Torbat Jam University of Medical Sciences
Iranian journal of Health Research and Development
Vol. 4, No. 3, septemer 2026

Risk Factors of Suicide Among Adolescents Aged 10–16 hospitalized at Bouali Hospital in Ardabil (2024–2025)

Faramarz Ajri-Khamesloo (MD)[1], Mehriar Nadermohammadi(MD)[2], Mohadeseh Alizadeh(MD)[3]

Original Article

Abstract

Background: Suicide among children and adolescents is considered a serious mental health crisis. Given the rising number of suicide attempts at a young age, identifying risk factors can aid in the design of effective preventive interventions. This study aimed to identify risk factors for suicide attempts among children and adolescents aged 10 to 16 who were hospitalized at Bu-Ali Hospital in Ardabil.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted during 2024–2025 on all adolescents aged 10–16 who attempted suicide and were admitted to the emergency department of Bouali Hospital in Ardabil. Data were collected using standardized questionnaires, including the Coopersmith Self-Esteem Inventory, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), MOS Social Support Survey (MOS-SSS), and the Parenting Styles Inventory (PSI). Data collection was performed through interviews with the adolescents and/or their guardians. Due to descriptive nature of data, we used only the descriptive statistical methods in analyses data in SPSS version 24.

Results: More than 60% of the adolescents exhibited low self-esteem. The mean score for childhood trauma was 5.62, with the highest mean recorded in the emotional neglect dimension. The predominant parenting style was "authoritative," with a mean score of 44.27. Regarding social support, the highest score was observed in tangible support (approximately 70% of the total scale range); this finding indicates that the adolescents studied received a relatively favorable level of material and behavioral assistance from their families and those around them. In contrast, levels of emotional and informational support (52.22%), affection or the expression of love and care (56.33%), and positive social interaction (50.83%) were reported as merely moderate.

Conclusion: Findings revealed generally poor psychosocial profiles among adolescents who attempted suicide. Although no significant associations were observed between variables, the results underscore the urgent need for educational, supportive, and psychological interventions targeting this vulnerable population.

Keywords: Adolescents, suicide, risk factors, Trauma

Corresponding author: mahriar nadermohammadi - **E-mail address:** m.nadrmohammadi@arums.ac.ir
TEL: 04533534742
1. Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
2. Associate Professor, Department of Pediatrics, School of medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
3. MD, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Received: 2026/03/10 **Revised**: 2026/06/25 **Accepted**: 2026/08/09

Copyright©2026, Ajri-Khamesloo et al.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت ایران
دوره ۴ ،شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

عوامل خطر اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله بستری شده در بیمارستان بوعلی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴

فرامرز اجری خامسلو(MD)[۱]،مهریار ندرمحمدی(MD)[۲]،محدثه علیزاده(MD)[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

سابقه و هدف:خودکشی در میان کودکان و نوجوانان یکی از بحران‌های جدی سلامت روان محسوب می‌شود. با توجه به افزایش موارد اقدام به خودکشی در سنین پایین، شناسایی عوامل خطر می‌تواند به طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر کمک کند. این پژوهش با هدف تعیین عوامل خطر اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان ۱۶-۱۰ ساله بستری در بیمارستان بوعلی شهر اردبیل انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله اقدام‌کننده به خودکشی که به اورژانس بیمارستان بوعلی اردبیل مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های استاندارد عزت نفس کوپر اسمیت، ترومای دوران کودکی (CTQ)، حمایت اجتماعی MOS-SSS و سبک‌های فرزندپروری PSI بود. داده‌ها از طریق مصاحبه با کودک یا سرپرست کودک جمع‌آوری و با توجه به ماهیت توصیفی داده ها، فقط از روشهای آمار توصیفی در قالب جدول، نمودار و شاخص های آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته‌ها: بیش از ۶۰درصد نوجوانان دارای عزت نفس ضعیف بودند. میانگین نمره ترومای دوران کودکی ۶۲/۵ و بالاترین میانگین در بعد غفلت عاطفی ثبت شد. سبک غالب فرزندپروری «اقتدار منطقی» با میانگین ۲۷/۴۴ بود. در حمایت اجتماعی، بالاترین نمره مربوط به حمایت ملموس (حدود ۷۰ درصد از دامنه کل مقیاس) بود. این نتیجه بیانگر آن است که نوجوانان مورد مطالعه در زمینه دریافت کمک‌های مادی و رفتاری از سوی خانواده و اطرافیان در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشته‌اند. در مقابل، سطوح حمایت هیجانی و اطلاعاتی (۵۲/۲۲ درصد)، مهربانی یا ابراز عشق و علاقه (۵۶/۳۳ درصد) و تعامل اجتماعی مثبت (۵۰/۸۳ درصد) تنها در حد متوسط گزارش شدند.

نتیجه گیری: یافته‌ها بیانگر وضعیت نامطلوب روانی-اجتماعی در کودکان اقدام‌کننده به خودکشی بودند، هرچند ارتباط آماری معناداری بین متغیرها مشاهده نشد. این نتایج بر لزوم طراحی مداخلات آموزشی، حمایتی و روان‌درمانی برای این گروه آسیب‌پذیر تأکید دارد.

واژه های کلیدی: کودک و نوجوان، تروما، خودکشی ،عوامل خطر

نویسنده مسئول: مهریار ندرمحمدی E-mail: m.nadrmohammadi@arums.ac.ir تلفن: ۰۴۵۳۳۵۳۴۷۴۲

۱. استادیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل ، ایران.
۲. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل ، ایران.
۳. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل ، ایران.

دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۱۹ **اصلاح:** ۱۴۰۵/۰۴/۰۴ **پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۵/۱۸

Copyright©2026, Ajri-Khamesloo et al.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

مقدمه

خودکشی یکی از مسائل اساسی سلامت عمومی و یک بحران سلامت روان برای تمامی سنین بوده و سومین عامل مرگ در گروه سنی ۱۵تا ۱۹ سال و پنجمین عامل مرگ در کودکان ۵ تا ۱۱ سال در ایالات متحده می‌باشد(۱). امروزه پدیده خودکشی در نوجوانان، بعد از تصادفات، دومین علت مرگ و میر در این گروه سنی محسوب می گردد، بطوری که در طی ۴۰ سال اخیر ، تعداد موارد خودکشی در نوجوانان بیش از ۴ برابر افزایش یافته است. این بدان معنی است که در ۵ دقیقه یک مرگ در اثر خودکشی در نوجوانان رخ می دهد. روند موارد خودکشی در برخی از استان های ایران نشان می دهد از سال ۱۹۹۰ به بعد آمار خودکشی در میان نوجوانان در حال افزایش بوده است بطوری که در طی سال های اخیر، نگرانی نسبت به افزایش تعداد موارد خودکشی در بین نوجوانان ایرانی افزایش یافته است(۲). نرخ اقدام به خودکشی و مرگ در اثر خودکشی طی دهه اخیر در حال افزایش بوده است و این میزان در سنین نوجوانی شدیدا افزایش می‌یابد (۳-۴). درک عوامل خطر و ارتباط آن‌ها در کنترل مداخلات، کاهش بستری شدن غیر ضروری در بیمارستان برای افکار و تلاش‌های خودکشی، و شناسایی بیمارانی که در معرض خطر بالا برای تلاش‌های مرگ‌آور هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است (۵). خودکشی یک پدیده پیچیده است که تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و محیطی قرار دارد. آستانه خودکشی هر فرد به سطح تحمل روانی و فیزیولوژیکی او در برابر افکار و اقدام به خودکشی گفته می‌شود، که با عبور از آن، احتمال وقوع رفتار خودکشی از حالت فکری به عملی افزایش می‌یابد. هنگامی که عوامل وابسته به شرایط (مانند شرایط حاد روانپزشکی، مصرف الکل یا مواد یا استرس‌های بین فردی و اجتماعی) تداخل می‌کنند، افرادی که آستانه خودکشی پایینی دارند نسبت به افرادی که آستانه بالاتری دارند، در ریسک بالاتری برای اقدام به خودکشی قرار می‌گیرند. فرآیند خودکشی معمولاً در کودکان و نوجوانان کوتاه است که به دلیل عدم تجربه و همچنین فقدان راهکارهای مقابله‌ای مؤثر برای مقابله با تکانشگری و پرخاشگری در این گروه سنی است (۵_۶).

تحقیقات نشان می دهد که والدین اغلب از افکار فرزندان خود در مورد خودکشی و مرگ بی خبرند. یک مطالعه اخیر نشان داد که ۵۰درصد از والدین از افکار فرزندان خود در مورد خودکشی و ۷۵درصد از افکار مکرر فرزندان خود در مورد مرگ بی اطلاع بودند. همچنین مشخص شده است که اقدام به خودکشی قبلی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده مرگ در اثر خودکشی است. افکار خودکشی به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی شناسایی شده است، به ویژه زمانی که یک برنامه و قصد وجود داشته باشد. یک مطالعه طولی برای ارزیابی عوامل خطر پیش‌بینی‌کننده نشان داد که افکار خودکشی و خودآزاری با اهداف غیرخودکشی با خطر ۱۲ درصدی اقدام به خودکشی در عرض ۵ سال مرتبط بودند(۳). این موضوع نشان می‌دهد که با طراحی راه‌بردهای اصولی بر پایه عوامل خطر شناسایی شده و معطوف‌سازی توجه بر بیمارانی که به دلیل تبعات اقدام به خودکشی ناموفق بستری شده‌اند، می‌توان تا حد قابل توجهی از بروز موارد آینده پیشگیری نموده و از شیوع خودکشی بین کودکان و نوجوانان کاست (۶). مرور نظام‌مند پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که اغلب مطالعات در حوزه خودکشی نوجوانان بر شناسایی عوامل خطر دموگرافیک (مانند جنسیت، سابقه خانوادگی، و اختلالات خلقی) متمرکز بوده‌اند و کمتر به بررسی تعامل پویای میان «آستانه خودکشی فردی» و متغیرهای مداخله‌گر لحظه‌ای (مثل استرس حاد، مصرف ماده، یا تعارض بین‌فردی) پرداخته‌اند. همچنین بیشتر پژوهش‌های موجود به صورت مقطعی طراحی شده‌اند که توانایی تبیین فرایند کوتاه و تکانش‌گرانه خودکشی در کودکان و نوجوانان را ندارند. خلأ عمده دیگر، کمبود ابزارهای معتبر و متناسب با سن برای سنجش آستانه خودکشی در گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال است. به علاوه، نقش «ناآگاهی والدین» به‌عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده در رابطه بین افکار خودکشی و اقدام عملی، به ندرت در مدل‌های پیشگیری لحاظ شده است. بنابراین، انجام مطالعات طولی آینده‌نگر با تمرکز بر شناسایی نشانگرهای زودرس کاهش آستانه خودکشی و طراحی مداخلات خانواده‌محور مبتنی بر افزایش آگاهی والدین، یک خلأ پژوهشی مهم و ضروری محسوب می‌شود. لازم به ذکر است که در حال حاضر مدیریت کودکان اقدام‌کننده به خودکشی

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

در شهر اردبیل تنها شامل مشاوره روانپزشکی طی بستری بوده و پیگیری بلندمدت موثری توسط متخصصان این حوزه صورت نمی‌گیرد.علت اصلی این مسئله عدم توجه کافی سیاست‌گذاران و مسئولان با چیستی و اهمیت خودکشی در این گروه سنی، عدم آگاهی از شیوع در حال افزایش خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن و عدم آماده‌سازی زمینه فرهنگی-اجتماعی مناسب جهت توضیح و بحث پیرامون این موضوع می‌باشد (۷-۸). با در نظر گرفتن شواهد ارائه شده مبنی بر اهمیت پدیده خودکشی در گروه سنی کودک و نوجوان، لزوم طراحی مطالعات با کیفیت با هدف شناسایی عوامل خطر و جمع‌آوری داده‌های قابل اعتماد متناسب با شرایط دموگرافیک منطقه پررنگ‌تر از قبل احساس می‌شود. علاوه بر این، ایجاد چنین مطالعاتی راه را برای ایجاد راه‌بردهای سازمان یافته جهت مدیریت و پیگیری صحیح این گروه و به کارگیری سیاست‌های پیشگیرانه هدفمند در سطح منطقه هموار کرده و در کاهش بار اقتصادی تحمیل شده بر سیستم درمانی و بار روانی ناشی از آن در خانواده و در میان هم‌سالان و اجتماع کمک شایانی خواهد نمود. هدف از این مطالعه بررسی عوامل خطرمرتبط با اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله بستری شده در بیمارستان بوعلی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی ، جمعیت مورد مطالعه تمام کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله‌ای هستند که با اقدام به خودکشی در بیمارستان بوعلی بستری شده اند. در این مطالعه به روش سرشماری، همه موارد موجود به تعداد ۴۰ نفر در سال ۱۴۰۳ تا پایان تیر ۱۴۰۴ که به دلیل تبعات اقدام به خودکشی به اورژانس بیمارستان بوعلی مراجعه کرده‌اند، وارد مطالعه شدند.معیارهای ورود به مطالعه شامل اقدام به خودکشی و سن ۱۰ تا ۱۶ سال بوده و معیارهای خروج از مطالعه، ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات سایکوتیک ، عدم رضایت به انجام مصاحبه و پاسخگویی و همچنین ناپایداری وضعیت فیزیکی در نظر گرفته شد.ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌های استاندارد و تخصصی شامل پرسشنامه PSI جهت سنجش شیوه فرزندپروری (شامل ۳۰ سوال که توسط یکی از والدین تکمیل شد)، پرسشنامه CTQجهت بررسی وقایع تروماتیک در زندگی کودک (شامل ۲۸ سوال که توسط اقدام کننده تکمیل شد)، پرسشنامه Cooper-Smithجهت بررسی وضعیت عزت نفس (شامل ۵۸ سوال که توسط اقدام کننده تکمیل میشود)، پرسشنامه (SSS)[1]جهت ارزیابی حمایت و روابط اجتماعی (شامل ۱۹ سوال که توسط اقدام کننده تکمیل شد) و پرسشنامه دموگرافیک جهت ارزیابی وضعیت تحصیلی، مالی و اقتصادی و بیماری جسمی (که توسط مصاحبه کننده تکمیل شد) بودند. هرکدام از این پرسشنامه‌ها با همکاری خود کودک و یا یکی از سرپرستان وی تکمیل شدند. روایی و پایایی این پرسش نامه در مطالعه مینایی و همکاران در سال تایید شده است(۷). داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش های آمار توصیفی در قالب جدول، نمودار برای داده های کیفی و شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار برای داده های کمی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد آنالیز قرار گرفتند.

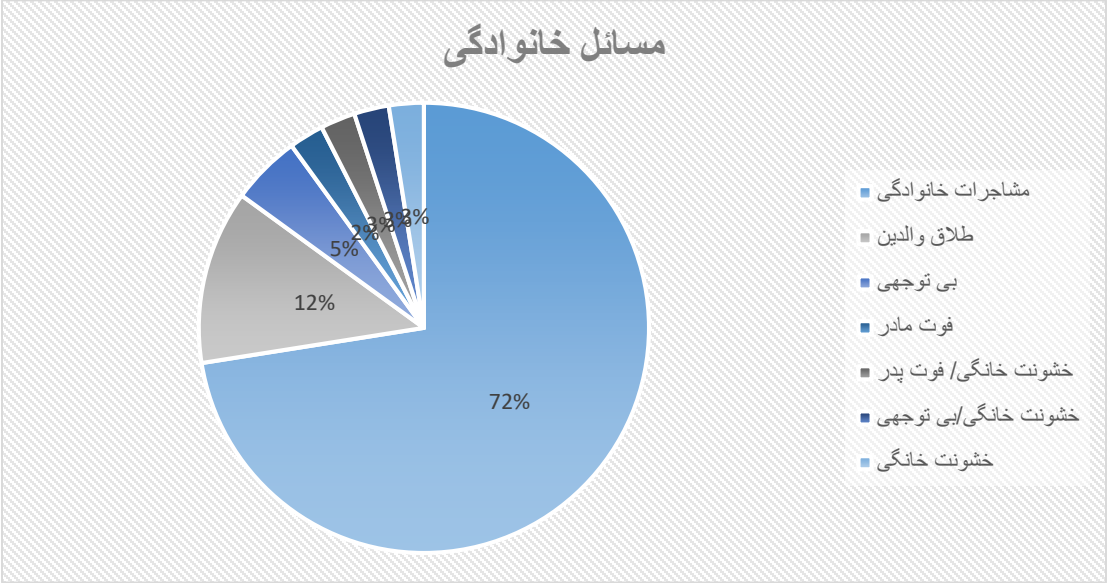
یافته ها

در بین ۴۰ مورد ثبت‌شده، ۳۹ نفر دختر و تنها یک نفر پسر بودند که نشان می‌دهد اقدام به خودکشی در این گروه عمدتاً در میان دختران رخ داده است. میانگین سنی افراد حدود ۱۴ سال با انحراف معیار ۱/۶ سال بوده و بیشترین فراوانی در گروه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال مشاهده شد. شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی، مصرف قرص بوده که در ۳۶ نفر (۹۰درصد) مشاهده شد. حدود یک‌سوم نوجوانان دارای سابقه بیماری روان‌پزشکی کنونی بودند(جدول۱). شایع‌ترین مسئله خانوادگی نیز مشاجرات خانوادگی بوده که در ۲۹ نفر (۷۲/۵ درصد) گزارش شد. پس از آن طلاق والدین در ۵ نفر (۱۲/۵ درصد) و بی‌توجهی در ۲ نفر (۵درصد) مشاهده شد. هر یک از موارد فوت مادر، خشونت خانگی/فوت پدر، خشونت خانگی/بی‌توجهی و خشونت خانگی به‌ترتیب در ۱ نفر (۲/۵ درصد) گزارش شد(شکل۱).

[1] Social Support Scale

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]



شکل ۱؛ توزیع فراوانی انواع مسائل خانوادگی

اکثریت افراد مورد بررسی سابقه‌ای از مصرف داروهای روان‌گردان نداشتند. اکثریت دانش‌آموزان با ۳۵ مورد (۸۷/۵ درصد) مشکلی در مدرسه نداشتند؛فقط ۳ نفر (۷/۵ درصد) با افت تحصیلی و ۲ نفر (۵ درصد) با مشاجرات همسالان مواجه بودند.بر اساس پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری (Parenting Styles Inventory) در سه بعد «آزادگذاری»، «استبدادی» و «اقتدار منطقی» به همراه نمره کل، میانگین نمره در بعد آزادگذاری ۱۷/۳۲ با انحراف معیار ۵/۳۵، در بعد استبدادی ۱۶/۱۵ با انحراف معیار ۵/۴۲ و در بعد اقتدار منطقی ۲۷/۴۴ با انحراف معیار ۶/۰۷ بود(جدول ۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی ابعاد سبک‌های فرزندپروری بر اساس پرسشنامه PSI

	آزادگذاری	استبدادی	اقتدار منطقی	مجموع
میانگین	۱۷/۳۲	۱۶/۱۵	۲۷/۴۴	۶۰/۹
انحراف معیار	۵/۳۵	۵/۴۲	۶/۰۷	۱۶/۸۴
کمینه	۷	۲	۱۱	۲۰
۲۵ درصد	۱۳	۱۲	۲۴	۴۹
۵۰ درصد	۱۸	۱۷	۲۸	۶۳
۷۵ درصد	۲۱	۲۱	۳۱	۷۳
بیشینه	۳۱	۳۱	۳۸	۱۰۰

بر اساس پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، میانگین نمره سوءاستفاده عاطفی ۱۲/۶۸ با انحراف معیار ۵/۴۳، سوءاستفاده فیزیکی ۹/۹ با انحراف معیار ۵/۹۶، سوءاستفاده جنسی ۵/۷۸ با انحراف معیار ۱/۹۱، غفلت عاطفی ۱۵/۰۳ با انحراف معیار ۵/۸۵ و غفلت جسمی ۱۰/۵۵ با انحراف معیار ۴/۵۲ بود(جدول ۲).

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی ابعاد پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)

	عاطفی	فیزیکی	جنسی	غفلت عاطفی	غفلت جسمی	روایی	مجموع
میانگین	۱۲/۶۸	۹/۹	۵/۷۸	۱۵/۰۳	۱۰/۵۵	۸/۵۸	۶۲/۵
انحراف معیار	۵/۴۳	۵/۹۶	۱/۹۱	۵/۸۵	۴/۵۲	۲/۸۷	۲۶/۵۴۴
کمینه	۵	۵	۵	۵	۵	۳	۲۸
۲۵٪	۸	۵	۵	۱۰	۸	۷	۴۳
۵۰٪	۱۱	۷	۵	۱۴/۵	۱۰	۹/۵	۵۷
۷۵٪	۱۷	۱۴/۲۵	۵	۲۱	۱۴/۲۵	۱۱	۸۰/۵
بیشینه	۲۴	۲۳	۱۳	۲۵	۲۵	۱۵	۱۲۵

اکثریت قاطع (۶۲/۵ درصد) در سطح عزت نفس ضعیف قرار داشتند، در حالی که تنها ۳۲/۵ درصد دارای عزت نفس متوسط و ۵ درصد دارای عزت نفس قوی بودند. این الگو بیانگر شیوع گسترده مشکلات مربوط به عزت نفس در جامعه مورد مطالعه است(جدول ۳). همچنین؛ بر اساس پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI)، میانگین نمره در بعد عزت‌نفس عمومی ۱۲/۵۳ با انحراف معیار ۵/۹۳، در بعد عزت‌نفس خانوادگی ۳/۴ با انحراف معیار ۱/۸۴، در بعد عزت‌نفس اجتماعی ۴/۲۸ با انحراف معیار ۲/۰۸ و در بعد عزت‌نفس شغلی/تحصیلی ۴/۴۸ با انحراف معیار ۲/۵ گزارش شد(جدول ۴).

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد دسته‌های عزت نفس بر اساس پرسشنامه SEI

دسته عزت نفس	فراوانی	درصد
ضعیف	۲۵	۶۲/۵
متوسط	۱۳	۳۲/۵
قوی	۲	۵

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی ابعاد پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (SEI)

	عزت نفس عمومی	عزت نفس خانوادگی	عزت نفس اجتماعی	عزت نفس شغلی / تحصیلی	مقیاس دروغ	مجموع
میانگین	۱۲/۵۳	۳/۴	۴/۲۸	۴/۴۸	۰/۷۵	۲۶/۶۹
انحراف معیار	۵/۹۳	۱/۸۴	۲/۰۸	۲/۵	۰/۹۳	۱۲/۳۵
کمینه	۳	۰	۰	۰	۰	۳
۲۵٪	۷/۷۵	۲	۳	۲	۰	۱۴/۷۵
۵۰٪	۱۳	۳	۵	۵	۰	۲۶
۷۵٪	۱۶	۵	۶	۷	۲	۳۴
بیشینه	۲۶	۷	۸	۸	۳	۴۹

بر اساس پرسشنامه حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (MOS-SSS)، از بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی در نمونه مورد مطالعه، میانگین نمره حمایت ملموس ۱۵/۱۷ با انحراف معیار ۴/۴۹، حمایت هیجانی ۲۴/۷۱ با انحراف معیار ۷/۸۸، حمایت اطلاعاتی ۲۴/۷۱ با انحراف معیار ۷/۸۸، مهربانی ۹/۷۶ با انحراف معیار ۳/۳۵ و تعامل اجتماعی مثبت ۹/۱ با انحراف معیار ۳/۲۹ به دست آمد(جدول ۵). بر این اساس، میانگین نمره حمایت ملموس معادل ۶۹/۸۱درصد از دامنه کل مقیاس بود که نشان‌دهنده سطح نسبتاً مطلوب حمایت مادی و رفتاری در بین کودکان و نوجوانان مورد مطالعه است. حمایت هیجانی و اطلاعاتی با ۵۲/۲۲ درصد از دامنه کل، در سطح متوسط قرار داشت که بیانگر دریافت ناکافی عاطفه مثبت، همدلی و راهنمایی از سوی اطرافیان است. همچنین، نمره خرده‌مقیاس مهربانی (ابراز عشق و علاقه) ۵۶/۳۳ درصد و تعامل اجتماعی مثبت (فعالیت‌های تفریحی مشترک) ۵۰/۸۳ درصد از دامنه کل مقیاس را به خود اختصاص دادند که هر دو در سطح متوسط ارزیابی می‌شوند.این نتایج نشان می‌دهد نوجوانان بیشتر در بعد حمایت ملموس وضعیت مطلوب‌تری داشته‌اند، در حالی که در ابعاد هیجانی و اجتماعی—که نقش حفاظتی بیشتری در برابر مشکلات روانی و اقدام به خودکشی دارند—سطح حمایت پایین‌تر و ناکافی گزارش شده است (جدول ۵).

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی ابعاد پرسشنامه حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (MOS-SSS)

	حمایت ملموس	حمایت هیجانی	حمایت اطلاعاتی	مهربانی	تعامل اجتماعی مثبت	مجموع
میانگین	۱۵/۱۷	۲۴/۷۱	۲۴/۷۱	۹/۷۶	۹/۱	۸۳/۴۵
انحراف معیار	۴/۴۹	۷/۸۸	۷/۸۸	۳/۳۵	۳/۲۹	۲۶/۸۸
کمینه	۴	۸	۸	۳	۳	۲۶
۲۵٪	۱۳	۱۹	۱۹	۸	۷	۶۶
۵۰٪	۱۷	۲۶	۲۶	۱۰	۹	۸۸
۷۵٪	۱۸	۳۱	۳۱	۱۲	۱۱	۱۰۳
بیشینه	۲۰	۳۶	۳۶	۱۵	۱۵	۱۲۲
نمره نرمال شده٪	۶۹/۸	۵۲/۲	۵۲/۲	۵۶/۶	۵۰/۸	

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه میانگین سبک فرزندپروری اقتدار منطقی در میان والدین نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر از سبک‌های استبدادی و آزادگذاری بود، اما وجود میانگین نسبتاً بالا در هر دو سبک ناسازگار حاکی از آن است که محیط خانواده برای بسیاری از این نوجوانان حمایت روانی کافی نداشته است. این یافته با مطالعه فیلیپا نونس و همکاران هم‌راستاست که نشان دادند سبک فرزندپروری استبدادی با افزایش افکار خودکشی در نوجوانان مرتبط است، در حالی که سبک اقتدارمنطقی با کاهش این افکار همراه می‌باشد(۶). همچنین، واسیو و همکاران نیز سبک «اقتدارگرای متعادل» را به عنوان سالم‌ترین الگوی تربیتی معرفی کردند که با کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری همراه است و در مقابل، والدینی که ترکیبی از سطوح بالای استبداد و آزادگذاری دارند، با مشکلات روان‌شناختی بیشتری در کودکان خود مواجه می‌شوند(۸). جورجی و همکاران نیز نشان دادند که سبک استبدادی از طریق تضعیف مکان کنترل درونی، باعث افزایش درگیری‌های مدرسه‌ای و تجربه قربانی شدن در کودکان می‌شود. در مجموع، مرور پژوهش‌های اخیر تأیید می‌کند که سبک اقتدارمنطقی، به‌ویژه در شرایط بحرانی نوجوانی، عاملی محافظت‌کننده در برابر آسیب‌های روانی نظیر افسردگی و افکار خودکشی است(۹). در بعد حمایت اجتماعی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بالاترین نمره مربوط به حمایت ملموس (حدود ۷۰ درصد از دامنه کل مقیاس) بود که بیانگر توجه خانواده‌های ایرانی به تأمین نیازهای مادی و عملی فرزندان است، اما در مقابل، سطوح حمایت هیجانی (۵۲ درصد)، مهربانی و ابراز عشق (۵۶ درصد) و تعامل اجتماعی مثبت (۵۱ درصد) تنها در حد متوسط گزارش شدند. این یافته با مطالعات بین‌المللی همسویی دارد؛ به طوری که شائو و همکاران در یک مطالعه ملی در آمریکا نشان دادند که انسجام خانوادگی، حمایت همسالان و تعاملات مدرسه‌ای نقش کلیدی در شکل‌گیری مسیرهای خودکشی ایفا می‌کنند و افرادی با حمایت اجتماعی قوی‌تر، کمتر در مسیرهای پرخطر قرار می‌گیرند(۱۰). مک‌کلای و همکاران نیز نشان دادند که افزایش حمایت اجتماعی پس از افشای تجربه خودکشی، به ویژه حمایت دوستان در کاهش احساس «تعلق ناکام»، نقش پررنگ‌تری نسبت به خانواده دارد(۱۱). هوانگ و همکاران نیز مشخص کردند که روابط خانوادگی مثبت و حضور حمایت‌گرایانه همسالان به طور غیرمستقیم از طریق افزایش عزت نفس، باعث کاهش افسردگی در نوجوانان می‌شود(۱۲). تاباک و همکاران نیز در تحقیق خود دریافتند که حمایت از سوی خانواده و افراد مهم زندگی، پیش‌بینی‌کننده کاهش افکار و تلاش‌های خودکشی است و کیفیت حمایت خانوادگی نقش پررنگ‌تری نسبت به دیگر انواع حمایت دارد. بنابراین، پژوهش حاضر و مطالعات پیشین همگی بر این نکته تأکید دارند که اگرچه خانواده‌های ایرانی در بعد حمایت ملموس فعال هستند، اما ضعف در ابعاد هیجانی و اجتماعی نقش مهمی در افزایش آسیب‌پذیری نوجوانان و احتمال اقدام به خودکشی داشته است(۱۳). در نهایت، سارا براون و همکاران تأکید کردند که در نوجوانان آسیب‌پذیر، ترکیبی از حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ملموس با افزایش احساس کفایت و رضایت روانی همراه است و می‌تواند عامل کلیدی در ارتقای سلامت روان باشد (۱۴).

در زمینه وقایع تروماتیک، پژوهش حاضر نشان داد که بخش قابل‌توجهی از نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی سابقه تجربه سوءاستفاده عاطفی یا جسمی، بی‌توجهی والدین، خشونت خانوادگی و فقدان والدین را داشته‌اند که منجر به شکل‌گیری احساس مزمن ناامنی و درماندگی شده است. این یافته با مطالعه طولی ۲۲ ساله تامپسون و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند تجربه مستقیم کودک‌آزاری فیزیکی، جنسی و عاطفی به طور معناداری با افکار و تلاش برای خودکشی در بزرگسالی ارتباط دارد(۱۵). سچز-اریکسون و همکاران نیز نشان دادند که وقایع تروماتیک کودکی مانند فقدان والدین، خشونت خانگی و بی‌توجهی عاطفی باعث اختلالات پایدار در مسیر رشد هیجانی و شناختی شده و اساس آسیب‌پذیری روانی در طول عمر را فراهم می‌کنند(۱۶). کرتیس و همکاران در یک فراتحلیل جدید تأیید کردند که انواع خاصی از وقایع تروماتیک، به ویژه سوءاستفاده جنسی، سوءرفتار جسمی، غفلت عاطفی و فیزیکی، با احساس تنهایی مزمن و طرد اجتماعی مرتبط هستند که این احساسات خود از عوامل کلیدی در افکار خودکشی محسوب می‌شوند(۱۷). موریا و

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

همکاران نیز دریافتند که نوجوانانی که بیش از چهار تجربه منفی در کودکی داشته‌اند با پیامدهای روانی و جسمی جدی‌تری مواجه هستند و مور و همکاران نشان دادند که افزایش تعداد تجارب تروماتیک، خطر افکار و اقدام به خودکشی را به صورت تصاعدی افزایش می‌دهد(۱۸-۱۹). در خصوص عزت نفس، نتایج پژوهش حاضر بسیار قابل توجه است: بیش از ۶۰ درصد از نوجوانان مورد بررسی در طبقه عزت نفس ضعیف قرار داشتند و میانگین پایین در ابعاد عزت نفس عمومی، خانوادگی و اجتماعی نشان‌دهنده احساس بی‌ارزشی و فقدان جایگاه اجتماعی مطلوب در این افراد است. فراتحلیل جامع سوتو-سانز و همکاران تأیید کرده است که عزت نفس پایین، یکی از مهم‌ترین عوامل خطر در بروز اقدام به خودکشی در نوجوانان است و احتمال اقدام به خودکشی را تقریباً دو برابر افزایش می‌دهد(۲۰). تریانا و همکاران نیز نشان دادند که عزت نفس، روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی سه عامل محافظ در برابر اختلالات روانی نوجوانان هستند(۲۱). فوئنتس و همکاران دریافتند که کاهش عزت نفس در ابعاد خانوادگی، تحصیلی و جسمی با احساس بی‌ارزشی و ناامیدی در نوجوانان مرتبط است و پازالیا و همکاران نیز نشان دادند که عزت نفس بالا می‌تواند رفتارهای سالم‌تری را در نوجوانان تقویت کند(۲۳-۲۲). دوی و همکاران در مطالعه‌ای در ژاپن نشان دادند که فقر کودک با کاهش عزت نفس ارتباط دارد و عزت نفس پایین نه تنها یک پیامد فردی، بلکه بازتابی از عوامل اجتماعی گسترده‌تر است(۲۴). در نهایت، پژوهش حاضر با تأکید بر محدودیت‌هایی نظیر اتکا به ابزارهای خوداظهاری، احتمال سوگیری ناشی از انکار یا خطای حافظه، انجام شدن در یک مرکز درمانی واحد (بیمارستان بوعلی اردبیل) با حجم نمونه محدود و نبود داده‌های عینی از پرونده‌های پزشکی، نتیجه می‌گیرد که مداخلات چندجانبه روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی با تمرکز بر آموزش سبک فرزندپروری اقتدارمنطقی، تقویت حمایت هیجانی و تعاملات اجتماعی مثبت، شناسایی و مداخله زودهنگام در برابر وقایع تروماتیک و طراحی برنامه‌های ارتقای عزت نفس در مدارس و خانواده‌ها، می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از خودکشی نوجوانان ایفا کند.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر روی کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله نشان داد که اقدام به خودکشی در این گروه سنی نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل روانی، خانوادگی، تربیتی و اجتماعی است.بیشتر شرکت‌کنندگان عزت نفس پایینی به‌ویژه در ابعاد خانوادگی و تحصیلی داشتند، در پرسشنامه ترومای دوران کودکی ابعاد غفلت عاطفی و سوءاستفاده عاطفی بیشترین میانگین را نشان دادند، در بخش سبک‌های فرزندپروری ضمن وجود سبک اقتدار منطقی با میانگین بالاتر، نمرات قابل توجهی در سبک‌های آزادگذاری و استبدادی نیز دیده شد که حاکی از ناسازگاری رفتاری در خانواده است، و در حوزه حمایت اجتماعی نیز با وجود حمایت نسبتاً خوب هیجانی و اطلاعاتی، میزان تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی پایین‌تر بود؛ بنابراین تدوین برنامه‌های پیشگیری چندوجهی ضروری است و پژوهش‌های آینده باید با رویکردهای طولی و کیفی انجام شده و مداخلات آموزشی و درمانی ویژه والدین طراحی گردد

تشکروقدردانی: نویشندگان بر خود لازم می دانند از همه کسانی که در این مطالعه شرکت کردند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

دردسترس بودن داده هاومطالب: قابل دسترس است بر اساس ارسال ایمیل به نویسنده مسئول مقاله.

تضاد منافع: ندارد

رضایت انتشار: کاربرد ندارد

تاییدیه اخلاق ورضایت برای شرکت: این مطالعه مطابق با اصول بیانیه هلسینکی انجام شد. مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.MEDICINE.REC.1403.036 ثبت شد. از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی دریافت شد و محرمانگی داده ها نیز رعایت شد

افشای مالی: ندارد

مشارکت نویسندگان: فرامرز اجری در طراحی مطالعه و نوشتن مقاله، معاینات بالینی مهریار ندرمحمدی در جمع اوری داده ها ، پرسشگری و آنالیز نتایج ، محدثه علیزاده در نوشتن مقاله و پیگیری جمع آوری داده و استخراج نتایج همکاری داشتند.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

References

1. Ruch DA. Characteristics and precipitating circumstances of suicide among children aged 5 to 11 years in the United States, 2013-2017. JAMA Network Open. 2021;4(7):e2115683-e.
2. Delam H, Bazrafshan M. Attempting suicide by Adolescents: A qualitative study. Payesh 2020; 19 (2) :159-166
3. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. Asia-Pacific Psychiatry. 2021;13(3):e12452.
4. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? Current Opinion in Pediatrics. 2020;32(4):595-600.
5. Singh JA. World Health Organization guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescents. Journal of Adolescent Health. 2019;64(4):427-9.
6. Nunes F, Mota CP. Parenting styles and suicidal ideation in adolescents: Mediating effect of attachment. Journal of child and family studies. 2017;26(3):734-47.
7. Minaei, A., Nikzad, S. The Factor Structure and Validity of the Persian Version of the Baumrind Parenting Style Inventory. Journal of Family Research, 2017; 13(1): 91-108.
8. Vasiou A, Kassis W, Krasanaki A, Aksoy D, Favre CA, Tantaros S. Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. Children. 2023;10(7):1126.
9. Georgiou SN, Ioannou M, Stavrinides P. Parenting styles and bullying at school: The mediating role of locus of control. International Journal of School & Educational Psychology. 2017;5(4):226-42.
10. Xiao Y, Lindsey MA. Adolescent social networks matter for suicidal trajectories: disparities across race/ethnicity, sex, sexual identity, and socioeconomic status. Psychological medicine. 2022;52(15):3677-88.
11. McClay MM, Brausch AM, O'Connor SS. Social support mediates the association between disclosure of suicide attempt and depression, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2020;50(4):884-98.
12. Huang X, Hu N, Yao Z, Peng B. Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. Frontiers in Psychology. 2022;13:962147.
13. Tabaac AR, Perrin PB, Rabinovitch AE. The relationship between social support and suicide risk in a national sample of ethnically diverse sexual minority women. Journal of gay & lesbian mental health. 2016;20(2):116-26.
14. Brown SG, Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, Yates BC, Hanna KM. Social support, parenting competence, and parenting satisfaction among adolescent, African American, mothers. Western journal of nursing research. 2018;40(4):502-19.
15. Thompson MP, Kingree J. Adverse childhood experiences, sexual victimization, and suicide ideation and attempts: A longitudinal path analysis spanning 22 years. American journal of orthopsychiatry. 2022;92(3):302.
16. Sachs-Ericsson NJ, Rushing NC, Stanley IH, Sheffler J. In my end is my beginning: Developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. Aging & mental health. 2016;20(2):139-65.
17. Curtis A, Luchetti M, Prendergast C, Ahern E, Creaven A-M, Kirwan EM, et al. Adverse childhood experiences and loneliness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine. 2025;370:117860.
18. Moriya RM, de Oliveira CEC, Reiche EMV, Passini JLL, Nunes SOV. Association of adverse childhood experiences and overweight or obesity in adolescents: A systematic review and network analysis. Obesity Reviews. 2024;25(11):e13809.
19. Moore KA, N. Ramirez A. Adverse childhood experience and adolescent well-being: Do protective factors matter? Child Indicators Research. 2016;9(2):299-316.
20. Soto-Sanz V, Piqueras JA, Perez-Vazquez MT, Rodriguez-Jimenez T, Castellví P, Miranda-Mendizabal A, et al. Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. 2019.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]

21. Triana R, Keliat BA, Sulistiowati NMD. The relationship between self-esteem, family relationships and social support as the protective factors and adolescent mental health. Humanities & social sciences reviews. 2019;7(1):41-7.
22. Fuentes MC, Garcia OF, Garcia F. Protective and risk factors for adolescent substance use in Spain: Self-esteem and other indicators of personal well-being and ill-being. Sustainability. 2020;12(15):5962.
23. Pazzaglia F, Moè A, Cipolletta S, Chia M, Galozzi P, Masiero S, et al. Multiple dimensions of self-esteem and their relationship with health in adolescence. International journal of environmental research and public health. 2020;17(8):2616.
24. Doi S, Fujiwara T, Isumi A, Ochi M. Pathway of the association between child poverty and low self-esteem: Results from a population-based study of adolescents in Japan. Frontiers in psychology. 2019;10:937.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.66224/jhrd.4.3.54]