



Facilitating and Hindering Factors in the Process of Developing Suicidal Thoughts in Iranian Older Adults: Grounded Theory Approach

Journal of Rehabilitation
Counseling
2025, Vol 1(1): 1-16
Jmr.uok.ac.ir

Peyman Ghalandary¹
Mohammad Rostami²
Mahshid Fourughan³

Abstract

Background and Objective: Increasing age through bio-psycho-social changes related to aging and especially the older adult's interpretation of these changes, can be perceived as a threat to the individual and may slip him/her into suicidal thoughts. Recognition of facilitating and hindering factors with influences on the process of developing suicidal thoughts based on a qualitative study can provide a clearer picture of the perceptions of older adults with suicidal thoughts and thus be helpful in designing more effective suicide prevention programs.

Method: The method used in the present study was grounded theory. A sample included a total of 13 community-dwelling and institutionalized older adults aged 60 years or above participated in this study and data was gathered by in depth interviews and were analyzed according to Strauss and Corbin's approach (2008). Constant comparative method, constant review of the written texts of interviews, field notes, memo writings, member check by the participants and experts were used to increase rigor of the study.

Findings: The participants experienced facilitator and hindering factors during the process of developing Suicidal Thoughts. Research findings included 3 main themes and 15 subthemes. The main themes are as follows: "Individual characteristics of neuroticism", "Maladaptive cognitive styles", and "Protective potentials"

Conclusion: Intervening factors in the process of developing Suicidal Thoughts can lead to relief or more difficulty based on older adult's experiences. Modifying hindering factors by more emphasis on personal abilities, interaction and communication with others and spiritual capacities can be helpful in reducing suicidal thoughts and maybe even eliminate them.

Keywords: *Older Adults, Suicidal Thoughts, Hindering Factors, Facilitating Factors, Grounded Theory.*

Received: 2024.12.15

Revised: 2025.5.18

Accepted: 2025.4.25

Cite: Ghalandary, P., Rostami, M. & Fourughan, M (2025). Facilitating and Hindering Factors in the Process of Developing Suicidal Thoughts in Iranian Older Adults: Grounded Theory Approach. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (1), 1-16.

¹. Master's student at the University of Kurdistan, Faculty of Humanities and Social Sciences, Counseling Department, Sanandaj, Iran. p.ghalandary@uok.ac.ir

². **Corresponding author:** Assistant Professor, University of Kurdistan, Faculty of Humanities and Social Sciences, Counseling Department. Sanandaj, Iran. m.rostami@uok.ac.ir

³. Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. m_fourughan@yahoo.com.



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۱ / بهار ۱۴۰۴
شماره صفحات (۱): ۱-۱۶
Jmr.uok.ac.ir

عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان ایرانی: رویکرد نظریه زمینه‌ای

پیمان قلندری^۱
محمد رستمی^۲
مهشید فروغان^۳

چکیده

زمینه و هدف: افزایش سن به واسطه تغییرات زیستی روانی اجتماعی مرتبط با پیری و به‌ویژه تفاسیر سالمندان از این تغییرات می‌تواند به مثابه تهدیدی برای فرد تلقی شده و سبب غلتیدن او به دامن افکار خودکشی باشد. شناسایی عوامل تسهیلگر و بازدارنده پدیدآیی افکار خودکشی بر اساس ادراک سالمندان می‌تواند تصویر روشن‌تری از تجارب سالمندان دارای افکار خودکشی فراهم کرده و بدین ترتیب در تدوین و طراحی برنامه‌های مؤثرتر پیشگیری از خودکشی کمک‌کننده باشد.

روش: بر اساس یک مطالعه کیفی نظریه زمینه‌ای، تجربیات زیسته ۱۳ سالمند ساکن جامعه و آسایشگاه که ۶۰ سال و بالاتر عمر داشتند از طریق مصاحبه عمیق جمع‌آوری و بازنویسی گردید و با رویکرد استرواس و کوربین ۲۰۰۸ مورد تحلیل قرار گرفت. جهت حصول دقت در مطالعه از روش‌های مقایسه مدام، مرور مدام متن مصاحبه‌ها، یادداشت‌های در عرصه، یادآور نویسی و تأیید مطالب توسط شرکت‌کنندگان و متخصصان استفاده شد.

یافته‌ها: سالمندان در طول تجربه فرایند پدیدآیی افکار خودکشی خود، با دو دسته عوامل تسهیلگر و بازدارنده روبه‌رو بودند. یافته‌ها نشانگر ۳ طبقه اصلی ویژگی‌های فردی روان‌رنجورخویی، سبک‌های شناختی ناسازگار، پتانسیل‌های حفاظتی بود که در قالب ۱۵ مضمون نشان داده شد.

نتیجه‌گیری: عوامل تسهیلگر و بازدارنده بنا به ماهیت خود می‌توانند با ایجاد سهولت و ممانعت در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی سالمندان بر چگونگی تجربه آنان مؤثر باشند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر با تقویت عوامل بازدارنده از طریق تأکید بیش از پیش بر توانمندی‌های فردی، تعامل و ارتباط با اطرافیان و ظرفیت‌های معنوی سالمندان می‌توان در کاهش افکار خودکشی سالمندان و چه بسا حذف این افکار گام‌های مؤثری برداشت.

کلید واژه‌ها: سالمند، افکار خودکشی، عوامل تسهیل‌گر، عوامل بازدارنده، نظریه زمینه‌ای

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۵

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۲/۲۸

دریافت: ۱۴۰۳/۹/۲۵

ارجاع: قلندری، پ.، رستمی، م.، و فروغان، م. (۱۴۰۴). عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان ایرانی: رویکرد نظریه زمینه‌ای. فصلنامه مشاوره توانبخشی، ۱(۱)، ۱-۱۶.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ دانشجوی ارشد دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه مشاوره، سنندج، ایران. p.ghalandary@uok.ac.ir

^۲ نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه مشاوره، سنندج، ایران. m.rostami@uok.ac.ir

^۳ مرکز تحقیقات سالمندان ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. m_foroughan@yahoo.com

۱. مقدمه

سالمندی به مرحله‌ای از زندگی اطلاق می‌شود که در آن افراد به تدریج با تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی ناشی از افزایش سن روبرو می‌شوند. این فرآیند طبیعی شامل کاهش توانایی‌های فیزیکی و شناختی است که می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. سالمندی همچنین نیازمند سازگاری با جدیدترین چالش‌ها و تغییرات در سبک زندگی و روابط اجتماعی است، که می‌تواند حس تنهایی و انزوا را به همراه داشته باشد. درک سالمندی به عنوان یک مرحله زندگی پویا، به افراد و جوامع کمک می‌کند تا بهتر با این تغییرات کنار بیایند و کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشند (وانگ و وانگ^۱، ۲۰۲۳).

سالمندی جمعیت از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی است؛ پیش‌بینی می‌شود جمعیت بالای ۶۰ سال جهان از ۱۰ درصد در سال ۲۰۰۰، به ۲۱ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (سازمان جهانی بهداشت [WHO]^۲، ۲۰۱۴). از شاخص‌های جمعیت شناختی مشخص می‌شود که روند سالمندی جمعیت در کشور ایران نیز شروع شده است؛ در ایران، بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، حدود ۷/۵ میلیون نفر برابر با ۹/۳ درصد جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۲۰۱۶). دوره سالمندی اگرچه به‌عنوان دوره‌ای از زندگی با خصوصیات بهزیستی بهتر، معنی زندگی وسیع‌تر و ظرفیت بیشتر برای مدیریت و تنظیم هیجانات تعریف شده است، اما افزایش سن به‌واسطه بیماری‌های فیزیکی، نقایص شناختی و سایر تغییرات مرتبط با پیری می‌تواند تهدیدی برای فرد، ابتلای وی به افسردگی و خودکشی^۳ باشد (ساتورس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ به‌طوری که در بسیاری از کشورهای جهان میزان خودکشی در دوره سالمندی بالاتر از سایر گروه‌های سنی است؛ بنابراین دوره سالمندی را هم می‌توان زمانی برای بهزیستی بیشتر و هم زمانی برای خطر بالاتر خودکشی در نظر گرفت (ون اوردن و کانول^۵، ۲۰۱۶).

در رابطه با میزان تجربه افکار خودکشی در سالمندان آمار دقیقی وجود ندارد و پژوهش‌های مختلف با توجه به خصوصیات سالمندان مورد بررسی آمارهای مختلفی را ارائه داده‌اند. مثلاً در سالمندان ساکن جامعه، فراوانی افکار خودکشی منفعل در طول زندگی از ۱۸/۷ درصد (روروپ^۶ و همکاران، ۲۰۱۱)، تا ۴۰/۹ درصد (کوهن^۷ و همکاران، ۲۰۰۸) برآورد شده است. برای نمونه‌های انتخاب شده از مراکز درمانی، فراوانی در یک سال گذشته ۲۷/۵ درصد (بارتلز^۸ و همکاران، ۲۰۰۲) و برای سالمندان افسرده نیز برآورد فراوانی افکار خودکشی منفعل در یک هفته گذشته از ۲۵ درصد (بارتلز و همکاران، ۲۰۰۲) تا ۵۸ درصد (بریتون^۹ و همکاران، ۲۰۰۸) متغیر بوده است. در ایران مطالعه خودکشی در سالمندی حوزه بدیع و تازه‌ای است، اما آمارها در دو مطالعه حاکی از وجود افکار خودکشی در ۲۱/۶ درصد از سالمندان بستری شده به دلیل بیماری‌های جسمی (اکرم‌زاده و همکاران، ۲۰۱۲) و ۲۶/۳ درصد در سالمندان بستری اقدام کننده به خودکشی در بخش مسمومین بیمارستان (خدابنده و همکاران، ۲۰۱۲) بوده است. با توجه به روند رو به رشد افزایش جمعیت افراد سالمند در سراسر جهان، احتمالاً تعداد افراد سالمندی که بر اثر خودکشی در دهه‌های آینده می‌میرند، افزایش خواهد یافت (کانول^{۱۰}، ۲۰۱۴).

نمای سبب‌شناسی افکار خودکشی در سالمندان پیچیده بوده و مشخص نیست که در این میان کدام عامل بیشترین نقش را ایفا می‌کند؛ از سوی دیگر، برخی از عوامل خطر منحصر به دوره سالمندی نبوده و در جمعیت عمومی بزرگ‌سالان ایفای نقش می‌کنند؛ اما در هر صورت در مطالعات کمی مختلف عوامل خطر خودکشی در سالمندان غالباً در ۷ حیطه کلی تقسیم‌بندی شده‌اند: عوامل روان‌پزشکی شامل افسردگی (ویکتورسون و همکاران، ۲۰۱۰)؛ عوامل خانوادگی شامل احساس رها شده‌گی و تنهایی (دا سیلوا^{۱۱} و

¹ Wang and Wang

² World Health Organization

³ suicide

⁴ Satorres

⁵ Van Orden and Conwell

⁶ Rurup

⁷ Cohen

⁸ Bartels

⁹ Britton

¹⁰ Conwell

¹¹ Da Silva

همکاران، ۲۰۱۵) عوامل فیزیکی شامل کم‌توانی‌های جسمی و سلامت فیزیکی پایین (ژانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)؛ عوامل اجتماعی شامل میزان پایین تعاملات اجتماعی و ارتباطات پراسترس (بوتریس^۲، ۲۰۰۲)؛ عوامل شناختی شامل کاهش توانایی‌های شناختی در تصمیم‌گیری و به یاد نیوردن تجارب گذشته (دومبروسکی^۳، ۲۰۱۰)؛ عوامل شخصیتی شامل روان رنجوری بالا و برون‌گرایی پایین (ویکتورسون و همکاران، ۲۰۱۳)؛ و ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل شرایط زندگی نامناسب و جنسیت مؤنث (دومبروسکی، ۲۰۱۰).

آنچه مشخص است در حوزه مطالعات خودکشی سالمندان تمرکز و تأکید بیشتر بر روی شناسایی عوامل خطر، شیوع خودکشی و اختلالات روانی همراه با آن بوده است (ون اوردن و کانول، ۲۰۱۶)، اما در حال حاضر مشاهده می‌شود که محققان و سیاست‌گذاران رفته‌رفته از تمرکز اختصاصی بروی عوامل خطر به نفع بررسی نقش بالقوه عوامل محافظت‌کننده و بازدارنده، به‌ویژه میزان تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری، کناره می‌گیرند (دیتور و همکاران، ۲۰۱۹). در مطالعات مختلف به تعدادی از عوامل کلاسیک محافظتی خودکشی سالمندان اشاره شده است از جمله روابط و حمایت‌های اجتماعی، مشارکت در سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی، مقابله و سازگاری، مداخله زودهنگام و درمان و مدیریت افسردگی، سلامت فیزیکی و روانی، ارزش‌های مذهبی و معنوی قوی، حمایت بعد از تجربه سوگ، روابط گرم خانوادگی و دسترسی به ابزارهای خودکشی (بوتریس و همکاران، ۲۰۰۵). با این حال تعدادی از محققان (چو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) بین عوامل خطر و محافظتی کلاسیک خودکشی و بستر فرهنگی آن تمایز قائل شده و استدلال می‌کنند که عوامل فرهنگی را باید از اجزاء محوری رویکردهای ارزیابی خودکشی به حساب آورد. بر همین اساس مطالعه‌ای کیفی بروی ۷ سالمند استرالیایی ۶۰ الی ۸۰ ساله که در گذشته به خودکشی اقدام کرده بودند با هدف شناسایی دلایل فرهنگی عدم ارتکاب به اقدام بعدی صورت گرفت (دیتور و همکاران، ۲۰۱۹)؛ نتایج نشانگر ۴ طبقه اصلی روابط بین فردی، علایق و فعالیت‌های معنی‌دار، مشارکت اجتماعی و حضور در مراکز خدماتی سلامت روان بود. به‌طور خلاصه، ارزش حفاظتی یا خطرآفرینی تجربیات گوناگون در جمعیت و فرهنگ‌های مختلف ممکن است متفاوت باشد (کانتو^۵، ۲۰۱۵). از همین رو عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده‌ای که در مطالعات مختلف عنوان می‌شوند تا اندازه‌ی زیادی می‌توانند تأثیر پذیرفته و منطبق بر ارزش‌ها و باورهای فرهنگی مشارکت‌کنندگان سالمند آن باشند و تسری‌پذیری آن‌ها به جوامع و فرهنگ‌های دیگر محدود باشد (چو و همکاران، ۲۰۱۹)؛ استایس و کانتو^۶، ۲۰۰۸).

علی‌رغم افزایش روزافزون مطالعات منتشر شده درباره عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده در خودکشی سالمندان، بیشتر دانش فعلی در زمینه خودکشی سالمندان برآمده از مطالعات کمی بوده و مطالعات کیفی در این زمینه با محدودیت قابل‌توجهی روبه‌رو است. در واقع زمانی که افراد سالمند تصمیم می‌گیرند به دست خودشان به زندگی‌شان پایان دهند، فهم اینکه آن‌ها خودشان و موقعیتشان را چگونه تجربه می‌کنند برای درک بنیادهای این تصمیم ضروری است. شناخت این ادراک و پاسخ مناسب به آن به‌صورت بالقوه می‌تواند جزء اهداف مداخلات پیشگیری در نظر گرفته شود، ضمن اینکه نتایج این مطالعه می‌تواند به دانش موجود و محدود در این زمینه به‌ویژه در سالمندان ایرانی بیفزاید. پژوهش حاضر درصدد است بر اساس ادراک و تجربه گروهی از سالمندان دارای افکار خودکشی، عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در آنان را مورد بررسی قرار دهد.

¹ Zhang

² Beutrais

³ Dombrowski

⁴ Chu

⁵ Canetto

⁶ Stice and Canetto

۲. روش

این مطالعه به عنوان قسمتی از یک مطالعه بزرگ‌تر، با رویکرد نظریه زمینه‌ای^۱ (کوربین و استراوس^۲، ۲۰۰۸) انجام گرفت. ۱۳ سالمند ۶۰ سال و بالاتر که واجد مشخصات زیر بودند به عنوان مشارکت‌کننده در نظر گرفته شدند: دارا بودن پرونده و یا شرح‌حالی مبنی بر تشخیص و یا گزارش افکار خودکشی، توانایی درک و مکالمه به زبان فارسی، عدم ابتلای اخیر به بیماری حاد جدی و محدودکننده، داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش و فقدان مشکل شناختی در ارزیابی عملکرد شناخت بر اساس نتایج آزمون کوتاه شده شناختی^۳ (فروغان و همکاران، ۲۰۱۷). جامعه پژوهش حاضر متشکل بود از کلیه سالمندان مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مراکز خدماتی روزانه و شبانه‌روزی سالمندان شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ که دارای پرونده و یا شرح‌حالی مبنی بر تشخیص و یا گزارش افکار خودکشی بود.

۲-۱. ابزارها

روش اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه عمیق نیمه ساختارمند^۴ فردی با استفاده از سؤال‌های باز بود. این نوع مصاحبه امکان کشف تجربیات، برداشتها و معنایابی‌های عمیق شرکت‌کنندگان را فراهم می‌سازد، زیرا مصاحبه‌گر در قالبی انعطاف‌پذیر به سوالات کلیدی می‌پردازد و در عین حال امکان پیگیری موضوعات و مضامین موردنظر را بر حسب پاسخ‌های شرکت‌کنندگان دارد (سندلوسکی^۵، ۱۹۹۵). این روش به محقق اجازه می‌دهد تا در فرآیندی سیستماتیک، مفاهیم و الگوهای پنهان را استخراج کرده و به صورت کیفی داده‌ها را تحلیل کند، و در نتیجه درک عمیق‌تری از پدیده مورد مطالعه حاصل شود.

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

محقق در ابتدا با مراجعه به هر یک از مکان‌های ذکر شده و با جلب همکاری و همراهی روان‌شناسان و روان‌پزشکان مستقر در آن مراکز با سالمندانی که از سوی آنان پیشنهاد می‌شد و دارای ملاک‌های ورود به پژوهش نیز بودند مصاحبه به عمل آورد. این فرایند تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. مصاحبه ابتدا با سوالات کلی و باز شروع می‌شد و به تدریج محقق با طرح سوالات ژرفکاوانه و پیگیری، سوالات اختصاصی‌تری را می‌پرسید و مصاحبه را به سمت روشن شدن پدیده مورد مطالعه پیش می‌برد. به عنوان مثال، «از تجارب و زندگی خود برایم بگوئید؟»، «تا به حال تجربه بسیار سختی در زندگی داشته‌اید؟»، «میشه اون‌ی را که بیشتر از همه باعث ناراحتی شما شد توضیح بدین (دشواری‌ترین و بدترین تجربه زندگی‌تان چی بوده)؟». برای راحتی مشارکت‌کنندگان زمان و مکان مصاحبه بر طبق نظر آنها تعیین می‌شد. محقق بعد از حضور در جلسه و قبل از شروع مصاحبه متن رضایت‌نامه را که حاوی اطلاعات شناسایی و دانشگاهی محقق، هدف پژوهش، شرایط و ضوابط مصاحبه، حق و حقوق مشارکت‌کننده از جمله عدم اجبار به مشارکت و اختیار قطع همکاری در هر مرحله از پژوهش بود برای مشارکت‌کنندگان قرائت می‌کرد و بعد از اعلام رضایت از سوی مشارکت‌کننده مراحل مصاحبه پیگیری می‌شد. مصاحبه‌ها عمدتاً در مراکز روزانه و آسایشگاهی سالمندان و نیز در مواردی در پارک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی انجام می‌شد. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۰ الی ۹۰ دقیقه متغیر بود. کلیه مصاحبه‌ها با رضایت سالمندان مشارکت‌کننده ضبط می‌گردید. با انجام هر مصاحبه متن کامل آن کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته می‌شد و پس از چند بار بازخوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گرفت. مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، شامل شرکت داوطلبانه با امکان انصراف در هر زمان، کسب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، حفظ حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات، و ناشناس نگه‌داشتن داده‌ها برای حفاظت از هویت افراد بود.

¹ Grounded Theory

² Corbin and Strauss

³ Abbreviated Mental Test Score (AMT)

⁴ Semi-Structured Interview

⁵ Sandelowski

۲-۳. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌های ابتدایی، مشارکت‌کنندگان بعدی انتخاب می‌شدند؛ به عبارت دیگر، تحلیل داده‌ها و هدایت کدها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌های اولیه و سؤالاتی که در طی یادآور نویسی^۱ و یا در جلسات بررسی داده‌ها توسط تیم تحقیق مطرح می‌شدند، هدایتگر انتخاب سایر سالمندان مشارکت‌کننده در پژوهش بود. بدین ترتیب، محقق به تدریج نمونه‌گیری نظری را جایگزین نمونه‌گیری هدفمند می‌نمود. در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کوربین و استراوس (۲۰۰۸) و استراتژی‌هایی همچون تحلیل جزئی و کلی^۲، یادآور نویسی، ترسیم دیاگرام^۳، نگارش خط داستانی^۴، مقایسه مداوم^۵، پرسشگری^۶ و پارادایم تحلیل^۷ استفاده شد. این روش از چهار مرحله اصلی «تحلیل داده‌ها برای مفاهیم»، «تحلیل داده‌ها برای زمینه»، «واردکردن فرآیند به تحلیل» و «ترکیب و یکپارچگی طبقات» تشکیل می‌شود.

در آغاز، داده‌ها بر اساس تحلیل جزئی سطر به سطر مطالعه شده و قبل از کدگذاری به بخش‌های کوچک‌تری که می‌توانست بیان‌کننده معنایی خاص باشد به‌عنوان واحدهای معنایی تقسیم می‌گردید. پس از استخراج کدهای اولیه، کدهایی که بر یک معنا و مفهوم دلالت داشتند، کنار هم قرار داده می‌شدند تا به یک طبقه مفهومی که از سطح انتزاع بالاتری برخوردار بود شکل بدهند. بعد از تشکیل مفاهیم و طبقات اولیه، محقق طبقات به دست آمده را مقایسه و بر اساس ویژگی‌های مشترک، دسته‌بندی و گروه‌بندی می‌کرد (تحلیل کلی). مصاحبه و تحلیل داده‌ها بر همین اساس تا دستیابی به اشباع در مفهوم‌سازی در طول ۱۲ ماه ادامه یافت. از مهم‌ترین استراتژی‌های به کار گرفته شده در پژوهش حاضر جهت مرتفع‌سازی معیارهای چهارگانه مقبولیت، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و قابلیت انتقال می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: استراتژی‌های استفاده از تحلیل مقایسه‌ای مداوم، تلفیق، درگیر شدن طولانی‌مدت با داده‌ها، صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازبینی توسط اساتید راهنما و مشاور، مشارکت‌کنندگان و همیاران پژوهشگر، بحث و مقایسه یافته‌های این پژوهش با مطالعات دیگر، بررسی دقیق مدارک توسط اساتید تیم پژوهش، ارائه توصیفی غنی و دقیق از مراحل جمع‌آوری داده‌ها، کدگذاری و تجزیه و تحلیل در گزارش پژوهش، به‌منظور قابلیت حسابرسی، قضاوت، تکرار پژوهش و ارزیابی قابلیت کاربرد داده‌ها توسط خوانندگان.

۳. یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل ۱۳ سالمند دارای افکار خودکشی بودند که در مراکز روزانه، شبانه‌روزی و کلینیک‌ها یا بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان حضور داشته و خدمات ارائه شده در هر یک از مراکز را دریافت می‌داشتند. در مجموع با ۱۳ سالمند، ۱۷ مصاحبه انجام شد. محدوده‌ی سنی مشارکت‌کنندگان ۶۱ الی ۸۷ سال بود (جدول ۱). همچنین گستره نمرات کسب شده سالمندان در AMT بین ۷ الی ۱۰ بود. تحلیل داده‌ها بر اساس روش کوربین و استراوس (۲۰۰۸) نشانگر ۳ طبقه اصلی و ۱۵ زیر طبقه بود که عوامل تسهیلگر و بازدارنده فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان را نشان می‌داد (تصویر ۱). هر یک از این طبقات اصلی و زیر طبقات به‌قرار ذیل شرح داده می‌شود:

1 Memo Writing

2 Micro & Macro

3 Diagraming

4 Story writing

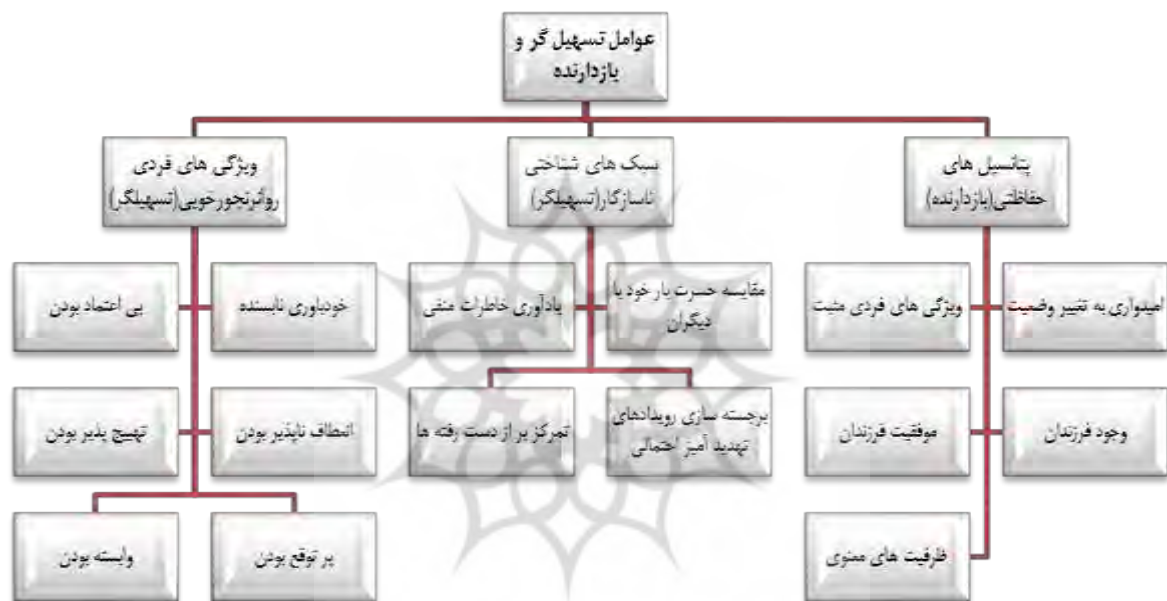
5 Constant comparative

6 Questioning

7 Paradigm analysis

جدول ۱. ویژگی‌ها جمعیت‌شناسی مشارکت‌کنندگان (تعداد= ۱۳)

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۴	وضعیت سکونت	۹	۶۹/۲
	زن	۹	آسایشگاه	۴	۳۰/۸
سن	۶۰-۶۷	۳	خانهدار	۴	۳۰/۸
	۶۸-۷۴	۷	آزاد	۶	۴۶/۲
	۸۲-۷۵	۲	کارمند	۲	۱۵/۴
	۹۰-۸۳	۱	نظامی	۱	۷/۷
وضعیت	متاهل	۵	بی‌سواد	۳	۲۳/۱
تاهل	طلاق گرفته	۳	ابتدایی	۵	۳۸/۵
	بیوه	۵	دیپلم	۱	۷/۷
			لیسانس و بالاتر	۲	۱۵/۴



تصویر ۱. عوامل تسهیلگر و بازدارنده در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی

عوامل تسهیل‌گر

ویژگی‌های فردی روان‌رنجورخویی

ویژگی‌های روان‌رنجورخویی به مجموعه‌ای از صفات شخصیتی نوروتیسیسم یا روان‌رنجورخویانه اشاره دارد که در شکل‌گیری الگوی تعامل و برخورد سالمندان مشارکت‌کننده با افراد و اتفاقات سهم داشت. این ویژگی‌ها به دلیل ماهیتی که داشتند نقش تسهیل‌کننده را در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان ایفا می‌کردند. به عبارتی دیگر، در صورت وجود این ویژگی‌ها در کنار سایر عوامل تسهیل‌کننده، همچون سبک‌های شناختی ناسازگار، سالمندان آمادگی بیشتری داشتند تا در برخورد با اتفاقات و استرس‌های پیش‌آمده به نحوی پاسخ دهند که سبب افزایش پریشانی آنان شده و نهایتاً به افکار خودکشی بیانجامد. ویژگی‌های روان‌رنجورخویی متشکل از زیر طبقه‌های زیر بود: «بی‌اعتماد بودن»، «خودباوری ناپسند»، «تهدیه‌پذیر بودن»، «انعطاف‌ناپذیر بودن»، «وابسته بودن»، «پرتوقع بودن».

بی‌اعتماد بودن

این ویژگی سبب شده بود سالمندان نتوانند به‌جز عده‌ای محدود از نزدیکان، همچون فرزندان، به سایرین اعتماد کنند و از این رو ارتباطات اجتماعی سطحی و ناچیزی داشتند. داشتن ارتباطات محدود مانع آن بود که بتوانند با کمک دیگران از پریشانی‌های خود

بکاهند. سالمند آقای ۸۷ ساله گفت: «من جز به سه تا دخترم به هیچ‌کسی اعتماد ندارم که اخیراً هم این وضعیت به دلیل آلزایمر در من پررنگ‌تر شده است.»

خودباوری نابسند

خودباوری نابسند حکایت از ترس‌ها و نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان از ارزیابی شدن و یا لو رفتن وضعیت خود داشت که نمایانگر اعتمادبه‌نفس ضعیف آنان بود. مشارکت‌کنندگان از اینکه توسط دیگران منفی ارزیابی شوند ترس و دلهره زیادی داشتند. بانوی ۶۷ ساله بیان داشت: «علاقه نداشتم کسی بیاد و یا ما جایی بریم، چون می‌دونستم اگر برم آن‌ها می‌آیند و همه چیز رو می‌فهمند وضعیت ما لو می‌ره. لو رفتن وضعیت نشانه ضعف من بود، برخورد هاشون در مقایسه با سایرین فرق می‌کرد.»

تهییج‌پذیر بودن

تهییج‌پذیر بودن به تحریک‌پذیری و برانگیختگی مشارکت‌کنندگان اشاره داشت که غالباً دربرگیرنده عناصر خشم و از کوره در رفتن بود. این شیوه پاسخ‌دهی افراطی و ناسازگارانه بود چراکه به سالمندان اجازه نمی‌داد به شکلی مناسب به موقعیت‌های خاص واکنش نشان دهند. بانوی ۶۴ ساله بیان داشت: «به مشکل دیگری هم که من را آزار می‌دهد اینکه من فکر می‌کنم هم آن زمان و هم الان هیچ‌ان زده هستم. الان مثلاً در خانه خیلی موقعه‌ها راحت عصبی می‌شوم سر یک حرف یا کار ساده، یه خورده می‌گذرد به شدت پشیمان می‌شوم می‌گم تقصیر من بود نباید این جور می‌کردم این خیلی اذیت می‌کرد.»

انعطاف‌ناپذیر بودن

انعطاف‌ناپذیر بودن اشاره به چارچوب‌های شخصی سالمندان برای سبک زندگی و روابطشان با اطرافیان داشت که در برابر هرگونه تغییر و دگرگونی به سختی مقاومت کرده و یا نمی‌توانستند این چارچوب‌ها را تغییر دهند. بانوی ۶۸ ساله بیان داشت: «خونه ما کوچیکه پسرها میام فلان چیز را جلو من یا یه جای نامناسب می‌گذارند من اتوماتیک وار عصبی می‌شوم می‌گم چرا این رو اینجا گذاشتید از جلوی چشمم دور کنید دوست ندارم. لباس اونجا آویزان باشد من نباید اون را ببینم، این را از اونجا بردارید.»

وابسته بودن

تعدادی از سالمندانی با یکی از اعضای خانواده روابط صمیمانه‌تر و نزدیک‌تری داشتند و به او وابسته بودند، به طوری که با از دست دادن یا غیبت آن عضو وضعیتشان به کلی دگرگون می‌شد و تا مدت‌ها قادر به کنار آمدن با این فقدان نبودند. بانوی ۷۶ ساله‌ای ابراز داشت: «... همش متکی به اون (پسر بزرگ) بودم. باش می‌رفتم می‌آمدم پیش من می‌نشست صحبت می‌کردیم، خیلی خوب بود یعنی هر چی که من از شوهرم بی‌توجهی می‌دیدم این جور نبود. برای همین زمانی که ازدواج کرد رفتش، خیلی تنها شدم و افسردگی گرفتم.»

پر توقع بودن

تعدادی از مشارکت‌کنندگان انتظارات بالایی از اطرافیان خود داشتند. آن‌ها به دلیل مراقبت‌ها و حمایت‌هایی که قبلاً از والدین یا بستگان خود به عمل آورده بودند انتظار داشتند دیگران نیز به همین شیوه با آن‌ها برخورد کنند. سالمندان این درخواست‌ها را صراحتاً اعلام نمی‌کردند و انتظار داشتند دیگران خود متوجه خواسته آن‌ها شوند. آقای ۷۸ ساله گفت: «... از زمانی که من را معالجه کردند تا ۷ روز بی‌هوش بودم. بعداً که به هوش میام پسر عموم اومد و گفت که خدا رو شکر حالت خوبه ولی خانم بچه‌ها برنامه گذاشتن و قصد مسافرت دارند من با اجازت یه مدتی نیستم و به دکترهای دیگر سفارش تو را می‌کنم. وقتی من این رو فهمیدم با اون همه تعریفی هم که ازش شنیده بودم شکه شدم که این چه کاری بود اون انجام داد... بارها در زندگی، من پیگیر کارهای اون بودم ولی چرا این‌ها در چشمش نبود.»

سبک‌های شناختی ناسازگار

سبک‌های شناختی اشاره به این داشت که سالمندان بعد از رویارویی با مصائب درک شده چگونه راجع به آن‌ها فکر می‌کنند و وضعیت خود را چگونه ارزیابی می‌کنند. ویژگی مشترک سبک‌های شناختی این سالمندان، ناکارآمدی و به‌نوعی منفی بودن آن‌ها بود. این طبقه اصلی نقش تسهیل‌کننده را در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی ایفا می‌کرد. سبک‌های شناختی ناسازگار از زیر طبقاتی تحت عناوین «مقایسه حسرت‌بار خود با دیگران»، «یادآوری خاطرات منفی»، «برجسته‌سازی رویدادهای تهدیدآمیز احتمالی» و «تمرکز بر از دست رفته‌ها» تشکیل می‌شود.

مقایسه حسرت‌بار خود با دیگران

به نظر می‌رسید سالمندان دارای این سبک شناختی معیار و ملاک‌هایی بیرونی داشتند که خود را با آن مقایسه می‌کردند. هر اندازه موقعیت واقعی آن‌ها از آن ملاک‌ها و معیارهای بیرونی فاصله داشت سالمندان به همان اندازه پریشانی را تجربه می‌کردند. موضوعات مقایسه در پژوهش حاضر بیشتر حول وضعیت مالی و کیفیت روابط زناشویی و خانوادگی دور می‌زد. بانوی ۶۱ ساله‌ای گفت: «وقتی در یک جمعی هستم و یا گروهی یا زن و شوهری را می‌بینم حسرت می‌کشم و برای خودم متأسفم که زندگی نکردم. زندگی این چیزی که ما ادامه دادیم نبوده.»

یادآوری خاطرات منفی

تعدادی از سالمندان مشارکت‌کننده به محض اینکه با نشانه‌ها یا یادآورهای اتفاقات تلخ گذشته روبه‌رو می‌شدند و یا احساس می‌کردند وضعیت کنونی فرزندانشان با وضعیتی که قبلاً خود در آن می‌زیسته‌اند شباهت‌هایی دارد غرق در خاطرات منفی زندگی خود می‌شدند و از خود علائم پریشانی را بروز می‌دادند انگار که گذشته مجدد برایشان تکرار شده است. بانوی سالمند ۷۲ ساله ابراز داشت: «... وضعیت دخترم مشکل پیدا کرده بود با شوهرش مشکل داشت، احساس کردم دیگه نمی‌تونم خودم رو کنترل کنم، نمی‌تونستم به هیچی فکر کنم همه بدبختی‌های خودم دوباره در ذهنم زنده می‌شدند، ترسیدم امکان داره گذشته خودم برا دخترم تکرار بشه.»

برجسته‌سازی رویدادهای تهدیدآمیز احتمالی

برخی از سالمندان مشارکت‌کننده بعد از رویارویی با مصائب و سختی‌های زندگی، برای آینده خود یا آینده فرزندان و نزدیکان پیش‌بینی‌های تهدیدآمیزی را در ذهن پرورش می‌دادند و احتمال به وقوع پیوستن این تهدیدها را نیز بسیار بالا در نظر می‌گرفتند. بانوی ۶۴ ساله که از اوایل زندگی از تنها ماندن می‌ترسید و از آن به‌شدت واهمه داشت و احتمال می‌داد از سوی فرزندان به آسایشگاه سپرده شود بیان داشت: «به بچه‌هام وصیت کردم اگر دیدید یک ذره مثل نتون (به مادر شوهرم می‌گفتند نه) شدم و یه ذره بیراهه میرم من رو سالمندان نزارید. همیشه دارم این رو به فرزندانم میگم.»

تمرکز بر از دست رفته‌ها

برخی از سالمندان بر اتفاقات و جریانات به وقوع پیوسته گذشته همچنان متمرکز بودند و به نشخوار فکری آن‌ها می‌پرداختند گویی هنوز آن اتفاقات و جریانات را به‌طور کامل هضم و جذب نکرده بودند؛ بنابراین در قالب نشخوار مجدد آن‌ها را زنده کرده و مجدداً مورد بررسی و مرور قرار می‌دادند. آقای ۸۷ ساله گفت: «بعد از بازنشستگی خانه سازمانی را از من گرفتند، ماشین سازمانی را از من گرفتند، رفاه رو از من گرفتند ... زمانی که این جور می‌شد هیچ‌کس سراغم نیومد و فقط دخترام بودند این ناملایمات و نامهربانی‌ها هم ملام در ذهنم مرور می‌شد و نشخوار می‌کردم.»

عوامل بازدارنده

پتانسیل‌های حفاظتی

پتانسیل‌های حفاظتی اشاره به ظرفیت‌ها و داشته‌های درونی و بیرونی مشارکت‌کنندگان داشت که در موقعیت‌های مختلف از جمله در جریان روبه‌رو شدن با مصائب تازه نمایان می‌شد و نقش مهمی در نحوه برخورد با این مصائب در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی ایفا می‌کردند. سالمندان با بهره‌گیری از این پتانسیل‌ها، از قدرت مانور بیشتری در مقابله و تحمل سختی‌ها و پریشانی‌های برآمده از مصائب برخوردار بودند. در پژوهش حاضر پتانسیل‌های حفاظتی نقش عوامل بازدارنده را در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان را ایفا می‌کردند. این طبقه اصلی شامل ۵ زیر طبقه «امیدواری به تغییر وضعیت»، «ویژگی‌های فردی مثبت» و «ظرفیت‌های معنوی»، «موفقیت فرزندان» و «توجه فرزندان» بود.

امیدواری به تغییر وضعیت

تعدادی از سالمندان مشارکت‌کننده در زمان رویارویی با مصائب معتقد بودند که مصائب و مشکلات موقتی بوده و با گذشت زمان و یا به‌واسطه رویدادهای خوب در آینده اثر منفی خود را از دست داده و یا رفع خواهند شد. بانوی ۷۱ ساله بیان داشت: «... تمام زندگی من تحمل بود در زندگی با مشکلات زیادی روبه‌رو بودم، با این حال من اعتقاد داشتم وضعیت من به این شیوه نخواهد بود و من دوباره سرپا خواهم شد، همیشه این امیدواری را داشتم.»

ویژگی‌های فردی مثبت

این طبقه شامل ویژگی‌هایی همچون میل به خود مدیریت، میل به مستقل ماندن، ترمزهای اخلاقی و انسانی، مقاوم بودن به ناملایمات در درون خانواده، اهمیت دادن و همدلی با دیگران و ... بود. ویژگی‌های فردی مثبت سبب تمایل سالمندان به در دست گرفتن مدیریت امور شخصی و روزانه خود و فعال ماندن و مستقل ماندن در زندگی می‌شد. بانوی ۶۴ ساله ابراز داشت: «تمام این مدت با خیاطی زندگی را تا اینجا کشاندم. برای همین الان دوست دارم رو پای خودم باشم، هر کسی برام کاری انجام بده ناراحت می‌شوم نمی‌خواهم کسی برای من کاری انجام بده دوست ندارم در کاری کمک بشوم.»

ظرفیت‌های معنوی

ظرفیت‌های معنوی اشاره به باورها و اعتقادات معنوی داشت که در کلام سالمندان هویدا بود و در جریان رویارویی با مصائب و همچنین، در فرایند پدیدآیی افکار خودکشی، سالمند به‌منظور تقلیل پریشانی‌های برآمده از مصائب و رنج‌های زندگی به آن‌ها توسل می‌کرد. بانوی سالمند ۷۲ ساله بیان داشت: «... حتی شوهرم رو هم متهم نمی‌کنم این سرنوشته من بوده، چون فکر می‌کنم خدا دوست نداره من کسی رو متهم کنم و این از ایمانمه که این جور هستم خدا رو دوست دارم و با وجود خدا هیچ وقت احساس تنهایی نمی‌کنم ...»

موفقیت فرزندان

در تعدادی از سالمندان مشارکت‌کننده به دلیل تحمل شرایط دشوار برای به عرصه رساندن فرزندان و بر دوش داشتن مسئولیت آنان در زندگی، موضوع موفقیت آن‌ها از جایگاه مهمی برخوردار بود به طوری که هر علامت یا شواهدی که نشان می‌داد فرزندان از موفقیت نسبی برخوردارند سبب دلگرمی و بهبود روحیه سالمند می‌شد و برعکس. آقای ۸۷ ساله بیان داشت: «... یعنی به غیر از این سه تا بچه که موفق هستند و من رو خوشحال می‌کنند انگار که هیچ چیزی برای من وجود نداره.»

توجه فرزندان

دریافت پیام‌های محبت‌آمیز و ارتباطات نزدیک با فرزندان در بعضی مواقع سبب امیدواری بیشتر به ادامه زندگی و بهبود روحیه سالمندان می‌شد. توجه فرزندان دامنه‌ای از پیام‌های عاطفی، مراقبت‌ها و حمایت‌های مالی را در بر می‌گرفت. بانوی ۷۴ ساله‌ای ابراز داشت: «الان هم اگرچه بچه‌ها از من دور هستند اما هر روز تماس می‌گیرند وقتی هم صحبت می‌کنیم روحیم کامل عوض میشه و ناراحتی هام کمتر میشه.»

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده فرایند پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان ایرانی انجام گرفت. سالمندان در طول تجربه فرایند پدیدآیی افکار خودکشی خود با دو دسته عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده روبه‌رو بودند. یافته‌ها نشانگر ۳ طبقه اصلی ویژگی‌های فردی روان‌رنجورخویی، سبک‌های شناختی ناسازگار و پتانسیل‌های حفاظتی بود که در قالب ۱۵ مضمون نشان داده شد. با وجود محدود بودن مطالعات در حوزه شخصیت و سالمندان خودکشی‌گرا، مشابه با نتایج مطالعه حاضر، در تعدادی از مطالعات (ویکتورسون و همکاران، ۲۰۱۹؛ یوسیدا^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، روان‌رنجورخویی به‌عنوان اصلی‌ترین ویژگی شخصیتی مرتبط با افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه در نظر گرفته شده است. ویژگی‌های شخصیتی یافت شده در پژوهش حاضر تماماً ویژگی‌های روان‌رنجورخویانه هستند. اعتقاد بر آن است که با افزایش روان‌رنجورخویی، احتمال گزارش افکار خودکشی در سالمندان افزایش می‌یابد (هایزل^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). ویژگی‌های شخصیتی خودباوری نابسند و وابستگی در پژوهش حاضر را می‌توان با یافته‌های موجود در این زمینه (ایدس و همکاران، ۲۰۱۹) مشابه دانست. در نظریه خودکشی فرار از خود^۳، باومایستر^۴ (۱۹۹۰) توضیح می‌دهد که چگونه

¹ Useda

² Heisel

³ suicide as escape from self

⁴ Baumeister

اعتماد به نفس پایین می‌تواند سبب ایجاد واکنش‌هایی شود که منتج به افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه می‌گردد. در دو مورد از پژوهش‌های کیفی (روروپ و همکاران، ۲۰۱۱؛ کیولست^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) صفات شخصیتی *لجاجت* و *انتظارات زیاد* به‌عنوان صفات منفی و مؤثر در ایجاد میل به مردن در سالمندان شناسایی شد که مشابه صفات انعطاف‌ناپذیری و پرتوقع بودن در پژوهش حاضر بود. علاوه بر صفت شخصیتی *لجاجت*، کیولست و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به صفت دیگری تحت عنوان *کنترل دیگران* اشاره کرده‌اند که دارای دو بعد خودرأی بودن و میل به کنترل، به معنی تعیین تکلیف کردن برای اطرافیان، است. بعد خودرأی بودن تا اندازه‌ای مشابه با صفت انعطاف‌ناپذیری در پژوهش حاضر است اما به نظر می‌آید که بعد تعیین تکلیف کردن و کنترل اطرافیان متفاوت از صفات شخصیتی شناسایی شده در این پژوهش باشد. بایستی اشاره شود که ویژگی‌های شخصیتی که ممکن است با خودکشی سالمندان مرتبط باشند صرفاً محدود به مواردی که در پژوهش حاضر شناسایی شده‌اند نیست. از همین روی تفاوت مشاهده شده را می‌توان از همین منظر توجیه نمود. محققان (دوبراشتا^۲، ۱۹۹۵) معتقدند سالمندانی که دارای خصوصیات شخصیتی روان‌رنجورخویانه هستند، هنگامی که با کاهش عملکرد ناشی از سالخوردگی و یا بیماری‌ها و مشکلات محدودکننده روبه‌رو می‌شوند، از آنجایی که غالباً ترس از دست دادن خودمختاری را نیز با خود دارند، آسیب‌پذیر خواهند بود. آن‌ها غالباً با اطرافیان خود ارتباطات نزدیکی ندارند و از همین رو موفق به انتقال دادن و مطلع کردن دیگران از مشکلاتشان نمی‌شوند و اغلب کمک‌ها را نیز رد می‌کنند.

در میان مطالعات انجام شده بر روی خودکشی سالمندان تنها در سه مطالعه غیر کیفی به سبک‌های ارزیابی شناختی سالمندان و مفاهیم نزدیک به آن پرداخته شده است (*افزایش درجه‌ماندگی شناختی* (ونس و همکاران، ۲۰۱۰)، *سبک‌شناختی غیر قابل‌انعطاف* (فیسک و اوریلی^۳) و *سوگیری‌های شناختی* (آنکفر^۴، ۲۰۰۱) که مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه است. با توجه به اینکه سبک‌های شناختی ناسازگار و ابعاد آن در سایر مطالعات کیفی به‌ندرت بدان توجه شده است، این مفهوم را می‌توان یکی از نوآوری‌های پژوهش حاضر در زمینه افکار خودکشی سالمندان به‌حساب آورد. بایستی ذکر گردد اگرچه در دو مطالعه کیفی صورت گرفته بروی افکار و اقدامات خودکشی‌گرایانه در سالمندان به مواردی همچون *دشواری در پذیرش فقدان کنترل* (کراکر^۵ و همکاران، ۲۰۰۶) و *عدم پذیرش فقدان‌ها* (گوپیز^۶ و همکاران، ۲۰۱۵) - که دارای ابعاد شناختی بوده و به معنی کنار نیامدن و عدم پذیرش فقدان‌هایی مرتبط با سلامتی، تحرک، وضعیت اجتماعی، حمایت اجتماعی و مرگ عزیزان از سوی سالمندان است - اشاره شده و تا حدودی نیز مشابه با مفهوم تمرکز بر *زردست‌رفته‌ها* در پژوهش حاضر هستند، اما در اصل این دو مطالعه از نوع مطالعات کیفی فنومنولوژیکال بوده و از همین رو نحوه برخورد با این مفاهیم و جای گذاری آن‌ها زیر عنوان کلی‌تر سبک‌های شناختی ناسازگار در پژوهش حاضر به‌عنوان یک مطالعه نظریه زمینه‌ای متفاوت و جنبه نوآورانه دارد. سبک‌های شناختی ناسازگار در این پژوهش از یک منظر جزء آسیب‌پذیری‌های شناختی سالمندان هستند، از این رو نحوه اثرگذاری آن‌ها را می‌توان همچون ویژگی‌های فردی روان‌رنجورخویی مطابق با مدل استعداد استرس خودکشی مان^۷ (مان، ۲۰۰۲) و نیز الگوی استعداد ارثی - استرس - نومیدی (شوت و کلام^۸، ۱۹۸۷) توجیه و تفسیر نمود. گستره‌ای از متغیرها به‌مثابه استعدادها یا آسیب‌پذیری‌های زیربنایی شناسایی شده‌اند که با استرس (حاد و مزمن) فعال می‌شوند. سبک‌های شناختی ناسازگار از جمله استعدادهای ارثی برای خودکشی هستند که در اثر رویارویی با حوادث منفی زندگی تشدید می‌شوند و با تأثیرگذاری بر سایر عوامل، نهایتاً، شرایط لازم برای پدیدآیی افکار خودکشی را فراهم می‌آورند (مان، ۲۰۰۲؛ شوت و کلام، ۱۹۸۷).

مفهوم *امیدواری* به تغییر وضعیت به‌عنوان یکی از پتانسیل‌های فردی حفاظتی در پژوهش حاضر با تعدادی از مفاهیم شناسایی شده در سایر پژوهش‌ها همچون جهت‌گیری مثبت نسبت به آینده (هیرش و همکاران، ۲۰۰۷) و *اعتقادات مقابله و بقاء* (انتظارات مثبت از

¹ Kjolseth

² Duberstein

³ Fiske and O'Riley

⁴ Uncapher

⁵ Crocker

⁶ Gutierrez

⁷ Mann's stress-diathesis model of suicide

⁸ Schotte and Clum

آینده و قدردان زندگی بودن) مشابه است (بریتون و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین مفاهیمی از جمله حفظ کرامت خود (تسای^۱ و همکاران، ۲۰۱۲) و خودمختاری (کیولست و اکبرگ^۲، ۲۰۱۲) به‌عنوان استعدادها و داشته‌های فردی در سایر مطالعات با مفهوم ویژگی‌های فردی مثبت در پژوهش حاضر مشابه هستند. اگر افراد به کنترل زندگی و حل مشکلاتشان به‌واسطه توانایی‌ها و اعتقاداتی که در خود سراغ دارند اعتقاد داشته باشند، در برخوردها و رفتارهایشان منعطف‌تر بوده و نیز به راه‌حل‌های فعال و مبتنی بر حل مشکل تمایل بیشتری نشان خواهند داد (مالفت^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

در اغلب مطالعات کیفی (هوانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ چن^۵ و همکاران، ۲۰۱۴)، مذهبی و معنوی بودن و به‌عبارتی ظرفیت‌های معنوی سالمندان، با استفاده از مفاهیمی همچون اعتقادات مذهبی و یا وابستگی‌های مذهبی گزارش شده است که همسو با مفهوم ظرفیت‌های معنوی به‌عنوان سومین مورد از پتانسیل‌های حفاظتی فردی شناسایی شده در پژوهش حاضر است. نویسندگان مختلف در رابطه با اینکه مذهب/ معنویت چگونه قادر است در برابر افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه نقش بازدارنده و حفاظتی داشته باشد تبیین‌هایی را ارائه داده‌اند؛ اوسافو^۶ و همکاران (۲۰۱۳) بیان می‌دارند که دین می‌تواند همچون یک منبع امید توان مقابله و تحمل در برابر مشکلات را در سالمندان بالا برده و رنج‌ها و سختی‌های تجربه شده آن‌ها را معنی قابل‌قبول و قابل‌تحملی ببخشد.

وجود فرزندان نیز به‌واسطه ارائه حمایت‌های مختلف از جمله عاطفی، مراقبتی و مالی در مطالعات مختلفی به‌عنوان عامل محافظتی در برابر خودکشی سالمندان گزارش شده است. به‌عنوان مثال رووپ و همکاران (۲۰۱۱) مفهوم توجه به جنبه‌های مثبت زندگی را که عموماً متمرکز بر ارتباط قوی و مثبت با فرزندان و یا نوه‌ها بود به‌عنوان یکی از عوامل بازدارنده میل به مردن در سالمندان پژوهش خود شناسایی کردند که مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر است. نویسندگان در این زمینه معتقدند افزایش ارتباط با خانواده ممکن است احساس انزوای بین فردی یا احساس فشار و بار درک شده بر دوش خانواده را کاهش دهد که از لحاظ تئوریک این عوامل می‌توانند مسبب افزایش افکار خودکشی در سالمندان باشند (هوانگ و همکاران، ۲۰۱۷). در مفهوم موفقیت فرزندان که مشابه با مطالعات مشابه در این زمینه است، به نظر می‌رسد سالمندانی که فرزندانشان در وضعیت و شرایط دشواری قرار ندارند، نگرانی‌های کمتری را در این رابطه تجربه می‌کنند و در عین حال به سبب مشاهده موفقیت و به عرصه رسیدن فرزندان و کسب روحیه و دلگرم شدن از موفقیت آنان، نسبت به آن‌هایی که فرزندان موفق ندارند پشیمانی کمتری را تجربه می‌کنند (لی و همکاران، ۲۰۱۴).

تجربه مصائب و مشکلات در زندگی، لزوماً و خودبه‌خود باعث افزایش پشیمانی‌ها و در نتیجه پدیدآیی افکار خودکشی در سالمندان نمی‌شود؛ به‌عبارتی دیگر، در تجربه سالمندان دارای افکار خودکشی عواملی در فاصله بین تجربه مصائب تا ظهور افکار خودکشی وجود دارند که با توجه به ماهیت خود سبب تسهیل و تسهیل در پدیدآیی افکار خودکشی شده (ویژگی‌های فردی روان‌رنجورخویی، سبک‌های شناختی ناسازگار) و یا از ظهور آن‌ها ممانعت کرده و آن‌ها را به تأخیر می‌اندازند (پتانسیل‌های حفاظتی). مفاهیم ارائه شده در این پژوهش می‌توانند الگویی برای مشاوران توان‌بخشی و سایر حرفه‌های درگیر در امر سلامت روان در کار با سالمندان دارای افکار خودکشی باشد تا بتوانند با هدف پیشگیری از ارتکاب به خودکشی، تلاش‌های جدی را برای تنظیم و طراحی مداخلات روانی اجتماعی مناسب در جهت حذف عوامل تسهیل‌گر و تقویت عوامل بازدارنده از طریق تأکید بیش از پیش بر توانمندی‌های فردی و داشته‌های محیطی سالمندان، تعامل و ارتباط با اطرافیان و ظرفیت‌های معنوی، صورت دهند. محدودیت اصلی و قابل ذکر مطالعه حاضر با توجه به مطرح بودن موضوع خودکشی، دسترسی دشوار به نمونه‌های مناسب و عدم همکاری از سوی برخی از مراکز سالمندی بود.

۲-۴. پیشنهادت پژوهش

¹ Tsai

² Ekeberg

³ Malfent

⁴ Huang

⁵ Chen

⁶ Osafo

- ۱- الگوسازی برای مشاوران: مفاهیم ارائه شده در این پژوهش می‌توانند به عنوان یک الگو برای مشاوران توان‌بخشی و سایر متخصصان سلامت روانی در کار با سالمندان دارای افکار خودکشی مورد استفاده قرار گیرند.
- ۲- مداخلات روانی اجتماعی: تلاش برای طراحی مداخلات روانی اجتماعی مناسب که به حذف عوامل تسهیلگر و تقویت عوامل بازدارنده خودکشی بپردازد.
- ۳- تعامل اجتماعی: در نظر گرفتن اهمیت ایجاد تعامل و ارتباط مثبت با اطرافیان به عنوان عاملی مؤثر در کاهش افکار خودکشی در پژوهش‌های آتی.
- ۴- ظرفیت‌های معنوی: توجه به ظرفیت‌های معنوی و مذهبی سالمندان به عنوان یک عامل کمک‌کننده در مقابله با افکار خودکشی در پژوهش‌های آتی.

۵. تعارض منافع

بر اساس گفته نویسندگان در پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

۶. سپاسگزاری و منابع مالی

این پژوهش هیچگونه حمایت مالی از هیچ سازمان و ارگانی دریافت نکرده است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

۷. تأیید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

با توجه به اخذ رضایت‌نامه شفاهی و کتبی و رعایت اصل بی‌نامی و محافظت از متون مصاحبه‌ها، مشارکت‌کنندگان تأیید و رضایت خود را اعلام نمودند. همچنین در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شده است. اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

۸. رضایت برای انتشار

شرکت‌کنندگان و نویسندگان رضایت خود را مبنی بر انتشار این پژوهش اعلام می‌دارند.

منابع

- Bartels, S. J., Coakley, E., Oxman, T. E., Constantino, G., Oslin, D., & Chen, H., et al. (2002). Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 417–427. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.10.4.417>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90.
- Beautrais, A. L. (2002). A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.1.22184>
- Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. *Wellington: Ministry of Health*, 82.
- Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R., Schoevaerts, K., Rober, P., Van Parys, H., et al. (2014). Reflections of older adults on the process preceding their suicide attempt: A qualitative approach. *Death Studies*, 38(9), 612–618. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.835753>

- Britton, P. C., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Hirsch, J. K., & Conwell, Y. (2008). Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 736–741. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817b609a>
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *JAMA*, 291(9), 1081–1091. <https://doi.org/10.1001/jama.291.9.1081>
- Canetto, S. S. (2015). Suicidal behaviors among Muslim women: Patterns, pathways, meanings, and prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(6), 447–458. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000347>
- Chen, Y.-J., Tsai, Y.-F., Lee, S.-H., & Lee, H.-L. (2014). Protective factors against suicide among young-old Chinese outpatients. *BMC Public Health*, 14, 372. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-372>
- Chu, J., Robinett, E. N., Ma, J. K., Shadish, K. Y., Goldblum, P., & Bongar, B. (2019). Cultural versus classic risk and protective factors for suicide. *Death Studies*, 43(1), 56–61. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430085>
- Cohen, C. I., Coleman, Y., Yaffee, R., & Casimir, G. J. (2008). Racial differences in suicidality in an older urban population. *The Gerontologist*, 48(1), 71–78. <https://doi.org/10.1093/geront/48.1.71>
- Conwell, Y. (2014). Suicide later in life: Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S244–S250. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.040>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage Publications.
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging & Mental Health*, 10(6), 638–647. <https://doi.org/10.1080/13607860600640905>
- da Silva, R. M., do Nascimento Mangas, R. M., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E. d., de Sousa, G. S., Cavalcanti, A. M. T. d., et al. (2015). The influence of family problems and conflicts on suicidal ideation and suicide attempts in elderly people. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 20(6), 1703. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>
- Deuter, K., Procter, N., & Evans, D. (2019). Protective factors for older suicide attempters: Finding reasons and experiences to live. *Death Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1578303>
- Dombrovski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B. J., et al. (2010). Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 699–707. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030407>
- Duberstein, P. R. (1995). Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 98–103. <https://doi.org/10.1017/S1041610295001967>
- Eades, A., Segal, D. L., & Coolidge, F. (2019). Suicide risk factors among older adults: Exploring thwarted belongingness and perceived burdensomeness in relation to personality and self-esteem. *The International Journal of Aging and Human Development*, 88(2), 150–167. <https://doi.org/10.1177/0091415018757214>
- Ekratzadeh, S., Javadpour, A., Draper, B., Mani, A., Withall, A., & Sahraian, A. (2012). Prevalence and correlates of suicidal thought and self-destructive behavior among an elderly hospital population in Iran. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1402–1408. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000245>

- Fiske, A., & O'Riley, A. A. (2016). Toward an understanding of late life suicidal behavior: The role of lifespan developmental theory. *Aging & Mental Health*, 20(2), 123–130. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078282>
- Foroughan, M., Wahlund, L.-O., Jafari, Z., Rahgozar, M., Farahani, I. G., & Rashedi, V. (2017). Validity and reliability of a brief mental test score (AMTS) among older Iranians. *Psychogeriatrics*, 17(6), 460–465. <https://doi.org/10.1111/psyg.12276>
- Gutierrez, D. M. D., Sousa, A. B. L., & Grubs, S. (2015). Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people – subjective experiences. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1731. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02242015>
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Franus, N., Beckman, A., & Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of Affective Disorders*, 90(2-3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.11.005>
- Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Beckman, A., & Franus, N., et al. (2007). Future orientation moderates the relationship between functional status and suicide ideation in depressed adults. *Depression and Anxiety*, 24(3), 196–201. <https://doi.org/10.1002/da.20224>
- Huang, L. B., Tsai, Y. F., Liu, C. Y., & Chen, Y. J. (2017). Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 191–199. <https://doi.org/10.1111/inm.12247>
- Khodabandeh, F., Noorbala, A., Kahani, S., & Bagheri, A. (2012). A study on the factors that associated with attempting suicide in middle and old age. *Scientific Journal Management System*, 1(1), 81–92.
- Kjølseth, I., & Ekeberg, Ø. (2012). When elderly people give warning of suicide. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000312>
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steihaug, S. (2009). Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 903–912. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990342>
- Lee, S.-H., Tsai, Y.-F., Chen, C.-Y., & Huang, L.-B. (2014). Triggers of suicide ideation and protective factors of actually executing suicide among first onset cases in older psychiatric outpatients: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 269. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0269-9>
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N. D., & Sonneck, G. (2010). Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 843–849. <https://doi.org/10.1002/gps.2426>
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302–311. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>
- Osafo, J., Knizek, B., Akotia, C. S., & Hjelmeland, H. (2013). Influence of religious factors on attitudes towards suicidal behavior in Ghana. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 488–504. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9487-3>
- Rurup, M., Pasman, H., Goedhart, J., Deeg, D., Kerkhof, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. (2011). Understanding why older people develop a wish to die. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing & Health*, 18(4), 371–375. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180411>

- Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J., Serrano, J., Latorre, J., & Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: A study with a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 239–244. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247427>
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49–55. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.55.1.49>
- Statistical Centre of Iran. (2016). General Census of Population and Housing [Database]. <https://www.amar.org.ir/english>
- Stice, B. D., & Canetto, S. S. (2008). Older adult suicide: Perceptions of precipitants and protective factors. *Clinical Gerontologist*, 31(4), 4–30. <https://doi.org/10.1080/07317110801947144>
- Tsai, Y. F., Wong, T. K., Ku, Y. C., & Liu, W. C. (2012). Reasons for living among older male Chinese residents of veterans' homes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1978–1987. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05884.x>
- Uncapher, H. (2001). Cognitive biases and suicidal ideation in elderly psychiatric inpatients. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 42(1), 21–36. <https://doi.org/10.2190/6UU8-HK8E-HL0V-O4CU>
- Umeda, J. D., Duberstein, P. R., Conner, K. R., & Conwell, Y. (2004). Personality and attempted suicide in depressed adults 50 years of age and older: A facet level analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.002>
- Van Orden, K. A., & Conwell, Y. (2016). Issues in research on aging and suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 240–251. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1065791>
- Vance, D. E., Ross, J. A., Moneyham, L., Farr, K. F., & Fordham, P. (2010). A model of cognitive decline and suicidal ideation in adults aging with HIV. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(3), 150–156. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181d4a35a>
- Wang, Y., & Wang, T. (2023). The concept of successful aging: A critical review. *Aging Research Reviews*, 80, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101749>
- Wiktorsson, S., Berg, A. I., Billstedt, E., Duberstein, P. R., Marlow, T., Skoog, I., et al. (2013). Neuroticism and extroversion in suicide attempters aged 75 and above and a general population comparison group. *Aging & Mental Health*, 17(4), 479–488. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.749835>
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Östling, S., & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57–67. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181bd1c13>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: Author. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Zhang, W., Ding, H., Su, P., Duan, G., Chen, R., Long, J., et al. (2016). Does disability predict attempted suicide in the elderly? A community-based study of elderly residents in Shanghai, China. *Aging & Mental Health*, 20(1), 81–87. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1031641>