش‌هایی با هدف بالا بردن آگاهی از خودکشی و عوامل مرتبط با آن و غربالگری کوتاهی از افسردگی و دیگر عوامل خطر وابسته به رفتار خودکشی می‌شود. در واقع به نوجوانان علایم افسردگی و خودکشی و نحوه عمل در صورت نگرانی برای خود و یا یک دوست آموزش داده می‌شود. برنامه SOS این مفهوم را ارتقاء می‌دهد که خودکشی مشکلی است که مستقیماً به بیماری‌های روانی، خاصه افسردگی ارتباط دارد و واکنشی بهنجار به استرس و یا ناراحتی‌های عاطفی محسوب نمی‌شود (۱۷). آموزش روانی می‌تواند با کمک به فهم و شناخت علایم خودکشی در فرد و دیگران و با افزایش نگرش‌های انطباقی نسبت به خودکشی و افسردگی به کاهش رفتار خودکشی منجر گردد (۱۸).

هدف اصلی این برنامه این است که نوجوانان نشانه‌های خودکشی و افسردگی را در خود و دیگران، به عنوان موضوعی اضطراری و مهم در نظر بگیرند و به این علایم به مانند علایم حمله قلبی واکنش نشان دهند. به نوجوانان و جوانان آموزش داده می‌شود با به رسمیت شناختن علایم و نشانه‌های خودکشی و افسردگی به دنبال گام‌های عملی خاص مورد نیاز برای پاسخ به این علایم باشند. در واقع هدف، برداشتن سه گام عملی است که به شکل مخفف ACT[5] نامیده می‌شود که به معنای تصدیق، مراقبت و بیان است (۱۷).

درمجموع می‌توان گفت توضیح دقیق علت‌های خودکشی دشوار است با این حال پیشگیری از خودکشی در بسیاری موارد امری ممکن و قابل انجام است (۱۹). روان پرستاران به عنوان بخشی از نظام سلامت روان که در تماس مستقیم با مسأله خودکشی قرار دارند می‌توانند نقش مهمی در شناسایی افراد در معرض خطرخودکشی و پیشگیری از خودکشی داشته باشند. از آنجا که بنا بر مطالعات انجام شده و اطلاعات موجود تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی برنامه پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS روی نوجوانان ایرانی صورت نگرفته است، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS بر میزان تمایل به خودکشی و افسردگی نوجوانان دختر شهر قزوین بوده است.

.

مواد و روش کار

در پژوهش حاضر بررسی تعیین اثربخشی برنامه پیشگیری از خودکشی بر میزان تمایل به خودکشی و افسردگی در نوجوانان شهر قزوین مدنظر بوده است. از این رو روش پژوهش از نوع کارآزمایی نیمه تجربی با پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری است. این پژوهش با مداخله پژوهشگر و با استفاده از پکیج آموزشی مبتنی بر برنامه پیشگیری از خودکشی SOS انجام گردیده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان دختر ۲۰-۱۸ ساله ساکن شهر قزوین است که دچار افکار خودکشی بودند و برای درمان به مرکز مشاوره و روان شناختی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین مراجعه نموده‌اند. نمونه پژوهشی از میان نوجوانان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناختی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین که دارای شرایط پذیرش در این پژوهش بوده و رضایت به شرکت در این پژوهش داشته‌اند، انتخاب شدند. با توجه به این که هدف مطالعه افراد خاصی هستند (نوجوانان دارای افکار و تمایل نسبت به خودکشی) بنابراین روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج نمونه است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن افکار وتمایل نسبت به خودکشی بر اساس نمره اکتسابی از پیش‌آزمون، داشتن حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۲۰ سال و عدم شرکت در برنامه درمانی روان‌شناختی دیگر، و رضایت به شرکت در پژوهش است. ملاک‌های خروج نیز شامل بیش از دو جلسه غیبت در برنامه، ابتلا به اختلال‌های شدید روانی و سابقه مصرف مواد بود. افراد بر اساس مصاحبه بالینی از سوی متخصص روان‌شناسی بالینی و پرسش‌نامه خودکشی بک انتخاب شدند. لازم به ذکر است که تمامی شرکت‌کنندگان فرم رضایت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء نمودند.

با توجه به این که حجم نمونه پیشنهادی در پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۲-۱۰ نفر است (۲۰)؛ حجم نمونه در این پژوهش در هر گروه با احتساب ریزش ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. به این ترتیب از میان افراد واجد شرایط تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص داده شدند. از این تعداد ۴ نفر از ادامه جلسه‌های درمانی انصراف دادند و در نهایت دو گروه ۱۳ نفری در برنامه پژوهشی قرار گرفتند. برنامه آموزشی SOS در ۸ جلسه به شکل گروهی به مدت ۹۰ دقیقه ۲ بار در هفته (فقط برای گروه مداخله) در مرکز مشاوره دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین اجرا شد. هر دو گروه قبل از مداخله و پس از مداخله با مقایس خودکشی و افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین ۵۰ روز پس از اتمام مداخله به منظور بررسی اثر مداخله مجدداً هر دو گروه مداخله و کنترل مقیاس خودکشی و

[4] Screening for Mental Health, Inc., a non-profit organization in Wellesley

[5] Acknowledge, Care, & Tell

افسردگی بک را تکمیل نمودند. در جدول شماره ۱ مشخصات توصیفی نمونه ارائه شده است.

ابزارها:

مصاحبه بالینی: برای بررسی بالینی آزمودنی‌ها و تعیین معیارهای ورود و خروج و به‌ویژه نبود اختلال‌های سایکوتیک و اختلال‌های شخصیت از سوی دکتری روان‌شناسی بالینی اجرا شد. افکار و تمایل به خودکشی در ضمن این اجرار مورد توجه قرار گرفت و اطمینان از نبودن آزمودنی‌ها تحت هر نوع برنامه درمانی به این شیوه اررزیابی می‌شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک BDI: پرسش‌نامه افسردگی بک ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکاران معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. در سال ۱۹۹۶، بک و همکارانش برای تحت پوشش قرار دادن دامنه وسیعی از نشانه‌ها و برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، یک تجدیدنظر اساسی در آن انجام دادند (۳۴). بک و همکارانش (۳۵) ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسرگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگیMMPI ، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و-SCL 90، بیش از ۰/۶۰ است (۳۶). در ایران نیز پژوهش‌های مختلفی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ ضریب پایایی پرسش‌نامه افسرگی بک را در ایران را ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک بین ۷۰/. تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۳۶).

مقیاس افکار خودکشی بک BSSI: مقیاس سنجش افکار خودکشی بک یک مقیاس خودگزارشی ۱۹ سؤالی است که دارای ۳ خرده مقیاس: ۱- تمایل به مرگ؛ ۲- آمادگی برای خودکشی؛ ۳- تمایل به خودکشی واقعی است. هر سؤال در مقیاس لیکرت از ۰ تا ۲ نمره می‌گیرد. هدف از این پرسش‌نامه آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب خودکشی است. این پرسش‌نامه دارای ۵ سؤال غربالگری است، در صورتی که پاسخ دهنده به‌ویژه به پرسش شماره ۵ پاسخ مثبت دهد لازم است به ۱۴ سؤال باقی مانده مقیاس نیز پاسخ دهد، در غیر این صورت نیازی به پاسخ دادن به باقی سؤال‌ها نیست (۳۷).

اعتباریابی پرسش‌نامه افکار خودکشی بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مطالعه‌های مختلف ۸۷/. تا ۹۷/. درصد و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون ۵۴/. گزارش شده است. مطالعه‌های مختلف همچنین نشان داده‌اند که این آزمون با آزمون‌های استاندارد افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. دامنه ضرایب همبستگی از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران سرپایی گزارش شده است. همچنین همبستگی این مقیاس با سؤال‌های خودکشی پرسش‌نامه افسردگی بک از ۵۸/. تا ۶۹/. بود (۳۸). در ایران نیز اعتبار و پایایی BSSI بررسی و تأیید شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس ۹۵/. و روایی آن به شیوه همزمان ۷۶/. برآورد شده است (۳۷).

برنامه پیشگیری از علایم خودکشیSOS : SOS شامل برنامه درسی مربوط به خودکشی است که در آن سه اصل برنامه با حروف اختصاری ACT به نوجوانان آموزش داده می‌شود. تصدیق؛ به دوستانت گوش بده، خطر را دست کم نگیر؛ مراقبت؛ اجازه بده دوستانت بدانند که به آنها توجه داری؛ بیان کردن و گفتن؛ به یک بزرگسال بگو که در مورد دوستت یا خودت نگران هستی. هدف SOSکاهش رفتارهای خودکشی نوجوانان با افزایش درک و توانایی آنها در تشخیص علایم افسردگی و ترویج نگرش‌های سازگارتر نسبت به افسردگی و رفتار خودکشی است (۱۱). نوجوانان اقدامات لازم را برای واکنش به این نشانه‌ها را از طریق روش ACT آموزش می‌بینند. مطالب آموزشی شامل فیلم ویدیویی و راهنمای بحث است. این فیلم آموزشی شامل تصاویری است که علامت‌های خودکشی و افسردگی را نشان می‌دهد و راه‌های مناسب برای واکنش به کسی که این نشانه‌ها را دارد، یاد می‌دهد. این فیلم همچنین شامل توصیف افرادی است که زندگی‌شان تحت تأثیر خودکشی قرار گرفته است.

برنامه SOS همچنین شامل غربالگری نوجوانان برای افسردگی و خطر خودکشی با استفاده از مقیاس افسردگی و ارجاع افراد در معرض خطر برای برخورداری از حمایت‌های حوزه سلامت و خدمات بهداشت روان است. جزء غربالگری برنامه SOS به منظور کمک به نوجوانان در شناسایی افکار خودکشی و / یا علائم افسردگی است و سپس، جستجوی کمک است. آموزش دروازه‌بان نیز یکی از عناصر برنامه SOS است. علاوه بر استفاده از راهبردهای متعدد برای پیشگیری از خودکشی، رویکرد برنامه SOS برای آموزش نوجوانان در تشخیص علائم افسردگی و برداشتن گام‌های مناسب برای مداخله در صورت برخورد با همتایی که این علائم را نشان می‌دهد، مناسب است (۱۴). هدف‌های این برنامه به شرح زیر است:

- کاهش افکار خودکشی و کاهش اقدام به خودکشی از طریق افزایش دانش و نگرش‌های سازگارانه در مورد افسردگی در میان نوجوانان.
- ترغیب و تشویق جستجوی کمک.

- کاهش انگ و برچسب، و آموزش این که خودکشی نیز مانند بیماری‌های جسمانی نیاز به درمان دارد و مانند آنها قابل درمان است.
- درگیر کردن والدین و دیگر بزرگسالان مرتبط به عنوان همکاران در پیشگیری از خودکشی، از طریق آموزش آنها در شناسایی علایم افسردگی و خودکشی در نوجوانان و ارائه اطلاعات در مورد منابع حمایتی موجود.
- افزایش خودکارآمدی و دسترسی به خدمات بهداشت روان برای نوجوانان در معرض خطر و خانواده‌های آنها از طریق آموزش.
- تشویق نمودن مراکز آموزشی برای مشارکت‌های محلی در حل مسائل مربوط به سلامت روان نوجوانان.

محتوای جلسه‌ها در جدول زیر ارائه شده است:

جلسه اول	معرفی آموزش‌گر، آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و برنامه، آشنایی با قوانین گروه، تعریف مفاهیم خودکشی، افکار و اقدام به خودکشی، ضرورت پیشگیری از خودکشی
جلسه دوم	توصیف رفتارهای خودکشی‌گرایانه؛ علایم خطر ترغیب آزمودنی‌ها به خودافشایی در صورت داشتن علایم افسردگی و افکار خودکشی؛ درمیان گذاردن نگرانی‌ها با همتایان و بزرگسالان مورد اعتماد.
جلسه سوم	آموزش مراحل سه گانه SOS (تأیید و پذیرش، مراقبت، بیان کردن).
جلسه چهارم	بحث در خصوص عوامل خطر آفرین برای خودکشی، همبستگی و همبودی افسردگی و نشانه‌های آن با افکار خودکشی.
جلسه پنجم	آموزش جستجوی کمک و درخواست خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی.
جلسه ششم	بحث در خصوص سبک‌های مختلف رویارویی با مشکلات و اهمیت سبک مقابله‌ای مسأله‌مدارنه.
جلسه هفتم	آموزش ارجاع‌دهی به دروازه‌بان‌ها؛ افزایش دانش نسبت به سه سطح پ‌ی‌شگ‌ی‌ری؛ ارجاع‌ده‌ی افراد در معرض خطر خودکش‌ی و ارجاع خود برای دری‌افت خدمات بهداشت روان‌ی؛ توجه به سه وجه دروازه‌بان‌ی ی‌عن‌ی (پرسش‌کردن، متقاعدسازی و ارجاع‌دادن) که محور برنامه‌های آموزش دروازه‌بان است.
جلسه هشتم	بررسی درک و توانایی شرکت‌کنندگان در تشخیص علائم افسردگی و خودکشی؛ ترویج نگرش‌های سازگارتر نسبت به افسردگی و رفتار خودکشی.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های مطالعه وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ شد و برای مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه کنترل و آزمایش، و مقایسه‌های قبل و بعد و پی‌گیری از تحلیل کوواریانس استفاده شد. سطح معنی‌داری نیز در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

الف) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

جدول (۱): شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به متغیر خودکشی

مرحله اندازه‌گیری	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۱۵	۵/۲۸	۶	۲۷
	کنترل	۱۱/۳۸	۵/۸۳	۴	۲۷
پس‌آزمون	آزمایش	۷/۵۳	۸/۰۶	۰	۲۳
	کنترل	۱۲/۶۱	۶/۱۴	۳	۲۶
پیگیری	آزمایش	۴/۳۸	۶/۴۴	۰	۱۹
	کنترل	۱۲	۵/۹۸	۳	۲۶

جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره خودکشی در گروه آزمایش به ترتیب ۱۴/۱۵ ± ۵/۲۸ (پیش‌آزمون)، ۷/۵۳ ± ۸/۰۶ (پس‌آزمون)، و ۴/۳۸ ± ۶/۴۴ (پیگیری) و در گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۳۸ ± ۵/۸۳ (پیش‌آزمون)، ۱۲/۶۱ ± ۶/۱۴

(پس‌آزمون)، و ۱۲± ۵/۹۸ (پیگیری) بوده است.

جدول (۲): شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به متغیر افسردگی

مرحله اندازه‌گیری	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۴/۲۳	۸/۸۲	۱۱	۳۸
	کنترل	۲۱	۷/۰۴	۹	۳۳
پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۶۱	۸/۷۷	۱	۳۱
	کنترل	۲۲/۵۳	۷/۵۶	۸	۳۵
پیگیری	آزمایش	۱۶/۲۳	۱۰/۳۷	۳	۳۷
	کنترل	۲۱/۸۴	۷/۱۲	۸	۳۳

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب ۲۴/۲۳ ± ۸/۸۲ (پیش‌آزمون)، ۱۵/۶۱ ± ۸/۷۷ (پس‌آزمون)، و ۱۶/۲۳ ± ۱۰/۳۷ (پیگیری) و در گروه کنترل به ترتیب ۲۱ ± ۷/۰۴ (پیش‌آزمون)، ۲۲/۵۳ ± ۷/۵۶ (پس‌آزمون)، و ۲۱/۸۴ ± ۷/۱۲ (پیگیری) بوده است.

جدول (۳): نتایج بررسی مفروضه برابری میانگین نمره‌های پیش‌آزمون متغیر افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
افسردگی	آزمایش	۲۴/۲۳	۸/۸۲	۱/۰۳	۰،۳۱
	کنترل	۲۱	۷/۰۴		

به منظور بررسی مفروضه برابری میانگین نمره پیش‌آزمون خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر افسردگی استفاده شده. همان گونه که مشاهده می‌شود میان میانگین نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس متغیر افسردگی

	منابع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگن مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
پس‌آزمون	پیش‌آزمون افسردگی	۱۲۶۲/۸۳	۱	۱۲۶۲/۸۳	۸۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۶۰۴/۸۴	۱	۶۰۴/۸۴	۴۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۳۴۷/۴۷	۲۳	۱۵/۱۰			
	مجموع	۱۱۳۸۴	۲۶				
	Corrected Total	۱۹۲۱/۸۴	۲۵				
پیگیری							
	پیش‌آزمون افسردگی	۱۲۴۱/۴۰	۱	۱۲۴۱/۴۰	۴۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵

گروه	۴۵۲/۳۶	۱	۴۵۲/۳۶	۱۵/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰
خطا	۶۶۰/۵۹	۲۳	۲۸/۷۲			
مجموع	۱۱۵۳۱	۲۶				
Corrected Total	۲۱۰۶/۹۶	۲۵				

نتایج حاصل از بررسی تفاوت میان نمره‌های پس‌آزمون افسردگی دو گروه کنترل و آزمایش پس از تعدیل اثر نمره‌های پیش‌آزمون در هر دو گروه در جدول بالا ارائه شده است. نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در افسردگی تأثیر مثبت و کاهنده روش آموزشی در کاهش افسردگی گروه آزمایش است (F =۴۰/۰۳ و P < ۰،۰۱). همچنین در خصوص نمره‌های پیگیری افسردگی، نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در افسردگی و تأثیر روش مداخله در نمرات گروه آزمایش است (F =۱۵/۷۵ و P < ۰،۰۱).

جدول (۵): نتایج بررسی مفروضه برابری میانگین نمره‌های پیش‌آزمون متغیر خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی‌داری
خودکشی	آزمایش	۱۴/۱۵	۵/۲۸	۱/۲۶	۰/۲۱
	کنترل	۱۱/۳۸	۵/۸۳		

به منظور بررسی مفروضه برابری میانگین نمره پیش‌آزمون خودکشی در دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر خودکشی استفاده شده. همان گونه که مشاهده می‌شود میان میانگین نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس متغیر خودکشی

	منابع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
پس‌آزمون	پیش‌آزمون خودکشی	۱۰۲۵/۲۹	۱	۱۰۲۵/۲۹	۱۱۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	گروه	۴۲۲/۳۳	۱	۴۲۲/۳۳	۴۶/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۲۰۹/۰۱	۲۳	۹/۰۸			
	مجموع	۴۰۴۲	۲۶				
	Corrected Total	۱۴۰۱/۸۴	۲۵				
پیگیری	پیش‌آزمون خودکشی	۳۵۵/۰۵	۱	۳۵۵/۰۵	۱۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	گروه	۵۵۳	۱	۵۵۳	۲۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۵۷۴/۰۲	۲۳	۲۴/۹۵			
	مجموع	۳۰۵۱	۲۶				
	Corrected Total	۱۳۰۶/۰۳	۲۵				

نتایج حاصل از بررسی تفاوت میان نمره‌های پس‌آزمون خودکشی دو گروه کنترل و آزمایش پس از تعدیل اثر نمره‌های

پیش‌آزمون در هر دو گروه در جدول بالا ارائه شده است. نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه در خودکشی تأثیر مثبت و کاهنده روش آموزشی در کاهش خودکشی گروه آزمایش است (F =۴۶/۴۷ و P < ۰،۰۱). همچنین در خصوص نمره‌های پیگیری خودکشی، نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنی‌دار میان نمره‌های دو گروه و تأثیر روش مداخله‌ای در نمره‌های گروه مداخله است (F =۲۲/۱۵ و p-value < ۰/۰۱). یعنی بعد از گذشت ۵۰ روز از اجرای مداخله، همچنان تأثیر مداخله در گروه مداخله مانا بوده و این تفاوت در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هنگامی که به نتایج مربوط به مفروضه‌های پژوهش باز می‌گردیم، شاهد اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی بر تمایل نسبت به خودکشی نوجوانان هستیم. یافته کنونی به این معنا است که برنامه آموزشی اجرا شده تأثیر مثبت در کاهش افکار خودکشی در گروه آزمایش داشته است. این یافته با پژوهش‌های Aseltine & Demartino (۳۲)، Aseltine و همکاران (۱۴) و Schilling و همکاران (۱۵) همسو است. آموزش‌های روان‌شناختی با کمک به فهم و شناخت علایم خودکشی در فرد و دیگران و با افزایش نگرش‌های سازگارانه نسبت به خودکشی و افسردگی به کاهش رفتار خودکشی منجر می‌گردد (۳۹).

این یافته از این جهت دارای اهمیت است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند افکار خودکشی مرحله اول در فرایندی است که به برنامه‌ریزی جهت خودکشی و اقدام به خودکشی می‌انجامد. علاوه بر این افکار خودکشی درجه‌های شدت متفاوتی دارد، افکار خودکشی گزارش شده در پیش‌آزمون ممکن است در همان سطح باقی بماند یا شدت یافته به برنامه‌ریزی و اقدام منجر گردد. در واقع اگر افکار خودکشی بازداری نشوند، بسط و تعمیق می‌یابند و سیر حرکت به سمت اقدام و ارتکاب به خودکشی را شدت می‌بخشند. این نتایج از این تفسیر حمایت می‌کنند که برنامه آموزشی مبتنی بر SOS در فرایند پیشرفت افکار خودکشی به مرحله‌های خطرناک‌تر و فعال رفتار خودکشی وقفه ایجاد می‌کند (۱۵).

نگاهی به یافته‌های مرتبط با مفروضه دیگر پژوهش بیانگر اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی بر کاهش نشانه‌های افسردگی بود. رابطه بین افسردگی و خودکشی در نوجوانی به خوبی ثابت شده است، به شکلی که بیشتر قربانیان خودکشی در زمان مرگ دچار اختلال افسردگی هستند (۴۰). بنابراین، بسیاری از پژوهشگران علایم افسردگی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده اصلی خودکشی نوجوانان می‌دانند (۳۱). این امر عمدتاً به علت احساس ناامیدی همراه با افسردگی است. این نتایج با یافته‌های مطالعه Randell و همکاران (۴۱) همسو است که روان درمانی متمرکز بر نوجوانان افسرده در معرض خطر خودکشی کاهش افسردگی را موجب می‌شود.

SOS بر افسردگی و پرخاشگری و بی تعادلی هیجانی و مصرف دارو به عنوان متغیرهای واسطه‌ای منفی که باید تضعیف شوند و بر عملکرد و تعامل تحصیلی و به تبع آن افزایش شبکه‌های اجتماعی و تعامل حمایتی خانواده به عنوان متغیرهای واسطه‌ای مثبت که باید تقویت شوند، متمرکز است. پژوهشگران با اِعمال این برنامه دریافتند عوامل خطر خودکشی مثل خشم، افسردگی، و ناامیدی کاهش یافته و عزت نفس و حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد (۴۲).

برنامه SOS برای هدف قراردادن علایم مربوط به افسردگی و خودکشی نوجوانان به طور همزمان و متناسب با سن طراحی شده است. این برنامه از یک رویکرد جهانی برای کمک به شناسایی نوجوانان در معرض خطر بهره می‌برد. SOS تنها برنامه پیشگیری از خودکشی نوجوانان است که نشان داده شده موجب بهبود در دانش و نگرش‌های سازگارانه دانش آموزان در مورد خطر خودکشی و افسردگی و نیز کاهش اقدام‌های خودکشی می‌شود. در مطالعات تصادفی نشان داده شده است که برنامه SOS موجب کاهش ۴۰-۶۴٪ اقدام‌های خودکشی شده است (۱۱).

هدف‌های برنامه‌های پیشگیری از خودکشی شامل کاهش شیوع افکار خودکشی، کاهش اقدام به خودکشی و بالتبع کاهش مرگ در اثر خودکشی هستند. در بسیاری از کشورها از آموزش‌های مربوط به ارتقاء سلامت به عنوان شیوه‌ای مهم در پیشگیری از خودکشی استفاده می‌کنند. رویکرد و انتظار این برنامه‌های آموزشی روان‌شناختی در ایجاد شناخت و افزایش شناخت نشانه‌های خودکشی در فرد (خودش) و در دیگری (دوست و همتایانش)، آن است که نگرش‌های انطباقی نسبت به افسردگی و خودکشی به کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه منجر خواهد شد. شرکت در برنامه SOS با تغییرات مثبت در افزایش دانش نسبت به خودکشی و کاهش افسردگی همبسته و همراه است؛ آموزش‌های روان‌شناختی با کمک به فهم و شناخت علایم خودکشی در فرد و دیگران و با افزایش نگرش‌های انطباقی نسبت به خودکشی و افسردگی به کاهش رفتار خودکشی منجر می‌گردد. این برنامه به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند علائم افسردگی و خطرخودکشی و نحوه پاسخگویی را بفهمند (۱۵).

پرستاران به دلیل میزان بالای تماس با بیماران، خط اول پیشگیری از خودکشی شناخته می‌شوند، چه در سطح اول پیشگیری و چه در سطح دوم پیشگیری (۴۲). آموزش روان‌شناختی با کمک به فهم و شناخت علایم خود و دیگران و با افزایش نگرش‌های انطباقی نسبت به خودکشی و افسردگی به کاهش رفتار خودکشی

منجر می‌گردد (۳۹). درمجموع نتایج نشان می‌دهند که مبتنی بر مفروضه‌های پژوهش پیشگیری از خودکشی ممکن است و روان‌پرستاران می‌توانند در این زمینه ایفای نقش کنند. با توجه به این که پرستاران مواجهه و درگیری نزدیکی با افراد در خطر خودکشی دارند. آن‌ها به عنوان بخشی از نظام سلامت روان که در تماس مستقیم با این افراد قرار دارند می‌توانند نقش مهمی در شناسایی افراد در معرض خطر و پیشگیری از خودکشی داشته باشند. با وجود این که پرستاران فرصت‌های بسیاری برای تشخیص و پیشگیری از خودکشی دارند. (۴).

پیشنهادها برای پژوهش‌های بعدی

با توجه به محدود بودن نمونه‌های پژوهش حاضر به دوره پایانی نوجوانی و به شرکت‌کنندگان دختر، پیشنهاد می‌شود در مطالعه‌های آینده تمام گروه‌های سنی نوجوانان مورد مطالعه قرار گیرند و اثربخشی این برنامه در پسران و در مقایسه با دختران مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره787 .1396 . IR.fbmu.phnm از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی می‌باشد.

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدرانی می‌شود.

References:

1- World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative. Retrieved December 28, 2015; from http://www.who. int/mental_health/suicide-prevention/world_re port_2014/en.

2- Bakhtiari A. survey of the effect of econemic devalopment to the rate of suicide, Booklet of national conference of suicide, jameshenasan publication 2011; 165. (Persian)

3- Daliri S, Bazyar J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. Investigation of the Incidence rate of suicide in Iran During Years 2001-2014 A Systematic Review and Meta-analysis study. JSSU 2016; 24 (9):757-768. (Persian)

4- Ghanbari B, Malakouti S, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S, Sohrabzadeh A. Effectiveness of Nursing Preventive Interventions in Suicide re-Attempts. IJN 2016; 29 (99 and 100):34-44. (Persian)

5- Zarghami M, Khalilian A R. Self- Burning in the Province of Mazandaran. IJPCP 2002; 7 (4):13-24. (Persian)

6- Astaraki P, Kikhavani S, Bashiri S, Mansoorian M, Ghorbani M. A Comparative Study of The Causes and Methods of Suicide Lead to Death Referred to Ilam Legal Medicine Center in 2004- 2009. Sci J Forensic Med 2014; 20 (1):385-92. (Persian)

7- McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. QJM 2015;108(10):765–80.

8- CDC. (2014a). Suicide prevention: youth suicide. Centers for Disease Control. Retrieved, December 2, 2015, from http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html.

9- Drapeau CW, McIntosh JL. USA suicide 2014: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology, dated December 22, 2015. 2015.

10- Nock MK, Green JG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. 2013; JAMA psychiatry;70: 300-310.

11- Schilling EA, Lawless M, Buchanan L, Aseltine RH. “Signs of Suicide” shows promise as a middle school suicide prevention program. Suicide Life Threat Behav 2014;44(6):653–67.

12- Kheirabadi G, Hashemi S, Akbaripour S, Salehi M, Maracy M. Risk Factors of Suicide Reattempt in

Patients Admitted to Khorshid Hospital, Isfahan, Iran. 2009. IRJE 2012; 8 (3): 39-46. (Persian)

13- Khodabandeh F, Noorbala A A, Kahani S, Bagheri A. A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age Patients Referriry to Poison Center Lghman Hospital in year-1388. Health Psychology 2012; 11 (1): 1-12. (Persian)

14- Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health 2007;7:161.

15- Schilling EA, Aseltine RH, James A. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. Prev Sci 2016;17(2):157–66.

16- Curran D. Adolescent suicidal behavior; Routledge, Taylor and Francis Group; New York, 1987.

17- Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, Henare K. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health 2005;82.

18- Van Heeringen K. Understanding suicidal behavior. Wiley & Sons; 2001.

19- Sotoude H. Social pathology. Tehran: Avaya Noor Publications; 2007. (Persian)

20- Shneidman E S. Translation by Mehrdad Firuz Bakhte. Tehran: Cognition publication; 1999 (Persian)

21- Gibbs JP, Press U of O. Status Integration & Suicide: A Sociological Study. University of Oregon Books; 1965.

22- Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and aggression. 1939; 27 & 76.

23- Kim CD, Seguin M, Therrien N, et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. Am J Psychiatry 2005; 162(5):1017–9.

24- Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, Puddy RW, Lubell KM, Potter LB, et al. The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. Suicide Life Threat Behav 2010;40(3):245–56.

25- Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. Crisis 2013; 34(3), 164-82.

26- Kellam SG, Mackenzie AC. Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, et al. The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. Addict Sci Clin Pract 2011; 6(1), 73-84.

27- Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. Drug Alcohol Depend 2008;95 Suppl 1:S60-73.

28- Cross WF, Seaburn D, Gibbs D, Schmeelk-Cone K, White AM, Caine ED. Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. J Prim Prev 2011;32(3–4):195–211.

29- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42:386–405.

30- Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. Am J Public Health 2010;100(9):1653–61.

31- Wilcox HC, Fawcett J. Stress, trauma, and risk for attempted and completed suicide. Psychiatric Annals 2010; 42, 85–7.

32- Aseltine RH, Demartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. Am J Public Health 2004; 94, 446–51.

33- Delavar A. Educational and psychological Research. Tehran: Virayesh publication; 2013. (Persian)

34- Marnat G G. handbook of psychological assisment. Translation by Hassan Pasha sharifi and Mohammad Reza Nikkhoo. Tehran: Sokhan publication; 2003. (Persian)

35- Beck AT, Steer RA. Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev 1988, 8, 77-100.

36- Azkhosh M. Application of Psychological Examination and Clinical Diagnosis. 3rd Ed. Tehran: Psychoanalysis; 2017. (Persian)

37- Kaviani H. Interview and Psychological Tests. Tehran: Institute of Cognitive Sciences studies; 2001. (Persian)

38- Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.

39- Schilling EA, Aseltine RH, James A. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. Prev Sci 2016;17(2):157–66.

40- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. The Lancet 2009; 373(9672), 1372–81.

41- Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. Suicide Life Threat Behav 2001; 31:41–61.

42- Samuelsson M, Asberg M. Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. Int J Nurs Stud 2002; 3, 115–21.

43- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psychiatry 2002; 159(6), 909-16.

44- Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide assessment and nurses: what does the evidence show. Online journal of issues in nursing 2015;20(2).

45- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. J Am Med Assoc 2008; 294(16), 2064-74.

46- Hicks MH, Bhugra D. Perceived causes of suicide attempts by U.K South Asian women. Orthopsychiatry 2003; 73 (4): 455-62.

Original Article

EFFECTIVENESS OF SUICIDAL PREVENTION PROGRAM BASED ON SOS ON REDUCING SUICIDA, TENDENCIES AND DEPRESSION IN GIRLS

*Azam Hosseini[1], Tayebeh Jamshidi[2] *, Sara Sedghi[3], Mohammadreza Jalali[4], Farimah Shamsi[5]*

Received: 04 Feb, 2019; Accepted: 27 Mar, 2019

Abstract

Background & Aims: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of suicide prevention program based on SOS program on suicidal thoughts and depression among female students of Imam Khomeini International University in Qazvin.

Materials & Methods: The present study is a randomized controlled clinical trial with pre-test and post-test control group. 26 female students of Imam Khomeini International University of Qazvin between the ages of 18 and 20 years old were selected based on Beck's Suicide Inventory and Beck Depression Inventory and a clinical interview and assigned randomly and equally to two interventional and control groups. The control group without participation in the program participated in the pre-test, post-test and follow-up training. Data were analyzed using SPSS 21 software and covariance analysis.

Results: The findings showed a significant difference between the scores of the intervention group compared to the control group in suicidal tendency and depression scores. The results showed a significant difference between the two groups in suicide and the positive and decreasing effect of educational intervention on decreasing suicidal tendency in the intervention group ($F = 46.47$, $P <0.01$) and reducing depression in the intervention group. Suicidal follow-up scores ($F = 22.15$, 0.01, $P <0.01$) and scores for follow-up of depression ($F = 40.03$ and P 0.01) Indicates a significant difference between the scores of the two groups and the effect of educational intervention on the scores of the intervention group in the depression variable ($F = 15.75$ and P 0.01).

Conclusion: Overall, the results show that suicide prevention program is effective in depression and suicidal tendencies. Accordingly, suicide prevention is possible and psychiatric nurses can play a role in this regard.

Key words: suicide, prevention, depression SOS Education Program, adolescence

Address: Qazvin, Nowruzian Blvd, Imam Khomeini International University, Department of Psychology

Tel:(+98) 02833689770

Email: azoh1349@gmail.com

[1] *MSc of Psychiatric Nursing, Student Research and Technology Office, Faculty of Nursing Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[2] *Instructor of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)*

[3] *Instructor of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[4] *PhD in Psychology, Faculty of Imam Khomeini International University Qazvin, Qazvin, Iran*

[5] *Ph.D. Student, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Yazd, Iran*