

## بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند

فریده خدابنده\*، احمد علی نوربالا\*، صبا کاهانی\*\*، عباس باقری\*\*\*

\*متخصص پزشکی قانونی و مسمومیتها، استادیار دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسؤول)

\*\*متخصص روانپزشکی، استاد دانشگاه تهران

\*\*\*دانشجوی پزشکی

روانشناس

### چکیده

### مشخصات مقاله:

#### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۵

تجدیدنظر: ۱۳۹۱/۳/۱۴

پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۸

هدف: این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند مراجعه کننده به مرکز مسمومین بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفته است.

روش: در یک بررسی توصیفی- مقطعی ۳۰۰ نفر از افراد ۴۵ سال و بالاتر مراجعه کننده به بخش مسمومین بیمارستان لقمان مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک پرسشنامه بررسی علل اقدام به خودکشی، افسردگی بک و مقیاس سنجش افکار خودکشی بک گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار کامپیوتری SPSS و به کمک آزمون کای دو t مستقل انجام شد.

#### کلیدواژه‌ها:

علل اقدام به خودکشی، میانسالی، سالمندی، مسمومیت.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد علت اقدام به خودکشی در افراد مورد مطالعه دو گروه سنی، درگیری با همسر و مشکلات خانوادگی، مشکلات مالی، بیماری جسمی یا روانی، اعتیاد و یا خشونت همسر بوده است. بین اقدام به خودکشی در افراد دو گروه سنی و وجود افسردگی و افکار خودکشی، ارتباط معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی افراد سالمند بیش از افراد میانسال بوده لیکن بین نمره افکار خودکشی افراد دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: افسردگی و افکار خودکشی از جمله عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی بوده و ضرورت برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و درمان را جهت ارتقا و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان و افراد میانسال جامعه طلب می‌کند.

## A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age Patients Referriry to Poison Center Lghman Hospital in year-1388

F. Khodabandeh<sup>\*</sup>, A. A. Noorbala<sup>\*\*</sup>, S. Kahani<sup>\*\*\*</sup>, A. Bagheri<sup>\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Legal Medicine and Clinical Toxicology, Assistance Professor

<sup>\*\*</sup>Pschologist, Professor, Tehran University

<sup>\*\*\*</sup>Medical Student, Tehran University

<sup>\*\*\*\*</sup>Psychotherapist, institute of psychology

### Abstract

**Aim:** This study is aimed to investigate the relationship between suicidal intent and patient characteristics in middle age and elderly patients.

**Method:** A cross sectional study on 300 patients aged  $\geq 45$  in poisoning ward of Loghman hospital in 1388 were established. Data were collected by: questionnaire on Demographic data, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI). The results were analyzed using SPSS and chi 2 and t-test.

**Results:**Data support some Main causes of attempted suicide as follows:family conflicts, financial problems, physical and mental diseases, substance abuse and husband's violence. A significant relationship between depression and suicidal thought were found ( $P < 0.05$ ). The mean scores of elderly patients were more than middle- aged patients, but relation between suicidal thought among two groups were not statistically significant ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Depression and suicidal thought are risk factors for suicidal attempt, for this reason need delivering treatment and preventive programs like bio-psycho-social health of middle-aged and elderly factors.

### Article Information:

#### History:

Receipt:2012/2/5

Revise: 2012/6/3

Acceptance: 2012/6/17

### KeyWords:

Attempting Suicide, Self poisoning, Middle Age, Elderly.

## مقدمه

جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم خواهد بود. جهت اصلی این تغییرات تبدیل عوامل اصلی مرگ و میر از بیماری‌های واگیردار عفونی و سوء تغذیه به بیماری‌های غیرواگیردار نظیر افسردگی و بیماری‌های قلبی است. طبق برآوردهای انجام گرفته از بررسی سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی، مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در جهان با افزایشی بیش از سه برابر از ۲۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۹۴/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید. یافته‌های این بررسی دلالت بر این داشتند که پنج بیماری افسردگی، الکلیسم، اختلال خلقی دو قطبی، اسکیزوفرنی و اختلالات وسواس در بین ده بیماری اول مسئول بروز ناتوانی در سطح جهانی جای دارند و با توجه به درصد بالای احتمال خودکشی در این بیماران، به خوبی روشن است که تمرکز روی شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی، می‌تواند نقش بسزایی در کاهش بروز و شیوع این معضل روانی اجتماعی یعنی خودکشی در جهان داشته باشد.

براساس آمارهای منتشره از سوی سازمان بهداشت جهانی، هر ساله بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر در جهان خودکشی می‌کنند، ولی به نظر می‌رسد که این تعداد شامل همه موارد نمی‌گردد و به دلیل شرایط اجتماعی، فرهنگی و نگرش‌های مذهبی غالب در کشورها، درصد بالایی از موارد گزارش نمی‌شوند. طبق این آمارها، بالاترین میزان خودکشی مربوط به کشورهای مجارستان، سریلانکا و فنلاند به ترتیب با ۳۸/۶، ۳۵/۸ و ۲۹/۸ درصد هزار جمعیت بوده و کمترین میزان مربوط به کشور مکزیک با ۲/۳ درصد هزار جمعیت بوده است (برتولتی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

براساس بررسی‌های محدود گزارش شده، آمار خودکشی در کشورهای اسلامی در مقایسه با کشورهای صنعتی فاصله زیادی دارد و در حد کمتری گزارش شده

است. علت پایین‌تر بودن میزان خودکشی در این کشورها را می‌توان به این دلیل دانست که در نزد غالب ادیان الهی، و به‌ویژه دین اسلام این اقدام یک گناه کبیره به شمار می‌رود (ویژایاکومار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

هرچند خودکشی در کشورهای جهان در همه گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد، لیکن این احتمال در گروه میانسالان و سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر است. از مهم‌ترین عوامل ابتلا به خودکشی در این سنین وجود افسردگی و افکار خودکشی، انزوا و احساس تنهایی، مشکلات اقتصادی و مالی، بیماری‌های جسمانی مزمن و ناتوانی جسمانی و شناختی می‌باشد (کنول و برنت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ فیوئرلین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ رینولد و کوپفر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ ایلیف و ماتروپ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات انجام شده در ایران دلالت بر این دارند که بیماری‌های جسمانی و ترس از آن، سوگ، احساس طردشدگی، احساس گناه، دردهای مزمن، ناامیدی و درماندگی و خصوصاً از دست دادن همسر از عوامل خطرآفرین اقدام به خودکشی در سالمندان می‌باشد (حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ عباسی شاد، ۱۳۸۰؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ مهران، ۱۳۸۲). خودکشی در افراد میانسال و مسن یکی از علل مراجعه به مراکز درمانی است که در کشورهای درحال توسعه کمتر به آن توجه شده است. مصرف بیش از حد دارو و یا مواد شیمیایی، یکی از روش‌های اقدام به خودکشی است که در شهرهای بزرگ و جوامع رو به رشد در حال افزایش است (کو، کوا و چو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷؛ ایلیف، ۲۰۰۵).

خودکشی یک مشکل عمده بهداشتی است، در بسیاری از مشکلات روانی و بهداشتی پیشگیری مهم‌تر و مؤثرتر از درمان می‌باشد، در خودکشی نیز این مسئله صادق است به‌ویژه آنکه پس از اقدام ممکن است دیگر برای کمک دیر

2. Vijayakumar
3. Conwell & Brent
4. Feuerlein
5. Reynolds & Kupfer
6. Illiffe & Manthorpe
7. Ko, Kua & Chow

1. Bertolote

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۸</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک<sup>۹</sup> ساخته شده و دارای ۱۳ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که افسردگی را از کم به زیاد نشان می‌دهد. هدف این پرسشنامه آشکار ساختن علائم شدت افسردگی می‌باشد و بر محتوای شناختی افسردگی بیشتر تأکید می‌کند. مواد پرسشنامه شامل غمگینی، بدبینی، احساس شکست خوردگی، نارضایتی، احساس گناهکاری، از خودبیزاری، خودآزار رسانی، کناره‌گیری، بی‌تصمیمی، تغییر خودپنداشت، دشواری در کار، خستگی‌پذیری و بی‌اشتهایی می‌باشد. سؤالات پرسشنامه ۴ گزینه‌ای بوده و از ۰ تا ۳ نمره به هر سؤال تعلق می‌گیرد، بنابراین نمره افراد بین ۰ تا ۳۹ متغیر خواهد بود. این پرسشنامه مورد استفاده محققین زیادی در کشور قرار گرفته و روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است (حیدری، پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸). با این پرسشنامه می‌توان درجه افسردگی افراد را براساس نمرات کسب شده، هیچ یا کمترین (نمره ۰ تا ۴)، خفیف (نمره ۵ تا ۷)، متوسط (نمره ۸ تا ۱۵) و افسردگی در حد شدید (نمره ۱۶ و بیشتر) تعیین نمود.

**مقیاس افکار خودکشی<sup>۱۰</sup>:** این پرسشنامه به منظور بررسی افکار خودکشی توسط آرون بک ساخته شده و دارای ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره می‌گیرد، لذا نمرات افراد بین صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. این مقیاس از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی افکار خودکشی برخوردار بوده و هنجاریابی آن در ایران نیز به عمل آمده است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴). ارزیابی افکار خودکشی در فرد براساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود.

شده باشد. مطالعه سالمندی و مشکلات آن در کشورمان حوزه بدیع و تازه‌ای است و می‌بایستی عوامل خطرزا و آسیب‌شناسی روانی و اجتماعی خودکشی در سالمندان و میانسالان مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش با هدف بررسی علل اقدام به خودکشی در گروه سنی بالای ۴۵ سال مرکز مسمومیت‌های بیمارستان لقمان شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. از اهداف اختصاصی این پژوهش تعیین ارتباط بین اقدام به خودکشی و افسردگی، اقدام به خودکشی و بررسی تفاوت بین نمره افسردگی و افکار خودکشی در افراد مورد مطالعه بود. بدون شک نتایج این پژوهش می‌تواند منتهی به روشن شدن چارچوب ذهنی مسئولین در جهت اتخاذ سیاست‌ها و تصمیم‌های درست برای پیشگیری از خودکشی و مقابله با آن شود که این امر در بهداشت روان جامعه خصوصاً افراد سالمند و میانسال مؤثر خواهد بود.

## روش

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بوده و جامعه مورد بررسی را افراد پذیرش شده به دلیل اقدام به خودکشی در مرکز مسمومیت‌های بیمارستان لقمان با محدوده سنی بالای ۴۵ سال تشکیل دادند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از کمک روان‌شناسان آموزش دیده بیمارستان و از ابزارهای زیر استفاده شده است:

**پرسشنامه علل اقدام به خودکشی:** این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال محقق ساخته پیرامون علل اقدام به خودکشی بوده و در برگزیده سؤالاتی پیرامون سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، میزان سواد، شغل، اعتقادات مذهبی، وضعیت اقتصادی، ارتباط با فرزندان، نوع عادات، سابقه بیماری جسمی و روانی، سابقه بستری در بیمارستان روانی، سابقه بدرفتاری، چگونگی الگوی اقدام، وجود استرس در زندگی، نقشه اقدام، احتمال تکرار و احساس پشیمانی بود.

8. Beck Depression Inventory (BDI)

9. Beck A.T.

10. Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)

**یافته‌ها**

یافته‌های مطالعه نشان داد از نظر جنسیت ۶۵ درصد افراد مورد مطالعه را زنان و ۳۵ درصد آنها را مردان تشکیل دادند. ۷۴/۶ درصد افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۵۹-۴۵ سال و ۲۵/۴ درصد ۶۰ سال و بیشتر سن داشته‌اند. در گروه سنی ۵۹-۴۵ سال ۱/۸ درصد افراد اقدام کننده مجرد، ۸۷ درصد متأهل، ۵/۸ درصد جدانشده و طلاق گرفته و ۵/۴ درصد نیز بیوه بوده‌اند. در گروه سنی ۶۰ سال و بیشتر، ۲/۶ درصد افراد اقدام کننده مجرد، ۷۵ درصد متأهل، ۳/۹ درصد جدانشده و طلاق گرفته و ۱۸/۵ درصد نیز بیوه بوده-

اند. علت اقدام به خودکشی در ۶۷/۷ درصد افراد مورد مطالعه وجود درگیری و مشکلات خانوادگی، ۱۵/۷ درصد مشکلات مالی و اقتصادی، ۱۲ درصد بیماری جسمی یا روانی و ۴/۶ درصد اعتیاد و یا خشونت همسر ذکر گردیده است. ۵۱ درصد افراد مورد مطالعه سابقه هیچ‌گونه بیماری جسمی و یا روانی را نمی‌دادند، در حالی که ۲۲،۷ درصد از بیماری جسمی رنج می‌بردند، ۲۲،۷ درصد سابقه بیماری روانی و یا مصرف داروهای اعصاب را ذکر می‌کردند و ۱۴،۶ درصد نیز سابقه اعتیاد به مواد مخدر و الکل را برای خود ذکر نموده‌اند. (جدول شماره ۱)

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی داده‌های دموگرافیک و سابقه بیماری

متغیر	گروه سنی بین ۴۵ تا ۵۹	گروه سنی بیشتر از ۶۰
جنس	زن ۱۵۷ (۸۰/۵)	۳۸ (۱۹/۵)
	مرد ۶۷ (۳۳/۸)	۳۸ (۳۶/۲)
وضعیت تأهل	مجرد ۴ (۱/۸)	۲ (۰/۲)
	متأهل ۱۹۵ (۸۷/۰)	۵۷ (۷۵)
علل اقدام	مشکلات و درگیری خانوادگی ۱۴۸ (۶۶/۱)	۱۷۲ (۲۲/۴)
	مشکلات اقتصادی و مالی ۴۰ (۱۷/۹)	۵۵ (۷۲/۴)
	اعتیاد و یا خشونت همسر ۱۲ (۵/۴)	۷ (۹/۲)
	بیماری جسمی یا روانی همسر بدون سابقه ۲۴ (۱۰/۶)	۱۲ (۱۵/۸)
سابقه بیماری	سابقه بیماری جسمی / روانی / آسیب اجتماعی (اعتیاد) ۱۰۶ (۶۹/۲)	۴۷ (۳۰/۷)
	۸۸ (۵۹/۹)	۵۹ (۴۰/۱)
سابقه بد رفتاری	خیر ۴۵ (۲۰/۱)	۱۲ (۱۵/۸)
	پلی ۱۷۹ (۷۹/۹)	۶۴ (۸۴/۲)

اطلاعات مربوط به روش اقدام به خودکشی در افراد مورد مطالعه، در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی روش اقدام به خودکشی در افراد مورد مطالعه

روش اقدام به خودکشی	۴۵-۵۹ سال		۶۰ سال و بیشتر		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
قرص و داروهای روانگردان	۲۰۰	۸۹/۲	۶۱	۸۰/۳	۲۶۱
سموم گیاهی و مواد شوینده	۱۸	۸/۱	۱۳	۱۷/۱	۳۱
تریاک و مشتقات آن	۶	۲/۷	۲	۲/۶	۸

همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد ۸۷ درصد افراد مورد مطالعه با استفاده از قرص و داروهای روانگردان، ۱۰/۳ درصد با خوردن سموم گیاهی و مواد شوینده و ۲/۷ درصد با خوردن تریاک و مشتقات آن اقدام به خودکشی نموده‌اند.

جدول ۳. بررسی رابطه اقدام به خودکشی با افسردگی افراد مورد مطالعه

وضعیت افسردگی	سال ۴۴-۵۹		۶۰ سال و بیشتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
افسردگی نداشته	۳۹	۱۷/۴	۱۰	۱۳/۲
خفیف	۳۴	۱۵/۲	۷	۹/۲
متوسط	۱۱۰	۴۹/۱	۴۰	۵۲/۶
شدید	۴۱	۱۸/۳	۱۹	۲۵/۰
جمع کل	۲۲۴	۸۲/۶	۷۶	۸۶/۸

یافته‌های جدول ۳ دلالت بر این دارد که ۸۲/۶ درصد افراد اقدام‌کننده ۴۴-۵۹ ساله و ۸۶/۸ درصد افراد ۶۰ ساله و بالاتر مورد مطالعه، از افسردگی با شدت‌های مختلف را داشته‌اند. در مجموع ۹/۲ درصد آنها افسردگی در حد خفیف، ۵۲/۶ درصد در حد متوسط و ۲۵ درصد آنها افسردگی در حد شدید داشته‌اند. انجام آزمون کای دو بر روی فراوانی شدت

جدول ۴. بررسی رابطه اقدام به خودکشی با افکار خودکشی در افراد مورد مطالعه

افکار خودکشانه	سال ۴۴-۵۹		۶۰ سال و بیشتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نداشته	۵۲	۲۳/۲	۱۲	۱۵/۸
ریسک پایین خودکشی	۱۲۵	۵۵/۸	۴۴	۵۷/۹
ریسک بالای خودکشی	۴۷	۲۱/۰	۲۰	۲۶/۳

انجام آزمون کای دو بر روی فراوانی افکار خودکشی در افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد که بین اقدام به خودکشی و افکار خودکشی در افراد مورد مطالعه در دو گروه، ارتباط کاملاً معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.01$ ).

جدول ۵. مقایسه میانگین نمره افراد میانسال و سالمند در آزمون افسردگی بک و مقیاس افکار خودکشی بک

P value	df	t	۶۰ سال و بیشتر		۴۵-۵۹ سال		نمره افراد در آزمون
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۴	۲۹۸	۲/۰۳	۵/۹۷	۱۱/۷۶	۵/۱۵	۱۰/۳۲	افسردگی بک
۰/۰۹	۲۹۸	۱/۶۷	۴/۷۸	۸/۶۰	۴/۵۹	۷/۵۸	مقیاس افکار خودکشی بک

حیدری پهلویان و ملکی (۱۳۷۸) و عباسی شاد (۱۳۸۰) را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در پاسخ به این سؤال که آیا بین افسردگی و افکار خودکشی در دو گروه سنی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، نتایج بیانگر این است که میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی در افراد ۶۰ سال و بالاتر بیش از گروه سنی ۴۵ تا ۵۹ سال می‌باشد. با وجود اینکه بین میانگین نمرات افسردگی افراد دو گروه سنی تفاوت معنی‌داری مشاهده گردیده، لیکن بین میانگین نمرات افکار خودکشی دو گروه سنی، این تفاوت معنی‌دار نبوده است (جدول ۴). فیوئرلین (۱۹۹۷) و رینولد و کوپفر (۱۹۹۹)، ظهور و افلاطونیان (۱۳۸۱) و مهران (۱۳۸۲)، هاتون (۲۰۰۶)، کاسدیدی (۲۰۰۸)، لی (۲۰۰۸) در بررسی‌های خود بدین نتیجه رسیدند که علت اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند می‌تواند به دلیل مشکلات و درگیری خانوادگی با همسر و تغییرات فیزیولوژیک و ناتوانی‌های جسمی ناشی از کهولت سن باشد که با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد. اطلاعات جدول ۱، گویای آن است که ۸۹/۲ درصد افراد ۴۵ تا ۵۹ سال و ۸۰/۳ درصد افراد ۶۰ سال و بالاتر مورد مطالعه از قرص‌ها و داروهای روانگردان جهت اقدام به خودکشی استفاده نموده‌اند. این یافته می‌تواند تجربه مهم برای پزشکان مراکز درمانی کشور باشد که در تجویز داروها و قرص‌های روانگردان می‌بایست افراد خانواده را جهت برنامه درمانی بیماران آگاه نموده و داروها را با شرح عوارض

انجام آزمون t بر روی میانگین نمرات افراد سالمند و میانسال مورد مطالعه نشان داد که بین نمره افسردگی افراد میانسال و سالمند اقدام‌کننده خودکشی، در آزمون افسردگی بک تفاوت معنی‌دار در سطح وجود دارد ( $p < 0/05$ )، لیکن بین نمره افراد مورد مطالعه در مقیاس سنجش افکار خودکشی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ۶۵ درصد افراد مورد مطالعه زنان و ۳۵ درصد آنها را مردان تشکیل می‌دهند که مؤید یافته‌های دیگر محققین می‌باشد که نشان داده‌اند اقدام به خودکشی در زنان بیش از مردان می‌باشد. ۵۱ درصد افراد مورد مطالعه سابقه بیماری جسمی و ۶۱ درصد سابقه بیماری روانی داشته‌اند. این یافته با نتایج کنول و برنت (۱۹۹۵)، فیوئرلین (۱۹۹۷)، ایلیف (۲۰۰۵) همخوانی دارد که بیشتر افراد سالمند و میانسال به دلیل بیماری‌های جسمانی، سوگ، احساس طردشدگی و افسردگی اقدام به خودکشی می‌کنند. وجود ارتباط بین افسردگی و افکار خودکشی با اقدام به خودکشی در هر دو گروه (جداول ۲ و ۳)، گویای این مطلب است که افسردگی و افکار خودکشی ناشی از این اختلال، از جمله عوامل خطرآفرین مهم در خودکشی افراد سالمند و میانسال بوده و نتایج کو، کوا و چو (۱۹۹۷)، کنول و برنت (۱۹۹۵)، ایلیف و مانتروپ (۲۰۰۵)، یو هیو (۲۰۱۰)،

روانپزشکی، ترجمه: حسن رفیعی و فرزین رضایی، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۴، تهران.

ظهور، ع. و افلاطونیان، م. ر. (۱۳۸۱)، همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس جیرفت، بهداشت روانی، جلد ۴، ۳۸-۳۱.

عباسی شاد، ه. (۱۳۸۰)، بررسی خصوصیات دموگرافیک و روانی اجتماعی و علل و روش‌های شایع خودکشی در بیماران بیمارستان شهید محمدی بندرعباس، پایان‌نامه دکتری پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس.

مورای، ک و لوپز، آ. (۱۹۹۶). بار جهانی بیماریها. ترجمه: پژمان شادپور، انتشارات وزارت بهداشت و یونیسکف، ۱۳۷۷.

مهران، ن. (۱۳۸۲)، توصیف ویژگی های روانی اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

آنها در اختیار این افراد قرار دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). از دست دادن همسر، مشکلات خانوادگی ناشی از بازنشستگی و دور شدن فرزندان از خانواده را می‌توان از دلایل اقدام به خودکشی در افراد مورد مطالعه دانست. یافته‌های این بررسی، اهمیت توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد سالمند و میانسال را بیش از پیش نمایان می‌سازد و مسئولیت مدیران بهداشتی، درمانی و اجرایی کشور را در اتخاذ سیاست‌های اصولی پیشگیری از خودکشی و مقابله با آن مورد تأیید قرار می‌دهد.

### سپاسگزاری

این پژوهش از طرح‌های مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران بوده و بودجه آن از منابع آن معاونت تأمین گردیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مدیر محترم بیمارستان لقمان و کلیه کسانی که با تلاش همه جانبه امکان جمع‌آوری داده‌ها و تدوین گزارش را فراهم آوردند سپاسگزاریم.

### منابع

- انسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین؛ احمدی نوده، خدابخش (۱۳۸۴)، ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در سربازان، مجله طب نظامی، سال هفتم، شماره ۱، ۳۷-۳۳.
- حیدری پهلویان، ا. و ملکی، ح (۱۳۷۸)، بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی مؤثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز آموزشی درمانی شهر همدان، مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان، شماره ۴، ۳۰-۲۴.
- سادوک، ب. ج. و سادوک، و.آ. (۲۰۰۳)، خلاصه Bertolote, J. M.; Fleishmann, A.; Leo, D. D.; Bolhari, J.; Botega, N.; et al. (2005), *Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS Psychological Medicine*, 35:1457-1465.
- Conwell, Y.; Brent, D. (1995), *Suicide and aging: Patterns of psychiatric diagnosis*, *IntPsychogeriatr*, 7(2): 149-64.
- Feuerlein, W. (1997), *Cause, motivations and tendencies of suicidal acts in old age*, *Aktuelle Gerontol*, 7(2): 67-74.

- Illiffe, S.; Manthorpe, J. (2005), *The prevention of suicide in later life: A task for GPs*, British Journal of General Practice, 55(5): 261-262.
- Ko, S.M.; Kua, E.H.; Chow, M.H. (1997), *Depression of young and elderly patients*, Singapore Med J, 38(10): 439-41.
- Reynolds, C.F.; Kupfer, D.J. (1999), *Depression and aging: a look to the future*, Psychiatr Serv, 50(9): 1167-72.
- Vijayakumar, L. (2004), *Suicide and Suicide Prevention in Developing Countries*, Disease Control Priorities Project. 27: 1-29.
- WHO. (2001), *The World health report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.
- Yu-Hui Hu<sup>1</sup>, Hsiu-Ling Chou<sup>2</sup> et al (2010), *Features and Prognostic Factors for Elderly With Acute Poisoning in the Emergency Department*, J Chin Med Assoc, Vol. 73, No. 2.
- Hawton, K.; Harriss, L. (2006), *Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort*, Int J Geriatr Psychiatry, 21:275-81.
- Cassidy, N.; Lee, S.K.K.; Donegan, C.F.; Tracey, J.A. (2008), *Poisoning in older adults: the experience of the National Poisons Information Centre*, Ir Med J., 101:268-70.
- Lee, C.H.; Shih, C.P.; Hsu, K.H.; Hung, D.Z.; Lin, C.C. (2008), *The early prognostic factors of glyphosate-surfactant intoxication*, Am J. Emerg Med, 26:275-81.
- Karbakhsh, M.; Zandi, N.S. (2008), *Pattern of poisoning in the elderly: an experience from Tehran*, Clin Toxicol (Phila), 46:211-7.