Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 3, Autumn 2025 ORIGINAL ARTICLE

Investigating the relationship of perceived social support, quality of life and sleep quality on suicidal behaviors in elderly and middle-aged patients hospitalized in psychiatric wards

***Pegah Abdoli*[1], *Omran Davarinejad*[2], *Nasrin Abdoli*[3]**
[1] *MD Student, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*
[2] *Associate Professor, Department of Psychiatry, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*
[3] *Assistant Professor, Drug Abuse Prevention Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

Abstract

Background: Suicide is one of the most important issues in old age and middle age, and knowing its underlying factors is necessary to provide preventive and therapeutic solutions. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of perceived social support, quality of life and quality of sleep on suicidal behaviors in elderly and middle-aged patients hospitalized in psychiatric wards.
Materials and methods: In this cross-sectional-analytic study, the statistical population of the study included all elderly and middle-aged patients with psychiatric disorders who were hospitalized and treated at Farabi Hospital in Kermanshah during the years 2019-2021 according to the diagnosis of a psychiatrist. Chi-square test, Pearson correlation, logistic regression with stepwise backward entry method was used to analyze the data using SPSS-20 software.
Results: There was a significant relationship between suicidal behaviors and quality of life with psychiatric disorders in patients. Also, there was a significant negative correlation between suicidal behaviors with perceived social support and patients' quality of life, and a significant positive correlation between suicidal behaviors and patients' poor sleep quality. Among the predictor variables, only quality of life and perceived social support could explain the variable changes of suicidal behaviors in patients.
Conclusion: it is suggested to take a step towards increasing the mental health of elderly and middle-aged patients by considering programs and approaches aimed at improving perceived social support, quality of life and quality of sleep, and reducing suicidal behaviors based on concepts, meaning and purpose.
Keywords: *Perceived social support, Quality of life, Quality of sleep, Suicidal behaviors, Elderly and middle-aged.*

Cited as: Abdoli P, Davarinejad O, Abdoli N. Investigating the relationship of perceived social support, quality of life and sleep quality on suicidal behaviors in elderly and middle-aged patients hospitalized in psychiatric wards. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(3): **353-366.**

Correspondence to: Omran Davarinejad
Tel: *+98 9188392922*
E-mail: odavarinejad@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-4267-7867
Received: 12 Aug 2024; **Accepted:** 26 Nov 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

دوره ۳۵، شماره ۳، پاییز۱۴۰۴، صفحات ۳۵۳ تا ۳۶۶

Original Article

بررسی ارتباط میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب بر رفتارهای خودکشی در بیماران سالمند و میانسال بستری در بخش‌های روانپزشکی

پگاه عبدلی[۱]، عمران داوری نژاد[۲]، نسرین عبدلی[۳]

[۱] دانشجوی دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

[۲] دانشیار گروه روا نپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

[۳] استادیار مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *خودکشی یکی از مهم‌ترین موضوعات در دوره سالمندی و میانسالی است که شناخت عوامل زمینه‌ساز آن، برای ارائه راهکارهای پیشگیرانه ودرمانی ضروری می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب بر رفتارهای خودکشی در بیماران سالمند و میانسال بستری در بخش‌های روانپزشکی صورت گرفت.*

روش بررسی: *در این مطالعه مقطعی- تحلیلی، جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران سالمند و میانسال مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند که در طول سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۸ بنابر تشخیص روانپزشک جهت درمان در بیمارستان فارابی کرمانشاه بستری و تحت درمان بودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کای اسکوئر، همبستگی پیرسون، رگرسیون لجستیک با روش ورود پسرو گام به گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20استفاده شد.*

یافته‌ها: *بین رفتارهای خودکشی وکیفیت زندگی با اختلال روانپزشکی در بیماران رابطه معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین رفتارهای خودکشی باحمایت اجتماعی ادراک شده وکیفیت زندگی بیماران همبستگی منفی معنی‌دار و بین رفتارهای خودکشی باکیفیت خواب ضعیف بیماران رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت. از بین متغیرهای پیش‌بین، فقط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده توانستند تغییرات متغیر رفتارهای خودکشی در بیماران را تبیین کنند.*

نتیجه‌گیری: *پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن برنامه‌ها و رویکردهایی در جهت ارتقاء حمایت اجتماعی ادراک شده،کیفیت زندگی و کیفیت خواب وکاهش رفتارهای خودکشی با تکیه بر مفاهیم، معنا و هدف، گامی در جهت افزایش سلامت روان بیماران سالمند ومیانسال برداشته شود.*

واژگان کلیدی: *حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب، رفتارهای خودکشی، سالمند و میانسال.*

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد (۱). سالمندی دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی آنان مورد تهدید قرار می‌گیرد. این عوامل می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی در سالمندان شود (۲). خودکشی (suicide) در افراد سالمند و میانسال یکی از علل مراجعه به مراکز درمانی است که در کشورهای

آدرس نویسنده مسئول: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، گروه روا نپزشکی، عمران داوری نژاد (**email**: odavarinejad@gmail.com)

ORCID ID: 0000-0002-4267-7867

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۵/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۶

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

درحال توسعه کمتر به آن توجه شده است. هرچند خودکشی در کشورهای جهان در همه گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد، ولی این احتمال در گروه سالمندان و میانسالان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر است (۱،۳). به طوری که؛ بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالمندان در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی، بالاترین میزان خودکشی موفق را دارند (۴). وجود ارتباط بین رفتارهای خودکشی و اختلالات روانپزشکی از جمله عوامل خطرآفرین مهم در خودکشی افراد سالمند و میانسال است (۱). به گونه‌ای که میزان خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، بالاتر از جمعیت عمومی است (۵). اخیراً مطالعات نشان می‌دهد که بستری شدن خود یک ریسک فاکتور برای خودکشی است (۶). با توجه به این‌که رفتارهای خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روانی است چرا که هرچه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می‌کند شدیدتر باشد، احتمال اینکه فرد از مرحله فکر به اقدام به خودکشی منتقل شود، بیشتر خواهد بود (۷). بنابراین، شناخت عوامل مرتبط، زمینه‌ساز و بازدارنده رفتارهای خودکشی در بین سالمندان و افراد میانسال ضروری است. عوامل زیادی زمینه را جهت رفتارهای خودکشی در بین سالمندان و افراد میانسال فراهم می‌نمایند که در این میان اختلالات روانپزشکی (psychiatric disorders) ، حمایت اجتماعی ادراک شده (perceived Social Support)، کیفیت زندگی (quality of Life) و کیفیت خواب (sleep quality) از پیش‌بینی کننده‌های مؤثر در خودکشی هستند که هم به عنوان شاخص محافظت‌کننده و هم به عنوان شاخص خطرزا برای رفتارهای خودکشی به شمار می‌آیند.

اختلالات روانپزشکی یکی از پنج علت اصلی منجر به ناتوانی و یکی از مهم‌ترین علل خودکشی محسوب می‌شوند که همچنان در حال افزایش است. به طوری که حدود ۹۰ درصد از افرادی که خودکشی می‌کنند از نوعی اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که خودکشی شایع‌ترین دلیل منجر به مرگ این بیماران است (۸،۹). خودکشی یک مشکل عمده بهداشتی است که اکثر خودکشی‌ها مربوط به اختلالات روانپزشکی می‌باشد. چرا که اختلالات روانپزشکی هر چند کوچک، در صورت عدم درمان، می‌تواند باعث شکل‌گیری رفتارهای خودکشی و در نهایت اقدام به آن می‌شود (۱۰).

حمایت اجتماعی ادراک شده، یکی دیگر از سازه‌های مهم است که نقش بسزایی در رفتارهای خودکشی سالمند و میانسال دارد (۱۱). به طوری که، حمایت اجتماعی ادراک از یک سو نقش محافظت کننده در برابر خودکشی دارد و از سوی دیگر عدم حمایت اجتماعی ادراک شده عاملی مهم در اقدام به خودکشی محسوب می‌شود. هیرچ و بارتون (۱۲)، نام و لی (۱۳) صدری‌دمیرچی، هنرمندقوجه‌بگلو، خاکدل-قوجه‌بگلو و بصیرامیر (۱۴) در مطالعه‌های خود نشان دادند که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش مهمی در میزان بروز رفتارهای خودکشی دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده در واقع، درک حمایت‌های دیگران و برخورداری از یک شبکه قابل اعتماد در شرایط مورد نیاز و به ویژه در شرایط بحرانی است. حمایت اجتماعی در افراد سالمند به صورت حمایت دریافت شده و ادراک شده مفهوم‌سازی می‌شود. نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده، معتقدند تمام روابطی که فرد سالمند با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. لذا گاهی خدمات ارائه شده نابجا، بد هنگام یا ناسازگار با خواسته او است؛ بنابراین ادراک فرد از حمایت مهم است (۱۵). برخورداری از حمایت اجتماعی ادراک شده در تأمین بهداشت روانی و به تبع آن کاهش رفتارهای خودکشی افراد، مؤثر است، حمایت اجتماعی از طرف دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی و رفتارهای خودکشی در افراد می‌شود و در سلامت روانی آنها تأثیرگذار است. از سوی دیگر، کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش تنهایی و ناامیدی مرتبط بوده و منجر به سطوح پایین‌تر کیفیت زندگی، و رفتارهای خودکشی می‌شود (۱۶). حمایت اجتماعی ادراک شده به طور گسترده به عنوان یک عامل حیاتی برای سلامت و رفاه روانی شناخته شده است (۱۷).

کیفیت زندگی یکی دیگر از متغیرهایی است که بر رفتارهای خودکشی در سالمندان و افراد میانسال نقش به سزایی دارد. به طوری که حیدری‌شرف، دبیریان، پروانه، نادری و کریمی (۱۸) و گوسی، وانگ و اتوا (۱۹) در مطالعه خود نشان دادند کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی تغییرات رفتارهای خودکشی است. کیفیت زندگی به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی در بستر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۱۸). سالمندان سرمایه‌های جامعه هستند و توجه به افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی آنها می‌تواند در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و اقدام به خودکشی آنان مؤثر واقع گردد (۱). اگر بتوان کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشید، بسیاری از هزینه‌های درمانی و خدماتی جامعه کاهش می‌یابد، زیرا ارتقاء کیفیت

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

زندگی آنان باعث خود اتکایی و فرآیند سازگاری شناختی آنان می‌شود و از سوی دیگر سبب کاهش رفتارهای خودکشی در آنها می‌گردد. چرا که کیفیت زندگی و خودکشی دو موضوعی هستند که اگرچه اغلب در ادبیات به صورت مجزا مورد بررسی قرار می‌گیرند، اما هر دو در هم تنیده شده‌اند، به طوری که برزینز و واتانابه (۲۰) معتقدند صحبت درباره خودکشی، صحبت درباره زندگی و کیفیت زندگی نیز است (۲۰).

کیفیت خواب یکی دیگر از متغیرهایی است که بر رفتارهای خودکشی سالمندان و افراد میانسال تاثیرگذار است. خواب یک نیاز بیولوژیکی اساسی است که برای سلامت جسم و روان ضروری است. اختلالات خواب هم به عنوان یک علامت و هم یک عامل خطر برای مسائل مختلف سلامت روان از جمله رفتارهای خودکشی عمل می‌کند (۲۱). اختلال خواب، یکی از مشکلات رایج دوران سالمندی است. به طوری که خواب با کیفیت ضعیف، رتبه سوم مشکلات افراد سالمند بعد از سردرد و اختلال‌های گوارشی است (۲۲). لیو، لی، هان، چنگ و همکارانش (۲۳) و لندابلانکو و همکارانش (۲۱) در مطالعه خود نشان دادند کیفیت خواب ضعیف می‌تواند با افزایش خطر خودکشی مرتبط باشد. ارتباط بین اختلالات خواب و رفتارهای خودکشی به سه دلیل قابل توجه هستند. اول، مشکلات خواب بسیار شایع است، به طوری که تقریباً یک سوم بزرگسالان علائم بی‌خوابی را تجربه می‌کنند که ۶ تا ۱۰ درصد آنها معیارهای اختلال بی‌خوابی را دارند (۲۴). دوم، اختلالات خواب، بر خلاف بسیاری دیگر از عوامل خطر خودکشی، قابل تغییر هستند. خواب در حال حاضر یک هدف مداخله در بسیاری از رویکردهای اصلی درمانی است و درمان‌های اختلالات خواب به طور قطعی ایجاد شده است. اگر اختلالات خواب به طور قابل اعتمادی به عنوان عوامل خطر برای خودکشی نشان داده شود، مداخلات خواب می‌توانند به عنوان مداخلات خودکشی مورد استفاده قرار گیرند. سوم، هدف قرار دادن مداخله خواب در مقایسه با خودکشی احتمال مراجعه افراد در معرض خطر را افزایش دهد (۲۵). پژوهش در حوزه سالمندان که سال‌های آینده، قشر غالب جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند و شناسایی ابعاد مختلف مسائل و مشکلات آنان در جهت انجام مداخلات کارآمدتر اهمیتی ویژه دارد. چرا که با عنایت به این امر، می‌توان با شناخت شاخص‌های تأثیرگذار و پیش‌بین در رفتارهای خودکشی سالمندان و افراد میانسال به آنان کمک کرد. در این راستا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب بر رفتارهای خودکشی در بیماران سالمند و میانسال بستری در بخش‌های روانپزشکی انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی- تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سالمند و میانسال مبتلا به اختلالات روانپزشکی است که در طول سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۸ جهت درمان به بیمارستان فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و بنا بر تشخیص روانپزشک جهت درمان در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان فارابی کرمانشاه بستری و تحت درمان بودند و اطلاعات دموگرافیک و سوابق خودگزارشی، سوابق طبی و بالینی و اطلاعات مرتبط با میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و رفتارهای خودکشی آنان در رجیستری اختلالات روانپزشکی شهر کرمانشاه که در حال اجرا و ثبت در بیمارستان فارابی کرمانشاه است، ثبت شده باشد. روش نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس مصاحبه ساختاریافته (DSM–5) توسط روانپزشک متخصص، بستری در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان فارابی در طول سال‌های ۱۳۹۸-۱۴۰۰، تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه و ثبت این اطلاعات بیمار در سامانه رجیستری اختلالات روانپزشکی و داشتن سن بالای ۴۰ سال بود. لازم به ذکر است اطلاعات مذکور با استخراج از پرونده پزشکی بیمار، مشاهده و نیز از طریق انجام مصاحبه با بیمار توسط روانشناس مجرب همکار طرح که پرسشگر و مسئول انجام مصاحبه با بیماران در رجیستری مذکور است، جمع‌آوری شد. انجام مصاحبه با بیمار، تکمیل پرسشنامه‌ها، استخراج اطلاعات از پرونده پزشکی وی و نیز ثبت مشاهدات توسط محقق، پس از توضیح اهداف پژوهش برای بیمار و با جلب رضایت بیمار و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه از وی صورت گرفت.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکارانش (۱۹۸۸): این پرسشنامه، حمایت اجتماعی ادراک شده را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می‌سنجد. سؤالات ۳-۴-۸-۱۱ منبع خانواده، سؤالات ۶-۷-۹-۱۲ منبع دوستان و سؤالات ۱۰-۵-۲-۱ منبع حمایتی از دیگران مهم را می‌سنجد. حداکثر نمره برای هر مقیاس ۲۰ و حداقل ۴ است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت از کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۵ در نظر گرفته شده است. نمره بین ۱۲ تا ۲۰: میزان حمایت اجتماعی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

ادراک شده در حد پایینی است. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ : میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در حد متوسطی است. نمره بالاتر از ۴۰، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در حد بالایی است.

پرسشنامه کیفیت زندگی [short form health survey (SF-36)]: برای سنجش کیفیت زندگی از مقیاس کیفیت زندگی ۳۶ گویه-ای سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی(SF-36) برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاستهای بهداشتی و نیز پژوهش‌ها، کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشتگانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید .این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که ۸ حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: ۱) سلامت عمومی، ۲) عملکرد جسمانی، ۳) محدودیت ایفای نقش به دالیل جسمانی، ۴) محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، ۵) درد بدنی، ۶) عملکرد اجتماعی، ۷) انرژی و شادابی، سلامت روانی است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره شرکت کنندگان در هر یک از این قلمروها بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۶) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک (۲۶). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت خواب: این پرسشنامه توسط دکتر بویس و همکاران در مؤسسه روانپزشکی پیترزبورگ در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و شامل ۱۹ گویه در ۷ زیر مقیاس است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه است. نمره صفر وضعیت طبیعی خواب در افراد را نشان می‌دهد. نمره یک بیانگر مشکل خفیف در خواب افراد است، نمره دو مشکل متوسط و نمره سه مشکل شدید در خواب را نشان می‌دهد. نمره کلی که از صفر تا ۲۱ است با جمع نمرات به دست آمده از مقیاس‌های هفتگانه حاصل می‌شود. نمره کلی اگر برابر یا بیشتر از پنج باشد بیانگر نامناسب بودن کیفیت خواب است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعدد خارجی و داخلی بررسی شده است. بایسی (۱۹۸۹) در مطالعهٔ خود پایایی درونی آن را ۰/۸۳ و روایی آن را در آزمون مجدد ۰/۸۵ گزارش کرد. در پژوهش ملاهادی و سالاری (۲۷) ضریب پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که با نمره ۰/۷۶ بیانگر پایایی بالای آن بود. در این پژوهش نیز ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ بوده است.

پرسشنامه رفتارهای خودکشی [The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised(SBQ-R)]: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط عثمان و همکارانش ساخته شد که از ۴ گویه تشکیل شده است. چهار گویه این پرسشنامه با سؤالات افکار و اقدام به خودکشی در طول زندگی (امتیاز ۱ تا ۴)، افکار خودکشی در یک سال گذشته (امتیاز ۱ تا ۵)، تهدید به خودکشی (امتیاز ۱ تا ۳) و احتمال ارتکاب خودکشی در آینده (امتیاز ۰ تا ۶) سنجیده می‌شود. هر چه فرد نمره بیشتری در این پرسشنامه بگیرد، نشان دهنده احتمال خودکشی بیشتر است. سازندگان این پرسشنامه برای این مقیاس نمره برش نیز تعیین کرده‌اند که قابلیت استفاده بر روی همه افراد را دارد. پس از جمع بستن نمره ۴ سوال، نمره کل به دست می‌آید. نمره بالاتر به معنی گرایش بیشتر به خودکشی است. نمره برش این پرسشنامه ۷ است. افرادی که نمره ۷ یا بالاتر کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار دارند و افرادی که نمره کمتر از ۷ کسب کنند در معرض خطر خودکشی قرار ندارند.

روش اجرا

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که محقق پس از کسب مجوز و انجام هماهنگی‌های مربوطه با مسئولین ریجستری روان و پس از موافقت ایشان درخواست داده‌های مورد نیاز را با حفظ قوانین و حق معنوی، به مسئولین مربوطه ارائه داد. سپس داده‌های مربوط به پژوهش حاضر که شامل اطلاعات دموگرافیک و سوابق خودگزارشی، سوابق طبی و بالینی و اطلاعات مرتبط با حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و رفتارهای خودکشی بود، استخراج شد و در اختیار محقق قرار گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت تمام شماری بود. به این صورت که اطلاعات کلیه بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی واجد شرایط وارد مطالعه شد. در پایان اطلاعات ۴۶۹ نفر از بیماران سالمند و میانسال مبتلا به اختلالات روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

لازم به ذکر است کـه اطلاعـات بیمـاران بـدون ذکـر نـام در اختیـار محقق قرار گرفت. در ضمن محقـق متعهـد گردیـد کـه تمـامی ایـن اطلاعات به صورت محرمانه نزد وی باقی می‌ماند.

بـرای تحلیـل داده‌هـا از آزمـون کـای اسـکوئر، ضـریب همبسـتگی پیرسون و رگرسیون لجستیک با روش ورود پسرو گام به گـام (پسـرو شرطی) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۶۹ بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی سالمند و میانسال مورد ارزیابی قرار گرفتند. در میان بیماران، ۳۹۱ (۸۳/۴ درصد) نفر مرد و ۷۸ (۱۶/۶ درصد) نفر زن بودند. همچنین اکثریت بیماران به ترتیب در دو رده سنی ۴۵-۳۶ و ۵۵-۴۶ سال با فراوانی‌های ۲۹۹ (۶۳/۸ درصد) و ۱۳۱ (۲۷/۹ درصد) نفر بودند. ۳۹ (۸/۳ درصد) نفر نیز در رده سنی بالای ۵۵ سال گزارش شدند. سطح تحصیلات نیز برای اکثریت بیماران به ترتیب در سه رده تحصیلی زیردیپلم ۲۸۶ (۶۱/۲ درصد)، دیپلم ۵۷ (۱۲/۲ درصد) و دانشگاهی ۱۲۳ (۲۶/۲ درصد) با فراوانی‌های مذکور گزارش شد. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۲۳۳ (۴۹/۷ درصد) نفر شاغل، ۱۶۹ (۳۶/۰ درصد) نفر بیکار و ۶۵ (۱۳/۹ درصد) نفر خانه‌دار بودند. ۳۶۰ (۷۶/۸ درصد) بیمار با اجبار اطرافیان جهت پیگیری درمانی به بیمارستان مراجعه کرده بودند. از نظر وضعیت تأهل نیز نزدیک به نیمی از بیماران، ۲۰۵ (۴۳/۷ درصد) نفر متأهل و ۱۲۷ (۲۷/۱ درصد) نفر مجرد بودند و ۶۰ (۱۲/۸درصد) نفر خود را مطلقه گزارش کردند. تنها ۳ (۰/۶ درصد) نفر از بیماران وضعیت اقتصادی خود را در سطح بالا گزارش کردند. بیش از نیمی از بیماران یعنی ۲۶۸ (۵۷/۱ درصد) نفر دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۱۹۶ (۴۱/۸ درصد) نفر دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بودند. همچنین میان اختلالات روانپزشکی مورد بررسی، اختلالات اسکیزوفرنی ۱۴۰ (۲۹/۹ درصد)، افسردگی ۲۷ (۵/۸ درصد)، دوقطبی ۱۱۲ (۲۳/۹درصد) و اعتیاد ۱۶۱ (۳۴/۳ درصد)، به ترتیب با فراوانی‌های مذکور دارای بیشترین تعداد بودند. در این میان، به ترتیب ۳۵ (۱۱/۷ درصد) و ۴۸ (۱۰/۲درصد) نفر دارای سابقه بیماری روانی و سابقه بیماری جسمی مزمن در خانواده بودند (جدول ۱).

جدول ۲ مقادیر آماره‌های توصیفی را برای متوسط نمره رفتارهای خودکشی، حمایت احتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب بیماران سالمند و میانسال مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع ویژگی‌های دموگرافیک در بیماران سالمند و میانسال مورد بررسی

متغیرها	سطوح	فراوانی (درصد)
سن	۴۵-۳۶	۲۹۹(۶۳/۸)
	۵۵-۴۶	۱۳۱(۲۷/۹)
	>۵۵	۳۹(۸/۳)
جنسیت	زن	۷۸(۱۶/۶)
	مرد	۳۹۱(۸۳/۴)
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۸۶(۶۱/۲)
	دیپلم	۵۷(۱۲/۲)
	دانشگاهی	۱۲۳(۲۶/۲)
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۶۹(۳۶/۰)
	شاغل	۲۳۳(۴۹/۷)
	خانه‌دار	۶۵(۱۳/۹)
نحوه مراجعه	اختیاری	۱۰۷(۲۲/۸)
	اجباری	۳۶۰(۷۶/۸)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲۷(۲۷/۱)
	متأهل	۲۰۵(۴۳/۷)
	مطلقه	۶۰(۱۲/۸)
وضعیت اقتصادی	پایین	۱۹۶(۴۱/۸)
	متوسط	۲۶۸(۵۷/۱)
	بالا	۳(۰/۶)
اختلالات روانپزشکی	اختلال اسکیزوفرنیا	۱۴۰(۲۹/۹)
	اختلال افسردگی	۲۷(۵/۸)
	اختلال دوقطبی	۱۱۲(۲۳/۹)
	اختلالات شخصیت	۲۲(۴/۷)
	اختلالات اعتیادی	۱۶۱(۳۴/۳)
	سایر	۷(۱/۵)
سابقه بیماری روانی در خانواده	ندارد	۲۶۴(۸۸/۳)
	دارد	۳۵(۱۱/۷)
سابقه بیماری جسمی مزمن در خانواده	ندارد	۴۱۸(۸۹/۱)
	دارد	۴۸(۱۰/۲)

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

جدول ۲. متوسط نمره رفتارهای خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران سالمند و میانسال

متغیر	بیشینه- کمینه	میانگین(انحراف استاندارد)
رفتارهای خودکشی		
نمره کل رفتارهای خودکشی	۳-۱۵	(۳/۳۱)۵/۱۱
حمایت اجتماعی ادراک شده		
خانواده	۴-۲۸	(۶/۳۵)۱۸/۵۳
دوستان	۴-۲۸	(۴/۹۲)۱۱/۱۱
افراد مهم	۴-۲۸	(۶/۳۵)۱۳/۱۸
نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۲-۸۴	(۱۳/۲۹)۴۲/۸۲
کیفیت زندگی		
سلامت جسمی	۷۵-۳۶۵	(۶۵/۹۸)۲۴۱/۹۸
سلامت روانی	۷۲-۳۸۷	(۵۶/۸۱)۲۴۴/۲۰
نمره کل کیفیت زندگی	۶۲۰-۳۲۱۵	(۵۲۴/۹۲)۲۲۲۰/۷۵
کیفیت خواب		
کیفیت خواب ذهنی	۰-۳	(۰/۴۶۲)۱/۱۴
تأخیر در به خواب رفتن	۰-۳	(۰/۷۵۲)۱/۴۰
مدت خواب	۰-۳	(۰/۹۶۲)۰/۷۱
اثربخشی خواب	۰-۳	(۰/۹۴۱)۰/۶۲
اختلالات خواب	۰-۲	(۰/۳۸۶)۱/۰۷
مصرف قرص‌های خواب‌آور	۰-۱	(۰/۳۶۱)۰/۸۵
بیداری صبگاهی	۰-۳	(۰/۵۴۸)۱/۱۹
نمره کل کیفیت خواب	۰-۱۶	(۳/۲۵)۶/۹۸

جدول ۳. نتایج همبستگی میان تشخیص اصلی روانپزشکی با حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و رفتارهای خودکشی در بیماران سالمند و میانسال

	اختلال اسکیزوفرنیا	اختلال افسردگی	اختلال دو قطبی	اختلال شخصیت	اختلال اعتیادی	کل	ضریب اتا	کای اسکوئر (p-value)
حمایت اجتماعی ادراک شده								(۰/۰۵۳)۱۵/۳۴
ضعیف	(۲۵/۷)۳۶	(۱۸/۵)۵	(۳۲/۱)۳۶	(۲۷/۳)۶	(۲۱/۱)۳۴	(۲۵/۳)۱۱۷	۰/۰۹۱	
متوسط	(۶۹/۳)۹۷	(۶۳/۰)۱۷	(۵۶/۳)۶۳	(۶۳/۶)۱۴	(۷۳/۳)۱۱۸	(۶۶/۹)۳۰۹		
خوب	(۵/۰)۷	(۱۸/۵)۵	(۱۱/۶)۱۳	(۹/۱)۲	(۵/۶)۹	(۷/۸)۳۶		
کیفیت زندگی								(۰/۰۰۱)۲۵/۴۸۷
ضعیف	(۲/۹)۴	(۷/۴)۲	(۱/۸)۲	(۱۳/۶)۳	(۵/۰)۸	(۴/۱)۱۹	۰/۲۲۲	
متوسط	(۵۲/۹۶)۷۴	(۷۷/۸)۲۱	(۴۵/۵)۵۱	(۵۹/۱)۱۳	(۶۱/۵)۹۹	(۵۵/۸)۲۵۸		
خوب	(۴۴/۳)۶۲	(۱۴/۸)۴	(۵۲/۷)۵۹	(۲۷/۳)۶	(۳۳/۵)۵۴	(۴۰/۰)۱۸۵		
کیفیت خواب								(۰/۱۴۸)۶/۷۷۹
خوب	(۴۵/۷)۶۴	(۳۳/۳)۹	(۴۴/۶)۵۰	(۴۰/۹)۹	(۳۲/۹)۵۳	(۴۰/۰)۱۸۵	۰/۱۲۱	
ضعیف	(۵۴/۳)۷۶	(۶۶/۷)۱۸	(۵۵/۴)۶۲	(۵۹/۱)۱۳	(۶۷/۱)۱۰۸	(۶۰/۰)۲۷۷		
رفتارهای خودکشی								(۰/۰۲۹)۱۰/۷۷۹
بدون رفتار خودکشی	(۷۵/۷)۱۰۶	(۵۱/۹)۱۴	(۸۰/۴)۹۰	(۶۳/۶)۱۴	(۷۴/۵)۱۲۰	(۷۴/۵)۳۴۴	۰/۱۵۳	
با رفتار خودکشی	(۲۴/۳)۳۴	(۴۸/۱)۱۳	(۱۹/۶)۲۲	(۳۶/۴)۸	(۲۵/۵)۴۱	(۲۵/۵)۱۱۸		

همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره کل رفتارهای خودکشی برابر ۵/۱۱ (۳/۳۱) و حمایت اجتماعی ادراک شده برابر ۴۲/۸۲ (۱۳/۲۹) گزارش شد که نشان می‌دهد به طور متوسط احتمال انجام رفتارهای خودکشی در

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

بیماران در سطح متوسط رو به پایین و میزان حمایت اجتمایی ادراک شده در سطح متوسط رو به بالا است. در میان زیرمولفه‌های حمایت اجتمایی ادراک شده، میزان حمایت دریافت شده از طرف خانواده ۱۸/۵۳ (۶/۳۵) با متوسط بالاتری در مقایسه با حمایت دریافت شده از طرف دوستان ۱۱/۱۱ (۴/۹۲) و سایر افراد مهم ۱۳/۱۸ (۶/۳۵) گزارش شد. میزان سلامت جسمی ۲۴۱/۹۸ (۶۵/۹۸)، سلامت روانی ۲۴۴/۲۰ (۵۶/۸۱) و نیز نمره کل متوسط نمره کیفیت زندگی ۲۲۲۰/۷۵ (۵۲۴/۹۲) بیماران در سطح متوسط رو به بالا گزارش شد. از طرفی متوسط نمره کل کیفیت خواب بیماران ۶/۹۸(۳/۲۵) نشان داد که در مجموع کیفیت خواب بیماران در سطح ضعیفی است و در میان مفاهیم کیفیت خواب، میزان اختلال در زیرمولفه‌های تأخیر در به خواب رفتن، اختلال عملکرد صبحگاهی، کیفیت ذهنی خواب و اختلالات خواب با شدت بیشتری در مقایسه با سایر زیرمولفه‌های کیفیت خواب گزارش شد.

جدول ۳ بررسی توزیع حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و رفتارهای خودکشی در بین سطوح اختلالات روانی در بیماران سالمند و میانسال مورد بررسی نشان می‌دهد.

همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین رفتارهای خودکشی و کیفیت زندگی با اختلال روانپزشکی در بیماران رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد (all Ps<۰/۰۵).

جدول ۴ نتایج همبستگی میان رفتارهای خودکشی با حمایت

جدول ۴. نتایج بررسی رابطه رفتارهای خودکشی با حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران سالمند و میانسال

متغیر		فراوانی رفتارهای خودکشی(درصد)		کل	ضریب همبستگی پیرسون (سطح معنی‌داری)	کای اسکوئر (سطح معنی‌داری)
		(ضعیف) ۷>	(قوی) ۷=<			
حمایت اجتماعی ادراک شده					(۰/۰۵۲)-۰/۰۹۱	(۰/۲۵۵)۲/۷۳۰
	ضعیف	(۲۳/۸)۸۲	(۲۹/۷)۳۵			
	متوسط	(۶۷/۴)۲۳۲	(۶۵/۳)۷۷	(۶۶/۹)۳۰۹		
	خوب	(۸/۷)۳۰	(۵/۱)۶	(۷/۸)۳۶		
کیفیت زندگی					(۰/۰۰۰۱>)۰/۲۸۰***	(۰/۰۰۰۱>)۱۷/۵۶۹***
	ضعیف	(۲/۳)۸	(۹/۳)۱۱	(۴/۱)۱۹		
	متوسط	(۵۳/۵)۱۸۴	(۶۲/۷)۷۴	(۵۵/۸)۲۵۸		
	خوب	(۴۴/۲)۱۵۲	(۲۸/۰)۳۳	(۴۰/۰)۱۸۵		
کیفیت خواب					(۰/۰۰۵)۰/۱۳۰**	(۰/۰۷۰)۲/۴۹۳
	خوب	(۴۲/۲)۱۴۵۲	(۳۳/۹)۴۰	(۴۰/۰)۱۸۵		
	ضعیف	(۵۷/۸)۱۹۹	(۶۶/۱)۷۸	(۶۰/۰)۲۷۷		

*در سطح ۰/۰۵ ، **در سطح ۰/۰۱ ، ***در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۵. نتایج آزمون رگرسیون لجستیک جهت پیش‌بینی رفتارهای خودکشی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و اختلال روانپرشکی در بیماران سالمند و میانسال

متغیر		B	S.E	(p-value)Wal	OR	95% C.I for Exp(B)	
						Lower	Upper
	مقدار ثابت	۲/۰۴۲	۰/۵۸۸	(۰/۰۰۱)۱۲/۰۴**	۷/۷۰۳	-	-
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	(۰/۰۰۰۱)۲۸۰/۶***	۰/۹۹۹	۰/۹۹۸	۰/۹۹۹
حمایت اجتماعی ادراک شده	حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۰۱۶	۰/۰۰۹	(۰/۰۶۵)۳/۴۰۰	۰/۹۸۴	۰/۹۸۶	۰/۰۰۱

*در سطح ۰/۰۵ ، **در سطح ۰/۰۱ ، ***در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران سالمند و میانسال را نشان می‌دهد.

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین رفتارهای خودکشی با حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران سالمند و میانسال رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). بدین معنا که نمره بالای رفتارهای خودکشی با نمره کمتر حمایت اجتماعی ادراک شده (حمایت اجتماعی ادراک شده ضعیف) و نمره کمتر کیفیت زندگی (کیفیت زندگی ضعیف‌تر) همراه است. در صورتی بین رفتارهای خودکشی با کیفیت خواب ضعیف بیماران سالمند و میانسال رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵) که این مطلب نشان داد که نمره بالای رفتارهای خودکشی با کیفیت خواب ضعیف (اختلال خواب بیشتر) همراه است.

جدول ۵ نتایج پیش‌بینی احتمال رفتارهای خودکشی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب در در بیماران سالمند و میانسال را گزارش می‌دهد.

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد پس از اجرای مدل رگرسیون لجستیک با روش ورود پسرو گام به گام (پسرو شرطی) متغیرهای پیشبین (حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، کیفیت خواب و نوع اختلالات روانپزشکی) به مدل رگرسیون لجستیک که در آن تمامی متغیرهای پیش‌بین در سطح معنی‌داری ۵ درصد به مدل وارد و در سطح معنی‌داری حداقلی ۰/۱ درصد از مدل خارج می شدند، نتایج نشان داد که در مرحله اول اجرای مدل لجستیک و با ورود تمامی پیش‌بین‌های مذکور، صحت پیش-بینی مدل برابر ۷۵/۳ درصد بود و تنها متغیر کیفیت زندگی دارای حضور آماری معنی‌دار در مدل گزارش شد (P<۰/۰۰۰۱). در مرحله دوم متغیر نوع اختلال روانپزشکی که در مرحله اول، عدم معنی‌داری آن در مدل رگرسیون لجستیک به اثبات رسید بود، ازمدل حذف شد. در این مرحله نیز صحت پیش‌بینی مدل با حضور فاکتورهای پیش-بین حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب برابر ۷۵/۳ درصد و دوباره تنها حضور فاکتور کیفیت زندگی در مدل رگرسیون معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۰۱). در مرحله سوم و مرحله نهایی، با حذف فاکتور غیرمعنی‌دار کیفیت خواب و تنها با حضور دو پیش‌بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مدل رگرسیونی، میزان صحت پیش‌بینی مدل به عدد ۷۵/۵ درصد افزایش یافت و دو فاکتور پیش بین کیفیت زندگی (B=-۰/۰۰۱، twald=۲۸/۰۶، OR=۰/۹۹۹، P<۰/۰۰۰۱) و حمایت اجتماعی ادراک شده (B=-۰/۰۱۶، twald=۳/۴۰۰، OR=۰/۹۸۴، P<۰/۰۱۶) با ضرایب استاندارد، سطوح اطمینان و نسبت‌های شانس مذکور در مدل رگرسیون لجستیک نهایی باقی ماندند. بنابراین مدل نهایی رگرسیون لجستیک با اطمینان ۷۵/۵ درصد با استفاده از فاکتورهای پیش‌بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده توانست تغییرات متغیر پاسخ احتمال رفتارهای خودکشی در بیماران را تبیین کند. نتایج حاصل از آزمون اوم نی بوس، در مرحله سوم، برازش مدل لجستیک را قابل قبول و در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار نشان داد. در این مرحله مقادیر آماره‌های ضریب تعیین پزودو نشان داد که حضور هم‌زمان عامل‌های پیش‌بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده توانست تنها بین ۷ تا ۱۰/۴ درصد از تغییرات رفتارهای خودکشی در بیماران را تبیین کند. پس از اجرای مدل رگرسیونی و در مرحله پایانی، هرچند مقدار منفی ضریب بتا برای این دو متغیر نشان داد که کاهش سطح هر یک از فاکتورهای کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده، می‌تواند احتمال رفتارهای خودکشی در بیماران را افزایش دهد، اما مقادیر آماره والد و سطح معنی‌داری متناظر آنها نشان داد که تنها حضور فاکتور کیفیت زندگی (B=-۰/۰۰۱، twald=۲۸/۰۶، P<۰/۰۰۰۱) در مدل لجستیک معنی‌دار است (P<۰/۰۵). بدین معنا که کاهش کیفیت زندگی بیماران به طور معنی‌داری احتمال رفتارهای خودکشی در بیماران را افزایش می‌دهد. از طرفی پایین بودن میزان حمایت اجتماعی نیز دارای اثر افزایشی غیرمعنی‌دار بر روی رفتارهای خودکشی در بیماران است (P>۰/۰۵). این نتایج نشان داد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده دارای حضور معنی‌داری در مدل رگرسیون لجستیک و قادر به پیش بینی تغییرات احتمال رفتارهای خودکشی در بیماران است. مقادیر نسبت شانس نیز نشان داد که افزایش میزان کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند شانس رفتارهای خودکشی در بیماران را به طور معنی‌داری کاهش دهد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میزان حمایت اجتماعی ادراک شده،کیفیت زندگی و کیفیت خواب بر رفتارهای خودکشی در بیماران سالمند و میانسال بستری در بخش‌های روانپزشکی انجام گرفت. نتایج یافته‌ها نشان داد بین رفتارهای خودکشی و کیفیت زندگی با اختلال روانپزشکی در

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته با پژوهش-های نام و همکارانش (۱۳)، کرستانی و همکارانش (۲۸) و عزیززاده‌فروزی و همکارانش (۲۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت هرچند خودکشی در کشورهای جهان در همه گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد، ولی خودکشی در میان سالمندان و میانسالان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر رخ می‌دهد. خودکشی در افراد سالمند و میانسال یکی از علل مراجعه به مراکز درمانی است که در کشورهای درحال توسعه کمتر به آن توجه شده است (۳۰). خودکشی در سراسر جهان به عنوان مشکل سلامت عمومی مطرح شده است و به صورت دغدغه و مشکل اساسی برای روانپزشکان، روانشناسان و دیگر متخصصانی که به نحوی با مسائل سلامت روانشناختی درگیر هستند، مطرح است. عوامل بسیار زیادی می‌توانند باعث رفتارهای خودکشی در میان سالمندان و میانسالان گردند. از جمله این عوامل اختلالات روانپزشکی و کیفیت زندگی ضعیف است. مطالعات نشان می‌دهند بیش از ۹۰ درصد افرادی که خودکشی موفقیت‌آمیزی داشته‌اند، حداقل دارای معیارهای یک اختلال روانپزشکی در هنگام خودکشی بوده‌اند (۳۱). به طوری که میزان شیوع خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر از افراد عادی است (۳۲). اختلالات روانپزشکی هر چند کوچک، در صورت عدم درمان می‌تواند باعث شکل‌گیری افکار خودکشی و در نهایت اقدام به آن می‌شود (۱۰). از سوی دیگر سالمندان و افراد میانسال مبتلا به اختلالات روانی با کیفیت زندگی ضعیف دست و پنجه نرم می‌کنند. چرا که کیفیت زندگی موضوعی فراگیر است که از سلامت روانی، فیزیکی و... تأثیر می‌پذیرد (۳۳). جمعیت سالمندی از مهم‌ترین نگرانی‌هایی است که ایران در سال‌های آینده با آن روبه‌رو خواهد شد. در این راستا، جامعه ناچار است با آن مواجه شود. لذا اگر سالمندان و افراد میانسال از وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی پایینی برخوردار باشند، نتایج و عواقب منفی آن گریبان‌گیر جامعه خواهد شد؛ پس ضروری است تا با جدیت بیشتری موضوع اختلالات روانپزشکی، کیفیت زندگی و عوامل خطرزا خودکشی سالمندان و افراد میانسال مورد توجه و بررسی قرار بگیرد.

نتایج پژوهش نشان داد بین رفتارهای خودکشی با حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های رشید و همکارانش (۳۴)، نام و همکارانش (۱۳) و ژانگ و همکارانش (۳۵) که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین افکار خودکشی با حمایت اجتماعی ادراک شده همبستگی منفی وجود دارد. همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت رفتارهای خودکشی نشان دهنده یک مشکل بهداشت عمومی پیچیده و در عین حال بالقوه قابل پیشگیری با پیامدهای شخصی و اجتماعی گسترده است. بنابراین، شناسایی عوامل خطر رفتارهای خودکشی، توانایی ما را برای مداخله و جلوگیری از مرگ ناشی از خودکشی افزایش می‌دهد (۳۶). حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامت جسمی، روانی، و جنبه‌های مختلف زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۱۴). فقدان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک عامل خطر و زمینه‌ساز برای خودکشی است و از سوی دیگر حمایت اجتماعی ادراک شده مناسب و خوب، به عنوان یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل رفتارهای خودکشی عمل می‌کند. در تبیین بهداشت روانی به عنوان یکی از شاخصه‌های مهم در بروز رفتارهای خودکشی، برخورداری از حمایت اجتماعی ادراک شده را در برآوردن بهداشت روانی و به دنبال آن کاهش رفتارهای خودکشی فرد، می‌توان تأثیرگذار دانست، حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان، خانواده و سایر افراد موجب کاهش فشار روانی و افکار خودکشی در شخص می‌گردد (۳۷).

نتایج پژوهش نشان داد بین رفتارهای خودکشی با کیفیت زندگی بیماران رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته با پژوهش حیدری‌شرف و همکارانش (۱۸) که در پژوهش خود نشان دادند بین کیفیت زندگی با رفتارهای خودکشی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد، همسو است. کیفیت زندگی یکی دیگر از سازه‌هایی است که نقش مهمی در رفتارهای خودکشی دارد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که از سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، ارتباط با محیط تأثیر می‌پذیرد و هر عاملی که تأثیر منفی براحساس خوب بودن و توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره بگذارد، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد. بهبود کیفیت زندگی روی سطح سلامت شخص، وضعیت روانی، روابط اجتماعی و ابعاد دیگر تأثیر دارد (۳۸). افرادی که از لحاظ روحی و روانی به شدت آسیب دیده‌اند و نمی‌توانند به طور مناسب با استرس‌های محیطی برخورد کنند، با فکر کردن به خودکشی و نابود کردن خود به دنبال رهایی از شرایط خود هستند (۱۸).

نتایج پژوهش نشان داد بین رفتارهای خودکشی با کیفیت خواب بیماران رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته با پژوهش‌های لیو و همکارانش (۲۳) و لندابلانکو و همکارانش (۲۱) که در مطالعه خود نشان دادند کیفیت خواب ضعیف می‌تواند با افزایش خطر خودکشی مرتبط باشد،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

همسو است. خودکشی یکی از فوریت‌های روانپزشکی و یکی از مشکلات روانی- اجتماعی و از معضلات مهم در سلامت روانی افراد به شمار می‌رود که با متغیرهای اجتماعی، روانی و بیولوژیکی مرتبط است (۳۹)، و چنین عواملی اغلب به علل تسریع کننده و مستعد کننده تقسیم می‌شوند. یکی از این عوامل، کیفیت خواب است. کیفیت و اختلالات خواب یک عامل خطر مهم برای رفتارهای خودکشی است و مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات خواب با افزایش خطر رفتارهای خودکشی مرتبط است. به طوری که هم اختلالات خواب و هم شکایات عمومی خواب با سطوح بیشتری از رفتارهای خودکشی و همچنین اقدام به خودکشی و خودکشی کامل مرتبط هستند (۳۶). اختلالات خواب هم به عنوان یک علامت و هم یک عامل خطر برای مسائل مختلف سلامت روان، از جمله رفتارهای خودکشی است (۴۰). بنابراین لزوم بررسی و شناخت نقش عوامل روانی در بروز و فهم خودکشی و همچنین پیشگیری و درمان به موقع آن، نه‌تنها از لحاظ پژوهش‌های علمی واجد اهمیت است، بلکه از نظر انسانی نیز می‌توان آن را نوعی وظیفه تلقی کرد (۴۱).

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، فقط کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده توانستند تغییرات متغیر رفتارهای خودکشی در بیماران را تبیین کنند. به طوری که افزایش میزان کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند شانس اقدام به خودکشی در بیماران را به طور معنی‌داری کاهش دهد. بنابراین دو فاکتور کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده، هر یک نقش یک عامل محافظتی در افزایش خطر خودکشی در بیماران را ایفا می کنند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های حیدری‌شرف و همکارانش (۱۸) و گوسی، وانگ و اتوا (۱۹) که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی قادر به پیش‌بینی تغییرات رفتارهای خودکشی است، و صدری‌دمیرچی و همکارانش (۱۴) و هیرچ و بارتونش (۱۲) در پژوهش خود نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک شده قادر به پیش‌بینی تغییرات رفتارهای خودکشی است، همسو است. کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله سازه‌هایی است که در پیش-بینی رفتارهای خودکشی نقش به سزایی دارند. در این راستا، زمانی که کیفیت زندگی و حمایت ادراک شده ضعیف باشد، به عنوان فاکتور خطر برای افکار و اقدام به خودکشی عمل می‌کنند، از سویی دیگر هنگامی که کیفیت زندگی و حمایت ادراک شده مطلوب و خوب باشد، به عنوان فاکتور محافظت-کننده در برابر افکار و اقدام به خودکشی عمل می‌کنند. با توجه به اثرات زیان بار روانی، اجتماعی و اقتصادی خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی سالمند و میانسال، شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودکشی می‌تواند راهگشای مطالعات دقیق‌تر در افراد اقدام کننده به خودکشی و به تبع آن اتخاذ راهکارهایی برای پیشگیری‌های اولیه از این مشکل بهداشت روانی باشد و در اصلاح و گسترش روش‌های درمانی مؤثرتر یاری کند. بنابراین نتایج این پژوهش، اهمیت توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد سالمند و میانسال را بیشتر نمایان می‌سازد و مسئولیت مدیران بهداشتی، درمانی و اجرایی کشور را در اتخاذ سیاست‌های اصولی پیشگیری از خودکشی و مقابله با آن مورد تأیید قرار می‌دهد.

به طور کلی پژوهش حاضر در سطح نظری می‌تواند به شناخت بهتر عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودکشی کمک کند و با تبیین نحوه تأثیرپذیری خودکشی از عواملی مانند حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب به گسترش دانش، مفاهیم و مدل‌های موجود در این زمینه کمک کنند و راهگشای پژوهش‌های جدیدتر به منظور گسترش دانش روان‌شناختی باشند. در سطح عملی، یافته-های پژوهش حاضر می‌تواند دیدگاهی امیدبخش و پیشگیرانه نسبت به کاهش بروز رفتارهای خودکشی را در جامعه پیش رو بگذارد و مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌ای پیشگیرانه و درمان به حساب آید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، مقطعی بودن این مطالعه است و نمی‌توان نتیجه‌گیری علت و معلولی استنتاج کرد. همچنین افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر بیماران سالمند و میانسال بستری در بخش‌های روانپزشکی کرمانشاه بودند، بنابراین نتایج این مطالعه را نمی‌توان به تمامی سنین و سایر مناطق جغرافیایی تعمیم داد. با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود که متخصصان سلامت روان در فرایند درمان و پیگیری رفتارهای خودکشی بیماران سالمند و میانسال، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و کیفیت خواب آن‌ها را در نظر گرفته و مداخلات مختص به این مشکلات را نیز در فرایند درمان این بیماران به کار گیرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد اخلاق IR.KUMS.MED.REC.1402.320 و با حمایت مالی دانشگاه مذکور، به انجام رسید. بدین وسیله

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان فارابی، مرکز تحقیقات پیشگیری سوء مصرف مواد و بیماران عزیز به دلیل همکاری ارزشمندشان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، اعلام می‌دارند.

REFERENCES

1. Derakhshesh H, Gholami F, Nazi N, Shakibaeishadahmadgouraei M. A look at suicide in middle-aged and elderly people. Iranian Journal of Psychology and Behaviour Sciences 2018; 13: 10-17. [In Persian]

2. Onunkwor OF, Al-Dubai SA., George PP, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, & Shuaibu HO. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. Health Qual Life Outcomes 2016; 12,14:6.

3. Chose B, Wang R, & Etowa J. Association of Perceived Health, Happiness, and Quality of Life With Morbid Thoughts and Suicide Ideation: Evidence From the Study on Global AGEing and Adult Health. Epidemiol and Health System J 2023; 10: 1-8.

4. Wongpakaran T, Wongpakaran N. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. Clin Interv Aging 2013; 8: 1553-9.

5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-154.

6. Large MM, Chung DT, Davidson M, Weiser M, Ryan CJ. In-patient suicide: selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. BJPsych Open 2017; 3:102-105.

7. LebenNovak L, Gomboc V, Postuvan V, DeLeo D, Rosenstein Z, Drobnic-Radobuljac M. The Influence of Insecure Attachment to Parents on Adolescents' Suicidality. Int J Environ Res Public Health 2023; 20: 2827.

8. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland china: a meta-analysis. BMC public Health 2012; 12: 524.

9. Currier D, Oquendo MA. Epidemiology of Suicide and Attempted Suicide. Tsuang MT, Tohen M, Jones PB, eds. Textbook in Psychiatric Epidemiology. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 2011. P.517-33.

10.Bakhtar M, Rezaeian M. The Prevalence of Suicide Thoughts and Attempted Suicide plus Their Risk Factors among Iranian Students: A Systematic Review Study. J Rafsanjan Univ Med Sci 2017; 15: 1061-76. [In Persian]

11. Cha KS, Lee HS. The effects of ego-resilience, social support, and depression on suicidal ideation among the elderly in South Korea. J Women ging 2018; 30: 444-459.

12. Hirsch JK, Barton AL. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. J Am Coll Health 2011; 59: 393 -398.

13. Nam EJ, Lee JE. Mediating Effects of Social Support on Depression and Suicidal Ideation in Older Korean Adults With Hypertension Who Live Alone. J Nurs Res 2019; 27:e20.

14. SadriDamirchi E, HonarmandGhojebeyglou P, Khakdal Ghojebeyglou S, Amir S M B. The Role of Cognitive Flexibility and Perceived Social Support in Predicting Suicidal Tendency in University Students. J of Rooyesh-e-Ravanshenasi 2019; 8: 61-66. [In Persian]

15. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H, Sharifiyan E, Mehraban Z. Comparative Study of Received Social Support and Perceived Social Support from the Viewpoint of the Elderly People. Khorasan University of Medical Sciences 2019; 11: 99-106. [In Persian]

16. Maleki G, Hassanzadeh R, Fakhri M K. Structural Equations Modeling of Social Support with Suicide Ideation by Mediating Role of Life Satisfaction in Students. Pajouhan Sci J 2022; 20: 169-176. [In Persian]

17. Ng CG, Nurasikin M, Loh H, HA AY, Zainal N. Factorial validation of the Malay version of multidimensional scale of perceived social support among a group of psychiatric patients. *Malaysian Journal Of Psychiatry* 2012; 21:17-26.

18. Hidarisharaf P, Dabirian M, Parvaneh A, Naderi GH, Karimi P. Relationship of quality of life, spirituality and resilience with suicidal thoughts in students. Islam and Health Journal 2015; 2:23-29. [In Persian]

19. Ghose B, Wang R, Etowa J. Association of Perceived Health, Happiness, and Quality of Life With Morbid Thoughts and Suicide Ideation: Evidence From the Study on Global AGEing and Adult Health. Epidemiol and Health System J 2023; 10(1):1-8.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

20. Berzins MV, Watanabe HA. Falar de suicido é também falar da vida e da qualidade de vida. Cienc Saude Coletiva 2012; 17: 1955-1962. [In Portuguese]

21. Landa-Blanco M, Romero K, Caballero I, Gálvez-Pineda E, Funes-Henríquez MJ, Romero R. Exploring suicide ideation in university students: sleep quality, social media, self-esteem, and barriers to seeking psychological help. Front Psychiatry 2024; 5;15,1352889.

22.BehPajooh A, Soleymani S. The relationship between quality of sleep and the quality of life of the elderly in three districts of Tehran. Aging Psychology J 2017; 3: 107-114. [In Persian]

23. Liu XK, Li QF, Han DC, Cheng W, Song N, Hu M, Xiao SY. The association between sleep and suicidality in the presence and absence of depressive symptoms: A cross-sectional study in rural China. Medicine (Baltimore) 2022; 101: e29725.

24. Morin CM., Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 1999; 281:991-99.

25. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. Acad Psychiatry 2008; 32:136-42.

26. Asghari Moghaddam M, Faghehi S. Validity and reliability of health background questionnaire (short form of 36 questions) in two Iranian samples *Clinical Psychology and Personality* 2003; 1: 1-10. [In Persian]

27. Mollahadi M, Salaree MM. The effect of conscript general training on sleep quality of soldiers. Journal of Military Caring Sciences 2020; 7: 8-16. [In Persian]

28. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML. Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. Acta Biomed 2019; 90:68-76.

29. Azzizadehforouzi M, Ramazani T, Safarizadeh M, Alimirzaei R, Rahbarifar S, Fatemi M. Relationship between quality of life and psychological disorders of patients with thalassemia. Sci J Iran Blood Transfus Organ 2015; 11: 362-72. [In Persian]

30. Khodabandeh F, Noorbala AA, Kahani S, Bagheri A. A Study on the Factors that Associated with Attempting Suicide in Middle and Old Age Patients Referriry to Poison Center Lghman Hospital in year 2009. Health Psychol J 2012; 1: 1-10. [In Persian]

31. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The Relationship of Suicidal thoughts, Depression, Anxiety, Resilience, Daily Stress and Mental Health in University of Tehran Students. J Clinical Psychology Studies 2011; 4: 40-22. [In Persian]

32. Modabber R, Ebrahimi H, Kazemi A, Fallahi Khoshknab M. Relationship between suicidal ideations and psychosocial characteristics in depressed patients. IJPN 2014; 2:1-12. [In Persian]

33. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, Magrí N, Martín S, Vázquez JM. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. Subst Use Misuse 2004; 39:1353-68.

34.Rashid S, Kiani A, Khorramdel K, Mohammadnezhady B, Abdollahy B, Makaremi F. The relationship between perceived social support, perceived burdensomeness and thwarted belongingness with suicidal behavior in college students (the interpersonal-psychological theory for suicide). pajoohande 2016; 21: 192-98. [In Persian]

35. Zhang D, Yang Y, Wu M, Zhao X, Sun Y, Xie H, et al. The moderating effect of social support on the relationship between physical health and suicidal thoughts among Chinese rural elderly: A nursing home sample. Int J Ment Health Nurs 2018; 27:1371-82.

36. Bernert RA, Joiner TE. Sleep disturbances and suicide risk: A review of the literature. Neuropsychiatr Dis Treat 2007;3:735-43.

37. Simon MA, Chen R, Dong X. Gender differences in perceived social support in US Chinese older adults. J Gerontol Geriatr Res 2014; 3:163-72.

38. Goli M, Firouzeh F, Ahmadi Sm. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. J Ilam Uni Med Sci 2012; 20: 63-70. [In Persian]

39. Rowe JL, Bruce ML, Conwell Y. Correlates of suicide among home health care utilizers who died by suicide and community controls. Suicide Life Threat Behav 2006;36: 65–75.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]
[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]

40.Brudern J, Hallensleben N, Holler I, Spangenberg L, Forkmann T, Rath D, et al. Sleep disturbances predict active suicidal ideation the next day: an ecological momentary assessment study. BMC Psychiatry 2022; 22: 65.

41. Emad Y, Hadianfard H. Forecasting Suicide Based on Sexuality, Marital Status, Coping Strategies, Religious Orientation, and Depression Rate. IJPCP 2019; 25: 178-193. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.3.11.1]

[DOI: 10.61882/iau.35.3.353]