Development Strategies in Medical Education

Winter 2025. Vol 11. Issue 4

Research Article

Explaining the challenges of providing services to suicidal people in the emergency room: A qualitative study

*** Majid Tavakol**[1]

1. Assistant Professor, Medical Ethic Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Tavakol M. Explaining the challenges of providing services to suicidal people in the emergency room: A qualitative study. Development Strategies in Medical Education. 2025; 11(4):407-424. [In Persian]

Article Info:
Received: 9 Sep 2024
Accepted: 12 Jan 2025
Available Online: 18 Mar 2025

ABSTRACT

Introduction: Managing patients who have attempted suicide poses significant challenges for healthcare providers, especially in emergency departments. These challenges include ethical dilemmas, cultural stigma, legal concerns, and systemic barriers that can compromise the quality of care. This study aims to identify and explore these challenges faced by healthcare providers in the emergency departments of Jahrom University of Medical Sciences to inform strategies for improving patient care.

Methods: This qualitative study utilized a conventional content analysis approach to explore the experiences and perspectives of emergency department staff, including emergency medicine specialists, physicians, and nurses. Participants were purposively selected based on a minimum of three years' experience in managing suicide attempts. Data saturation was used to determine sample size. Semi-structured interviews were conducted to collect data, which were then audio-recorded, transcribed, and analyzed using MAXQDA software. Graneheim and Lundman's content analysis method, involving open coding, categorization, and theme abstraction, was employed to analyze the data.

Results: The study identified several key challenges in managing suicidal patients, which were categorized into main themes and sub-themes. These included breaches in confidentiality, cultural stigmas surrounding mental illness, legal concerns related to patient care, and systemic failures within the emergency care environment. Ethical considerations, particularly maintaining patient autonomy and privacy, were also significant issues highlighted by the participants. Additionally, the emotional and cognitive challenges faced by healthcare providers were evident, reflecting the complexity of care in these high-stakes situations.

Discussion: This findings of this study highlight the multifaceted challenges that healthcare providers encounter in managing suicidal patients in emergency settings. The results underscore the need for systemic reforms, including the enhancement of psychiatric care infrastructure, improved training for healthcare providers, and the adoption of culturally sensitive care approaches. Addressing these challenges through comprehensive strategies could lead to significant improvements in the quality of care provided to suicidal patients, ultimately improving patient outcomes in emergency settings.

Key Words:
Suicide, Emergency Care, Healthcare Providers, Qualitative Study.

*** Corresponding Author:**
Dr Majid Tavakol
Address: Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
Tel: +98 9171926107
E-mail: mtavakol.313@gmail.com

Copyright © 2024 The Author[s];
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

Development Strategies in Medical Education

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

Extended Abstract

Introduction:

Suicide is defined as an act of commission or omission that results in the loss of one's own life, while suicide attempt refers to such an act that is unsuccessful. According to the World Health Organization (WHO), approximately 8 million people die by suicide annually, with 25 times more individuals attempting suicide. The interplay of individual and social risk factors highlights heterogeneity in the etiology of suicide, with variations in the strength and patterns of association across gender, age, culture, geography, and personal history. Suicidal ideation emerges in moments or behaviors that typically begin with suicidal threats, progress to suicide attempts, and culminate in completed suicide. Suicide ranks as the tenth leading cause of death in the United States across all age groups and the second leading cause among adolescents. Although suicide cases are often underreported or misclassified, suicide-related mortality occurs in individuals of all ages and backgrounds, exerting a profound impact on families, communities, and healthcare providers involved in their care. Attention to the manner and quality of care provided to suicide attempt patients in emergency departments can play a significant role in reducing secondary suicide rates. Consequently, conducting phenomenological studies to explore the challenges in delivering care to such patients during emergency visits could not only provide a scientific foundation for improving service quality but also serve as a basis for enhancing the skills and capabilities of emergency healthcare teams.

Methods:

A qualitative content analysis study was designed and conducted to explore emergency specialists' in-depth experiences in managing suicide attempt patients. The study population included all emergency medicine specialists, physicians, and nurses working in healthcare centers affiliated with Jahrom University of Medical Sciences. Participants were selected through purposive sampling based on the principle of theoretical saturation, ensuring representation of individuals with diverse experiences in this field. Sampling continued until data saturation was achieved, meaning until no new codes emerged from the interviews. Individual interviews were conducted using open-ended questions, with follow-up interviews performed when necessary. Interview questions were broad and open-ended in nature. Probing questions were employed to uncover deeper concepts during the interviews. The interview transcripts were imported into MAXQDA software for analysis and coding, and the coding process was systematically organized. Following multiple careful readings by the researcher, the interview texts were analyzed using an open coding system to generate initial categories.

Results:

This study included interviews with 5 physicians and 4 nurses. The preliminary analysis yielded 352 initial codes, which were ultimately categorized into 2 main categories, 13 subcategories, and 39 sub-subcategories.

Discussion:

Our qualitative study elucidates suicide as a complex, multidimensional phenomenon shaped by intersecting psychological, social, clinical, and systemic determinants. The findings, consistent with existing literature, reveal significant multifactorial challenges in emergency department management of suicide attempt cases. Key emergent challenges include: (1) acute psychological distress requiring immediate intervention, (2) pervasive social stigma complicating care delivery, (3) systemic inadequacies in resources and protocols, and (4) complex ethical considerations in treatment decisions. These interdependent factors collectively underscore the imperative for integrated, multilevel intervention strategies.

Conclusion:

Our qualitative study reveals that suicide is an inherently complex phenomenon shaped by an interplay of psychological distress, social stigma, clinical inadequacies, educational gaps, and systemic barriers. Addressing these multifaceted challenges requires a comprehensive approach that includes:

1. Strengthening psychiatric care infrastructure
2. Enhancing healthcare provider training

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

3. Improving social support systems
4. Addressing cultural and legal barriers

A profound understanding of these dimensions is critical for developing effective suicide prevention strategies and improving care quality for individuals in crisis.

However, while Dunkley acknowledge the importance of communication, they do not fully address how cultural stigmas surrounding mental illness affect confidentiality and patient behavior. Similarly, Sharan discusses ethical principles like autonomy and beneficence but overlooks practical challenges posed by emergency environments. This literature gap reflects a broader issue: the tendency to address ethical principles in isolation from the environmental and cultural contexts in which they operate. This discrepancy likely stems from ethical discussions often focusing on theoretical principles while insufficiently considering the impact of cultural and environmental factors, underscoring the need for a more integrated approach.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های ارائه خدمات به افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مراجعه به اورژانس: یک مطالعه کیفی

* مجید توکل [۱]

۱. استادیار، گروه معارف، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Tavako M. Explaining the challenges of providing services to suicidal people in the emergency room: A qualitative study. Development Strategies in Medical Education. 2025; 11(4):407-424. [In Persian]

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۹ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۳ دی ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۸ اسفند ۱۴۰۳

چکیده

هدف: مدیریت بیماران اقدام به خودکشی، به ویژه در محیط پراسترس اورژانس، با چالش‌های پیچیده‌ای همراه است. این چالش‌ها شامل مسائل اخلاقی، انگ‌های اجتماعی، ملاحظات قانونی و موانع ساختاری است که بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و بررسی دقیق این چالش‌ها در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است تا راهکارهایی برای بهبود مراقبت از این بیماران ارائه دهد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی از رویکرد تحلیل محتوای مرسوم برای بررسی تجربیات و دیدگاه‌های کارکنان بخش اورژانس، از جمله متخصصان اورژانس، پزشکان و پرستاران استفاده کرد. شرکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و معیارهای ورود به مطالعه حداقل سه سال تجربه در مدیریت اقدام به خودکشی بود. اشباع داده ها حجم نمونه را تعیین کرد. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته و انفرادی با سوالات باز جمع آوری شد. مصاحبه ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA ضبط، رونویسی و تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مضامین اصلی و فرعی مطالعه شامل؛ نقض رازداری، انگ های فرهنگی پیرامون بیماری روانی، نگرانی های قانونی مربوط به مراقبت از بیمار، و شکست های سیستمیک در محیط مراقبت های اورژانسی بود. ملاحظات اخلاقی، به ویژه حفظ استقلال و حفظ حریم خصوصی بیمار، مسائل مهمی بود که توسط شرکت کنندگان برجسته شد. علاوه بر این، چالش‌های عاطفی و شناختی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با آن مواجه بودند، مشهود بود که نشان‌دهنده پیچیدگی مراقبت در این موقعیت‌های پرمخاطره بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه چالش‌های چند وجهی را که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در مدیریت بیماران خودکشی در شرایط اضطراری با آن مواجه می‌شوند، برجسته می‌کند. نتایج بر نیاز به اصلاحات سیستمیک، از جمله بهبود زیرساخت های مراقبت روانپزشکی، آموزش بهبود یافته برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و اتخاذ رویکردهای مراقبتی حساس فرهنگی تاکید می کند. پرداختن به این چالش ها از طریق استراتژی های جامع می تواند منجر به بهبود قابل توجهی در کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران خودکشی شود و در نهایت نتایج بیماران را در شرایط اورژانس بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها :

خودکشی، اورژانس، پرستاران.

*نویسنده مسئول:

دکتر مجید توکل

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

تلفن: 9171926107 98+

پست الکترونیک: mtavakol.313@gmail.com

Copyright © 2024 The Author[s];
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

مقدمه:

خودکشی عبارت است از ارتکاب یا ترک فعل که منجر به از دست دادن جان خویش شود و اقدام به خودکشی زمانی است که عمل فوق ناموفق باشد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۸ میلیون نفر به دلیل خودکشی جان خود را از دست می دهند و ۲۵ برابر بیشتر اقدام به خودکشی می کنند [۱]. در هم آمیختگی عوامل خطر فردی و اجتماعی، ناهمگونی را در علت خودکشی، برجسته می کند و در قدرت و الگوهای ارتباط در جنس، سن، فرهنگ، مکان و سابقه فردی این عوامل متفاوت هستند [۲]. افکار خودکشی در لحظات یا رفتارهایی شکل می گیرد که معمولاً با تهدید به خودکشی شروع می شود و سپس اقدام به خودکشی و در نهایت با انجام عمل خودکشی آغاز می شود [۳].

خودکشی دهمین علت مرگ و میر در ایالات متحده در بین تمام گروه های سنی و دومین عامل مرگ و میر در بین نوجوانان است [۴]. اگرچه معمولا موارد خودکشی کمتر گزارش می‌شود و گاهی به اشتباه طبقه بندی می‌شود، اما مرگ و میر ناشی از خودکشی در افراد با هر سن و پیشینه‌ای رخ می‌دهد، که تأثیر عمده ای بر خانواده، جوامع، و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند دارد [۵،۶]. در کانادا، تخمین زده می‌شود که به ازای هر مرگ ناشی از خودکشی، ۲۵ تا ۳۰ اقدام دیگر برای خودکشی وجود دارد که بسیاری از آن‌ها منجر به مراجعه به بخش اورژانس، بستری شدن مستقیم در بیمارستان و/ یا پذیرش در مراکز بهداشت روان می‌شود [۷،۸].

اقدام به خودکشی قبلی یکی از پیشبینی کننده‌های قوی خودکشی در آینده است. حدود ۳۰ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند به تکرار اقدام به خودکشی معروف هستند [۹]. حتی در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شده که سابقه اقدام به خودکشی، احتمال خودکشی را تا ۴۰ برابر بیشتر از افراد عادی افزایش می‌دهد [۱۰]. بنابراین افراد با سابقه اقدام به خودکشی در گروه پرخطر خودکشی قرار می گیرند و هدف پیشگیری ثانویه از خودکشی قرار دارند [۱۱]. مطالعات قبلی عوامل خطر مرتبط با رفتارهای خودکشی را به عنوان بارگذاری ژنتیکی، اختلال عملکرد مغز و آسیب شناسی روانی را شناسایی کرده اند [۱۷-۱۲]. حالات عاطفی، مانند پرخاشگری و تکانشگری، بیماری‌های جسمی، استفاده از خواب آور یا مواد مخدر، و تجربیات شخصی، مانند ترومای دوران کودکی نیز از دیگر عوامل خودکشی می‌تواند باشد [۲۱-۱۸،۱۳].

خود کشی در مقایسه با سایر انواع مرگ‌ها، مرگی فاجعه‌آمیز اما قابل پیشگیری محسوب می‌شود [۲۲]. رایج ترین نقطه تماس افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند با خدمات پشتیبانی، از طریق بخش اورژانس بیمارستان است [۲۳]. اولین تماس بیمار با سیستم بهداشتی پس از اقدام به خودکشی یا آسیب به خود متخصصان پرستاری در خدمات اورژانس هستند [۲۴]. با این حال، افرادی که پس از اقدام به خودکشی به بخش اورژانس مراجعه کرده‌اند، حمایت دریافت شده را ناکافی یا کاملاً غایب توصیف کرده‌اند [۲۳،۲۵،۲۶]. از آنجا که در میان عوامل متعدد پیشگیری از خود کشی، نقش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نقش مهمی‌دارند [۲۷]. در نتیجه، تماس‌های متعددی برای بهبود حمایتی که افراد در بخش‌های اورژانس دریافت می‌کنند و بهبود نحوه ارتباط آن‌ها با مراقبت‌های مستمر مبتنی بر جامعه وجود دارد [۲۸،۲۹]. بخش اورژانس فرصتی برای ارائه مداخلات پیشگیری از خودکشی و نجات بخش است [۳۰].

برآوردها نشان می‌دهد ۲۵ درصد از بیمارانی که به دنبال اقدام به خودکشی به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند، تلاش دیگری انجام می‌دهند، بین ۱۰-۵ درصد بعداً بر اثر خودکشی می‌میرند، و نسبت قابل توجهی از بیمارانی که بر اثر خودکشی می‌میرند، در طول سال قبل سابقه مراجعه به بخش اورژانس داشته‌اند [۳۱،۳۲]. بنابراین توجه به نحوه و کیفیت ارائه خدمات به افراد اقدام‌کننده به خودکشی در بخش اورژانس می‌تواند در کاهش آمار خودکشی ثانویه تاثیر گذار باشد؛ درنتیجه انجام مطالعات با هدف پدیدارشناسی چالش‌های ارائه خدمات به افراد اقدام‌کننده به خودکشی

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

در مراجعه به اورژانس می‌تواند علاوه بر ایجاد دستمایه ای علمی برای برنامه‌ریزی در جهت بهبود کیفیت خدمات زمینه ای برای ارتقا و توانمند سازی تیم ارائه‌دهنده خدمات در بخش اورژانس نیز باشد.

مواد و روش‌ها:

با هدف بررسی عمیق تجربیات متخصصین اورژانس در برخورد با بیماران اقدام به خودکشی، پژوهشی با رویکرد کیفی و تحلیل محتوا طراحی و اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه متخصصین طب اورژانس، پزشکان و پرستاران شاغل در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و بر اساس اصل اشباع نظری انجام شد، به طوری که افرادی با تجربیات متنوع در این زمینه انتخاب شدند. این رویکرد به محققان امکان داد تا به درک عمیقی از چالش‌ها و فرصت‌های موجود در این حوزه دست یابند. در نمونه گیری از مشارکت‌کنندگان از حداکثر تغییر پذیری از نظر (سن، جنس، تحصیلات، سابقه و محل خدمت...) استفاده شد [۳۳].

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از داشتن حداقل سه سال سابقه کار در بخش اورژانس، تجربه مستقیم در برخورد با بیماران اقدام به خودکشی و اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش. همچنین، شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری یا انصراف از مطالعه، از پژوهش حذف می‌شدند.

نمونه گیری تا اشباع داده‌ها یعنی تا زمانی که کدهای جدیدی در مصاحبه‌ها اعمال نشده باشند ادامه یافت. مصاحبه‌ها به صورت فردی و با سوالات باز و در صورت نیاز مصاحبه تکمیلی با مشارکت‌کنندگان در پژوهش انجام شد. سؤالات مصاحبه به صورت باز و کلی، پرسیده شد. جهت کشف مفاهیم عمیق در مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی استفاده شد که در این مطالعه سوالات کاوشی شامل موارد زیر بود: می‌توانید برایم یک مثال بزنید.... ممکن است بیشتر توضیح دهید ..... آیا منظورتان این است که.... چگونه ..... و ..... در انجام مصاحبه‌ها اصول خوب گوش کردن، سکوت کردن در فواصل صحبت‌ها، فرصت تفکر دادن و ... رعایت خواهد شد. هر جلسه مصاحبه با دو سوال زیر خاتمه خواهد یافت: ‹به نظرتان مسئله دیگری وجود دارد که نیاز است بیان کنید؟› و ‹آیا از من سوالی دارید؟›. پاسخ شرکت کنندگان راهنمای سوالات بعدی بود.

بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها به همراه ارتباطات غیر کلامی‌شرکت کنندگان مانند لبخند، سکوت و ... ثبت شد. متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد. سپس داده‌ها به واحدهای معنایی (کدها) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد و بعد کدها بر اساس تشابه مفهومی‌و معنایی طبقه بندی و تا حد امکان کوچک و فشرده شد. در نهایت داده‌ها در طبقه بندی‌های اصلی که کلی تر و مفهومی‌تر بود، قرار گرفت و در نهایت تم‌ها انتزاع شد. در پایان دو استاد صاحب نظر در زمینه ی پژوهش‌های کیفی تمام مراحل فرایند را نظارت و حسابرسی کرد و به تایید آن‌ها رسید. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار و طبقات اصلاح شد. بیانات غیر مرتبط با مطالعه در هر مصاحبه حذف شد. به علاوه هدف استفاده از ضبط صوت به آن‌ها گفته شد. برای ضبط گفته‌های شرکت کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها این اطمینان داده شد که گفته‌های آن‌ها به صورت محرمانه حفظ شود.

در پایان نیز از مشارکت‌کنندگان در خواست شد که اگر موردی هست که بیان نکرده اند را بیان کنند و اگر سؤالی دارند را مطرح نمایند و شماره تلفنی در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار دادیم، که اگر پس از پیاده سازی مصاحبه‌ها نیاز به تکمیل و یا بیان واضح تر احساسات بود دسترسی به نمونه‌ها امکانپذیر باشد. در پایان، مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله پیاده، کدبندی و تجزیه و تحلیل شد تا بازخورد لازم برای مصاحبه‌های بعدی و یا کفایت و اشباع داده‌ها را فراهم کند. مصاحبه‌های ضبط شده در اولین فرصت در نرم افزار Microsoft Office 2013 تایپ می‌شود و سپس مصاحبه‌ها برای تحلیل و کدبندی به نرم افزار

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

MAXQDA منتقل و فرایند کدبندی سازماندهی می‌شود. متن مصاحبه‌ها پس از چندین بار بازخوانی دقیق توسط پژوهشگر، به صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. بدین منظور ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی تقسیم شده و در مرحله بعد خلاصه شده و به کدهای اولیه تبدیل می‌شوند. کدهای مختلف بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته بندی می‌شوند. در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تامل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها، محتوای نهفته در داده‌ها تحت عنوان درون مایه مطالعه معرفی شد [۳۴].

یافته‌ها:

در این مطالعه، ۵ پزشک و ۴ پرستار مصاحبه شدند. تجزیه و تحلیل اولیه منجر به ۳۵۲ کد اولیه شد که در نهایت به ۲ طبقه اصلی، ۱۳ زیر طبقه و ۳۹ زیر زیر طبقه منتهی شد (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات، زیرطبقات و زیر زیرطبقات حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

طبقات	زیر طبقات	زیر زیر طبقات
چالش های ارائه خدمات به بیماران اقدام کننده	چالش‌های اقدام کنندگان	عدم تکمیل پروسه درمان و پیگیری بعد از ترخیص عدم همکاری و تمایل در ارائه اطلاعات ترس از انگ و ننگ‌های اجتماعی پنهان کردن حقیقت و مخفی کاری
	چالش‌های همراه بیماران	عدم همکاری در ارائه اطلاعات و مخفی کاری واکنش‌های نامناسب عدم درمان و پیگیری بیماری
	چالش‌های بالینی	ثبت ناقص اطلاعات بیماران عدم ارائه مراقبت تخصصی روانپزشکی به بیماران اقدام‌کننده نقص درمدیریت بالینی بیماران
	چالش‌های کادر درمانی	نقص در صلاحیت بالینی نقص در بر قراری ارتباط با بیماران اقدام‌کننده برخورد نامناسب پزشکان با اقدام کنندگان آسیب دیدن و عدم ایمنی در کار
	چالش‌های آموزشی	نقص در آموزش بالینی کمبود امکانات و زیر ساخت آموزشی
	چالش‌های محیط درمانی	بستری کردن بیماران اقدام‌کننده در بخش‌های عمومی عدم وجود تخت تخصصی روانپزشکی و متخصصان مربوطه فراهم نبودن زیر ساخت‌های لازم مناسب نبودن ساختار بخش برای بیماران روان پزشکی
	چالش‌های اخلاقی	نقض اصل محرمانگی نقض اصل رعایت حریم خصوصی
	چالش‌های فرهنگی-اجتماعی	دید منفی نسبت به مراجعه به مشاوره کمبود هزینه و امکانات اجتماعی
	چالش‌های قانونی	احتمال آسیب به خود و دیگران کسب مجوزهای قانونی ترس بیمار از پیگرد قانونی ترس پرسنل از پیگرد قانونی

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

جدول ۱: طبقات، زیرطبقات و زیر زیرطبقات حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها

طبقات	زیر طبقات	زیر زیر طبقات
راهکارهای حل چالش‌ها	راهکارهای مدیریتی	تامین زیر ساخت‌های لازم تامین منابع انسانی لازم
	راهکارهای آموزشی	تقویت آموزش به کادر درمان بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی
	راهکارهای درمانی	پیگیری بیماران بعد از ترخیص حمایت‌های مالی از بیماران مدیریت فرآیند درمانی بیماران حمایت روانی از بیمار و خانواده اش
	راهکارهای اجتماعی	ترویج مشاوره برای همه مردم آموزش مهارت‌های روانشناختی در خانوده و جامعه لزوم تقویت بعد معنوی در افراد جامعه

چالش‌های ارائه خدمات به بیماران اقدام‌کننده: ارائه خدمات به بیماران اقدام‌کننده به خودکشی با مجموعه‌ای از چالش‌ها در زمینه‌های مختلف روبه‌رو است. این چالش‌ها می‌توانند بر کیفیت و اثربخشی خدمات تأثیر بگذارند. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، به ۹ طبقه چالش‌های اقدام کنندگان، چالش‌های همراه بیماران، چالش‌های بالینی، چالش‌های کادر درمانی، چالش‌های آموزشی، چالش‌های محیط درمانی، چالش‌های اخلاقی، چالش‌های فرهنگی- اجتماعی و چالش‌های قانونی اشاره نمودند.

چالش‌های اقدام کنندگان: این چالش‌ها به مسائل مرتبط با خود بیماران اقدام‌کننده به خودکشی اشاره دارند که شامل مواردی مانند عدم تکمیل پروسه درمان و پیگیری بعد از ترخیص، عدم همکاری و تمایل در ارائه اطلاعات، ترس از انگ و ننگ‌های اجتماعی و پنهان کردن حقیقت و مخفی کاری می‌باشد. مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که بیماران اقدام‌کننده با اصرار خود و خانواده‌هایشان و ترخیص زودهنگام پروسه درمان را ناتمام رها می‌کنند. در این رابطه شرکت کننده شماره ۵ بیان داشته است: "بیماران اقدام‌کننده به درمان مقاومت نشون میدن... حتی لوله گذاری هم گاها با مشکل مواجه میشه و اجازه نمیدن... بعدم که کمی‌بهتر شدن سریع می‌خوان رضایت بدن... اینها معمولا بعد از ترخیص هم پیگیری نمی‌کنن ... مشاوره نمیرن...".

همچنین به دلیل ترس از انگ و برچسب بیماری روانی این بیماران معمولا در دادن اطلاعات در مورد بیماری و سابقه خود تردید دارند و با پرسنل همکاری نمی‌کنند. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان داشته است: "مشکل دیگه ای که هست اینه که این بیمارا خیلی سخت اطلاعات میدن.... می‌ترسن که یکی آشنا در بیاد و اونا رو بشناسه... حتی خواهش می‌کنن که نذارید پدرم بفهمه... همسرم بفهمه.... از اینکه برچسب بیماری روانی بخورن می‌ترسن...".

چالش‌های همراه بیماران: مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که همراهان بیماران اقدام‌کننده به خودکشی به دلیل ترس از قضاوت یا سرزنش و یا خجالت کشیدن و همچنین عدم اگاهی از اطلاعات مربوط به بیماری‌های روانپزشکی، دارای چالش‌هایی مانند عدم همکاری در ارائه اطلاعات و مخفی کاری، واکنش‌های نامناسب و عدم درمان و پیگیری بیماری هستند. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این رابطه بیان نموده است: "همراهان بی قرار معمولا... بعضیاشون خیلی عصبانین از اتفاقی که افتاده... بعضیاشون خیلی می‌ترسن ... هم ترس از جون بیمارشون دارن و هم ترس اینکه شناخته بشن و آبروشون بره... معمولا اونا هم برای دادن اطلاعات بیمارشون همکاری نمی‌کنن... اصرار دارن که زود بیمارشون رو ترخیص کنن... و زودتر برن از

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

بیمارستان... ".

چالش‌های بالینی: این چالش‌ها اشاره به مسائلی دارد که در ارائه مراقبت بالینی از بیماران به دلیل کمبود امکانات ارائه مراقبت روانپزشکی بوجود می‌آیند و شامل ثبت ناقص اطلاعات بیماران، عدم ارائه مراقبت تخصصی روانپزشکی به بیماران اقدام‌کننده و نقص درمدیریت بالینی بیماران می‌باشد. شرکت کننده شماره ۴ بیان داشته است: "ما بعضی وقتا دیر می‌فهمیم که بیمار خودکشی کرده... یعنی در اثر مخفی کاری و عدم دادن اطلاعات درست توسط بیمار و همراهش، اطلاعات درست ثبت نمیشه و روند درمان را منحرف می‌کنه متاسفانه...."

همچنین مشارکت‌کننده شماره ۵ در مورد عدم ارائه مراقبت تخصصی روانپزشکی به بیماران اقدام‌کننده بیان داشته است: "چالش مهمی‌که وجود داره اینه که به دلیل نبود یک سنتر روانپزشکی در جهرم، مراقبت تخصصی روانپزشکی ارائه نمیشه.. حتی آنتی دوت بعضی از داروها هم نداریم... روانپزشک متخصص هم نداریم که بخواد بیاد و تشخیص‌های اختصاصی روانپزشکی و پروتکل درمانی مخصوص روانپزشکی رو اجرا کنه... ".

در مورد نقص در مدیریت بالینی بیماران، مشارکت‌کننده شماره ۸ نیز بیان داشته است: "وقتی درخواست مشاوره روانپزشکی برای بیمار می‌ذاریم... حتی روانپزشک بیمار رو ویزیت نمی‌کنه و تلفنی دستور میذاره.... این بیمار نیاز به مشاوره روانشناسی داره اما ماامکانش رو نداریم... خب بیمار و مشکلاتش میس میشه... و روند درمان مختل میشه...."

چالش‌های کادر درمانی: این چالش‌ها مرتبط با مسائل و مشکلات مرتبط با اعضای تیم درمانی اعم از پزشکان و پرستاران می‌باشد و شامل نقص در صلاحیت بالینی، نقص در بر قراری ارتباط با بیماران اقدام‌کننده، برخورد نامناسب پزشکان با اقدام کنندگان و آسیب دیدن و عدم ایمنی در کار می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۶ در ابطه با نقص در صلاحیت بالینی و نقص در بر قراری ارتباط با بیماران اقدام‌کننده بیان داشته است: "مراقبت‌های اعصاب و روان تخصصیه... نیاز به تجربه داره.... پرستاران ما که تجربه ای در این زمینه ندارن... همون تشخیص افکار خودکش هم تخصص می‌خواد... حتی مراقبت‌های ایمنی و حراستی از این بیماران هم تخصص مخصوص خودش را می‌خواد که پرسنل حراست ما ندارن... ما نیم دونیم چطور باید با این طور بیمارا ارتباط بگیریم... چطور آرومشون کنیم... ".

همچنین مشارکت‌کننده شماره ۹ بیان داشته است: "حتی اتندینگ هم در ارتباط با این بیماران نمی‌دونن چطور باید ارتباط بگیرن... گاهی اوقات دیدم که اتند بیمار رو دعوا می‌کنه و خوب برخورد نمی‌کنه... خب این بیمار روحش آسیب دیده... نباید پزشک اونو دعوا کنه... یا حتی گاها پزشک دستور دی سی لوله بینی بیمار رو نمیده میگه بذار براش درس عبرت بشه دیگه از این کارا نکنه.... خب همین میشه که بیمار آژیته میشه و حمله می‌کنه به پرسنل...".

چالش‌های آموزشی: این چالش‌ها مرتبط با فرآیند آموزش به دانشجویان و کارکنان می‌باشد و شامل نقص در آموزش بالینی و کمبود امکانات و زیر ساخت‌های آموزشی می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان داشته است: "کوریکولوم آموزشی ما هم مشکلاتی داره... مثلا همه مباحث توش هست به جز اورژانس‌های روانپزشکی... در کنارش چون بخش آموزشی روانپزشکی هم نداریم و از طرفی دانشجویان هم زیادند و کیس‌های اموزشی هم کم هستند ... و اینا باعث میشه آموزش بالینیمون هم درست اتفاق نیفته.... پرسنل هم نیاز به آموزش دارن... چون اونا هم آگاهی چندانی در مورد کیس‌های روانپزشکی ندارن...".

چالش‌های محیط درمانی: در این زیر طبقه مشارکت‌کنندگان به چالش‌های بستری کردن بیماران اقدام‌کننده در بخش‌های عمومی، عدم وجود تخت تخصصی روانپزشکی و متخصصان مربوطه، فراهم نبودن زیر ساخت‌های لازم و مناسب نبودن ساختار بخش برای بیماران روان پزشکی اشاره کردند. مشارکت‌کننده شماره ۱ در این رابطه بیان داشته است: "بخش اورژانس شلوغه ... و از طرفی ساختار بخش برای مراقبت از بیمار اعصاب و روان مناسب نیست... گاهی اوقات تخت آی سی یو نداریم ... متخصص سم شناسی نداریم... خب زیر ساخت‌ها برای

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

مراقبت از این بیماران متاسفانه فراهم نیست... ".

همچنین مشاکت کننده شماره ۶ بیان داشته است: "بخش روان نداریم و مجبوریم بیماران رو اعزام کنیم... متخصص روانپزشک کم داریم و بیمار ویزیت روانپزشکی نمیشه... بیمار اعصاب و روان رو قاطی بقیه مریضا خوابوندیم...خب این تعارض برای پرسنل ایجاد می کنه...."

چالش‌های اخلاقی: در این زیر طبقه مشارکت‌کنندگان به چالش‌های اخلاقی مانند نقض اصل محرمانگی و نقض اصل رعایت حریم خصوصی اشاره کردند. مشارکت‌کننده شماره ۲ در این رابطه بیان داشته است: "متاسفانه توی راندها، تشخیص بیمار که گفته میشه همه دانشجویان و پرسنل می‌فهمن که بیمار خودکشی کرده و گاهی اوقات همکاران هم رعایت نمی‌کنن و بیماران دیگه هم متوجه میشن... از طرفی به دلیل ساختار بخش، حریم خصوصی بیمار هم معمولا رعایت نمیشه و بیماران دیگه متوجه میشن گاهی اوقات..."

چالش‌های فرهنگی-اجتماعی: مشارکت‌کنندگان در این زیر طبقه به مسائلی که در جامعه مانع ارائه و استفاده از خدمات مورد نیاز برای بیماران اقدام‌کننده به خودکشی وجود دارد اشاره کردند که شامل دید منفی نسبت به مراجعه به مشاوره و کمبود هزینه و امکانات اجتماعی می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این زمینه بیان داشته است: "بیماران معمولا بعد از ترخیص به مشاوره مراجعه نمی‌کنند ... چون هنوز در جامعه ما این مسئله جا نیفتاده و فکر می‌کنن هر کس میره پیش مشاور، مشکل روانی داره... از طرفی هزینه‌های مشاوره بالا هست و اکثر مراجعین هم از لحاظ مالی در توانشون نیست.... در روستاها هم که اصلا خدمات مشاوره داده نمیشه.... اینه که اکثر بیماران با مشکل خودکشی، از روستاها و وضعیت مالی پایین هستند..."

چالش‌های قانونی: این زیر طبقه، شامل مسائل قانونی است ارائه دهندگان و گیرندگان مراقبت که هنگام ارائه مراقبت از اقدام کنندگان خودکشی با آن‌ها مواجه هستند که شامل احتمال آسیب به خود و دیگران، کسب مجوزهای قانونی، ترس بیمار از پیگرد قانونی و ترس پرسنل از پیگرد قانونی می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۹ بیان داشته است: "بخش اورژانس فوق العاده شلوغه... و بیماری که خودکشی کرده... پرخاشگره... افکار خودکشی داره بین مریضای دیگه خوابیده.... اگر خدای نکرده این بیمار به خودش یا دیگران آسیبی بزنه... مسئولیت قانونی من مسئول بخش خیلی تو این قضیه زیاده.... و واقعا برای منم امکان کنترل این جور مریضی نیست..."

همچنین مشارکت‌کننده شماره ۵ بیان داشته است: "بیمار از اینکه بخواد به مراجع قضایی پاسخگو باشه به خاطر خودکشی... یا اینکه بیان دستگیرش کنن ترس داره... بنابراین برای ارائه اطلاعات، همکاری نمی‌کنه و اطلاعات نادرست میده... اگرم بخواد رضایت شخصی بده که دیگه دردسر ما تازه شروع میشه... چون نماینده از دادگاه باید بیاد این اجازه رو صادر کنه و این پروسه خیلی پرچالش و زمانبره...."

راهکارهای حل چالش‌ها: دومین طبقه حاصل شده از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان، راهکارهایی هستند که پزشکان و پرستاران اشاره کردند در مواجهه با چالش‌های ارائه خدمت به بیماران اقدام‌کننده خودکشی استفاده می‌کنند که شامل راهکارهای مدیریتی، راهکارهای آموزشی، راهکارهای درمانی و راهکارهای اجتماعی می‌باشد.

راهکارهای مدیریتی: این زیر طبقه شامل اقدامات مدیریتی مورد نیاز برای حل چالش‌های ذکر شده می‌باشد که شامل تامین زیر ساخت‌های لازم و تامین منابع انسانی لازم می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۳ در این رابطه بیان داشته است: "مهمترین کار در این شرایط، راه اندازی مرکز اعصاب و روان هست... خیلی از چالش‌هایی که وجود داره به خاطر عدم این مرکز هست..."

همچنین مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان داشته است: "علاوه بر راه اندازی بخش تخصصی اعصاب و روان در جهرم... باید نیروهای مورد نیاز هم تامین بشه... ما نیاز به آنکال ۲۴ ساعته روانپزشک داریم... روانشناس کشیک باید داشته باشیم که بیمار رو مشاوره کنه..."

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

راهکارهـای آمـوزشی: در ایـن زیـر طبقـه، مشـارکت‌کنندگان بـه راهکارهـای آمـوزشی مـورد نیـاز بـرای حـل چالش‌هـای موجـود اشـاره کردند کـه عبارتنـد از: تقویت آمـوزش بـه کادر درمـان و بازنگـری کوریکولوم‌هـای آمـوزشی. در ایـن رابطـه مشـارکت‌کننده شـماره ۴ بیـان داشـته اسـت: "پرسـنل نیـاز بـه آمـوزش دارن، در مـورد مسـمومیت‌های دارویی... اورژانس‌هـای روانپزشـکی... مهارت‌هـای رفتـار بـا اینطـور بیمـاران... سـمینار برگـزار کنـن... دوره آمـوزشی بـذارن...".

همچنیـن مشـارکت‌کننده شـماره ۷ بیـان داشـته اسـت: "بازنگـری کوریکولـوم آمـوزشی دانشـجویان پزشـکی بـا تاکید بـر مبحـث مسـمومیت‌های دارویی و خودکـشی، نیاز هسـت... همچنیـن نیـازه که صرفـا آموزش تئوری نباشـه... دانشـجویان پزشـکی، بیـان تـو بالین و ببینـن مـوارد روانپزشـکی رو...".

راهکارهـای درمـانی: مشـارکت‌کنندگان در ایـن زیـر طبقـه بـر راهکارهـای درمـانی که شـامل پیگیری بیمـاران بعد از ترخیـص، حمایت‌هـای مـالی از بیمـاران، مدیریـت فرآینـد درمـانی بیمـاران و حمایـت روانی از بیمار و خانـواده اش تاکید کردنـد. مشـارکت‌کننده شـماره ۳ در ایـن رابطـه بیـان داشـته اسـت: "بیمـار بایـد بعـد از ترخیـص پیگیری بشـه... بـره پیش روانکاو، مشـاوره بشـه وگرنـه برمی‌گرده دوباره... پون مشـکلش حـل نمیشـه... حتمـا باید یـه سـاز و کاری ایجاد بشـه که مثلا مـددکار بیمارسـتان، مشـاوره‌های بیمـار رو پیگیـری کنـه... از لحـاظ هزینه‌هـای مشـاوره حمایت بشـه...".

مشـارکت‌کننده شـماره ۹ نیـز بیـان داشـته اسـت: "خانواده‌هـای ایـن بیمـاران اگـر آمـوزش ببینـن و آگاهی پیدا کنـن، بتونـن بـا پزشـک صحبـت کنـن و پزشـک اونـا رو در جریـان درمـان قـرار بـده خیـلی تاثیـر داره توی همکاریشـون هـم حیـن درمـان هـم بعـد از ترخیـص... بـه نظـرم بایـد ایـن حمایتـه از بیمـار و همراهانـش اتفـاق بیفتـه...".

همچنیـن مشـارکت‌کننده شـماره ۷ بیـان داشـته اسـت: "بـرای درمـان این بیماران نیاز هسـت که روانپزشـک حضوری بیـاد و مریـض رو ببینـه نه اینکـه تلفنی بیمـار رو ویزیت کنه... شـرایط ایمـنی هـم بـرای بیمـار و هـم بـرای پرسـنل و بقیـه بیمـاران بایـد در نظـر گرفتـه بشـه کـه خـدای نکـرده اتفـاق ناگـواری نیفتـه ... مـا هـم صبورتر و بـا آرامش بیشـتری از این بیمـاران مراقبـت کنیـم... البتـه گاهی نیـازه که بیمـار به مرکز اسـتان اعزام بشـه که مـا در این زمینـه اقدامـات لازم رو انجام میدیم....".

راهکارهـای اجتمـاعی: در ایـن زیـر طبقـه مشـارکت‌کنندگان بـه ظرفیت‌هـای اجتمـاعی مـورد نیـاز بـرای حـل چالش‌هـای ارائـه مراقبـت بـه بیمـاران اقدام‌کننده خودکـشی اشـاره کردنـد کـه شـامل ۳ زیـر زیـر طبقـه ترویج مشـاوره بـرای همه مردم، آمـوزش مهارت‌های روانشـناختی در خانـوده و جامعـه و لـزوم تقویـت بعـد معنـوی در افـراد جامعه می‌باشـد. در انی رابطـه مشـارکت‌کننده شـماره۲ بیـان داشـته اسـت: "نیـازه کـه مشـاوره جـا بیفتـه تـوی جامعـه... اینقـدر فراگیـر بشـه کـه دیگـه نـه تابـو محسـوب بشـه و نـه مخالفتی باهـاش تـو خانواده‌هـا صـورت بگیـره... ایـن مراجعه به مشـاور خیـلی تاثیـر داره تـوی پیشـگیری از خودکشی... چون مشـکل رو قبـل از اینکـه بـه مرحلـه حـاد خودکـشی برسـه، مشـاور شناسـایی می‌کنـه...".

مشـارکت‌کننده شـماره ۸ نیـز بیان داشـته اسـت: "آموزش مهارت‌هـای حـل مسـئله و تـاب آوری مهمـه... اکثـر افـرادی کـه خودکـشی می‌کنـن تـوی حـل مسـئله ضعیفـن... آموزش ایـن مهارت‌هـا بـه خانواده‌هـا و فرزندانشـون خیلی مهمـه... در کنـارش تقویـت ایمـان و باورهـای معنـوی افـراد هـم از نظـر پیشـگیری از خودکـشی می‌تونـه موثـر باشـه...".

بحث و نتیجه‌گیری:

ماهیـت خودکـشی، همانطـور کـه در مطالعـه کیـفی مـا روشـن شـد، یـک پدیـده چندوجهی اسـت کـه تحـت تأثیـر عوامـل روانی، اجتمـاعی، بالینـی و سیسـتمیک قـرار دارد. مطالعـه مـا و ادبیـات موجود، چالش‌هـای چند جانبـه‌ای را که بخش‌هـای اورژانـس در ارائـه خدمـات به افـرادی که اقـدام به خودکـشی می‌کننـد بـا آن مواجـه هسـتند، برجسـته می‌کند. ایـن چالش ها شـامل پریشـانی روانی، انگ اجتماعی، نارسـایی های سیسـتمی و مسـائل اخلاقی اسـت که همـگی نیازمند راه حـل هـای جامـع و هدفمند هسـتند.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

مدیریت بیماران خودکشی در تنظیمات اورژانس شامل پیمایش چالش‌های پیچیده اخلاقی، فرهنگی، قانونی و سیستمی است. این بحث تجزیه و تحلیل می‌کند که چگونه یافته‌های ما با ادبیات موجود همسو می‌شوند یا از آن فاصله می‌گیرند، و دلایل اساسی این توافق‌ها و مخالفت‌ها را بررسی می‌کند.

محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی برای مراقبت‌های بهداشتی اخلاقی، به ویژه در موارد حساس که شامل بیماران خودکشی می‌شود، اساسی است. مطالعه ما با حمایت دانکلی و همکاران، نشان می‌دهد که چگونه محیط فیزیکی بخش‌های اورژانس اغلب محرمانه بودن بیمار را به خطر می‌اندازد و منجر به بی‌میلی بیماران برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات حیاتی می‌شود. این همسویی نشان می‌دهد که به رسمیت شناخته می‌شود که نقض حریم خصوصی، ناشی از مقررات ناکافی حریم خصوصی، می‌تواند به طور قابل توجهی اعتماد بین بیماران و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را تضعیف کند، که برای مراقبت موثر ضروری است [۳۵].

همسویی با یافته‌های ما و دانکلی و همکاران از درک متقابل چگونگی تأثیر محیط‌های فیزیکی بر عملکرد اخلاقی ناشی می‌شود. هر دو مطالعه تاکید می‌کنند که وقتی بیماران کمبود حریم خصوصی را درک می‌کنند، ممکن است به دلیل ترس از قضاوت یا انگ، اطلاعات خود را پنهان کنند. این اشتراک، تمرکز نوظهور در ادبیات را بر جنبه‌های عملی مراقبت اخلاقی، به ویژه اینکه چگونه طراحی محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند از اصول اخلاقی مانند استقلال و سودمندی حمایت کند یا مانع آن شود، برجسته می‌کند.

با این حال، در حالی که دانکلی و همکاران اهمیت ارتباطات را تصدیق می‌کنند، آن‌ها به طور کامل به چگونگی تأثیر انگ‌های فرهنگی پیرامون بیماری روانی بر رازداری و رفتار بیمار نمی‌پردازند. به طور مشابه، شاران و همکاران [۲۰۲۳] اصول اخلاقی مانند استقلال و سودمندی را مورد بحث قرار می‌دهد، اما چالش‌های عملی ناشی از محیط‌های اورژانس را نادیده می‌گیرد. این شکاف در ادبیات موضوع گسترده‌تری را منعکس می‌کند [۳۶]. تمایل به برخورد با اصول اخلاقی جدا از زمینه‌های محیطی و فرهنگی که در آن به کار می‌روند. این اختلاف احتمالاً به این دلیل است که بحث‌های اخلاقی اغلب بر اصول نظری تمرکز می‌کنند، بدون اینکه تأثیر عوامل فرهنگی و محیطی را به اندازه کافی در نظر بگیرند، که بر نیاز به رویکردی یکپارچه‌تر تأکید می‌کند.

نگرش‌های فرهنگی نسبت به بیماری روانی به طور قابل توجهی بر نحوه تعامل بیماران با خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه در شرایط حاد مانند اورژانس تأثیر می‌گذارد. هم یافته‌های ما و هم یافته‌های ستی نشان می‌دهد که انگ اجتماعی و فقدان همکاری خانوادگی موانع اصلی مراقبت مؤثر هستند [۳۷]. نگرش‌های منفی نسبت به بیماران خودکشی، چه از سوی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و چه از سوی اعضای خانواده، می‌تواند منجر به مراقبت‌های نابهینه شود، زیرا این بیماران ممکن است احساسات واقعی خود را پنهان کنند و به دلیل ترس از قضاوت در برابر درمان مقاومت کنند. این مشاهدات مشترک بر تأثیر فراگیر انگ فرهنگی بر رفتار بیمار و کیفیت مراقبت تأکید می‌کند.

همسویی بین مطالعه ما و ادبیات نشان دهنده این است که انگ فرهنگی فقط یک موضوع بیمار نیست، بلکه یک مشکل سیستماتیک است که بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. مطالعات ستی و همکاران و سوکاس و همکاران تأیید می‌کند که حتی خدمات مشاوره روانپزشکی اغلب در تغییر نگرش منفی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نسبت به اقدام به خودکشی شکست می‌خورد. این نشان می‌دهد که نگرش‌های فرهنگی عمیقاً ریشه‌دار هستند و در برابر تغییر مقاوم هستند، که تلاش‌ها برای بهبود مراقبت از بیماران خودکشی را پیچیده می‌کند [۳۷،۳۸].

علیرغم این درک مشترک، ادبیات به طور کامل نشان نمی‌دهد که چگونه این انگ‌های فرهنگی به طور خاص در تنظیمات اورژانس ظاهر می‌شوند. در حالی که هاماریاخ و همکاران و اورباچ و همکاران نیاز به مراقبت‌های حساس فرهنگی را تصدیق می‌کنند، آن‌ها عمیقاً به چگونگی تأثیر

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

این انگ‌ها بر مراقبت در محیط‌های پرفشار مانند اورژانس نمی‌پردازند [۳۹،۴۰]. این عدم تمرکز نشان می‌دهد که نقش گسترده‌تر موانع فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی به توجه بیشتری نیاز دارد، به‌ویژه در محیط‌های مراقبت‌های حاد که خطرات آن زیاد است.

نگرانی‌های حقوقی عامل مهم دیگری است که مراقبت از بیماران خودکشی را پیچیده می‌کند. مطالعه ما همراه با تحقیقات کولیوان و همکاران و اپلوایت و همکاران، چالش‌های قانونی مرتبط با مدیریت بیمارانی را که پس از اقدام به خودکشی از درمان نجات جان خودداری می‌کنند، برجسته می‌کند. این دوراهی‌های حقوقی باعث ایجاد تعارض بین احترام به استقلال بیمار و انجام مسئولیت‌های قانونی می‌شود و روند مراقبت را پیچیده می‌کند [۴۱،۴۲].

همگرایی یافته‌های ما با دیگر مطالعات نشان‌دهنده نگرانی مشترک در مورد خطرات قانونی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هنگام درمان بیماران خودکشی است. هر دو مطالعه تاکید می‌کنند که ترس از عواقب قانونی می‌تواند منجر به اقدامات دفاعی شود، جایی که ارائه دهندگان ایمنی قانونی را بر مراقبت بیمار محور اولویت می‌دهند. این همسویی نشان می‌دهد که نگرانی‌های قانونی یک محرک مهم رفتار در تنظیمات اورژانس هستند، که اغلب منجر به اقداماتی می‌شوند که ممکن است به نفع بیمار نباشد.

با این حال، ادبیات اغلب بر چالش‌های قانونی از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تمرکز می‌کند، بدون اینکه به طور کامل بررسی شود که چگونه این ترس‌های قانونی ممکن است بر خود بیماران تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، موسکوپ و همکاران پیچیدگی‌های قانونی درمان بیماران خودکشی را برجسته می‌کنند، اما در نظر نمی‌گیرند که چگونه ترس از عواقب قانونی ممکن است بیماران را از درخواست کمک باز دارد. این نظارت به شکافی در ادبیات اشاره می‌کند و نشان می‌دهد که تحقیقات بیشتری برای درک تأثیر کامل فشارهای قانونی بر بیماران و ارائه دهندگان مورد نیاز است [۴۳].

شکست‌های سیستمیک در مدیریت بیماران خودکشی به خوبی در ادبیات مستند شده است و با یافته های مطالعه ما مطابقت دارد. مطالعات انجام شده، نارسایی در امکانات روانپزشکی، مستندات ناقص و فقدان آموزش تخصصی برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی را مورد بحث قرار می دهد [۴۴-۴۷]. این مسائل سیستمیک اغلب منجر به مراقبت‌های ناسازگار و ناکافی می‌شود، به‌ویژه زمانی که به جای پزشکان دائمی‌و تمام وقت، به دستیاران فوق‌تخصصی چرخشی تکیه می‌شود.

توافق بین یافته‌های ما و ادبیات نشان می‌دهد که شکست‌های سیستمیک یک مسئله پایدار در مراقبت از بیماران خودکشی، به‌ویژه در تنظیمات اورژانس است. ادبیات تأیید می‌کند که این شکست‌ها اغلب به دلیل کاستی‌های ساختاری و سازمانی، مانند آموزش و منابع ناکافی است که کیفیت مراقبت را به خطر می‌اندازد. این همسویی نیاز به اصلاحات سیستمی‌برای رسیدگی به این مسائل، از جمله آموزش بهتر برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بهبود زیرساخت‌های روانپزشکی را برجسته می‌کند.

با این حال، در حالی که ادبیات این شکست‌های سیستمی‌را تایید می‌کند، اغلب راه حل‌های مشخصی برای رسیدگی به آن‌ها ارائه نمی‌دهد. به عنوان مثال، لی و همکاران بر مسائل اخلاقی مربوط به نقض محرمانگی تأکید می‌کنند، اما استراتژی‌های خاصی را برای بهبود مسائل سیستمی‌که به این نقض‌ها کمک می‌کنند، ارائه نمی‌کنند. این فقدان راهنمایی عملی نشان می‌دهد که با وجود شناخت گسترده مشکلات، هنوز نیاز به راه‌حل‌های عملی وجود دارد که بتوان آن را در محیط‌های واقعی پیاده‌سازی کرد [۴۶].

لیو و همکاران چالش‌های عاطفی و شناختی قابل توجهی را در میان کارکنان اورژانس هنگام درمان بیماران خودکشی گزارش می‌کنند، که با یافته‌های ما مطابقت دارد که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اغلب برای رسیدگی به نیازهای روانی این بیماران احساس آمادگی نمی‌کنند. این فشار عاطفی بر ارائه دهندگان یک مسئله

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

حیاتی است، زیرا می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و کاهش کیفیت مراقبت شود و مدیریت بیماران خودکشی را پیچیده تر کند [۴۸].

توافق بین یافته‌های ما و لیو و همکاران نشان می‌دهد که بار عاطفی بر روی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی یک جنبه مهم اما اغلب نادیده گرفته شده در مراقبت از بیماران خودکشی است. هر دو مطالعه نیاز به پشتیبانی و آموزش بهتر برای کارکنان اورژانس را برای کمک به مدیریت موثر این چالش‌ها برجسته می‌کنند. با این حال، در حالی که ادبیات فشار عاطفی بر ارائه دهندگان را تایید می‌کند، اغلب به تغییرات سیستمیک مورد نیاز برای کاهش این فشار، مانند بهبود سطح آموزش و کارکنان، توجه نمی‌کند. این شکاف نشان می‌دهد که تحقیقات بیشتری برای کشف اینکه چگونه بهبودهای سیستمیک می‌توانند به کاهش بار عاطفی بر روی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمک کند، مورد نیاز است.

پیچیدگی مدیریت بیماران خودکشی در تنظیمات اورژانس نیازمند رویکردهای جامعی است که چالش‌های اخلاقی، فرهنگی، قانونی و سیستمی‌شناسایی‌شده در این مطالعه را بررسی می‌کند. باودن و همکاران و روترام- بوروس و همکاران بر نیاز به آموزش تخصصی و مناسب سازی فضاهای فیزیکی برای پاسخگویی بهتر به نیازهای بیماران مبتلا به افکار خودکشی تاکید می‌کند. این مطالعات از نتیجه گیری ما حمایت می‌کند که یک رویکرد چند وجهی برای بهبود کیفیت مراقبت و نتایج برای بیماران خودکشی ضروری است [۴۷،۴۹].

با این حال، در حالی که این مطالعات اهمیت بهبود آموزش و زیرساخت را به رسمیت می‌شناسند، اغلب به طور کامل به مسائل سیستمی گسترده تر، مانند نیاز به سیستم‌های حمایت اجتماعی پیشرفته و اصلاحات قانونی نمی‌پردازند. این واگرایی نشان می‌دهد که در حالی که توافق بر سر نیاز به بهبودهای فوری در عمل بالینی وجود دارد، ادبیات ممکن است هنوز به طور کامل اهمیت پرداختن به عوامل سیستمی‌و اجتماعی گسترده تر را که به خودکشی کمک می‌کنند درک نکرده باشد. این شکاف نیاز به رویکرد یکپارچه‌تر را نشان می‌دهد که اصلاحات بالینی، سیستمی‌و اجتماعی را برای ایجاد یک محیط حمایت‌کننده‌تر برای بیماران خودکشی ترکیب می‌کند.

برای رسیدگی به این چالش‌ها، شرکت کنندگان چندین استراتژی از جمله ایجاد واحدهای روانپزشکی اختصاصی، ارائه آموزش و آموزش مداوم برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و توسعه پروتکل‌هایی برای مدیریت بهتر اورژانس‌های روانپزشکی پیشنهاد کردند. علاوه بر این، افزایش آگاهی اجتماعی و کاهش انگ مرتبط با مراقبت از سلامت روان به عنوان گام‌های مهم در بهبود نتایج بیمار مورد تاکید قرار گرفت. نیاز به یک رویکرد جامع که مداخلات مدیریتی، آموزشی، درمانی و اجتماعی را ادغام کند برای غلبه بر موانع شناسایی شده در این مطالعه ضروری است.

طراحی کیفی این مطالعه امکان کاوش عمیق در تجارب و دیدگاه‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در رابطه با چالش‌های پیش روی مدیریت بیماران خودکشی فراهم کرد. با انجام مصاحبه‌های دقیق با پزشکان و پرستاران، این مطالعه توانست طیف گسترده‌ای از دیدگاه‌ها را به دست آورد و بینش‌های غنی را در مورد مسائل چندوجهی مربوط به مراقبت از بیمار، رازداری، انگ فرهنگی و موانع سیستمی‌ارائه دهد. گنجاندن هم پزشکان و هم پرستاران به عنوان شرکت کنندگان یک نقطه قوت قابل توجه است، زیرا درک جامع تری از چالش‌ها در نقش‌های مختلف در تیم مراقبت‌های بهداشتی ارائه می‌دهد. این تنوع در دیدگاه‌ها، توانایی مطالعه را برای شناسایی مضامین و تفاوت‌های مشترک در تجارب متخصصان مختلف مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌دهد. علاوه بر این، این مطالعه به طور موثر چالش‌های کلیدی را که ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با آن مواجه هستند، مانند نقض محرمانگی، انگ فرهنگی، نگرانی‌های قانونی و شکست‌های سیستمی، شناسایی و دسته بندی کرد. این یافته‌ها به درک گسترده‌تر پیچیدگی‌های مربوط به مراقبت از بیماران خودکشی کمک می‌کنند و پایه‌ای برای توسعه مداخلات هدفمند برای رسیدگی به

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

این مسائل فراهم می‌کنند. علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه پیامدهای عملی مستقیمی‌برای بهبود مراقبت از بیماران خودکشی دارد. این مطالعه با برجسته کردن تأثیر طراحی اورژانس بر محرمانگی، تأثیر انگ‌های فرهنگی بر رفتار بیمار، و نگرانی‌های قانونی ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بینش‌های عملی را ارائه می‌دهد که می‌تواند تغییرات خط مشی و توسعه برنامه‌های آموزشی را اطلاع دهد.

با این حال، مطالعه دارای چندین محدودیت است. به عنوان یک مطالعه کیفی با حجم نمونه نسبتاً کوچک، یافته‌ها ممکن است قابل تعمیم به همه تنظیمات یا مناطق مراقبت‌های بهداشتی نباشد. تجربیات شرکت کنندگان ممکن است تحت تأثیر شیوه‌های سازمانی خاص یا عوامل فرهنگی منطقه ای باشد که ممکن است در جاهای دیگر قابل اجرا نباشد. علاوه بر این، تکیه بر داده‌های خود گزارش شده از مصاحبه‌ها امکان سوگیری پاسخ را معرفی می‌کند. شرکت کنندگان ممکن است پاسخ‌های اجتماعی مطلوبی ارائه کرده باشند یا به دلیل ترس از قضاوت یا عواقب در محیط حرفه ای خود، تمایلی به افشای کامل تجربیات منفی نداشته باشند. محدودیت دیگر تمرکز بر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است. در حالی که این مطالعه بینش‌های ارزشمندی را در مورد دیدگاه‌های آن‌ها ارائه می‌دهد، اما صدای خود بیماران را شامل نمی‌شود. درک تجربیات و چالش‌ها از دیدگاه بیماران، بُعد حیاتی دیگری را به یافته‌ها اضافه می‌کرد، به ویژه در درک اینکه چگونه این چالش‌ها مستقیماً بر نتایج بیمار تأثیر می‌گذارند. علاوه بر این، این مطالعه تجربیات و دیدگاه‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در یک مقطع زمانی مشخص می‌کند. یک رویکرد طولی می‌تواند بینش‌هایی را در مورد چگونگی تکامل این چالش‌ها در طول زمان و اینکه چگونه مداخلات ممکن است بر کیفیت مراقبت در بلندمدت تأثیر بگذارد، ارائه دهد. در نهایت، در حالی که این مطالعه چالش‌های کلیدی را شناسایی می‌کند، کاوش محدودی از راه حل‌ها یا اصلاحات سیستمی‌بالقوه ارائه می‌دهد. تحقیقات بیشتری برای تبدیل این یافته‌ها به استراتژی‌های خاص و عملی لازم است که می‌توانند در سطح سازمانی یا خط‌مشی برای بهبود مراقبت از بیماران خودکشی اجرا شوند.

نتیجه‌گیری:

ماهیت خودکشی، همانطور که در مطالعه کیفی ما آشکار شد، عمیقاً پیچیده است و تحت تأثیر ترکیبی از پریشانی روانی، انگ اجتماعی، نارسایی‌های بالینی، شکاف‌های آموزشی و موانع سیستمیک است. پرداختن به این چالش‌های چند وجهی نیازمند رویکردی جامع است که شامل تقویت زیرساخت‌های مراقبت‌های روانپزشکی، بهبود آموزش برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، ارتقای سیستم‌های حمایت اجتماعی و رسیدگی به موانع فرهنگی و قانونی است. درک این ابعاد برای توسعه راهبردهای موثر برای پیشگیری از خودکشی و بهبود کیفیت مراقبت از افراد در بحران بسیار مهم است.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مطالعه مصوب شورای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جهرم به شماره IR.JUMS.REC.1401.137 می‌باشد.

حامی‌مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسنده این مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم بابت همکاری و حمایت مالی این مطالعه قدردانی می‌نماید.

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

References

1. Malathesh BC, Tikka SK, Jain V, Yadukul S, Math SB. De-Criminalization of Suicide: An overview, key practical challenges, and suggestions to address them. Indian J Psychol Med. 2022; 44(3):290-92. DOI: 10.1177/02537176221084075 PMID: 35656436

2. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. The Lancet. 2016; 387(10024):1227-39. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2

3. de la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2023; 81:51-6. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007 PMID: 36805332

4. Martínez-Alés G, Jiang T, Keyes KM, Gradus JL. The Recent Rise of Suicide Mortality in the United States. Annu Rev Public Health. 2022; 43:99-116. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-051920-123206 PMID: 34705474

5. Pritchard C, Iqbal W, Dray R. Undetermined and accidental mortality rates as possible sources of underreported suicides: population-based study comparing Islamic countries and traditionally religious Western countries. BJPsych Open. 2020; 6(4):e56. DOI: 10.1192/bjo.2020.38 PMID: 32482190

6. Montreuil M, Séguin M, P Gros C, Racine E. Everyday ethics of suicide care: Survey of mental health care providers' perspectives and support needs. PLoS One. 2021; 16(4):e0249048. DOI: 10.1371/journal.pone.0249048 PMID: 33886553

7. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. Ann Emerg Med. 2005; 46(4):369-75. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2005.04.018 PMID: 16183394

8. Mao W, Shalaby R, Owusu E, Elgendy HE, Agyapong B, Eboreime E, et al. Suicidal ideation among mental health patients at hospital discharge: prevalence and risk factors. BMC Psychiatry. 2025; 25(1):112. DOI: 10.1186/s12888-025-06547-3 PMID: 39934676

9. Carter GL, Clover KA, Bryant JL, Whyte IM. Can the Edinburgh risk of repetition scale predict repetition of deliberate self-poisoning in an Australian clinical setting? Suicide Life Threat Behav. 2002; 32(3):230-9. DOI: 10.1521/suli.32.3.230.22175 PMID: 12374470

10. Runeson BS. Suicide after parasuicide. BMJ. 2002; 325(7373):1125-6. DOI: 10.1136/bmj.325.7373.1125/a PMID: 12433743

11. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. Nature reviews Disease primers. 2019; 5(1):74. DOI: 10.1038/s41572-019-0121-0

12. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci. 2003; 4(10):819-28. DOI: 10.1038/nrn1220 PMID: 14523381

13. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. Nat Rev Neurosci. 2014; 15(12):802-16. DOI: 10.1038/nrn3839 PMID: 25354482

14. Kim K, Kim SW, Myung W, Han CE, Fava M, Mischoulon D, et al. Reduced orbitofrontal-thalamic functional connectivity related to suicidal ideation in patients with major depressive disorder. Sci Rep. 2017; 7(1):15772. DOI: 10.1038/s41598-017-15926-0 PMID: 29150619

15. Valdizán EM, Díez-Alarcia R, González-Maeso J, Pilar-Cuéllar F, García-Sevilla JA, Meana JJ, et al. α_2-Adrenoceptor functionality in postmortem frontal cortex of depressed suicide victims. Biol Psychiatry. 2010; 68(9):869-72. DOI: 10.1016/j.biopsych.2010.07.023 PMID: 20864091

16. Jeon HJ, Park JI, Fava M, Mischoulon D, Sohn JH, Seong S, et al. Feelings of worthlessness, traumatic experience, and their comorbidity in relation to lifetime suicide attempt in community adults with major depressive disorder. J Affect Disord. 2014; 166:206-12. DOI: 10.1016/j.jad.2014.05.010 PMID: 25012433

17. Kim H, Choi KW, Na EJ, Hong JP, Fava M, Mischoulon D, et al. Anxiety attacks with or without life-threatening situations, major depressive disorder, and suicide attempt: a nationwide community sample of Korean adults. Psychiatry Res. 2018; 270:257-63. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.050 PMID: 30273856

18. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999; 156(2):181-9. DOI: 10.1176/ajp.156.2.181 PMID: 9989552

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]
Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

19. Hawton K. Suicide prevention: a complex global challenge. The Lancet Psychiatry. 2014; 1(1):2-3. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70240-8

20. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. Nature communications. 2019; 10(1):207. DOI: 10.1038/s41467-018-08170-1

21. Jeon HJ, Roh MS, Kim KH, Lee JR, Lee D, Yoon SC, et al. Early trauma and lifetime suicidal behavior in a nationwide sample of Korean medical students. J Affect Disord. 2009; 119(1-3):210-4. DOI: 10.1016/j.jad.2009.03.002 PMID: 19324420

22. Darling CA, Hill EW, McWey LM. Understanding stress and quality of life for clergy and clergy spouses. Stress Health. 2004; 20(5):261-77. DOI: 10.1002/smi.1031

23. Al-Huseini S, Al Maqbali M, Mirza H, Al Khatri M, Al Saadi A, Chan MF, et al. Prevalence and associated factors of a repeat of suicide attempt among individuals attending an emergency department in Oman. Discov Psychol . 2024; 4, 181. DOI: 10.1007/s44202-024-00294-4

24. Carmona-Navarro M, Pichardo-Martínez M. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: Influence of emotional intelligence. Rev latino-Am Enfermagem. 2012; 20:1161-8. DOI: 10.1590/S0104-11692012000600019

25. Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency treatment of deliberate self-harm. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(1):80-8. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.108 PMID: 21893643

26. Shand FL, Batterham PJ, Chan JKY, Pirkis J, Spittal MJ, Woodward A, et al. Experience of health care services after a suicide attempt: Results from an online survey. Suicide Life Threat Behav. 2018; 48(6):779-87. DOI: 10.1111/sltb.12399 PMID: 28960505

27. Lakeman R. What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal? Nurs Times. 2010; 106(33):23-6. PMID: 20863023

28. Mostafa R, El-Atawi K. Strategies to measure and improve emergency department performance: A review. Cureus. 2024; 16(1):e52879. DOI: 10.7759/cureus.52879

29. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA. 2005; 294(16):2064-74. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064 PMID: 16249421

30. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. Crisis. 2010; 31(1):1-6. DOI: 10.1027/0227-5910/a000001 PMID: 20197251

31. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000; 154(4):361-5. DOI: 10.1001/archpedi.154.4.361 PMID: 10768673

32. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. Br J Psychiatry. 2003; 183:28-33. DOI: 10.1192/bjp.183.1.28 PMID: 12835240

33. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health. 2015; 42(5):533-44. DOI: 10.1007/s10488-013-0528-y PMID: 24193818

34. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Med Teach. 2020; 42(8):846-54. DOI: 10.1080/0142159X.2020.1755030 PMID: 32356468

35. Dunkley C, Borthwick A, Bartlett R, Dunkley L, Palmer S, Gleeson S, et al. Hearing the suicidal patient's emotional Pain. Crisis. 2018; 39(4):267-74. DOI: 10.1027/0227-5910/a000497 PMID: 29256270

36. Sharan P. Ethical challenges in clinical care of suicidal patients. IASP. 2023; 39(4):319-24. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_271_23

37. Sethi S, Shipra U. Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006; 10(3):182-5. DOI: 10.1080/13651500600633543 PMID: 24941056

38. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: A comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. Crisis. 2009; 30(3):161-5. DOI: 10.1027/0227-5910.30.3.161 PMID: 19767272

39. Hammarbäck S, Holmberg M, Wiklund Gustin L, Bremer A. Ambulance clinicians' responsibility when encountering patients in a suicidal

[DOI: 10.483/12/DSME.11.4.589.2]

Downloaded from dsme.hums.ac.ir at 22:59 +0330 on Wednesday November 4th 2026

process. Nurs Ethics. 2023; 30(6):857-70. DOI: 10.1177/09697330221149102 PMID: 37026403

40. Orbach I, Stein D, Palgi Y, Asherov J, Har-Even D, Elizur A. Perception of physical pain in accident and suicide attempt patients: Self-preservation vs self-destruction. J Psychiatr Res. 1996; 30(4):307-20. DOI: 10.1016/0022-3956(96)00008-8 PMID: 8905539

41. Quinlivan L, Nowland R, Steeg S, Cooper J, Meehan D, Godfrey J, et al. Advance decisions to refuse treatment and suicidal behaviour in emergency care: 'it's very much a step into the unknown'. BJPsych Open. 2019; 5(4):e50. DOI: 10.1192/bjo.2019.42 PMID: 31530303

42. Applewhite MK, Mago J, Shelton W. The ethics of refusing lifesaving treatment following a failed suicide attempt. J Clin Ethics. 2023; 34(3):273-77. DOI: 10.1086/726974 PMID: 37831646

43. Moskop JC, Iserson KV. Emergency physicians and physician-assisted suicide, Part II: emergency care for patients who have attempted physician-assisted suicide. Ann Emerg Med. 2001; 38(5):576-82. DOI: 10.1067/mem.2001.118861 PMID: 11679872

44. Bullard MJ. Problems of suicide risk management in the emergency department without fixed, full-time emergency physician. Changgeng Yi Xue Za Zhi. 1993; 16(1):30-8. PMID: 8490773

45. Bullard MJ. Problems of suicide risk management in the emergency department without fixed, full-time emergency physician. Changgeng Yi Xue Za Zhi. 1993; 16(1):30-8. PMID: 8490773

46. Le Moal V, Lemey C, Walter M, Berrouiguet S. Viewpoint: Toward involvement of caregivers in suicide prevention strategies; ethical issues and perspectives. Front Psychol. 2018; 9:2457. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02457 PMID: 30618917

47. Bowden CF, True G, Cullen SW, Pollock M, Worsley D, Ross AM, et al. Treating pediatric and geriatric patients at risk of suicide in general emergency departments: Perspectives from emergency department clinical leaders. Ann Emerg Med. 2021; 78(5):628-36. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2021.04.025 PMID: 34218952

48. Liu X, Chen Q, Yang M, Liu J, Yin Y, Liang Y. A qualitative study on the psychological experience of emergency department medical staff caring for patients with suicide attempts in Northeastern Sichuan. Arch Suicide Res. 2024; 28(1):372-83. DOI: 10.1080/13811118.2023.2178350 PMID: 36799286

49. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol. 2000; 68(6):1081-93. DOI: 10.1037//0022-006x.68.6.1081 PMID: 11142542