

A Narrative Review of Suicidal Ideation in the Elderly: Identifying Risk Factors and Evidence-Based Prevention Strategies

Fahimeh Mohamadpour¹, Reyhane Mohammadi², Nurallah Mohammadi^{3*}

1- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University

2- Master's student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3- Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Corresponding author: Nurallah Mohammadi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Email: nmohamadi@shirazu.ac.ir

Received: 2026/07/12

Accepted: 2026/07/29

Abstract

Introduction: Suicidal ideation among older adults represents one of the major mental health challenges in later life and is shaped by the complex interaction of psychological, physical, and social factors. The present study aimed to provide a comprehensive review of risk factors, protective factors, and underlying pathways associated with suicidal ideation in older adults.

Methods: This study was conducted as a narrative review. Relevant studies were identified through systematic searches of PubMed, Scopus, Web of Science, PsycINFO, and Google Scholar using keywords related to suicidal ideation, suicide, and older adults. After removing duplicate records and screening titles, abstracts, and full texts, studies addressing psychological, physical, social, and familial factors associated with suicidal ideation in older adults were selected. The findings were synthesized using a thematic narrative approach.

Results: The findings indicated that suicidal ideation in older adults is a multifactorial phenomenon influenced by psychological factors (depression, hopelessness, feelings of worthlessness, and loss of meaning), physical factors (chronic illnesses, pain, and cognitive decline), and social factors (reduced independence, loss of loved ones, social isolation, and limited social support). In addition, previous suicide attempts and a family history of suicide were identified as important risk factors, whereas social support, a sense of belonging, social participation, and access to mental health services were recognized as protective factors.

Conclusions: Given the multifactorial nature of suicidal ideation among older adults, its effective prevention requires the adoption of a comprehensive and multidisciplinary approach that simultaneously focuses on identifying risk factors, strengthening protective factors, and promoting mental health, physical health, social support, and the quality of life of older adults. The implementation of such an approach can play an important role in reducing suicidal ideation and designing effective preventive interventions for this population.

Keywords: Suicidal ideation; Older adults; Risk factors; Depression; Social support; Social isolation; Chronic illness; Suicide prevention.

مرور روایتی افکار خودکشی در سالمندان: شناسایی عوامل خطر و راهبردهای پیشگیری مبتنی بر شواهد

فهیمة محمدپور^۱، ریحانه محمدی^۲، نوراله محمدی^{۳*}

۱. استادیار، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. کاندیدای دکتری، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. استاد، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

نویسنده مسئول: نوراله محمدی، استاد، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
ایمیل: nmohamadi@shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۷

چکیده

مقدمه: افکار خودکشی در سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت روان در دوره سالمندی است و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی شکل می‌گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی جامع عوامل خطر، عوامل محافظتی و مسیرهای مرتبط با افکار خودکشی در سالمندان است.

روش کار: این پژوهش به روش مرور روایتی انجام شد. مطالعات مرتبط با جست‌وجو در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Scopus، Web of Science، PsycINFO و Google Scholar با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با «افکار خودکشی»، «خودکشی» و «سالمندان» استخراج شدند. پس از حذف مطالعات تکراری و غربالگری عنوان، چکیده و متن کامل مقالات، پژوهش‌های مرتبط با عوامل روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر افکار خودکشی در سالمندان انتخاب شدند و یافته‌های آن‌ها به‌صورت تحلیل روایتی و طبقه‌بندی موضوعی سنتز گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد افکار خودکشی در سالمندان پدیده‌ای چندعاملی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی (افسردگی، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی و فقدان معنا)، عوامل جسمانی (بیماری‌های مزمن، درد و زوال شناختی) و عوامل اجتماعی (کاهش استقلال، فقدان عزیزان، انزوای اجتماعی و ضعف حمایت اجتماعی) شکل می‌گیرد. همچنین سابقه اقدام یا سابقه خانوادگی خودکشی از عوامل خطر مهم، و حمایت اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت روان از عوامل محافظتی محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری: با توجه به ماهیت چندعاملی افکار خودکشی در سالمندان، پیشگیری مؤثر از آن مستلزم اتخاذ رویکردی جامع و چندرشته‌ای است که هم‌زمان بر شناسایی عوامل خطر، تقویت عوامل محافظتی و ارتقای سلامت روان، سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان تمرکز داشته باشد. به‌کارگیری چنین رویکردی می‌تواند در کاهش افکار خودکشی و طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر برای این گروه جمعیتی نقش مهمی ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: افکار خودکشی؛ سالمندی؛ عوامل خطر؛ افسردگی؛ حمایت اجتماعی؛ انزوای اجتماعی؛ بیماری مزمن؛ پیشگیری از خودکشی.

مقدمه

یکی از دوره‌های اساسی و پراهمیت رشد در دیدگاه گستره زندگی، دوران پیری و سالمندی است. این دوره با کاهش توان بیولوژیکی-فیزیکی و گاهی ذهنی همراه است (۱). محققان رشد، دوران انتقال را با نوعی آشفتگی هیجانی همراه دانسته‌اند و بر این اساس، دوران سالمندی می‌تواند نوعی تجربه تعادل‌جویی مجدد با خود به همراه داشته باشد. این دوران که متضمن دغدغه‌های اساسی بشر است، حتی در متون علمی رشد نیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است و مطابق با دیدگاه‌های گستره زندگی بود که توجه مطالعات رشدی به دوران سالمندی معطوف شد (۲).

ویژگی‌های تحولی سالمندی، این دوره از زندگی را تبدیل به برهه‌ای متمایز در حیطه معنای زندگی می‌کند. در طی گذار به اواخر زندگی، بزرگسالان، در هنگام از دست دادن شغل و نقش والدین فعال، در مواجهه با مرگ والدین، دوستان و خودشان به دنبال یافتن هدف زندگی هستند (۳). با نزدیک شدن مرگ، این مرحله از چرخه زندگی، تمرکز معنای زندگی و مرگ را بسیار متفاوت از مراحل قبلی خواهد کرد. براین اساس، افکار خودکشی در افراد مسن یک موضوع پیچیده و حیاتی است که نیازمند رویکردهای حساس و چندوجهی برای درک و پیشگیری است. در حالی که میزان خودکشی در جمعیت‌های مسن‌تر بیشتر است، این موضوع هنوز مورد بحث قرار نمی‌گیرد، و اغلب تحت الشعاع تصورات نادرستی است که افراد مسن کمتر احتمال دارد به افکار خودکشی فکر کنند یا بر اساس آن عمل کنند. با این حال، واقعیت این است که خودکشی در میان سالمندان یک نگرانی مهم بهداشت عمومی است که تحت تأثیر ترکیبی از عوامل روانی، اجتماعی و فیزیکی است (۴). امروزه، سالمندی، یکی از دغدغه‌های مهمی است که در جهان، خود را نشان می‌دهد؛ چرا که با افزایش میزان امید به زندگی و پیشرفت در بهداشت و سلامتی، بر اساس آماري که سازمان جهانی بهداشت داده‌است، تعداد این گروه افزایش پیدا کرده‌است. اما با وجود این روند رو به رشد، هنوز، برنامه و تدبیر منسجم و کافی برای آن در نظر گرفته نشده‌است. بدین ترتیب، توجه به بهداشت روانی و جسمانی جمعیت سالمند به عنوان یکی از اقشار در معرض آسیب جامعه، باید از برنامه‌های مهم پیش‌رو باشد (۵).

با توجه به شاخص‌های آماری، ایران در مسیر گذار به جامعه سالمند قرار دارد و سهم سالمندان رو به افزایش

است. بنابراین کشور به‌زودی در زمره جوامع با جمعیت پیر قرار خواهد گرفت (۶). رشد جمعیت سالمند در یک جامعه، از پیامدهای مثبت رشد و توسعه در جامعه است، اما اگر جامعه برای روبرو شدن با این روند رشدی، تمهیدات لازم را نیندیشیده‌باشد، این امر می‌تواند تبعات و عوارض منفی زیادی را به دنبال بیاورد. افزایش تعداد سالمندان نسبت به کل جمعیت، (و درعین حال نگاه مصرف‌گرا به پدیده سالمندی) می‌تواند منجر به کاهش فعالیت‌های اقتصادی مولد در جامعه و در نتیجه، کاهش توان اقتصادی مستقل کشور باشد.

در بستر ایران نیز، شواهدی مبنی بر شیوع افکار خودکشی میان سالمندان وجود دارد: مطالعه‌ای جمعیت‌محور در جنوب‌غرب ایران گزارش کرده است که حدود ۸۶٪ از سالمندان افکار خودکشی را تجربه کرده‌اند، و این افکار به‌طور معنی‌داری با افت وضعیت جسمی، بیماری‌های مزمن، حمایت اجتماعی پایین و افسردگی همبسته بودند (۷). با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان در ایران و تأثیرات منفی بالقوه‌ی خودکشی در این گروه، نیاز به یک بازبینی منسجم و مبتنی بر شواهد علمی وجود دارد.

با وجود افزایش مطالعات درباره افکار خودکشی در سالمندان، یافته‌های موجود همچنان پراکنده و ناهمگون هستند و عوامل خطر این پدیده در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی، شناختی و جسمانی به‌صورت جداگانه بررسی شده‌اند. افزون بر این، بسیاری از پژوهش‌ها بر یک یا چند عامل محدود تمرکز داشته و تصویری جامع از تعامل عوامل مختلف مؤثر بر افکار خودکشی در سالمندان ارائه نکرده‌اند. همچنین با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان جوامع، نیاز به یک مرور جامع و به‌روز که شواهد موجود را تلفیق و سازمان‌دهی کند، بیش از پیش احساس می‌شود. از این‌رو، جمع‌بندی نظام‌مند عوامل خطر و علائم هشداردهنده افکار خودکشی در سالمندان می‌تواند به شناسایی گروه‌های در معرض خطر و طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر کمک کند. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر ارائه یک مرور جامع از شواهد علمی در زمینه علائم، ریشه‌ها و عوامل خطر افکار خودکشی در سالمندان است تا تصویری یکپارچه و مبتنی بر شواهد برای پژوهشگران و متخصصان حوزه سلامت روان فراهم شود.

روش کار

هر پایگاه تا پایان دی ماه ۱۴۰۴ (January 2026) بود. به منظور اطمینان از پوشش آخرین شواهد، جستجوی نهایی و به روزرسانی منابع تا پایان خردادماه ۱۴۰۵ (June 2026) انجام شد. به منظور افزایش شفافیت در گزارش فرآیند جستجو و انتخاب منابع، مراحل شناسایی و انتخاب مطالعات در قالب نمودار جریان PRISMA در شکل ۱، ارائه شده است.

این مطالعه به صورت یک مرور روایتی انجام شد و با هدف ترکیب و تحلیل شواهد موجود درباره افکار خودکشی در سالمندان، با تمرکز بر علائم، علل و عوامل خطر مرتبط، طراحی گردید. برای شناسایی مطالعات مرتبط، جستجوی جامعی در پایگاه‌های الکترونیکی PubMed، Scopus، Web of Science و PsycINFO انجام شد. دامنه جستجو شامل تمامی مقالات منتشرشده از زمان آغاز نمایه‌سازی



شکل ۱. نمودار جریان فرآیند جستجو، غربالگری، انتخاب و سنتز مطالعات در مرور روایتی (تهیه شده بر اساس الگوی PRISMA جهت افزایش شفافیت در گزارش فرآیند انتخاب منابع)

پژوهش‌هایی که به علائم، علل، عوامل تعیین‌کننده یا عوامل خطر مرتبط پرداخته بودند؛ (۳) مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی؛ و (۴) مقالات داوری‌شده شامل مطالعات اصیل، مرورهای نظام‌مند، متاآنالیزها و مرورهای روایتی مرتبط با موضوع پژوهش. معیارهای خروج شامل: مقالاتی مانند خلاصه‌مقالات کنفرانسی، سرمقاله‌ها، نامه‌ها، گزارش‌های موردی، و پژوهش‌هایی که جمعیت هدف زیر ۶۰ سال داشتند.

عناوین، چکیده‌ها و در صورت لزوم متن کامل مطالعات از نظر ارتباط با اهداف پژوهش بررسی شدند و مقالاتی که بیشترین انطباق را با معیارهای ورود داشتند، برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. استخراج داده‌ها شامل نوع طراحی مطالعه، ویژگی‌های جمعیت، ابزارهای سنجش افکار خودکشی، عوامل مرتبط و یافته‌های کلیدی بود. با

برای جستجو از ترکیبی از واژگان کنترل شده (MeSH) و واژگان آزاد استفاده شد. کلیدواژه‌هایی مانند «افکار خودکشی»، «خودکشی»، «سالمندان»، «افراد مسن»، «پیری»، «عوامل خطر»، و «سلامت روان» به کار رفت و از عملگرهای بولی (AND/OR) برای افزایش دقت و حساسیت جستجو استفاده شد. همچنین فهرست منابع مقالات مرتبط و مرورهای پیشین به صورت دستی بررسی گردید تا هیچ مطالعه‌ای از قلم نیفتد. با توجه به ماهیت مرور روایتی، انتخاب مطالعات بر اساس ارتباط علمی، کیفیت محتوایی و انطباق با اهداف پژوهش انجام شد و هدف، ارائه تصویری جامع از شواهد موجود درباره افکار خودکشی در سالمندان بود، نه برآورد کمی شواهد.

معیارهای ورود شامل: (۱) مطالعاتی که بر افکار یا رفتارهای خودکشی در افراد ۶۰ سال و بالاتر تمرکز داشتند؛ (۲)

توجه به تنوع قابل توجه در طراحی مطالعات، تفاوت در ویژگی‌های نمونه‌ها و ناهمگونی ابزارهای مورد استفاده برای سنجش افکار خودکشی، امکان تلفیق کمی یافته‌ها وجود نداشت. لذا، یافته‌ها با استفاده از روش سنتز روایتی و بر اساس شباهت مفهومی در قالب چهار حوزه اصلی شامل عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، شناختی و جسمانی طبقه‌بندی و تحلیل شدند.

یافته‌ها

درک افکار خودکشی در سالمندان

افکار خودکشی به طیفی از تجارب شناختی اشاره دارند که از تأملات گذرا درباره مرگ تا ایده‌پردازی‌های ساختارمند برای پایان دادن به زندگی را در بر می‌گیرند. در ادبیات علمی، این افکار معمولاً به‌عنوان یک پدیده چندبعدی شناخته می‌شوند که تحت تأثیر تعامل پیچیده‌ای از عوامل روان‌شناختی، زیستی و اجتماعی شکل می‌گیرد (۸). نظریه‌های روان‌شناختی کلاسیک، افکار و رفتارهای خودکشی را پیامد اختلال در فرایندهای شناختی-هیجانی و الگوهای ناسازگارانه مقابله‌ای می‌دانستند؛ با این حال، رویکردهای نوین‌تر تأکید می‌کنند که این افکار در بستر عوامل اجتماعی، روابط بین‌فردی و شرایط فرهنگی معنا پیدا می‌کنند و بدون درک زمینه محیطی فرد قابل تبیین نیستند (۹). نظریه‌های یکپارچه معاصر نیز تلاش می‌کنند سازوکار گذار از «تفکر» به «اقدام» را توضیح دهند و نشان دهند که چرا تنها بخشی از افرادی که دچار افکار خودکشی هستند وارد مرحله اقدام می‌شوند (۱۰). به طور کلی، آنچه نظریه‌های روان‌شناختی را متمایز می‌کند این است که، حتی زمانی که رویدادهای خارجی یا عوامل استرس‌زا در آن گنجانده می‌شوند، تمرکز اصلی بر این موضوع است که فرد، چگونه این تجربیات را درک می‌کند، پردازش می‌کند، سازگار می‌شود و با آنها کنار می‌آید (۱۱).

بیشتر نظریه‌های روان‌شناختی خودکشی، و به‌ویژه برجسته‌ترین آنها، فاقد گنجانیدن بافت فرهنگی و درک نقش عوامل فرهنگی است که ابراز پریشانی را از طریق رفتارهای خودکشی شکل می‌دهند. علاوه بر این، علاوه بر این، شواهد اندکی وجود دارد که نشان دهد یک نظریه می‌تواند به‌طور یکسان در گروه‌ها و کشورهای مختلف کاربرد داشته باشد. حتی در یک کشور ایالات متحده، روند خودکشی در تالاقی سن، جنسیت، طبقه و نژاد بسیار متفاوت

است (۱۲، ۱۳). تحقیقات خودکشی بین فرهنگی باید بر پایه این موضوع در نظر گرفته شود که فرهنگ با عوامل زمینه‌ای از جمله شرایط اجتماعی-اقتصادی مرتبط است. نظریه‌پردازی دقیق خودکشی باید تنوع ذاتی گروه‌های اقلیت و اکثریت را در همه زمینه‌ها در نظر بگیرد. به عنوان مثال، مکانیسم‌هایی که منجر به مرگ بر اثر خودکشی در میان کودکان (۱۲)، در جوانان (۱۴)، و افراد مسن‌تر (۱۵) می‌شود، متفاوت گزارش شده است.

در بزرگسالان مسن، این افکار اغلب نه از یک رویداد، بلکه از تلاقی شرایط مختلف زندگی پدید می‌آیند. حساسیت افراد مسن به افکار خودکشی به ویژه با چالش‌های مرتبط با افزایش سن، مانند کاهش سلامت، از دست دادن استقلال، فشار مالی و مرگ همسالان یا همسران افزایش می‌یابد. در این دوره سنی، موقعیت‌های برقراری روابط اجتماعی محدود می‌شود، افراد نسبت به قبل کمتر در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت می‌کنند و در نتیجه امکان استفاده از حمایت‌های اجتماعی محدود و تقریباً حذف می‌شود (۱۶). به علاوه، میزان خوداتکایی و استقلال فردی، که جزئی از بعد هویتی افراد هست، نیز از تغییرات ادراک شده در این دوره سنی است. محدود شدن توانایی جسمانی و از بین رفتن بستگان نزدیک و دوستان می‌تواند سالمندان را منزوی کرده و منجر به تنهایی در دوره آخر زندگی شود که شدت قابل توجهی از هیجانات ناخوشایند را به همراه دارد (۱۷). رخ دادن همه این رویدادها، در دوره سالمندی، می‌تواند سالمندان را بیشتر در معرض ابتلا به ناراحتی‌های روانی همچون افسردگی و اضطراب قرار دهد (۱۸)، اختلالاتی که بیشترین همبودی را نیز با افکار خودکشی دارند. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده‌است که احتمال خطر خودکشی با افزایش سن، بیشتر می‌شود و در بین سالمندان، احتمال خطر آن، بسیار بالا است (۱۹). این احتمال خطر در گروه سنی بالای ۶۵ سال، به ازای هر سال، افزایش روند ۴ درصدی نیز داشته است (۲۰). همچنین، با افزایش سن، احتمال خطر خودکشی منجر به مرگ نیز بیشتر می‌شود (۲۱).

علائم هشداردهنده افکار خودکشی در سالمندان

شناسایی افکار خودکشی در سالمندان همواره با دشواری‌هایی همراه است، زیرا بسیاری از افراد سالمند تمایل ندارند افکار خود را به‌طور مستقیم بیان کنند و نشانه‌های خطر ممکن است به‌صورت غیرمستقیم و در قالب تغییرات هیجانی، رفتاری یا اجتماعی ظاهر شوند (۲۲). از این رو، پژوهشگران

سالمندی تلقی شوند، بلکه می‌توانند نشانه‌ای از افزایش خطر افکار خودکشی باشند (۲۲، ۲۵).

برخی مطالعات همچنین نشان داده‌اند که تنظیم ناگهانی امور مالی و شخصی، تهیه وصیت‌نامه بدون علت مشخص، واگذاری دارایی‌ها یا تلاش برای دسترسی به ابزارهای بالقوه خودکشی می‌تواند بیانگر مرحله پیشرفته‌تری از خطر باشد و نیازمند ارزیابی فوری بالینی است (۲۴).

به طور کلی، شواهد موجود نشان می‌دهد که هیچ علامت واحدی به‌تنهایی قادر به پیش‌بینی افکار خودکشی در سالمندان نیست؛ بلکه همزمانی علائم روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری است که احتمال خطر را افزایش می‌دهد. بنابراین، ارزیابی جامع وضعیت روانی، سطح حمایت اجتماعی، عملکرد روزانه و تغییرات رفتاری سالمندان می‌تواند نقش مهمی در شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر ایفا کند (۲۲-۲۴).

علل و عوامل خطر مربوط به افکار خودکشی در سالمندان

عوامل متعددی در افزایش آسیب‌پذیری افراد مسن در برابر افکار خودکشی نقش دارند. این موارد عبارتند از:

- اختلالات سلامت روان: افسردگی مهم‌ترین وضعیت سلامت روان مرتبط با خودکشی در افراد مسن است. با این حال، سایر شرایط مانند اضطراب، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی نیز می‌توانند خطر را افزایش دهند (۲۶). افسردگی در افراد مسن اغلب می‌تواند با علائم غیرمعمول مانند تحریک‌پذیری، خستگی و کناره‌گیری ظاهر شود که می‌تواند تشخیص داده نشود یا درمان نشود (۲۲). هنگامی که سالمندان افسرده هستند، تفکر ممکن است مختل شود و قضاوت منطقی را دشوار کند (۲۷). در مطالعات مختلف، از تعریف افسردگی اواخر عمر برای اختلال افسردگی اساسی استفاده می‌شود که برای اولین بار در سن ۶۰ سالگی و بالاتر رخ می‌دهد (۲۸، ۲۹). در طی یک مطالعه کالبد شکافی روان‌شناختی از خودکشی کامل در سال‌های بعد، از هر هجده آزمودنی، شانزده نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۳۰) تشخیص داده شدند که به مرگ آنها کمک کرد. یک مطالعه مورد-شاهدی در چهار کشور و یک منطقه شهری بزرگ در مرکز انگلستان نشان داد که ۶۳ درصد از ۱۰۰ حجم نمونه سالمندانی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، قبل از اقدام به افسردگی مبتلا بوده‌اند (۳۰). علاوه بر این، یک کالبدشکافی از کالبدشکافی روان‌شناختی برای مشخص کردن دلیل اقدام خودکشی سالمندان ثابت

بر این باورند که توجه به مجموعه‌ای از نشانه‌ها، به‌جای تمرکز بر یک علامت منفرد، برای شناسایی سالمندان در معرض خطر ضروری است.

در حوزه روان‌شناختی، افسردگی، ناامیدی و احساس بی‌ارزشی از برجسته‌ترین علائم هشداردهنده محسوب می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند سالمندانی که افکار خودکشی را تجربه می‌کنند، بیشتر از سایرین احساس درماندگی، فقدان معنا در زندگی و نگرش منفی نسبت به آینده را گزارش می‌کنند. همچنین کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره و از دست دادن انگیزه برای مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش، از یافته‌های مکرر در پژوهش‌های مرتبط با خودکشی سالمندان بوده است (۲۲، ۲۳).

در سال‌های اخیر، مفهوم «احساس سربار بودن» نیز به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افکار خودکشی در سالمندان مطرح شده است. بسیاری از سالمندان به‌ویژه در شرایط بیماری، ناتوانی جسمی یا وابستگی به دیگران، خود را باری بر دوش خانواده تلقی می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این ادراک می‌تواند به‌طور مستقیم با افزایش افکار خودکشی مرتبط باشد (۲۲).

در بعد اجتماعی، انزوای اجتماعی و احساس تنهایی از مهم‌ترین نشانه‌های هشداردهنده شناخته شده‌اند. شواهد حاصل از مطالعات مروری و فراتحلیلی نشان می‌دهد که کاهش تعاملات اجتماعی، محدود شدن شبکه‌های حمایتی و احساس عدم تعلق اجتماعی با افزایش احتمال افکار خودکشی در سالمندان ارتباط معناداری دارد. در واقع، کیفیت روابط اجتماعی در بسیاری از موارد نقش مهم‌تری از صرف تعداد روابط اجتماعی ایفا می‌کند (۱۶).

از منظر رفتاری، تغییرات محسوس در الگوی زندگی روزمره می‌تواند بیانگر افزایش خطر باشد. کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، افت مراقبت از خود، اختلال در خواب، تغییرات اشتها، کناره‌گیری از روابط خانوادگی و کاهش فعالیت‌های معمول از جمله نشانه‌هایی هستند که در مطالعات مختلف به‌عنوان شاخص‌های هشداردهنده گزارش شده‌اند (۲۴).

علاوه بر این، ابراز مستقیم یا غیرمستقیم تمایل به مرگ از مهم‌ترین هشدارهای بالینی محسوب می‌شود. جملاتی نظیر «دیگر دلیلی برای ادامه زندگی ندارم»، «کاش زودتر همه چیز تمام شود» یا «بودن من فقط برای دیگران دردسر است» نباید صرفاً به‌عنوان بخشی از روند طبیعی

کرد که ۷۱ تا ۹۵ درصد مبتلا به اختلال سلامت روان قبل از خودکشی تشخیص داده شده بودند (۳۱، ۳۲).

۲. بیماری مزمن و درد جسمانی: بار شرایط پزشکی مزمن مانند سرطان، آرتریت، دیابت یا بیماری قلبی عروقی می تواند طاقت فرسا باشد. درد و ناتوانی جسمی همراه با نامشخص بودن نتایج درمان، می تواند منجر به احساس ناامیدی و ناامیدی شود (۳۳). سالمندی دوره ای است که شامل ناتوانی های جسمی و عملکردی و همچنین کاهش عملکرد شناختی، زندگی اجتماعی، از دست دادن خودمختاری و استقلال می شود (۳۴). با افزایش سن، کیفیت زندگی ممکن است با کاهش توانایی ها یا ناتوانی های جسمی و شناختی کاهش یابد. بیماری های مزمن و کاهش قدرت منجر به احساس بی ارزشی و اضطراب و در نهایت افسردگی می شود (۳۵). بیماری های مزمن از مهم ترین شاخص های ارزیابی وضعیت سلامت در سالمندان محسوب می شوند و افزایش تعداد بیماری های همزمان می تواند نشان دهنده کاهش وضعیت سلامت عمومی باشد. بیماری های مزمن شایع در سالمندی شامل فشار خون بالا، دیابت، بیماری های قلبی عروقی، انفارکتوس میوکارد، آرتریت، آب مروارید و بیماری های تنفسی مانند ذات الریه هستند. شواهد نشان می دهد که شیوع و تعداد بیماری های مزمن با افزایش سن افزایش می یابد و این شرایط می تواند با کاهش استقلال، افت کیفیت زندگی، مشکلات روان شناختی و افزایش آسیب پذیری سالمندان همراه باشد (۳۴). افسردگی یک مشکل روانی رایج است که در اثر بیماری مزمن ایجاد می شود (۳۶). علاوه بر این، اضطراب (۳۷)، اختلال استرس پس از سانحه (۳۸) و سایر بیماری ها نیز به عنوان پیامد بیماری مزمن، گزارش شده است (۳۵). بنابراین، نه تنها بهبود توانایی جسمی فرد، بلکه رسیدگی به مشکلات روانی پس از شروع بیماری مزمن نیز امر بسیار مهمی است.

۳. از دست دادن حمایت اجتماعی: مرگ همسر یا دوستان نزدیک می تواند منجر به تنهایی و انزوای عمیق شود که پیش بینی کننده قوی افکار خودکشی در افراد مسن است (۳۳). فقدان یک شبکه حمایتی می تواند احساس باری بر دوش دیگران را تشدید کند، که دلیلی رایج برای خودکشی در این جمعیت است. وجود یا فقدان روابط اجتماعی در سالمندان نقش تعیین کننده ای در وضعیت سلامت آنان دارد، به گونه ای که افراد سالمند برخوردار از تعاملات

اجتماعی معنادار، در مقایسه با افراد منزوی، کمتر در معرض آسیب های جدی جسمی و روانی قرار می گیرند (۳۹). در یک مطالعه مروری و فراتحلیلی، نویسندگان بیش از ۷۰ پژوهش تجربی را با مجموع نمونه ای بالغ بر ۳،۴ میلیون نفر مورد تحلیل قرار دادند تا تأثیر انزوای اجتماعی، تنهایی و کاهش روابط اجتماعی را بر نرخ مرگومیر بررسی کنند. نتایج نشان داد که انزوای اجتماعی، تنهایی و زندگی به تنهایی همگی به طور معناداری با افزایش خطر مرگ زودرس مرتبط هستند. بر اساس پژوهش ها، تأثیر منفی این عوامل بر مرگومیر با سایر عوامل خطرشناخته شده ای مانند چاقی، سیگار کشیدن و آلودگی هوا قابل مقایسه است. به عبارتی، نبود تعامل اجتماعی می تواند پیامدهای جدی تری برای سلامت عمومی در سالمندی، در پی داشته باشد. بنابراین، براساس پژوهش ها، روابط اجتماعی نه تنها از نظر روانی مفید هستند، بلکه یک ضرورت زیستی برای بقا محسوب می شوند (۴۰).

حمایت اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری از رفتارهای خودکشی در سالمندان ایفا می کند. مطالعات مروری و فراتحلیلی نشان داده است که حمایت اجتماعی بالا با کاهش معنادار در افکار خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی مرتبط است (۴۱). این یافته ها بر اهمیت حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل محافظتی قوی در برابر رفتارهای خودکشی تأکید می کنند. حمایت اجتماعی می تواند از طریق کاهش احساس تنهایی، افزایش حس تعلق، ارائه راهکارهای مقابله ای و تسهیل دسترسی به خدمات سلامت روان، نقش حفاظتی ایفا کند. علاوه بر این، مطالعه ای در کره جنوبی نشان داده است که افسردگی در سالمندان از طریق کاهش حمایت اجتماعی با افزایش افکار خودکشی مرتبط است (۴۲). این یافته ها نشان می دهد که مدیریت سطح حمایت اجتماعی، به ویژه در سالمندان مبتلا به افسردگی، برای پیشگیری از افکار خودکشی اهمیت ویژه ای دارد.

۴. زوال شناختی: بیماری آلزایمر و سایر اشکال زوال عقل با افزایش خطر افکار خودکشی مرتبط است. اختلال شناختی می تواند مانع از توانایی یک فرد مسن برای تفکر واضح یا منطقی شود و ممکن است احساس سردرگمی، از دست دادن کنترل و پریشانی را افزایش دهد (۴۳). رابطه بین زوال عقل (دمانس) و خطر خودکشی در سالمندان موضوعی پیچیده و چندوجهی است که در سال های اخیر مورد توجه

به ویژه در افرادی که تنها زندگی می کنند (۵۰). یک مطالعه در کره جنوبی نشان داد که سالمندان فقیر نسبت به گروه های با درآمد بالا، خطر بالاتری برای خودکشی دارند. در این مطالعه، مردان سالمند فقیر با نسبت خطر تعدیل شده ۱/۵۰ در مقایسه با مردان با درآمد بالا، بیشترین خطر را داشتند (۴۹). این یافته ها بر اهمیت توجه به وضعیت اقتصادی در پیشگیری از خودکشی تأکید می کنند در سطح جهانی نیز، فشار مالی با افزایش خطر خودکشی مرتبط است. در استرالیا، راهبردهای پیشگیری از خودکشی بر نقش عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر پریشانی روانی، از جمله بیکاری، ناامنی مالی، بی خانمانی و خشونت خانوادگی تأکید دارند. شواهد نشان می دهد که شرایط اقتصادی و اجتماعی نامطلوب می توانند خطر خودکشی را افزایش دهند؛ بنابراین بهبود شرایط اشتغال، امنیت مالی و حمایت های اجتماعی می تواند بخشی از رویکردهای مؤثر در کاهش نرخ خودکشی باشد (۵۰).

فشار مالی می تواند منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و خشم در سالمندان شود (۵۱). از طرفی فشار مالی و اقتصادی می تواند به انزوای اجتماعی و کاهش حمایت های خانوادگی منجر شود (۵۰). این شرایط می تواند احساس تنهایی و بی ارزشی را در سالمندان افزایش دهد که از عوامل مؤثر در خودکشی هستند. مطالعات نشان داده اند که مشکلات مالی می توانند روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار داده و به افزایش خطر خودکشی منجر شوند (۵۲).

۶. سابقه اقدام به خودکشی یا سابقه خانوادگی: سابقه شخصی اقدام به خودکشی یا سابقه خانوادگی خودکشی می تواند احتمال افکار یا رفتارهای خودکشی آینده را در افراد مسن افزایش دهد (۵۳). مطالعات اخیر نشان داده اند که این عوامل می توانند از طریق مسیرهای مختلفی بر افزایش خطر خودکشی تأثیرگذار باشند. بر اساس یک مطالعه سیستماتیک، یکی از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده افکار و رفتارهای خودکشی در سالمندان، سابقه اقدام به خودکشی قبلی است (۲۳). این مطالعه نشان داد که سابقه اقدام به خودکشی با نسبت شانس میانگین ۱۲/۳۳ با رفتارهای خودکشی در سالمندان مرتبط است. تحقیقات نشان داده اند که سابقه خودکشی در اعضای خانواده، به ویژه والدین و خواهر و برادرها، می تواند به طور مستقل خطر خودکشی را در سالمندان افزایش دهد (۵۴). این عوامل می توانند از طریق تأثیر بر سلامت روانی،

پژوهشگران قرار گرفته است. مطالعات نشان می دهند که سالمندان مبتلا به دمانس، به ویژه در مراحل اولیه تشخیص، در معرض افزایش خطر افکار و رفتارهای خودکشی قرار دارند (۴۴). به عنوان مثال، یک مرور نظام مند و فراتحلیلی در سال ۲۰۲۴ نشان داد که شیوع افکار خودکشی در افراد مبتلا به دمانس حدود ۱۰٪ است که نسبت به جمعیت عمومی بالاتر است (۴۵). عوامل خطر شامل دمانس در مراحل متوسط، سن پایین تر، و مرد بودن هستند. علاوه بر این، پژوهش های دیگر نشان داده اند که خطر خودکشی در سالمندان مبتلا به دمانس در سه ماه اول پس از تشخیص به طور قابل توجهی افزایش می یابد. به عنوان مثال، یک مطالعه در انگلستان نشان داد که خطر خودکشی در بیماران زیر ۶۵ سال در سه ماه اول پس از تشخیص دمانس، تا ۶/۶۹ برابر بیشتر از هم تایان بدون دمانس است (۴۶). همچنین، مطالعه ای در کره جنوبی نشان داد که سالمندان مبتلا به دمانس در سال اول پس از تشخیص، خطر مرگ ناشی از خودکشی ۲/۵۷ برابر بیشتر از افراد بدون دمانس دارند (۴۵).

در این دوره، افراد هنوز از کاهش توانایی های شناختی خود آگاه هستند و ممکن است احساس ناامیدی، ترس از آینده و بار اضافی بر خانواده داشته باشند (۴۷). با پیشرفت دمانس، توانایی شناختی افراد کاهش می یابد و ممکن است توانایی برنامه ریزی و اجرای خودکشی کاهش یابد. با این حال، در مراحل اولیه، افراد هنوز قادر به درک وضعیت خود و برنامه ریزی برای اقدامات هستند. بنابراین، غربالگری و حمایت روانی در این دوره بسیار مهم است. مطالعات تأکید می کنند که ارزیابی خطر خودکشی باید بخشی از مراقبت های اولیه پس از تشخیص دمانس باشد، به ویژه در افراد جوان تر و کسانی که سابقه بیماری روانی دارند (۴۸). این یافته ها بر اهمیت ارزیابی دقیق خطر خودکشی در سالمندان مبتلا به دمانس، به ویژه در مراحل اولیه تشخیص و در گروه های سنی پایین تر، تأکید می کنند. مداخلات پیشگیرانه، حمایت اجتماعی، و مراقبت های روانی مناسب می توانند نقش مهمی در کاهش این خطر ایفا کنند.

۵. فشار مالی: ناامنی اقتصادی، اغلب به شکل پس انداز محدود بازنشستگی یا ناتوانی در کار، می تواند احساس بی کفایتی و نگرانی در مورد تبدیل شدن به سر بار اعضای خانواده را ایجاد کند (۴۹). بی ثباتی مالی یک عامل خطر شناخته شده برای خودکشی در بزرگسالان مسن تر است،

و افزایش احساس تنهایی بر خطر خودکشی تأثیر بگذارند (۳۳).

درمجموع، بررسی مطالعات منتخب نشان داد که یافته‌های پژوهش‌ها را می‌توان در چند محور اصلی شامل علائم هشداردهنده، عوامل روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی، شناختی، اقتصادی، سابقه فردی و خانوادگی و عوامل محافظتی طبقه‌بندی کرد. خلاصه این یافته‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

افزایش احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی، خطر خودکشی را افزایش دهند (۳۳). سابقه اقدام به خودکشی در سالمندان معمولاً با اختلالات روانی مانند افسردگی همراه است (۵۵). علاوه بر این، سابقه خودکشی در خانواده نیز، سابقه اقدام به خودکشی می‌تواند بر سلامت روانی و اجتماعی سالمندان تأثیر منفی بگذارد (۵۴). این عوامل می‌توانند از طریق افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی، ارتباط با اختلالات روانی مانند افسردگی، کاهش حمایت اجتماعی

جدول ۱. خلاصه مهم‌ترین یافته‌های مطالعات درباره افکار خودکشی در سالمندان

حوزه	عوامل/یافته‌های اصلی	شواهد کلیدی
علائم هشداردهنده	افسردگی، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، فقدان معنا، احساس سربار بودن، انزوای اجتماعی، تغییرات رفتاری، ابراز تمایل به مرگ، واگذاری دارایی‌ها	این علائم معمولاً به‌صورت همزمان ظاهر شده و شناسایی زودهنگام آن‌ها برای پیشگیری از افکار خودکشی ضروری است.
عوامل روان‌شناختی	افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی	افسردگی مهم‌ترین عامل خطر افکار خودکشی در سالمندان است.
عوامل جسمانی	بیماری‌های مزمن، درد مزمن، ناتوانی جسمی، کاهش استقلال	بیماری‌های مزمن با کاهش کیفیت زندگی و افزایش افسردگی و ناامیدی همراه هستند.
عوامل اجتماعی	تنهایی، انزوای اجتماعی، فقدان همسر یا دوستان، کاهش حمایت اجتماعی	ضعف حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر و حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل محافظتی است.
عوامل شناختی	زوال شناختی، دمانس، آلزایمر	خطر افکار خودکشی در مراحل اولیه دمانس بیشتر گزارش شده است.
عوامل اقتصادی	فشار مالی، فقر، ناامنی اقتصادی	مشکلات اقتصادی با افزایش اضطراب، افسردگی و احساس سربار بودن همراه هستند.
سابقه فردی و خانوادگی	سابقه اقدام به خودکشی، سابقه خانوادگی خودکشی	از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افکار و رفتارهای خودکشی در سالمندان محسوب می‌شوند.
عوامل محافظتی	حمایت اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، دسترسی به خدمات سلامت روان	این عوامل می‌توانند احتمال بروز افکار خودکشی را کاهش دهند.

بحث

افکار خودکشی در سالمندان مسئله‌ای پیچیده و چندعاملی است که برآیند تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی محسوب می‌شود. مرور مطالعات نشان می‌دهد که افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های جسمی، کاهش کارکرد شناختی و اختلالات خلقی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های زیستی - روان‌شناختی بروز افکار خودکشی در دوره سالمندی هستند. یافته‌های پژوهش‌های اخیر همچنین بر نقش محوری ناامیدی، احساس سربار بودن و ادراک کاهش معنا در زندگی به‌عنوان سازوکارهای روان‌شناختی مؤثر تأکید می‌کنند. این عوامل معمولاً در تعامل با متغیرهای اجتماعی نظیر انزوای اجتماعی، فقدان حمایت خانوادگی، مشکلات اقتصادی و سوگ‌های متعدد، شدت بیشتری می‌یابند و خطر افکار خودکشی را به‌طور

معناداری افزایش می‌دهند.

از منظر تحلیلی، نتایج مرور حاضر نشان می‌دهد که بخش قابل‌توجهی از سالمندان مبتلا به افکار خودکشی از اختلالات تشخیص‌داده‌نشده یا درمان‌نشده‌ای مانند افسردگی اساسی، اضطراب مزمن یا اختلال سازگاری رنج می‌برند. بسیاری از مطالعات بر این موضوع تأکید دارند که تظاهر علائم روان‌شناختی در سالمندان ممکن است با الگوهایی غیرمعمول همراه باشد؛ برای مثال، به‌جای غمگینی آشکار، نشانه‌هایی نظیر تحریک‌پذیری، شکایات جسمی یا کناره‌گیری اجتماعی دیده می‌شود. این امر می‌تواند تشخیص به‌موقع را دشوار کند و ضرورت غربالگری ساختارمند را برجسته می‌سازد.

پیامدهای بالینی این مرور نشان می‌دهد که مداخلات مؤثر باید چندسطحی باشند و علاوه بر درمان اختلالات خلقی و

و خانوادگی تأثیر می‌پذیرد. افسردگی، ناامیدی، احساس تنهایی، بیماری‌های مزمن، درد، کاهش استقلال، ضعف حمایت اجتماعی و سابقه اقدام به خودکشی از مهم‌ترین عوامل خطر شناسایی شده بودند، در حالی که حمایت اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت روان از مهم‌ترین عوامل محافظتی محسوب می‌شوند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تمرکز بر یک عامل منفرد برای پیشگیری از افکار خودکشی کافی نیست و این پدیده نیازمند رویکردی جامع و چندبعدی است. بر این اساس، شناسایی زودهنگام علائم هشداردهنده، ارزیابی هم‌زمان عوامل خطر و تقویت عوامل محافظتی، همراه با به‌کارگیری مداخلات چندرشته‌ای در سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی و نظام سلامت، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افکار و رفتارهای خودکشی در سالمندان داشته باشد. همچنین تقویت برنامه‌های غربالگری سلامت روان، گسترش حمایت‌های اجتماعی، آموزش خانواده‌ها و مراقبان، و بهبود دسترسی سالمندان به خدمات سلامت روان می‌تواند اثربخشی راهبردهای پیشگیرانه را افزایش دهد. با وجود پیشرفت‌های حاصل‌شده در شناخت عوامل مرتبط با افکار خودکشی در سالمندان، همچنان خلأهایی در شواهد موجود مشاهده می‌شود. از این‌رو، انجام مطالعات طولی، توسعه ابزارهای اختصاصی ارزیابی افکار خودکشی در سالمندان، بررسی نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی در جوامع مختلف و ارزیابی اثربخشی مداخلات چندبعدی می‌تواند به تکمیل دانش موجود و طراحی راهبردهای پیشگیرانه و درمانی مؤثرتر برای این گروه جمعیتی کمک کند.

اضطرابی، به بهبود کیفیت زندگی، تقویت مشارکت اجتماعی و کاهش احساس تنهایی توجه کنند. شواهد نشان می‌دهد برنامه‌های مبتنی بر حمایت اجتماعی، درمان‌های رفتاری - شناختی تعدیل شده برای سالمندان، مداخلات مدیریت درد، و مراقبت‌های تلفیقی جسمی - روانی نقش مؤثری در کاهش افکار و رفتارهای خودکشی دارند.

مرور حاضر با چند محدودیت همراه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرند. نخست، بسیاری از مطالعات بررسی شده از طرح‌های مقطعی استفاده کرده‌اند؛ موضوعی که امکان استنباط علیت میان عوامل خطر و بروز افکار خودکشی را محدود می‌کند. دوم، ناهمگونی قابل توجه در روش‌های نمونه‌گیری، ابزارهای سنجش افکار خودکشی، و تعاریف عملیاتی به‌کاررفته سبب می‌شود مقایسه مستقیم نتایج میان مطالعات دشوار باشد. سوم، بخش زیادی از پژوهش‌ها مبتنی بر گزارش‌های خوداظهاری است که تحت تأثیر سوگیری حافظه و کتمان‌گری در سالمندان قرار می‌گیرد. چهارم، کمبود مطالعات طولی و مداخلاتی در این حوزه، ارزیابی مسیرهای زمانی و اثربخشی راهکارهای پیشگیرانه را محدود کرده است. در نهایت، بخش قابل توجهی از شواهد موجود از کشورهای غربی گزارش شده و ممکن است به‌طور کامل قابل تعمیم به جمعیت‌های فرهنگی یا اقتصادی متفاوت نباشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که افکار خودکشی در سالمندان پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است که از تعامل عوامل روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی، شناختی

References

- Novak M. Issues in aging: Routledge; 2018. <https://doi.org/10.4324/9781315445366>
- Etemad J, Dehghan Manshadi Z, Mozaffari N. Psychometric Properties of the Existential Anxiety Scale in Older Adults. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2016;1(3):39-48. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jog.1.3.39>
- Greenblatt-Kimron L, Kagan M, Zychlinski E. Meaning in life among older adults: An integrative model. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(24):16762. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416762>
- De Leo D. Late-life suicide in an aging world. Nature aging. 2022;2(1):7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>
- Gao M, Wong NM, Lin C, Huang C-M, Liu H-L, Toh C-H, et al. Multimodal brain connectome-based prediction of suicide risk in people with late-life depression. Nature mental health. 2023;1(2):100-13. <https://doi.org/10.1038/s44220-022-00007-7>
- Abbasi M, Mirdrikvand F, Adavi H, Hojjati M. Relationship Between Personality Traits (Neuroticism and Extraversion) and Self-Efficacy With Late-Life Depression. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017;12(4):8. <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.458>

7. Zarrabian N, Dehghanpour N. A Systematic Review of Psychological and Psychosocial Factors Protective Against Suicidal Ideation and Suicide in the Elderly. *Journal of Gerontology*. 2025;10(3):23-34.
8. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*. 2017;143(12):1313. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
9. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*. 2009;65(12):1291-9. <https://doi.org/10.1002/jclp.20621>
10. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry research*. 2016;239:169-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.023>
11. O'Connor R. When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it: Random House; 2021.
12. Bridge JA, Horowitz LM, Fontanella CA, Sheftall AH, Greenhouse J, Kelleher KJ, et al. Age-related racial disparity in suicide rates among US youths from 2001 through 2015. *JAMA pediatrics*. 2018;172(7):697-9. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0399>
13. Ivey-Stephenson AZ. Suicide trends among and within urbanization levels by sex, race/ethnicity, age group, and mechanism of death-United States, 2001-2015. *MMWR Surveillance Summaries*. 2017;66. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6618a1>
14. McKean AJ, Pabbati CP, Geske JR, Boštwick JM. Rethinking lethality in youth suicide attempts: first suicide attempt outcomes in youth ages 10 to 24. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018;57(10):786-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.021>
15. Control CfD, Prevention. Suicide mortality in the United States, 1999-2019. Hedegaard H, Curtin SC, Warner M NCHS Data Brief. 2021(398).
16. Chang Q, Chan CH, Yip PS. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social science & medicine*. 2017;191:65-76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>
17. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*. 2017;25(3):799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
18. Bergman YS, Bodner E. Aging anxiety in older adults. *GeroPsych*. 2022. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000295>
19. Collaborators GMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
20. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Kaplan MS. Older suicide decedents: intent disclosure, mental and physical health, and suicide means. *American journal of preventive medicine*. 2017;53(6):772-80. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.07.021>
21. Malekzadeh A. The Relationship Between Social Comparisons and Suicidal Thoughts in Older Adults: The Mediating Role of Decision-Making Styles. *Aging Psychology*. 2024;9(4):325-41.
22. Sadek J, Diaz-Piedra B, Saleh L, MacDonald L. A narrative review: suicide and suicidal behaviour in older adults. *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1395462. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1395462>
23. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021;127:193-211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
24. Osgood NJ. Suicide in the elderly: are we heeding the warnings? *Postgraduate medicine*. 1982; 72 (2):123-30. <https://doi.org/10.1080/00325481.1982.11716158>
25. Gleeson H, Roesch C, Hafford-Letchfield T, Ellmers T. Assessing suicide ideation among older adults: a systematic review of screening and measurement tools. *International Psychogeriatrics*. 2022;34(5):439-52. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002659>
26. Laflamme L, Vaez M, Lundin K, Sengoelge M. Prevention of suicidal behavior in older people: a systematic review of reviews. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262889.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262889>
27. Wang X, Beltran S, Burns R, Hamel M, Gray S, Gryglewicz K. Suicide risk help-seeking among middle-to old-age adults: A systematic review. *Innovation in aging*. 2023;7(1):igac079. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac079>
 28. Benazzi F. Late-life depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *International journal of geriatric psychiatry*. 1998;13(3):145-8. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199803\)13:3<145::AID-GPS744>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199803)13:3<145::AID-GPS744>3.0.CO;2-7)
 29. Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, Begley AE, Dew MA, Mulsant BH, et al. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-lifedepression. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(6):587-95. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.587>
 30. Conwell Y, Olsen K, Caine ED, Flannery C. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *International Psychogeriatrics*. 1991;3(1):59-66. <https://doi.org/10.1017/S1041610291000522>
 31. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, Heikkinen ME, Aro HM, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders in elderly suicide. *International Psychogeriatrics*. 1995;(2):275-86. <https://doi.org/10.1017/S1041610295002031>
 32. Szigethy E, Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED. Adrenal weight and morphology in victims of completed suicide. *Biological psychiatry*. 1994;36(6):374-80. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)91212-2](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)91212-2)
 33. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health*. 2016;20(2):166-94. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
 34. Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Mental disorders, cognitive impairment and the risk of suicide in older adults. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:695286. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695286>
 35. Carlo C, Vittoria M, Natalia C, Maria LS, Rossana C. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2019;90(1):68.
 36. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The lancet*. 2007;370(9590):851-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
 37. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*. 2008;30(3):208-25. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006>
 38. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(1):33-46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
 39. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*. 2015;10(2):227-37. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
 40. Nakou A, Dragioti E, Baştas N-S, Zagorianakou N, Kakaidi V, Tsartsalis D, et al. Loneliness, social isolation, and living alone: a comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2025;37(1):29. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02925-1>
 41. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*. 2020;274:880-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
 42. Kim BJ, Kihl T. Suicidal ideation associated with depression and social support: a survey-based analysis of older adults in South Korea. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):409. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03423-8>
 43. Seyfried LS, Kales HC, Ignacio RV, Conwell Y, Valenstein M. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimer's & dementia*. 2011;7(6):567-73. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.01.006>
 44. Nuzum E, Medeisyte R, Desai R, Tsipa A, Fearn C, Eshetu A, et al. Dementia subtypes and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2025;169:105995. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105995>
 45. Kong JW, Park JY. Understanding suicide

- risk in people with dementia and family caregivers in South Korea: a systematic review. *Behavioral Sciences*. 2022;12(4):97. <https://doi.org/10.3390/bs12040097>
46. Solimando L, Fasulo M, Cavallero S, Veronese N, Smith L, Vernuccio L, et al. Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*. 2022;34(10):2255-60. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02160-6>
47. Naismith H, Howard R, Stewart R, Pitman A, Mueller C. Suicidal ideation in dementia: associations with neuropsychiatric symptoms and subtype diagnosis. *International Psychogeriatrics*. 2022;34(4):399-406. <https://doi.org/10.1017/S1041610222000126>
48. Mormont E, Jacques D, Saint-Hubert Md, Sourdeau A, Beaudart C. Suicidal behavior in mild cognitive impairment and dementia in the old adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2026;39(3):227-48. <https://doi.org/10.1177/08919887251366639>
49. Choi JW, Kim TH, Shin J, Han E. Poverty and suicide risk in older adults: a retrospective longitudinal cohort study. *International journal of geriatric psychiatry*. 2019;34(11):1565-71. <https://doi.org/10.1002/gps.5166>
50. Werdin S. Suicide in the elderly-A prevalent phenomenon with low societal awareness. *International journal of public health*. 2024;69:1606482. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606482>
51. Dhole AR, Petkar P, Choudhari SG, Mendhe H. Understanding the factors contributing to suicide among the geriatric population: a narrative review. *Cureus*. 2023;15(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.46387>
52. Mathieu S, Treloar A, Hawgood J, Ross V, Kölves K. The role of unemployment, financial hardship, and economic recession on suicidal behaviors and interventions to mitigate their impact: a review. *Frontiers in public health*. 2022;10:907052. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907052>
53. Fagerström C, Welmer A-K, Elmståhl S, Tuveusson H. Life weariness, suicidal thoughts and mortality: a sixteen-year longitudinal study among men and women older than 60 years. *BMC public health*. 2021;21(1):1359. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11329-z>
54. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlström E, Lichtenstein P, et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*. 2011;41(12):2527-34. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
55. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*. 2002;360(9340):1126-30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)