

نیازسنجی آموزشی از دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان درباره خودکشی: یک پژوهش کیفی

مهین امین الرعایا⁽¹⁾، دکتر مجید برکتین⁽²⁾، دکتر عباس عطاری⁽³⁾

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نیازها و الویت‌های مربوط به موضوع خودکشی، به نیازسنجی آموزشی از دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخت. **روش:** در پژوهش کیفی و پدیدارشناختی حاضر، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، 16 نفر از دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با مصاحبه بدون ساختار و بحث گروهی گردآوری و به روش هفت مرحله‌ای کلازلی تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌های به دست آمده از مصاحبه در 1015 کد و در نهایت در سه دسته اصلی با عنوان‌های «نیاز در حیطه آموزش»، «نیاز در حیطه فرآیندها و امکانات» و «نیاز در حیطه منابع انسانی» قرار گرفتند. از مهم‌ترین نیازهای آزمودنی‌ها می‌توان به نیاز به آموزش درباره شناخت علل خودکشی، مباحث روانشناختی مربوط به خودکشی و آموزش مهارت‌های عملی در برخورد با خودکشی اشاره کرد. **نتیجه‌گیری:** برنامه آموزشی موجود، برآورنده نیازهای آموزشی دستیاران روانپزشکی در ارتباط با واقعیت‌های روزمره خودکشی نیست. بنابراین لزوم بازنگری برنامه آموزشی در این زمینه احساس می‌شود.

کلیدواژه: نیازسنجی؛ دستیار روانپزشکی؛ خودکشی

[دریافت مقاله: 1389/6/24؛ پذیرش مقاله: 1390/2/19]

108
108

مقدمه

دستاوردهای کنونی و آینده مطلوب را بررسی می‌کند. برای این‌که نیازسنجی معتبر و مفید باشد، باید تمامی اعضای آموزشی را دربرگیرد. (ابزری، دلوی و غضنفری، 2007). تصمیم‌گیری درباره اهداف، محتوای آموزشی مناسب و استفاده مؤثر از منابع و امکانات محدود انسانی و مادی در حوزه نیازسنجی است (یارمحمدیان، بهرامی و فروغی‌ابری، 2003) و هر کجا که مسأله تدوین طرح‌ها و تدابیر آموزشی مطرح باشد، از نیازسنجی زیاد یاد می‌شود. شناسایی نیازها و سنجش دقیق آنها برای بهبود سطح کیفیت آموزش و پژوهش پزشکی و بهداشتی امری ضروری است. تشخیص نیازها، پیش از انتخاب هر راه‌حلی می‌تواند بر

امروزه آموزش منابع انسانی، برای دستیابی به سرمایه انسانی، و سازگاری مثبت با تغییرات، دو مزیت رقابتی سازمان‌ها به‌شمار می‌آیند (عباس‌زادگان و ترک‌زاده، 2000). اساسی‌ترین قدم برای برنامه‌ریزی آموزشی، شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی، و به بیان دیگر نیازسنجی است. اگر نیازسنجی مبتنی بر واقعیت باشد، برنامه‌های آموزشی هم که بر مبنای این نیازها تنظیم و اجرا می‌شوند، با واقعیت هماهنگ بوده، در رفع مشکلات سازمان مؤثر خواهند بود (امین‌الرعیایا، یارمحمدیان، احسان‌پور، حسن‌زاده و بهرامی، 2005). نیازسنجی به‌طور رسمی فاصله میان

(1) کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (2) روانپزشک، دانشیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (3) روانپزشک، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
E-mail: barekatin@med.mui.ac.ir (نویسنده مسئول) 0311-2222135 دورنگار: 0311-2222135

بخشی از محتوای آموزشی در برنامه آموزشی رشته روانپزشکی، فوریت‌های روانپزشکی و شامل مواردی مانند اقدام به خودکشی و رفتارهای خشونت‌آمیز و جنبه‌های قانونی و اخلاقی مربوط به بیمار است (کمسیون برنامه‌ریزی، 2007). در منابع درسی دستیاران روانپزشکی به جنبه‌های گوناگون خودکشی (مانند همه‌گیرشناسی، عوامل خطر، ارتباط با دیگر اختلال‌های روانپزشکی، سبب‌شناسی، شیوه ارزیابی عوامل خطر، شیوه مدیریت بیمار، جنبه‌های قانونی و اخلاقی و مدیریت خانواده بیمار) پرداخته شده است (سادوک⁷ و سادوک، 2007؛ سادوک، سادوک و رویز⁸، 2009). از گفته‌های دستیاران روانپزشکی پیش و پس از فارغ‌التحصیلی چنین احساس می‌شود که در مبحث خودکشی، برنامه آموزشی مدون، که مناسب با نیازها و واقعیت‌های روزمره باشد، وجود ندارد. این امر ممکن است ناشی از نبود آگاهی نسبت به نیازهای آموزشی دستیاران روانپزشکی در زمینه خودکشی باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین نیازها و اولویت‌های مربوط به موضوع خودکشی، به نیازسنجی آموزشی از دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخت.

روش

پژوهش کیفی حاضر، از نوع سه‌وجهی⁹ بود و در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله نخست، رویکرد پدیدارشناختی¹⁰ و در مرحله دوم، بحث گروهی¹¹ به کار رفت. جامعه پژوهش حاضر، تمامی دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. با کاربرد روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف¹²، نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع (16 نفر) ادامه یافت. برای گردآوری داده‌ها، مصاحبه بدون ساختار به کار رفت. پس از انجام امور اداری و ارایه توضیح کافی در مورد ماهیت و اهداف پژوهش، رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش به دست آمد. مصاحبه‌ها در سالن کنفرانس مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. پیش از شروع مصاحبه، در مورد ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و در مورد محرمانه‌ماندن مصاحبه‌ها به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها 20-50 دقیقه بود.

میزان کارآیی و اثربخشی برنامه‌ها بیفزاید. پس تعیین نیازها جزئی از فرآیند برنامه‌ریزی راهبردی است و یافته‌های به‌دست‌آمده از آن، برنامه‌ریزی را کامل می‌کند (کافمن¹، 1994).

سالانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی و 20 میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند (کراگ²، دالبرگ³، مرسی⁴، زو⁵ و لوزانو⁶، 2002). خودکشی و تفکر خودکشی گرا بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده شده است، به طوری که خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی 21-30 سال، پس از بیماری‌ها و حوادث و آدم‌کشی گزارش شده است. خودکشی در ایران از کشورهای غربی پایین‌تر، ولی بالاتر از کشورهای خاورمیانه است (مرادی و خادمی، 2009). بررسی‌های دو دهه اخیر نشان داده است اقدام به خودکشی در جوانان و زنان بیش از سایر گروه‌هاست و مسایلی مانند اختلاف‌های زناشویی، درگیری با بستگان، اختلال‌های روانی و بی‌کاری از دلیل‌های مهم اقدام به خودکشی است (جانقربانی و شریفی‌راد، 2005). بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ممکن است بعدها خودکشی نمایند (مشکینی و مشکینی، 2006). هم‌چنین بررسی‌ها نشان داده‌اند بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، مشکل روانی مشخصی دارند (فریشی و موسوی‌نسب، 2008). این پدیده برای سامانه بهداشتی و درمانی کشور پرهزینه بوده، با معیارهای ارزشی و فرهنگی ایران سازگار نیست.

از دستیاران روانپزشکی انتظار می‌رود در رابطه با خودکشی و اقدام به خودکشی نقش‌های درمان‌گر (انجام ارزیابی‌های روان‌شناختی، بالینی و پاراکلینیکی)، مشاور (ارایه مشاوره به اقدام‌کنندگان به خودکشی و خانواده‌های آنان)، آموزش‌دهنده (ارایه آموزش‌های مربوط به پیش‌گیری از خودکشی و درمان عوارض خودکشی) و پژوهشگر (طراحی و اجرای طرح‌های پژوهشی در مورد خودکشی) را در جامعه ایفا نمایند، هم‌چنین دانش مربوط به موضوع خودکشی را برای دفاع از حقوق بیماران و خانواده ایشان، به تصمیم‌گیرندگان انتقال دهند. این وظایف در کمیته‌های برنامه‌ریزی تنظیم و پس از تأیید کمیته راهبردی، در کمیسیون تدوین و برنامه‌ریزی آموزشی، نهایی شده، به تصویب کمیسیون دائمی معین شورای آموزش پزشکی و تخصصی رسیده است.

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1- Kafman | 2- Krug |
| 3- Dahlberg | 4- Mercy |
| 5- Zwi | 6- Lozano |
| 7- Sadock | 8- Ruiz |
| 9- triangulation | 10- phenomenological |
| 11- focus group | 12- purposive sampling |

17) نیاز به شروع آموزش عملی از سال نخست؛ 18) نیاز به استفاده از روانشناسان مجرب در آموزش عملی روانشناسی با در نظر گرفتن ضعف گروه در این زمینه؛ 19) نیاز به برگزاری کارگاه عملی برخورد با خودکشی برای دستیاران؛ 20) نیاز به روان‌درمانی موازی با درمان زیستی؛ 21) نیاز به حضور روانشناس بالینی مجرب در کنار دستیار برای ویزیت و 22) نیاز به حضور استاد و ضرورت نظارت آنان هنگام ویزیت.

برای نمونه آزمودنی‌های کد 7، 15، 6 و 8 به ترتیب در مورد چهار مورد نخست چنین گفتند: «بیماری داشتم که دو-سه هفته یک‌بار، به دلیل خودکشی می‌آمد. او همه مشکل‌ها و شرح حالش را می‌گفت. مشکل روان‌پویایی بیمار برطرف نمی‌شد. مشکلی در خانه و جامعه وجود داشت که چون حل نمی‌شد، دوباره خودکشی می‌کرد». «در واقع هر انسانی دوست دارد به هم‌نوعش کمک کند. در طول دوره، آموزش‌های خوبی دیدیم و روی مسأله هویت انسانی تأکید شد. روی مشکل‌های بیماران تأکید می‌شد و با عزمی جزم و دقت کافی عوامل خطر را بررسی می‌کردیم. برای مثال یکی از استادان می‌گفتند برای بیماران سرطانی میلیون‌ها تومان هزینه می‌شود، هر چند احتمال مرگشان زیاد است. ولی برای جوان 20 ساله‌ای که قصد خودکشی دارد، خیلی هزینه نمی‌کنیم، هر چند بسیار مرگ‌بار است». «بیمار خودکشی کرده، بیماری است که به آخر خط رسیده است. این که بدانی چه چیزهایی را بیشتر بررسی و رویش تأکید کنی و این که با فرد خودکشی کرده چه طور صحبت کنی که تو را قبول کند (چون بیمار دیگر هیچ چیز برایش مهم نیست) مسایلی است که اهمیت دارد ما بدانیم». «کلاس‌های روان‌درمانی کاربردی نیست، این نظر همه بچه‌ها است. سر کلاس می‌رویم، ولی چیزی عایدمان نمی‌شود، به استاد گفته‌ایم بحث‌هایی که ارایه می‌دهید، کاربردی نیست». آزمودنی کد 9 نیز درباره مورد آخر چنین گفت: «اگر ویزیت بیمار خودکشی با حضور استاد باشد، همیشه در ذهنمان می‌ماند و تأثیر بیشتری دارد. ما همیشه تنها کشیک داده‌ایم و نمی‌دانیم اقداماتمان درست بوده است یا غلط و این‌ها بر پایه قضاوت خودمان است. سعی کرده‌ایم نظریه‌ها را به عمل درآوریم، ولی اگر توسط استاد نظارت می‌شدیم، تأثیر بهتری داشت».

پرسش مصاحبه بدون ساختار - که برحسب نیاز، تعدیل می‌شد - به این شرح بود: «آخرین بار که بیمار اقدام کرده به خودکشی را در بیمارستان ویزیت کردید، چه زمانی بود؟ تجربیاتتان را از ابتدا تا انتها تعریف کنید. چه نیازهای آموزشی در این زمینه دارید؟»

پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها در مرحله نخست به شیوه هفت‌مرحله‌ای کلایزی¹ انجام شد. در مرحله دوم، جلسه‌ای با حضور دستیاران و یک نفر از استادان گروه روانپزشکی تشکیل شد. این جلسه بیش از دو ساعت طول کشید و طی آن تمامی کدهای نهایی حاصل از مرحله نخست، به بحث و تبادل نظر گذاشته شد. در این مرحله از افراد خواسته شد اولویت‌های آموزشی در زمینه خودکشی را بیان نمایند. در پایان این جلسه، با جمع‌بندی نظرها، اولویت‌های آموزشی مشخص شد.

یافته‌ها

از مرحله سوم کلایزی در کل 1015 کد مفهومی استخراج شد که در نهایت در سه دسته اصلی قرار گرفت:

الف) نیازها در حیطه آموزش، شامل: 1) نیاز به شناخت علل خودکشی و مسایل مرتبط با آن؛ 2) نیاز به شناخت اهمیت خودکشی؛ 3) نیاز به برگزاری مرتب و نظام‌مند کلاس‌های نظری روانشناسی در رابطه با خودکشی؛ 4) نیاز به آموزش در انجام مصاحبه و نیاز به آموزش برای شناسایی افکار خودکشی و ویژگی‌های آن؛ 5) نیاز به آموزش شیوه برخورد با خودکشی آنی؛ 6) نیاز به آموزش مداخله در بحران؛ 7) نیاز به آموزش اولویت‌بندی² در برخورد با خودکشی؛ 8) نیاز به آموزش مصاحبه با همراهان بیمار؛ 9) نیاز به آموزش شناخت عوامل خطر و برآورد شدت عوامل خطر؛ 10) نیاز به آموزش در مورد نشانه‌های³ ضروری برای بستری شدن بیمار و شیوه تشخیص‌گذاری اولیه بیمار؛ 11) نیاز به آموزش در مورد مسایل فامیلی و خانوادگی؛ 12) نیاز به آموزش شیوه بالابردن روایی و پایایی داده‌های به‌دست‌آمده از بیمار و همراهانش؛ 13) نیاز به آموزش شیوه برخورد با افکار بیماری و مواردی که خانواده شرح حال درست ارایه نمی‌دهد؛ 14) نیاز به آموزش شیوه برخورد با مشکلات اجتماعی بیماران و آنان که ژست خودکشی دارند؛ 15) نیاز به آموزش چگونگی صرف‌نظر کردن بیمار از خودکشی؛ 16) نیاز به کسب مهارت عملی روان‌درمانی؛

برنامه مشاوره روانپزشکی در بخش مسمومیت، نیاز به محیط مناسب برای مصاحبه روانپزشکی با بیمار، نیاز به تخت کافی بیمارستانی و نیاز به روش‌هایی برای کنترل و مقابله با استرس.

بحث

یافته‌ها نشان داد نیاز به شناخت علل خودکشی و مسایل مرتبط با آن، نیاز به آموزش مسایل اجتماعی مرتبط با خودکشی و عوامل خطر، هم‌چنین نیاز به آموزش عوامل مرتبط با تکرار خودکشی، از نیازهای دستیاران در حیطه آموزش بود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند ازدست‌دادن همسر به دلیل طلاق یا مرگ، از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی است (یاسمی، 1998). هم‌چنین سابقه بستری در بیمارستان، با افزایش میزان اقدام به خودکشی در ارتباط است (پورافکاری، 1995). یافته‌های پژوهش کرمی و همکاران (2006) نشان داد 64/7 درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی، در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه‌الله الاعظم سابقه بستری داشتند. این یافته‌ها بیان‌گر آن است که ابتلا به بیماری روانپزشکی از یک سو و مصرف نادرست دارو از سوی دیگر، سبب افزایش احتمال اقدام به خودکشی می‌شود.

برگزاری مرتب و نظام‌مند کلاس‌های نظری و روانشناسی و بهره‌مندی از استادان مسلط بر جنبه‌های روان‌شناختی از نیازهای آزمودنی‌ها بود و به این نکته اشاره داشت که آنان مهارت کافی در برقراری ارتباط با بیمار ندارند. هم‌چنین آموزش شیوه برخورد با خودکشی آنی، مداخله در بحران، آموزش شناخت عوامل خطر و آموزش برآورد شدت عوامل خطر از نیازهای آزمودنی‌ها بود. در پژوهشی 147 مقاله با موضوع «واکنش کارکنان نسبت به خودکشی» مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد شناخت زودرس و به‌موقع رفتار خودکشی، نکته اصلی در پیش‌گیری از خودکشی است. روند برطرف‌شدن برچسب² بسیار کند و تدریجی است و هنوز خودکشی یک موضوع مشکل‌آفرین برای پزشکان است. در حقیقت پزشکان با تعارضی مواجه هستند که باید از فردی مراقبت کنند که می‌خواهد بمیرد و از سوی دیگر، ممکن است همان فرد درخواست نجات یا کمک داشته باشد (پامپیلی³، گیراردی⁴، روبرتو⁵، کاتزالیدیس⁶ و تاتارلی⁷، 2005).

ب) نیازها در حیطه فرآیندها و امکانات آموزشی: مشکل‌های موجود در فرآیندها و امکانات موجود در بیمارستان، این‌گونه بیان شد: (1) نیاز به تنظیم برنامه در مورد فرآیند بستری کردن بیمار خودکشی‌کرده توسط گروه روانپزشکی؛ (2) نیاز به خط راهنمایی¹ مشخص برای درمان؛ (3) نیاز به تخت کافی بیمارستان و نیاز به آمبولانس برای انتقال بیمار؛ (4) نیاز به محیط مناسب برای مصاحبه در بخش مسمومیت و نیاز به تنظیم برنامه برای انجام مشاوره روانپزشکی؛ (5) نیاز به ارتقای دانش نظری و مهارت عملی سامانه پرستاری، به‌ویژه در نوبت‌های عصر و شب؛ (6) نیاز به وجود سامانه کنترل کیفی فرآیندهای جاری اورژانس روانپزشکی و (7) نیاز به وجود سامانه مددکاری مجرب برای پی‌گیری بیماران.

ج) نیازها در حیطه منابع انسانی: به باور آزمودنی‌ها، استادان زمان کافی برای حضور در بالین بیمار صرف نمی‌کنند. آزمودنی کد 8 گفت: «استادی که وظیفه آموزش را بر عهده دارد، نباید مشغول انجام کارهای دیگر شود. به‌دلیل مشغله کاری زیاد، ساعت دو بعدازظهر به بخش می‌آید، سریع بیمار را ویزیت می‌کند و می‌رود». هم‌چنین آزمودنی‌ها اشاره کردند بعضی از استادان برای به‌روزرودن، نیاز به مطالعه بیشتر دارند. آزمودنی‌ها از حجم کاری بالا و برنامه‌های سنگین کشیک گلایه داشتند؛ گاهی اوقات فشار کاری به‌قدری بالاست، که تا نزدیک صبح شرح حال می‌گیریم. هم‌چنین از نگرانی‌های خود نسبت به مسئولیت قانونی در مورد بستری کردن بیمار صحبت کردند. آزمودنی کد 8 گفت: «به ما گفته‌اند بیمار خودکشی کرده را بستری کنید. بنابراین زمانی که تخت خالی وجود ندارد و بیمار بستری نمی‌شود، ما نگرانیم».

پس از بحث گروهی و تبادل نظر در مورد کدهای نهایی به‌دست آمده از مرحله دوم، اولویت‌های آموزشی دستیاران در مورد خودکشی مشخص شد: نیاز به داشتن مهارت کافی در ارتباط با بیمار، نیاز به آموزش مداخله در بحران، نیاز به کسب مهارت عملی روان‌درمانی، نیاز به حضور استاد هنگام مصاحبه‌ها، نیاز به آموزش چگونگی منصرف کردن بیمار از خودکشی و آموزش در مورد آنچه که بیمار و خانواده‌اش باید بیاموزند، نیاز به خط راهنمایی مشخص برای درمان، نیاز به ارتقای مهارت‌های نظری و عملی پرستاران، نیاز به وجود سامانه کنترل کیفی فرآیندهای جاری اورژانس، نیاز به تهیه

1- guide line
3- Pompili
5- Ruberto
7- Tatarelli

2- stigma
4- Girardi
6- Kotzalidis

به‌طور معمول کارکنان شاغل در اورژانس، نسبت به افراد خودکشی کرده، واکنش‌های منفی یا تردیدآمیز دارند و هم‌دلی کافی با آنان ندارند. این امر منجر به کاهش مراقبت‌های لازم از بیمار و ازدست‌رفتن فرصت‌های مهم پیش‌گیری از خودکشی‌های پسین می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر، کمبود وقت استادان برای آموزش و حضور در بالین بیمار بود. در پژوهش کاظمی (2004) نیز مشخص شد کمبود وقت مهم‌ترین مشکل در 80 درصد از استادان بود. حجم بالای کاری و نیاز به تعدیل برنامه نیز با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها هم‌خوان است؛ گرک‌یراکی، صبور، آویژگان، ابراهیمی و ذوالفقاری (2007) نیز بر حجم کاری بالای کارورزان و برنامه‌دار نبودن فرآیند آموزش دستیاران تأکید کرده بودند.

نگرانی نسبت به مسئولیت قانونی در مورد بیماران خودکشی کرده، از دغدغه‌های ذهنی آزمودنی‌ها بود. بنابراین آنان به روش‌هایی برای کنترل و مقابله با استرس نیاز داشتند. در پژوهشی (احدی، کاربخش، بنی‌جمالی و حکیمی، 2008) نشان داده شد بیشترین میزان سرسختی⁵ (کنترل، چالش، تعهد) به ترتیب مربوط به دستیاران رشته‌های جراحی مغز و اعصاب، روانپزشکی و اورژانس بود.

مشکل در تعیین زمان مصاحبه (به‌دلیل پرمشغله بودن آزمودنی‌ها) و نیز نگرانی از تأثیر صحبت‌هایشان بر ارزشیابی آنان، از محدودیت‌های اجرایی پژوهش حاضر بود.

با توجه به نیازهای آزمودنی‌ها به آموزش در مورد مسائلی مرتبط با خودکشی، نیز این نکته که برنامه آموزشی موجود، برآورنده نیازهای آنان در ارتباط با واقعیت‌های روزمره نیست، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی توسط مسئولان امر مورد بازنگری قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بدین وسیله از ایشان و تمامی دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در اجرای پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

آموزش اولویت‌بندی در برخورد با خودکشی، از دیگر نیازها بود. در پژوهش قریشی و موسوی‌نسب (2008) با عنوان مرور نظام‌مند بررسی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران، در نزدیک به 70 درصد بررسی‌های بازبینی‌شده، ارزیابی‌های تشخیصی از اختلال‌های روانپزشکی وجود نداشت. در برخی از بررسی‌ها نیز از نظر ساختاری توجه کافی به تشخیص‌های بالینی نشده و تنها در راستای هدف معینی مسائلی پیرامون اقدام به خودکشی بررسی شده بود. یکی از جنبه‌های مهم اطلاعات تشخیصی، تشخیص نوع اقدام یا اولویت بیمار است. در یک بررسی (کاهویی و علایی، 2010) مشخص شد 65/6 درصد دانشجویان به اطلاعات مربوط به تشخیص نوع اقدام یا اولویت بیمار نیاز زیادی داشتند. در صورتی که اولویت‌بندی ارایه خدمات هنگام حوادث به‌طور دقیق انجام نشود، ممکن است باعث درمان نامناسب برخی از افراد حادثه‌دیده شود (همان‌جا). دیگر بررسی‌ها نشان داده‌اند در افراد خودکشی کرده بیش از یک تشخیص از اختلال‌های روانپزشکی دیده می‌شود (قریشی و موسوی‌نسب، 2008). کیم¹ و همکاران (2003) در بررسی مردان اقدام‌کننده به خودکشی، میانگین موارد تشخیصی همراه با رفتارهای تکانه‌ای - پرخاشگرانه² را 2/36 درصد گزارش کردند. بنابراین به‌طور کلی هم‌پوشی³ تشخیص‌های روانپزشکی در این افراد بالاست.

فشار روانی زندگی در بسیاری از پژوهش‌ها با اقدام به خودکشی مرتبط بوده است (یاسمی، 1998؛ مورفی⁴، 1995؛ رستگار و علاقه‌بندان، 2003). در بررسی دیگری (کرمی و همکاران، 2006) مشخص شد مشکلات خانوادگی با فراوانی 38/5 درصد، شایع‌ترین علت اقدام به خودکشی است. مشکلات اقتصادی و شغلی در رتبه‌های پسین قرار داشت. بنابراین بهبود روابط خانوادگی را می‌توان از راهبردهای پیش‌گیری از خودکشی دانست. یافته پژوهش حاضر نیز نشان‌گر آن بود که آزمودنی‌ها آموزش در مورد مشکلات فامیلی و خانوادگی را ضروری دانسته بودند. ضرورت حضور استاد یا دستیار سال بالاتر در بالین بیمار خودکشی کرده نیز به‌وسیله آزمودنی‌ها بیان شد. به‌نظر می‌رسد حضور استاد در کنار دستیار، باعث انگیزه بالاتر و یادگیری بهتر می‌شود.

در پژوهش حاضر به‌نظر رسید شماری از کارکنان، به‌ویژه در نوبت‌های عصر و شب، واکنش درستی نسبت به بیمار ندارند. در پژوهشی (پامیلی و همکاران، 2005) نشان داده شد

1- Kim
2- impulsive-aggressive
3- overlap
4- Murphy
5- Hardiness

- Meshkini, A., & Meshkini, M. A. (2006). Report a case with attempted suicide with very rare method in an adolescent. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service*, 35(51), 89-94. (Persian)
- Moradi, S., & Khademi, A. S. (2009). Survey of committed suicide in Iran and comparison with world rate. *Forensic Medicine Journal*, 8(27), 21-61. (Persian)
- Murphy, G. E. (2005). Suicide and attempted suicide. In: M. Rutter (Ed.). *Child and adolescent psychiatry*. Newyork: John Wiley sons.
- Planing commission (2007). *Instructional program and criteria for clinical psychiatry, medical education, treatment and health ministry, the secretariat of medical and proficiency education council*. Health, treatment and medical education ministry of Iran. (Persian)
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 169-178.
- Poorafkari, N. (1995). *Clinical psychiatry & behavioral psychiatry*. Tehran: Shahre-Ashoob Pub. (Persian)
- Rastegar, L. A., & Alaghebandan, R. (2003). Epidemiological study of self-infected burns in Tehran, Iran. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 24(1), 15-20.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry* (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry* (9thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Strebert, H., & Carpenter, D. (2003). *Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative* (3rded.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yarmohammadian, M. H., Bahrami, S., Foroghi Abari, M. A. (2003). Proper need assessment pattern for health managers. *Iranian Journal in Medical Sciences Education*, 13(1), 70-75. (Persian)
- Yasami, M. T. (1998). Survey of epidemiology of attempted suicide in Kerman city. *Andeesheh va Raftar (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 3(4), 14-27. (Persian)
- Abbaszadegan, M., & Torkzadeh, J. (2000). *Education needs assessment in organizations*. Tehran: Sahami Pub. (Persian)
- Abzari, M., Dalvi, M. R., & Gazanfari, A. (2007). *Education needs Assessment*. Esfahan: Daneshpajuhan Barin Ins. (Persian)
- Ahadi, M., Karbakhsh, M., Bani-Jamali, S., & Hakimi-Rad, E. (2008). Survey of hardiness in medical residents. *Psychological Studies*, 4(4), 95-112. (Persian)
- Aminoroaia, M., Yarmohammadian, M. H., Ehsanpoor, S., Hasanzadeh, A., & Bahrami, S. (2005). Instructional need assessment in managers of Esfahan University of medical sciences. *Journal of Health Administration*, 2, 61-67. (Persian)
- Garac Yaraghi, M., Saboori, M., Avizhgan, M., Ebrahimi, A., & Zolfaghari, M. R. (2007). Interns opinion for residents education to them in Esfahan University of medical sciences. *Iranian Journal in Medical Sciences Education*, 7(2), 361-369. (Persian)
- Ghorashi, S. A., Moosavi-Nasab, N. (2008). A systematic review in committed suicide and attempted suicide in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(2), 115-131. (Persian)
- Janghorbani, M., & Sharifirad, G. (2005). Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Archives of Iranian Medicine*, 8, 119-126. (Persian)
- Kafman, R. (1994). *Strategic planning in education system* (Translated by F. Mashayekh & A. Bazargan). Tehran: Madreseh Pub. (Persian)
- Kahooii, M., & Alaii, S. (2010). Survey of data needs in nursing students in clinical education in emergency. *Koomesh*, 11(3), 155-162. (Persian)
- Karami, G. R., Amiri, M., Ameli, J., Ghoddosi, K., Saadat, A. R., Sajadi, M., & Noohi, S. (2006). Frequency of attempt to suicide in psychiatric ward of Baghiatollah Hospital. *Journal of Military Medicine*, 7(4), 305-312. (Persian)
- Kazemi, Z. (2004). Survey of data collection behavior in Masters, Residents and interns in Ahvaz University of medical sciences. *Health Information Management*, 1(2), 7-14. (Persian)
- Kim, C., Lesage, A. D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., & Tureeki, G. (2003). Patterns of comorbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, 33, 1299-1309.

Original Article

Assessment of Educational Needs on Suicide Prevention in Residents of Psychiatry at Isfahan University of Medical Sciences: A Qualitative Study

Abstract

Objectives: "Need assessment" is considered as the process of evaluation of needs in a specific domain, which is fundamental for quality improvement of health education and research. As suicide is one the most important problems in public health, it would be expected that all psychiatric residents should have adequate knowledge and skills to play their different roles in the field. This study was designed to assess educational needs of psychiatric residents at Isfahan University of Medical Sciences with the aim of determining the priorities and needs about suicide. **Method:** This qualitative phenomenological study was based on triangulation method. Sixteen psychiatric residents at Isfahan University of Medical Sciences were recruited using purposive sampling method. Data were gathered by interview and group debates and analyzed based on Colaizzi's seven-step model. **Results:** The findings of this study encoded 1015 codes, distributed in three main domains: "educational needs" (to recognize causes and risk factors, psychological education, and training practical skills against suicide), "needs in process and facilities" and "human resources needs". **Conclusion:** This study revealed multiple educational needs in the field of suicide. On the other hand, the current educational program could not fulfill the needs of psychiatric residents with regard to the contemporary realities of suicide. This finding mandates the revision of current educational programs.

Key words: *need assessment; psychiatric residents; suicide*

[Received: 15 September 2010; Accepted: 9 May 2011]

**Mahin Aminoroaia^a, Majid Barekatin*,
Abbass Attari^a**

* Corresponding author: Behavioral Sciences
Research Center, Isfahan University of Medical
Sciences, Isfahan, Iran, IR.

Fax: +98311-2222135

E-mail: barekatin@med.mui.ac.ir

^a Behavioral Sciences Research Center, Isfahan
University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.