

تقييم خط المساعدة اللبناني الوطني للدعم النفسي والحد من الانتحار: التخفيف من الضغط النفسي لدى المتصلين

بيا زينون¹، فرج يحيى²، ليلي خضرلريان³، سيرين يوردي⁴، ميا عطوي⁵، ربيع الشماي⁶، وزياد نحاس⁷

حائز على الزمالة البريطانية للطب النفسي (المملكة المتحدة) ودرجة الماجستير في الطب النفسي وبكالوريوس الطب والجراحة، ومنسق برنامج الصحة النفسية والدعم النفسي في المنظمة الدولية للهجرة، أربيل، العراق.

- 1 حاصلة على شهادة الدكتوراة، داترة علم النفس، الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان
- 2 حاصلة على شهادة الدكتوراة، نادي فريجي جامعة جونز هوبكنز، الحمرا، بيروت، لبنان
- 3 حاصلة على الماجستير، جمعية فريجي كلية لندن الجامعية، الحمرا، بيروت، لبنان
- 4 حاصلة على شهادة الماجستير، جامعة الهاييزيان، بيروت، لبنان
- 5 حاصلة على شهادة الماجستير، الجامعة الأمريكية في بيروت، الحمرا، بيروت، لبنان
- 6 طبيب، الجامعة اليسوعية، لبنان
- 7 طبيب، جامعة مينيسوتا، الولايات المتحدة الأمريكية

ملخص

توفر خطوط المساعدة الهاتفية الدعم والتوجيه، محدود الوقت، للمتصلين ممن لديهم ميول انتحارية أو ممن يعانون من الضغط النفسي الذي تم الإبلاغ عنه ذاتياً. ولا يوجد حتى الآن دلائل تؤكد نجاعة خطوط المساعدة في البلدان متوسطة أو متدنية الدخل مثل لبنان. خط Embrace Lifeline هو خط المساعدة الوطني والوحيد في لبنان منذ عام 2018 الذي يقدم الدعم النفسي والحد من الانتحار. اطلعنا على بيانات دون أسماء تعريفية لـ 4657 اتصال هاتفي وصل إلى خط المساعدة في الفترة بين شباط/فبراير 2018 وشباط/فبراير 2020. قمنا بتحليل خصائص المتصلين ومؤشرات الضغط النفسي وتم تقييم النتيجة الفورية للاتصالات من خلال فحص الفرق بين درجة إحساس المتصل بالضيق في بداية ونهاية المكالمات، وذلك باستخدام تصميم يعتمد تكرار الإجراءات. وصلت إلى خط المساعدة مكالمات من عينة أغلبها من اللبنانيين، متنوعة من حيث العمر، الموقع، التعليم، العمل، والتوجه الجنسي. وجدنا أن هناك انخفاض ملحوظ وكبيراً (د=1.94 و 1.99 على التوالي) في المستويات الذاتية للضغط بين أولئك الذي اتصلوا بسبب حالة الضغط النفسي فقط، وأولئك الذي عبروا عن سلوك إضافي مرتبط بالانتحار. كان المتصلون الأكثر توتراً بالأغلب من النساء، في علاقة عاطفية، ولديهم على الأقل عامل خطورة واحد، وبينما ظهر تحسن لدى الجميع، إلا أن مستوى الضغط انخفض بشكل أكبر بين أولئك الذين كان لديهم على الأقل عامل خطورة واحد. أدى خط المساعدة هذا أيضاً بالفعل إلى الحد من مستويات الضغط وأفكار الانتحار في عينة واسعة من المتصلين. سيكون على الدراسات المستقبلية أن تفحص الأثر على المدى الطويل بحيث تتخطى المحددات المرتبطة بجمع البيانات والتقاطها.

تأثير هذه النتائج على الممارسة

- استلم الخط الوطني للمساعدة في لبنان للدعم النفسي والحد من الانتحار 4657 اتصالاً خلال سنتين، وكان أغلب المتصلين من اللبنانيين ممن يشكلون عينة متنوعة من حيث العمر، الموقع الجغرافي، التعليم، العمل، والتوجه الجنسي.
- كانت تدخلات خط المساعدة فعالة في التقليل من المستويات الذاتية للضغط والسلوكيات المرتبطة بالانتحار لدى المتصلين.
- من الأرجح أن يكون أكثر المتصلين إحساساً بالضغط هن من النساء، وفي علاقة عاطفية، ولديهم على الأقل عامل ضغط حياتي واحد (أي عامل خطورة).
- يظهر أولئك الذين يمتلكون عامل ضغط واحد (عامل

الكلما الرئيسية: المنظمة الدولية للهجرة في العراق، الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، الاستراتيجية الوطنية للحد من الانتحار، الحد من الانتحار.

خلفية

تشكل قضايا الصحة النفسية شاعلاً على المستوى العالمي، ويعتبر الانتحار أسوأ تداعياتها، ولكن بالإمكان تجنبه. يشكل التقليل من الوفيات جراء الانتحار جزءاً من الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة، مع هدف خفض الوفيات من الأمراض غير السارية، بما في ذلك تخفيض معدلات الانتحار. تهدف منظمة الصحة العالمية أيضاً إلى تخفيض الوفيات جراء الانتحار على مستوى العالم بنسبة 10٪ في عام 2020 من خلال تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية للحد من الانتحار. ومع أن معالجة عوامل الخطورة الاجتماعية والفردية هي الطريقة المثلى للوقاية والعلاج، لطالما تم استخدام خطوط المساعدة الهاتفية كمورد مجتمعي من أجل الحد من الانتحار والتخفيف من الضغط النفسي (كالافات وآخرون، 2007).

للوصول إلى هذه المقالة عبر الإنترنت

الموقع الإلكتروني:
www.interventionjournal.org

معرف الكائن الرقمي:
10.4103/INTV.INTV_50_20

رمز الاستجابة السريعة:



إعادة الطباعة يرجى التواصل مع:
WKHLRPMedknow_reprints@wolterskluwer.com

العنوان للاتصال: د. بيا زينون، داترة علم النفس، الجامعة الأمريكية في بيروت، الحمرا، بيروت 1107 ٢٠٢٠، لبنان. البريد الإلكتروني: pz05@aub.edu.lb

تم تقديم هذا المقال بتاريخ: 30 تشرين الثاني 2020

تمت مراجعته بتاريخ: 6 نيسان 2021

تم نشره بتاريخ: 9 أيلول / 2021

تم قبوله بتاريخ: 6 أيار 2021

هذه مجلة متاحة للجميع ويمكن تعميم المقالات بموجب شروط المشاع الإبداعي وترخيص المشاركة غير التجارية 4.0 والذي يسمح للأخريين بتفجح العمل وتعديله والبناء عليه على نحو غير تجاري، بشرط نسب العمل لأصطابه وترخيص الأعمال الجديدة وفقاً لشروط مطابقة.

إعادة الطباعة يرجى التواصل مع: WKHLRPMedknow_reprints@wolterskluwer.com

مرزوق، Zeinoun, P.A., Yehia, F.E., Khedertarian, L., Z., Yordi, S.F., Atoui, M.M., El Chammay, R., & Nahas, Z.H. (2021). Evaluation of Lebanon's National Helpline for Emotional Support and Suicide Prevention: Reduction of Emotional Distress among Callers. Intervention, 19 (2), 197-207.

فعالية خطوط المساعدة

تفسير هذه الأرقام. فبالإضافة إلى الصعوبات التاريخية في الحصول على بيانات دقيقة عن الانتحار على مستوى العالم، هناك تحديات إضافية في بلدان مثل لبنان حيث يحمل الموت بالانتحار عواقب اجتماعية وثقافية ودينية وربما قانونية.

تنجم غالبية حالات الانتحار عن مرض نفسي، على الرغم من أن العوامل الاجتماعية مهمة أيضًا خاصة في البلدان التي تعاني من النزاعات العسكرية والسياسية وعدم المساواة في الدخل والتفاوت الاجتماعي مثل لبنان (Compton & Shim, 2015). تساوي معدلات انتشار الأمراض النفسية في لبنان مثلها في البلدان المتقدمة في أوروبا الغربية، إلا أن الحاجة غير المليئة للعلاج أعلى بكثير في لبنان منها في الدول الغربية (كرم وآخرون، 2007). بالإضافة إلى ذلك، يواجه الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية في العديد من البلدان العربية مثل لبنان مواقف الوصم والإقصاء الاجتماعي (Al-Krenawi et al., 2004; Dardas & Simmons, 2015). أظهرت الدراسات أن الاضطرابات النفسية هي أحد الأسباب البارزة لعيب المرض والإعاقة على مستوى العالم بسبب ظهورها في سن مبكرة، وأيضاً بسبب كونها ذات طابع مزمن (لورانس وآخرون، 2010). بالإضافة إلى ذلك، يعد الانتحار أحد أخطر تداعيات المرض النفسي والتي يمكن الحد منها.

في عام 2018، أطلقت منظمة غير حكومية غير ربحية (Embrace) خط مساعدة للحد من الانتحار يسمى Embrace Lifeline، والذي أصبح خط المساعدة الوطني للدعم النفسي والحد من الانتحار، بالشراكة مع وزارة الصحة. يتوافق خط المساعدة مع استراتيجية البرنامج الوطني للصحة النفسية المكلف بإصلاح نظام الصحة النفسية في لبنان، مؤكداً على أهمية العمل على الحد من الانتحار كجزء من مبادراته الاستراتيجية. تم تصميم Embrace Lifeline على غرار خطوط المساعدة في كندا والولايات المتحدة، ويستخدم الآن نسخة معدلة من النهج التعاوني لحل المشكلات والذي طوره ميشارا وزملاؤه (Mishara et al., 2007b; Mishara & Daigle, 1997). تنتمي Embrace أيضاً إلى Befrienders Worldwide (www.befrienders.org). يحصل المتطوعون من عمال/ عاملات الهاتف تدريباً متخصصاً في مهارات الاستماع النشط، وتقييم مخاطر الانتحار، والتدخل في الأزمات، وتقنيات بناء الأمل. خط المساعدة متاح يومياً لمدة 18.5 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. (لمزيد من المعلومات حول تنظيم وتشغيل خط المساعدة، يمكن قراءة كتاب وزير وزينون، تحت الطبع).

على الرغم من الاستخدام الشائع لخطوط المساعدة في البلدان المتقدمة، إلا أن فعالية خطوط المساعدة في الحد من الانتحار والضغط النفسي لا تزال موضع نقاش (Gould et al., 2012). بالإضافة إلى ذلك، لا توجد بيانات حول النجاعة المحتملة لخدمة خط المساعدة في لبنان أو أي بلد من البلدان العربية الثلاثة والعشرين، أو مجتمعات أخرى مماثلة، حيث تقتصر معظم الدراسات على فحص فعالية الخطوط الساخنة في البلدان ذات الدخل المرتفع. سوف نقوم في هذه الورقة بتقييم الفعالية الفورية لخط المساعدة الوطني للحد من الانتحار والدعم العاطفي في لبنان من خلال دراسة انخفاض الضغط النفسي والسلوك الانتحاري بين المتصلين من شباط 2018 إلى شباط 2020. نهدف من خلال ذلك إلى تقديم الدلائل حول نجاعة خطوط المساعدة للحد من الانتحار بشكل عام وتوفير بيانات حول الحد من الانتحار والضغط النفسي في دولة نامية مثل لبنان على وجه الخصوص.

تتباين خطوط المساعدة في أهدافها وأساليب تدخلها، ولكن تتميز جميعها بهدف مشترك ألا وهو توفير المساعدة في وقت محدود، وتقديم الدعم والتوجيه للمتصلين الذين لديهم ميول انتحارية أو يشعرون بالضغط النفسي - وهو مصطلح شامل يشير إلى الإحساس الذاتي بعدم الراحة النفسية. عادة ما تكون هذه الخدمات متاحة خارج ساعات دوام العيادات وأصبحت المنفذ الوحيد للعديد من المتصلين للتعبير عن مشاعرهم وعواطفهم والحصول على المساعدة والدعم النفسي.

تستند خطوط المساعدة الهاتفية إلى نظريات منطقية متعددة الجوانب. على سبيل المثال تشير الكثير من الأدلة إلى أن السلوك الانتحاري مرتبط بأوضاع الأزمات (ميشارا وديل، 2001)، مما يمثل فرصة متميزة ومحدودة زمنياً للتدخل من قبل أشخاص مؤهلين لذلك (كالافات وآخرون، 2007). إضافة إلى ذلك، غالباً ما يفيد أولئك الذين نجوا من محاولة الانتحار بأن رغبتهم في الموت كان يصاحبها أيضاً رغبة بالإنقاذ، مما يشير إلى أن الانتحار يتميز بأحاسيس متناقضة (شيغور وآخرون، 1988). يوفر هذا التناقض أيضاً فرصة لأولئك الذين تلقوا تدريباً خاصاً للتدخل وتقديم الدعم الفوري. أما بالنسبة للمتصلين ممن يمرون بفترة من القلق المتزايد دون ميول انتحارية حيث غالباً ما ترتبط هذه الأحاسيس بفشل في التأقلم، واليقظة المفرطة، والضيق الفكري، توفر خطوط المساعدة تدخلاً قصيراً وسهلاً يمكن أن يخفف من هذه الظروف. وبالنسبة لجميع أنواع المتصلين، على عكس مصادر المساعدة التقليدية الوجيهة، تمكن خطوط المساعدة المتصلين من الاحتفاظ بالسيطرة من حيث أنهم يستطيعون اختيار إنهاء أو بدء المكالمات وطلب المساعدة خارج ساعات العمل الاعتيادية والحفاظ على سرية هويتهم. إلى جانب الفائدة البيئية لخطوط المساعدة، هناك أدلة واعدة، لكنها غير كاملة، على أن خطوط المساعدة تقلل السلوكيات المرتبطة بالانتحار والاضطراب العاطفي (Gould et al., 2007; Hoffberg et al., 2020; Kalafat et al., 2007; King et al., 2003; Shaw & Chiang, 2019). ومع ذلك، تأتي معظم الأدلة من البلدان ذات الدخل المرتفع، ولا يُعرف الكثير عن التأثير المحتمل لخطوط المساعدة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وجدت الأبحاث بأن خطوط المساعدة تعطي نتائج فعالة في عدة جوانب من بينها رضا المتصل عن الخدمة (كوفيني وآخرون، 2012؛ جولد وآخرون، 2007؛ كالافات وآخرون، 2007؛ ميهان وبروم، 2007)، استخدام الموارد والإحالات بعد المكالمة (بريتون وآخرون، 2016؛ جولد وآخرون، 2007، 2012؛ كالافات وآخرون، 2007) وحتى معدل الانتحار / محاولات الانتحار (بيل وآخرون، 2013).

السياق المحلي لlifeline

لبنان بلد منخفض إلى متوسط الدخل، ويبلغ عدد سكانه حوالي 6855713 مليون نسمة (البنك الدولي، 2020). وحسب دراسة منهجية حديثة حول العبء العالمي للانتحار تم تصنيف لبنان بأدنى معدل وفيات (حسب العمر) حيث تم تسجيل 2.4 حالة وفاة لكل 100,000 نسمة (Naghavi, 2019). وقد وجد بيزري وآخرون (2021) أنه في الفترة ما بين عامي 2008 و 2018 كان متوسط الوفيات السنوي جراء الانتحار 124 شخصاً، بمعدل 1.87 و 2.4 لكل 100,000 نسمة. ومع ذلك، يحذر المؤلفون من ضرورة توخي الحذر في

حصلنا على معلومات حول الصحة النفسية الحالية والسابقة بما يشمل تشخيص المرض النفسي والعلاجات السابقة والحالية. سألنا أيضاً عن أسباب التوقف عن العلاج، إن وجدت.

عوامل الحماية / المخاطر والضغوطات

تم الحصول على البيانات المتعلقة بعوامل الخطر (مثل التاريخ العائلي للسلوك الانتحاري، والقدرة على الحصول على وسائل الانتحار)، والضغوط الحالية أو المزمنة (مثل فقدان شخص قريب، والأمراض المزمنة، والمشاكل المالية) بالإضافة إلى عوامل الحماية أو عوامل ردع الانتحار (مثل الدعم الاجتماعي، وجود حيوانات أليفة).

إحساس المتصل بالكرب (الهم والغم)

تم قياس مستوى الضغط النفسي التي أبلغ عنها المتصلون على مقياس من 1 إلى 10، من خلال السؤال "على مقياس من 1 إلى 10، مع كون الرقم 10 هو الأعلى، ما مدى شعورك بالهم الآن؟" تم طرح هذا السؤال صراحةً في بداية (T1) ونهاية كل مكالمة (T2). ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن عمال/عاملات الهاتف أعطوا الأولوية لتقديم التدخل على حساب الحصول على البيانات، مما أدى إلى فقدان البيانات الخاصة بهذا المتغير. أي، إذا كان المتصل متردداً في الإجابة على الأسئلة، أو لم يكن في حالة نفسية تسمح بالسؤال عن مستوى الهم، فضل عمال/عاملات الهاتف أن يعطوا الأولوية لإدارة أزمة المتصل.

ميل المتصل للانتحار: تم الحصول على النتائج الفورية حول ميل المتصل للانتحار من خلال الأسئلة القياسية التي طُرحت في نهاية المكالمة، وبعض الأسئلة المختارة من القسم المقبَس من مؤشر كولومبيا لقياس حدة الميل للانتحار (C-SSRS؛ Posner وآخرون، 2008)، والذي يستخدمه عمال/عاملات الهاتف من قياس معياري للانتحار، في بداية المكالمة، وحيث ينطبق. يتضمن مؤشر كولومبيا C-SSRS أسئلة مرنة حول التفكير الانتحاري في الأسبوعين الماضيين (القسم الأول)، ووحدة الفكرة (القسم الثاني)، وإن كانت المحاولة الحالية وشيكة أم لا (القسم الثالث) والسلوك الانتحاري السابق. تم وضع علامة على الإجابات على أنها صواب أو خطأ أو لا توجد اجابة. لأغراض هذه الدراسة، تم تقييم التفكير الانتحاري النشط غير المحدد لدى المتصلين في بداية المكالمات ونهايتها. في بداية المكالمة، كان السؤال هو "هل راودتك أي أفكار لقتل نفسك؟" بينما في نهاية المكالمة، كان السؤال مختلفاً نوعاً ما على شاكلة: "هل ما زلت تفكر في قتل نفسك؟"

استجابة وسلوك عمال/عاملات الهاتف

عند الانتهاء من كل مكالمة، يسجل عمال/عاملات الهاتف خطة العمل التي استخدموها لمساعدة المتصل. وتشمل هذه

- (1) خدمات الطوارئ المرسلة،
- (2) توفير التوعية حول الانتحار،
- (3) نزع فتيل الأزمة الانتحارية،
- (4) تقديم الدعم العاطفي،
- (5) توفير التثقيف النفسي العام،
- (6) توفير التوجيه / الإحالة إلى الخدمات.

حصلت هذه الدراسة على الموافقة الأخلاقية من قبل مجلس المراجعة المؤسسية للجامعة الأمريكية في بيروت للاستخدام الثانوي للبيانات غير محددة للهوية. تمت إزالة جميع المتغيرات المحددة بما في ذلك الأسماء وتواريخ الميلاد والعناوين من مجموعة البيانات، بحيث حصلنا على بيانات غير معرفة لجميع المكالمات المسجلة منذ إطلاق lifeline إلى بداية مشروع البحث (أي من شباط 2018 إلى شباط 2020). تم استلام البيانات مباشرة من قبل عمال/عاملات الهاتف في خط المساعدة باستخدام نظام رقمي لإدارة العلاقات مع العملاء. تم إجراء تقييمات خط الأساس (T1) بواسطة عمال/عاملات الهاتف في خط المساعدة في بداية المكالمات؛ قبل تقديم خدمات الدعم للمتصل. أجرى عمال/عاملات الهاتف تقييمًا ثانيًا (T2) في نهاية المكالمة، بعد تقديم الخدمات الهاتفية. قمنا بتقييم النتيجة الفورية للمكالمات من خلال فحص الفرق في استغاثة المتصل من بداية المكالمة إلى نهايتها، باستخدام التكرار في الإجراءات.

المشاركون

بين شباط 2018 وشباط / 2020، سجّل خط المساعدة الوطني للدعم العاطفي والحد من الانتحار في لبنان ما مجموعه 4657 مكالمة. اتصل الناس لأسباب عديدة متداخلة، من بينها ما يقارب 62.34% (العدد = 2624) اتصلوا بسبب "الضغط النفسي"، في حين أن 32.4% (العدد = 1374) كانوا يعانون من التفكير بالانتحار أو محاولة انتحار قيد التنفيذ. لتحليل نجاعة التدخل، قمنا فقط باستخدام معطيات المشاركين الذين أبلغوا عن ضغط و / أو ميول انتحارية و / أو محاولة قيد التنفيذ. استبعدنا المكالمات التي كان الغرض الوحيد منها هو البحث عن إحالة أو معلومات عامة (9%)، أو تعبر عن مخاوف بشأن طرف ثالث في محنة (24%)، أو المتصلين المتكررين (أي الاتصال أكثر من ثلاث مرات في أسبوع واحد؛ 11%)، والمتصلين غير الجديين (1%). تم استبعاد المتصلين المتكررين من التحليلات في ضوء الأدبيات التي تسلط الضوء على الاختلاف بين المتصلين المتكررين والمتصلين الآخرين على مجموعة من الميزات بما في ذلك، على سبيل المثال، طول المكالمة (Greer، 1976؛ Ingram et al.، 2008) والتغيرات في الحالة العاطفية بمرور الوقت (Mishara & Daigle، 1997). هناك أيضاً دليل يشير إلى أن تصور المتصلين المتكررين حول المساعدة وجودة المكالمات أكثر إيجابية من تلك التي لدى المتصلين الآخرين (كوفيني وآخرون، 2012). بعد اعتماد هذه المعايير اقتصرنا على المكالمات الخاضعة للبحث على 1374 مكالمة تتعلق بالتفكير في الانتحار أو محاولة قيد التنفيذ، و 1499 مكالمة تتعلق بالضغط النفسي فقط، دون التفكير ب أو محاولة الانتحار. نشير إلى هؤلاء باسم "المتصلين لدواعي الضغط النفسي" و"المتصلين لدواعي الانتحار"، على التوالي.

الأدوات

الخصائص الاجتماعية الديموغرافية

تم سؤال المتصلين صراحةً عن العمر والجنس ومنطقة الإقامة والجنسية. تم الحصول على معلومات إضافية، مثل نوع المكالمة والتوجه الجنسي وحالة العلاقة ومستوى التعليم بالمصادفة، إذا تم الإبلاغ عنها.

التحليل الإحصائي

المكالمات من أفراد أكملوا تعليمهم الثانوي (50.6%) يليهم الحاصلون على درجة البكالوريوس (3 سنوات في الكلية؛ 30.9%). عرّف (36.6%) من المتصلين أنفسهم على أنهم طلاب و (34.8%) موظفين و (23.5%) عاطلين عن العمل.

المتصلون ممن لديهم سلوكيات مرتبطة بالانتحار

من بين أولئك الذين عبروا عن أفكار/ محاولات انتحارية (العدد = 1374) تراوحت أعمارهم من 11 إلى 80 عامًا ($M = 26.8, SD = 11.25$)، حوالي 56% منهم كانوا إناث و 14.7% منهم من مجتمع الميم. كان المتصلون في الغالب مواطنين لبنانيين (91.7%)، وحوالي نصفهم أنهوا تعليمهم الثانوي (49.2%). حوالي 39.3% (ن = 456) من المتصلين هم طلاب حاليًا، و 26% من المتصلين عاطلين عن العمل، و 30.8% موظفون (الجدول 1).

الصحة والخدمات النفسية

كما هو مُلخص في الجدول 2، كان حوالي ربع المكالمات من أفراد أبلغوا عن تشخيص إصابتهم بالمرض النفسي إما حاليًا أو في الماضي. كان التشخيص الأكثر شيوعًا هو الاكتئاب (37% من المتصلين الذين يعانون من ضغط نفسي فقط و 41.75% من المتصلين بأفكار انتحارية) تليها اضطرابات القلق (34% من مكالمات الضغط النفسي فقط و 23.97% من المتصلين بأفكار انتحارية). كان من الأرجح أن يتم تشخيص أولئك الذين لديهم سلوكيات مرتبطة بالانتحار بمرض نفسي (28.3%) مقارنة بأولئك الذين يتصلون فقط بسبب الضغط النفسي (21.7%) ($x^2(1) = 17.96, P = 0.000$).

أبلغ المتصلون أيضًا عن عوامل خطر وعوامل حماية متعددة، من المعروف أنها تؤثر على الصحة النفسية. أشارت نسبة كبيرة من المتصلين إلى كون عائلاتهم وأصدقائهم مصدر دعم لهم (40-45%)، وأن التفكير في أطفالهم وأسرتهم منعهم من إيذاء أنفسهم (34.7%). أشار حوالي ربع العينة أيضًا إلى أن الإيمان والمعتقدات الدينية كانت عاملًا وقائيًا (الجدول 3). وفيما يتعلق بالضغوط الرئيسية وعوامل الخطر، تكررت الإشارة إلى المعاناة من الفقدان أو ضغوط كبيرة في العام الماضي، أو الإجهاد المزمن أو الصدمة، والعزلة الاجتماعية والخلافات الأسرية. اختلقت العينات الفرعية اختلافًا كبيرًا في تحديدها لعامل وقائي أو خطر واحد على الأقل. كان من الأرجح أن يبلغ أولئك الذين لديهم سلوك مرتبط بالانتحار عن عامل خطر واحد على الأقل - بيرسون ($x^2(1) = 188.4173, P = 0.000$)، ومن المرجح أيضًا أن يبلغوا عن عامل حماية واحد على الأقل - بيرسون ($x^2(1) = 145.2876, P = 0.000$).

أما فيما يتعلق بخدمات الصحة النفسية، فكانت الغالبية العظمى من المكالمات بشكل عام من أفراد تلقوا في وقت ما خدمات الصحة النفسية (75-76%)، وكانت خدمات الطب النفسي هي المطلوبة أكثر مقارنة بالعلاج النفسي أو خدمات الصحة النفسية الأخرى. أشار حوالي 95.75% من المتصلين الذين يعانون من الضغط النفسي إلى أنهم تلقوا في وقت ما خدمات الصحة النفسية، وعلى وجه الخصوص خدمات الطب النفسي، في حين أن 82.72% أفادوا أنهم سعوا للحصول على العلاج النفسي. وبالمثل، في حالة المتصلين بسبب الانتحار، أفاد حوالي 97.42% منهم أنهم تلقوا في وقت ما خدمات الطب النفسي، في حين أبلغ 84.48% فقط أنهم سعوا للحصول على العلاج النفسي. كما أفاد حوالي 92.31% من

تم إجراء جميع التحليلات الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية 25 (IBM Corp, SPSS, شيكاغو، إلينوي، الولايات المتحدة الأمريكية) و Stata/IC (StataCorp 15.0) (2017). كانت الوحدة الأساسية للتحليل هي الاتصال بخط المساعدة. استخدمنا الإحصائيات الوصفية والترددات لوصف خصائص المتصلين وسلوك عمال/عاملات الهاتف.

تم استخدام تحليل الاستجابة المتعددة عندما اختار المتصلون أكثر من خيار واحد (مثل نوع العمل). تم إجراء اختبار t الثنائي للعينات لفحص التغييرات في إحساس المتصل بالضغط (المتغير المستمر) من بداية المكالمات حتى نهايتها. وأعقب ذلك تحليل مختلط باتجاهين للتباين (ANOVA) لمقارنة التغيير في الإحساس بالضغط النفسي عبر المكالمات التي تم فيها الإبلاغ عن التفكير بالانتحار والمكالمات حيث كانت هناك محاولة انتحار جارية. أجرينا أيضًا تحليلات متعددة للانحدار لاستكشاف ارتباط المتغيرات الفردية بالتغيير في الإحساس بالضغط النفسي ومستوياته. أخيرًا، استخدمنا اختبارات Chi-squared لتحليل التغييرات في الانتحار قياسًا بالمتغيرات المصنفة (نعم، لا، لا استجابة). تم فحص جميع مساحات التشخيص بالنظر للتأكد من سلامتها. تم إجراء جميع الاختبارات الإحصائية على عتبة $a = 0.05$.

النتائج

الخصائص الاجتماعية الديموغرافية

شكل الإناث حوالي 56% من بين 4657 مكالمات تم تسجيلها. تراوح عمر العينة من 9 إلى 96 عامًا ($M = 28.43$). الانحراف المعياري [SD] = 13، من جميع مناطق لبنان ولكن بشكل رئيسي من العاصمة بيروت (36.84%) تليها المحافظة الأكبر من حيث الكثافة السكانية وهي جبل لبنان (36.33%). كانت غالبية المكالمات من أفراد أفادوا بأنهم أكملوا تعليمًا ثانويًا (49.87%)، ونسبة كبيرة من المتصلين عرفوا أنفسهم على أنهم طلبة (36.66%). كان حوالي (34.29%) من المتصلين موظفين و (23.06%) عاطلين عن العمل. باستثناء كون الوضع الاجتماعي "في علاقة" ($x^2(1) = 17.96, P = 0.00$)، لم تكن هناك اختلافات في المعلومات الاجتماعية الديموغرافية للمتصلين الذين أبلغوا عن الضغط النفسي فقط، مقابل أولئك الذين كان لديهم أيضًا سلوك مرتبط بالانتحار. كانت هناك فروق هامة في المستويات الأولية للضغط النفسي ما بين المجموعتين، حيث سجل المتصلون الذين عبروا عن نوايا الانتحار درجات أعلى في المستويات الأولية من الضغط النفسي ($M = 8.84, SD = 1.56$) مقارنة بالمتصلين الذين لم يعبروا عن نوايا الانتحار ($M = 8.24, SD = 1.90, P = 0.00$). فيما يلي وصف لخصائص كل عينة.

المتصلون جراء الضغط النفسي

كان متوسط عمر المتصلين من بين الأفراد الذين كانوا يمرون في أزمة عاطفية، والذين لم يعبروا عن أفكار أو محاولات انتحارية (العدد = 1499) هو 28.28 ($SD = 12.56$)، بينما تتراوح أعمار الغالبية العظمى بين 18 و 34 عامًا (71.13%) يليهم من هم بين 35 و 49 عامًا (9.71%) ومن هم دون سن 18 (9.21%). كانت غالبية المكالمات من الإناث (56.2%)، وحوالي 13.6% من المتصلين أفادوا بأنهم أقلية جنسية أو أقلية من النوع الاجتماعي (مجتمع الميم)، و 6% من المتصلين كانوا من غير اللبنانيين مثل السوريين والأردنيين. كانت نصف

المتصلين الذين أبلغوا عن تشخيصهم في وقت ما أنهم سعوا للحصول على علاج لمرضهم النفسي. نظراً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في البحث عن العلاج للمرض النفسي، فقد كان من الأرجح أن يكون قد تم تشخيص أولئك الذين أبلغوا عن سلوكيات انتحارية مقارنة بأولئك الذين لم يبلغوا عن تلك السلوكيات ($\chi^2(1) = 16.88, P = 0.000$).

الجدول 1: الخصائص الاجتماعية/الديمغرافية للمتصلين

المتغير	مكالمات تعبر عن سلوك انتحاري n (%) or mean (SD)N = 1374	مكالمات تعبر عن ضغط نفسي فقط n (%) or mean (SD)N = 1499
العمر		
الفئة العمرية (سنوات)		
<18	161 (%14.28)	110 (%9.21)
18-34	770 (%68.32)	850 (%71.13)
35-49	117 (%10.38)	116 (%9.71)
50-64	63 (%5.59)	80 (%6.69)
>65	16 (%1.42)	39 (%3.26)
النوع الاجتماعي حسب إفادة المتصل		
ذكر	602 (%43.8)	656 (%43.8)
أنثى	770 (%56.1)	842 (%56.2)
الإفادة بكونهم من أقلية مرتبطة بالنوع الاجتماعي (مجتمع الميم)		
نعم	202 (%14.7)	204 (%13.6)
لا يوجد بيانات	1172 (%85.3)	1295 (%86.4)
الجنسية		
لبنانية	778 (%91.7)	991 (%94)
غير لبنانية	71 (%8.3)	63 (%6)
المحافظة		
بيروت	373 (%35.2)	406 (%37.4)
البقاع	45 (%4.25)	58 (%5.34)
جبل لبنان	387 (%36.5)	372 (%34.3)
النبطية	14 (%1.32)	26 (%2.39)
شمال لبنان	127 (%11.99)	105 (%9.67)
الجنوب	113 (%10.7)	119 (%10.96)
يعيشون		
لوحدهم	172 (%14.4)	119 (%9.7)
مع آخرين	1021 (%85.4)	1102 (%90.3)
بلا مأوى	2 (%0.2)	0 (%0)
الوضع الاجتماعي		
ليس في علاقة (غير متزوج/ة، مطلق/ة، أرملة/ة)	910 (%80.2)	881 (%72.8)
في علاقة عاطفية (مصاب/ة، خاطب/ة، متزوج/ة)	225 (%19.8)	329 (%27.2)
أعلى مستوى من التعليم وصل إليه		
لم يتم/تتم المرحلة الابتدائية	34 (%3.5)	37 (%3.8)
أتم/ت المرحلة الابتدائية (الصف الأول-السادس)	19 (%2)	23 (%2.3)
أتم/أتمت المرحلة الإعدادية (الصف السابع-التاسع)	69 (%7.2)	60 (%6.1)
أتم/أتمت المرحلة الثانوية (الصف العاشر - الصف الثاني عشر)	473 (%49.2)	496 (%50.6)
درجة البكالوريوس	308 (%32)	303 (%30.9)

المتغير	مكالمات تعبر عن سلوك انتحاري	مكالمات تعبر عن ضغط نفسي فقط
	n (%) or mean (SD)N = 1374	n (%) or mean (SD)N = 1499
حاصل/ة على درجة الماجستير	31 (3.2%)	46 (4.7%)
حاصل/ة على درجة الدكتوراة/ الطب	7 (0.7%)	4 (0.4%)
حاصل/ة على شهادة مهنية/فنية	21 (2.2%)	12 (1.2%)
وضع العمل		
طالب/ة	456 (39.3%)	452 (36.6%)
موظف/ة	357 (30.8%)	430 (34.8%)
عاطل/ة عن العمل	303 (26.1%)	290 (23.5%)
غيره	43 (3.7%)	64 (5.2%)

استجابة عامل/ة الهاتف

تم تسجيل أنواع التدخلات التي نفذها عمال/عاملات الهاتف على 1232 مكالمة انتحار (89.6%) و1377 مكالمة ضغط نفسي (89.19%). بالنظر إلى أن عمال/عاملات الهاتف يمكن أن يعبروا عن أكثر من استجابة لمكالمة معينة، تم إجراء تحليل استجابات متعددة لكل عينة. كانت الاستجابة الأكثر شيوعاً التي أبلغ عنها عمال/عاملات الهاتف في العينتين هي "تقديم الدعم العاطفي"، تليها "نزع فتيل أزمة الانتحار" (41.15%) لمكالمات الانتحار و "الإحالة إلى خدمات مجتمعية" (28.42%) لمكالمات الكرب العاطفي. يمكن العثور على نتائج تحليل الاستجابات المتعددة بمزيد من التفصيل في الجدول 4.

كانت المعلومات حول أسباب التوقف عن استخدام خدمات الصحة النفسية موجودة لـ 59 من مكالمات الضغط النفسي و 51 من مكالمات الانتحار. كشف تحليل الاستجابة المتعددة أنه في عينة من المتصلين جراء الضغط النفسي، أفاد الأفراد أنهم توقفوا عن الحصول على الخدمات في أغلب الأحيان بسبب عوائق هيكلية مثل الإنزعاج من التكلفة والوقت والمسافة (41.82%). تبع ذلك أسباب تتعلق بعدم الثقة بمقدم الخدمة (30.91%) والمواقف / الآراء الشخصية تجاه العلاج أو المرض النفسي (16.36%). أما عينة المتصلين ذوي السلوكيات الانتحارية فقد أفادت العينة غالباً بالتوقف بسبب عدم الثقة بمقدمي الخدمة (35.29%)، يليها الإنزعاج (27.45%) والآراء / المواقف الشخصية (25.49%). يمكن الاطلاع على مزيد من التفاصيل حول استخدام خدمات الصحة النفسية الحالية والسابقة وكذلك أسباب التوقف عن استخدام هذه الخدمات في الجدول 2.

الجدول 2: الصحة والخدمات النفسية للمتصلين

مكالمات تعبر عن كرب عاطفي فقط (%) N	مكالمات تعبر عن سلوك انتحاري (%) N	
		أي تشخيص لمرض نفسي
325 (21.7%)	389 (28.3%)	نعم
1174 (78.32%)	985 (71.7%)	لا
		هل حصلت على خدمات الصحة النفسية
680 (75.6%)	647 (76.4%)	نعم
219 (24.4%)	200 (23.6%)	لا
		أسباب عدم المتابعة مع خدمات الصحة النفسية
23 (41.82%)	14 (27.45%)	عوائق هيكلية (الوقت، الكلفة، المسافة)
17 (30.91%)	18 (35.29%)	عدم الثقة بمزود الخدمة
9 (16.36%)	13 (25.49%)	آراء/مواقف شخصية
7 (12.73%)	4 (7.84%)	إدراك الحاجة
2 (3.64%)	4 (7.84%)	وصمة العار
1 (1.82%)	0	القرائية/المعرفة
		وجود عامل خطورة واحد على الأقل
1049 (69.98%)	1236 (89.96%)	نعم
450 (30.02%)	138 (10.04%)	لا
		وجود عامل حماية واحد على الأقل
766 (51.1%)	1003 (73.0%)	نعم
733 (48.9%)	371 (27.0%)	لا

ملاحظة: مجموع النسب يزيد عن 100% لأنه يمكن للشخص اختيار أكثر من خيار

الجدول 3: عوامل الخطورة وعوامل الحماية

مكالمات تعبر عن كرب عاطفي فقط	مكالمات تعبر عن سلوك انتحاري	عوامل الحماية
(%) N N = 715	(%) N N = 932	
(%40.28) 288	(%45.39) 423	الحصول على الدعم من العائلة
(%17.48) 125	(%34.76) 324	التفكير بالأطفال/العائلة
(%28.95) 207	(%28) 261	الحصول على الدعم من الأصدقاء
(%27.83) 199	(%25) 233	الإيمان الديني/الروحي
(%17.9) 128	(%15.99) 149	امتلاك منظور مستقبلي
(%5.31) 38	(%12.34) 115	التفكير بالأصدقاء
(%4.9) 35	(%10.84) 101	الخوف من الموت/العجز
(%2.66) 19	(%6.44) 60	غياب الموارد
(%1.34) 11	(%2.58) 24	التفكير بالحيوانات الأليفة
(%) N N = 852	(%) N N = 1124	عوامل الخطورة والضغط
(%27.46) 234	(%39.06) 439	مشاكل عائلية
(%26.64) 227	(%35.94) 404	معايشة ضغط مستمر، صدمة، أو فقدان
(%20.77) 177	(%32.12) 361	عزلة اجتماعية
(%23) 196	(%29.8) 335	معايشة فقدان فاجع/ضغط كبير خلال السنة الماضية
(%20.07) 171	(%21.17) 238	مشاكل مالية
(%1.88) 16	(%16.64) 187	قدرة على الوصول إلى وسائل مميتة
(%8.8) 75	(%11.48) 129	العيش وحيدا
(%7.39) 63	(%10.5) 118	التنمر
(%9.39) 80	(%9.16) 114	مصدر ضغط مستقبلي/فقدان محتمل
(%4.58) 39	(%8.81) 103	إبلاغ ذاتي عن سوء استخدام العقاقير
(%3.76) 32	(%8.81) 99	تاريخ من السلوك الاندفاعي
(%8.45) 72	(%8.01) 90	مرض مزمن
(%5.87) 50	(%7.03) 79	تاريخ عائلي/للأصدقاء من سلوك انتحاري أو محاولة انتحار
(%4.81) 41	(%6.94) 78	تاريخ عائلي من المرض النفسي
(%3.97) 66	(%6.85) 77	مشاكل أكاديمية
(%4.81) 41	(%5.69) 64	مر بتجربة ضغط أو صدمة أو فقدان في حياته/ها
(%5.75) 49	(%4.8) 54	انفصال عن شريك/ة حياة/ مشاكل في العلاقات العاطفية
(%0.47) 4	(%1.33) 15	أخبار في وسائل الإعلام عن الانتحار
(%2.7) 23	(%1.25) 14	مشاكل في العلاقات مع النظراء
(%0.59) 5	(%0.71) 8	تاريخ عائلي من السلوكيات الانتحارية/محاولة الانتحار
(%0.35) 3	(%0.62) 7	تاريخ لمحاولة انتحار من قبل النظراء

ملاحظة. مجموع النسب يزيد عن 100% لأن الشخص يمكن أن يقوم باختيار عدة خيارات

مكالمات تعبر عن كرب عاطفي فقط	مكالمات تعبر عن سلوك انتحاري	
(%) N	(%) N	
N = 1313	N = 1221	
1245 (94.82%)	1131 (92.63%)	تقديم الدعم العاطفي
82 (6.25%)	264 (21.62%)	تنقيف وتوعية حول الانتحار والوقاية منه
20 (1.52%)	507 (41.52%)	نزع فتيل الأزمة الانتحارية
43 (3.27%)	44 (3.6%)	تنقيف وتوعية نفسية
380 (28.94%)	428 (35.05%)	إحالة مجتمعية
13 (0.97%)	22 (1.8%)	إرسال خدمات الطوارئ

ملاحظة. مجموع النسب يزيد عن 100% لأن الشخص يمكن أن يقوم باختيار عدة خيارات

الخصائص الفردية المرتبطة بالضغط النفسي

استخدمنا نماذج الانحدار اللوجستي المرتب أحادي المتغير لاستكشاف إلى أي مدى قد تفسر المتغيرات التالية التباين في المستويات الأولية للضغط النفسي: نوع الاتصال (الضغط النفسي فقط أو الانتحار)، والعمر، والجنس، والنوع الاجتماعي (مجتمع الميم)، والعيش في بيروت، والحالة الاجتماعية بوجود أو عدم وجود علاقة عاطفية، من يعيشون بمفردهم، الوضع الوظيفي، أعلى مستوى تعليم، وتلقي خدمات الصحة النفسية في وقت ما، وإجراء تشخيص للصحة النفسية والإبلاغ عن أي من المخاطر/الضغوطات أو عوامل الحماية. يمكن العثور على نتائج التحليل أحادي المتغير في الملحق أ. ارتبطت المكالمات التي تعبر عن أفكار أو محاولات انتحار بمستويات أعلى بكثير من الاضطراب الأولي مقارنة بمكالمات الضغط النفسي دون أي أفكار أو محاولات انتحارية. وارتبطت عوامل مثل أن يكون المتصل أنثى، وفي علاقة ولديه/ها عامل خطر بمستويات أعلى بكثير من الإحساس الأولي بالضغط النفسي. أما الفئة العمرية 65 عاما فما فوق فارتبطت بشكل ملحوظ بمستويات أقل من الإحساس الأولي بالضغط النفسي. كان لدى حاملي الشهادات المهنية / الفنية احتمالات أعلى بأن يكون لديهم إحساسا أوليا بالضغط النفسي.

قمنا بعد ذلك باستخدام نموذج انحدار لوجستي مرتب متعدد المتغيرات بحيث تكون النتيجة التي نود الوصول إليها هي المستويات الأولية من الضغط النفسي، وتكون المتغيرات التالية هي متغيرات مستقلة: الجنس الأنثوي، كونك في علاقة، وجود أي عامل خطر والعمر، وكل ذلك مرتبط بنوع المكالمة. لم نربط هذا النموذج بالمتغيرات المتداخلة و / أو التي لم تظهر ارتباطًا كبيرًا مع النتائج في الخطوة السابقة.

تشير نتائج النموذج متعدد المتغيرات الثاني (الملحق ب) إلى أن احتمالات تسجيل درجات أعلى من الضغط النفسي في بداية المكالمة كانت أعلى بشكل ملحوظ بالنسبة للإناث مقارنة بالذكور (نسبة الأرجحية) (OR) = 1.35, P = 0.007، وأولئك الذين يبلغون عن أي عامل خطر مقارنة بأولئك الذين لا يبلغون عن أي عامل خطر (OR) = 2.02, P = 0.000. احتمالات تسجيل درجات أعلى من الضغط النفسي في بداية المكالمة كانت أقل بشكل ملحوظ بالنسبة للمتصلين الذين يعانون من ضغوط نفسية دون ميول انتحارية أو محاولات انتحار (OR =

التغيرات في إحساس الم تصل بالضغط النفسي

كان متوسط إحساس المتصل بالضغط النفسي في بداية المكالمة 8.56 (SD = 1.76) تتراوح من 1 إلى 10. من بين 95.39% من المكالمات التي تم تحليلها مع البيانات المتاحة (العدد = 1301)، كان مستوى الضغط النفسي أعلى في بداية المكالمة، مقارنة بنهاية المكالمة (M = 8.56, SD = 1.76, M = 4.02, SD = 2.17، على التوالي). من بين أولئك الذين اتصلوا بسبب الضغط النفسي فقط (n = 602)، كان هناك انخفاض كبير في مستويات الضغط المبلغ عنها في بداية المكالمة (M = 8.25, SD = 1.92) وفي نهايتها (M = 3.7, SD = 2.08). كان حجم الاختلاف كبيراً (t(601) = 47.55, P < 0.005, d = -1.94). إجمالاً، أعرب 95.18% من المتصلين عن تحسن في مستوى الضغط النفسي ما بين بداية ونهاية المكالمة. وبالمثل، استناداً إلى البيانات المتاحة بين أولئك الذين يتصلون بأفكار انتحارية (العدد = 699 مكالمة)، كان هناك انخفاض كبيراً في مستوى الضغط الذي أبلغ عنه المتصلون ما بين بداية المكالمة (M = 8.84, SD = 1.56) حتى نهايتها (M = 4.30, SD = 2.21). كان حجم التأثير كبيراً أيضاً (t(698) = 52.8, P < 0.0005, d = -1.99).

لفحص ما إذا كان هناك اختلاف في تغيرات الإحساس بالضغط النفسي بين أولئك الذين أبلغوا عن أفكار انتحارية فقط (n = 667)، مقابل أولئك الذين كانوا في خضم محاولة انتحار (n = 32)، أجرينا ANOVA مختلطة لمقارنة التغير في الإحساس بالكرب عبر المكالمات بين المجموعتين.

لم نعثر على تفاعل ملحوظ. انخفض مستوى الضغط النفسي من معدل 9.47 (SD = 1.41) إلى 4.69 (SD = 2.37) في المكالمات التي تنطوي على محاولة انتحار ومن 8.81 (SD = 1.56) إلى 4.28 (SD = 2.20) في المكالمات التي عبر أصحابها عن أن فكرة الانتحار راودتهم. وتجدر الإشارة إلى أن تم انتهاك افتراض الوضع الطبيعي؛ ومع ذلك، فإن اختبار F في ANOVA يعتبر عادةً قويًا (Games & Lucas, 1966, Glass et al., 1972).

الحصول على هاتف خاص أو القدرة على تحمل تكلفة المكالمات، أو نقص في المعرفة حول خط المساعدة نفسه.

أكثر من نصف المكالمات كانت من الإناث ومن تتراوح أعمارهم بين 18 و 34 سنة. وهذا يتوافق إلى حد ما مع توزيع السكان، حيث تتراوح أعمار غالبية اللبنانيين بين 20 و 29 عامًا (الإدارة المركزية للإحصاء ومنظمة العمل الدولية، 2019) في الواقع، تشكل الإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 عامًا أعلى نسبة من السكان اللبنانيين. كما أن تلقي مكالمات من الإناث أكثر من الذكور يتماشى أيضًا مع الأبحاث السابقة التي تشير إلى أنه من المرجح أن تطلب النساء المساعدة من خدمات الهاتف أو متخصصي الصحة النفسية أكثر من الرجال (Rickwood et al., 2007).

يتصل بخط المساعدة أشخاص من خلفيات اجتماعية واقتصادية مختلفة وشتى أنواع المستضعفين اجتماعيًا. حوالي نصف المتصلين هم من الحاصلين على تعليم ثانوي كحد أقصى، كما اجتذب خط المساعدة الطلاب والموظفين والعاطلين عن العمل بشكل متساو مما يدل على المساواة في قدرة هذه المجموعات على الوصول إلى خط المساعدة. والأهم من ذلك، أن 14% من المكالمات كانت من أفراد من مجتمع الميم مما يسلط الضوء على دور خط المساعدة في الاستجابة لاحتياجات الصحة النفسية للفئات المستضعفة من السكان.

اكتشاف آخر مثير للاهتمام هو أن 22% إلى 28% من المكالمات كانت من أفراد أبلغوا عن وجود تشخيص سابق / حالي للصحة النفسية، ولكن مع اختلاف مهم عبر العينات الفرعية. كان من الأرجح أن يكون أولئك الذين لديهم سلوكيات مرتبطة بالانتحار (28.3%) قد حصلوا على تشخيص لمرضهم النفسي أكثر من أولئك الذين يتصلون فقط بسبب الضغط النفسي (21.7%). يشير هذا إلى أن أولئك الذين يعانون من مشاكل نفسية أكثر حدة (ومخاطر عالية للوفاة) قد تم تقييمهم وتشخيصهم على الأقل في مرحلة ما، وأنهم يستخدمون خط المساعدة كمورد إضافي لإدارة سلوكياتهم المتعلقة بالانتحار. علاوة على ذلك، فإن حقيقة أن غالبية الأشخاص أبلغوا عن عدم تشخيصهم بمرض نفسي، (إما لأنهم لا يستوفون المعايير، أو لأنهم لم يتم تقييمهم وتشخيصهم)، تشير أيضًا إلى أن خط المساعدة يقدم تدخلًا يسهل الوصول إليه لعامة السكان الذين يعانون من أمراض نفسية أو لا يعانون منها.

فيما يتعلق بما ورد أعلاه، أفاد حوالي 75% من المتصلين أنهم تلقوا خدمات الصحة النفسية في وقت ما (الأكثر شيوعًا هي خدمات الطب النفسي)، مع عدم وجود اختلافات كبيرة عبر العينات الفرعية. ومن المثير للاهتمام أن أولئك الذين توقفوا عن الاستفادة من خدمات الصحة النفسية أفادوا أنهم فعلوا ذلك بسبب الحواجز الهيكلية مثل ارتفاع تكلفة العلاج وحركة المرور والمسافة للوصول إلى المعالج، وبسبب عدم الثقة بمقدمي الرعاية مثل الإحساس بأن المعالج غير كفؤ أو أنه / أنها لن تحافظ على سرية معلوماتهم. تعكس هذه العوائق الواقع الموجود في لبنان، حيث يتم تمويل العلاج النفسي والاستشارات النفسية بشكل شخصي ولا يتم تغطيتها من قبل المؤسسات العامة أو شركات التأمين الخاصة (يحيى وآخرون، 2014). كما أنها تتماشى مع نتائج دراسة حديثة وجدت أن المواقف تجاه أخصائيي الصحة النفسية وإمكانية الوصول إلى الخدمات كانت من العوامل الرئيسية التي يأخذها اللبنانيون في الاعتبار عند البحث عن خدمات الصحة النفسية (جور وزينون، 2020). تشير هذه النتائج إلى أنه يتم استخدام خط المساعدة كتدخل يمكن الوصول إليه بسهولة وموثوقة للمساعدة في الأزمات العاطفية لإحالة المتصلين إلى موارد مجتمعية موثوقة.

وأولئك الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا مقارنةً بأولئك الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا ($P = 0.000$, $OR = 0.53$)، ولم يعد هناك أهمية للوضع الاجتماعي - وجود أو عدم وجود علاقة عاطفية ($P = 0.246$, $OR = 1.17$) في هذا النموذج المعدل.

أخيرًا، قمنا باستخدام نموذج متعدد المتغيرات باستخدام نفس المتغيرات المستقلة مثل النموذج السابق، ولكن مع تحديد الفرق في مستوى الضغط النفسي بين نهاية المكالمات وبدايتها كنتيجة (الملحق ج). هنا وجدنا أن الإبلاغ عن أي عامل خطر ($P = 0.004$, $OR = 0.63$) كان مرتبطًا باحتمالات أعلى لتحقيق تحسن أكبر على مدار المكالمات. وكان لدى الأفراد الأكبر من 18 عامًا احتمالات أقل لتحقيق تحسن في حالة الضغط النفسي ($P = 0.000$) مقارنة بمن هم أقل من 18 عامًا. لم يكن هناك فرق كبير في التحسن بين الذكور والإناث ($P = 0.195$, $OR = 0.87$) أو بين المكالمات الانتحارية وغير الانتحارية ($P = 0.274$, $OR = 0.89$).

التغييرات في الرغبات الانتحارية

تم تقييم التفكير الانتحاري في بداية المكالمات (T1) وفي نهاية المكالمات (T2). حوالي 74.79% (ن = 540) من المتصلين الذين عبروا عن أفكار انتحارية في البداية (T1) أعربوا في نهاية المكالمات عن عدم وجود أفكار انتحارية لديهم (T2). كشف اختبار الاستقلالية بأن التغيير عبر الزمن كان مهماً ($N = 1$, $x^2 = 62.24$, $P < 0.05$).

مناقشة

قدم خط المساعدة الوطني Embrace دعمًا عاطفيًا ونزع فتيل الأفكار الانتحارية لعينة متنوعة من المتصلين من لبنان. نظرًا لأن بعض المتصلين يمتلكون مستويات أعلى بكثير من الإحساس الأولي بالضغط النفسي (على سبيل المثال أولئك الذين لديهم سلوكيات مرتبطة بالانتحار، الإناث)، كان هناك انخفاض كبير بشكل ملحوظ في الاضطرابات العاطفية والتفكير الانتحاري، بنهاية التدخل، عبر العينة. كانت المساعدة الأكثر شيوعًا هي تقديم الدعم العاطفي، بالإضافة إلى نزع فتيل الأزمات الانتحارية وتوفير الإحالة إلى موارد مجتمعية.

من الذي يتصل بخط المساعدة؟

يخدم خط المساعدة عينة متنوعة من الأفراد. يتواجد المتصلون في جميع المحافظات اللبنانية، وإن كان بنسب متفاوتة. على سبيل المثال، ومع أن أكثر من ثلث المتصلين يعيشون في جبل لبنان، وهي المحافظة الأكثر اكتظاظًا بالسكان، فإن عددًا متساويًا تقريبًا من المتصلين قالوا بأنهم يعيشون في بيروت، حيث يقيم أقل من 10% من اللبنانيين (الإدارة المركزية للإحصاء & منظمة العمل الدولية، 2019). قد يعكس هذا حقيقة أن Embrace تجذب المزيد من سكان العاصمة، أو قد يكون السبب أن عددًا كبيرًا من الناس يعملون أو يلتحقون بالجامعة في بيروت لفترة مؤقتة. وهذا يعني أن العاصمة تستضيف عددًا أكبر من السكان المسجلين رسميًا. قد يكون السبب الآخر هو أن المناطق التي تعاني من نقص التمثيل مثل النبطية والبقاع، حيث يتواجد فيها بالأغلب سكان الريف، قد تواجه عوائق في الوصول إلى خط المساعدة، مثل

من الذي يستفيد أكثر من خط المساعدة؟

تشير بياناتنا إلى أن أكثر المتصلين همّاً هم على الأرجح من الإناث، في علاقة عاطفية (مقابل عدم وجود علاقة)، ومن يعانون من عامل خطر واحد على الأقل. ومع ذلك، فإن كون الشخص أنثى أو في علاقة لا يؤثر على المقدار الذي يستفيد منه المرء من المكالمات - أي أن الجميع يظهر انخفاضاً مشابهاً في الضغط النفسي. يبدو أن ما يفسر أكبر انخفاض في الضغط النفسي هو وجود عامل خطر. على سبيل المثال، المتصل الذي عانى من فقدان كبير في العام الماضي، أو العزلة الاجتماعية، أو أي عامل خطر آخر، من المرجح أن يبدأ المكالمات بإحساس أكبر بالضغط النفسي من المتصل الذي لا يبلغ عن عوامل الخطر هذه. كما أنه من المرجح أن يشعر بانخفاض أكبر في الإحساس بالضغط النفسي على مدار المكالمات. ومع ذلك، نظراً لأنها تبدأ بضغط نفسي شديد للغاية، فإنها لا تصل إلى مستويات راحة مماثلة لتلك الحالات التي لا توجد بها عوامل خطر، على الرغم من انخفاض مستويات الضغط النفسي. أفادت الدراسات السابقة عن عوامل خطر مختلفة عن تلك المدرجة في دراستنا - لكن تجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسات لم تجد تفاعلاً كبيراً بين عوامل خطر الانتحار أو حالة الصحة النفسية مع تقليل إحساس المتصل بالضغط النفسي على مدار المكالمات (Gould et al., 2007; Kalafat et al., 2007). ما وجدته الدراسات السابقة فعلياً هو أن مستوى خبرة المستجيب يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على تحسن وضع المتصل (Hoffberg et al., 2020).

تفسر الفئة العمرية أيضاً الضغط النفسي بشكل مثير للإهتمام، خاصة بالنسبة للمتصلين صغار السن أو الأكبر سناً. أبلغ المتصلون الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً عن مستويات أقل من الإحساس الأولي بالضغط النفسي من أولئك الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً. ومع ذلك، كان المتصلون الأصغر سناً (أقل من 18 عاماً) أكثر عرضة للتحسن مقارنة بمن هم فوق 18 عاماً. ومن المثير للاهتمام، نظراً لأن غالبية المتصلين لديهم تشخيص سابق أو تلقوا خدمات الصحة النفسية، تبين نتائجنا أن الحصول على تشخيص حالي / سابق لا يعطي مؤشراً لمستويات الضغط النفسي، ولا نجاح النتيجة. يضيف هذا دليلاً على أنه بغض النظر عن التشخيص، يمكن للشخص الذي يعاني من أزمة عاطفية أن يستفيد من التدخلات غير المحددة التي يقدمها خط المساعدة، مثل الاستماع النشط والحل التعاوني للمشكلات.

محددات

يتمثل أحد القيود الرئيسية لدراستنا في عدم وجود بيانات متابعة للمساعدة في فهم ما إذا كان يتم الحفاظ على تخفيف الإحساس بالضغط النفسي أم لا، وكذلك لمتابعة أولئك الذين لم يبلغوا عن حدوث تحسن. يجري العمل حالياً بالفعل لجمع مثل هذه البيانات من المتصلين في المستقبل. من المحددات أيضاً إمكانية التحيز في الاختيار الذاتي في العينة. قد يكون للأفراد الذين يتصلون بخط المساعدة خصائص مختلفة تؤثر على نتائجهم عن أولئك الذين لا يتصلون بخط المساعدة. ومع ذلك، لا يمثل هذا تهديداً كبيراً لنتائجنا لأن الهدف من هذه الدراسة هو تقييم فعالية خط المساعدة في مساعدة أولئك الذين يستخدمونه، بدلاً من عامة السكان. المحدد الآخر هو أن نتيجتنا الرئيسية هي مستويات الضغط النفسي التي يفيد بها المتصلون. في حالة عدم وجود تدابير أكثر موضوعية (مثل المستمع الصامت الموضوعي)، فإن تحديد النجاعة يعتمد إلى حد كبير على الخبرة الذاتية للشخص وقد يكون عرضة لتحيز الرغبة الاجتماعية بالنظر إلى أن الشخص الذي يقدم المساعدة هو نفسه الذي يطلب من المتصل تقييم

أخيراً، تشير بياناتنا إلى أن المتصلين يصلون إلى خط المساعدة عندما يكونون في مستويات عالية من الضغط النفسي - حيث سجلوا متوسط 8.25 من 10 في بداية المكالمات. نظراً لأنه من الصعب مقارنة ذلك بدراسات أخرى بسبب المقاييس المختلفة، فإنه يشير إلى أن خط المساعدة يستخدم من قبل أولئك الذين يشعرون بالكرب ويحتاجون إلى مساعدة فورية. في الواقع، تؤكد نتائج الدراسات السابقة أن الأفراد الذين يتصلون بخطوط الأزمات يكونون عادة في حالة كرب شديدة. وقد وجد تشان وآخرون (2018) أن معدلات الانتحار أعلى بكثير بين المتصلين بخط الأزمات مقارنةً بعامة السكان في هونغ كونغ، كما أفاد جولد وآخرون (2007) بأن أكثر من نصف المتصلين بالخط الساخن لديهم خطة انتحار وأن 8% اتخذوا بعض الإجراءات قبل الاتصال بالمركز.

ما مدى فعالية خط المساعدة؟

أبلغت الغالبية العظمى (95%) من المتصلين جراء الضغط النفسي (دون البيانات المفقودة) عن تحسن في مستويات الضغط النفسي من بداية المكالمات إلى نهايتها. وبالمثل، فإن المتصلين بدواعي الانتحار - سواء كانوا يفكرون في الانتحار أو يحاولون ذلك أثناء المكالمات - شهدوا أيضاً تحسناً في مستويات الضغط النفسي على مدار المكالمات. كما أفاد 75% من المتصلين بدواعي الانتحار بعدم وجود أفكار انتحارية بنهاية المكالمات. تتوافق هذه النتائج الإيجابية لفعالية خط المساعدة بشكل جيد مع الأبحاث السابقة التي أكدت على فوائد خطوط المساعدة في تحسين الحالة النفسية للمتصلين. على سبيل المثال، تُظهر الدراسات التي تقيّم الفعالية الفورية لخطوط المساعدة بناءً على التغيرات في إحساس المتصل بالضغط النفسي والسلوك الانتحاري دليلاً على أن هذه المؤشرات تنخفض خلال المكالمات بين البالغين (Gould et al., 2007; Mishara et al., 2007a; Mishara & Daigle, 1997; Rasmussen et al., 2017; Shaw & Chiang, 2019)، وبين الأطفال والمراهقين (King et al., 2006). على وجه التحديد، فحص جولد وآخرون (2007) نتائج مكالمات الانتحار في ثمانية مراكز لخطوط المساعدة في الولايات المتحدة بين عامي 2003 و 2004 من خلال قياس التغيير في حالة انتحار المتصل أثناء المكالمات الهاتفية وبعد 3 أسابيع. وجدت الدراسة انخفاضاً كبيراً في الانتحار (الألم النفسي واليأس ونية الموت) بنهاية المكالمات. وبالمثل، في دراسة تكميلية حول مقدار تأزم المتصلين، أفاد Kalafat et al (2007) عن تحسن فوري كبير في حالة تأزم المتصلين لدواعي الانتحار وإحساسهم باليأس على مدار الاتصال بخط المساعدة.

على الرغم من الأدلة القوية على فعالية التدخلات المقدمة للمتصلين ممن يعبرون أو لا يعبرون عن سلوكيات مرتبطة بالانتحار، تجدر الإشارة إلى أن 5% من المكالمات لا تبلغ عن تحسن، و25% يستمرون في الإبلاغ عن أفكار انتحارية بنهاية المكالمات. يمكن لدراسات أخرى الاستفادة من مكالمات المتابعة لاستكشاف مستويات الضغط النفسي والتفكير في الانتحار بعد مرور بعض الوقت بعد المكالمات. يمكن أن يساعد هذا في فهم ما إذا كانت هناك "تأثيرات تالية" تشير إلى التحسن، والتي قد لا يبلغ عنها المتصل في نهاية المكالمات، أو ما إذا كان الإحساس بالضغط النفسي والسلوك الانتحاري ما زال قائماً. بالإضافة إلى ذلك، يمكن لمزيد من التحليل مع عينة أكبر تحديد خصائص "غير المستجيبين" المحتملين، وبالتالي تعديل التدخلات للوصول بشكل أفضل وتصميم تدخلات خصيصاً لهذه المجموعة الفرعية.

إحساسه بالضغط النفسي. أخيرًا، احتوت دراستنا على قدر كبير من البيانات المفقودة المتعلقة بالمخرجات التي تهمنا (مستويات الضغط النفسي أو الرغبة بالانتحار). لاحظوا أنه عند التمحيص (المواد التكميلية)، وجدنا تشابها كبيرا بين المتصلين الذين لا نملك بيانات كافية عنهم وأولئك الذين من نملك بياناتهم في معظم خصائص الصحة الاجتماعية والديموغرافية والنفسية. لذلك، لا نعتبر البيانات المفقودة تهديدًا لصحة هذه الدراسة. يمكن تحسين التحليلات المستقبلية من خلال ضمان تحسين التقاط البيانات.

خلاصة

كانت هذه الدراسة الأولى لتقييم فعالية الدعم العاطفي وخط المساعدة للحد من الانتحار في المنطقة العربية حيث تظل الصحة النفسية والانتحار من المواضيع المحظورة. تشير النتائج التي توصلنا إليها إلى أن Embrace Lifeline يوفر تدخلات فعالة تقلل بشكل كبير من الإحساس الذاتي بالكرب في عينة متنوعة من اللبنانيين. سوف تستكشف الأبحاث المستقبلية ما إذا استمر التحسن في حالة الصحة النفسية للمتصلين بعد أسابيع من المكالمات، وكيفية زيادة انتشار خط المساعدة ليصل إلى عينة متنوعة من المعنيين.

شكر وتقدير

نقدر جهود جميع عمال/عاملات الهاتف والمتطوعين الذين يعملون في Embrace and Embrace Lifeline.

الدعم المالي

تم تمويل مساعدي البحث في هذه الدراسة من قبل ACTED.

تضارب المصالح

ينتمي جميع المؤلفين إلى المؤسسة التي تشغل خط المساعدة قيد البحث.

- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M., & Lake, A. M. (2012). National suicide prevention lifeline: Enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42 (1), 22-35. <https://doi-org.vu-nl.idm.oclc.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00068.x>
- Greer, F. (1976). Old voices: A survey of the chronic callers known to a suicide prevention center. *Crisis Intervention*, 7, 97-110.
- Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The effectiveness of crisis line services: A systematic review. *Frontiers in public health*, 7, 399.
- Ingram, S., Ringle, J., Hallstron, K., Schill, D., Gohr, V., & Thom- spon, R. (2008). Coping with crisis across the lifespan: the role of a telephone hotline. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 663-674.
- Jabbour, S., & Zeinoun, P. (2020). Developing an emic-etic scale for barriers to psychological treatment seeking. *American University of Beirut*.
- Kalafat, J., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 1: Nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 322-337. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.322>
- Karam, E. G., Hajjar, R. V., & Salamoun, M. M. (2007). Suicidality in the Arab world part I: Community studies. *The Arab Journal of Psychiatry*, 18(2), 99-107.
- King, R., Bambling, M., Reid, W., & Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 175-181. <https://doi.org/10.1080/14733140600874084>
- King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L., & Reid, W. (2003). Telephone counselling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 400-411.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross- national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 102-114.
- Bizri, M., Zeinoun, L., Mihailescu, A., Daher, M., Atoui, M., Chammay, R., & Nahas, Z. (2021). A closer look at patterns and characteristics of suicide in Lebanon: A first nationwide report of cases from 2008 to 2018. *Asian Journal of Psychiatry*, 59:102635. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102635>
- Britton, M. S., Stephans, B., Bossarte, R. M. P. C., & Kopacz, XX. (2016). Veterans crisis line callers with and without prior VHA service use. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 314-322. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1017681>
- Central Administration of Statistics & International Labour Organization (2019). *Labour Force and Household Living Conditions Survey (LFHLCS) 2018–2019*. <https://lebanon.un.org/en/resources/publications>
- Chan, C. H., Wong, H. K., & Yip, P. S. F. (2018). Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: A Hong Kong experience. *Journal of Affective Disorders*, 236, 75-79.
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425.
- Coveney, K., Armstrong, S., Moore, J. M. C., & Pollok, XX. (2012). Callers experienced of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*, 33(6), 313-324. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151>
- Dardas, L., & Simmons, L. A. (2015). The stigma of mental illness in Arab families: A concept analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 668-679.
- Games, P. A., & Lucas, P. A. (1966). Power of the analysis of variance of independent groups on non-normal and normally transformed data. *Educational and Psychological Measurement*, 26(2), 311-327. <https://doi.org/10.1177/001316446602600205>
- Glass, G. V., Peckham, P. D., & Sanders, J. R. (1972). Consequences of failure to meet assumptions underlying the fixed effects analysis of variance. *Review of Educational Research*, 42, 237-288.

- Tang, W., Kaukeinen, K., Tu, X., & Knox, K. L. (2017). Concerns of older veteran callers to the veterans crisis line. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 387-397. <https://doi.org/10.1111/sltb.12313>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S35-S39.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 675-687.
- Shaw, F. F. T., & Chiang, W. H. (2019). An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: Caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 244 (September 2018), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.050>
- Wazir, A., & Zeinoun, P. (in press). *Suicide prevention in Lebanon: A case study of the Embrace Lifeline in*. World Health Organization. Yehia, F., Nahas, Z., & Saleh, S. (2014). A roadmap to parity in mental health financing: The case of Lebanon. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 17(3), 131-141.
- Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55 (12), 752-760. <https://doi.org/10.1177/070674371005501202>
- Meehan, S.-A., & Broom, Y. (2007). Analysis of a national toll free suicide crisis line in South Africa. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (1), 66-78. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.1.66>
- Mishara, B. L., Chagnon, F. O., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007a). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 291-307. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291>
- Mishara, B. L., Chagnon, F. O., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007b). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 308-321. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology*, 25 (6), 861-885. <https://doi.org/10.1023/a:1022269314076>
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (2001). Helplines and crisis intervention services: Challenges for the future. In D Lester. (Ed.), *Suicide prevention: Resources for the millennium* (pp. 153-171). Taylor and Francis.
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *British Medical Journal (Online)*, 364: l94. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l94>
- Pil, L., Pauwels, K., Muijzers, E., Portzky, G., & Annemans, L. (2013). Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19 (5), 273-281. <https://doi.org/10.1177/1357633X13495487>
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., & Oquendo, M. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). *Columbia University Medical Center*.
- Rasmussen, K. A., King, D. A., Gould, M. S., Cross, W.,