مقاله مروری
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۶، اسفند ۱۳۹۶، ۱۱۶۸-۱۱۵۳

عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی

معصومه سیمبر[۱]، سمیرا گلعذار[۲]، شیوا علیزاده[۳]، محبوبه حاجی‌فقها[۳]

دریافت مقاله: ۹۶/۳/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۶/۷/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۶/۱۱/۱۷ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۲۳

چکیده

خودکشی دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهان و همواره یکی از نگرانی‌های عمده بهداشت عمومی است. پیشگیری از خودکشی به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از اولین برنامه روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۳ است که به‌موجب آن کاهش نرخ خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال۲۰۲۰ هدف‌گذاری شد. هدف از این مطالعه مرور روایتی شناسایی عوامل خطر خودکشی در نوجوانان در جهان است.

در مطالعه حاضر، عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته عوامل دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، گرایش جنسی و نژاد و قومیت؛ عوامل محیطی شامل: عدم‌حمایت خانوادگی و اجتماعی، زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی و عوامل روانی: شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه‌ی سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت سایبری طبقه‌بندی شدند. به نظر می‌رسد که با آگاهی از عوامل خطر خودکشی در نوجوانان، می‌توان اقدامات پیشگیرانه مناسب را انجام داد.

واژه‌های کلیدی: عوامل خطر، خودکشی، نوجوانان، مرور روایتی

مقدمه

در شصت و ششمین نشست بهداشت جهانی در ماه مه سال ۲۰۱۳، اولین برنامه روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی World Health Organization(WHO) به تصویب رسید. پیشگیری از خودکشی به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از این طرح بود که به‌موجب آن کاهش میزان خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال۲۰۲۰ هدف‌گذاری شد. میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است. بااین‌حال، ازآنجاکه خودکشی یک مسئله حساس است، و

۱- استاد تمام بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- (نویسنده مسئول): دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تلفن ۰۸۳-۴۸۲۲۴۹۷۷، تلفکس: ۰۸۳-۴۸۲۲۴۹۷۷، پست الکترونیکی: golezar80@yahoo.com

۳- دانشجوی دکترای بهداشت باروری، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

حتی در برخی از کشورها غیرقانونی است، به‌احتمال بسیار زیاد کمتر از حد واقعی گزارش می‌شود. در کشورهای با درآمد بالا، مردان سه برابر بیشتر نسبت به زنان خودکشی انجام می‌دهند، اما در کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط، نسبت مرد به زن ۱/۵ است. در بسیاری از کشورها، بیشترین میزان خودکشی در جوانان اتفاق میافتد، و خودکشی در سطح جهان دومین علت اصلی مرگ‌ومیر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است [۱]. مصرف آفت‌کش‌ها، حلق‌آویز شدن و سلاح گرم از شایع‌ترین روش‌های خودکشی در سطح جهان هستند، اما بسیاری از روش‌های دیگر با توجه به گروه اجتماعی، فرهنگی، در دسترس بودن و حتی برحسب جنسیت استفاده می‌شوند. به‌طور فراوان، سابقه اقدام به خودکشی، یکی از قوی‌ترین پیشگویی‌کننده‌های شناخته‌شده برای اقدام به خودکشی است و خطر خودکشی را تا ۱۰ برابر بخصوص در سال اول وقوع افزایش می‌دهد [۲-۱].

علی‌رغم کمبود اطلاعات اپیدمیولوژیک جهانی برای نوجوانان، خودکشی همچنان به‌عنوان یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان به شمار می‌رود و یکی از نگرانی‌های عمده در بهداشت عمومی است [۳-۲]. بیشترین میزان شیوع خودکشی نوجوانان در هردو جنس در جنوب شرقی آسیا و شرق اروپا رخ می‌دهد [۳]. سالانه، نزدیک به ۴۶۰۰ جوان ۱۰ تا ۲۴ ساله خودکشی می‌کنند. آمار تکان‌دهنده‌تر این است که برای هر خودکشی منجر به مرگ در نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله، بین ۱۰۰ و ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی وجود دارد [۴]. شیوع افکار خودکشی در طول دوره نوجوانی در محدوده ۱۲/۱-۲۹/۹ درصد تخمین زده می‌شود. نتایج مقایسه‌ی ۴۹ کشور درحال‌توسعه متوسط شیوع کلی افکار خودکشی را ۱۵/۳ درصد گزارش کرده است، بالاترین شیوع مربوط به منطقه آفریقا حدود ۱۹/۸ درصد گزارش شده است. افکار خودکشی و تلاش‌های قبلی به‌عنوان پیش‌بینی کننده قوی برای خودکشی نوجوانان شناخته می‌شوند. تقریباً یک‌سوم از نوجوانانی که افکار خودکشی دارند در سنین نوجوانی برای خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند. حدود ۶۰ درصد از افرادی که چنین برنامه‌ای دارند عمدتاً یک سال پس از شروع پیدایش ایده خودکشی در ذهنشان، اقدام به خودکشی می‌کنند [۳-۲]. آمارها بیان‌گر اهمیت این موضوع درباره نوجوانان می‌باشند.

محدودیت دسترسی به ابزار خودکشی و استفاده از مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین و کنترل آفت‌کش‌ها منجر به کاهش میزان خودکشی در برخی از کشورها شده است [۵، ۳]. با توجه به این که با شناسایی عوامل خطر خودکشی در نوجوانان می‌توان اقدامات پیشگیرانه‌ای را جهت جلوگیری از وقوع خودکشی انجام داد، مطالعه حاضر باهدف تعیین عوامل خطر خودکشی در نوجوان انجام شد.

نتایج

عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته عوامل دموگرافیک، محیطی و روانی طبقه‌بندی می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند نوجوانانی که یک یا بیشتر از عوامل خطر را دارند، با احتمال بیشتر در معرض درگیر شدن در رفتارهای مرتبط با خودکشی هستند .

الف) عوامل دموگرافیک: عبارتند از سن، جنسیت، گرایش جنسی، نژاد و قومیت.

سن: اگرچه خودکشی در دوران کودکی و اوایل نوجوانی بسیار نادر است، با گذر از دوران نوجوانی میزان بروز خودکشی افزایش می‌یابد [۳, ۶]. میزان جهانی خودکشی از ۰/۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ در نوجوانان زیر ۱۴ سال به ۷/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله افزایش می‌یابد. شیوع اقدامات خودکشی در ۱۲ سالگی کمتر از ۱ درصد است و پس از آن در ۱۵ سالگی افزایش می‌یابد [۳]. در اواسط نوجوانی شیوع اقدامات خودکشی در بالاترین میزان است [۷، ۳]. اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد در خودکشی اواخر نوجوانی متداول‌تر هستند درحالی‌که در خودکشی سنین پایین‌تر، اختلالات رفتار مخرب شایع‌تر هستند [۷]. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۲، میزان مرگ ناشی از خودکشی افراد ۱۰ تا ۱۴ ساله را ۱/۴۸ در هر ۱۰۰،۰۰۰ و در افراد ۱۹-۱۵ سال ۸/۳۵ در هر ۱۰،۰۰۰ در ۱۶ ایالت ثبت کرده است [۳]. از ۱۳۹ مرگ ناشی از خودکشی کودکان و نوجوانان در انگلستان در سال ۲۰۰۵، ۱۲۵ تن از آن‌ها ۱۵-۱۹ ساله و ۱۴ نفر دیگر ۱۰تا ۱۴ ساله بودند [۸].

جنسیت: مطالعات مختلف نشان می‌دهند که مرگ در اثر خودکشی در نوجوانان پسر بیشتر از نوجوانان دختر است، درحالی‌که دختران بیشتر افکار خودکشی و اقدام به آن را تجربه می‌کنند [۹، ۷، ۴-۳]. در سراسر جهان، نسبت خودکشی مردان بین سنین ۱۵ تا ۱۹ بیش از دو برابر (۲/۶: ۱) زنان هم‌سن است (۴/۱ در هر۱۰۰۰۰۰ برای زنان و ۱۰/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ برای مردان) [۳]. محققین در یک مطالعه بر روی ۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین دریافتند که جنسیت مؤنث با افزایش خطر بروز افکار و اقدام خودکشی همراه است [۱۰]. Rhodes و همکاران در یک مطالعه‌ی مروری درباره‌ی اثر جنسیت بر خودکشی دریافتند که میزان بیشتر مرگ ناشی از خودکشی در پسران نسبت به دختران، به‌احتمال دارا بودن عوامل خطر خودکشی در پسران، مانند رفتارهای پرخطر، سوءمصرف الکل، استفاده از روش‌های کشنده‌تر خودکشی، تمایل بیشتر به سمت خشونت و رفتارهای برون‌گرایانه پسران در مقایسه با دختران نوجوان برمی‌گردد. اختلالات برون‌گرایی مانند کمبود توجه، بیش فعالی، اختلالات سرکشی و ارتباطی در پسران نسبت به دختران بیشتر هستند. و اختلالات درون‌گرایی مانند افسردگی، اضطراب، استرس پس از تروما در دختران شایع‌تر از پسران می‌باشد. سوءمصرف مواد و اسکیزوفرنی به‌عنوان عامل خطر قوی در پسران از دختران شایع‌تر است. [۷]. McLoughlin و همکاران استثناء قابل‌توجه این الگو را در چین و هند ذکر می‌نمایند که ساختارهای اجتماعی این کشورها از هنجارهای غربی متفاوت است. به‌ویژه در چین، میزان خودکشی زنان ۶۰ درصد بالاتر از میزان خودکشی مردان و در جوامع روستایی ۳ برابر بیشتر از جوامع شهری است [۳].

گرایش جنسی: مطالعات نشان داده‌اند که بین گرایش جنسی و خودکشی ارتباط وجود دارد. افکار خودکشی و اقدام به آن به‌خصوص در دوران بلوغ در مردان

هم‌جنس‌گرا (هموسکچوال) و دو جنس‌گرا (بای سکچوال) نسبت به همتایان دگرجنس‌گرا (هتروسکچوال) بیشتر است. میزان خودکشی در زنان هم‌جنس‌گرا و دو جنس‌گرا افزایش نمی‌یابد [۸، ۴].

نژاد و قومیت: مطالعات نشان می‌دهند که گروه‌های بومی‌در نتیجه قرار گرفتن در محیط نامساعد و نابرابر در معرض افزایش خطر خودکشی هستند [۳]. در ایالات متحده آمریکا، نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ساله بومیان آمریکا و آلاسکا ۱/۷ برابر بیشتر احتمال دارد در اثر خودکشی بمیرند [۴-۳]. McLoughlin و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش می‌کنند که در سراسر نیوزیلند، استرالیا، کانادا و ایالات متحده آمریکا، الگوی مشابهی از خودکشی در میان جوانان بومی در میان جمعیت نوجوان مشهود است. در نیوزیلند (کشوری با یکی از بالاترین میزان خودکشی)، نوجوانان پسر مائوری (Maori) ۲/۴ برابر بیشتر از همسالان نیوزیلندی خودکشی می‌کنند. مشابه این الگو، در نوجوان جمعیت بومی جزیره‌نشینان تنگه استرالیا در مقایسه با همتایان غیربومی دیده می‌شود. در کانادا، نوجوان سرخپوست بومی تا شش بار بیشتر در اثر خودکشی نسبت به همسالان غیربومی. کودکان و نوجوانان اینویت (Inuit) تا ۳۰ برابر بیشتر از همسالان مناطق غیربومی دیگر کانادا در اثر خودکشی می‌میرند. به‌طور مشابه، در اروپا، در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله اقلیت‌های قومی بومی ایرلند میزان خودکشی بیش از ۲/۵ برابر میزان جمعیت عمومی ایرلندی، با افزایش ۶ برابر خودکشی در مردان دیده می‌شود [۳].

ب) عوامل محیطی: عبارتند از عدم‌حمایت خانوادگی و اجتماعی، بازداشت و زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی.

حمایت خانوادگی و اجتماعی: محققین روابط مثبت پدر و مادر را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی نوجوانان گزارش می‌کنند. نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند محیط خانواده خود را استرس‌زا، غیر حمایتی، پر مشاجره و سرد ازنظر عاطفی توصیف می‌کنند [۴]. در بررسی انجام شده بر۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین مشخص شد عدم‌حمایت پدر و مادر با افزایش خطر افکار و اقدام خودکشی همراه است [۱۰]. نتایج مطالعه‌ی Miller و همکاران نشان می‌دهد که حمایت والدین و مدرسه نسبت به حمایت دوستان در راستای فهم تفکرات و رفتارهای خودکشی حائز اهمیت بیشتری می‌باشد [۱۱]. نتایج یک مطالعه در نوجوانان بستری شده در بخش روان به علت خودکشی، نشانگر اثرات مخرب تخطئه از سوی خانواده و دوستان است. بالأخص نوجوانان پسری که تجربه تخطئه شدید از سوی خانواده را داشتند احتمال بروز صدمه به خود در دوره پیگیری در آنان بیشتر بود [۱۲]. نتایج مطالعه‌ی Tuisku و همکاران نیز در همین راستا است که نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ضعیف نظیر حمایت همسالان یک پیشگویی‌کننده‌ی قوی برای بروز رفتارهای خودکشی است [۱۳]. در بررسی ملی خودکشی نوجوانان زندانی در آلمان،

ترک خانه و مدرسه با افزایش خطر خودکشی در نوجوانان همراه بود [۱۴].

زندانی شدن: بررسی جامع ملی خودکشی نوجوانان آلمانی در زندان نشان داد بازداشت با خطر ۲۳ برابری خودکشی در نوجوانان و جوانان همراه است. خطر نسبی در نوجوانان زندانی سه برابر بیشتر از بزرگ‌سالان زندانی است [۱۴]. همچنین، نتایج یک مطالعه‌ی مورد شاهدی از تمام زندانیان انگلستان و ولز که به‌منظور بررسی شیوع صدمه به خود در زندان، عوامل خطر همراه با آن و خطر خودکشی بعدی انجام شد، نشان داد به‌طورکلی شیوع صدمه به خود در زندانیان زن ده برابر بیش از زندانیان مرد است. و صدمه به خود با خودکشی بعدی ارتباط معنادار دارد. افراد کمتر از ۲۰ سال، ۱۳ درصد جمعیت زندانیان را تشکیل می‌دادند و ۲۳ درصد زندانیان مرد و ۲۱ درصد زندانیان زن، سالانه به خود آسیب می‌رساندند. ارتکاب جنایت در زنان و سن کمتر از ۲۰ سال، جنسیت زن، نوع زندان، نوع محکومیت با افزایش خطر آسیب به خود در زندان همراه بود [۱۵].

مهارت‌های زندگی: مهارت‌های اجتماعی و خودشناسی ضعیف می‌توانند عوامل خطر برای خودکشی نوجوانان باشند [۴]. تحقیقات نشان می‌دهد که مهارت ضعیف حل مسئله یک عامل خطر مهم است [۸، ۴]. نتایج مطالعه آکرمن (Ackerman) و همکاران در نوجوانان با سابقه اقدام به خودکشی حاکی از اختلال تصمیم‌گیری در مواقع حساس در میان افراد است [۱۶].

سابقه خانوادگی: شواهد بیانگر خطر بالای خودکشی در افرادی است که در معرض خودکشی والدین قبل از ۱۷ سالگی قرارگرفته‌اند [۷]. Cheng و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که سابقه مرگ والد هم‌جنس در اثر خودکشی، خطر خودکشی در فرزند نوجوان را افزایش می‌دهد. درواقع خودکشی در نوجوانان پسر به‌طور قابل توجهی با سابقه مرگ پدر در اثر خودکشی همراه بود و برعکس، خودکشی در نوجوانان دختر به‌طور قابل توجهی باسابقه خودکشی مادر همراه بود [۱۷].

اینترنت و رسانه‌های گروهی: مطالعات اخیر نشان داده‌اند که پوشش رسانه‌ای خودکشی می‌تواند به خودکشی گروهی منجر شود. حدود ۱۳ درصد از خودکشی نوجوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله در این دسته قرار می‌گیرند. اینترنت می‌تواند اطلاعاتی را در مورد چگونگی اقدام به خودکشی موفق به جوانان ارائه دهد و حتی ممکن است آن‌ها را به خودکشی تشویق کند [۴]. خودکشی، می‌تواند به‌صورت دسته‌جمعی رخ دهد. به‌طورکلی، میزان خودکشی‌های گروهی نوجوانان ۱ درصد تا ۲ درصد است. پوشش رسانه‌ای داستان‌های خودکشی بر وقوع خودکشی‌های بعدی برای جوانان و نوجوانان اثرگذار است. ارتباط معنی‌داری بین گزارش جزئیات خاص داستان خودکشی در روزنامه‌ها و به دنبال آن بروز خودکشی گروهی نوجوانان وجود دارد [۳].

داده‌های نظرسنجی از ۱۵۶۰ جوان ۱۰-۱۷ ساله‌ی استفاده‌کننده از اینترنت، ساکن در ایالات متحده پس از تعدیل عوامل خطر شناخته شده، نشان داد در افرادی که از وب سراچه‌های مشوق صدمه به خود و خودکشی بازدید کرده بودند احتمال افکار خودکشی و صدمه زدن به خود به ترتیب ۷ برابر و ۱۱ برابر بیشتر بود [۱۸].

ج) عوامل روانی: عبارتند از اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه‌ی سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت سایبری.

نقش بیماری‌های روانی: افسردگی شایع‌ترین اختلال مرتبط با خودکشی نوجوانان است، که در دختران نسبت به پسران بیشتر است. [۸-۷، ۴]. ناامیدی یک متغیر واسطه‌ای مهم بین افسردگی و خودکشی است [۸]. بیماری‌های روانی به‌طور 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 استرس پس از تروما، اختلال شخصیتی مانند تحریک‌پذیری، تکانش‌گری و روان‌پریشی و اسکیزوفرنی) رنج می‌برند [۱۹، ۸-۷]. هر ترکیبی از این اختلالات می‌تواند خطر رفتارهای خودکشی را به‌طور قابل‌توجهی افزایش دهد. تصور از بدن ضعیف و اختلالات غذا خوردن با پدیده خودکشی در زنان همراه است [۸]. اسکیزوفرنی علیرغم شیوع کم به‌عنوان عامل خطر خودکشی در پسران در مقایسه با دختران (به علت شروع زوتر در پسران) بیشتر است.

تحقیقات نشان می‌دهند در نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اختلال روان‌پزشکی قبل از ۱۵ سالگی آشکار شده است. یک مطالعه کوهورت نشان داد که مشکلات اضطرابی و یا اختلال سلوک در سن ۸ سالگی پیشگویی کننده بستری در بیمارستان در آینده و خودکشی در میان پسران ۱۵ ساله تا ۲۴ است. بااین‌حال، مشکلات روانی در دختران در سن ۸ سالگی پیشگویی کننده نبود [۷].

نتایج یک مطالعه درباره‌ی خصوصیات بالینی و عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی نوجوان بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان کره جنوبی نشان داد، مشکلات ارتباطی و اختلالات روانی مانند اختلالات خلقی در اقدام به خودکشی نوجوانان تأثیر دارد [۹].

یک مطالعه کوهورت آینده‌نگر بر ۲۳۹۹ دانش آموزان دبیرستانی ۱۳-۱۵ ساله، بعد از ۴ سال پیگیری از نظر افکار خودکشی نشان داد، افکار خودکشی به‌شدت با علائم اضطراب/ افسردگی، مشکلات رفتاری، درد/ تنش عضلانی در ۱۳-۱۵ سالگی این نوجوانان، همراه است [۲۰].

اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد در خودکشی اواخر نوجوانی متداول‌تر هستند درحالی‌که در خودکشی سنین پایین‌تر اختلالات رفتار مخرب شایع‌تر هستند [۷]. پریگرسون(Prigerson) و همکاران در مطالعه خود افزایش ۵ برابری تفکرات خودکشی به دنبال غم ناگهانی در نوجوانان را نشان دادند [۲۱]. Panagioti و همکاران در یک متا آنالیز رابطه بسیار معنی‌دار و مثبتی بین اختلال استرس پس از تروما و خودکشی یافتند [۲۲].

در تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی داده‌های مطالعه‌ای درباره‌ی عوامل خطر مرتبط با افکار و اقدام به خودکشی در ۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین؛ اضطراب و تنهایی با افزایش خطر افکار و اقدام به خودکشی همراه بود [۱۰].

سابقه حوادث ناگوار زندگی: اغلب یک رویداد استرس‌زا در زندگی نوجوانان قبل از اقدام به خودکشی رخ می‌دهد

[۴]. شکست رابطه، طلاق والدین، مرگ یک دوست، مرگ والدین، خانواده نیروهای مسلح، افت تحصیلی، خشونت خانگی، بیماری جسمی، شقاوت مالی، سابقه صدمه به خود و سوءاستفاده فیزیکی از کودکان اغلب به‌عنوان وقایع رخ داده قبل از اقدام به خودکشی ذکر شده است [۶, ۸, ۹]. سابقه حوادث ناگوار زندگی را می‌توان با تفکرات خودکشی و اقدام خودکشی در آینده مرتبط دانست. سرکوب عاطفی می‌تواند در نحوه فایق آمدن فرد بر حوادث ناگوار زندگی تأثیر بگذارد. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که سرکوب عاطفی به‌عنوان عامل میانجی بین تفکرات خودکشی و تلاش برای خودکشی و در ورای متغیرهای دموگرافیک و نشانه‌های افسردگی عمل می‌کند [۲۳]. نتایج مطالعه‌ی به‌عمل‌آمده در ۹۰ دختر نوجوان که در بخش روان به علت خودکشی بستری شده بودند، نشان داد که وقایع استرس‌زای زندگی، وقوع خودکشی در آینده را پیش‌بینی می‌کند [۲۴].

افکار خودکشی یک پدیده شایع در بازماندگان پس از رویداد فاجعه است. میزان افکار خودکشی در میان بازماندگان نوجوانان پس از زلزله سال ۲۰۰۸ در ونچوان چین، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه پس از زلزله، به ترتیب ۳۵/۶ درصد، ۳۵/۶ درصد و ۳۰/۷ درصد محاسبه شد. افسردگی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده افکار خودکشی پس از زلزله بود [۲۵].

اسکات (Scott) و همکاران در مطالعه خود در دختران نوجوان نشان دادند صدمه به خود بدون نیت خودکشی و ایده خودکشی به‌عنوان عوامل پیشگویی کننده برای اقدام به خودکشی در آینده می‌باشند [۲۶]. Hawton و همکاران نیز به نتایج مشابه دست یافتند [۱۵].

سوءاستفاده در دوران کودکی: محققین رابطه‌ی مثبتی را بین سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، آزار جسمی و اقدام به خودکشی یافته‌اند [۳, ۷]. برای نوجوانان در حال رشد که تجربه قربانی شدن را دارند، آزار دیدن و اذیت شدن می‌تواند راه رسیدن به خودکشی را از طریق ایجاد افسردگی و پریشانی روانی هموار کند [۳].

در یک مرور سیستماتیک، در هفت مطالعه مبتنی بر جمعیت تعدیل نشده بر اساس جنس ارتباط مثبت معنی‌داری بین سوءاستفاده جنسی و خودکشی در دختران و پسران وجود داشت، اما این ارتباط در پسران نسبت به دختران قوی‌تر بود. نتایج نشان داد درحالی‌که سوءاستفاده جنسی در دختران شایع‌تر است، اثرات منفی آن در پسران با توجه به اقدام به خودکشی بیشتر است. [۶].

نتایج مطالعه بر ۱۶۳ نوجوان با اختلال افسردگی عمده تشخیص داده شده نشان داد، سابقه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی با عدم خویشتن‌داری (عمل بدون فکر که نوعی رفتار تکانشی است) و گزارش اقدام به خودکشی در نوجوانی همراه است؛ بخصوص عدم خویشتن‌داری بالاتر با احتمال بیشتری با خطر اقدام به خودکشی در نوجوانان دارای سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی همراه بود [۲۷].

در مطالعه‌ی Randall و همکاران در نوجوانان جمهوری بنین مورد قلدری واقع شدن با افزایش خطر افکار و برنامه‌ریزی برای خودکشی همراه بود [۱۰]. نتایج

مطالعه‌ی Moon و همکاران بر ۱۵۳۶۴ نوجوان پسر و دختر نشان داد که قربانی شدن به‌وسیله همسالان تأثیر معنی‌دار و مستقیم‌تری بر روی رفتارهای خودکشی دارد [۲۸]. همچنین Van Geel و همکاران در یک متاآنالیز بر روی ۴۳ مطالعه دریافتند که قربانی شدن به‌وسیله‌ی همسالان ارتباط مستقیمی با افکار و اقدام خودکشی در کودکان و نوجوانان دارد [۲۹].

استرس آکادمیک: نتایج مطالعه‌ای بر ۶۶۴ دانشجوی راهنمایی و دبیرستان در مدارس کره نشان داد استرس آکادمیک و خشونت در مدارس با افزایش خطر خودکشی نوجوانان مرتبط هستند. استرس آکادمیک، افسردگی، تفکرات خودکشی، برنامه‌ریزی و تلاش برای خودکشی را تشدید می‌کند؛ خشونت در مدرسه همچنین افسردگی را افزایش می‌دهد و به دنبال آن تفکرات خودکشی، برنامه‌ریزی و تلاش برای خودکشی را افزایش می‌دهد [۳۰]. Shang و همکاران در مطالعه بر روی ۱۰۰۴ نوجوان پسر و دختر چینی پس از تعدیل عوامل مختلف مانند سن، جنس، وضعیت سلامت، مصرف الکل و سیگار، فعالیت بدنی و وضعیت اقتصادی خانواده دریافتند که ارتباط معناداری بین محیط استرس‌زای مدرسه و عدم تعادل پاداش در ازای تلاش با افکار خودکشی در نوجوانان وجود دارد [۳۱].

مصرف الکل و مواد مخدر: مطالعات نشان داده‌اند که سوءمصرف الکل، تنباکو و مواد مخدر خطر خودکشی در نوجوانان را افزایش می‌دهد [۸، ۴-۳]. مصرف الکل در نوجوانان، به‌خصوص شروع استفاده در پیش از نوجوانی، عامل خطر مهمی برای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران و پسران نوجوان است. در یک مطالعه از ۶۳۹ نفر از جوانان، در نوجوانان کمتر از ۱۳ سال استفاده الکل با خطر بیشتری از افکار و اقدام به خودکشی در مقایسه با غیر نوشندگان هم سن و سال و کسانی که نوشیدن را پس از ۱۳ سالگی شروع کرده بودند همراه بود [۳]. در یک مطالعه مشخص شد مصرف الکل خطر خودکشی را در دختران نوجوان ۳ برابر و در پسران ۱۷ برابر افزایش می‌دهد [۴].

در نتایج به دست آمده از مطالعه‌ای درباره‌ی عوامل خطر مرتبط با افکار و اقدام به خودکشی در ۲۶۹۰ نوجوان در جمهوری بنین؛ سوءمصرف الکل و مواد مخدر با افزایش خطر افکار و اقدام به خودکشی همراه بود [۱۰]. McManama و همکاران نیز به نتایج مشابه دست یافتند و نشان دادند فراوانی مصرف الکل با افزایش احتمال اقدام به خودکشی در نوجوانان همراه است [۳۲].

نتایج مطالعه Tuisku و همکاران در نوجوانان افسرده نشان داد که سابقه سوء مصرف الکل سوای از افسردگی خطر خودکشی را در دوره ۱ و ۸ ساله پیگیری پیش‌بینی می‌کند [۱۳].

در یک مطالعه بر روی ۱۵۳۶۴ نوجوان پسر و دختر، پرخاشگری و مواد مخدر بر افزایش خطر خودکشی تأثیر داشت. نتایج این مطالعه بیانگر تأثیر مستقیم و معنی‌دار سوءمصرف مواد بر پرخاشگری است که به نوبه خود بر رفتارهای خودکشی مؤثر است [۲۸].

داده‌های به دست آمده از بررسی مدارس دولتی استان گوانگدونگ چین در دانش آموزان ۱۲-۱۹ ساله نشان داد،

استفاده از مواد مخدر و آرام‌بخش‌ها با نشانه‌های افسردگی، کیفیت پایین خواب، صدمه عمدی به خود، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در هر دو جنس در نوجوانان ارتباط مستقیم دارد [۳۳].

مزاحمت سایبری: تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که قربانیان مزاحمت سایبری و آزار دیدن در مدرسه بخصوص دختران نوجوان، در معرض خطر قابل‌توجهی از پریشانی روانی و افکار خودکشی، برنامه‌ریزی و اقدام برای خودکشی در مقایسه با کسانی که این تهدیدها را تجربه نمی‌کنند قرار دارند [۳]. نتایج داده‌های ۱۵۴۲۵ دانش‌آموز برگرفته از سیستم مراقبت رفتارهای پرخطر جوانان در ایالات متحده نشان داد، که قربانی شدن مزاحمت سایبری اثرات خود را بر افکار خودکشی، برنامه‌ریزی خودکشی، اقدام به خودکشی به‌وسیله رفتار خشونت‌آمیز، سوءمصرف مواد و افسردگی اعمال می‌نماید. همچنین، نوجوانان دختری که قربانی مزاحمت سایبری هستند میزان بالاتری از افسردگی و رفتارهای خودکشی در مقایسه با همتایان پسر خود گزارش می‌کنند، و با افزایش سن، افسردگی و سوءمصرف مواد این خطر افزایش می‌یابد [۳۴]. Van Geel و همکاران در متاآنالیز حاصل از ۴۳ مطالعه دریافتند که مزاحمت سایبری نسبت به مزاحمت‌های سنتی قویاً با ایده‌پردازی خودکشی در نوجوانان مرتبط است [۲۹].

بحث

مطالعه مروری حاضر با هدف تعیین عوامل خطر خودکشی در نوجوان بر اساس جدیدترین یافته های علمی انجام شد. عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته الف) عوامل دموگرافیک: شامل سن، جنسیت، گرایش جنسی و نژاد و قومیت؛ ب) عوامل محیطی شامل عدم حمایت خانوادگی و اجتماعی، بازداشت و زندانی شدن، مهارت‌های ضعیف زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، اینترنت و رسانه‌های گروهی و ج) عوامل روانی: شامل اختلالات روانی تشخیص داده شده، حوادث ناگوار زندگی و سابقه‌ی سوءاستفاده در دوران کودکی، استرس آکادمیک، استفاده از مواد مخدر و الکل و مزاحمت سایبری طبقه‌بندی شدند.

در ارتباط با عوامل دموگرافیک مؤثر بر خودکشی؛ مطالعات مبین افزایش شیوع خودکشی در اواخر دوران نوجوانی هستند. دلایل افزایش خودکشی در اواسط دوره نوجوانی مربوط به افزایش شیوع آسیب‌شناسی روانی مانند افسردگی و سوءمصرف مواد و تمایل بیشتر برای اقدام خودکشی در میان گروه‌های سنی بزرگ‌تر است [۳].

اگرچه افکار و اقدام به خودکشی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است، مرگ در اثر خودکشی در پسران بیشتر از دختران است، چون پسران تمایل به استفاده از وسایل کشنده‌تر برای خودکشی مانند سلاح گرم دارند درحالی‌که دختران روش‌هایی را انتخاب می‌کنند که بیشتر به مداخلات پزشکی پاسخگو است مانند مصرف بیش‌ازحد دارو و یا مسمومیت [۶، ۴]. استثنای موجود در این زمینه مربوط به چین و هند است. دسترسی بالا به آفت‌کش‌های سمی در مناطق روستایی چین و جنوب هند در این تناقض نقش دارد [۴-۳]، افزایش خطر خودکشی در میان دختران نوجوان به‌احتمال بیشتر مربوط به

سرکوب شدن و موقعیت اجتماعی پایین آن‌ها در ساختارهای اقتصادی و اجتماعی پدرسالار و سلطه‌گر قلمداد می‌شود. احساس ناامیدی دختران نوجوان زمانی که از این بی‌عدالتی آگاه می‌شوند بیشتر می‌شود [۳].

مطالعات مبین افزایش شیوع خودکشی در مردان هم‌جنس‌گرا و دو جنس‌گرا است، که خود می‌تواند به دلیل طرد شدن توسط والدین و همسالان و مواجه با انگ اجتماعی باشد. میزان خودکشی در زنان هم‌جنس‌گرا و دو جنس‌گرا افزایش نمی‌یابد که ممکن است به دلیل تفاوت و تنوع نقش‌های زن در جامعه در مقایسه با مردان باشد[۸، ۴].

میزان بیشتر خودکشی در اقلیت‌های قومی و بومی را می‌توان به عوامل تشدیدکننده ازجمله از دست دادن ارتباطات خانوادگی و حمایت اجتماعی، مشکلات اجتماعی-اقتصادی، به حاشیه رانده شدن، نژادپرستی، از دست دادن وابستگی مذهبی، بی‌عدالتی در آموزش، تضادهای فرهنگی با والدین، عدم تعلق و ناامیدی نسبت داد. به‌این‌ترتیب گروه‌های بومی درنتیجه قرار گرفتن در محیط نامساعد و نابرابر در معرض افزایش خطر خودکشی هستند [۳].

- در ارتباط با عوامل محیطی مؤثر بر خودکشی؛ در مطالعات مختلف روابط ضعیف با همسالان و حمایت اجتماعی و خانوادگی ضعیف با افزایش خطر خودکشی نشان داده شده است. محققین پیشنهاد می‌کنند بهبود حمایت اجتماعی در این حیطه‌ها می‌تواند در تلاش برای پیشگیری از خودکشی مؤثر باشد [۱۱].

بازداشت و زندانی شدن نیز خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. که می‌تواند به دلیل طرد شدن از جانب خانواده و اجتماع و از دست دادن حمایت اجتماعی باشد.

عدم تصمیم‌گیری در مواقع حساس و مهارت‌های زندگی ضعیف یکی دیگر از عوامل خطر محیطی برای خودکشی است. آشنا سازی نوجوانان در مدارس با مهارت‌های زندگی نظیر خودآگاهی، مقابله با استرس، تصمیم‌گیری و حل مسئله می‌تواند آنان را توانمند سازد و به‌عنوان یکی از روش‌های پیشگیری در این حوزه باشد.

همچنین، سابقه خانوادگی خودکشی یکی از عوامل خطر خودکشی در نوجوانان است. خودکشی به‌عنوان یک فرآیند مسری اجتماعی با انتقال رفتاری بین افراد آسیب‌پذیر توسط اجتماع یا رسانه‌های عمومی‌گسترش می‌یابد [۳]. اینترنت می‌تواند اطلاعاتی را در مورد چگونگی اقدام به خودکشی موفق به جوانان ارائه دهد و حتی ممکن است آن‌ها را به خودکشی تشویق کند [۴].

در ارتباط با عوامل روانی مؤثر بر خودکشی؛ مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی شایع‌ترین اختلال شناخته‌شده‌ی مرتبط با خودکشی است. حفظ و ارتقای سلامت روانی نوجوانان اقدامی مؤثر در جهت پیشگیری در این حیطه است. غربالگری، درمان و پیگیری و اقدامات حمایتی در اختلالات روانی نظیر افسردگی در نوجوانان می‌تواند خطر خودکشی را به میزان زیادی کاهش دهد.

در رابطه باسابقه‌ی خودزنی و صدمه به خود مطالعات مبین افزایش خطر خودکشی در نوجوانان می‌باشند. در واقع، اقدام به صدمه زدن به خود بدون قصد خودکشی سبب کاهش موانع خشونت شخص علیه خود می‌شود و

بنابراین خطر خودکشی در افرادی که ایده خودکشی در سر دارند را افزایش می‌دهد [۲۶].

همان‌طور که ذکر گردید ارتباط مستقیم و قوی بین اقدام به خودکشی و سوءاستفاده جنسی و آزار جسمی در کودکی و مورد آزار واقع شدن وجود دارد [۸-۶]. همچنین، برای نوجوانان در حال رشدی که تجربه قربانی شدن را دارند، آزار دیدن و اذیت شدن می‌تواند راه رسیدن به خودکشی را از طریق ایجاد افسردگی و پریشانی روانی هموار کند [۳]. پسران نسبت به دختران بیشتر در معرض خطر هستند. این تفاوت جنسی ممکن است ماهیت و زمان سوءاستفاده را منعکس کند. به‌عنوان مثال، عاملان سوءاستفاده از پسران اغلب هم‌جنس هستند که ممکن است برای این قربانیان، بالقوه تروماتیک باشد و با احتمال کمتری پسران سوءاستفاده را به دلیل شرم و یا ترس از انگ زدن افشا می‌کنند و کمک می‌طلبند [۶]. همچنین، آزار دیدن توسط همسالان عامل خطر برای افکار و تلاش‌های خودکشی در کودکان و نوجوانان است. بنابراین بایستی به این افراد به‌عنوان افراد پرخطر توجه ویژه شود و با انجام مداخلات مناسب از وقوع خودکشی پیشگیری به عمل آید.

استرس آکادمیک و محیط تنش‌زای مدرسه یکی دیگر از عوامل مطرح شده برای خودکشی در نوجوانان است . عدم تعادل بین تلاش و دستاورد در ایجاد محیط استرس‌زا در مدارس نقش دارد. اقدامات پیشگیرانه با هدف کاستن از این عدم تعادل ممکن است یک رویکرد امیدوارکننده در ایجاد محیط روان‌شناختی سالم در مدرسه باشد [۳۱].

سوءمصرف مواد و الکل با افزایش خطر خودکشی در نوجوانان همراه هستند. از دیدگاه بیولوژی عصبی، مغز در حال تکامل نوجوانان ممکن است آنان را در معرض خطر سوءمصرف مواد مخدر قرار دهد. تمایل به سمت تکانش‌گری و هیجان خواهی، بی‌اعتنایی به عواقب در نوجوانان وجود دارد. سوءمصرف مواد در دوران نوجوانی به‌عنوان عامل تسریع‌کننده تلقی می‌شود چرا که در این دوران مکانیزم‌های کنترل‌کننده رفتارهای تکانشی و خویشتن‌داری به‌طور کامل بالغ نشده است، بنابراین خطر آشفتگی خلقی را افزایش می‌دهد [۳].

ظهور مزاحمت سایبری چالشی جدید است، بطوریکه قربانیان مزاحمت سایبری در معرض خطر خودکشی قرار می‌گیرند و خطر خودکشی در آنان نسبت به روش‌های سنتی مزاحمت بیشتر است. آگاه‌سازی نوجوانان درباره‌ی خطرات سایبری و پیگیری قضایی و حقوقی افراد سودجو می‌تواند اقدامی مؤثر جهت کاهش خطر باشد.

به‌طور کلی با توجه به اینکه خودکشی نوجوانان دومین علت عمده مرگ‌ومیر در سنین ۱۵-۲۹ سال است، این مسئله هشدار دهنده مداخلات پیشگیرانه را با توجه به این واقعیت که خودکشی یک عمل قابل پیشگیری است؛ ضروری می‌سازد. پدر و مادر، همسالان، مدرسه، اجتماع و سیاست‌گذاران باید از عوامل خطر بالقوه دموگرافیک، محیطی و روانی آگاه باشند و اقدامات پیشگیرانه را انجام دهند. پدر و مادر باید محیط خانواده را به یک محیط حمایتی و سالم برای فرزندان تبدیل کنند. و با شناسایی علائم خطر در نوجوان، با وی در یک محیط غیر قضاوتی، محبت‌آمیز و با اعتماد صحبت کنند و از خدمات سلامت

روان موجود در جامعه خودآگاه باشند و با شناسایی و محدود کردن دسترسی به عوامل خطر خودکشی مانند مواد مخدر و الکل، به کاهش میزان خودکشی کمک کنند. نوجوانان نیز با آگاهی از عوامل خطر بالقوه خودکشی می‌توانند در شناسایی همسالان خود که در معرض خطر خودکشی هستند، یاری رسانند. مدارس نیز به‌عنوان محیطی دربرگیرنده و حمایتی می‌توانند نوجوانان در معرض خطر را محافظت کنند و با صحبت کردن درباره خودکشی با دانش آموزان، والدین و معلمان در افزایش آگاهی در مورد خطر خودکشی و شناسایی نوجوانان در معرض خطر کمک کنند. سیاست‌گذاران نیز باید آگاهی درباره روش‌های پیشگیرانه خودکشی را در جامعه افزایش دهند و با ایجاد مراکز دوستدار نوجوان به مراقبت و حمایت از نوجوانان بپردازند. چنانچه در بررسی انجام شده توسط WHO درباره مراکز بهداشت روان کودکان و نوجوانان ۶۶ کشور مشخص شد که در اکثریت قریب به اتفاق مناطق خارج از آمریکا و اروپا، هیچ مکانی برای خدمات بهداشت روانی کودک و نوجوان وجود ندارد و یا در صورت وجود، فاقد استانداردهای لازم برای ارائه خدمات می‌باشند[۳]. بنابراین، دسترسی به مراکز بهداشت روان برای هر جامعه‌ای با رعایت تمام استانداردها به ویژه برای نوجوانان مانند مراکز دوستدار نوجوان حیاتی است. به این ترتیب، ارتقاء بهداشت روان، سلامت کودکان و نوجوانان را تضمین خواهد کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه عوامل مختلف دموگرافیک، محیطی و روانی بر خطر خودکشی در نوجوانان مؤثر می‌باشند، در هر حیطه می‌توان اقدامات و مداخلات پیشگیرانه مناسب را به‌منظور کاهش رفتارهای مرتبط با خودکشی نظیر افکار، برنامه‌ریزی و اقدام به خودکشی در نوجوانان انجام داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ثبت ۹۶/۶/۵-۳۸ می‌باشد. از کمیته پژوهشی دانشجویان، و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی از این مطالعه قدردانی می‌شود.

References

[1] Negar Morovatdar , Maziar Moradi Lakeh , Seyed Kazem Malakouti, Nojomi M. Frequency of Methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A Systematic Review Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 18(4): 253-60.

[2] Simbar M. Adolescent Reproductive Health. Tehran: Golban; 2014.

[3] McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM* 2015: hcv026.

[4] Smischney TM, Chrisler A, Villarruel FA. Risk Factors for Adolescent Suicide. 2014.

[5] Organization WH. Preventing suicide: A global imperative: *World Health Organization* 2014.

[6] Rhodes AE, Bethell J, Tonmyr L. Child sexual abuse and youth suicide: A review of the evidence with implications for future research. *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 2014; 5(1): 113-30.

[7] Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry* 2014; 4(4): 120.

[8] Fortune SA, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2007; 17(11): 443-7.

[9] Park S, Kim J-W, Kim B-N, Bae J-H, Shin M-S, Yoo H-J, et al. Clinical characteristics and precipitating factors of adolescent suicide attempters admitted for psychiatric inpatient care in South Korea. Psychiatry investigation. 2015; 12(1): 29-36.

[10] Randall JR, Doku D, Wilson ML, Peltzer K. Suicidal behaviour and related risk factors among school-aged youth in the Republic of Benin. PloS one. 2014; 9:e88233.

[11] Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56[3]: 286-9[2].

[12] WeinstockLauren M. Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2015.

[13] Tuisku V, Kiviruusu O, Pelkonen M, Karlsson L, Strandholm T, Marttunen M. Depressed adolescents as young adults–Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152: 313-9.

[14] Radeloff D, Lempp T, Herrmann E, Kettner M, Bennefeld-Kersten K, Freitag C. National total survey of German adolescent suicide in prison. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 24(2): 219-25.

[15] Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet* 2014; 383(9923): 1147-54.

[16] Ackerman JP, McBee-Strayer SM, Mendoza K, Stevens J, Sheftall AH, Campo JV, et al. Risk-sensitive decision-making deficit in adolescent suicide attempters. Journal of child and adolescent psychopharmacology. 2015;25(2):109-13.

[17] Cheng C-C, Yen W-J, Chang W-T, Wu K-C, Ko M-C, Li C-Y. Risk of adolescent offspring's completed suicide increases with prior history of their same-sex parents' death by suicide. Psychological medicine. 2014;44(09):1845-54.

[18] Mitchell KJ, Wells M, Priebe G, Ybarra ML. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: Prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the

United States. *Journal of adolescence* 2014; 37(8): 1335-44.

[19] Brière FN, Rohde P, Seeley JR, Klein D, Lewinsohn PM. Adolescent suicide attempts and adult adjustment. *Depression and anxiety* 2015; 32(4): 270-6.

[20] Strandheim A, Bjerkeset O, Gunnell D, Bjørnelv S, Holmen TL, Bentzen N. Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: the Young-HUNT study. *BMJ Open* 2014; 4(8): e005867.

[21] Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, Beery LC, Rosenheck RA, Jacobs SC, et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. 2014.

[22] Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2014;50(4):525-37.

[23] Kaplow JB, Gipson PY, Horwitz AG, Burch BN, King CA. Emotional suppression mediates the relation between adverse life events and adolescent suicide: Implications for prevention. Prevention science. 2014;15(2):177-85.

[24] Stone LB, Liu RT, Yen S. Adolescent inpatient girls′ report of dependent life events predicts prospective suicide risk. Psychiatry research. 2014;219(1):137-42.

[25] Ran M-S, Zhang Z, Fan M, Li R-H, Li Y-H, Ou GJ, et al. Risk factors of suicidal ideation among adolescents after Wenchuan earthquake in China. *Asian Journal of Psychiatry* 2015;13:66-71.

[26] Scott LN, Pilkonis PA, Hipwell AE, Keenan K, Stepp SD. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: A multi-wave prospective study. *Comprehensive Psychiatry* 2015; 58: 1-10.

[27] Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders* 2015; 187: 27-34.

[28] Moon SS, Karlson A, Kim YJ. Peer Victimization and Adolescent Suicide: The Mediating Effect of Risk Behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2014; 32[3]: 257-68.

[29] Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2014; 168(5): 435-42.

[30] Park J-Y, Chung I-J. Adolescent suicide triggered by problems at school in Korea: Analyses focusing on depression, suicidal ideation, plan, and attempts as four dimensions of suicide. *Child Indicators Research* 2014; 7(1): 75-88.

[31] Shang L, Li J, Li Y, Wang T, Siegrist J. Stressful psychosocial school environment and suicidal ideation in Chinese adolescents. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2014; 49(2): 205-10.

[32] McManama O'Brien KH, Becker SJ, Spirito A, Simon V, Prinstein MJ. Differentiating adolescent suicide attempters from ideators: Examining the

[34] Reed KP, Nugent W, Cooper RL. Testing a Path Model of Relationships between Gender, Age, and Bullying Victimization and Violent Behavior, Substance Abuse, Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents. *Children and Youth Services Review*. 2015.

interaction between depression severity and alcohol use. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2014; 44(1): 23-33.

[33] Juan W, Jian-Xiong D, Lan G, Yuan H, Xue G, Jing-Hui H, et al. Non-medical use of psychoactive drugs in relation to suicide tendencies among Chinese adolescents. *Addictive Behaviors* 2015; 51: 31-7.

Suicide Risk Factors in Adolescents Worldwide: A Narrative Review

M. Simbar[1], S. Golezar[2], Sh. Alizadeh[3], M. Hajifoghaha[3]

Received: 14\06/2017 Sent for Revision: 07/10/2017 Received Revised Manuscript: 06/02/2018 Accepted: 12/02/2018

Suicide is the second leading cause of death among young people in 15-29 years of age and has always been one of the major public health concerns. Suicide prevention is an integral part of the World Health Organization (WHO)'s Mental Health Action Plan 2013-2020, whereby the global target was reducing the rate of suicide in the countries by 10% by 2020. The aim of this narrative review study was to identify the risk factors for adolescents suicide worldwide.

In this study, factors associated with adolescent suicide were classified in three categories: demographic factors such as: age, gender, sexuality, race, and ethnicity; environmental factors including: lack of social and familial support, imprisonment, poor life skills, family history, the Internet, and mass media; and psychological factors including: diagnosed mental disorders, adverse life events and abuse in childhood, academic stress, use of drugs and alcohol, and cyberbullying. It seems that by knowing suicide risk factors in adolescent, appropriate preventive measures can be carried out.

Key words: Risk Factors, Suicide, Adolescence, Narrative review

Funding: This study was funded by "Student Research Committee" and "Research & Technology Chancellor" in Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Simbar M, Golezar S, Alizadeh Sh, Hajifoghaha M. Suicide Risk Factors in Adolescents Worldwide: A Narrative Review .*J Rafsanjan Univ Med Sci* 2018; 16(12): 1153-68. [Farsi]

1- Prof., in Reproductive Health , Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Midwifery and Reproductive Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. Candidate in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran .

(CorrespondingAuthor): Tel: (083) 48224977, Fax: (083) 48224977, Email:golezar80@yahoo.com

3- Ph.D. Candidate in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran