



Psychological and Psychosocial Factors Protective against Suicidal Ideation and Suicide in the Elderly: A Systematic Review

Nikan Zarrabian¹, Naser Dehghanpour^{2*}

1- Master's Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

2- Master of Psychology, Department of Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Corresponding author: Naser Dehghanpour, Master of Psychology, Department of Psychology, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

Email: Naserdehghanpour@gmail.com

Received: 2025/05/30

Accepted: 2025/07/8

Abstract

Introduction: Today, suicide among the elderly is a major public health issue in many countries. However, there is limited understanding of the factors that can protect against suicide. This review was conducted with the aim of identifying and evaluating psychological and psychosocial factors that protect against suicide.

Methods: The present systematic review was conducted in April 2025 using Iranian and foreign search engines. The keywords Suicide, old, elderly, Protective factors and their Persian equivalents were used in relation to Iranian elderly suicide. The quality of the articles was assessed using the Quality Assessment Tool with Diverse Studies (QuADSs). The PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews) were followed. 33 articles were included and were combined in a narrative manner.

Results: A total of 33 studies were retained for review. The most important factors of suicidal ideation and suicide were mental disorders, depression, loneliness, hopelessness, family factors, aimlessness, amotivation and interpersonal cognitive distortions, positive and negative affect, perceived social support, and stressors and low resilience. The identified protective factors were purpose in life, life satisfaction, meaning in life, having questions about life, psychological well-being, well-being and quality of life, satisfaction with current circumstances, personality factors such as resilience, cognitive function and sense of belonging, perceived control, coping, religiosity, hope, self-regulation, sense of belonging, importance, positive relationships, social support, social connection, and social participation. The factors that had the most empirical support were suicidal ideation, which was the main outcome measure of about 87%.

Conclusions: Suicidal ideation was the main outcome measure of about 87%. Consistently significant associations were observed between all protective factors and reduced suicidal ideation or behavior, particularly for purpose in life, resilience, and positive relationships, suggesting that these are strong components of suicide prevention.

Keywords: Suicide, Suicide Prevalence, Suicidal Ideation, Suicide Attempt, Protective Factors.



عوامل روانشناختی و روانی - اجتماعی محافظت کننده در برابر افکار خودکشی و خودکشی در

سالمندان: یک مرور نظام مند

نیکان ضرابیان^۱، ناصر دهقان پور^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان ایران.
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

نویسنده مسئول: ناصر دهقان پور، کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
ایمیل: Naserdehghanpour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۹

چکیده

مقدمه: در بسیاری از کشورها خودکشی سالمندان به عنوان یک مسأله مهم بهداشت عمومی مطرح است. با این حال، درک محدودی از عواملی که می‌توانند در برابر خودکشی محافظت کنند، وجود دارد. این بررسی مروری با هدف شناسایی و ارزیابی عوامل روانشناختی و روانی - اجتماعی که در برابر خودکشی محافظت می‌کنند، انجام شد.

روش کار: مطالعه مروری منظم حاضر، در فروردین سال ۱۴۰۴، با استفاده از موتورهای جستجوگر ایرانی و خارجی جستجو شدند. کلمات کلیدی Suicide، old، elderly، Protective factors و معادل فارسی آن‌ها در ارتباط با خودکشی سالمندی ایرانی انجام شد. کیفیت مقالات با استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت با مطالعات متنوع (QuADS) ارزیابی شد. دستورالعمل‌های PRISMA موارد گزارش ترجیحی برای بررسی‌های سیستماتیک رعایت شد. ۳۳ مقاله گنجانده و به صورت روایی ترکیب شدند.

یافته‌ها: در مجموع ۳۳ مطالعه برای بررسی حفظ شد. مهم‌ترین عوامل افکار خودکشی و خودکشی اختلالات روانی، افسردگی، تنهایی، ناامیدی، عوامل خانوادگی، بی‌هدفی، بی‌انگیزگی، تحریف‌های شناختی بین فردی، عاطفه مثبت و منفی، حمایت اجتماعی ادراک شده و عوامل استرس‌زا و تاب‌آوری پایین بودند و عوامل محافظتی شناسایی شده عبارت بودند از هدف در زندگی، رضایت از زندگی، معنا داشتن در زندگی، داشتن سوال درباره زندگی، رفاه روانی، رفاه و کیفیت زندگی، رضایت از شرایط فعلی، عوامل شخصیتی مانند تاب‌آوری، عملکرد شناختی و حس تعلق، کنترل درک شده، مقابله، دینداری، امید، خودتنظیمی، حس تعلق، اهمیت داشتن، رابطه مثبت، حمایت اجتماعی، ارتباط اجتماعی و مشارکت اجتماعی عواملی که بیشترین حمایت تجربی را داشتند.

نتیجه‌گیری: افکار خودکشی معیار اصلی پیامد حدود ۸۷ درصد بود. ارتباط معناداری به طور مداوم بین همه عوامل محافظتی و کاهش افکار یا رفتارهای خودکشی، به ویژه برای هدف در زندگی، تاب‌آوری و روابط مثبت مشاهده شد که نشان می‌دهد این موارد اجزای محکمی برای پیشگیری از خودکشی هستند. استفاده از مقیاس‌ها، به جای یک مورد واحد، برای سنجش عوامل محافظتی (مثلاً رضایت از زندگی) برای ثبت ارتباطات کارآمدتر بود.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، شیوع خودکشی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل محافظت کننده.

مقدمه

خودکشی یک مسئله بهداشت عمومی جهانی است، به طوری که سالانه بیش از هفتصد هزار نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، که معادل یک نفر در هر ۴۰ سال است (۱). میزان خودکشی در بزرگسالان مسن اغلب بالاترین میزان در بین هر گروه سنی، به ویژه در بین کشورهای توسعه یافته است (۲). نرخ خودکشی جهانی در میان افراد مسن بالاترین میزان را دارد (۳). در سال ۲۰۱۹، نرخ خودکشی برای افراد ۷۰ سال به بالا ۲۴/۵ نفر در هر صد هزار نفر و برای افراد ۵۰ تا ۶۹ سال ۱۴/۲۵ نفر بود (۴). در حالی که این نرخ برای همه سنین ۹/۴ نفر در هر صد هزار نفر بود. علاوه بر این، نرخ خودکشی در بزرگسالان مسن در هر یک از گروه‌های سنی ۵ ساله بین سنین ۶۰ تا ۶۴ سال و ۹۰ تا ۹۴ سال، برای مردان و زنان، افزایش می‌یابد (۵). برای مثال، داده‌های موجود از ۲۵ کشور نشان داد که میزان خودکشی در مردان از ۳۴/۷ در گروه سنی ۶۰ تا ۶۴ سال به ۶۸/۶ در گروه سنی ۹۰ تا ۹۴ سال افزایش یافته است، در حالی که در زنان از ۹/۸ به ۱۴/۸ در گروه سنی مربوطه افزایش یافته است (۶). با افزایش سن جمعیت، تحقیق در مورد خودکشی در بزرگسالان مسن باید موضوع مطالعات متعددی باشد، اما این موضوع به شدت مورد غفلت قرار گرفته است (۷).

خودکشی یک فرد مسن پیامدهای قابل توجهی بر بستگان دارد، که ممکن است هنگام مواجهه با سختی‌ها یا چالش‌های مرتبط با پیری خود، مرگ را به عنوان یک راه حل ممکن در نظر بگیرند (۸). بنابراین، بررسی عواملی که می‌توانند به جلوگیری از خودکشی در بزرگسالان مسن کمک کنند، مهم است. اخیراً سه بررسی سیستماتیک در مورد عوامل خطر مرتبط با خودکشی در دوران سالمندی منتشر شده است (۹، ۱۰). با این حال، تا آنجا که ما می‌دانیم، هیچ بررسی‌ای که عوامل محافظتی خودکشی را در میان جمعیت مسن بررسی کند، وجود ندارد.

برای بزرگسالان مسن‌تر، صحبت کردن در مورد مرگ ممکن است بخشی از آماده‌سازی آنها برای پایان زندگی‌شان باشد (۱۱). بنابراین، در تحقیقات مربوط به خودکشی، لازم است بین افکار عادی در مورد مرگ و «خودکشی» تمایز قائل شویم (۱۲). خودکشی به طیف

وسیقی از مفاهیم اشاره دارد که از افکار خودکشی تا رفتارهای خودکشی (برنامه‌ریزی، اقدام به خودکشی یا خودکشی) امتداد می‌یابد. افکار خودکشی، به عنوان طیفی از افکار خودکشی غیرفعال، شامل خستگی از زندگی (احساس اینکه زندگی ارزش زیستن ندارد) و آرزوی مرگ (ترجیح می‌دهم بمیرم/بهرتر است بمیرم)، تا افکار خودکشی فعال، که به افکار و قصد پایان دادن به زندگی اشاره دارد، مفهوم‌سازی می‌شود (۱۳).

متأسفانه، افکار خودکشی، تعریف عملیاتی ثابتی ندارد که اغلب به عنوان یک محدودیت در متاآنالیزهای مرتبط با خودکشی ذکر می‌شود (۱۴). با این وجود، در بزرگسالان مسن‌تر، انزوای اجتماعی ادراک‌شده، معمولاً همراه با پریشانی روانی ظاهر می‌شود و حتی در غیاب افسردگی با افزایش خطر خودکشی همراه است (۱۵). از آنجایی که بزرگسالان مسن‌تر تمایل کمتری به ابراز خود و جستجوی خدمات بهداشت روان دارند و اکثر آنها در اولین تلاش خود می‌میرند، انزوای اجتماعی ادراک‌شده، شایسته توجه ویژه است (۱۶).

علاوه بر این، خودکشی در سنین بالاتر با اقدامات کمتر تکانشی، سطوح بالاتر قصد و ابزار کشنده‌تر مشخص می‌شود (۱۷، ۱۸). با توجه به این میزان بالا، درک عوامل محافظتی که خطر خودکشی را در بزرگسالان مسن کاهش می‌دهند، برای تلاش‌های پیشگیرانه بسیار مهم است. این شامل درک عواملی است که از افکار خودکشی محافظت می‌کنند، زیرا افکار خودکشی اغلب مقدم بر اقدامات خودکشی هستند (۱۹).

تحقیقات زیادی بر عواملی که خطر خودکشی را در بزرگسالان مسن افزایش می‌دهند، متمرکز شده‌اند. عوامل خطر اجتماعی - جمعیتی شناسایی شده برای خودکشی در سنین بالاتر شامل انزوای اجتماعی، فشار مالی، بیوه بودن یا مجرد بودن و تنها زندگی کردن است (۲۰). عوامل خطر بالینی شامل ناتوانی عملکردی، بیماری و درد مزمن، افسردگی و اختلال شناختی است (۲۱). یک بررسی سیستماتیک اخیر نشان داده است که عوامل خطر زیر بیشترین ارتباط را با رفتارهای خودکشی در سنین بالاتر دارند: اختلالات افسردگی و تجویز داروهای روانگردان، و پس از آن عوامل روانشناختی (مانند پریشانی روانی، احساس ناامیدی) و ناتوانی (۲۲). علاوه

بر این، جنسیت مرد، هرگونه اختلال روانپزشکی (افسردگی، اضطراب و اختلالات دوقطبی)، عوامل استرس‌زا/ سوگ و زندگی تنها نیز به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم مرگ ناشی از خودکشی در سنین بالاتر شناسایی شدند. در نهایت، تحقیقات نشان داده است که عوامل خطر خودکشی در سطح جامعه نیز وجود دارند، مانند تبعیض سنی (۲۳، ۲۴) و کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی (۲۵). علاوه بر پژوهش‌های بیان شده، افسردگی به وضوح عامل خطر اصلی برای رفتار خودکشی و همچنین قطع ارتباط اجتماعی و مشکلات بین فردی (۲۶) یا بیماری‌های مزمن، درد و محدودیت‌های عملکردی است (۲۷). تأثیر تبعیض سنی را نباید نادیده گرفت؛ در واقع، نتایج نشان می‌دهد که افراد مسنی که به دلیل سن خود تبعیض را تجربه کرده‌اند، ۲/۲۶ برابر بیشتر از افرادی که آن را تجربه نکرده‌اند، در معرض خطر ابتلا به انزوای اجتماعی ادراک‌شد هستند، حتی پس از کنترل ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی، وضعیت سلامت و وجود علائم افسردگی (۲۳)، با این وجود، هاوتون و همکاران (۲۸) و همچنین کرامر و تاکر (۲۹) اظهار داشتند که اقدامات پیش‌بینی خطر بی‌اثر هستند و ارزیابی متمرکز بر عوامل محافظتی، پویا (قابل تغییر یا اصلاح) و پیش‌بینی‌شده برای تدوین برنامه‌های درمانی مشارکتی مورد نیاز است.

علاوه بر این، در ۱۰ سال گذشته، پژوهش‌های لافلام و همکاران (۳۰)، لاپیر و همکاران (۳۱)، اوکولی و همکاران (۳۲)، والاس و همکاران (۳۳) و زیگنو و همکاران (۳۴) بر برنامه‌های مداخله‌ای بر کاهش عوامل خطر، به ویژه افسردگی یا انزوا متمرکز بوده‌اند. تنها تعداد کمی از محققان از جمله هاینزل و همکاران (۳۵) و هاینزل و همکاران (۳۶) تلاش کرده‌اند برنامه‌هایی را با تمرکز بر عوامل محافظتی، مانند معنا در زندگی، متمرکز بر امید (۳۷) و تحقق پروژه‌های شخصی (۳۱) توسعه دهند. با این حال، تحقیقات در مورد عوامل محافظتی در جمعیت مسن هنوز کمیاب است و نیاز به یک بررسی سیستماتیک و به‌روز از مطالعات کمی وجود دارد (۲۹).

به طور خلاصه، در حال حاضر هیچ بررسی سیستماتیکی از عوامل روانشناختی و روانی اجتماعی محافظت‌کننده برای خودکشی در افراد سالمند وجود ندارد. در حالی که عوامل

خطر و محافظت‌کننده برای خودکشی در سطوح مختلف (فردی، رابطه‌ای، اجتماعی و اجتماعی) وجود دارند (۳۰)، اعتقاد بر این است که متغیرهای روانشناختی نقش مهمی در چگونگی تأثیر عوامل استرس‌زا در سطوح مختلف بر خودکشی دارند. به عنوان مثال، مدل یکپارچه انگیزشی-ارادی، خودکشی پیشنهاد می‌کند که ایده خودکشی توسط ارزیابی شکست و تحقیر در پاسخ به عوامل استرس‌زای زندگی، به جای خود عامل استرس‌زا، ایجاد می‌شود (۳۹). عوامل روانشناختی مانند خودکارآمدی و منبع کنترل درونی ممکن است در برابر وقایع منفی زندگی نقش ضربه‌گیر داشته باشند و خودکشی بعدی را کاهش دهند (۴۰). درک جامع از عوامل روانشناختی که خودکشی را کاهش می‌دهند، می‌تواند اهداف درمانی مهمی را شناسایی کرده و درمان‌های روانشناختی و مداخلات بالینی مؤثری را توسعه دهد. درک این عوامل محافظتی نه تنها برای توسعه مداخلات هدفمند، بلکه برای اطلاع‌رسانی در مورد سیاست‌های بهداشت عمومی و تخصیص منابع برای حمایت از سلامت روان سالمندان نیز حیاتی است. تنظیم مداخلات برای افزایش این عوامل محافظتی می‌تواند خطر خودکشی را در این جمعیت آسیب‌پذیر به طور قابل توجهی کاهش دهد. در نتیجه، مقاله حاضر یک بررسی مروری نظام‌مند بر عوامل روانشناختی و روانی-اجتماعی محافظت‌کننده در برابر افکار خودکشی و خودکشی در سالمندان انجام داده است.

روش کار

مفهوم‌سازی عوامل محافظتی

در مطالعه حاضر، یک عامل محافظتی به عنوان یک سازه روانشناسی مثبت در نظر گرفته می‌شود و به عنوان یک منبع، یک ویژگی یا یک توانایی تعریف می‌شود که فرد را از اندیشه خودکشی و رفتارهای خودکشی محافظت می‌کند. بسیاری از مطالعات از مفاهیمی استفاده می‌کنند که به طور منفی منعکس کننده عوامل محافظتی هستند (به عنوان مثال، عدم ارتباط اجتماعی، انزوای اجتماعی و ناامیدی). این کلمات منفی جستجو نشدند زیرا هدف این بررسی یافتن ویژگی‌هایی بود که می‌توانند زندگی افراد را بهبود بخشند و تأثیر منفی عوامل خطر را خنثی کنند. با این وجود، اگر نویسندگان تصمیم می‌گرفتند نتایج مربوط

انجام شد. ابتدا، انتخاب عوامل محافظتی با انجام یک بررسی دامنه‌دار از مطالعات مرتبط برای جستجوی عبارات جستجوی مرتبط انجام شد. این کار با استفاده از عبارات گسترده‌ای مانند «عوامل محافظتی» بر اساس ترکیبی از کلمات کلیدی خودکشی + سالمندان + عوامل محافظتی، در پایگاه داده‌ها (Google Scholar, PubMed, Scopus, MEDLINE, PsycINFO, Cochrane, SocINDEX, Web of Science) انجام شد. در مجموع ۱۷ عامل محافظتی روانشناختی و ۱۹ عامل محافظتی روانی-اجتماعی ارائه شد که نمایانگر ابعاد کلی بودند که برای بررسی در نظر گرفته شده بودند. مهم‌ترین عوامل افکار خودکشی و خودکشی اختلالات روانی، افسردگی، تنهایی، ناامیدی، عوامل خانوادگی، بی‌هدفی، بی‌انگیزگی، تحریف‌های شناختی بین‌فردی، عاطفه مثبت و منفی، حمایت‌اجتماعی ادراک‌شده و عوامل استرس‌زا و تاب‌آوری پایین بودند و عوامل محافظتی شناسایی شده عبارت بودند از هدف در زندگی، رضایت از زندگی، معنا داشتن در زندگی، داشتن سوال درباره زندگی، رفاه روانی، رفاه و کیفیت زندگی، رضایت از شرایط فعلی، عوامل شخصیتی مانند تاب‌آوری، عملکرد شناختی و حس تعلق، کنترل درک شده، مقابله، دینداری، امید، خودتنظیمی، حس تعلق، اهمیت داشتن، رابطه مثبت، حمایت اجتماعی، ارتباط اجتماعی و مشارکت اجتماعی عواملی که بیشترین حمایت تجربی را داشتند.

در مرحله دوم، جستجوها برای هر عامل با استفاده از عبارات جستجوی (عامل محافظتی خاص) در پایگاه داده‌های ذکر شده قبلی انجام شد. مقالات مجلات داوری شده در صورتی معیارهای ورود را داشتند و مطالعه منتشر شده شامل جمعیت / نمونه‌ای از سالمندان ۶۰ سال به بالا، ساکن در جامعه یا در مراکز مراقبتی مسکونی باشد. هیچ محدودیتی در زبان، کشور یا سال انتشار اعمال نشد. گزارش‌های موردی، پایان‌نامه‌ها، کالبدشکافی‌های روانشناختی، مطالعات کیفی، اکولوژیکی و توصیفی حذف شدند، زیرا این طرح‌ها تخمین‌های کمی از ارتباطات (به عنوان مثال، قدرت ارتباط بین عوامل محافظتی و افکار خودکشی) ارائه نمی‌دهند. مطالعات مداخله‌ای نیز در صورت داشتن اجزای چندوجهی حذف شدند زیرا شناسایی تأثیر یک عامل محافظتی خاص غیرممکن بود. همچنین، مطالعات مربوط به جمعیت‌های خاص (به عنوان مثال،

به عوامل محافظتی را با استفاده از یک فرمول منفی ارائه دهند، مطالعات حفظ شدند.

این بررسی سیستماتیک فقط متغیرهای روانشناختی و روانی-اجتماعی را بررسی کرد. بنابراین، مطالعاتی که سلامت جسمی (کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) یا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، مانند وابستگی مذهبی، وضعیت مدنی و تأهل، ساختار خانواده و حضور فرزندان، نوه‌ها یا خواهر و برادر را در نظر می‌گرفتند، به منظور تمرکز بر عملکرد اجتماعی و روانی فرد، گنجانده نشدند. عوامل محافظتی مرتبط با سیاست‌ها، برنامه‌ها یا خدمات دولتی، سازمانی و اجتماعی لحاظ نشده‌اند، اگرچه واضح است که تنوع عوامل محافظتی ارتباط نزدیکی با این سیستم‌های کلان دارد.

یکی از مشکلات هنگام مفهوم‌سازی عوامل محافظتی، مرزبندی نامشخص بین عوامل است. اکثر آنها به هم مرتبط هستند و ریشه مشترکی دارند. بنابراین، حتی اگر محققان از نام یکسانی برای یک عامل محافظتی استفاده کنند، اغلب مفاهیم یا ابعاد مختلفی را اندازه‌گیری می‌کنند. با این وجود، ما ۱۷ عامل محافظتی روانشناختی و ۱۹ عامل محافظتی روانی-اجتماعی را شناسایی کردیم که به صورت درون فردی یا بین فردی طبقه‌بندی می‌شوند. عوامل درون فردی به ادراکات یا نگرش‌های درونی فرد اشاره دارند. عوامل بین فردی از روابط متقابل با افراد و جامعه ناشی می‌شوند. ویژگی‌های بین فردی معمولاً به جنبه‌های ساختاری و عملکردی طبقه‌بندی می‌شوند. حمایت ساختاری به میزان ارتباط فرد در یک شبکه اجتماعی اشاره دارد (که اغلب به صورت عینی ارزیابی می‌شود)، در حالی که حمایت عملکردی مربوط به نقشی است که توسط شبکه ارائه می‌شود و معمولاً با درک ذهنی از کمک موجود سنجیده می‌شود. بنابراین، ما سعی کردیم بین معیارهای ذهنی و عینی عوامل بین فردی تمایز قائل شویم، اگرچه گاهی اوقات دشوار است زیرا متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی اغلب بر اساس کمیت (عینی) و کیفیت (ذهنی) روابط متقابل تعریف می‌شوند.

رویه‌های جستجو و انتخاب

یک پروتکل پیشینی برای ثبت مرورهای سیستماتیک تدوین و در PROSPERO ثبت شد. رویه جستجو در دو مرحله

اقدام کنندگان به خودکشی، سالمندان مورد آزار یا سوگوار، افراد بومی یا زندانیان) به دلیل محدودیت تعمیم‌پذیری حذف شدند. روش انتخاب به طور مستقل توسط دو محقق انجام شد. وقتی اختلافی پیش می‌آمد، شخص ثالثی برای حل آن وارد عمل می‌شد.

اگرچه تعریف سالمندی بر اساس سن می‌تواند ذهنی باشد، این بررسی تصمیم گرفته است که از معیار سنی ۶۰ سال به بالا استفاده کند. دلیل این امر این است که در کشور ما، ۶۰ سال به طور سنتی به عنوان نشانگر شروع سالمندی در نظر گرفته شده است. کیفیت مقالات با استفاده از ابزار ارزیابی کیفیت با مطالعات متنوع (QuADSs) ارزیابی شد. دستورالعمل‌های PRISMA موارد گزارش ترجیحی برای بررسی‌های سیستماتیک) رعایت شد که در نمودار ۱ آورده شده است.

یافته‌ها

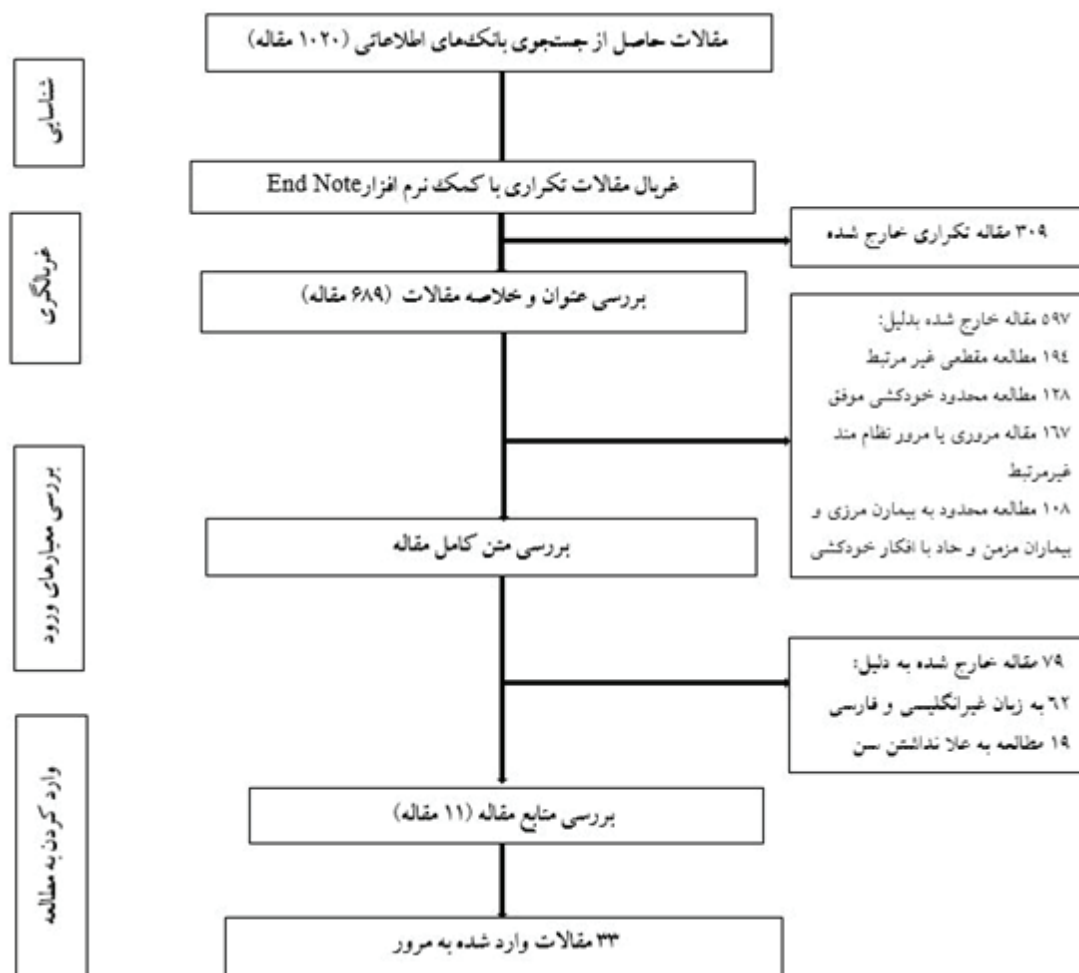
مقالات با استفاده از پایگاه‌های داده شناسایی شدند. استراتژی جستجو به گونه‌ای طراحی شده بود که مطالعاتی را که سه حوزه کلی را در بر می‌گرفتند، هدف قرار دهد: خودکشی، عوامل محافظتی و سالمندان. کلمات کلیدی (خودکشی، محافظت، بزرگسال سالمند) و عناوین موضوعی (مثلاً خودکشی، عوامل محافظتی، سالمندی) مختص هر پایگاه داده برای شناسایی متون مربوطه استفاده شد.

کلیه مقالات استخراج شده از بانکهای اطلاعاتی به نرم افزار End Note منتقل شده و مقالات تکراری حذف سپس مقالات باقیمانده براساس معیارهای ورود شامل: ۱. مقالاتی که هدف آنها عوامل محافظت کننده برای خودکشی و فکار خودکشی در سالمندان حداقل به عنوان یکی از اهداف مورد بررسی آن بود؛ ۲. مقالاتی که در جمعیت سالم نه دارای بیماری خاص مانند ام اس پیشرونده و سرطان‌های غیرقابل کنترل به عنوان بخشی از جمعیت مورد مطالعه انجام شده بود؛ ۳. مقالاتی که به زبان انگلیسی و یا فارسی بودند؛ مورد ارزیابی قرار گرفتند. هیچ معیاری برای روش اندازه‌گیری خودکشی وجود نداشت، اگرچه مطالعات مربوط به رفتارهایی بدون قصد خودکشی واضح، و همچنین داده‌های خودگزارشی که به وضوح افکار خودکشی را اندازه‌گیری نمی‌کردند، حذف شدند. مقالاتی که شامل

شرکت‌کنندگانی کمتر از ۶۰ سال بودند، در صورتی واجد شرایط ورود به مطالعه بودند که نمونه آنها شامل یک گروه سنی ۶۰+ قابل شناسایی باشد و مقایسه‌هایی بین گروه‌های سنی انجام شود. مقالاتی که تجزیه و تحلیل آماری انجام نداده بودند (مثلاً مطالعات مصاحبه‌ای فقط با استفاده از تجزیه و تحلیل کیفی)، فقط بر مطالعات موردی فردی متمرکز بودند یا تحقیقات اصلی را گزارش نکرده بودند (مثلاً بررسی متون)، حذف شدند. مطالعات مربوط به درمان یا پیشگیری نیز حذف شدند. همچنین برای ورود به مطالعه، متن کامل باید در دسترس باشد. بررسی مقالات از لحاظ شرایط ورود به مطالعه براساس خواندن عنوان و چکیده مقالات صورت گرفت و در صورتی که توضیحات کافی در خلاصه مقاله وجود نداشت، بررسی معیارهای ورود براساس خواندن متن کامل مقاله انجام شد. همچنین جهت جامع و کامل بودن محدوده جستجو، منابع مقالاتی که در انتها مورد مطالعه قرار گرفتند، بررسی و منابع مرتبط آنها نیز وارد مطالعه مروری شدند.

جستجوی متون، ۱۰۲۰ گزارش از ۱۵ جستجوی جداگانه در پایگاه داده‌های بالا را به همراه داشت. پس از حذف ۳۰۹ مورد تکراری، غربالگری بر اساس عنوان و چکیده با ۷۱۱ نمونه صورت گرفت که ۵۹۷ مقاله به دلیل (۱۹۴ مطالعه مقطعی غیر مرتبط؛ ۱۲۸ مطالعه محدود خودکشی موفق، ۱۶۷ مقاله مروری یا مرور نظام مند غیرمرتبط و ۱۰۸ مطالعه محدود به بیماران مرزی و بیماران مزمن و حاد با افکار خودکشی) خارج شدند و تعداد ۱۱۴ مقاله برای بررسی متن کامل مقاله حفظ شد و از این تعداد ۷۹ مقاله به دلایل ۵۹ به زبان غیرانگلیسی و فارسی و ۲۰ مطالعه به علاقه نداشتن و سن بالاتر از سن مورد پژوهش حذف شدند و در مجموع ۳۵ مطالعه حفظ که با توجه به عدم اطلاعات کافی در فرآیند تحلیل ۲ مقاله دیگر نیز حذف شد.

جستجوها بر اساس دو عامل، اهمیت دادن و خودتنظیمی، به هیچ یافته‌ای منجر نشد. از آنجایی که بسیاری از مطالعات، بیش از چند عامل محافظتی را به طور همزمان بررسی کردند، تجزیه و تحلیل بر اساس مجموع ۳۳ پژوهش مختلف انجام شد. هر یک از عوامل به صورت جداگانه تحت یکی از دسته‌های اصلی ارائه شده‌اند: عوامل محافظتی روانشناختی و عوامل محافظتی روانی-اجتماعی.



شکل ۱. دیاگرام مطالعه (PRISMA)

انگلیس انجام شده بودند. تعداد قابل توجهی (۱۳۱ مطالعه) نمونه‌های کوچکی (کمتر از ۳۰۰ شرکت‌کننده) داشتند، به ویژه آنهایی که عوامل درون فردی مانند هدف در زندگی و امید را بررسی می‌کردند. نمونه‌های بزرگتر (بیش از ۳۰۰ نفر) بیشتر برای عوامل محافظتی بین فردی، به استثنای حس تعلق، استفاده می‌شدند. فقط تعداد کمی از آنها سالمندان ساکن در مراکز مراقبتی را به کار گرفتند. نمرات ارزیابی کیفیت نشان داد که اکثر مطالعات ($n=61$) به عنوان متوسط ارزیابی شدند و تنها ۳۳ مطالعه از کیفیت خوبی برخوردار بودند، جزئیات ارزیابی و امتیاز اختصاص داده شده به هر مطالعه بررسی گردید.

مقیاس‌های اندازه‌گیری اغلب برای ارزیابی عوامل درون فردی استفاده می‌شدند. با این حال، مقیاس‌ها معمولاً برای سنجش دینداری، ارتباط اجتماعی و مشارکت اجتماعی استفاده نمی‌شدند. تنها تعداد کمی از مطالعات، از مرگ ناشی از خودکشی، اقدام به خودکشی یا خودآزاری عمدی

براین اساس ۳۳ مقاله جهت تعیین عوامل روانشناختی و روانی-اجتماعی محافظت کننده، به مطالعه مروری وارد و مورد بررسی قرار گرفتند. ویژگی‌های مقالات وارد شده در مرور از نظر کشور انجام مطالعه و سال آن، نویسنده و نوع مقاله، جمعیت مورد مطالعه، محیط، اندازه، محدوده سنی و جنسیت؛ روش‌های مطالعه، شامل طراحی مطالعه و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها؛ نتایج مرتبط با هدف بررسی و یافته‌های اصلی مطالعه، انجام گردید (شکل ۱).

بحث

مطالعات مورد بررسی بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۵ (فروردین ۱۴۰۴) منتشر شده‌اند. داده‌ها از همه کشورها جمع‌آوری شده‌اند. ناهمگونی این مطالعات کمی بالا بود و اکثریت آنها (۱۰۲ مطالعه) از نظر طراحی مقطعی بودند و چهار مطالعه از طرح طولی و یک مطالعه از طرح مورد-شاهدی استفاده کرده بودند. اکثر مطالعات در آمریکا و

به عنوان یک متغیر پیامد استفاده کردند؛ اکثریت ایده خودکشی (نوع خودکشی) را بررسی کردند. همچنین از مقیاس‌های معتبر، مانند مقیاس ایده خودکشی سالمندان یا پرسشنامه ایده خودکشی بک، برای ارزیابی ایده خودکشی استفاده کردند. اکثر مطالعاتی که به عوامل درون فردی می‌پرداختند، از یک مقیاس برای اندازه‌گیری ایده خودکشی، استفاده می‌کردند، اما برای عوامل بین فردی، استفاده از یک آیتم واحد رایج‌تر بود.

به طور کلی، ارتباط با ایده خودکشی و رفتارهای خودکشی به طور مداوم برای همه عوامل محافظتی مشاهده شد. نسبت ارتباطات معنادار برای عوامل درون فردی در مقایسه با عوامل بین فردی بیشتر بود. وضعیت کلی ارتباطات تا حدودی تحت تأثیر انواع اندازه‌گیری (مقیاس در مقابل تک آیتم) مورد استفاده برای دسترسی به هر عامل محافظتی قرار داشت. استفاده از مقیاس‌ها، به جای یک آیتم، برای اندازه‌گیری عوامل محافظتی، برای ثبت ارتباطات کارآمدتر بود. این امر به وضوح در مورد مطالعات مربوط به رضایت از زندگی صادق بود، که ارتباطات بسیار ثابتی را با خودکشی هنگام استفاده از مقیاس رضایت از زندگی در مقایسه با رویکرد تک سوالی نشان دادند.

مطالعات (۱۷، ۱۹، ۲۳، ۳۱) بر عوامل بین فردی متمرکز بودند، مطالعات مورد بررسی، متغیرهای درون فردی مختلف را شناسایی کردند که به عنوان عوامل محافظتی بالقوه در برابر خودکشی در نظر گرفته می‌شوند: کنترل ادراک‌شده، خودکارآمدی، عزت نفس، رفاه، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، هدف در زندگی، تاب‌آوری، مقابله، دینداری، امید و بخشش خود. جای تعجب است که هیچ مطالعه‌ای در مورد خودتنظیمی وجود نداشت، حتی اگر ادبیات موضوع توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و مقابله با درد عاطفی را عامل مهمی برای پیشگیری از خودکشی بداند (۴۱).

از آنجایی که پیشگیری از خودکشی باید اجزای مختلفی را به طور همزمان در نظر بگیرد، برخی مطالعات به بررسی تعاملات بین متغیرها، بررسی اثرات تعدیل‌کننده یا واسطه‌ای عوامل محافظتی بر خودکشی یا آزمایش مدل‌های مفهومی پرداخته‌اند. به عنوان مثال، مشخص شد که هدف در زندگی، یک تعدیل‌کننده بین ناامیدی و افکار خودکشی است، به طوری که این ارتباط زمانی که معنا در زندگی کم بود، معنی‌دار بود، اما زمانی که معنا در زندگی متوسط یا زیاد بود، معنی‌دار نبود (۴۲). هدف در

زندگی همچنین به عنوان یک میانجی بین منبع کنترل درونی و خطر خودکشی ظاهر شد، به طوری که کنترل درونی بیشتر با هدف در زندگی بالاتر مرتبط بود، که به نوبه خود با خطر کمتر خودکشی مرتبط بود (۴۳). در همین حال، همه مطالعات نشان دادند افرادی که فکر می‌کنند زندگی‌شان معنادار است، کمتر احتمال دارد که در مقیاس ایده خودکشی نمره بالایی کسب کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد هدف در زندگی یک عامل محافظتی مهم برای بزرگسالان مسن‌تر باشد. در مورد امید، اگرچه بیشتر به صورت منفی (ناامیدی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اما به نظر می‌رسد که یک عامل محافظتی در برابر ایده خودکشی باشد.

یافته‌های جالبی در رابطه با مقابله وجود داشت. حتی اگر یکی از سه مطالعه این عامل محافظتی نشان دهد که بزرگسالان مسن‌تری که از استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه (مقابله مذهبی، پذیرش، مقابله فعال و بازتعریف مثبت) استفاده می‌کنند، ایده خودکشی کمتری نشان می‌دهند (۷)، همچنین، مقابله متمرکز بر مسئله (مدیریت یا تغییر شرایطی که باعث پریشانی می‌شود) پیش‌بینی‌کننده معناداری نیست، که نشان می‌دهد ممکن است برای بزرگسالان مسن‌تر کمتر مرتبط باشد. در مورد مقابله متمرکز بر هیجان، ارتباط بسته به استراتژی‌هایی که برای تنظیم پاسخ عاطفی به پریشانی ارزیابی شده‌اند، متفاوت است.

مارتی و همکاران (۴۴) دریافتند که مقابله متمرکز بر هیجان (جستجوی حمایت عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، شوخ‌طبعی و روی آوردن به دین) یک عامل محافظتی در برابر افکار خودکشی است، در حالی که یون و همکاران (۴۵) نتایج معکوسی را با سایر استراتژی‌های مقابله متمرکز بر هیجان (حواس‌پرتی، عدم مشارکت در رفتار، انکار، سرزنش خود و تخلیه هیجانی) یافتند. بنابراین، همانطور که مارتی و همکاران (۴۴) اظهار داشتند: «تمایز ساده‌انگارانه بین مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان کافی نیست». تمایز بین استراتژی‌های مقابله متمرکز بر هیجان متنوع ممکن است به ویژه برای بزرگسالان مسن که اغلب هیچ کاری برای تغییر واقعی شرایط مربوط به پیری نمی‌توان انجام داد، مهم باشد. لازم به ذکر است که از میان شش مطالعه در مورد تاب‌آوری، پنج مورد ارتباط محافظتی معناداری در برابر افکار خودکشی نشان دادند.

اکثر مطالعات انتخاب شده از افکار خودکشی، به عنوان متغیر نتیجه استفاده کرده‌اند، احتمالاً به این دلیل که بررسی نقش عوامل محافظتی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند یا به زندگی خود پایان داده‌اند، تقریباً غیرممکن است. با این حال، همانطور که قبلاً ذکر شد، هیچ تعریف ثابت و مورد قبول جهانی از افکار خودکشی وجود ندارد که همه چیز را از خستگی زندگی گرفته تا مشغولیت ذهنی با خودنابودی در بر بگیرد (۲۱). این امر منجر به چالش‌های مداوم برای تحقیق می‌شود زیرا در توانایی مقایسه یافته‌ها در مطالعات مختلف اختلال ایجاد می‌کند (۴۹). اگرچه مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری افکار خودکشی وجود دارد، اما هیچ کدام برای پیش‌بینی خودکشی به اندازه کافی قابل اعتماد نیستند (۳۷). علاوه بر این، افکار خودکشی در طول زمان نوسان دارد و شامل درجات مختلفی از قصد، انگیزه، شدت، تصویرسازی و برنامه‌ریزی است (۱۱). بنابراین، بررسی‌های مقایسه‌ای ارزش پیش‌بینی‌کننده عوامل محافظتی باید مشخص کند که هر یک از مطالعات، افکار خودکشی را چگونه تعریف کرده‌اند، به ویژه آن‌هایی که فقط از یک مورد برای ارزیابی آن استفاده می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پیشگیری از خودکشی به طور سنتی بر عوامل خطر متمرکز بوده است و مطالعه حاضر از لزوم گسترش استراتژی‌ها برای تقویت عوامل محافظتی حمایت می‌کند. هدف از تحقیق در مورد عوامل خطر، پیش‌بینی اقدام به خودکشی و جلوگیری از مرگ و میر بود. تحقیقات در مورد عوامل محافظتی می‌تواند نشان دهد که چگونه می‌توان رفاه و کیفیت زندگی را بهبود بخشید تا فرآیند خودکشی حتی شروع نشود. در واقع، داشتن دلایل برای زندگی و داشتن یک زندگی معنادار با خودکشی ناسازگار است، در حالی که ایجاد تاب‌آوری می‌تواند بروز اختلالات مرتبط با استرس را کاهش دهد لذا پیشنهاد می‌شود، تحقیقات آینده باید از یک رویکرد شبکه‌ای برای بررسی تعاملات بین عوامل محافظتی و خطر استفاده کنند تا مشخص شود کدام متغیرها برای هدایت مداخلات هدفمند مؤثر، محوری هستند.

نتایج مربوط به اثر پیش‌بینی‌کننده دینداری متناقض است. اگرچه، نیشی و همکاران (۴۶) ارتباط معکوسی با افکار خودکشی در شرکت‌کنندگانی که به باورهای مذهبی خود اهمیت می‌دهند و مرتباً در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، یافتند، هیزل و فلت (۳۵، ۳۶) ارتباط مثبتی یافتند. نویسندگان اظهار داشتند که افراد مسن‌تر که سطوح بالاتری از افکار خودکشی را تجربه می‌کنند، بیشتر از افراد مسن‌تر که کمتر خودکشی می‌کنند، به احتمال زیاد برای کمک به رعایت پرشور مذهبی روی می‌آورند.

این پژوهش مروری، توانست دانش و شواهد فعلی در مورد عوامل روانشناختی و روانی-اجتماعی که از سالمندان در برابر خودکشی محافظت می‌کنند، یعنی افکار خودکشی غیرفعال و فعال، اقدام به خودکشی و خودکشی، را ترکیب کند. مهمترین نقطه قوت این بررسی این بود که جستجو به اصطلاح عمومی «عوامل محافظتی» محدود نشد. در واقع، بررسی اولیه دامنه، فهرستی از ۱۷ عامل محافظتی روانشناختی و ۱۹ عامل محافظتی روانی-اجتماعی (و اصطلاحات مرتبط با آنها) را ارائه داد که نشان دهنده عوامل محافظتی خاص بودند. هر یک به طور جداگانه جستجو شدند و تعداد زیادی مطالعه برای بررسی ارتباط پیش‌بینی‌کننده هر عامل با کاهش خودکشی در سالمندان ایجاد شد. با این وجود، ممکن است برخی از عوامل شناسایی نشده باشند، همانطور که در مورد بخشش خود یا شفقت به خود چنین بود. بخشش خود یک متغیر مورد انتظار نبود زیرا در بین عبارات جستجو نبود. با این وجود، می‌تواند یک عامل محافظتی مهم باشد، زیرا یک بررسی سیستماتیک، ارتباط معناداری بین سطوح بالاتر بخشش خود یا دلسوزی به خود و سطوح پایین‌تر افکار خودکشی و خودآزاری در افراد بین سنین متفاوت گزارش کرده است (۴۷).

محدودیت اصلی این بررسی مربوط به مفهوم‌سازی هر یک از عوامل محافظتی است. واضح است که همپوشانی مکرری بین عوامل محافظتی بین فردی وجود دارد. به عنوان مثال، همانطور که هچر و استابرفیلد (۴۸) در بررسی سیستماتیک خود در مورد ارتباط بین احساس تعلق و خودکشی اشاره کرده‌اند، حس تعلق ویژگی‌های مشترکی با سایر سازه‌های اجتماعی، مانند ارتباط اجتماعی و حمایت اجتماعی دارد.

محدودیت دیگر مربوط به ارزیابی افکار خودکشی است.

References

- 1- Schoretsanis G, Weiler S, Barbui C, Raschi E, Gastaldon C. Disproportionality Analysis From World Health Organization Data on Semaglutide, Liraglutide, and Suicidality. *JAMA Netw Open*. 2024 Aug 1;7(8):e2423385. [https://doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.23385](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.23385).
- 2- Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*. 2022 Nov;25(4):148-155. [https://doi: 10.1136/ebmental-2022-300549](https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549).
- 3- Sveticic J, De Leo D. The Hypothesis of a Continuum in Suicidality: A Discussion on Its Validity and Practical Implications. *Mental Illness*. 2022; 4(2): 73–78. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>.
- 4- Roth GT. Global burden of disease collaborative network. global burden of disease study 2017 (GBD 2017) results. Seattle, United States: Institute for health metrics and evaluation (IHME). 2018; Nov 10; 392(10159):1789-1858. [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- 5- Shah A, Bhat R, Zarate-Escudero S, DeLeo D, Erlangsen A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):131-8. doi: 10.1080/13607863.2015.1055552. Epub 2015 Jun 22. PMID: 26094783.
- 6- Vasiliadis HM, D'Aiuto C, Lamoureux-Lamarche C, Pitrou I, Gontijo Guerra S, Berbiche D. Pain, functional disability and mental disorders as potential mediators of the association between chronic physical conditions and suicidal ideation in community living older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 26(4): 791–802. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1913478>
- 7- Ki M, Lapierre S, Gim B, Hwang M, Kang M, Dargis L, Jung M, Koh EJ, Mishara B. A systematic review of psychosocial protective factors against suicide and suicidality among older adults. *Int Psychogeriatr*. 2024 May;36(5):346-370. doi: 10.1017/S104161022300443X.
- 8- Diefenbach GJ, Lord KA, Stubbing J, Rudd MD, Levy HC, Worden B, Sain KS, Bimstein JG, Rice TB, Everhardt K, Gueorguieva R, Tolin DF. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2024 Dec 1;81(12):1177-1186. [https://doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.2349](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2349).
- 9- Coppersmith DDL, Kleiman EM, Millner AJ, Wang SB, Arizmendi C, Bentley KH, DeMarco D, Fortgang RG, Zuromski KL, Maimone JS, Haim A, Onnela JP, Bird SA, Smoller JW, Mair P, Nock MK. Heterogeneity in suicide risk: Evidence from personalized dynamic models. *Behav Res Ther*. 2024 Sep;180:104574. [https://doi: 10.1016/j.brat.2024.104574](https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104574).
- 10- Renaud-Charest O, Stoljar Gold A, Mok E, Kichler J, Nakhla M, Li P. Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Suicide Deaths in Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2024 Jul 1;47(7):1227-1237. [https://doi: 10.2337/dc24-0411](https://doi.org/10.2337/dc24-0411).
- 11- Fan ZH, Xu J, Ge MW, Huang JW, Ni HT, Shen WQ, Chen HL. Suicide death, suicidal ideation and suicide attempt in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2024 Oct;80(10):4050-4073. [https://doi: 10.1111/jan.16074](https://doi.org/10.1111/jan.16074).
- 12- Wu Y, Su B, Zhao Y, Chen C, Zhong P, Zheng X. Epidemiological features of suicidal ideation among the elderly in China based meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2024 Aug 17;24(1):562. [https://doi: 10.1186/s12888-024-06010-9](https://doi.org/10.1186/s12888-024-06010-9).
- 13- King RA. Suicide Following a Near-Death Experience. *Crisis*. 2024 Sep;45(5):348-354. [https://doi: 10.1027/0227-5910/a000963](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000963).
- 14- Hensel LM, Forkmann T, Teismann T. Suicide-specific rumination as a predictor of suicide planning and intent. *Behav Res Ther*. 2024 Sep;180:104597. [https://doi: 10.1016/j.brat.2024.104597](https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104597).
- 15- Osváth P, Molnár C, Lovig C, Major FN, Venczák S, Fekete S, Tényi T, Cohen L, Galyner I, Vörös V. Az akut szuicid veszély értékelése. Assessment of acute suicide risk. *Orv Hetil*. 2025 Jan 26;166(4):146-153. Hungarian. [https://doi: 10.1556/650.2025.33211](https://doi.org/10.1556/650.2025.33211). PMID: 39864028.
- 16- Hennefield L, Denton EG, Chen PG, Sheftall AH, Ayer L. Preteen Suicide Risk Screening in the Pediatric Outpatient Setting: A Clinical Pathway. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2024 Nov-Dec;65(6):551-561. [https://doi: 10.1016/j.jaclp.2024.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2024.06.003).
- 17- Cai Z, Junus A, Chang Q, Yip PSF. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022 Mar 1;300:121-

129. <https://doi: 10.1016/j.jad.2021.12.054>.
- 18- Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014 Oct;79(2):179-83. <https://doi: 10.1016/j.maturitas.2014.04.003>
- 19- Joiner TE. *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press; 2005.
- 20- Bonnewyn A, Shah A, Demyttenaere K. Suicidality and Suicide in Older People. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2019; 19(4): 271–294. <https://doi.org/10.1017/S0959259809990347>.
- 21- Sinyor M, Tan LP, Schaffer A, Gallagher D, Shulman K. Suicide in the oldest old: an observational study and cluster analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jan;31(1):33-40. <https://doi: 10.1002/gps.4286>
- 22- Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, Berardino G, Piscitelli D, Resta E, Logroscino G, Daniele A, Altamura M, Bellomo A, Panza F, Lozupone M. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Aug; 127:193-211. <https://doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>.
- 23- Ko Y, Han SY, Jang HY. Factors Influencing Suicidal Ideation and Attempts among Older Korean Adults: Focusing on Age Discrimination and Neglect. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 14;18(4):1852. <https://doi: 10.3390/ijerph18041852>.
- 24- Li LW, Gee GC, Dong X. Association of Self-Reported Discrimination and Suicide Ideation in Older Chinese Americans. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018 Jan;26(1):42-51. <https://doi: 10.1016/j.jagp.2017.08.006>.
- 25- Lodhi LM, Shah A. Factors associated with the recent decline in suicide rates in the elderly in England and Wales, 1985-1998. *Med Sci Law*. 2005 Jan;45(1):31-8. <https://doi: 10.1258/rsmmsl.45.1.31>.
- 26- Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, Draper B, Gallo JJ, Wong C, Wu J, Duberstein P, Wærn M. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94. <https://doi: 10.1080/13607863.2015.1083945>.
- 27- Fässberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, Canetto SS, De Leo D, Szanto K, Waern M. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Mar;9(3):722-45. <https://doi: 10.3390/ijerph9030722>.
- 28- Hawton K, Lascelles K, Pitman A, Gilbert S, Silverman M. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry*. 2022 Nov;9(11):922-928. [https://doi: 10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi: 10.1016/S2215-0366(22)00232-2).
- 29- Cramer RJ, Tucker R. Improving the Field's Understanding of Suicide Protective Factors and Translational Suicide Prevention Initiatives. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 25;18(3):1027. <https://doi: 10.3390/ijerph18031027>.
- 30- Laflamme L, Vaez M, Lundin K, Sengoelge M. Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS One*. 2022 Jan 25;17(1):e0262889. <https://doi: 10.1371/journal.pone.0262889>.
- 31- Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, Gallo J, Szanto K, Conwell Y, Draper B, Quinnett P; International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98. <https://doi: 10.1027/0227-5910/a000076>.
- 32- Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *Int Psychogeriatr*. 2017 Nov;29(11):1801-1824. <https://doi: 10.1017/S1041610217001430>.
- 33- Wallace M, Miller VJ, Fields NL, Xu L, Mercado-Sierra MA. Empirically Evaluated Suicide Prevention Program Approaches for Older Adults: A Review of the Literature from 2009-2021. *J Gerontol Soc Work*. 2021 Jul-Aug;64(5):480-498. <https://doi: 10.1080/01634372.2021.1907495>.
- 34- Zeppegno P, Gattoni E, Mastrangelo M, Gramaglia C, Sarchiapone M. Psychosocial Suicide Prevention Interventions in the Elderly: A Mini-Review of the Literature. *Front Psychol*. 2019 Jan 9;9:2713. <https://doi: 10.3389/fpsyg.2018.02713>. PMID: 30687173; PMCID: PMC6333652.

- 35- Heisel MJ, Flett GL. Psychological Resilience to Suicide Ideation Among Older Adults. *Clinical Gerontologist*. 2018; 31(4): 51–70. <https://doi.org/10.1080/073171110801947177>.
- 36- Heisel MJ, Flett GL. Do Meaning in Life and Purpose in Life Protect Against Suicide Ideation Among Community-Residing Older Adults? In *Meaning in Positive and Existential Psychology*, edited by A. Batthyany and P. Russo-Netzer. 2024; 1(13): 303–324. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5>.
- 37- Fischer IC, Nichter B, Trachik B, Bryan CJ, Pietrzak RH. Suicide-Specific Cognitions and Suicidal Behavior in U.S. Military Veterans. *Psychiatry*. 2024 Fall;87(3):241-250. <https://doi.org/10.1080/00332747.2024.2352883>.
- 38- Cramer RJ, Kapusta ND. A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. *Front Psychol*. 2017 Oct 9;8:1756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01756>.
- 39- O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018 Sep 5;373(1754):20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
- 40- Simonetti A, Ferrara OM, Kotzalidis GD, Bernardi E, Restaino A, Moccia L, Camardese G, Mazza M, Scambia G, Sani G. Suicide in Gynecological and Breast Cancer: A Systematic Review. *Psychooncology*. 2024 Oct;33(10):e70007. <https://doi.org/10.1002/pon.70007>. PMID: 39439077.
- 41- House A, Kapur N, Knipe D. Thinking about suicidal thinking. *Lancet Psychiatry*. 2020 Nov;7(11):997-1000. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30263-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30263-7).
- 42- Beach VL, Brown SL, Cukrowicz KC. Examining the relations between hopelessness, thwarted interpersonal needs, and passive suicide ideation among older adults: does meaning in life matter? *Aging Ment Health*. 2021 Sep;25(9):1759-1767. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1855102>.
- 43- Aviad Y, Cohen-Louck K. Locus of Control and Purpose in Life as Protective Factors against the Risk for Suicide in Older Adults. *Smith College Studies in Social Work*. 2021; 91(4): 295–308. <https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1968323>.
- 44- Marty MA, Segal DL, Coolidge FL. Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging Ment Health*. 2010 Nov;14(8):1015-23. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501068>.
- 45- Yoon S, Cummings S, Nugent WR, Forrest-Bank S. How spousal physical abuse impacts suicidal ideation among community-dwelling older adults: the effects of protective factors. *Aging Ment Health*. 2022 Jan;26(1):130-139. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1844144>.
- 46- Nishi D, Susukida R, Kuroda N, Wilcox HC. The association of personal importance of religion and religious service attendance with suicidal ideation by age group in the National Survey on Drug Use and Health. *Psychiatry Res*. 2017 Sep;255:321-327. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.007>.
- 47- Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2019 Sep;26(5):511-530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31046164.
- 48- Hatcher S, Stubbersfield O. Sense of belonging and suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry*. 2013 Jul;58(7):432-6. <https://doi.org/10.1177/070674371305800709>.
- 49- Harrison R, Jones B, Gardner P, Lawton R. Quality assessment with diverse studies (QuADS): an appraisal tool for methodological and reporting quality in systematic reviews of mixed- or multi-method studies. *BMC Health Serv Res*. 2021 Feb 15;21(1):144. doi: 10.1186/s12913-021-06122-y. Erratum in: *BMC Health Serv Res*. 2021 Mar 16;21(1):231. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06261-2>.