

نگاهی به خودکشی در افراد میانسال و سالمند

هما درخشش^۱، فرود غلامی^۲، نیلوفر نازی^۳، معصومه شکیبائی شاد احمدگورابی^۴

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۲ دانشجوی دکتری، رشته مشاوره، دانشگاه هرمزگان، ایران.

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

فرود غلامی

چکیده

مطالعه سالمندی و مشکلات آن در کشورمان حوزه بدیع و تازه‌ای است و می‌بایستی عوامل خطرزا و آسیب‌شناسی روانی و اجتماعی در سالمندان و میانسالان مورد بررسی قرار گیرد. هدف این پژوهش بررسی خودکشی در افراد میانسال و سالمند است که به روش کتابخانه‌ای با نگاهی اجمالی به خودکشی در افراد میانسال و سالمند پرداخته و شامل تعریف و عوامل آنها می‌شود. بنابر نتایج بدست آمده مشکلات و درگیری خانوادگی با همسر و تغییرات فیزیولوژیک و ناتوانی‌های جسمی ناشی از کهولت سن و مشکلات اقتصادی باشد. از عوامل تاثیرگذار و خطرناک به منظور افکار خودکشی و اقدام به خودکشی می‌توانند باشند؛ که این امر موجب افزایش هزینه‌های وارده به فرد، خانواده و اجتماعی در خصوص سالمندان می‌شود. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان با افزایش بهزیستی معنوی، آموزش درمان فردی و گروهی می‌تواند برای افراد سالمند مفید بوده و در پیشگیری از اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند تاثیر بسزایی داشته باشد.

واژگان کلیدی: خودکشی، سالمند، میانسال.

مقدمه

سالمندی مهم ترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم است. در قرن ۲۱ با پیشرفت تکنولوژی و علوم پزشکی و افزایش امید به زندگی، هم چنین کاهش میزان مرگ و میر و باروری منجر به افزایش روند جمعیت سالمند شده است (صندوق جمعیت سازمان ملل^۱، ۲۰۱۶). حدود دو سوم از جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران زندگی می کنند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۲ به نقل از ملاجعفر و همکاران، ۱۳۹۶) بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت^۲ (۲۰۱۵) هر فرد بالای ۶۵ سال سالمند تلقی می شود و دوران سالمندی در سه مرحله طبقه بندی شده است، از ۶۵ سالگی تا ۷۵ سالگی را سالمند، از ۷۵ سالگی تا ۹۰ سالگی را پیر و از ۹۰ سالگی به بالا را خیلی پیر در نظر گرفته است. بر اساس تعریف سازمان ملل^۳ (۲۰۱۷) کشورهای دارای جمعیت جوان کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن زیر ۰/۰۴ باشد، کشورهای دارای جمعیت بزرگ سال کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن بین ۰/۰۶ - ۰/۰۴ باشد و کشورهای دارای جمعیت سالخورده کشورهایی هستند که نسبت سالمندان آن ۰/۰۷ یا بیش تر باشد. در ایران نیز برخی آمارهای رسمی نشان می دهد که سالمندان بیش از ۰/۰۷ اعضای جامعه را تشکیل می دهند (حاجلو و جعفری، ۱۳۹۳).

سالمندی پدیده ای جهانی است که به نظر می رسد در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم ترین چالش های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. پیری شناسان می گویند، سالمند کسی است که به دلیل کاهش توانایی و قدرت کار، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (اسچولز^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). امروزه سالمندی یک بیماری محسوب نشده و گذر از مرحله ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می گردد. پیری واقعی است اجتناب ناپذیر. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال است، نه زمان تسلیم شدن، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت (فنگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۵).

از دیدگاه اریکسون مرحله پایانی فرایند رشد، به دوره سالمندی اختصاص دارد. فرد سالمند در این مقطع سنی که تقریباً از ۶۵ سالگی آغاز می شود و تا آخر عمر ادامه می یابد، به مرور و ارزیابی مراحل پیشین زندگی می پردازد. هر اندازه فرد در گذشته به نحو بهتر و کارآمدتری با مشکلات کنار آمده باشد، در این دوره بیشتر احساس خشنودی و رشدیافتگی می کند. فرد سالمندی که از مرور رویدادهای زندگی خود ناخوشتر است و غم فرصت های از دست رفته را می خورد، احساس نومیدگی و واماندگی به او دست می دهد و از هدف های تحقق نیافته رنج می برد (شولتز و شولتز، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲). نظریه رشدی اریکسون، در مرحله هشتم، مرحله نهایی که در سن پیری تجربه می شود، مرحله یکپارچه سازی است. تعارض روانی این دوره انسجام من در برابر ناامیدی است که کنار آمدن با زندگی را شامل می شود، افرادی که به یکپارچه سازی دست می یابند، از دستاوردهای خود احساس کامل بودن، رضایت و امید به زندگی می کنند (برک، ۲۰۰۱، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

در زمینه سالمندی دو نظریه مطرح شده است، یکی نظریه رهایی از قید که بر این اساس مبتنی است که افراد همچنان که مسن تر می شوند به طور فزاینده از تعاملات اجتماعی، بدنی و هیجانی با دنیا کناره گیری کرده و رها می شوند، دیگری نظریه فعالیت بر این نکته تاکید دارد که رضایتمندی از زندگی تا حد زیادی وابسته به درگیری فعالانه است (معمدی، ۱۳۸۴).

فردریکسون (۲۰۰۵) مدل هیجان مثبت را طراحی نموده است که به طور قابل توجهی از چهارچوب هیجان منفی و تمایلات مختص عمل پیامد متفاوت است که نظریه گسترش و ساخت هیجان نام دارد. نظریه گسترش و ساخت هیجان مثبت مدلی مفید است که به تبیین اینکه چگونه برخی افراد می توانند هیجانهای مثبت را در مواقع ناراحت کننده زندگی بکار گیرند کمک می کند. نظریه گسترش و ساخت هیجان نشان می دهد که هیجان های مثبت می توانند افکار و اعمال فرد را گسترش دهند، در عین حال به طور همزمان منابع بلند مدتی درست می کنند که فرد می تواند در آینده از آن ها استفاده کند. بر طبق نظریه گسترش و ساخت هیجان ها، وقتی یک فرد شادی را تجربه می کند، این هیجان مثبت می تواند فرد را در جهت گسترش و توسعه رفتارهایش و فعالیت های فکری و هنری هدایت کند. تحقیقات نظریه گسترش و ساخت نشان می دهند که هیجان های مثبت باعث بهزیستی و سلامتی می شود (فردریکسون، ۲۰۰۵).

سالمندی دوره ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی آنان مورد تهدید قرار می گیرد. این عوامل می تواند منجر به افزایش مشکلات روان شناختی در سالمندان شود (اونکور^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). پریشانی روان شناختی از جمله مشکلات روان شناختی است که در سالمندی بیش از مقاطع سنی قبلی خودنمایی می کند. پریشانی روان شناختی از یک

1- UNFPA

2- World Health Organization (WHO)

3- United Nations Publications (UNP)

4- Schulz

5- Feng

6- Onunkwor

منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می کند (پارامجت^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است که با ترکیبی از احساس غمگینی، تنهایی، بی ارزشی، ناامیدی، پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال در خواب، خودکشی و حتی علائم روان پریشی همراه است و در بین اختلالات روان پزشکی بالاترین شیوع طول عمر، حدود ۱۷ درصد را داشته است (دسروسیرس^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش موراس، اوچای، یویاما، هانجو (۲۰۰۳) و کارتر، ایزاکیدز و کلاور (۲۰۰۳) ارتباط مثبت بین اختلال خلقی و اقدام به خودکشی مشاهده شده است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۲).

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 بیماری های 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 (خداینده و همکاران، ۱۳۹۱).

یافته های خداینده و همکاران (۱۳۹۱) 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.

خودکشی یکی از ده علت اصلی مرگ در بیشتر کشورهای دنیا است. (بارو، ۲۰۰۸ به نقل از کرمی، ۱۳۹۲) در بین تمامی گروه های خودکشی هشتمین علت مرگ و میر در جهان است اما در گروه سنی (۲۴-۱۵) سال پس از حوادث و قتل سومین علت مرگ و میر گزارش شده است. (اندرسون واسمیت ۲۰۰۳ به نقل از علیوردی نیا ۱۳۹۲) و میزان خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است ولی اقدام به خودکشی در زنان بیش از مردان است. (طلایی و همکاران، ۱۳۸۵ به نقل از کرمی ۱۳۹۲) در گزارش از هوبرت (۲۰۰۴) میزان خودکشی موفق در مردان را ۴ برابر زنان اعلام نمود (کرمی، ۱۳۹۲).

خودکشی پدیده ای پیچیده است و عوامل خطر زیادی دارد از جمله: عوامل پسیکولوژیک، فیزیکی، شخصی، خانوادگی و اجتماعی (گنجی، ۱۳۹۴). در تقسیم بندی ها چهار نوع خود کشی وجود دارد: خود کشی دگرخواهانه، خود کشی خود خواهانه، خودکشی ناشی از بی هنجاری، خود کشی جبری (ستوده، ۱۳۸۹) که عمده ترین عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی عبارتند از سن، جنسیت وضعیت اشتغال (سادوک و سادوک ۲۰۰۷) ابتلا به یک اختلال روانی (ماهرز ماهرزو، سادوک سادوک، پاتر وسیلورمن، کانورتن پاسنر، ۲۰۰۴ به نقل از پور شریفی ۱۳۹۱) (گرهولت، اکبرگ ویشستروم و هالورسن ۲۰۰۰ به نقل از محمدی و همکاران ۱۳۹۰) مصرف مواد (حسینیان و همکاران، ۱۳۸۶؛ عاشوری و همکاران، ۱۳۸۸؛ بریدج، گلدستین و برنت، ۲۰۰۶ به نقل از محمدی فر ۱۳۹۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) مذهب، سلامتی، جسمانی با سابقه اقدام به خودکشی. عوامل اقتصادی و بیکاری درآمد کم، وضعیت زناشویی، وجود تاریخچه ی خانوادگی توأم با خودکشی (محمدی، ۱۳۹۰) مهاجرت، قومیت رفا اجتماعی و محل زندگی افراد (حسن، ۱۹۹۶ به نقل از محمدی ۱۳۹۰) عوامل خانوادگی مثل طلاق یا جدایی والدین، خشونت والدین در خانه، بیماری روانی والدین (گولد و همکاران ۱۹۹۶ به نقل از محمدی ۱۳۹۰) عوامل محیطی مانند شکست های تحصیلی، شکست در روابط عاطفی و دسترسی آسان به وسایل مرگبار. عوامل فرهنگی اجتماعی مانند باورهای نادرست درباره خودکشی و قرار گرفتن در معرض اخبار خودکشی (پاتر، سیلوننس، کارنورتل و پاسنر ۲۰۰۴ به نقل از پور شریفی، ۱۳۹۱) فرو پاشی نظام ارزشی سنتی، تحمیل ارزش های فرهنگی، بیگانگی و تعارض ارزشهای فرهنگی، فردگرایی اختلال در نظام اجتماعی از دیگر عوامل اقتصادی می توان نا امنی شغلی، مشکلات مسکن، تورم، تغییر ساختار اقتصادی جامعه (ماسکیل^۳ و همکاران، ۲۰۰۵) را نام برد.

آرون بک در مطالعه ای ناامیدی را یکی از دقیق ترین شاخص های خود کشی در دراز مدت تشخیص داد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹). در ۹۵٪ افرادی که مرتکب خودکشی می شوند یک اختلال روانی قابل تشخیص وجود دارد (سادوک، ۲۰۰۷ به نقل از اسدی، ۱۳۹۱). در حال حاضر تخمین زده شده است که از ۳۰٪ افرادی که به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند دچار اختلال شخصیت هستند (اولزهام، ۲۰۰۶ به نقل از محمدی فر و همکاران، ۱۳۹۲). DSM5 نرخ شیوع اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ و مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۲ را به ترتیب ۳۶/۳٪ و ۳۲/۴٪ اعلام کرده است و برای شیوع خودکشی در اختلال افسردگی عمده هیچ آماری ارائه نداده است. اما کاپلان جدید ۲۰۱۴، آپدیت DSM5 می نویسد که ریسک اقدام به خودکشی و خودکشی (خود کشی موفقیت آمیز) در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۲ از مبتلایان به اختلال دو قطبی نوع ۱ (و اختلال افسردگی عمده است (گنجی، ۱۳۹۴).

^۱- Paramjeet

^۲- Desrosiers

^۳- Maskill

میزان خودکشی در سطح جهان هر سال بیشتر می شود و (who) اعلام کرده است که در ۴۵ سال گذشته میزان خودکشی ۶۰ درصد افزایش داشته است. مطالعات نشان می دهند که ۱۳٫۵ درصد از مردم دنیا اعلام کرده اند که در مرحله ای از زندگی خود به فکر خودکشی افتاده اند، ۳/۹ درصد برای اقدام به آن برنامه ریزی کرده اند و ۴/۶ درصد اقدام کرده اند. (برداشت از سایت: جولای ۲۰۱۴ آسیب شناسی روانی DSM5 گنجی ۱۳۹۴).

بنا به گفته ی سازمان بهداشت جهانی تخمین زده شد که در سال ۲۰۲۰ و براساس روند کنونی حدود ۱/۵۳ میلیون نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست خواهند داد و مردم جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر اقدام به خودکشی خواهند داشت. این برآورد ها به طور متوسط نشان دهنده یک مورد مرگ در هر ۲۰ ثانیه و یک تلاش در هر ۱-۲ ثانیه است (گوسن وایتز، ۲۰۱۲ به نقل از محمدی فر و همکاران، ۱۳۹۲).

میزان خودکشی به میزان زیاد در کشورها و مناطق مختلف فرق می کند. (در بعضی کشورهای اروپایی میزان خودکشی ۲ برابر کشورهای امریکای لاتین است). آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که در اکثر کشورهای اسکاندیناوی، اروپای غربی و شرقی، ژاپن، چین و استرالیا میزان خودکشی بیش از ۱۳ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر است. در امریکای شمالی، نروژ، انگلستان، اسپانیا، ایتالیا و هند این میزان ۵/۶ تا ۱۳ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر است، و در امریکای لاتین، پرتغال یونان، ایران، آذربایجان، ارمنستان، مصر، سوریه و چند کشور دیگر میزان خودکشی کمتر از ۶/۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر است. در مورد کشور های آفریقایی هیچ گونه اطلاعاتی در دست نیست. در مورد ایران آمار موجود در سایت اینترنتی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ میزان خودکشی را ۴٫۸ در هر ۱۰۰۰۰ نفر نشان می دهد (برداشت از سایت: جولای ۲۰۱۴ آسیب شناسی روانی dsm5 گنجی ۱۳۹۴). خودکشی طی سه دهه ی اخیر رشد معنی داری را در کشور داشته و به عنوان مثال از سال ۱۳۶۸ تا سال ۱۳۷۲ به دو برابر افزایش یافته است. (هامرفش وسوس، ۱۹۷۴؛ لستر و یانگ، ۱۹۹۲؛ پلات وهاوتن، ۲۰۰۳؛ واینباگکی، ۲۰۱۰ به نقل از فیض پور و لطفی، ۱۳۹۴) ایران از حیث خودکشی زنان در سال ۲۰۰۷ پس از دو کشور چین و هندوستان به عنوان سومین کشور جهان در زمینه ی خودکشی و اقدام به خودکشی زنان شناخته شده است. (اجدا کیک گروس و همکاران ۲۰۰۸ به نقل از فیض پور و لطفی ۱۳۹۴). میزان شیوع خودکشی در ایران ۶/۲ در صد هزار نفر بوده و طبق آمارهای اعلام شده که کشور ایران، پنجاه و هشتمین کشور جهان از نظر خودکشی می باشد. (شغیعی خندجانی، ۲۰۰۶ به نقل از بیرامی و همکاران ۱۳۹۱). طبق اعلام سازمان بهزیستی نرخ خودکشی در کشور در سال ۱۳۸۲، ۶ مورد برای هر یک صد هزار نفر جمعیت بوده است (بیش از سه هزار مورد خودکشی موفق در کل کشور، ۶۵٪ مردان و ۳۵٪ زنان) که ایران را در رتبه ۵۸ جهان از نظر خودکشی قرار می دهد. آمارهای مراکز پزشکی قانونی کشور در طی سال های ۷۸-۸۰ نشان از افزایش میزان خودکشی دارد. خودکشی کنندگان، زن (۵۷/۵٪) و مربوط به گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال (۴۵٪) و تا ۲۹ تا ۲۰ سال (۴۲/۵٪) و مجرد (۵۲٪ زنان ۸۸٪ مردان) و دانش آموز بوده و اغلب در فصل تابستان اقدام به خودکشی می کنند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰). با این حال آمار دقیقی از میزان خودکشی در کشور ایران در دست نیست زیرا خانواده های ایرانی خودکشی افراد خانواده را کتمان می کنند و آن را ننگ می شمارند (ستوده، ۱۳۸۹).

نخستین بینش روان شناختی مدرن به وسیله فروید ارائه شد (کاپلان و سادوک ۱۳۸۹). طبق نظر فروید خودکشی نشان دهنده ی یک آرزوی سرکوب شده برای کشتن یک محبوب ازدست رفته است. آدلر احساس حقارت خودشیفتگی و عزت نفس پایین را در اقدام فرد به خودکشی شناسایی نموده است. هورنای معتقد بود که خودکشی راه حلی برای برخی افرادی است که به دلیل فاصله زیاد بین خود ایده آل و خود روانی - اجتماعی ادراک شده ی شان دچار از خود بیگانگی شدید شده اند. سالیوان علت خودکشی را عدم توانایی فرد برای رفع تعارض های بین فردی پنداشته است (فورتیناش و پاتریشا ۱۳۸۹ به نقل از امیری نژاد و همکاران، ۱۳۹۰) در تبیین شناختی گفته میشود افرادی که دست به خودکشی میزنند نقص های در حافظه و مهارت های حل مسئله دارند (جوانمرد، ۱۳۸۸ به نقل از امیری نژاد و همکاران، ۱۳۹۰).

در حوزه ی جامعه شناسی جامعه شناسان معاصر کار های اولیه صورت گرفته دور کیم بر روی خودکشی را تقویت نموده اند و از این عقیده مبنی بر اینکه بیگانگی از گروه های اجتماعی به دنبال گسیختگی از خانواده جامعه یا روابط اجتماعی منجر به اقدام به خودکشی می شود حمایت نموده اند. مطالعات جامعه شناختی ابعاد دیگری را برای تکمیل توضیحات روانشناختی و زیست شناختی رفتار خودکشی فراهم نموده و به تکمیل رویکردی جامع که یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی را شامل می گردد کمک نموده است (فورتیناش و پاتریشا، ۱۳۸۹ به نقل از امیری نژاد و همکاران، ۱۳۹۰).

براساس بررسی های 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 می توان به این دلیل دانست که در نزد غالب ادیان الهی، و به ویژه دین اسلام این اقدام یک گناه کبیره به شمار می رود (ویژایار کومار^۱، ۲۰۰۴). هر چند خودکشی در کشورهای جهان در همه گروه های سنی اتفاق می افتد، لیکن این احتمال در گروه میانسالان و سالمندان در مقایسه با سایر گروه های 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 می باشد (ایلیف و مانثروپ^۱، 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 می باشد (حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ عباسی شاد، ۱۳۸۰؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ مهران، ۱۳۸۲ به نقل از خداینده، ۱۳۹۱).

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 شیمیائی، یکی از روشهای اقدام به خودکشی است که در شهرهای بزرگ و جوامع رو به رشد در حال افزایش است (ایلیف، ۲۰۰۵). مطالعات کمی در خصوص بررسی خودکشی در افراد میانسال و سالمند در کشور تحقق یافته است. خداینده و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند از نظر جنسیت ۶۵ درصد افراد مورد مطالعه را زنان و ۳۵ درصد آنها را مردان تشکیل دادند. که مؤید یافته های دیگر محققین می باشد که نشان دادهاند اقدام به خودکشی در زنان بیش از مردان می باشد. وجود ارتباط بین افسردگی و افکار خودکشی از جمله عوامل خطرآفرین مهم در خودکشی افراد سالمند و میانسال بوده و همچنین 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 می باشد. لیکن بین میانگین نمرات افکار خودکشی دو گروه سنی، این تفاوت معنیدار نبوده است. 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.

ویژگی های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیرخودکشی گرا بود. (محمدی فر و همکاران، ۱۳۹۲) بین ویژگی های شخصیتی روان آزردگی و سایکوتیک با نگرش به خودکشی دارای همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ افراد روان آزرده بیشتر مستعد افسردگی هستند و احساس گناه بیشتری دارند. این افراد باورهای منفی و نگرش های ناکارآمدی پیدا می کنند، بنابراین نگرش آن ها به خودکشی مثبت است. افراد سایکوتیک نیز که مهمترین ویژگی آنها نداشتن همدلی با دیگران است، ارتباط های اجتماعی کمی دارند و به خواسته های دیگران توجه ندارند، این ویژگی شخصیتی می تواند عامل بسیار مهم برای پیدا شدن نگرش مثبت به خودکشی است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۲). براساس نتایج یافته های بیرامی و عبدالله زاده جدی (۱۳۹۱) گروه اقدام کننده به خودکشی نمرات بالایی در نوجویی و نمرات پایینی در خود رهبری و همکاری در مقایسه با گروه شاهد نشان دادند. یافته های تحقیق علیوردی نیا و یوسفی (۱۳۹۳) نشان می دهد که بین فشار منزلتی، فشار رابطه ای، فشار حالت عاطفی منفی و حذف محرک مثبت با خودکشی رابطه وجود دارد و حذف محرک مثبت قوی ترین پیش بینی کننده تمایل به خودکشی است و پس از آن فشار منزلتی و رابطه ای در رتبه های بعدی قرار داشته اند. سابقه مشکلات روانی، اضطراب و افسردگی در افزایش خطر خودکشی مؤثر است (اسدی و همکاران، ۱۳۹۱).

روش

این پژوهش به روش کتابخانه با موضوع خودکشی در افراد میانسال و سالمندان انجام شده است و بدین ترتیب پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سؤال کلی است که خودکشی در افراد میانسال و سالمندان چیست؟ و چگونه عمل می کند؟ تنها در صورت تعیین تعریفی دقیق از آن امکان برنامه ریزی درست و مواجهه مؤثر با آن وجود دارد.

^۱- Illiffe & Manthorpe

نتیجه گیری

سالمندان سرمایه های جامعه هستند و توجه به آنها در جهت افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی و رضایت از زندگی آنها می تواند در کاهش آسیب های روان شناختی و اقدام به خودکشی آنها موثر واقع گردد. با توجه به تجزیه و تحلیل پژوهش ها و بررسی نظریه های مربوط به خودکشی مهمترین علل خودکشی را می توان از خود بیگانگی مطرح کرد که از منظر روانشناسان و جامعه شناسان متفاوت است. روانشناسان در علل از خود بیگانگی، شخصیت فرد، نیروهای سرکش درونی و سرکوبی های روانی توسط جامعه را مطرح می سازند و در تبیین آن به چگونگی رشد شخصیت، گرایش ها، تجربه ها و سرخوردگی های دوران کودکی، شیوه های جامعه پذیری، زمینه های طبقاتی و چگونگی کنترل اجتماعی توجه دارند. جامعه شناسان، از خود بیگانگی را شامل همه مظاهری می دانند که جامعه صنعتی کنونی بر انسان تحمیل کرده و شخصیت فردی او را از وی گرفته است.

خودکشی یک مشکل عمده بهداشتی است، در بسیاری از مشکلات روانی و بهداشتی پیشگیری مهم تر و مؤثرتر از درمان می باشد، در خودکشی نیز این مسئله صادق است به ویژه آنکه پس از اقدام ممکن است دیگر برای کمک دیر باشد. با توجه به شیوع گسترده ی این پدیده و اثرات زیان بار روانی، اجتماعی و اقتصادی آن، توجه به عوامل زیربنایی این پدیده ی رو به افزایش می تواند راهگشای مطالعات دقیق تر در زمینه ی ابعاد شخصیتی افراد اقدام کننده به خودکشی و پیرو آن اتخاذ راهکارهایی جهت پیشگیری های اولیه از این مشکل بهداشت روانی بوده و در اصلاح و گسترش روش های درمانی مؤثر تر یاری نماید.

علت اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند می تواند به دلیل مشکلات و درگیری خانوادگی با همسر و تغییرات فیزیولوژیک و ناتوانیهای جسمی ناشی از کهولت سن باشد. یکی از عوامل تاثیر گذار بر سبک هویتی محیط خانواده است. اهمیت توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد سالمند و میانسال را بیش از پیش نمایان می سازد و مسئولیت مدیران بهداشتی، درمانی و اجرایی کشور را در اتخاذ سیاست های اصولی پیشگیری از خودکشی و مقابله با آن مورد تأیید قرار می دهد. بنابر نقطه نظر دورکیم حجم و شدت تعاملات اجتماعی بین اعضای خانواده سدی است در برابر خودکشی. از دست دادن همسر، مشکلات خانوادگی ناشی از بازنشستگی و دور شدن فرزندان از خانواده را می توان از دلایل اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند دانست. مشاوران و روانشناسان می توانند با ارزیابی درست از احتمال خطر اقدام به خودکشی، افراد در معرض خطر را شناسایی و با کمک های تخصصی از اقدام آن ها به خودکشی پیشگیری کنند. درک علل و عوامل زمینه ساز آسیب های اجتماعی سبب می شود تا روند پیشگیری، شناسایی درمان و پیگیری به صورت هدفمند شکل گیرد. حمایت اجتماعی، سابقه مشکلات روانی و اضطراب از پیش بینی کننده های قوی و مؤثر در عوامل محافظت کننده و خطرنا به شمار می آیند. با ارائه یک الگوی پیش بینی کننده می توان عوامل محافظت کننده و خطرنا به شمار می آیند. با ارائه یک الگوی پیش بینی کننده می توان عوامل محافظت کننده را تقویت کرد و عوامل خطرنا را کاهش داد و از آن در جهت طرح های پیشگیری اولیه استفاده نمود. راهبردهای مقابله ای همگی هیجان مدار هستند و به حل مشکل فرد کمک نمی کنند اما باعث می شوند که فرد برای مدت کوتاهی از موقعیت دشواری که در آن گرفتار شده فاصله گرفته و در نتیجه از بار هیجانی که موقعیت بر فرد وارد می کند کاسته شده و احتمال بروز رفتارهای تکانه ای از جمله اقدام به خودکشی و وارد ساختن آسیب عمدی به خود کاهش یابد. این یافته می تواند تجربه مهم برای پزشکان مراکز درمانی کشور باشد که افراد خانواده را جهت برنامه درمانی بیماران آگاه نموده و داروها را با شرح عوارض آنها در اختیار این افراد قرار دهند. برقراری جلسات منظم آموزشی به صورت فردی و گروهی و تشویق سالمندان به ابراز مشکلات و نارسایی های موجود در محیط زندگی، که مخل سلامت جسمی و روانی آن ها است و اقدام به حل این معضلات به کمک خودشان، افزایش سطح آگاهی و میزان سازگاری آن ها با عوامل استرس زا، راه اندازی مشاوره بهداشت روانی در محیط زندگی سالمندان، راه اندازی انجمن های ویژه، برنامه های تفریحی و انجام پژوهش های بیشتری در زمینه سلامت سالمندان جهت یافتن علل نقاط ضعف سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی آن ها می تواند در جهت ارتقاء سلامت این قشر از جامعه مفید واقع گردد.

منابع و مراجع

- [۱] اسدی، حمید، حسینی رضی، ثریا، جلیلی، پروین (۱۳۹۱)، پیش بینی خطر خودکشی دانشجویان براساس اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله ای و سلامت عمومی، فصلنامه روانشناسی کاربردی سال ۶، شماره ۴، دوره ۲۴، زمستان، ۸۷-۱۰۱.
- [۲] امیری نژاد، علی، قریشی راد، فخرالسادات، جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۰)، مقایسه سبکهای فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی، مشاوره و روان درمانی خانواده، دوره ۱، شماره ۳، زمستان، ۳۳۰-۳۱۵.
- [۳] برک، لورا، ای (۱۳۹۱)، روانشناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی. ترجمه: یحیی سید محمدی، چاپ بیست و دوم، تهران، انتشارات ارسباران.
- [۴] بیرامی، منصور، عبدالله زاده جدی، آیدا (۱۳۹۱)، مطالعه مبتنی بر مدل کلونینجر: مقایسه عامل های سرشت و منش اقدام کنندگان به خودکشی با افراد بهنجار. مجله اصول بهداشت روانی سال ۱۴، شماره ۴، زمستان، ۳۳۶-۴۳.
- [۵] پورشریفی، حمید، حبیبی، مجتبی، زرانی، فریبا، عاشوری، احمد، حفاظی، میترا، حاجبی، احمد، بوالهری، جعفر، (۱۳۹۱). نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۸، شماره ۲، تابستان، ۹۹-۱۰۷.
- [۶] حاجلو، نادر، جعفری، عیسی (۱۳۹۳). رابطه بین بهزیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان. روانشناسی و دین، شماره ۷، دوره ۴، ۷۹-۹۰.
- [۷] خداپنده، فریده، نوربالا، احمدعلی، کاهانی، صبا، باقری، عباس (۱۳۹۱)، بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، شماره ۱، بهار، ۱-۱۲.
- [۸] سادوک، ویرجینیا، سادوک، بنیامین. (۲۰۰۷) خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه رضاعی. (۱۳۸۷)، تهران: ارجمند.
- [۹] ستوده، هدایت الله (۱۳۸۶)، آسیب شناسی اجتماعی، تهران: آوای نور، چاپ هجدهم.
- [۱۰] شولتز، دوان، شولتز، سیدنی آلن (۱۳۹۲)، روانشناسی شخصیت. ترجمه: یحیی سید محمدی، چاپ بیست و ششم، تهران، انتشارات رشد.
- [۱۱] صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۹۰)، آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران: سمت، چاپ هفتم.
- [۱۲] علیرودی نیا، اکبر، یوسفی، ندا (۱۳۹۳)، تمایل به خودکشی در میان دانشجویان: آزمون تجربی نظریه فشار عمومی اگینو. جامعه شناسی کاربردی سال ۲۵، شماره پیاپی (۵۴)، شماره ۲، تابستان.
- [۱۳] فیض پور، محمدعلی، لطفی، عزت اله (۱۳۹۴)، تمایزات اقتصادی و آسیب های اجتماعی مناطق کشور مطالعه نرخ بیکاری و میزان خودکشی. پژوهش های راهبردی امنیت و نظام اجتماعی. سال ۴، شماره پیاپی ۹، شماره اول، بهار و تابستان.
- [۱۴] کاپلان، هارلد، سادوک، بنیامین (۱۳۸۹)، خلاصه روانپزشکی، جلد دوم، تهران: شهر آب، ویرایش دهم.
- [۱۵] کرمی، جهانگیر، زکیی، علی، علیخانی، مصطفی، محمدی، فرهاد (۱۳۹۲)، رابطه ویژگی های شخصیتی مدل آیزنک و تاب آوری با نگرش به خودکشی در بین دانش آموزان دختر، فصلنامه پژوهش نوین روانشناختی سال ۸، شماره (۳۰)، تابستان.
- [۱۶] گنجی، مهدی، ویراست: گنجی، حمزه، (۱۳۹۴)، آسیب شناسی روانی dsm5، تهران: ساوالان، چاپ سوم.
- [۱۷] محمدی، سمیه، ایزد پناه، شهرزاد، فاضلی مهرآبادی، علیرضا، پناغی، لیلی، قدیری، فاطمه (۱۳۹۰)، تاثیر سبک های هویتی برافکار خودکشی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۱، بهار، ۶۷-۶۱.
- [۱۸] محمدی فر، محمدعلی، زارعی مته کلایی، الهه، نجفی، محمود، منطقی، محمود (۱۳۹۲)، مقایسه ویژگی های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی. فصلنامه اعتیاد سال ۷، شماره ۲۸، زمستان.

- [۱۹] معتمدی، عبدالله (۱۳۸۴)، نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق. مجله علوم اجتماعی – انسانی دانشگاه شیراز، شماره ۴، دوره ۲۲، ۲۰۳-۱۸۹.
- [۲۰] ملاجعفر، همد، پور شریفی، حمید، مسچی، فرحناز، برماس، حامد، تاجری، بیوک (۱۳۹۶)، بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان شناختی در سالمندان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۲۰، شماره ۳، بهار، ۹۷-۸۸.
- [21] Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen- Hoeksema S. Mapping Mindfulness Facets onto imensions of Anxiety and Depression. Behavior therapy. 2013;44(3):373-384. doi: 10.1016/j. beth. 2013.02.001.
- [22] Feng Z, Jones K, Wang WW. An exploratory discrete-time multilevel analysis of the effect of social support on the survival of elderly people in China. Soc sci med (1982). 2015;130:181-189. doi:10.1016/j.socscimed.2015.02.020.
- [23] Fredrickson , B. L. , & Branigan , C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. Cognition and Emotion ,19, 313 – 332.
- [24] 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.
- [25] Onunkwor OF, Al-Dubai SAR, George PP, et al. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in nongovernmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. Health and Quality of
- [26] Life Outcomes. 2016;14:6. doi:10.1186/s12955-016-0408-8.
- [27] Maskill , C. , Hodges , I. , Mclellan , V., & Collings , S. (2005). Explaining Patterns of Suicide : A selective review of studies examining social , economic , cultural and other population-level influences . Wellington , New Zealand : Ministry of Health.
- [28] Richard Schulz, Hans-Werner Wahl, Judith T. Matthews, Annette De Vito Dabbs, Scott R. Beach, Sara J. Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. Czaja Gerontologist. 2015; 55(5): 724 734. 27. doi: 10.1093/geront/gnu071
- [29] UNFPA. Aging in the twenty first century: Report. A celebration and challenges.[Updated 2014 May 16; cited 2016 Jul 9] www.unfpa.org/publication/aging-twentyfirstcentury.
- [30] United Nations
- [31] Publications(UNP),Ageing and Health.[Updated 2015 May 16; cited 2017 Mar 9]. Available at: www.un.org/publications.
- [32] World Health Organization.(WHO). Ageing and Life Course.[Updated 2015 May 16; cited 2017 Mar 9]. Available at:<http://www.who.int/ageing/en>. Accessed Apr 4.