

## ارزیابی سیمای بالینی خودکشی در کودکان و نوجوانان شهر رشت

فاطمه پورنصراله\*<sup>۱</sup>، مائده میرزائی ملاطی<sup>۲</sup>

- ۱) دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران  
۲) دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

\*نویسنده مسئول: Fatemehpournasrollah@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۱/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۱/۰۱/۲۶

### چکیده

خطر خودکشی در بین کودکان و جوانان به دلیل جمع‌آوری ناقص اطلاعات اغلب، دست کم گرفته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سیمای بالینی خودکشی در کودکان و نوجوانان شهر رشت انجام شد. روش پژوهش حاضر توصیفی — گزارش موارد در بازه زمانی شش ماهه و روش گردآوری اطلاعات به صورت میدانی بود. جامعه آماری کلیه کودکان و نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در شهر رشت در سال ۱۴۰۰ بود که از این بین ۳۰ نفر از کودکان و نوجوانان بستری شده در بیمارستانهای شفا، رازی، ۱۷ شهریور و پورسینا به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست جمعیت شناختی، پرسشنامه علائم مرضی و همچنین از فهرست علائم بالینی استفاده شد. همچنین داده‌ها با آزمون آماری توصیفی و خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد اکثر شرکت‌کنندگان بر اساس فهرست علائم بالینی دارای افسردگی و بقیه دارای بدنی سازی، وسواسی جبری، حساسیت بین فردی، اضطراب، خصومت، فوبی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی هستند. شرکت‌کنندگان بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان دارای بیش فعالی — نقص توجه و بقیه دارای نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، افکار وسواسی، اعمال وسواسی، استرس پس از آسیب، تیک‌های حرکتی، افسردگی اساسی، افسردگی مداوم و اضطراب اجتماعی بودند. سوابق خانوادگی، اعتیاد، سابقه ترومای دوران کودکی، فرار از مدرسه، مشکلات روانی، سابقه بستری و بخصوص عواملی همچون افسردگی و اضطراب از عوامل اصلی در خودکشی در کودکان و نوجوانان اقدام کننده به خودکشی هستند.

کلید واژگان: خودکشی، کودکان، نوجوانان

معلولیت‌ها و آسیب‌های روانی — اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه‌های نگهداری و ارائه‌ی مراقبت‌های خاص را نیز برای سال‌های طولانی بپذیرد (باتری<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده قربانیان آسیب می‌زند، تأثیرات منفی بر زندگی اجتماعی

### مقدمه

از میان مسائل و آسیب‌های اجتماعی، خودکشی یکی از معضلات عصر حاضر شناخته شده است. تغییر ساختاری و جوان‌تر شدن افراد که در جوانی اقدام به خودکشی می‌کنند نیز بر مشکلات افزوده است (کلوسی و لستر<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). در این شرایط، جامعه نه تنها نیروهای مولد خود را از دست می‌دهد، بلکه باید به دلیل بیماری‌ها،

<sup>۲</sup>. Batty

<sup>۱</sup>. Colucci & Lester

به جای می‌گذارد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می‌دهد (ترکی و برنت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

خودکشی عملی است که شخص به زندگی خود پایان می‌دهد؛ اصطلاح خودکشی در برگیرنده هرگونه مرگی می‌شود که مستقیم یا غیر مستقیم از عمل مثبت یا منفی مشخص قربانی ناشی شده باشد و قربانی پیشاپیش از نتیجه عمل خود آگاه باشد (استیل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). در خیلی از مذاهب و جوامع به صورت گناه و جنایت در نظر گرفته می‌شود اما در بعضی از فرهنگ‌ها به صورت راهی برای خارج شدن از موقعیت‌های رنج و ناراحتی و یأس و ناامیدی است (لاوارنس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از خودکشی تعاریف متعددی شده است در حالی که می‌توان گفت خودکشی هر نوع عملی است که منجر به مرگ می‌شود؛ ولی این نوع تلقی می‌تواند ابهامات زیادی به دنبال داشته باشد. زیرا مواردی وجود دارند که باعث مرگ شخص توسط خود شخص می‌شود، ولی خودکشی محسوب نمی‌گردد (چو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین رفتارهای دیگری وجود دارد که نتیجه آن مرگ است، ولی از این نظر که خودکشی محسوب شود، قابل بحث است. خودکشی به عنوان عمل خاتمه دادن عمدی، آگاهانه و ارادی به زندگی خویش است. خودکشی، انواع گوناگونی دارد (مامیون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، بدون شک، خودکشی عملی است که فرد مرگ را بر زندگی ترجیح می‌دهد. اما عواملی که موجب تصمیم فرد به خودکشی می‌شوند، در تمام موارد، ماهیت یکسانی ندارند و حتی بین این دلایل گاهی اختلافات و تضادهایی وجود دارد (تابز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از گروه‌هایی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، کودکان و نوجوانان هستند (میرون<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). علی‌رغم کمبود اطلاعات شیوع‌شناسی جهانی برای کودکان و نوجوانان، خودکشی همچنان به عنوان

یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان به شمار می‌رود و یکی از نگرانی‌های عمده در بهداشت عمومی است (الفسون<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بیشترین میزان شیوع خودکشی نوجوانان در هر دو جنس در جنوب شرقی آسیا و شرق اروپا رخ می‌دهد (بکمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). سالانه، نزدیک به ۴۶۰۰ جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله خودکشی می‌کنند (تابز و همکاران، ۲۰۲۰). گزارش مرگ و میر ناشی از خودکشی در گروه سنی زیر ۱۰ سال نادر است. این مسئله که خودکشی در زیر ۱۴ سال به نسبت کمتر است می‌تواند مربوط به عدم آگاهی و آشنایی با پدیده، مراقبت بیشتر والدین، روابط بهتر با والدین، عدم تصور مرگ، میزان کمتر بیماری‌های روانی و اعتیاد و برخورد کمتر با ریسک فاکتورها باشد (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹).

در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر، ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است. ایران از نظر رتبه جهانی خودکشی در رتبه ۵۸ قرار دارد که در این میان سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند (دوست محمدی و رضائیان، ۲۰۲۰). در این زمینه، میری و همکاران (۲۰۲۲)، در یک مطالعه مروری به بررسی افکار و رفتارهای خودکشی در دانش‌آموزان و دانشجویان ایرانی پرداختند. نتایج بدست آمده از ۲۷ مقاله ایرانی نشان داد اقدام به خودکشی در دانشجویان از ۶ تا ۳/۸ درصد و افکار خودکشی از ۸/۲ تا ۴۹/۷ درصد متغیر بود. مهم‌ترین عوامل خودکشی اختلالات روانی، افسردگی تنهایی، ناامیدی، عوامل خانوادگی، ضعف اعتقادات مذهبی و عوامل استرس‌زا و تاب‌آوری پایین بودند. در پژوهشی دیگر، مختاری و همکاران (۲۰۱۸)، شیوع‌شناسی خودکشی در بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سال را مورد بررسی قرار دادند. نتایج بدست آمده حاکی از شیوع ۴ درصدی خودکشی در بازه

6. Tubbs  
7. Miron  
8. Olfson  
9. Beckman

1. Turecki & Brent  
2. Steele  
3. Lawrence  
4. Choo  
5. Mamun

زمانی ۶ سال بود. اختلالات خانوادگی، پسر بودن، سن، زندگی در روستا و وضعیت اقتصادی از جمله عوامل تشدیدکننده اقدام به خودکشی در بین کودکان و نوجوانان ایرانی بود.

خودکشی پدیده چندعلیتی بالینی با عوامل خطر پیچیده زیستی، خانوادگی، اجتماعی و روانشناختی است که برای پایان دادن به درد و رنج طاقت فرسای زندگی که از افسردگی نیز خطرناکتر است، رخ می‌دهد (کیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). خطر خودکشی اغلب دست کم گرفته می‌شود و عوامل جلوگیری از وقوع آن خیلی دیر شناسایی می‌شود (کلنگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از متغیرها و عوامل مرتبط با خودکشی کودکان و نوجوانان می‌توان به سه عوامل دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات)، محیطی (عدم حمایت خانوادگی و اجتماعی، بازداشت و زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی) و روانشناختی (اضطراب، افسردگی، سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس تحصیلی، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت مجازی) اشاره کرد (گومز — تابرز<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱؛ کروس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند کودکان و نوجوانانی که یک یا بیشتر از عوامل خطر را دارند، با احتمال بیشتر در معرض درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با خودکشی هستند (گانس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

در مجموع با توجه به اینکه سنین کودکی و نوجوانی از حساسیت بالایی برخوردار است که اگر به آن توجه کافی نشود ممکن است پیامدهای روانی-اجتماعی غیرقابل جبرانی را به همراه داشته باشد (مو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی دیگر، پیش‌بینی افکار و رفتارهای خودکشی و روش‌های ارزیابی خطر خودکشی از جمله زمینه‌های مطالعاتی است که در دهه‌های اخیر پژوهشگران و روانپزشکان را با چالش مواجه کرده است (مارتین — نیکلاس<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). با وجود اهمیت بسیار زیاد خودکشی، مطالعات تجربی بسیار کمی بر روی آن صورت گرفته است که یکی از دلایل آن نبود مدلی ساختارمند برای توضیح رفتار خودکشی هست. با توجه به این موارد گفته شده، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سیمای بالینی خودکشی در کودکان و نوجوانان شهر رشت انجام شد.

### روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی — گزارش موارد در بازه زمانی شش ماهه و روش گردآوری اطلاعات به صورت میدانی صورت گرفت. جامعه آماری کلیه‌ی

1 .Qu  
2 .Kang  
3 .Gómez-Tabares  
4 .Cross  
5 .Gunnes

6 . Boduszek  
7 . Lawrence  
8 . Moe  
9 .Martinez-Nicolas

کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال اقدام کننده به خودکشی در شهر رشت در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از این بین ۳۰ نفر از کودکان و نوجوانان بستری شده در بیمارستان‌های شفا، رازی، ۱۷ شهریور و پورسینا رشت به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت شخصی، تعلق به گروه پژوهش، و دامنه سنی ۶ تا ۱۸ سال بود. همچنین نیمه‌کاره‌ها رها کردن پرسشنامه‌ها و شانسی جواب دادن به سوالات به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات پژوهشگر پرونده کودکان و نوجوانانی که به علت خودکشی به بیمارستان‌های نام برده شده‌ی رشت طی زمستان (۱۴۰۰) و بهار (۱۴۰۱) مراجعه کرده‌اند یا بستری هستند مورد بررسی قرار داد. همچنین در ادامه پس از کسب رضایت از آن‌ها، چک لیست جمعیت شناختی، پرسشنامه علائم مرضی کودکان و فهرست علائم بالینی تجدید نظر شده ارایه شد و سپس با توجه به پاسخ‌های داده شده پژوهشگر نمره گذاری را انجام داد.

#### ابزار پژوهش

**فرم اطلاعات جمعیت شناختی<sup>۱</sup>:** این چک‌لیست شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه‌ی فرار از مدرسه، نوع سکونت، داشتن و یا نداشتن تعارض با اعضای خانواده و دوستان، تجربه شکست عاطفی، تجارب دردناک، سابقه‌ی بیماری خاص یا زمینه‌ای در فرد و خانواده، سابقه‌ی اختلالات روانی، بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان در فرد و خانواده، تعداد اقدام به خودکشی در فرد و اعضای خانواده، نوع وسیله‌ی اقدام به خودکشی، سابقه مصرف مواد و الکل، سابقه سوءمصرف مواد در خانواده، سابقه‌ی زندان در خود فرد و خانواده، سابقه‌ی مورد زورگیری قرار گرفتن توسط دیگران، اقدام به تهلید و قلدری نسبت به دیگران، متارکه پدر و مادر، سطح وضعیت اقتصادی بود.

**پرسشنامه علائم مرضی کودکان<sup>۲</sup> (CSI-4):** در سال ۱۹۹۴ گادوا و اسپرافکین<sup>۳</sup> اساتید روانپزشکی دانشگاه دانشگاه استونی بروک آمریکا پرسشنامه علائم مرضی کودکان را که شامل دو پرسشنامه والد و معلم است، تهیه نمودند که در این پژوهش از فرم والد استفاده شد (گادوا و اسپرافکین، ۱۹۹۷). پرسشنامه والدین شامل ۹۷ سؤال سازمان‌یافته است که ۱۷ اختلال (نارسایی توجه- بیش‌فعالی، نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی، وسواس فکری و عملی، هراس خاص، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، رشدی فراگیر، اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، استرس پس از سانحه و اختلال‌های دفع) را می‌سنجد. در حالیکه پرسشنامه معلم شامل ۷۷ سؤال سازمان‌یافته است که ۱۳ اختلال را مورد سنجش قرار می‌دهد. گادوا و همکاران (۲۰۰۲) همبستگی این آزمون و مقیاس رفتاری کودک را در مورد اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، اختلال سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸، و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در داخل کشور ایران نیز، محمد اسماعیل (۲۰۰۷) در پژوهشی به بررسی هنجاریابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان پرداخت. نتایج بدست آمده حاکی از کسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ برای زیرمقیاس‌های این پرسشنامه داشت. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد.

**فهرست علائم بالینی (SCL-90-R):** فهرست ۹۰ سوالی تجدید نظر شده نشانه‌های بیمارگون از جمله پرسشنامه‌های تشخیصی است که کاربرد گسترده‌ای دارد و برای اندازه‌گیری ۹ بعد آسیب‌شناسی روانی که بوسیله تحلیل عاملی تعیین شده‌اند، طراحی شده است (دروگاتیس و کاترین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). این پرسشنامه دارای ۹۰ سوال با علائم نه گانه وضعیت روانی شامل افسردگی (۱۳ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)،

<sup>۳</sup> . Gadow & Sprafkin

<sup>۴</sup> . Derogatis & Kathryn

<sup>۱</sup> . Demographic information form

<sup>۲</sup> . The Self-Harm Inventory (SHI)

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شد و توسط آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و آزمون خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی شرکت‌کنندگان برابر با ۱۵/۱۷ با انحراف معیار ۱/۹۸ است، همچنین ۱۹ نفر دختر (۶۳/۳ درصد) و ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان پسر (۳۶/۷ درصد) بودند.

خودبیمارانگاری (۱۱ سؤال)، وسواس و اجبار (۱۰ سؤال)، حساسیت در روابط بین فردی (۹ سؤال)، پرخاشگری (۶ سؤال)، ترس مرضی (۷ سؤال)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال) روانپریشی (۱۰ سؤال) و سوالات اضافی (۷ سؤال) است. هدف این پرسشنامه، ارائه نیم‌رخ از آسیب‌شناسی روانی برای هر درمانجو و پژوهشگر است (دروگاتیس و کاترین، ۲۰۰۰). این پرسشنامه به روش لیکرت (از هیچ تا به شدت) و از امتیاز صفر تا چهار نمره گذاری می‌گردد که نمره کلی ۳۶۰ و پایین‌ترین نمره صفر را در بر می‌گیرد. ضمن تایید همسانی درونی مقیاس، پایایی بازآزمایی آن را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۹ زیرمقیاس در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

جدول ۱. اقدام به خودکشی در دختران و پسران

نتایج آزمون خی دو	پسران		دختران		اقدام به خودکشی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
Chi-square=۱/۶۶ P>۰/۰۰۵	۵۴/۵	۶	۷۳/۷	۱۴	یک‌بار
	۲۷/۳	۳	۲۱/۱	۴	دو بار
	۱۸/۲	۲	۵/۳	۱	بیش از دو بار
Chi-square=۲/۹۳ P>۰/۰۰۵	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	وسیله خودکشی
	۷۲/۷	۸	۶۸/۴	۱۳	قرص
	۱۸/۲	۲	۵/۳	۱	سلاح سرد
	-	-	۵/۳	۱	مواد مخدر
	-	-	۵/۳	۱	پرت کردن خود
	۹/۱	۱۱	۱۰/۵	۲	مواد شیمیایی
	-	-	۵/۳	۱	ترکیبی (مواد و چاقو)
Chi-square=۴/۳۴ P<۰/۰۳۷	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سابقه خودکشی در خانواده
	-	-	۳۱/۶	۶	بله
	۱۰۰	۱۱	۶۸/۴	۱۳	خیر

درصد)، مواد مخدر (۳/۳ درصد)، پرت کردن خود (۳/۳ درصد)، مواد شیمیایی (۱۰ درصد) و ترکیبی (مواد مخدر و چاقو) (۳/۳ درصد) اقدام به خودکشی کردند. همچنین بخشی از اعضای خانواده شرکت‌کنندگان دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند (۲۰ درصد). همچنین اکثر شرکت‌کنندگان دختر یک‌بار سابقه اقدام به خودکشی داشتند (۷۳/۷ درصد) و بقیه دو بار (۲۱/۱ درصد) و بیش

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که اکثریت شرکت‌کنندگان یک‌بار سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند (۶۶/۷۷ درصد) و بقیه دو بار (۲۳/۳ درصد) یا بیش از دو بار (۱۰ درصد) گزارش کردند که اقدام به خودکشی داشتند. همچنین اکثریت شرکت‌کنندگان با قرص اقدام به خودکشی کردند (۷۰ درصد)، و بقیه با سلاح سرد (۱۰

بزرگتر از ۰/۰۵ گزارش شده است و بیانگر آن است که بین دو گروه دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. اما همچنین مقدار خونی دوی سابقه خودکشی در خانواده کوچکتر از ۰/۰۵ گزارش شده است و بیانگر آن است که بین دو گروه دختران و پسران تفاوت معناداری وجود دارد.

از دو بار (۵/۳ درصد) گزارش دادند که سابقه اقدام به خودکشی داشتند. همچنین اکثر شرکت کنندگان پسر نیز یکبار سابقه اقدام به خودکشی داشتند (۵۴/۵ درصد) و بقیه دو بار (۲۷/۳ درصد) و بیش از دو بار (۱۸/۲ درصد) گزارش دادند که سابقه اقدام به خودکشی داشتند. همچنین مقدار خونی دوی اقدام به خودکشی و وسیله خودکشی

جدول ۲: اختلالات روان پزشکی

فهرست علائم بالینی - ۹۰ تجدیدنظر شده		تشخیص روان پزشکی		پرسشنامه علائم مرضی کودکان	
تعداد (درصد)	اختلال	تعداد (درصد)	اختلال	تعداد (درصد)	اختلال
۳ (۱۰)	بدنی سازی	۷ (۲۳/۳)	بیش فعالی-نقص توجه	۱۰ (۳۳/۳)	بیش فعالی-نقص توجه
۵ (۱۶/۷)	وسواسی جبری	۴ (۱۳/۳)	نافرمانی مقابله‌ای	۸ (۲۶/۷)	نافرمانی مقابله‌ای
۳ (۱۰)	حساسیت بین فردی	۳ (۱۰)	سلوک	۵ (۱۶/۷)	سلوک
۸ (۲۶/۷)	افسردگی	۱۰ (۳۳/۳)	دوقطبی	۰	اضطراب فراگیر
۳ (۱۰)	اضطراب	۱ (۳/۳)	وسواس	۰	فوبی
۷ (۲۳/۳)	خصومت	۱ (۳/۳)	هدیان (پارانویید)	۳ (۱۰)	افکار وسواسی
۲ (۶/۷)	فوبی	۱ (۳/۳)	توهم (شنوایی)	۳ (۱۰)	اعمال وسواسی
۶ (۲۰)	افکار پارانوییدی	۴ (۱۳/۳)	افسردگی	۱ (۳/۳)	استرس پس از آسیب
۲ (۶/۷)	روان پریشی	۱ (۳/۳)	شخصیت	۱ (۳/۳)	تیک‌های حرکتی
۱۵ (۵۰)	کل	۱ (۳/۳)	سازگاری	۰	تیک‌های صوتی
		۱ (۳/۳)	سایکوتیک	۰	اسکیزوفرنی
		۱ (۳/۳)	ناتوانی عقلانی	۴ (۱۳/۳)	افسردگی اساسی
		۱۸ (۶۰)	کل	۳ (۱۰)	افسردگی مداوم
				۰	اوتیسم
				۰	آسپرگر
				۱ (۳/۳)	اضطراب اجتماعی
				۰	اضطراب جدایی
				۱۵ (۵۰)	کل

توجه (۳۳/۳ درصد) و بقیه دارای نافرمانی مقابله‌ای (۲۶/۷ درصد)، سلوک (۱۶/۷ درصد)، افکار وسواسی (۱۰ درصد)، اعمال وسواسی (۱۰ درصد)، استرس پس از آسیب (۳/۳ درصد)، تیک‌های حرکتی (۳/۳ درصد)، افسردگی اساسی (۱۳/۳ درصد)، افسردگی مداوم (۱۰ درصد) و اضطراب اجتماعی (۳/۳ درصد) بودند. همچنین ۵۰ درصد از شرکت کنندگان حداقل یکی از اختلالات روان پزشکی بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان را گزارش کردند. همچنین اکثریت شرکت کنندگان بر اساس تشخیص روان پزشکی دارای اختلال دوقطبی (۳۳/۳ درصد) و بقیه دارای اختلالات بیش فعالی-نقص توجه

جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثریت شرکت کنندگان بر اساس فهرست علائم بالینی - ۹۰ تجدیدنظر شده دارای افسردگی (۲۶/۷ درصد) و بقیه دارای بدنی سازی (۱۰ درصد)، وسواسی جبری (۱۶/۷ درصد)، حساسیت بین فردی (۱۰ درصد)، اضطراب (۱۰ درصد)، خصومت (۲۳/۳ درصد)، فوبی (۶/۷ درصد)، افکار پارانوییدی (۲۰ درصد) و روان پریشی (۶/۷ درصد) هستند. همچنین ۵۰ درصد از شرکت کنندگان حداقل یکی از اختلالات فهرست علائم بالینی - ۹۰ تجدیدنظر شده را گزارش کردند. همچنین اکثریت شرکت کنندگان بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان دارای بیش فعالی-نقص

درصد)، سایکوتیک (۳/۳ درصد) و ناتوانی عقلانی (۳/۳ درصد) بودند. همچنین ۶۰ درصد از شرکت کنندگان بر اساس تشخیص روان‌پزشک از یکی از اختلالات رنج می‌برند. (۳/۳ درصد)، نافرمانی مقابله‌ای (۱۳/۳ درصد)، سلوک (۱۰ درصد)، وسواس (۳/۳ درصد)، هذیان (پارانویید) (۳/۳ درصد)، توهم (شنوایی) (۳/۳ درصد)، افسردگی (۱۳/۳ درصد)، شخصیت (۳/۳ درصد)، سازگاری (۳/۳ درصد)

جدول ۳. وضعیت تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی

فروانی (درصد)	فروانی (درصد)	وضعیت تحصیلی	وضعیت تحصیلی	با خانواده	محل سکونت
۰	۱۰۰	قوی	۳۰	با خانواده	محل سکونت
(۱۳/۳)۴	۰	متوسط	۰	سایر	رابطه با اعضای خانواده
(۵۶/۷)۱۷	(۱۰)۳	ضعیف	(۱۰)۳	خوب	متوسط
(۳۰)۹	(۱۶/۷)۵	ترک تحصیل	(۱۶/۷)۵	متوسط	ضعیف
(۲۶/۷)۸	(۷۳/۳)۲۲	بله	(۷۳/۳)۲۲	ضعیف	تعارض/اختلاف با اعضای خانواده
(۷۳/۳)۲۲	(۸۶/۷)۲۶	خیر	(۸۶/۷)۲۶	بله	جدایی پدر و مادر
(۹۰)۲۷	(۱۳/۳)۴	بیکار	(۱۳/۳)۴	خیر	رابطه با دوستان
(۱۰)۳	(۴۶/۷)۱۴	شاغل	(۴۶/۷)۱۴	بله	روابط اجتماعی با دیگران
۰	(۵۳/۳)۱۶	بالا	(۵۳/۳)۱۶	خیر	رابطه عاطفی با جنس مخالف
(۲۶/۷)۸	(۳۶/۷)۱۱	متوسط	(۳۶/۷)۱۱	خوب	تجربه شکست عاطفی
(۷۳/۳)۲۲	(۴۳/۳)۱۳	ضعیف	(۴۳/۳)۱۳	متوسط	سابقه تجارب دردناک (مانند تجاوز، طرد شدن)
	(۲۰)۶		(۲۰)۶	ضعیف	
	(۳۳/۳)۱۰		(۳۳/۳)۱۰	خوب	
	(۴۳/۳)۱۳		(۴۳/۳)۱۳	متوسط	
	(۲۳/۳)۷		(۲۳/۳)۷	ضعیف	
	(۶۳/۳)۱۹		(۶۳/۳)۱۹	بله	
	(۳۶/۷)۱۱		(۳۶/۷)۱۱	خیر	
	(۴۶/۷)۱۴		(۴۶/۷)۱۴	بله	
	(۵۳/۳)۱۶		(۵۳/۳)۱۶	خیر	
	(۶۰)۱۸		(۶۰)۱۸	بله	
	(۴۰)۱۲		(۴۰)۱۲	خیر	

درصد). تعدادی از والدین شرکت کنندگان نیز از یکدیگر جدا شده‌اند (۴۶/۷ درصد). همچنین اکثریت شرکت کنندگان رابطه با دوستان خود (۴۳/۳ درصد) و روابط اجتماعی با دیگران (۴۳/۳ درصد) را متوسط گزارش کردند. همچنین اکثریت شرکت کنندگان دارای رابطه عاطفی با جنس مخالف بوده‌اند (۶۳/۳ درصد)، تعدادی از آن‌ها شکست عاطفی را تجربه کرده‌اند (۴۶/۷ درصد) و اکثریت گزارش کردند که سابقه تجارب (۶۰ درصد) دردناک را داشته‌اند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که اکثریت شرکت کنندگان گزارش کردند که وضعیت تحصیلی ضعیفی دارند (۵۶/۷ درصد)، تعدادی از شرکت کنندگان سابقه فرار از مدرسه را نیز گزارش کردند (۲۶/۷ درصد) و اکثریت شرکت کنندگان بیکار هستند (۹۰ درصد) و به لحاظ اقتصادی نیز در وضعیت ضعیف قرار دارند (۷۳/۳ درصد). همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که همه شرکت کنندگان با خانواده زندگی می‌کنند. همچنین اکثریت رابطه با اعضای خانواده را ضعیف گزارش کردند (۷۳/۳ درصد) و اکثریت دارای تعارض و اختلاف با اعضای خانواده هستند (۸۶/۷ درصد).

جدول ۴. سابقه بیماری، زندان، اعتیاد، قلدری

فروانی (درصد)			فروانی (درصد)		
۳۰/۹	بله	سابقه مصرف مواد	۳۰/۹	بله	دارای بیماری خاص یا زمینه‌ای
۷۰/۲۱	خیر		۷۰/۲۱	خیر	
۲۰/۶	بله	سابقه سوء مصرف الکل	۴۳/۳	بله	تابه حال تحت درمان روان پزشکی
۸۰/۲۴	خیر		۵۶/۷	خیر	
۵۳/۳	بله	سابقه سوء مصرف در خانواده	۲۶/۷	بله	سابقه بستری در بخش اعصاب و روان
۴۶/۷	خیر		۷۳/۳	خیر	
۵۰	پدر	فرد سوء مصرف کننده در خانواده	۳/۳	بله	سابقه معلولیت، ناتوانی ذهنی یا بیماری جسمی در خانواده
۰	مادر		۹۶/۷	خیر	
۰	خواهر		۳۶/۷	بله	سابقه بیماری‌های روان پزشکی در خانواده
۳/۳	برادر		۶۳/۳	خیر	
۴۶/۷	هیچ کس		۱۶/۷	بله	سابقه زندان
۴۰/۱۲	بله	مورد زورگویی قرار گرفتن توسط دیگران	۸۳/۳	خیر	
۶۰/۱۸	خیر		۲۳/۳	بله	سابقه زندان در خانواده
۵۳/۳	بله	تهدید به انجام کاری یا قلدری دیگران	۷۶/۷	خیر	
۴۶/۷	خیر		۲۰/۶	پدر	عضو خانواده با سابقه زندان
			۳/۳	مادر	
			۷۶/۷	هیچ کس	

بودند (۳۶/۷ درصد). همچنین همچنین تعدادی از شرکت کنندگان سابقه سوء مصرف مواد (۳۰ درصد) و الکل (۲۰ درصد) داشته‌اند. همچنین بیشتر خانواده‌های شرکت کنندگان سابقه سوء مصرف مواد داشتند (۵۳/۳ درصد) که از این میان ۱۵ نفر شامل پدر (۵۰ درصد) و ۱ نفر (۳/۳ درصد) شامل برادر بود. همچنین تعدادی از شرکت کنندگان (۱۶/۷ درصد) و همچنین یکی از اعضای شرکت کنندگان (۲۳/۳ درصد) سابقه زندان داشته‌اند که از این میان ۶ مورد شامل پدر (۲۰ درصد) و ۱ مورد (۳/۳ درصد) شامل مادر بود. همچنین تعدادی از شرکت کنندگان

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تعدادی از شرکت کنندگان دارای بیماری خاص یا زمینه‌ای بودند (۳۰ درصد). همچنین تعدادی تحت درمان روان پزشکی بوده‌اند (۴۳/۳ درصد) و بخشی نیز سابقه بستری در بخش اعصاب و روان داشته‌اند (۲۶/۷ درصد). همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که اکثریت خانواده‌های شرکت کنندگان سابقه‌ای از معلولیت، ناتوانی ذهنی و بیماری جسمانی ندارند (۹۶/۷ درصد). همچنین تعدادی از خانواده‌های شرکت کنندگان دارای سابقه بیماری‌های روان پزشکی



خودکشی ۴۰-۱۰ بار بیشتر از خودکشی منجر به مرگ است و با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در همه جوامع بشری میزان اقدام به خودکشی به خصوص در کودکان و نوجوانان رو به افزایش است (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به بررسی‌های صورت گرفته مشخص گردید کودکان و نوجوانانی که یکی از بستگان، دوستان یا خانواده آنها قبلاً دست به خودکشی زده بودند، بیشتر در خطر افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی هستند (لاوارنس، ۲۰۲۱). در این راستا، محمدی و همکاران (۲۰۱۹). در پژوهشی شیوع و همبسته‌های اختلالات روانپزشکی را در کودکان و نوجوانان ایرانی مورد بررسی قرار دادند. طبق یافته‌های بدست آمده ۲۲/۳۱ درصد از افراد حداقل دارای یک اختلال روانشناختی بودند. اختلالات رفتاری و اضطرابی بیشترین و اختلالات خوردن و روانپزشکی کمترین میزان شیوع را داشت. زندگی در روستا، سن، جنس، مشکلات خانوادگی، و سابقه خانوادگی برای مشکلات روانشناختی از جمله عوامل تاثیرگذار در میزان اختلالات روانپزشکی بود. افکار خودکشی، آسیب به خود و ترک تحصیل از جمله پیامدهای شایع مشکلات روانشناختی شدید در کودکان و نوجوانان بود. در مقابل، محققین روابط مثبت پدر و مادر را به عنوان یکی از مهمترین عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی نوجوانان گزارش می‌کنند. نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند محیط خانواده خود را استرس‌زا، غیر حمایتی، پر مشاجره و سرد از نظر عاطفی توصیف می‌کنند (گومز — تابرز، ۲۰۲۱) در بررسی انجام شده بر ۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین مشخص شد عدم حمایت پدر و مادر با افزایش خطر افکار و اقدام به خودکشی همراه است (راندا، ۲۰۱۴). نتایج مطالعه میلر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که حمایت ولدین و مدرسه نسبت به حمایت دوستان در راستای فهم تفکرات و رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد. نتایج یک مطالعه در نوجوانان بستری شده در بخش روان به

سابقه اینکه توسط دیگران مورد زورگویی قرار بگیرند را داشته‌اند (۴۰ درصد). همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان دیگران را تهدید به انجام کاری یا قلدری کرده‌اند (۵۳/۳ درصد).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی سیمای بالینی خودکشی در کودکان و نوجوانان شهر رشت انجام شد. نتایج بدست آمده از این پژوهش نشان داد اکثریت شرکت‌کنندگان یکبار سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و مابقی دو بار یا بیش از دو بار گزارش کردند که اقدام به خودکشی داشتند. بخشی از اعضای خانواده شرکت‌کنندگان دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. اکثریت شرکت‌کنندگان بر اساس فهرست علائم بالینی دارای افسردگی و بقیه دارای بدنی سازی، وسواسی جبری، حساسیت بین فردی، اضطراب، خصومت، فوبی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی هستند. شرکت‌کنندگان بر اساس پرسشنامه علائم مرضی کودکان دارای بیش فعالی - نقص توجه و بقیه دارای نافرمانی مقابله‌ای، سلوک، افکار وسواسی، اعمال وسواسی، استرس پس از آسیب، تیک‌های حرکتی، افسردگی اساسی، افسردگی مداوم و اضطراب اجتماعی بودند. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های میری و همکاران (۲۰۲۲)، مختاری و همکاران (۲۰۱۹)؛ بودزک همکاران (۲۰۲۱) و لاوارنس و همکاران (۲۰۲۱) قرار دارد. خودکشی یک حادثه‌ای با محتواهای زیستی، روانشناختی موقعیتی، جامعه‌شناسی، فرهنگی و اجتماعی مشخص می‌شود (مامیون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ تابرز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی مثل خود آسیب زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است (میرون و همکاران، ۲۰۱۹). میزان اقدام به

<sup>3</sup> . Randall

<sup>4</sup> . Miller

<sup>1</sup> . Mamun

<sup>2</sup> . Tubbs

عوامل خطر و ارتباط بالینی افکار خودکشی در بیماران نوجوان مبتلا به افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ۷۴۸ پسر و ۸۸۷ دختر چینی حضور داشتند. یافته‌های بدست آمده نشان داد ۳۸/۲ درصد از نوجوانان افسرده دارای افکار خودکشی بودند. کیفیت خواب، زن بودن، سن و تحصیلات از عوامل تشدید کننده افکار خودکشی در نوجوانان افسرده بود. گومز — تابز (۲۰۲۱) نیز در پژوهشی ارتباط افسردگی و قلدری را با افکار خودکشی در نوجوانان مورد بررسی قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان داد نوجوانانی که دارای سطوح بالایی از افسردگی و رفتارهای قلدرانه هستند از افکار خودکشی قابل توجهی برخوردارند.

در رابطه با مطالعه پیش‌رو، یکسری نکات مهم وجود دارند که بیان آن‌ها بسیار الزامی است و می‌توانند در مطالعات بعدی کارآمد باشند. در ابتدا، تعمیم‌پذیری نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. بدین مفهوم که به طور کلی مطالعه حاضر در رابطه با جامعه پژوهش (جنسیت، سن و...) و متن (موضوع، پیچیدگی، حجم و...) خاصی صورت گرفته است. از این رو، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و متون با مشخصه‌های متفاوت باید جانب احتیاط رعایت گردد. در همین رابطه، مطمئناً گسترش پژوهش‌ها در مورد ابعاد روانی، جسمانی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی خودکشی در کودکان و نوجوانان می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. با توجه به طولی نبودن پژوهش حاضر، توصیه می‌شود که مطالعات بعدی به طور مداوم ارتباط بین خودکشی و متغیرهای مرتبط با افکار و رفتارهای خودکشی را ارزیابی کنند تا بینشی بهتر در این رابطه کسب شود. با توجه به اینکه کووید-۱۹ نیز موجب پیامدهای روانشناختی و اجتماعی زیادی در بین کودکان و نوجوانان شده است، لازم مطالعات گسترده‌تری در این زمینه در استان‌های کشور انجام گیرد.

علت خودکشی، نشانگر اثرات مخرب تخطئه از سوی خانواده و دوستان است. بالاخص نوجوانان پسری که تجربه تخطئه شدید از سوی خانواده داشتن احتمال بروز صدمه به خود در دوره پیگیری در آنان بیشتر بود (بوید<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر نقش مهم عوامل خانوادگی و اجتماعی، می‌بایست به اختلالات روانشناختی شایع در بین کودکان و نوجوانان نیز توجه ویژه‌ای کرد. در این بین افسردگی شایع‌ترین اختلال مرتبط با خودکشی نوجوانان است، که در دختران نسبت به پسران بیشتر است (میری و همکاران، ۲۰۲۲). ناامیدی یک متغیر واسطه‌ای مهم بین افسردگی و خودکشی است (کروس و اندرسن<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). مشکلات روانی به طور قابل توجهی خطر خودکشی نوجوان و رفتار خودکشی را افزایش می‌دهند، ۸۷ درصد تا ۹۰ درصد از نوجوانان در زمان خودکشی از یک یا چند اختلالات روانی (مانند اضطراب، افسردگی، اختلال افسردگی پس از تروما، اختلال شخصیتی مانند تحریک‌پذیری، تکانشگری و روان‌پریشی و اسکیزوفرنی) رنج می‌برند (بتروسیو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). هر ترکیبی از این اختلالات می‌تواند خطر رفتارهای خودکشی را به طور قابل توجهی افزایش دهند. نگرانی از تصویر بدن و اختلالات غذا خوردن با پدیده خودکشی در زنان همراه است. اسکیزوفرنی علی‌رغم شیوع کم به عنوان عامل خطر خودکشی در پسران در مقایسه با دختران (به علت شروع زودتر در پسران) بیشتر است (لوی — بلس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). در این زمینه، در این زمینه، کیو و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای مروری به بررسی افکار خودکشی، طرح خودکشی و اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان عقب‌مانده پرداختند. طبق نتایج بدست آمده میزان شیوع افکار خودکشی، طرح خودکشی و اقدام به خودکشی کودکان و نوجوانان عقب‌مانده به ترتیب ۱۸/۷، ۱۵/۴ و ۶/۴ درصد گزارش شد. در مطالعه‌ای دیگر، کانگ و همکاران (۲۰۲۱) شیوع،

4. Levi-Belz

1. Boyd

2. Cross & Andersen

3. Bertuccio

## References

Batty, G. D., Kivimäki, M., Bell, S., Gale, C. R., Shipley, M., Whitley, E., & Gunnell, D. (2018). Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. *Translational psychiatry*, 8(1), 22.

Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Waern, M., Larsson, H., Runeson, B., & Dahlin, M. (2018). Method of self-harm in adolescents and young adults and risk of subsequent suicide. *Journal of child psychology and psychiatry*, 59(9), 948-956.

Bertuccio, R. F., Frank, J. L., & Hall, C. M. (2022). Patterns of warning signs among adolescents who contemplate suicide: A latent profile analysis. *School psychology review*, 51(3), 315-328.

Boduszek, D., Debowska, A., Ochen, E. A., Fray, C., Nanfuka, E. K., Powell-Booth, K., ... & Mason, S. J. (2021). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempt among children and adolescents: Findings from Uganda and Jamaica. *Journal of affective disorders*, 283, 172-178.

Boyd, D. T., Quinn, C. R., Jones, K. V., & Beer, O. W. (2021). Suicidal ideations and attempts within the family context: The role of parent support, bonding, and peer experiences with suicidal behaviors. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1-10.

Choo, C. C., Harris, K. M., Chew, P. K., & Ho, R. C. (2019). Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study. *PLoS One*, 14(7), e0217613.

Colucci, E., & Lester, D. (2020). A cross-cultural study of attitudes toward suicide among young people in India, Italy and Australia. *International journal of social psychiatry*, 66(7), 700-706.

Cross, T. L., & Andersen, L. (2021). Depression and suicide among gifted children and adolescents. In *The social and emotional development of gifted children* (pp. 79-90). Routledge.

Derogatis, L. R., & Kathryn, L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In *Handbook of psychological*

با توجه به یافته‌های بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که سوابق خانوادگی، اعتیاد، سابقه ترومای دوران کودکی، فرار از مدرسه، مشکلات روانی، سابقه بستری و بخصوص عواملی همچون افسردگی و اضطراب از عوامل اصلی در خودکشی در کودکان و نوجوانان اقدام کننده به خودکشی هستند. با توجه به اهمیت چشمگیر عوامل روانی-اجتماعی در شیوع افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی در کودکان و نوجوانان، مطالعات آینده می‌بایست در رابطه با دسته‌بندی دقیق عوامل مهم در پیش‌بینی خودکشی کودکان و نوجوانان اقدام کنند تا با شناسایی مهم‌ترین عوامل، اقدامات دقیق‌تری در رابطه با پیشگیری و کنترل مشکلات روانشناختی و خانوادگی گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ گردد.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل (IR.IAU.ARDABIL.REC.1401.019) قرار گرفته است.

## حامی مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی انجام شده است.

## تعارض منافع

بین نویسندگان تعارض منافی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان شایسته است از تمامی مسئولین بیمارستان‌های شفا، رازی، ۱۷ شهریور و پورسینا شهر رشت، والدین کودکان و نوجوانان، کمیته اخلاق و تمامی افرادی که در این پژوهش صمیمانه با همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نماییم.

risk and gender: a retrospective study from Bangladeshi press reports. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-8.

Martinez-Nicolas, I., Castañeda, P. E. A., Molina-Pizarro, C. A., Franco, A. R., Maya-Hernández, C., Barahona, I., ... & Barrigón, M. L. (2022). Impact of depression on anxiety, well-being, and suicidality in Mexican adolescent and young adult students from Mexico City: a mental health screening using smartphones. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(3), 40447.

Moe, A. M., Llamocca, E., Wastler, H. M., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Fontanella, C. A. (2022). Risk factors for deliberate self-harm and suicide among adolescents and young adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 48(2), 414-424.

Mohammad Esmaeel, E. (2007). Adaptation and standardization of child symptom inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*, 7(1), 79-96.

Mokhtari, A. M., Gholamzadeh, S., Salari, A., Hassanipour, S., & Mirahmadizadeh, A. (2019). Epidemiology of suicide in 10–19 years old in southern Iran, 2011–2016: a population-based study on 6720 cases. *Journal of forensic and legal medicine*, 66, 129-133.

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent health*, 56(3), 286-292.

Miri, M., Rezaeian, M., & Ghasemi, S. A. (2022). A Systematic Review on the prevalence and Causes of Suicide (Thoughts and Actions) In Iranian School and University Students. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(5), 551-574.

Miron, O., Yu, K. H., Wilf-Miron, R., & Kohane, I. S. (2019). Suicide rates among adolescents and young adults in the United States, 2000-2017. *Jama*, 321(23), 2362-2364.

Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Mostafavi, S. A., Kamali, K., Rahgozar, M., ... & Fombonne, E. (2019). Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. *Iranian journal of psychiatry*, 14(1), 1.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S. M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4).

*assessment in primary care settings* (pp. 310-347). Routledge.

Doost Mohammadi, F., & Rezaeian, M. (2020). The Goals, Roles and Activities of the International Association for Suicide Prevention (IASP): A Continuing Education Article. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 19(4), 409-422.

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). Quick guide to using the youth's inventory-4 screening kit. *New York: Checkmate Plus*.

Gadow, K. D., Sprafkin, J., Carlson, G. A., Schneider, J., Nolan, E. E., Mattison, R. E., & Rundberg-Rivera, V. (2002). A DSM-IV-referenced, adolescent self-report rating scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 671-679.

Gómez-Tabares, A. S. (2021). Depression as a mediator between bullying and suicidal behavior in children and adolescents. *Psicologia conductual*, 29(2), 259-281.

Gunnes, M. W., Lie, R. T., Bjørge, T., Ghaderi, S., Syse, A., Ruud, E., ... & Moster, D. (2017). Suicide and violent deaths in survivors of cancer in childhood, adolescence and young adulthood—A national cohort study. *International journal of cancer*, 140(3), 575-580.

Kang, C., Zheng, Y., Yang, L., Wang, X., Zhao, N., Guan, T. F., ... & Hu, J. (2021). Prevalence, risk factors and clinical correlates of suicidal ideation in adolescent patients with depression in a large sample of Chinese. *Journal of affective disorders*, 290, 272-278.

Lawrence, R. E., Brent, D., Mann, J. J., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., & Oquendo, M. A. (2016). Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(11), 845.

Lawrence, H. R., Burke, T. A., Sheehan, A. E., Pastro, B., Levin, R. Y., Walsh, R. F., ... & Liu, R. T. (2021). Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent children: A US population-based study. *Translational psychiatry*, 11(1), 489.

Levi-Belz, Y., Gavish-Marom, T., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C., ... & Wasserman, D. (2019). Psychosocial factors correlated with undisclosed suicide attempts to significant others: findings from the adolescence SEYLE study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 759-773.

Mamun, M. A., Siddique, A. B., Sikder, M. T., & Griffiths, M. D. (2020). Student suicide

Qu, G., Shu, L., Zhang, J., Wu, Y., Ma, S., Han, T., ... & Sun, Y. (2021). Suicide ideation, suicide plan, and suicide attempt among left-behind children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(3), 515-527.

Randall, J. R., Doku, D., Wilson, M. L., & Peltzer, K. (2014). Suicidal behaviour and related risk factors among school-aged youth in the Republic of Benin. *PLoS one*, 9(2), e88233.

Smith, P. L., & Little, D. R. (2018). Small is beautiful: In defense of the small-N design. *Psychonomic bulletin & review*, 25, 2083-2101.

Steele, I. H., Thrower, N., Noroian, P., & Saleh, F. M. (2018). Understanding suicide across the lifespan: a United States perspective of suicide risk factors, assessment & management. *Journal of forensic sciences*, 63(1), 162-171.

Tubbs, A. S., Perlis, M. L., Basner, M., Chakravorty, S., Khader, W., Fernandez, F., & Grandner, M. A. (2020). Relationship of nocturnal wakefulness to suicide risk across months and methods of suicide. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 12825.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.

---

Quarterly Journal of Educational Psychology  
Islamic Azad University Tonekabon Branch  
Vol. 11, No. 2, summer 2020, No 42



Journal of Educational  
Psychology

---

## Assessment Clinical Profile of Suicide in Children and Adolescents of Rasht City

Fatemeh pournasrollah<sup>1\*</sup>, Maedeh Mirzaei Malati<sup>2</sup>

1) Ph.D. Student, Department of Psychology, Ardabil branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2) Ph.D. Student, Department of Psychology, Rasht branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

---

### Abstract

Suicide and suicidal thoughts among children and teenagers are often underestimated. The present study was conducted to evaluate the clinical profile of suicide in children and adolescents in Rasht. The present research method is descriptive - reporting cases over a period of six months and the data collection method was done in the field. The statistical population was all children and teenagers who committed suicide in Rasht city in 2021, among which 30 children and teenagers were hospitalized in Shafa, Razi, 17 Shahrivar, and Poursina hospitals. Available sampling was selected. A demographic checklist, morbid symptoms questionnaire, and clinical symptoms list were used to collect information. Also, data were analyzed using SPSS-24 software and the chi-square test. According to the list of clinical symptoms, the majority of participants have depression, and the rest have somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, phobia, paranoid thoughts, and psychosis. Based on the questionnaire of pathological symptoms of children, the participants had attention deficit hyperactivity disorder, and the rest had confrontational disobedience, behavior, obsessive thoughts, obsessive actions, post-traumatic stress, movement tics, major depression, persistent depression, and social anxiety. Family history, addiction, history of childhood trauma, running away from school, mental problems, history of hospitalization, and especially factors such as depression and anxiety are the main factors in suicide in children and adolescents who attempt suicide.

**Keywords:** Suicide, children, adolescents

---