

Marta Makara-Studzińska, Agata Madej

Samobójstwa wśród osób starszych

Suicides among the elderly

Department of Applied Psychology, Medical University of Lublin, Poland

Adres do korespondencji: Mgr Agata Madej, Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin, tel.: +48 664 125 265, e-mail: madej_agata@interia.pl

Streszczenie

Samobójstwa są istotnym problemem współczesnego świata. W literaturze rozpatruje się je w kontekście socjologicznym, psychologicznym, zdrowotnym i kryminologicznym. Wiek samobójców okazuje się zróżnicowany, jednak najbardziej narażone grupy to dzieci i osoby starsze. Starzenie się jest naturalnym procesem życiowym. Zmiany z nim związane są stopniowe, ale też nieodwracalne. Dotyczą wielu sfer życia jednostki. W dzisiejszym świecie panuje kult młodości, przez co osoby starsze nie są w pełni szanowane przez społeczeństwo. Zwłaszcza w wielkomiejskim środowisku człowiek w podeszłym wieku traktowany jest jako anonimowy, a niejednokrotnie także niedołączony. Sposób, w jaki dostosowuje się on do wymogów rzeczywistości, wpływa na pozytywne bądź negatywne starzenie się. Zaprzestanie wykonywania pracy zawodowej, konsekwencje socjoekonomiczne, ograniczenie samodzielności, samotność, brak wsparcia ze strony bliskich i obecność zmian o charakterze chorobowym mogą popychać osobę starszą do popełnienia samobójstwa. W niniejszej pracy za pomocą baz Scopus, Wiley Online Library, PubMed i Web of Science przeanalizowano literaturę naukową z lat 2014–2015 pod kątem specyfiki i czynników ryzyka samobójstw wśród osób w wieku starszym.

Słowa kluczowe: samobójstwo, osoby w wieku podeszłym, próby samobójcze, depresja

Abstract

Suicides are a major problem in the modern world. In the literature, they are investigated in their sociological, psychological, health-related, and criminological aspects. The age of the people committing suicide is diverse, with the most vulnerable groups being children and the elderly. Aging is a natural and universal process of life. The changes it causes are gradual, but irreversible at the same time. They involve many spheres of life of an individual. In today's world, there is a cult of youth, resulting in the elderly not being fully respected by the society. Especially in the urban environment, an elderly person is frequently treated as anonymous and often decrepit. The manner in which they generally conform to the requirements of reality influences their aging in a positive or negative way. Retirement, socioeconomic consequences, reduction of life autonomy, the felt loneliness, lack of support on the part of relatives, and diseases may ultimately push an elderly person to committing suicide. Using the Scopus, Wiley Online Library, PubMed and Web of Science repositories in the current study we have carried out an analysis of research literature from 2014–2015 in regard to suicide risk factors and specificity among the elderly.

Key words: suicide, elderly people, suicide attempts, depression

STAROŚĆ

W ostatnich kilkudziesięciu latach zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, zwłaszcza wyżej rozwiniętych, zachodzą znaczące zmiany demograficzne (Zawadzka i Stalmach, 2015). Należy do nich proces starzenia się społeczeństwa, spowodowany wydłużaniem się życia i spadkiem liczby urodzeń.

Starość jest bardzo istotnym etapem życia. To najbardziej zróżnicowana faza, która nie podlega regułom i w całości zależy od faz poprzednich – a te u każdego człowieka przebiegają odmiennie. Bywa też definiowana jako końcowy etap procesu starzenia się, w którym mechanizmy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać synergicznie, co prowadzi do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej. Procesowi temu nie można przeciwdziałać (Nowicka, 2006). Tempo starzenia się jest indywidualne – uwarunkowane biografią jednostki, jej cechami biologicznymi i psychicznymi oraz czynnikami natury społecznej. Wśród osób starszych są ludzie zdrowi i prowadzący aktywny tryb życia, ludzie sprawni mimo toczących się procesów chorobowych oraz ludzie chorzy z niesprawnością funkcjonalną różnego stopnia (Makara-Studzińska i Kryś-Noszczyk, 2012).

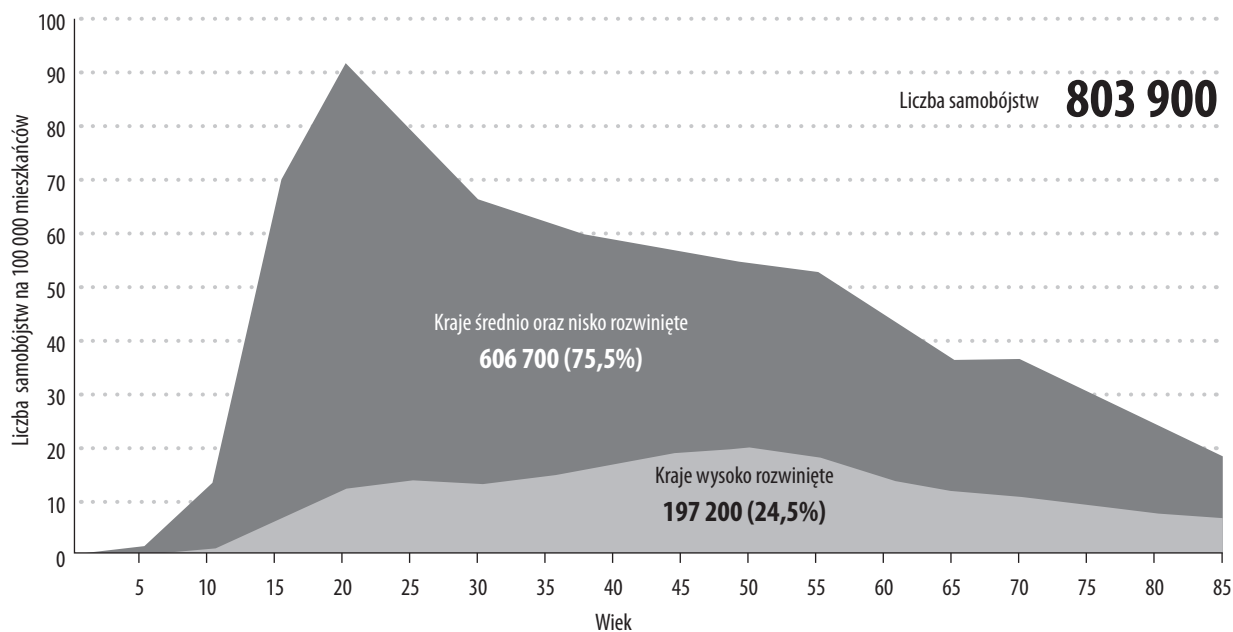
Starość, podobnie jak poprzednie fazy życia, stawia przed jednostką pewne zadania i piętrzy rozmaite trudności. Przychodzi czas refleksji: co w dotychczasowym życiu było dobre, a co złe, co można by było zmienić i co jeszcze może się zdarzyć. Zdaniem Eriksona do zadań człowieka w okresie starości należą: akceptacja własnego życia, przekierowanie energii na nowe role i formy aktywności oraz rozwój stosunku do śmierci (Kawka, 2004). Żeby jednak sprostać tym wyzwaniom, należy w konstruktywny sposób przystosować

się do starości, co nie zawsze jest łatwe. Wraz z wiekiem rośnie bowiem ryzyko pojawienia się problemów funkcjonalnych i niepełnosprawności. Zmiany kulturowe, technologiczne czy społeczne sprawiają, że osoby starsze muszą się odnaleźć w rzeczywistości istotnie różnej od dotąd im znanej (Sokołowska, 2014). Sposób, w jaki senior dostosuje się do wymagań rzeczywistości, ma wpływ na pozytywny lub negatywny proces starzenia się.

SAMOBÓJSTWA W GRUPIE OSÓB STARSZYCH W STATYSTYKACH OGÓLNOŚWIATOWYCH

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, 2014) na temat zapobiegania samobójstwom można uzyskać informację, że każdego roku 800 000 ludzi dokonuje zamachu na własne życie – co 40 sekund umiera w ten sposób jedna osoba. Okazuje się, iż samobójstwa zbierają większe żniwo niż konflikty zbrojne, zabójstwa czy kłębki żywiołowe. Liczba prób samobójczych jest większa od liczby samobójstw. Na jedno samobójstwo zakończone zgonem przypada 10–15 prób, wśród seniorów proporcje te wynoszą 4:15. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia w 2012 roku na świecie zostało popełnionych 803 900 samobójstw. Daje to ogólnoświatową średnią wynoszącą 11,4 na 100 000 mieszkańców (w tym 15 na 100 000 mężczyzn oraz 8 na 100 000 kobiet). Większość samobójstw odnotowano w krajach nisko i średnio rozwiniętych: 606 700 (75,5% wszystkich przypadków). W krajach wysoko rozwiniętych doszło do 197 200 samobójstw (24,5% wyniku globalnego) (ryc. 1).

W krajach wysoko rozwiniętych mówi się o średniej 12,7 samobójstwa na 100 000 mieszkańców obojga płci,



a w krajach średnio i nisko rozwiniętych – 11,2 na 100 000 mieszkańców obojga płci. Wyższy wskaźnik samobójstw osób w wieku starszym obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych – 3,5 na 100 000 mieszkańców (19,9 na 100 000 mężczyzn, 5,7 na 100 000 kobiet). W krajach nisko i średnio rozwiniętych odnotowuje się średnią 1,6 samobójstwa na 100 000 mieszkańców (13,7 na 100 000 mężczyzn oraz 8,7 na 100 000 kobiet).

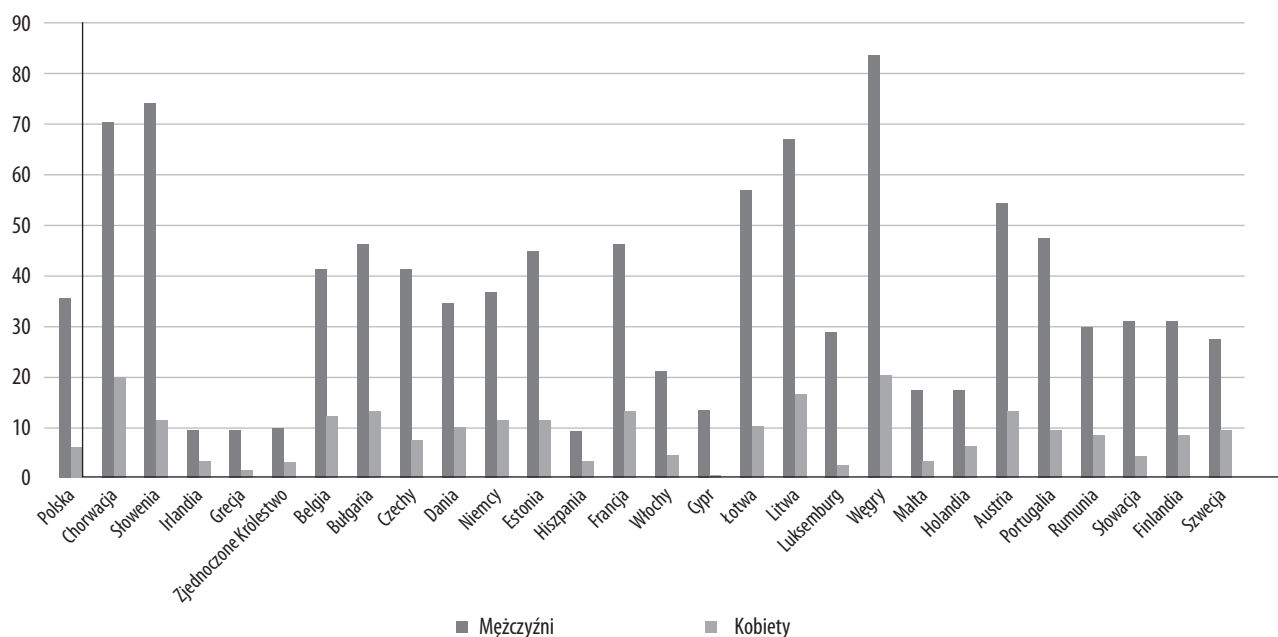
W regionie afrykańskim Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik samobójstw wyniósł w 2012 roku 11,4 na 100 000 mieszkańców. Szczególnie wysoką wartość wskaźnika odnotowano wśród osób w wieku starszym. W pozostałych regionach (amerykańskim, wschodnio-środkonordowym, azjatyckim) również występuje wysoki odsetek samobójców w wieku senioralnym. W Stanach Zjednoczonych samobójstwa ludzi starszych przypadają najczęściej na 80.–84. rok życia. Zgodnie z danymi australijskimi u mężczyzn powyżej 85. roku życia wskaźnik samobójstw wyniósł w 2012 roku 37,6 na 100 000 – trzykrotnie więcej niż w populacji ogólnej.

Jak wynika z programu badawczego WHO/EURO Multi-centre Study of Suicidal Behavior, najpowszechniejszymi sposobami popełniania samobójstw przez seniorów były zatrucie lekami (52,7%) z grupy benzodiazepin i leków nasennych oraz podcięcie żył (11,2%) (De Leo *et al.*, 2001). Kobiety wybierały głównie „miękkie” metody, czyli zatrucie lekami i podcięcie żył, a mężczyźni – metody „twarde”, czyli powieszenie i skok z wysokości. Suicydologowie są zgodni, że usiłowania samobójcze osób starszych należy traktować raczej jako samobójstwa nieudane niż jako próby samobójcze podejmowane bez wystąpienia determinacji śmierci (Rosa, 2013).

SAMOBÓJSTWA W GRUPIE OSÓB STARSZYCH W STATYSTYKACH EUROPEJSKICH (W TYM POLSKICH)

Badania Eurostatu przeprowadzone w 2010 roku na grupie osób w wieku powyżej 65 lat wskazują, że średnia samobójstw wśród starszych mężczyzn w Europie (31 na 100 000 mieszkańców płci męskiej) jest znacznie wyższa od średniej wśród starszych kobiet (8 na 100 000 mieszkańców płci żeńskiej) (Eurostat, 2013). W Polsce wskaźniki te wynoszą odpowiednio 36 na 100 000 oraz 6 na 100 000. Najwyższy wskaźnik umieralności z powodu samobójstw odnotowano na Węgrzech (83 na 100 000 mężczyzn : 20 na 100 000 kobiet), w Chorwacji (70 na 100 000 mężczyzn : 20 na 100 000 kobiet) i na Litwie (67 na 100 000 mężczyzn : 16 na 100 000 kobiet), a najniższe – w Irlandii (9 na 100 000 mężczyzn : 3 na 100 000 kobiet), Grecji (9 na 100 000 mężczyzn : 1 na 100 000 kobiet), Zjednoczonym Królestwie (10 na 100 000 mężczyzn : 3 na 100 000 kobiet) i Hiszpanii (24 na 100 000 mężczyzn : 5 na 100 000 kobiet). Z kolei na Cyprze nie stwierdza się przypadków samobójstw wśród starszych kobiet (ryc. 2).

Stosunek wskaźnika samobójstw mężczyzn do wskaźnika samobójstw kobiet w trakcie szpitalnego leczenia psychiatrycznego wynosi zwykle od 1:5 do 1:1 (Araszkiewicz, 2013). Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Komendy Głównej Policji (KGP), seniorzy i dzieci to grupy najbardziej zagrożone samobójstwem. W 2014 roku w Polsce odnotowano najwyższy wzrost liczby zamachów samobójczych w grupie osób w wieku 60–64 lata. Było ich 762 – o 139 więcej niż rok wcześniej. W 2014 roku zaobserwowano wzrost (o 106) liczby



Ryc. 2. Wskaźniki samobójstw wśród mieszkańców krajów europejskich w wieku 65+ w 2010 roku (Eurostat, 2013)

Wiek	Liczba zamachów samobójczych (próby + samobójstwa dokonane)		
	2012	2013	2014
60–64	443	623	762
65–69	213	337	443
70–74	137	223	225
75–79	130	168	203
80–84	93	134	162
85 i więcej	79	133	113

Tab. 1. Wiek osób mieszkających w Polsce podejmujących zamachy samobójcze w latach 2012–2014 (statystyki Komendy Głównej Policji)

zamachów samobójczych wśród 65–69-latków. Zwiększyła się liczba samobójców z grupy wiekowej 75–84 lata. Zdaniem ekspertów wpływają na to niedawne zmiany w systemie emerytalnym (tab. 1, ryc. 3).

Z ostatniego raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że stan zdrowia Polaków się pogarsza (Wojtyński *et al.*, 2012). W latach 1997–2010 wzrosła liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Według Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dane epidemiologiczne wskazują na istotny wzrost częstości zachorowań na zaburzenia depresyjne, wcześniejsze występowanie pierwszych epizodów schizofrenii, wzrost częstości uzależnień od środków psychoaktywnych i skokowy wzrost liczby samobójstw (Szymańczak, 2015).

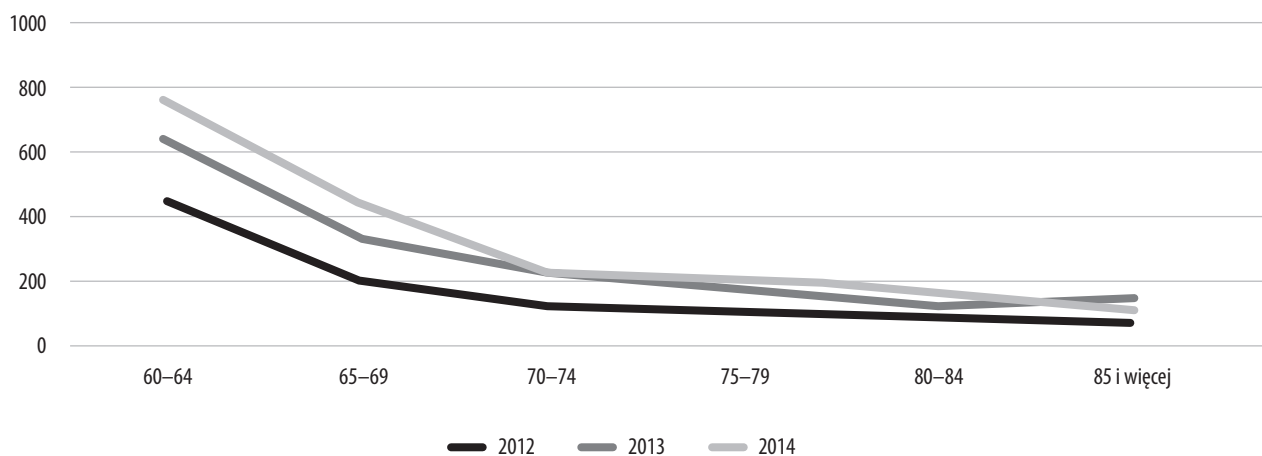
Ogólnopolskie dane dotyczące liczby samobójstw gromadzone przez KGP (na podstawie zgłoszeń) oraz GUS (na podstawie kart zgonów) są rozbieżne. Dodatkowo literatura suicydologiczna przytacza znacznie większe liczby. Dzieje się tak, ponieważ w statystykach policyjnych i kartach zgonów te przypadki, które można by zakwalifikować jako samobójstwa, odnotowano jako zgony z innego powodu (zatrucie, uraz, nieustalona przyczyna). Ocenia się, iż prób samobójczych jest kilka do kilkunastu razy więcej niż samobójstw dokonanych. Faktycznej skali zamachów

samobójczych niezakończonych zgonem nie da się wiarygodnie ocenić – ze względu na brak odpowiednich statystyk (Szymańczak, 2015).

CZYNNIKI RYZYKA SAMOBÓJSTWA W WIEKU PODESZŁYM

W okresie starości organizm człowieka najczęściej dotknięty jest kilkoma współistniejącymi procesami chorobowymi: od schorzeń układu krążenia (np. zaburzeń krążenia mózgowego), przez zmiany zwyrodnieniowe stawów oraz nietrzymanie moczu i stolca, do zwiększonego ryzyka chorób nowotworowych (Trnka *et al.*, 2004). Choroby przebiegają w sposób podstępny, nietypowy, ze zwiększonym ryzykiem powikłań. Zmiany organiczne w mózgu powodują labilność emocjonalną, trudności w nabywaniu nowych doświadczeń, osłabienie funkcji intelektualnych. Prowadzi to do utrudnień w nawiązywaniu stosunków z otoczeniem i postrzegania osób starszych jako dziwaków oraz pogłębia uczucie osamotnienia i wyobcowania (Trnka *et al.*, 2004). Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne rośnie w sytuacjach trudnych, a starość niewątpliwie należy do takich sytuacji.

Istotnym momentem w życiu seniora jest zakończenie pracy zawodowej i przejście na emeryturę. Brak możliwości realizowania się w codziennej pracy wpływa depresyjnie, nie pozwala człowiekowi osiągać celów ze względu na ograniczone możliwości finansowe oraz stanowi obciążenie ekonomiczne dla pozostałych członków społeczeństwa (Solarz, 2014). Nierzadko moment ten jest katalizatorem procesu starzenia się jednostki. Osoba dotychczas aktywna, doceniana i szanowana traci wcześniejszą pozycję. Zakończenie pracy wiąże się ze zmianą sytuacji finansowej, co może prowadzić do przeprowadzki i zmiany otoczenia. Nakładające się na to częste przewlekłe zmiany chorobowe, utrudniające codzienne życie i ograniczające samodzielność, mogą popychać człowieka do ostatecznego rozwiązania własnych problemów, czyli do samobójstwa (Trnka *et al.*, 2004).



Istotnym czynnikiem ryzyka samobójczego jest również samotność. Rembowski (1992) definiuje ją jako złożone i wielowymiarowe doświadczenie psychospołeczne, pojawiające się – jak inne nieprzyjemne odczucia – wskutek istnienia niezgodności między oczekiwaniami jednostki a jej możliwościami. Samotność powszechnie rozumie się jako stan psychiczny spowodowany niezadowolaniem z liczby i jakości szeroko rozumianych związków społecznych, czyli interakcji z ludźmi (Baumann, 2008).

Innym ważnym czynnikiem jest depresja. W wieku starszym przebiega ona jako połączenie przygnębienia, lęku, zahamowania psychoruchowego, omamów, urojeń depresyjnych i bezsenności. Jej obraz kliniczny ulega częstym zmianom. Depresja wpływa na wzrost śmiertelności, a ryzyko zgonu wśród seniorów rośnie wraz ze stopniem nasilenia objawów o charakterze depresyjnym.

Kolejnym problemem mogącym prowadzić do samobójstwa jest przemoc wobec osób w wieku podeszłym, zarówno we własnych rodzinach, jak i w domach opieki społecznej. W raporcie na temat przeciwdziałania zjawisku przemocy wobec starszych Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że każdego roku w regionie europejskim 8500 osób po 60. roku życia umiera w wyniku zabójstwa; 30% tych zbrodni popełniają członkowie rodziny (Sethi *et al.*, 2011). Przemoc przybiera różne formy, takie jak przemoc fizyczna, okradanie, przemoc psychiczna, ograniczanie wolności wyboru, zaniedbywanie (Makara-Studzińska i Sosnowska, 2012). Niejednokrotnie członkowie rodziny postrzegają osobę starszą jako balast. Podobna trudność pojawia się w domach opieki społecznej, w których personel, doświadczający objawów zespołu wypalenia zawodowego, traktuje pensjonariuszy przedmiotowo. Samo przeniesienie w nowe środowisko, często z dala od rodziny, przekracza – i tak już ograniczone – możliwości przystosowawcze jednostki. Z literatury przedmiotu wynika, że dla osoby starszej zamieszkanie w domu opieki społecznej to czynnik wysoce traumatyzujący, który prowadzi do pogorszenia stanu psychofizycznego. W ślad za tym pojawiają się apatia, niekiedy bunt, bierność i wrogość. Senior zaczyna więc traktować śmierć jako wyzwolenie od nieszczęśliwej egzystencji. Badania przeprowadzone w 2005 roku przez brytyjskie Towarzystwo Pielęgniarek Środowiskowych wykazały,

Cechy demograficzne: płeć męska, osoby owdowiałe/rozwidzione
Sytuacja życiowa: emerytura, okres żałoby, zła sytuacja materialna
Stan zdrowia: zaburzenia psychiczne, choroby somatyczne, trudności związane z widzeniem i słyszeniem
Dane z wywiadu: próby samobójcze w przeszłości (starsze kobiety – samobójczynie w przeszłości podjęły co najmniej jedną próbę samobójczą), samobójstwa osób z najbliższej rodziny
Inne: pora roku (wiosna i jesień), dzień tygodnia (poniedziałek i wtorek), miesiąc (w grupie mężczyzn powyżej 70. roku życia – od kwietnia do października, a najmniej w grudniu i styczniu; w grupie kobiet powyżej 70. roku życia najczęściej samobójstw dokonano w marcu, a najmniej – w czerwcu)

Tab. 2. Zestawienie czynników zwiększających ryzyko samobójstwa osób w wieku starszym

że nadużycia najczęściej dotyczą kobiet między 80. a 84. rokiem życia (<http://www.cdna-online.org.uk>).

PRZEGLĄD AKTUALNYCH BADAŃ

Bernert i wsp. (2014) w ciągu 10 lat przeprowadzili badania na grupie 420 osób w wieku podeszłym; 20 z nich popełniło samobójstwo. Autorzy określili, że w przypadku seniorów, którzy zgłaszali problemy ze snem, ryzyko samobójstwa rosło o 40%, a gdy bezsenności towarzyszyły objawy depresji – o kolejne 30%. Zdaniem badaczy zła jakość snu może być wskaźnikiem służącym identyfikacji osób w wieku podeszłym skłonnych dokonać zamachu na własne życie. Postulowali włączenie leczenia zaburzeń snu jako metody skutecznej w prewencji zachowań samobójczych u osób starszych. Golding i wsp. (2015) wśród problemów ze snem występujących u seniorów wymieniają dodatkowo koszmary senne. Fässberg i wsp. (2015) we wnioskach z badań prowadzonych na czterech kontynentach wskazali, iż zachowania samobójcze ludzi w wieku podeszłym są powiązane z niesprawnością fizyczną i współistniejącymi chorobami (np. zaburzeniami neurologicznymi, przewlekłym bólem, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, problemami z wątrobą, artretyzmem). Badacze stwierdzili, że do podjęcia efektywnych działań zapobiegawczych niezbędna jest wiedza na temat czynników ryzyka samobójstw oraz potrzeb osób starszych.

Innamorati i wsp. (2014) odnotowali wysoki odsetek samobójców wśród owdowiałych i samotnych starszych seniorów. Grupę tę cechowało ponadto doświadczenie sytuacji stresowych na kilka miesięcy przed podjęciem decyzji o samobójstwie.

Law i wsp. (2015) na podstawie analizy 3133 przypadków samobójstw 65-letnich i starszych mieszkańców Australii ustalili, że istnieje związek między ryzykiem dokonania czynu samobójczego a płcią (77,1% samobójców stanowili mężczyźni). Największy odsetek seniorów popełniających samobójstwo stanowili imigranci z północno-zachodniej Europy. Z kolei Guidry i Cukrowicz (2015), badający grupę 151 ludzi starszych, wskazali na związek między symptomami depresji, poczuciem samotności i beznadziejności a występowaniem myśli samobójczych. Oh i wsp. (2015) dodają do listy czynników ryzyka niski poziom wykształcenia, a Segal i wsp. (2015) wspominają o zaburzeniach osobowości u osób starszych – według badaczy zaburzenia te zwiększają ryzyko samobójstwa o 55%. Cavalcante i Minayo (2015), bazując na rezultatach swoich badań, podkreślają istotną rolę wsparcia osób najbliższych. Niezaspokajanie podstawowych potrzeb seniorów (w tym potrzeby bycia wysłuchanym), izolacja, niesprawność psychiczna i fizyczna prowadzą do wzrostu ryzyka zachowań suicydalnych.

Cheung i wsp. (2015) przeanalizowali 225 przypadków samobójstw ludzi po 65. roku życia. Jak się okazało, 41,5% samobójców (głównie kobiety) zostawiło list pożegnalny. Z listów wynikało, że 33,3% osób nie miało uzasadnionych medycznie powodów, aby odebrać sobie życie; 73,3% miało ukryte choroby.

PODSUMOWANIE

Starość i proces starzenia się są dla człowieka trudnymi etapami życia. Istnieje dużo problematycznych sytuacji, które prowadzą do dużego rozpowszechnienia depresji w grupie seniorów. Wiąże się to z faktem, że wielu z nich nie jest przygotowanych do okresu starości. Aby osoby w podeszłym wieku mogły sprostać wyzwaniom współczesności, konieczne jest zatem udzielanie im wielowymiarowego wsparcia – w sferze informacyjnej, moralno-duchowej, emocjonalnej i materialnej czy w formie pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności (Kluz, 2012).

Samobójstwa seniorów stanowią istotny problem zdrowia publicznego. Ostatni raport Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, że ludzie ci dokonują zamachu na własne życie, gdyż bliscy nie reagują na ich potrzeby. W okresie starości szczególną rolę odgrywa wsparcie społeczne, którego forma powinna być dostosowana do odbiorców. W przypadku zaburzeń czynnościowych ważną jest pomoc instytucjonalna, a przy problemach natury emocjonalnej – najbliższa rodzina i znajomi. Prawidłowy rozwój człowieka wymaga zaspokojenia jego podstawowych potrzeb: fizjologicznych, przynależności, szacunku i miłości. Ich zaspokojenie zależy od warunków materialnych i bytowych seniora. Należy również pamiętać, że dla pomyślnego przebiegu starzenia się duże znaczenie mają pozytywne samoocena stanu zdrowia i myślenie o starości w kategoriach własnej odpowiedzialności (Bartoszek *et al.*, 2014). Próby samobójcze podejmowane przez osoby starsze wydają się bardziej radykalne niż u młodych ludzi. Z wielu badań wynika też, że seniorzy nie informują o swoich samobójczych zamiarach i dużo częściej podejmują próby w warunkach, w których interwencja jest w zasadzie niemożliwa.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Araszkiewicz A: Depresja u kobiet. In: Ostrowska A (ed.): *Zdrowie i jego zagrożenia*. Raport Polki 2013. Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2013: 55–60.
- Bartoszek A, Kachaniuk H, Kocka K *et al.*: Uwarunkowania i następstwa zachowań zdrowotnych osób starszych. *J Health Sci* 2014; 4: 259–270.
- Baumann K: Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2008; 16: 80–88.
- Bernert RA, Turvey CL, Conwell Y *et al.*: Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: a longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1129–1137.
- Cavalcante FG, Minayo MC: Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil. *Cien Saude Colet* 2015; 20: 1655–1666.
- Cheung G, Merry S, Sundram F: Late-life suicide: Insight on motives and contributors derived from suicide notes. *J Affect Disord* 2015; 185: 17–23.

- De Leo D, Padoani W, Scocco P *et al.*: Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 300–310.
- Eurostat: Causes of death in the EU28 in 2010. Circulatory diseases main cause of death for men and women aged 65 years and over. Available from: http://europa.eu/rapid/press-release_STAT-13-178_en.pdf, 2013.
- Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS *et al.*: A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health* 2015: 1–29.
- Golding S, Nadorff MR, Winer ES *et al.*: Unpacking sleep and suicide in older adults in a combined online sample. *J Clin Sleep Med* 2015; 11: 1385–1392.
- Guidry ET, Cukrowicz KC: Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging Ment Health* 2015: 1–8. <http://www.cdna-online.org.uk/abuse.html#>. <http://statystyka.policja.pl>.
- Innamorati M, Pompili M, Di Vittorio C *et al.*: Suicide in the old elderly: results from one Italian county. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22: 1158–1167.
- Kawka Z: Starość w cyklu życia. In: Krzyszkowski J, Majer R (eds.): *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*. Centrum Szkoleniowo-Wydawnicze AV, Częstochowa 2004.
- Kluz M: Starość wyzwaniem dla współczesnej cywilizacji. *Stud Redemptor* 2012; 10: 314–332.
- Law CK, Kölves K, De Leo D: Influences of population-level factors on suicides in older adults: a national ecological study from Australia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015; DOI: 10.1002/gps.4343.
- Makara-Studzińska M, Kryś-Noszczyk K: Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa. *Psychogeriatr Pol* 2012; 9: 77–86.
- Makara-Studzińska M, Sosnowska K: Przemoc wobec osób starszych – przegląd badań. *Psychiatr Psychol Klin* 2012; 12: 57–61.
- Nowicka A: Starość jako faza życia człowieka. In: Nowicka A (ed.): *Wybrane problemy osób starszych*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006: 17–25.
- Oh DJ, Park JY, Oh M *et al.*: Suicidality-based prediction of suicide attempts in a community-dwelling elderly population: results from the Osan Mental Health Survey. *J Affect Disord* 2015; 184: 286–292.
- Rembowski J: *Samotność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
- Rosa K: Zachowania samobójcze w domach pomocy społecznej. *Psychiatria* 2013; 10: 91–100.
- Segal DL, Gottschling J, Marty M *et al.*: Relationships among depressive, passive-aggressive, sadistic and self-defeating personality disorder features with suicidal ideation and reasons for living among older adults. *Aging Ment Health* 2015; 19: 1071–1077.
- Sethi D, Wood S, Mitis F *et al.*: European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization, 2011.
- Sokołowska E: Osobowość seniora – dylemat ciągłości w świecie ponowoczesnym. *Rocz Andragog* 2014; 21: 249–258.
- Solarz JK: *Finanse seniorów – analiza instytucjonalna*. Przeds Zarz 2014; 15: 37–49.
- Szymańczak J: *Samobójstwa Polaków. Analizy BAS* 2015; 6 (126).
- Trnka J, Szleszkowski Ł, Szatny H: *Samobójstwa osób starszych*. In: Kowaleski JT, Szukalski P (eds.): *Nasze starzejące się społeczeństwo: nadzieje i zagrożenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004: 210–216.
- Wojtyński B, Goryński P, Moskalewicz B (eds.): *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- World Health Organization: *Preventing suicide. A global imperative*. 2014.
- Zawadzka D, Stalmach M: *Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. II. Drogi rozwojowe i wybrane metody pomocy psychologicznej*. Hygeia Public Health 2015; 50: 305–313.