

Review Paper

Impact of Suicide on Fellow Patients Exposed to Suicide in Clinical Settings and Postvention Strategies: A Scoping Review



*Narges Beyraghi¹ , Sophie Soklaridis¹ , Camellia Srikanthan², Terri Rodak³ , Leslie Buckley¹, Andrea Waddell¹

1. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, Canada.

2. Psychiatry Resident, University of Saskatoon, Saskatoon, Canada.

3. Librarian, Center for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada.



Citation Beyraghi N, Soklaridis S, Srikanthan C, Rodak T, Buckley L, Waddell A. [Impact of Suicide on Fellow Patients Exposed to Suicide in Clinical Settings and Postvention Strategies: A Scoping Review (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2023; 1(3):300-315. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.3.35.1>

<https://doi.org/10.32598/cpr.1.3.35.1>



ABSTRACT

Objective Suicide in a clinical setting can cause trauma and grief, and affect other inpatients. There are different studies related to the bereavement after the suicide. This study aims to review the existing literature on the impact of suicide on fellow patients and the recommended interventions for them after the suicide in clinical settings.

Materials & Methods This scoping review was conducted using the Joanna Briggs Institute framework. A medical librarian performed searches for related articles in English published from 2000 to 2020 in MedLine, Embase, APA PsycInfo, CINAHL, Web of Science, and Cochrane Library, and for the grey literature using Google and Google Scholar engines. The studies in non-clinical settings were excluded.

Results The search yielded 873 records. Eleven articles and five guidelines met the inclusion criteria. The factors affecting the degree of impact on fellow patients were: Type of the relationship with the deceased, level of exposure to the suicide, the nature of suicide, and the patient's vulnerability level. Immediate postvention recommendations emphasized the management of suicide risk and establishing safety, while short-term postvention recommendations aimed at providing emotional support and the recovery of fellow patients.

Conclusion There is lack of studies on the impact of suicide in clinical settings on fellow patients and the postvention interventions for them. Further studies are needed to determine effective interventions for supporting this high-risk group.

Keywords Suicide, Psychiatric, patients

Received: 06 Jan 2023

Accepted: 01 Feb 2023

Available Online: 01 Apr 2023

Extended Abstract

Introduction

In psychiatric hospitals, fellow patients are at a higher risk of being exposed to the suicide of patients [1]. When a suicide occurs in these settings, the impact on other patients can be high [2]. There is scant research on how the suicides in psychiatric settings can significantly affect the fellow

patients [3, 4]. Experts believe that a person who is exposed to suicide, regardless of her/his relationship with the deceased, may experience a more complicated and prolonged form of grief [5, 6]. Patient suicide affects those exposed to this event. Each suicide creates 11 victims: the person who died and the 10 caregivers, family, and friends [7]. There is a distinction between “suicide survivorship” and “exposure to suicide”. The first refers to the one who had a personal and close relationship with the deceased. The second refers to a situation where a

* Corresponding Author:

Narges Beyraghi Narges Beyraghi, Assistant Professor.

Address: University of Toronto, Toronto, Canada.

E-Mail: narges.beyraghi@camh.ca

person with no close relationship with the deceased was indirectly informed about the death or witnessed the death of a stranger [8]. Fellow patients may have different types of relationships in clinical settings that can affect the aftermath of a suicide. Patients in group therapies and peer support groups are examples of patients who may have stronger relationships with each other [6, 9]. On the other hand, acute care settings usually provide services to more vulnerable patients with mental health problems, history of suicidal thoughts or attempts, or psychosocial disorders [6]. Despite the existence of evidence about the risk of a suicide in other groups with close relationships, there is a limited information about the risk of suicide among fellow patients in a clinical setting [8].

Suicide is a traumatic event. Suicide bereavement is associated with trauma and grief. Being exposed to suicide leads to higher rates of suicidal thoughts in the bereaved, regardless of the type of relationship with the deceased [10]. Postvention is essential in these situations and can be life-saving. Postvention strategies refer to activities after a suicide for destigmatizing suicide and promoting recovery in the bereaved survivors. Current studies have primarily focused on suicide prevention and risk assessment, and not on the aftermath of suicide. The literature have indicated a high and persistent risk for adverse sequelae in the bereaved survivors even 10 years after suicide [1]. Clinical postvention strategies for fellow patients should address their recovery process to remove the stigma associated with suicide and act as secondary prevention to reduce the risks of suicide in them [11].

There is a scant research on the effects of suicide on fellow patients and the use of post-suicide interventions for these people. Gaining information about the postvention protocols can enhance the quality of care for these people. Therefore, this scoping review study aims to systematically analyze the current evidence on the postvention strategies and the aftermath of suicide in a clinical setting on the fellow patients. The objectives of this review study are as following:

1. Surveying the experiences of fellow patients of after a suicide;
2. Investigating the interventions available to fellow patients after a suicide;
3. Providing recommendations for the support of the bereaved.

Materials and Method

This is a scoping review study using The Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis: Develop-

ment of a Scoping Review Protocol [12]. The research team discussed and revised the protocol based on feedback. The final protocol was prepared on November 15, 2020. The articles published from 2000 to 2020 in English, grey literature (e.g., reports, theses, unpublished research materials, newspapers, website materials, and policy papers), qualitative and quantitative studies in clinical settings (hospital or community health centers), the studies on the impact of suicide on fellow patients containing information on post-suicide interventions were included in the search. The articles not available in English, those focused only on the bereaved individuals who fellow patients (e.g., family members, health care providers), those conducted only on children and adolescents, those only about suicide prevention or suicide risk assessment, book chapters, and conference abstracts were excluded.

The search was conducted using subject headings and keywords in the following databases: Medline, Embase, APA PsycInfo, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, and the Cochrane Library. A medical librarian (TR) developed the search strategies and conducted searches on December 22, 2020. The keywords related to the patient suicide included «suicide», «intentional overdose», «self-inflicted» combined with terms used for psychiatric settings and patients such as «psychiatric hospitals», «community mental health services», «inpatients». The keywords related to the bereaved survivors included «therapeutic community», «group psychotherapy», and «group member», «institutional policies», «response protocol», and «postvention. For related grey literature, the search was conducted by Google and Google Scholar engines using the following terms: «co-patient», «other patients», «fellow patient», «inpatient», «suicide», and «postvention». The first five pages of results for each query were examined for relevant materials. The references of the found articles were also checked to ensure no relevant articles were missed. We also contacted the relevant organizations by email to inquire if additional information can be added to clarity to the search results. The following organizations were contacted: Mental Health Commission of Canada, the Royal Mental Health Care & Research, the Cochrane Consumer Network, the National Institute of Mental Health, Campbell Collaboration, and the [World Health Organization \(WHO\)](#). The information provided by the organizations related to suicide prevention efforts rather than postvention methods were not included in the review.

The list of the found articles was imported into the Covidence website to screen their titles, abstracts, and subsequently full-texts. The duplicate articles were removed before screening the titles and abstracts. Two authors (NB,AW) independently screened the titles and abstracts for eligibility

and had a group discussion to resolve any conflicts identified on Covidence. Two authors (NB,CS) later screened the full texts independently and discussed the conflicts that needed to be resolved until a final decision was made on which articles should be included in the data extraction stage. Two authors (NB, CS) independently completed the data extraction from the full texts and compared the details until a consensus was reached. Figure 1 presents the summary of the screening process. JBI's critical appraisal checklist was used for the quality assessment of studies (Table 1). The extracted data included authors' information (name, affiliations, country, study area), study populations, methodology, and findings. A summary of this information is provided in Table 2.

Results

Fellow patients' experiences with suicide

Eight articles described fellow patients' experience after a suicide event. Three sub-themes were thus identified: Emotional responses to the suicide, Clinical symptoms as the aftermath of the suicide, and suicide contagion and suicide management.

Emotional responses to the suicide

When a suicide happens in a therapeutic setting, other patients may show different emotional reactions. Three articles described fellow patients' feelings of shock, disbelief, denial, confusion, disorientation, guilt, and sadness following a suicide [3, 13, 14]. One article provided information on fellow patients' reactions that were more specific to suicide from a psychodynamic perspective [15]. Four articles describe fellow patients' reactions that were more specific to the suicide event. Two articles described how fellow patients experienced feelings of abandonment and anger towards the deceased. Asking other patients with a similar experience for support was reported in group therapy settings. Identifying the suicide victim and seeing the worst outcome as inevitable were reported as early reactions [16]. Seeking for answers can lead to self-blaming and rumination about the deceased [5]. One article reported that fellow patients held the medical staff responsible for not preventing the suicide. This article suggested that anger towards health care providers may be the presentation of displaced anger at the person who committed suicide [3].

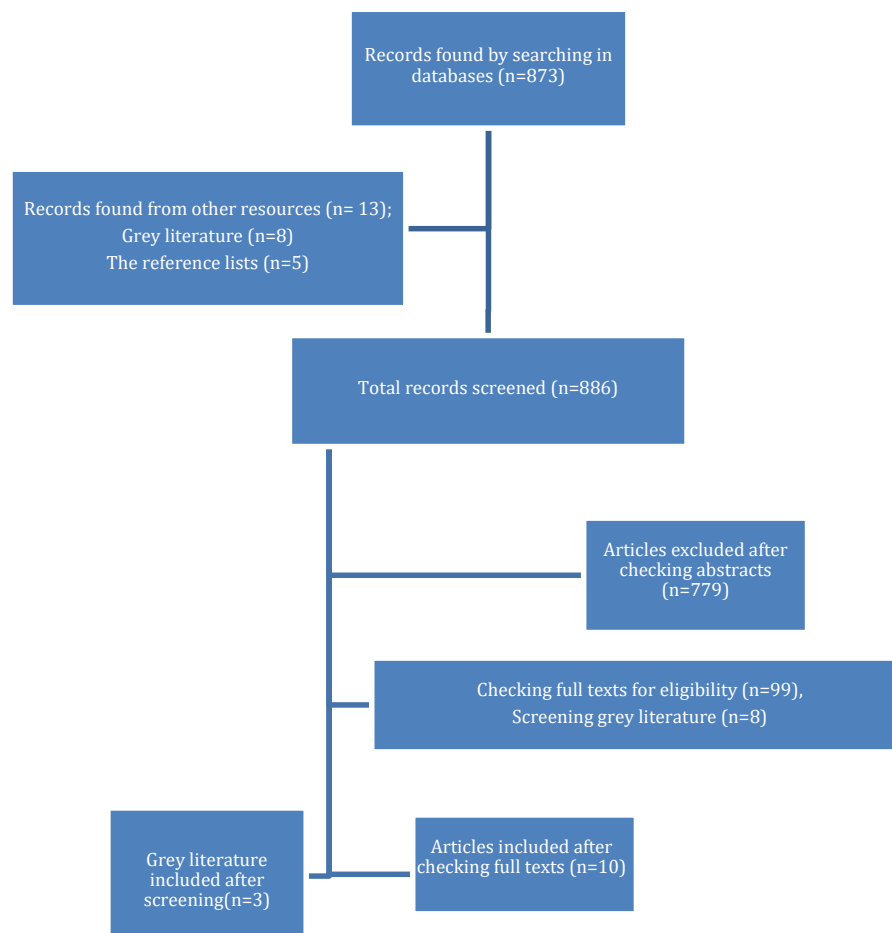


Figure 1. Flowchart of the process of article selection

Table 1. Quality assessment of articles and guidelines using the critical appraisal checklist for text and opinion

Items	Carr 2011 [3]	Maple, et al. 2019 [5]	Sakinofsky 2007 [6]	Andriessen & Krynska, 2012 [8]	Ballard, et al. 2008 [9]	CAMH 2018 [13]	Hsuing 2007 [14]	Gafford 2008 [15]	Seaman 2015 [16]	Campbell & Fahy 2002 [17]	Newzeland 2017 [18]	O'neil & Kueppel-bender 2012 [19]	Sung 2016 [20]
Is the source of the opinion clearly identified?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Does the source of opinion have standing the field of expertise?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Does the source of opinion have standing the field of expertise?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Are the Interests of the relevant population the focus of the opinion?	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	N	Y	N
Is there reference to the extant literature?	U	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	N	Y	N
Is any incongruence with the literature/ sources logically defended?	Y	Y	N	Y	Y	N	NA	Y	Y	N	N	Y	N

Abbreviation: Y: Yes; N: No; U: Unclear; NA: Not Applicable.

Current Psychosomatic Research

The accusation of other fellow patients and medical staff were also been reported as the aftermath of suicide [6].

Clinical symptoms

Post-suicide mental health problems result from the interaction between the events, the type of relationship with the suicide victim, and the vulnerability or resilience of the fellow patient [16, 17]. Factors that further cause clinical symptoms include poor psychosocial support, history of trauma or recent loss, psychological disorders, chronic diseases, and history of suicide attempt [6, 18]. Studies reported somatic symptoms, intrusive flashback memories, increased anxiety, tension, psychological arousal, and poor sleep quality in affected fellow patients [3, 15, 16]. Depressive symptoms may start after the suicide and become a complete depressive episode one month after the suicide, and can persist for several months [6, 15, 19]. Patients exposed to suicide experienced symptoms as an acute stress reaction such as dissociative episodes, hypervigilance, and poor sleep quality [3, 16]. In one study, a fellow patient who found the deceased reported an inability to sleep due to seeing the deceased's face when closing his eyes [3]. Development of homicidal ideation and exacerbation of psychotic symptoms were also reported in some studies [3, 15, 16]. In one study, a fellow patient who was experiencing pathological denial accused another member of homicide [3]. Patients who are actively psychotic may have delusional thoughts about the suicide or claim responsibility,

reporting some relationship with an imagined aggressor, or believe that they caused the suicide [13].

Suicide contagion and suicide management

Relationship with the deceased and the desire to emulate their actions was reported in four studies [3, 13, 14, 16]. The suicidal thoughts of fellow patients may intensify their anxiety about being at risk for suicide [13]. Being emotionally close to the suicide victim and having a history of self-harm are risk factors of suicide contagion [3, 16]. Being a psychiatric patient can cause multiple exposures to suicide. Each suicide event have a cumulative impact, which can increase the possibility of adverse reaction when exposed to suicide [5]. Suicide contagion is mainly considered as a short-term response, and the pain caused by exposure in the long term may have a restraining effect [6]. Limited information exist about the fellow patients' long-term reaction to suicide. Two articles examined long-term responses during a group therapy, reporting that the suicide thoughts decrease over time, although the event is still mentioned on its anniversary [14, 15].

Suicide postvention for fellow patients

Those exposed to suicide require immediate, short-term, and long-term supports.

Table 2. Characteristics of the studies included in the review

Author (s), Year	Country	Study Design	Study Population	Theme	Findings
Carr, 2011 [3]	USA	Case report	Clinical and non-clinical	Emotional reaction/ clinical symptoms	describing acute and long-term effect of a suicide
Maple, et al. 2019 [5]	USA	Editorial paper	-	Support for those exposed to suicide	Postvention as the great area for potential aid
Sakinofsky, 2007 [6]	Canada	Opinion paper	Clinical	Bereavement management	Recommendation for hospital management after inpatient suicide
Andriessen & Krysinska, 2012 [8]	Belgium	Opinion paper	Clinical/Non-clinical studies	Risk management of suicide	Recommendation to conduct postvention for the bereaved individuals
Ballard, et al. 2008 [9]	USA	Opinion paper	Psychiatry inpatients	Clinical symptoms/ risk management	Mapping a stepwise approach in postvention: institutional response
CAMH, 2018 [13]	Canada	Guideline	-	Emotional response/ Suicide management	Clinical and administrative recommendation for postvention
Hsiung, 2007 [14]	USA	Observational	Online mental health group members	Emotional reaction	Describing reaction and events of groups members to the suicide
Gafford, 2008 [15]	USA	Qualitative	Group therapy leaders	Emotional reaction	Impact of suicide on group leaders
Seeman, 2015 [16]	Canada	Review study	Clinical	Emotional responses/ Suicide management	Impact of hospital suicide on inpatients
Campbell & Fahy 2002 [17]	UK	Opinion paper	Clinical	Clinical symptoms/ Suicide management	Psychiatrist's role when a patient commits suicide
New Zealand, 2017 [18]	New Zealand	Guideline	-	Suicide management	Clinical recommendations for postvention
O'Neill & Kueppenbender 2012 [19]	USA	Case report	Two psychotherapy group members	Emotional response/ Suicide management	Acute and long-term process in two groups in which a patient suicided
Sung, 2016 [20]	USA	Guideline	-	Clinical symptoms/ Suicide management	Clinical response to client suicide

Immediate support

Immediate reactions to suicide mainly include self-destructive behaviors and acute reactions. It is essential to develop a clear and structured plan for its management, while avoiding emotional and overreacting responses [3, 9]. Suicides that occur within an inpatient unit necessitate the careful monitoring of patients with active suicidal ideation. These patients can benefit from more intensive individual support services [3, 13, 18]. An experienced clinician needs to provide an accurate description of the

suicide event to other inpatients [9]. This description should respect the confidentiality of the deceased, and be tailored based on the conditions of fellow patients. Withholding information from other patients is a very conservative approach for keeping the privacy rights of the deceased, and is unfeasible if the information has already spread. Debriefing is a good way to help patients and prevent the spread of rumors in the absence of accurate information [13]. It can facilitate health-related discussions and requesting support from experienced medical staff [9, 16, 20]. Before having a debriefing session with fellow

patients, a staff is needed to coordinate the responses, during which the team decide if external support is needed [9, 14]. Debriefing sessions are recommended to assess each patient's needs, in addition to providing information. One of the goals of this method is to address the patients' anxiety and consider safety concerns, even though other discussions may emerge. The medical team needs to decide whether individual support or group support is a better to address the varying needs of patients in each unit. Different conversations may arise during the debriefing that may be difficult to manage in a group session. For a group therapy session, it is recommended to notify each individual before the meeting, since debriefing the last individual can be problematic [13, 15, 20]. Deferring new admissions to the unit, cancelling the admission of high-risk patients, and a higher level of observation have been recommended until the environment is restabilized [6]. Responsible staff should use restrictive safety measures with caution, in order not to destabilize the environment further or cause repercussions [9]. Depending on the circumstances, fellow patients may be questioned directly by the police. To avoid secondary trauma, fellow patients may need emotional support [13].

Short-term support

Short-term programs focus on supporting patients with grief. Clinician support should continue for many days or months to alleviate their distress. Listening to their suggestions may improve the care quality for other patients [14, 16]. Healthcare providers should not avoid explaining the event. Avoidance relays a bad message that may cause isolation and prevent support seeking in patients [19]. During the meeting, the clinician should speak of the deceased with respect, avoiding words that can be mistaken for approval or glamorizing the suicide action. Lack of awareness of options, fear, and poor decision making can be mentioned for the explanation of the suicide [14, 16]. The clinician should disregard stigmas that may limit the therapeutic progress of suicidal patients and avoid venerating the dead or minimizing the consequences of their suicidal actions. Instead, the clinician should emphasize suicide as an incorrect decision, while presenting alternative solutions to relieve their pain [20]. The support should be given in such a way that it cannot be accessed outside the therapeutic setting due to stigma and shame [14, 15]. Patients may not feel secure in expressing their griefs and sharing their fears [5]. Minority groups and cultures may have different needs and require a more patient-centered approach [5, 21].

Long-term support

We found no study conducting therapeutic interventions for fellow patients in the long term. In group therapy, leaving the session sooner, being absent, or being late are harmful. Group members may gradually leave the group after a suicide. The remaining members may create a more robust unit [15]. The fellow patients should stay where they can find comfort [16]. In acute health settings, there is an increased potential for acting out. Requests to leave may receive after a suicide in the unit [13]. In one study, members of an online group therapy gave support to each other by sending email, online chat, or through telephone [14]. In another study, group members tried to reduce other members' feelings of guilt during sessions [19]. Recurrence of a discussion about suicide can happen frequently and may indicate a need for safety [15, 19]. It is common to try to understand the rationale behind the suicide to find some explanation for the act [16]. Fellow patients may want to do something special to commemorate the deceased [16]. It is essential to include the deceased's family in decisions regarding any planning for commemoration [13]. In one study, patients as the members of an online group therapy made a memorial page as a virtual cemetery for the deceased [14].

Discussion

Psychiatric patients are among the high-risk group for attempted or completed suicide [7]. The psychiatric patients in group therapy or group settings are at a higher risk than other patients to be exposed to suicide. This scoping review study was conducted for understanding the impact of suicide on fellow patients and investigating the interventions for them. The search yielded ten articles and three guidelines (grey literature) that addressed fellow patients. This ranged from a brief report [17] to papers focusing mainly on this topic [16]. There is a lack of evidence in this field. There is some evidence on defining the patients' relationship with the deceased and the possible use of postvention strategies for the bereaved survivors. However, there is scant research on fellow patients exposed to suicide. Most of the studies have been conducted on suicide survivors with existing guidelines and high-level evidence for effective interventions [5, 8, 16, 22]. This suggests that we should consider whether a fellow patient meets the criteria for a suicide survivor, as they not only exposed to the suicide but also had a personal relationship with the deceased. If we consider fellow patients as suicide survivors, there are clear recommendations for how to reduce distress, pain, and risk in them [5, 6, 8, 11]. If we do not consider them as the bereaved survivors of suicide, the existing literature fails

us. We do not know about the impact of suicide on fellow patients. Thus, we may need to refer to studies conducted in non-clinical settings such the military setting [3] to see what measures have been implemented to address those exposed to suicide due to proximity, not due to having relationship with the deceased. The articles reviewed in this study suggested four factors that may affect the impact of suicide on fellow patients: the relationship with the deceased (casual contact vs. close contact), level of exposure to the suicide event (witnessed vs. informed of), the nature of the suicide (e.g., unexpected, violence, disruption of the social milieu) and the patient's vulnerability level (e.g., having a history of exposure or suicide attempts, current level of illness). By considering these factors, we can examine the potential impact of suicide and develop a more personalized approach to address the needs of a patient.

This review study has both strengths and limitations. The study followed established methodology and was a robust and replicable review of the current evidence on the subject. We were unable to update the searches due to lack of resources. The review has accurately identified the gap in the existing literature. The focus of this review study on fellow patients limited us to those in clinical settings and excluded some studies conducted in non-clinical settings. The study yielded a limited number of articles with a low level of evidence. The existing literature provides some recommendations for immediate, short-term, and long-term supports. Recommendations for immediate support are mainly focused on the management of acute risk in the clinical setting. Short-term supports are largely limited to anecdotal advice for managing stress, avoiding the exacerbation of existing mental health problems, and providing support for recovery. Common postvention strategies may be applicable to this fellow patients, although there is no existing evidence to support their use. Given the dearth of evidence, robust assessment of patients' needs and acceptability and efficacy of interventions for different populations exposed to suicide in different health settings remains a priority [5]. Further study is needed to understand which interventions can reduce the adverse outcomes of suicide exposure in fellow patients. To date, no interventional studies have been conducted in this field (Institute of Living. Guidelines for Response: Death by Suicide of a Patient, Accessed July 5 2021 [5], possibly due to the rarity of the event. Finally, we should not neglect the importance of promoting the role of fellow patients in identifying the needs and developing future support recommendations.

Conclusions

There is a lack of study on the impact of suicide on fellow patients and the interventions for them, despite the existence of evidence that psychiatric patients are among high-risk groups for exposure to suicide. The distinction of patients as suicide survivors or those exposed to suicide can allow the application of interventions designed for the suicide survivors on the fellow patients. Further studies are required to identify high-risk groups from among the fellow patients and design effective interventions for the suicide-exposed patients to reduce their distress and risks.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article is a review study with no human or animal sample.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Search strategy: Narges Beyraghi, Camellia Srikanthan and Terri Rodak; Study/Source of Evidence selection, Data Extraction: Narges Beyraghi, Camellia Srikanthan, Terri Rodak and Andrea Wddel; Project administration: Narges; Data Analysis and Presentation, review: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله مروری

بررسی تأثیر خودکشی بر بیماران در معرض خودکشی در شرایط بالینی و استراتژی‌های پیگیری: مروری حیطه‌ای

* نرگس بیراچی^۱، سوفی سوکلاریدیس^۱، کاملیا سریکانتان^۲، تری روداک^۳، لزی باکلی^۱، آندریا وادل^۱

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تورنتو، تورنتو، کانادا.

۲. دستیار روانپزشکی، دانشگاه ساسکاتون، ساسکاتون، کانادا.

۳. کتابدار، مرکز اعتیاد و سلامت روان، تورنتو، انتاریو، کانادا.

Use your device to scan
and read the article online**Citation** Beyraghi N, Soklaridis S, Srikanthan C, Rodak T, Buckley L, Waddell A. [Impact of Suicide on Fellow Patients Exposed to Suicide in Clinical Settings and Postvention Strategies: A Scoping Review (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2022; 1(3):300-315. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.3.35.1> <https://doi.org/10.32598/cpr.1.3.35.1>

هدف: خودکشی در شرایط بالینی می‌تواند موجب آسیب‌های روانی و غم و اندوه شود و بر سایر بیماران بستری‌شده نیز تأثیر بگذارد. مطالعات مختلفی در خصوص داغداری و فقدان پس از خودکشی وجود دارد. این مطالعه در صدد است تا مروری بر مطالعات موجود در حوزه آثار خودکشی بر دیگر بیماران و مداخلات پیشنهادی پس از خودکشی در شرایط بالینی داشته باشد.

روش بررسی: این مطالعه مروری حیطه‌ای با استفاده از چهارچوب مؤسسه جونا بریگز انجام شد. یک کتابدار پزشکی، جستجوی مقالات مرتبط که در مقطع زمانی ۲۰۰۰-۲۰۲۰ به زبان انگلیسی انتشار یافته بودند و در پایگاه‌های اطلاعاتی مدلاین، امبیس، آی‌پی‌آی سایک اینفو، وب‌آوساینس و کتابخانه کاکرین، در دسترس بودند. همچنین مقالات خاکستری که با موتورهای جستجوی گوگل و گوگل اسکالر قابل جستجو بودند را انجام داد. پژوهش‌هایی که در شرایط غیربالینی انجام شده بودند، از مطالعه حذف شدند.

یافته‌ها: به‌طور کلی ۸۷۳ مقاله از جستجوی انجام‌شده به دست آمد. ۱۱ مقاله و ۵ راهنما مطابق ضوابط ورود بودند. عوامل مؤثر بر درجه تأثیر بر سایر بیماران شامل موارد زیر بودند: نوع رابطه با فرد مرحوم، سطح مواجهه با خودکشی، ماهیت خودکشی و سطح آسیب‌پذیری بیمار. توصیه‌های پیگیری آنی بر مدیریت خطر خودکشی و تثبیت ایمنی متمرکز است، در حالی که توصیه‌های پیگیری‌های کوتاه‌مدت بر ارائه حمایت‌های عاطفی و بهبود سایر بیماران متمرکز است.

نتیجه‌گیری: مطالعات محدودی در خصوص تأثیر خودکشی در شرایط بالینی بر سایر بیماران و همچنین مداخلات پیگیری برای آن‌ها وجود دارد. مطالعات بیشتری برای مشخص کردن مداخلات مؤثر برای حمایت از گروه‌هایی با ریسک بالا مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها: خودکشی کردن، روان‌پزشکی، بیماران

تاریخ دریافت: ۱۶ دی ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۲ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر نرگس بیراچی

نشانی: کانادا، تورنتو، دانشگاه تورنتو، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

رایانامه: narges.beyraghi@camh.ca

مقدمه

در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، سایر بیمارانی که در مواجهه با مورد خودکشی قرار می‌گیرند، در ریسک بالایی هستند [۱]. زمانی که خودکشی در این شرایط رخ می‌دهد، تأثیر آن بر دیگر بیماران بالاست [۲]. تحقیقات محدودی در زمینه تأثیر خودکشی در محیط‌های بالینی، بر روی سایر بیماران انجام شده است [۳، ۴].

متخصصان بر این باورند که فردی که در معرض خودکشی قرار می‌گیرد، صرف‌نظر از رابطه‌ای که با متوفی دارند، ممکن است شکل پیچیده‌تر و طولانی‌تری از اندوه را تجربه کند. [۵، ۶]. خودکشی بیماران بر افرادی که در معرض این رخداد قرار دارند نیز تأثیر می‌گذارد. هر خودکشی ۱۱ قربانی دارد؛ فردی که فوت می‌شود و ۱۰ مراقب، خانواده و دوستان [۷]. بین «بازماندن از خودکشی» و «قرار گرفتن در معرض خودکشی» تمایز وجود دارد. اولی مربوط به کسی است که با متوفی رابطه شخصی و نزدیک داشته است. مورد دوم به وضعیتی اشاره دارد که در آن شخصی که هیچ رابطه نزدیکی با متوفی ندارد، به‌طور غیرمستقیم از مرگ مطلع شده یا شاهد مرگ یک ناآشنا بوده است [۸]. ممکن است بیماران اشکال مختلفی از ارتباط را در محیط‌های بالینی داشته باشند که می‌تواند بر عواقب پس از خودکشی تأثیر بگذارد. بیماران در گروه درمانی و اعضا گروه‌های حمایتی نمونه‌هایی از بیمارانی هستند که ممکن است روابط قوی‌تری با یکدیگر داشته باشند. [۶، ۹]. از طرف دیگر، محیط‌های مراقب‌های بحرانی معمولاً خدماتی برای بیماران آسیب‌پذیرتر با مشکلات روانی، تاریخچه افکار یا اقدامات خودکشی یا اختلالات روانی ارائه می‌کنند. علی‌رغم وجود شواهد در خصوص ریسک خودکشی در دیگر گروه‌ها با روابط نزدیک، اطلاعات محدودی در مورد ریسک خودکشی میان سایر بیماران در شرایط بالینی وجود دارد [۸]. خودکشی یک رویداد آسیب‌زا است. قرار گرفتن در معرض خودکشی بدون در نظر گرفتن نوع رابطه با متوفی منجر به افزایش میزان افکار خودکشی در افراد داغ‌دیده می‌شود. [۱۰]. پیگیری‌ها در چنین شرایطی حیاتی است و می‌تواند زندگی افراد را نجات دهد. استراتژی‌های پیگیری به فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که پس از خودکشی در راستای عدم سرزنش کردن خودکشی و ارتقای بهبودی در بازماندگان سوگوار انجام می‌شود. مطالعات کنونی در درجه اول بر پیشگیری از خودکشی و ارزیابی خطر متمرکز شده‌اند و عواقب خودکشی را بررسی نمی‌کنند. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که نجات افتگان داغ‌دیده حتی ۱۰ سال بعد از وقوع خودکشی، در معرض خطر بالا و مداومی هستند [۱]. راهبردهای بالینی پیگیری برای بیماران دیگر باید به روند بهبودی آن‌ها بپردازد تا داغ مرتبط با خودکشی را از بین ببرد و به‌عنوان پیشگیری ثانویه برای کاهش احتمال خطر خودکشی در بیماران عمل کند. [۱۱].

تحقیقات کمی درباره آثار خودکشی بر سایر بیماران و استفاده از مداخلات پس از خودکشی برای این افراد وجود دارد. کسب اطلاعات در خصوص پروتکل‌های پیگیری می‌تواند کیفیت مراقبت از این افراد را بهبود بخشد. از این‌رو، این مرور حیطه‌ای با هدف تحلیل نظام‌مند شواهد حاضر در خصوص استراتژی‌های پیگیری و عواقب خودکشی در شرایط بالینی بر سایر بیماران انجام شده است. اهداف این مطالعه مروری به شرح زیر است:

- بررسی تجربیات سایر بیماران پس از یک خودکشی؛
- بررسی مداخلات در دسترس برای سایر بیماران پس از یک خودکشی؛
- ارائه توصیه‌ها و نظرات برای حمایت از افراد داغ‌دیده.

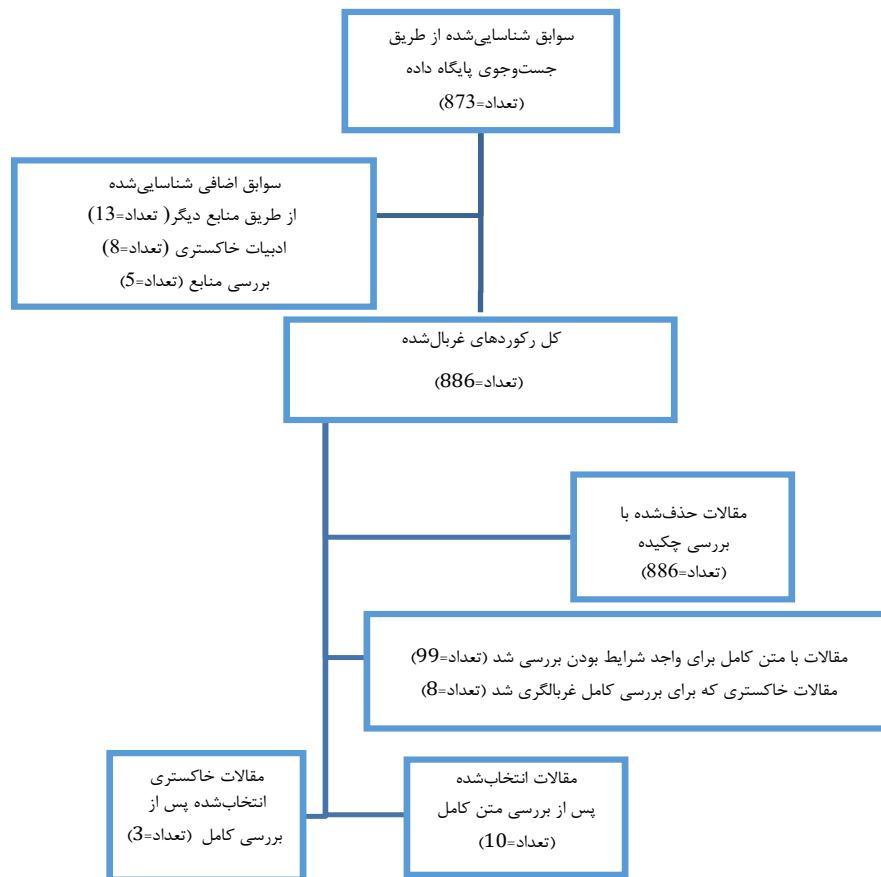
مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مرور حیطه‌ای با استفاده از راهنمای مؤسسه جونا بریگز برای ترکیب شواهد: توسعه پروتکل مرور حیطه‌ای [۱۲] است. براساس بازخوردها پروتکل ارائه‌شده توسط تیم تحقیقاتی مورد بحث و بازبینی قرار گرفت. پروتکل نهایی در روز ۱۵ نوامبر ۲۰۲۰ آماده شد. مقالاتی که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ به زبان انگلیسی چاپ شدند، ادبیات خاکستری (مانند گزارش‌ها، پایان‌نامه‌ها، مواد تحقیقاتی چاپ‌نشده، روزنامه‌ها، محتوای وبسایت‌ها و اسناد سیاست‌گذاری)، مطالعات کمی و کیفی در محیط‌های بالینی (بیمارستان و مراکز سلامت)، مطالعات در خصوص آثار خودکشی بر روی سایر بیماران که دارای اطلاعات در خصوص مداخلات پس از خودکشی بودند در این جست‌وجو وارد شدند. مقالاتی که به زبان انگلیسی نبودند، مقالاتی که در خصوص افراد داغ‌دیده از اعضای خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت انجام شده بود، مطالعاتی که بر روی کودکان و نوجوانان انجام‌شده، مطالعاتی که تنها در خصوص پیشگیری خودکشی یا ارزیابی ریسک خودکشی بودند، فصول کتاب‌ها و چکیده مقالات کنفرانس‌ها از فرآیند مرور حذف شدند.

جست‌وجو با استفاده از عناوین و کلمات کلیدی در پایگاه‌هایی مثل مدلین^۱، امیس^۲، ای‌پی‌ای سایک‌اینفو^۳، سیناهال^۴، وب‌آوساینس^۵، کتابخانه کاکرین^۶ انجام شد.

یک کتاب‌دار پزشکی به نام تری روداک استراتژی‌های جست‌وجو را ایجاد کرده و در تاریخ ۲۲ دسامبر ۲۰۲۰ جست‌وجو را انجام داده است. کلمات کلیدی مرتبط با خودکشی بیمار شامل «خودکشی»، «اوردوز عمدی»، «خودزنی» در ترکیب با اصطلاحاتی که

1. Medline
2. Embase
3. APA Psycinf
4. Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL)
5. Web of Science
6. Cochrane Library



تصویر ۱. فلوجارت فرآیند انتخاب مقاله

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

گرفته شد. اطلاعات ارائه شده توسط سازمان‌ها در خصوص اقدامات برای جلوگیری از خودکشی به جای روش‌های پیگیری در این مطالعه مروری قرار نگرفتند. فهرست مقالات به دست آمده در وبسایت کویدنس^۸ وارد شد تا عناوین، چکیده‌ها و سپس متن کامل آن‌ها بررسی و پایش شود. مقالات تکراری پیش از پایش عناوین و چکیده‌ها حذف شدند.

دو نویسنده این مقاله (نرگس بیرقی و اندریا وادل) به صورت مستقل عناوین و چکیده‌ها را برای وجود شرایط ورود کنترل کردند و یک گفتگویی گروهی برای تضادهای شناسایی شده در وبسایت کویدنس انجام دادند. دو نویسنده مقاله (نرگس بیرقی و کاملیا سربیکانتان) سپس به بررسی متن کامل مقالات به صورت مستقل پرداختند و تضادهایی که نیاز به حل و بررسی داشت را تا زمان رسیدن به نتیجه نهایی که کدام مقاله باید در مرحله استخراج داده قرار گیرد، مورد بحث قرار دادند. دو نویسنده مقاله حاضر (نرگس بیرقی و کاملیا سربیکانتان) به صورت مستقل داده‌ها را از متن کامل استخراج کردند و تا زمان رسیدن به اجماع آن‌ها را مقایسه کردند. تصویر شماره ۱ نشان دهنده خلاصه فرآیند پایش است. پرسش‌نامه

برای محیط‌های روان‌پزشکی و بیماران استفاده می‌شود مانند «بیمارستان‌های روان‌پزشکی»، «خدمات بهداشت روانی و بیمار بستری استفاده شد. کلیدواژه‌های مرتبط با بازماندگان سوگوار شامل «جامعه درمانی»، «روان درمانی گروهی» و «عضو گروه»، «سیاست‌های سازمانی»، «دستورالعمل پاسخ‌گویی» و «پیشگیری» بود. در خصوص مقالات خاکستری مرتبط، جست‌وجو توسط موتورهای گوگل و گوگل اسکولار با استفاده از عبارات زیر انجام شد: «همراه بیمار»، «بیماران دیگر»، «رفیق بیمار»، «بیمار بستری»، «خودکشی» و «پیشگیری».

پنج صفحه اول نتایج برای هر مطلب مرتبط مورد بررسی قرار گرفت. منابع مقالات یافت شده نیز برای اطمینان از اینکه هیچ مقاله مرتبطی از قلم نیفتاده بررسی شد. همچنین از طریق ایمیل با سازمان‌های مربوطه تماس گرفته شد تا اگر اطلاعات بیشتری را می‌توان به نتایج جست‌وجو اضافه کرد، دریافت شود. در همین راستا با سازمان‌هایی مثل کمیسیون سلامت روان کانادا، مرکز سلامت روان و تحقیقات رویال، شبکه مشتریان کوکران، مؤسسه ملی سلامت روان، گروه کمپیل و سازمان بهداشت جهانی^۷ تماس

در محیط‌های گروه‌درمانی نیز پرسش از دیگر بیماران با تجربه مشابه برای حمایت شدن گزارش شده است. شناسایی قربانی خودکشی و دیدن بدترین نتیجه به‌عنوان یک امر ناگزیر به‌عنوان واکنش‌های اولیه گزارش شده است [۱۶]. یافتن پاسخ می‌تواند منجر به احساس خود مقصری و نشخوار فکری درباره متوفی شود [۵]. یک مقاله چنین گزارش کرده است که سایر بیماران کادر درمان را مسئول پیشگیری نکردن خودکشی می‌دانستند. این مقاله چنین بیان می‌کند که خشم نسبت به کارکنان سلامت می‌تواند نمودی از خشم جابه‌جا شده نسبت به فردی که اقدام به خودکشی کرده است، باشد [۳]. متهم دانستن سایر بیماران و کارکنان درمان همچنین به‌عنوان عواقب خودکشی گزارش شده است [۶].

علائم بالینی

مشکلات سلامت روان پس از خودکشی از تعامل میان رخداد، نوع رابطه با قربانی خودکشی و میزان آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری سایر بیماران ایجاد می‌شود [۱۷، ۱۶]. عواملی که متعاقباً موجب علائم بالینی می‌شوند شامل حمایت روانی ضعیف، تاریخچه آسیب روحی روانی یا یک از دست دادگی اخیر، اختلالات روانی، بیماری‌های مزمن و تاریخچه اقدام برای خودکشی می‌باشد [۱۸، ۶]. مطالعات بیانگر علائم جسمی، خاطرات مزاحم، افزایش اضطراب، تنش، برانگیختگی روانی و کیفیت پایین خواب در سایر بیماران تحت تأثیر خودکشی می‌باشند [۱۶، ۱۵، ۳]. علائم افسردگی ممکن است پس از خودکشی شروع می‌شود و به برهه افسردگی کامل یک ماه پس از خودکشی تبدیل می‌شود و می‌تواند برای ماه‌ها ادامه یابد [۱۹، ۱۵، ۶]. بیمارانی که در معرض خودکشی هستند علائمی چون واکنش‌های استرسی حاد از جمله اختلالات تجزیه هویت، هوشیاری بیش از حد و کیفیت پایین خواب را تجربه کردند

ارزیابی انتقادی موسسه جوانا بریگز^۹ با هدف ارزیابی کیفیت مطالعات استفاده شد (جدول شماره ۱). داده‌های استخراج‌شده شامل اطلاعات نویسنده (نام، وابستگی، کشور و منطقه مطالعه)، جمعیت آماری مطالعه، روش‌شناسی و یافته‌ها بود. خلاصه‌ای از این اطلاعات در جدول شماره ۲ آمده است.

یافته‌ها

تجربه سایر بیماران از خودکشی

از این میان ۸ مقاله تجربه سایر بیماران پس از رخداد خودکشی را توصیف کرده بودند. سپس ۳ موضوع فرعی شناسایی شد: واکنش احساسی به خودکشی، علائم بالینی به‌عنوان عواقب خودکشی و شیوع و مدیریت خودکشی.

واکنش‌های احساسی به خودکشی

زمانی که خودکشی در محیط‌های درمانی رخ می‌دهد، دیگر بیماران ممکن است واکنش‌های احساسی مختلفی از خود نشان دهند. ۳ مقاله به توصیف احساس شوک، ناباوری، انکار، پیچیدگی، گم‌گشتگی، احساس گناه و ناراحتی پس از خودکشی در سایر بیماران پرداخته بودند [۱۴، ۱۳، ۳]. اطلاعات ۱ مقاله درخصوص واکنش سایر بیماران بیشتر از دیدگاه روان پویایی به خودکشی مرتبط بود [۱۵]. ۴ مقاله به توصیف واکنش‌های سایر بیماران پرداخته بود که به‌طور مشخص درخصوص رخداد خودکشی بود. ۲ مقاله به این امر پرداخته بود که چگونه سایر بیماران احساسات ترک‌شدگی و خشم را نسبت به متوفی تجربه کردند.

9. Joanna Briggs Institute (JBI)

جدول ۱. ارزیابی کیفیت مقالات و راهنمایی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه ارزیابی انتقادی برای متون و نقطه نظرات

مورد	۱۰۰ [۳]	مایل و همکاران [۵] ۲۰۱۹	سایر [۶] ۲۰۲۰	سایر [۶] ۲۰۲۰	۱۱۰۲ [۷] ۲۰۲۰	آندرسن و کریستینسکا [۸] ۲۰۲۰	پالارد و همکاران [۹] ۲۰۲۰	سامه [۱۰] ۲۰۲۰	هسپونگی [۱۱] ۲۰۲۰	۷۰۰۸ [۱۲] ۲۰۲۰	گالورد [۱۳] ۲۰۲۰	سپین [۱۴] ۲۰۲۰	۸۱۰۲ [۱۵] ۲۰۲۰	کوپل و فلی [۱۶] ۲۰۲۰	نیزلند [۱۷] ۲۰۲۰	اولی و کوبیندر [۱۸] ۲۰۲۰	سوگی [۱۹] ۲۰۲۰
آیا منبع نقطه‌نظر به وضوح مشخص است؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آیا منبع موردنظر در آن حیطه جایگاه محکمی دارد؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آیا منبع موردنظر در آن حیطه جایگاه محکمی دارد؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آیا منافع جمعیت مرتبط مورد تمرکز نقطه‌نظر است؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آیا ارجاعی به ادبیات موجود وجود دارد؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
آیا ناهمگونی با ادبیات/منابع به صورت منطقی دفاع شده است؟	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

جدول ۲. ویژگی‌های مطالعات انتخاب‌شده در این مطالعه مروری

نویسنده، سال	کشور	طراحی مطالعه	جمعیت مطالعه	مضمون	یافته‌ها
سار، ۲۰۱۱ [۳]	آمریکا	مطالعه موردی	بالینی و غیربالینی	واکنش احساسی/علائم بالینی	توصیف آثار حاد و بلندمدت خودکشی
مایل و همکاران، ۲۰۱۹ [۵]	آمریکا	مقاله ویراستاری	-	حمایت افرادی که در معرض خودکشی قرار گرفته‌اند	پیگیری به‌عنوان عاملی مهم در کمک‌های بالقوه
ساکینوفسکی، ۲۰۰۷ [۶]	کانادا	مقاله عقیده‌ای	بالینی	مدیریت افراد داغ دیده	توصیه برای مدیریت بیمارستان پس از خودکشی بیمار
آندریسن و کریسینسکا، ۲۰۱۲ [۸]	بلژیک	مقاله عقیده‌ای	مطالعات بالینی و غیربالینی	مدیریت ریسک خودکشی	توصیه برای انجام پیگیری افراد داغ‌دیده
بالارد و همکاران، ۲۰۰۸ [۹]	آمریکا	مقاله عقیده‌ای	بیماران روانی	علائم بالینی/مدیریت ریسک	روش نقشه‌برداری مرحله‌ای در پیگیری: واکنش مؤسسه‌ای
سامه، ۲۰۱۸ [۱۳]	کانادا	راهنما	-	واکنش‌های احساسی/مدیریت خودکشی	توصیه‌های بالینی و اجرایی برای پیگیری
هسیونگ، ۲۰۰۷ [۱۴]	آمریکا	مشاهده‌ای	اعضای گروه‌های سلامت روان آنلاین	واکنش احساسی	توصیف واکنش‌ها و رخداد‌های اعضای گروه نسبت به خودکشی
گافورد، ۲۰۰۸ [۱۵]	آمریکا	کیفی	رهبران گروه درمانی	واکنش احساسی	آثار خودکشی بر رهبران گروه
سیمن، ۲۰۱۵ [۱۶]	کانادا	مطالعه مروری	بالینی	واکنش‌های احساسی/مدیریت خودکشی	آثار خودکشی در بیمارستان بر بیماران همراه
کمپیل و فای، ۲۰۰۲ [۱۷]	انگلستان	مقاله عقیده‌ای	بالینی	علائم بالینی/مدیریت خودکشی	نقش روان‌پزشک زمانی که بیماری دست به خودکشی می‌زند
نیوزلند، ۲۰۱۷ [۱۸]	نیوزلند	راهنما	-	مدیریت خودکشی	توصیه‌های بالینی برای پیگیری
اونیل و کوپنندر، ۲۰۱۲ [۱۹]	آمریکا	مطالعه موردی	اعضای دو گروه روان درمانی	واکنش‌های احساسی/مدیریت خودکشی	فرایندهای حاد و بلندمدت در در گروهی که بیمار در آن اقدام به خودکشی کرده است
سونگ، ۲۰۱۶ [۲۰]	آمریکا	راهنما	-	علائم بالینی/مدیریت خودکشی	واکنش بالینی به خودکشی بیمار

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

مواجهه با خودکشی را افزایش دهد [۵]. شیوع خودکشی عمدتاً به‌عنوان واکنشی کوتاه‌مدت در نظر گرفته می‌شود و درد ایجادشده به‌دلیل مواجهه با آن در بلندمدت می‌تواند آثار محدودکننده‌ای به همراه داشته باشد [۶]. اطلاعات محدودی در خصوص واکنش بلندمدت سایر بیماران به خودکشی وجود دارد. ۲ مقاله به بررسی واکنش‌های بلندمدت حین روان‌شناسی گروهی پرداختند و گزارش کردند که افکار خودکشی در طول زمان کاهش می‌یابد، گرچه این رخداد همچنان در سالگردش مطرح می‌شود [۱۴، ۱۵].

پیگیری خودکشی برای سایر بیماران

افرادی که در مواجهه با خودکشی بودند نیازمند حمایت‌های آنی، کوتاه‌مدت و بلندمدت هستند.

حمایت‌های آنی

واکنش‌های آنی به خودکشی عمدتاً شامل رفتارهای خودتخریبی و واکنش‌های حاد است. ایجاد یک برنامه منسجم و شفاف برای مدیریت آن، هم‌زمان با دوری جستن از واکنش‌های احساسی و بیش از اندازه ضروری است [۳، ۹]. خودکشی‌هایی که در یک بخش بستری رخ می‌دهند، نیازمند پایش دقیق بیمارانی هستند که افکار فعال خودکشی دارند. این بیماران می‌توانند از خدمات

[۱۶، ۳]. در یک مطالعه، یک بیمار همراه که متوفی را پیدا کرده بود، ناتوانی در خواب را به‌دلیل دیدن چهره متوفی هنگام بستن چشم‌هایش گزارش کرده بود [۳]. ایجاد ایده‌های آدم‌کشی و تشدید علائم روانی نیز در برخی مطالعات گزارش شده است [۳، ۱۶، ۱۵]. در یک مطالعه، یک بیمار همراه که در حال تجربه انکار پاتولوژیک بود عضو دیگر بیمارستان را مقصر آدم‌کشی می‌دانست [۳]. بیمارانی که به‌طور مستمر حالات روانی را تجربه می‌کنند می‌توانند افکار توهم‌گونه‌ای درباره خودکشی داشته باشند یا ادعای مسئولیت کنند، نوعی رابطه با فرد مهاجم را متصور شوند یا باور کنند که آن‌ها موجب خودکشی شده‌اند [۱۳].

شیوع و مدیریت خودکشی

رابطه با مرحوم و علاقه به تقلید از اقدامات آن‌ها در ۴ مقاله گزارش شده بود [۱۶، ۱۴، ۱۳، ۳]. افکار خودکشی بیماران همراه می‌تواند موجب تشدید اضطراب آن‌ها درباره خطر خودکشی شود [۱۳]. داشتن رابطه احساسی نزدیک با قربانی خودکشی و همچنین تاریخچه خودآزاری عوامل خطر برای بروز خودکشی هستند [۳، ۱۶]. بیماری که دارای اختلال روانی است، می‌تواند مواجهات متعددی را با خودکشی ایجاد کند. هر رخداد خودکشی دارای تأثیر جمعی است که می‌تواند احتمال واکنش‌های نامطلوب هنگام

تصمیم‌گیری ضعیف می‌تواند برای توضیح خودکشی اشاره شود [۱۴].
 [۱۶]. پزشک باید بدنمایی‌هایی که موجب محدود شدن روند درمانی بیماران خودکشی می‌شود را نادیده بگیرد و از تکریم مرحوم یا کوچک شمردن عواقب اقدام به خودکشی جلوگیری کند. در عوض، پزشک باید تأکید کند که خودکشی تصمیم اشتباهی است، درحالی‌که راه‌حل‌های جایگزین برای رهایی از درد را ارائه می‌کند [۲۰]. حمایت باید طوری ارائه شود که نتواند خارج از محیط درمانی به دلیل بدنمایی و شرم به دست آید [۱۵، ۱۴]. بیماران ممکن است احساس امنیت حین بیان اندوه و به اشتراک‌گذاری ترس‌هایشان نداشته باشند [۵]. گروه‌های اقلیت و فرهنگ‌ها ممکن است نیازهای مختلفی داشته و نیازمند روشی متمرکز تر بر بیمار داشته باشند [۵، ۲۱].

حمایت بلندمدت

هیچ مطالعه‌ای که درخصوص مداخلات درمانی برای سایر بیماران در بلندمدت انجام شده است یافت نشد. در گروه درمانی، ترک زودتر جلسه، غایب بودن یا دیر رسیدن می‌تواند مضر باشد. اعضای گروه ممکن است به مرور زمان پس از خودکشی گروه را ترک کنند. اعضای باقیمانده ممکن است واحدی قوی‌تر تشکیل دهند [۱۵]. سایر بیماران باید در جایی بمانند که می‌تواند احساس آرامش دریافت کنند [۱۶]. در محیط‌های سلامت بحرانی، پتانسیل بالایی برای خروج وجود دارد. درخواست‌ها برای ترک ممکن است پس از یک خودکشی در واحد دریافت شود [۱۳]. در یک مطالعه، اعضای یک گروه درمان آنلاین یکدیگر را از طریق ارسال ایمیل، گفتگوی آنلاین یا تلفنی حمایت کردند [۱۴]. در گروهی دیگر، اعضای گروه سعی داشتند تا احساسات گناه دیگر بیماران حین جلسه را کاهش دهند [۱۹]. باز رخدادهای بحث درباره خودکشی می‌تواند اغلب رخ دهد و ممکن است بیانگر نیاز برای انجام اقدامات ایمنی باشد [۱۵، ۱۹]. درک منطق خودکشی در راستای یافتن توضیحی برای این عمل متداول است [۱۶]. سایر بیماران ممکن است بخواهند اقدامی خاص به یادبود مرحوم انجام دهند [۱۶]. در بر گرفتن خانواده مرحوم در تصمیمات در خصوص برنامه‌ریزی برای جلسات یادبود ضروری است [۱۳]. در یک مطالعه، بیماران به‌عنوان عضوی از یک گروه درمانی آنلاین یک صفحه یادبود به‌عنوان قبرستانی مجازی برای مرحوم ایجاد کردند [۱۴].

بحث

بیماران مبتلا به اختلالات روانی جزء گروه‌های پر ریسک برای اقدام یا تکمیل خودکشی هستند [۷]. این بیماران در گروه‌درمانی‌ها یا محیط‌های گروهی، نسبت به دیگر بیماران بیشتر در معرض مواجهه با خودکشی هستند. این مرور حیطه‌ای با هدف درک اثر خودکشی بر سایر بیماران و همچنین بررسی مداخلات برای این افراد انجام شده است. این جست‌وجو به ۱۰ مقاله و ۳ راهنما (مقالات خاکستری) منتهی شد که مخاطب آن بیماران همراه بود.

مقالات از گزارش‌های کوتاه [۱۷] تا مقالات متمرکز بر این

حمایت فردی متمرکز بهره‌برند [۳، ۱۳، ۱۸]. یک پزشک بالینی با تجربه باید توصیفی دقیق از رخدادهای خودکشی به دیگر بیماران ارائه دهد [۹]. این توصیف باید به حریم شخصی مرحوم احترام گذاشته و براساس شرایط سایر بیماران روایت شود. نگهداشتن اطلاعات از دیگر بیماران یک روش بسیار محافظه کارانه برای حفظ حقوق حریم شخصی مرحوم است و در زمانی که اطلاعات از قبل منتشر شده است، روشی بدون کاربرد است. خلاصه کردن اطلاعات روشی مناسب برای کمک به بیماران و جلوگیری از انتشار شایعات در زمان نبود اطلاعات دقیق است [۱۳]. این روش می‌تواند موجب تسهیل بحث‌های مرتبط با سلامت و درخواست حمایت از کارکنان با تجربه پزشکی شود [۹، ۱۶، ۲۰]. پیش از جلسه ارائه خلاصه به دیگر بیماران، یکی از کارکنان باید پاسخ‌ها را هدایت کند که حین این امر تیم تصمیم می‌گیرد که آیا حمایت خارجی مورد نیاز است [۹، ۱۴].

جلسات خلاصه‌سازی برای ارزیابی نیازهای هر بیمار و همچنین ارائه اطلاعات توصیه می‌شود. یکی از اهداف این روش خطاب قرار دادن اضطراب بیمار و در نظر گرفتن نگرانی‌های ایمنی است، گرچه دیگر بحث‌ها نیز می‌تواند ایجاد شود. تیم پزشکی باید تصمیم بگیرد که آیا حمایت فردی یا گروهی برای پاسخ به نیازهای متنوع بیماران در هر بخش گزینه بهتری است. بحث‌های مختلفی حین جلسه ارائه خلاصه ایجاد می‌شود که ممکن است مدیریت آن در جلسات گروهی دشوار باشد. برای یک جلسه گروه‌درمان، توصیه می‌شود که هر فرد پیش از جلسه مطلع شود. از آنجاکه ارائه خلاصه به آخرین فرد می‌تواند مشکل ساز باشد [۱۳، ۱۵، ۲۰]. ارائه خلاصه به افرادی که به تازگی به واحد اضافه می‌شوند، ملغی کردن پذیرش افراد پرریسک و سطح بالاتری از نظارت تا زمانی که ثبات به محیط باز می‌گردد نیز توصیه شده است [۶]. کارکنان مسئول باید اقدامات ایمنی محدودکننده را با احتیاط اتخاذ کنند تا از ایجاد بی‌ثباتی بیشتر در محیط یا ایجاد عواقب جلوگیری کنند [۹]. بسته به شرایط، سایر بیماران ممکن است به‌صورت مستقیم توسط پلیس مورد بازجویی قرار گیرند. برای جلوگیری از آسیب‌های روحی روانی ثانویه، سایر بیماران ممکن است به حمایت‌های روحی نیاز داشته باشند [۱۳].

حمایت کوتاه‌مدت

برنامه‌های کوتاه‌مدت بر روی حمایت بیماران اندوه ناک متمرکز است. حمایت پزشکان باید برای روزها و ماه‌ها ادامه یابد تا موجب کاهش پریشانی آن‌ها شود. شنیدن توصیه‌های آن‌ها می‌تواند موجب بهبود کیفیت مراقبت برای دیگر بیماران شود [۱۴، ۱۶]. ارائه‌دهندگان خدمات درمانی نباید از توصیف رخداد دوری کنند. دوری کردن موجب انتقال پیامی بد است که می‌تواند موجب انزوا شود و از حس طلب حمایت درون بیماران جلوگیری کند [۱۹].

در حین جلسه، پزشک باید از مرحوم با احترام صحبت کند و از استفاده از کلماتی که موجب سوءبرداشت تأیید یا تمجید اقدام خودکشی می‌شود، جلوگیری کند. نبود آگاهی از انتخاب‌ها، ترس و

شواهدی برای استفاده آن‌ها وجود ندارد. باتوجه به کمبود اطلاعات، ارزیابی قوی از نیازهای بیماران و قابل قبول بودن اثربخشی مداخلات برای جوامع مختلفی که در مواجهه با خودکشی در محیط‌های مختلف بوده‌اند یک اولویت باقی مانده است [۵]. مطالعات بیشتری برای درک اینکه کدام مداخلات می‌تواند موجب کاهش خروجی‌های مواجهه با خودکشی در بیماران همراه می‌باشد مورد نیاز است. تا به امروز، هیچ مطالعه مداخله‌ای در این حوزه (مؤسسه زندگی، راهنما برای پاسخ‌ها: مرگ با خودکشی یک بیمار، قابل دسترسی از تاریخ ۵ جولای [۵]) احتمالاً به دلیل کمبود رخداد انجام نشده است. در نهایت ما نباید اهمیت ترفیع نقش بیماران همراه در شناسایی نیازها و ایجاد توصیه‌های حمایتی آتی نادیده بگیریم.

نتیجه‌گیری

مطالعات محدودی درخصوص آثار خودکشی بر بیماران همراه و مداخله برای آن‌ها وجود دارد، علی‌رغم وجود شواهد که بیماران مبتلا به اختلالات روانی جزء گروه‌های پرخطر برای مواجهه با خودکشی هستند. تمایز بین بیماران به‌عنوان بازماندگان خودکشی یا افرادی که در مواجهه با خودکشی بودند، می‌تواند استفاده از مداخلات طراحی شده برای بازماندگان خودکشی در بیماران همراه را ایجاب کند. مطالعات بیشتری برای شناسایی گروه‌های پرخطر از بیماران همراه و همچنین مداخلات مؤثر برای بیمارانی که با خودکشی مواجه شده‌اند، نیاز است تا تنش و ریسک کاهش یابد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله حاصل یک مطالعه مروری است و دارای هیچ نمونه انسانی یا حیوانی نبوده است. بنابراین نیازی به کد اخلاق نبوده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

جست‌وجو: نرگس بیراقی، کاملیا سریانکتان و تری روداک؛ مطالعه و انتخاب منبع شواهد: نرگس بیراقی، کاملیا سریانکتان، تری روداک و آندریا وادل؛ استخراج داده‌ها: نرگس بیراقی، کاملیا سریانکتان، تری روداک و آندریا وادل؛ مدیریت و نظارت: نرگس بیراقی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه، بررسی و ارسال مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

موضوع بودند [۱۶]. شواهد کمی در این حوزه وجود دارد. برخی شواهد درخصوص مشخص کردن رابطه بیمار با مرحوم و همچنین امکان استفاده از استراتژی‌های پیگیری برای بازماندگان داغ‌دیده موجود است. باوجوداین، تحقیقات کمی بر روی بیماران همراهی که در مواجهه با خودکشی بوده‌اند، وجود دارد. اغلب مطالعات بر روی بازماندگان خودکشی با راهنمای موجود و شواهد سطح بالا در خصوص مداخلات مؤثر انجام شده است [۵، ۸، ۱۶، ۲۲]. این امر بیانگر این است که باید در نظر داشته باشیم که آیا بیماران همراه مطابق ضوابط بازماندگان خودکشی هستند، از آنجاکه آن‌ها نه تنها در مواجهه با خودکشی بوده بلکه رابطه‌ای شخصی با متوفی داشتند. اگر که ما بیماران همراه را به‌عنوان بازماندگان خودکشی در نظر داشته باشیم، توصیه‌های مشخصی برای چگونگی کاهش تنش، درد و خطر در آن‌ها وجود دارد [۵، ۶، ۸، ۱۱]. در صورتی که ما آن‌ها را به‌عنوان بازماندگان داغ‌دیده خودکشی در نظر بگیریم، مطالعات مشخصی در این حوزه یافت نمی‌شود. ما درخصوص آثار خودکشی بر روی سایر بیماران اطلاعی نداریم. همچنین، لازم باشد به مطالعات انجام‌شده در محیط‌های غیربالینی مانند محیط نظامی مراجعه کنیم [۳] تا دریابیم چه اقداماتی برای رسیدگی به افرادی که در مواجهه با خودکشی به‌دلیل نزدیکی با متوفی نه به‌دلیل داشتن رابطه با او، انجام شده است.

مقالات مرورشده در این مطالعه ۴ عامل که می‌تواند بر روی آثار خودکشی بر بیماران همراه تأثیر بگذارد را ارائه کرده است: روابط با مرحوم (رابطه علی در مقابله رابطه نزدیک)، سطح مواجهه با رخداد خودکشی (مشاهده کردن در مقابل مطلع شدن)، ماهیت خودکشی (برای مثال، غیرمنتظره، خشونت، اختلال در شرایط محیطی) و سطح آسیب‌پذیری بیمار (برای مثال، تاریخچه مواجهه با خودکشی یا اقدام خودکشی، سطح فعلی بیماری). با در نظر گرفتن این عوامل می‌توان تأثیر بالقوه خودکشی را بررسی کرد و روش فردی‌تر شده‌ای برای واکنش به نیازهای بیمار ایجاد شود.

این مطالعه مروری با محدودیت‌ها و نقاط قوتی همراه است. مطالعه از یک روش مشخص استفاده کرد و مروری منسجم و قابل تکرارپذیری از شواهد فعلی بر روی این موضوع ارائه کرد. ما قادر به روزرسانی جست‌وجوها به دلیل کمبود منابع نبودیم. این مرور شکافی در مطالعات فعلی را به‌درستی شناسایی کرده است. تمرکز این مطالعه مروری بر روی بیماران همراهی که محدود به محیط‌های بالینی بوده و مقالاتی که در شرایط غیربالینی انجام شده بود را در نظر نگرفت. این مطالعه منتج به تعداد محدودی از مقالات با سطح پایینی از شواهد شد. مطالعه حاضر توصیه‌هایی برای حمایت‌های آتی، کوتاه‌مدت و بلندمدت ارائه کرد. توصیه‌ها برای حمایت آتی عمدتاً متمرکز بر مدیریت ریسک‌های حاد در محیط‌های بالینی است.

حمایت‌های کوتاه‌مدت عمدتاً به توصیه‌های داستانی برای مدیریت استرس، جلوگیری از تشدید مشکلات سلامت روان فعلی و ارائه حمایت برای بهبود می‌پردازد. استراتژی‌های پیشگیری متداول می‌تواند برای بیماران همراه قابل استفاده باشد، گرچه هیچ‌گونه

References

- [1] Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131(3):174-84. [DOI:10.1111/acps.12383] [PMID]
- [2] Cazares PT, Santiago P, Moulton D, Moran S, Tsai A. Suicide response guidelines for residency trainees: A novel postvention response for the care and teaching of psychiatry residents who encounter suicide in their patients. *Acad Psychiatry*. 2015; 39(4):393-7. [DOI:10.1007/s40596-015-0352-7] [PMID]
- [3] Carr RB. When a soldier commits suicide in Iraq: Impact on unit and caregivers. *Psychiatry*. 2011; 74(2):95-106. [DOI:10.1521/psyc.2011.74.2.95] [PMID]
- [4] Lin SK, Hung TM, Liao YT, Lee WC, Tsai SY, Chen CC, et al. Protective and risk factors for inpatient suicides: A nested case-control study. *Psychiatry Res*. 2014; 217(1-2):54-9. [DOI:10.1016/j.psychres.2014.03.008] [PMID]
- [5] Maple M, Poštuvan V, McDonnell S. Progress in postvention. *Crisis*. 2019; 40(6):379-82. [DOI:10.1027/0227-5910/a000620] [PMID]
- [6] Sakinofsky, I. The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *Can J Psychiatry*. 2007; 52(6 Suppl 1):129S - 36S. [Link]
- [7] Insel T. A new research agenda for suicide prevention [Internet]. 2014 [Updated 2014 March 07]. Available from: [Link]
- [8] Andriessen K, Kryszinska K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(1):24-32. [DOI:10.3390/ijerph9010024] [PMID]
- [9] Ballard ED, Pao M, Horowitz L, Lee LM, Henderson DK, Rosenstein DL. Aftermath of suicide in the hospital: Institutional response. *Psychosomatics*. 2008; 49(6):461-9. [DOI:10.1176/appi.psy.49.6.461] [PMID]
- [10] Jordan JR. Postvention is prevention-The case for suicide postvention. *Death Stud*. 2017; 41(10):614-21. [DOI:10.1080/07481187.2017.1335544] [PMID]
- [11] Erlich MD, Rolin SA, Dixon LB, Adler DA, Oslin DW, Levine B, et al. Why we need to enhance suicide postvention: Evaluating a survey of psychiatrists' behaviors after the suicide of a patient. *J Nerv Ment Dis*. 2017; 205(7):507-11. [DOI:10.1097/NMD.0000000000000682] [PMID]
- [12] Godin K, Stapleton J, Kirkpatrick SI, Hanning RM, Leatherdale ST. Applying systematic review search methods to the grey literature: A case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Syst Rev*. 2015; 4:138. [DOI:10.1186/s13643-015-0125-0] [PMID]
- [13] Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) CAMH: Suicide prevention and assessment handbook. Toronto: CAMH; 2018. [Link]
- [14] Hsiung RC. A suicide in an online mental health support group: Reactions of the group members, administrative responses, and recommendations. *Cyberpsychol Behav*. 2007; 10(4):495-500. [DOI:10.1089/cpb.2007.9999] [PMID]
- [15] Gafford JR. The impact of a suicidal individual on group therapy: A phenomenological study of group leaders' experiences [PhD dissertation]. Denver: University of Denver; 2008. [Link]
- [16] Seeman MV. The impact of suicide on co-patients. *Psychiatr Q*. 2015; 86(4):449-57. [DOI:10.1007/s11126-015-9346-6] [PMID]
- [17] Campbell C, Fahy T. The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatr Bull*. 2002; 26(2):44-9. [DOI:10.1192/pb.26.2.44]
- [18] New Zealand Psychologists Board. Best practice guideline: Coping with a Client Suicide. Wellington: New Zealand Psychologists Board; 2017.
- [19] O'Neill SM, Kueppenbender K. Suicide in group therapy: Trauma and possibility. *Int J Group Psychother*. 2012; 62(4):586-611. [Link]
- [20] Sung JC. Sample Agency practices for responding to client suicide [Internet]. 2016 [Updated 21 March 2016]. [Link]
- [21] Institute of Living. Guidelines for response: Death by suicide of a patient. Hartford: Institute of Living; 2017. [Link]
- [22] Andriessen K, Kryszinska K, Kölves K, Reavley N. Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. *Front Psychol*. 2019; 10:2677. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.02677] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank