

## Comparison of Mental Disorders and Resilience to Suicide in People With and Without Suicide Attempt Experience

Masoud Asadi<sup>1</sup>, Mohsen Nazarifar<sup>2</sup>, Hasan Ebrahimzadeh<sup>3</sup>, Elham Fathi<sup>4</sup>, Manijeh Daneshpour<sup>5</sup>

1. (Corresponding Author), Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran. [m-asadi@araku.ac.ir](mailto:m-asadi@araku.ac.ir)
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.
3. Master of Psychology, Military Hospital of Qazvin No.553, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Hazrat-e Masoumeh University, Qom, Iran.
5. Distinguished Professor, Department of Marriage and Family Therapy, Alliant International University, Irvine, California, USA.

### ABSTRACT

Received: 02/08/1400 - Accepted: 28/03/1401

**Aim:** The aim of this study was to investigate the role of mental disorders and resilience against suicide in a suicide attempt. This research is applied, in terms of purpose, and post-event in terms of type. **Methods:** The statistical population of the study included all young men in Qazvin and the statistical sample included 80 of them who were purposefully selected and divided into two groups of suicide attempters and normal people. The Revised Mental Disorders Symptoms Checklist (SCL-90-R) and the Suicide Resilience Questionnaire (Osman et al., 2004) were utilized to collect data. **Results:** The results showed that the mean scores of those who attempted suicide were significantly high on aggression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, physical complaints, psychosis, paranoid delusions, depression, and morbid fear than normal individuals. Also, the mean scores of those who attempted suicide were significantly lower than the normal group in the overall score of resilience and internal protective subscales, emotional stability, and external protection ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Based on the obtained results, it is suggested to increase the resilience against suicide with psychological training and with interventions based on psychotherapy theories, to address mental disorders which played an important role in a suicide attempt in the present study, and as such to reduce the risk of suicide.

**Keywords:** Mental disorders, youth, suicide, resilience



## مقایسه اختلالات روانی و تاب‌آوری در مقابل خودکشی در افراد با و بدون تجربه اقدام به خودکشی

مسعود اسدی<sup>۱</sup>، محسن نظری فر<sup>۲</sup>، حسن ابراهیم زاده<sup>۳</sup>، الهام فتحی<sup>۴</sup>، منیژه دانش پور<sup>۵</sup>

۱. نویسنده مسئول، دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران. asadimasoud2020@gmail.com

۲. دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، بیمارستان ۵۵۳ ارتش قزوین، ایران.

۴. دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه حضرت معصومه (س)، قم، ایران.

۵. استاد ممتاز گروه زوج و خانواده درمانی، دانشگاه بین‌المللی الایننت، اروین، کالیفرنیا، ایالت متحده آمریکا.

(صفحات ۱۱۴-۱۴۰)

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش اختلالات روانی و تاب‌آوری در مقابل خودکشی در اقدام به خودکشی انجام شد. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، پس‌رویدادی است. **روش:** جامعه آماری پژوهش شامل کلیه جوانان پسر شهر قزوین بود و نمونه آماری با توجه به روش مطالعه پس‌رویدادی شامل ۸۰ نفر از این افراد بود که به شیوه هدفمند انتخاب و در دو گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد عادی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی تجدید نظر شده (SCL-90-R) و پرسشنامه تاب‌آوری در مقابل خودکشی (عثمان و همکاران، ۲۰۰۴) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمرات افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند، در نمره کلی اختلالات روانی و خرد مقیاس‌های پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت فردی، شکایات جسمانی، روان‌پریشی، تصورات پارانوییدی، افسردگی و ترس مرضی به طور معناداری بالاتر از افراد عادی بود. همچنین میانگین نمرات افرادی که اقدام به خودکشی داشته‌اند، در نمره کلی تاب‌آوری و خرده مقیاس‌های محافظ درونی، ثبات هیجانی و محافظ بیرونی به طور معناداری کمتر از گروه عادی بود ( $P < 0.05$ ). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود با آموزش‌های روان‌شناختی تاب‌آوری در مقابل خودکشی را افزایش داده و با مداخلات مبتنی بر نظریه‌های روان‌درمانی، می‌توان با کاهش اختلالات روانی که در پژوهش حاضر نقش مهمی در اقدام به خودکشی داشتند، خطر خودکشی را کاهش داد.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات روانی، جوانان، خودکشی، تاب‌آوری

## مقدمه

خودکشی<sup>۱</sup> اقدامی است جهت خاتمه دادن به زندگی خود، که با آگاهی از نتیجه بالقوه مهلک آن توسط شخص آغاز و انجام می‌شود و ممکن است به مرگ منجر شود یا غیرکشنده باشد (دی لئو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این واقعیت جهان امروز است که هر ساله تعداد افراد زیادی در جهان جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند، عاملی که باعث شده در سال ۲۰۱۷ خودکشی به عنوان دومین علت اصلی مرگ و میر برای افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله در جهان و مانعی بزرگ بر سر راه سلامت روان اعضای جامعه تبدیل شود (کرتین و هرون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی سلامت (WHO)<sup>۴</sup> در سال ۲۰۱۰ یک مسئله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی اعلام شد (اودنل و ویلکینسون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲) و در چند سال اخیر افزایش چشمگیری داشته است. گسترش این پدیده و آسیب‌ها و تبعات آن موجب شده است تا سازمان بهداشت جهانی روز دهم سپتامبر (۱۹ شهریور) را به عنوان روز پیشگیری از خودکشی نامگذاری نماید (دلگادو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). در اروپا حدود ۲۱ درصد افراد در برهه‌ای از زندگی خود افکار خودکشی و آرزوی مرگ را تجربه می‌کنند که ممکن است در نهایت منجر به اقدام به خودکشی در برخی از این افراد شود (کاستیلیجس، هرتز، مارتین و مورنو کاستنر<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). طبق اعلام سازمان جهانی سلامت، خودکشی یکی از مهمترین دلایل مرگ و میر در سراسر جهان است که سالانه نزدیک به ۱ میلیون مرگ را در برمی‌گیرد (۲۰۲۰). طبق خلاصه سالنامه پزشکی قانونی ایران، در سال ۱۳۹۸، ۵۱۴۳ نفر خودکشی منتهی به مرگ داشتند که از این تعداد ۳۶۲۶ نفر از آنها مرد و ۱۵۱۷ نفر زن بودند (درگاه سازمان بهزیستی کشور،

1. Suicide

2. De Leo, D & et al

3. Curtin, S. C., & Heron, M.

4. World Health Organization

5. O'Donnell, H., & Wilkinson, E

6. Delgado, K. J

7. Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B.

۱۳۹۸). ایران نیز با رتبه ۶ در هر هزار نفر رتبه ۵۸ دنیا را دارد (یاراحمدی و یوسفی، ۱۳۹۴). خودکشی یکی از دلایل مرگ و میر در نوجوانان و جوانان است (کیانی چلمردی، صفدریان، جعفری بنفشه درق، احمدبوکانی، ۱۳۹۹). بر اساس پژوهش‌های بین‌المللی این پدیده به عنوان سومین علت مرگ و میر در میان جوانان و نوجوانان به حساب می‌آید و حدود ۱۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، خودکشی موفق خواهند داشت و اقدام به خودکشی یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم خطر مرگ ناشی از خودکشی در آینده است (بختیارپور، حیدری کایدان، ۱۳۹۰). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که سابقه اقدام به خودکشی، احتمال خودکشی را تا ۴۰ برابر بیشتر از افراد عادی افزایش می‌دهد (مارور<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

خودکشی یک رفتار چندوجهی است که در نتیجه بسیاری از عوامل درون فردی مانند مسایل روان‌شناختی، بین فردی از قبیل مسایل مربوط به خانواده و ازدواج و مسایل فرافردی از قبیل عوامل جامعه‌شناختی، اقتصادی و فرهنگی رخ می‌دهد (آکا، یونکا و آیدین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ اهتاکی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) و اثرات مخرب و نتایج متفاوتی نظیر ناتوانی و معلولیت، افزایش هزینه درمان در این افراد و فرزندان بی‌سرپرست در سطح جامعه به همراه دارد که این امر سبب افزایش بزهکاری فرزندان و ترک تحصیل شده که خود به طور فزاینده‌ای مشکلات موجود در جامعه را تشدید می‌کند (حیدری، فرج‌خدا، خاوری، بکایی و ناصری، ۲۰۱۱). پژوهش‌های اخیر نشان داده است که در کشورهایی که آمار خودکشی در آن‌ها بالاست، نگرش نوجوانان و جوانان به خودکشی مثبت می‌باشد (آرناتوسکا و گراد<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). از آنجا که تعداد کسانی که به دلیل خودکشی در دنیا جان خود را از دست داده‌اند در میان جمعیت جوان به سرعت افزایش یافته است، سازمان جهانی سلامت بر اهمیت ارزیابی جوانان در گروه‌های سنی پرخطر برای جلوگیری از رفتار

1. Marver, J. E.

2. Akca, S. O., Yuncu, O., & Aydin, Z.

3. Ohtaki, Y. et al

4. Arnautovska, U., & Grad, T

خودکشی‌گرایانه تأکید دارد (آکا و همکاران ۲۰۱۸).

درحالی که مطالعات جامعه‌شناختی خودکشی را یک مسئله‌ی اجتماعی می‌دانند (دورکیم<sup>۱</sup>، ۱۳۹۳). پژوهش‌های روان‌شناختی نشان داده‌اند که در کنار عوامل اجتماعی-زیستی، عوامل فردی، روانی، ارتباطی و خانوادگی مانند روابط نامطلوب با والدین در بروز خودکشی دخیل می‌باشند (برتولت و فلیشمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). همچنین در جامعه ایران با توجه به بافت جمع‌گرا و اهمیت خانواده (فتحی، دانش‌پور و حاتمی‌ورزنده، ۲۰۲۱؛ رستمی، فتحی، حاتمی‌ورزنده و دانش‌پور، ۲۰۲۰) می‌توان بیان کرد بررسی خودکشی از منظر عوامل درون فردی، بین فردی و فرافردی اهمیت بالایی دارد.

اقدام به خودکشی با تفکر در این باره شروع می‌شود و افکار خودکشی به عنوان یک پیشاینده و عامل خطر ساز مهم برای اقدام به خودکشی یا فریادی برای کمک خواهی شناخته می‌شود (لازنی، تاپ، ایندیگ، ادریسکل و گرینبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). همچنین افکار خودکشی با عملکرد ضعیف روانی - اجتماعی، اختلال افسردگی، ترک تحصیل، رفتارهای جنسی پرخطر، رفتارهای پرخاشگرانه و با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارند (مامون و گریفیتس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ اورهولسر، برادن و دایتر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). عوامل خطرناک روان‌شناختی به کانون توجه مطالعاتی با هدف درک علل پیچیده اقدام به خودکشی تبدیل شده‌اند و به نظر می‌رسد در میان پیش‌بینی‌کننده‌های مختلف رفتارهای خودکشی، وجود اختلال روان‌شناختی<sup>۶</sup> عامل مهمی برای چنین رفتارهایی باشد (ناک، هوانگ، سمپسون و کسلر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ آکا و همکاران، ۲۰۱۸؛ بای، لیو، جو، فو، چین و ویو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). عوامل روان‌شناختی از جمله گرایش به افسردگی و وضعیت خلق افسرده نقش

1. Durkheim, E

2. Bertolote, J. M., & Fleischmann, A

3. Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D

4. Mamun, M. A., & Griffiths, M. D.

5. Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L

6. psychological disorders

7. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C

8. Bi, Liu, Zhou, Fu, Qin & Wu

مهمی در اقدام به خودکشی دارند به گونه‌ای که امروزه خودکشی دلیل اصلی مرگ بیماران دوقطبی ارزیابی شده است (فیکو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع در خیلی از اختلالات روان‌شناختی خطر اقدام به خودکشی وجود دارد (بچمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). همچنین خطر رفتار خودکشی با اسکیزوفرنیا، اختلالات مصرف الکل، اختلال افسردگی اساسی، وسواس فکری-عملی و اختلالات شخصیتی همراه است (یو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ فرناندز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج یک فراتحلیل از بین ۲۰ مطالعه برای ارزیابی خطر اختلالات روانی در بروز خودکشی توسط توو<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد از بین اختلالات روانی، روان‌پریشی، اختلالات خلقی، اختلالات شخصیت، اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی نقش مهمی در بروز خودکشی داشتند. مطالعه‌ای دیگر نشان داد که روان‌رنجوری، روان‌پریشی، تکانشگری و پرخاشگری از عوامل خطر آفرین بروز افکار خودکشی هستند، در حالی که برون‌گرایی تأثیر محافظتی بر ایده خودکشی دارد. چهار ویژگی شخصیتی شامل تکانشگری، پرخاشگری، روان‌پریشی و روان‌رنجوری، با افکار خودکشی ارتباط مثبت دارند. با این حال، بین برون‌گرایی و چهار صفت دیگر همبستگی منفی وجود دارد. این یافته‌ها لزوم توجه بیشتر به مشکلات روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در بروز افکار خودکشی را نشان می‌دهد (هانگ، کانگ، وانگ، کائو و ژو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). بای و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی بر روی ۱۹۶ بیمار اقدام‌کننده به خودکشی که در بیمارستان بستری بودند، دریافتند که ۷۹/۶ درصد آنها معیارهای اختلالات محور I و ۶/۶ درصد معیارهای اختلالات شخصیتی محور II را داشتند. کسانی هم که اقدام به خودکشی کرده‌اند و اختلالات روان‌پزشکی نداشته‌اند، درجه بالایی از ویژگی‌های شخصیتی و زمینه‌ای مثل رفتارهای تکانشی زیاد، درگیری‌های بین

---

1. Fico, G. et al

2. Bachmann, S

3. Yoo, H. J. et al

4. Fernández de la Cruz, L. et al

5. Too, L. S. et al

6. Huang, Y., Kuang, L., Wang, W., Cao, J., & Xu, L

فردی بیشتر و استفاده بیشتر از الکل را نشان دادند.

چندین دهه تحقیق در مورد خودکشی بیشتر بر عوامل زمینه ساز خودکشی متمرکز بوده است در حالی که عوامل محافظتی مانند تاب‌آوری<sup>۱</sup> که یک متغیر مهم در بهداشت روانی محسوب می‌شود مورد غفلت واقع شده است. تاب‌آوری ظرفیت و فرآیند پویای غلبه بر استرس و نامالایمات، در عین حفظ عملکرد طبیعی روان‌شناختی و جسمی است. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌های خود برای غلبه بر تنیدگی، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف شده است. این سازه از جمله فاکتورهایی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می‌آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگه می‌دارد (پینکوآرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). همچنین منجر به افزایش سلامت روان می‌گردد (اسدی و فتحی، ۲۰۲۰). امروزه تاب‌آوری در حوزه‌های مختلف سلامت روان و روان‌شناسی رشد، جایگاه خاصی کسب نموده است و بیش از دو دهه است که به عنوان یک مفهوم مهم در نظریه‌ها و تحقیقات بهزیستی مطرح می‌باشد (آبراهام و گریف کارلا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) و به صورت مثبت می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند (یوو چائی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). افراد تاب‌آور توانایی برگشتن و بهبود پیدا کردن، خوش بینی و مهارت‌های فکری انعطاف‌پذیر، جستجو کردن مشکلات به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد، توانایی پشتکار و استقامت داشتن، حرمت خود سالم، توانایی تعیین اهداف قابل دسترس، آشکار و واقعی، داشتن شبکه حمایتی سالم، توانایی رشد قابلیت‌های عاطفی و فراطبیعی، توانایی استقلال رأی، حس شوخ طبعی، توانایی درگیری و ارتباط معنادار با افراد، توانایی رفتار کردن با احترام با خودشان و دیگران، توانایی حل تعارض (حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۱) و

1. resilience

2. Pinquart, M

3. Abraham, P., & Greeff Karla, L

4. Yu, J., & Chae, S

استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد همچون راهبردهای مسئله‌مدار را دارند (لیانگ، لیو، لو، وو، چین و تسای<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد نمرات تاب‌آوری بالا با احساس تسلط برخورد و قدرت ارتباط با دیگران همراه است که پیش‌بینی‌کننده منفی خطر خودکشی است. در مقابل، نمرات بالاتر در واکنش‌های هیجانی، خطر بالاتر برای ایده خودکشی را پیش‌بینی می‌کند و به نظر می‌رسد تمایلات و توانمندی‌های شخصی خطر ابتلا به خودکشی در نوجوانان و جوانان را تبیین می‌کند (جورج و مولمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش پورحسینی و همکاران (۱۳۹۳) نشان می‌دهد که میان افکار خودکشی با تاب‌آوری همبستگی منفی معناداری وجود دارد. همچنین ابعاد تاب‌آوری از جمله منابع حمایت اجتماعی و انسجام خانوادگی با اقدام به خودکشی رابطه منفی دارد و عوامل تاب‌آوری می‌توانند تأثیر خطر خودکشی را تعدیل و کاهش دهند (رستی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهشی بر روی ۴۱ بیمار که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند به صورت قابل ملاحظه‌ای نمره پایینی را در تاب‌آوری، در مقایسه با بیمارانی که هرگز اقدام به خودکشی نکرده‌اند، به دست آورده‌اند. این پژوهشگران همچنین بیان کرده‌اند که وجود تاب‌آوری پایین با بروز افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه ارتباط دارد (روی، سارچیپون و کارلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). همچنین نتایج پژوهش حاجیان، کسایبی‌نیا و احمدی‌دولابی (۲۰۱۸) نشان داد سطح بالایی از تاب‌آوری و استفاده از شیوه مقابله مسأله‌مدار نقش عمده‌ای در کاهش احتمال اقدام به خودکشی در زنان تحت خشونت خانگی دارد.

پژوهش‌های انجام شده در کشور ما، در زمینه خودکشی، بیشتر با نگاه جامعه‌شناختی و با هدف بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر این پدیده صورت گرفته و

1. Liang, S. Y. et al

2. George, A., & Moolman, R

3. Rossetti, M. C. et al

4. Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V



تعداد پژوهش‌هایی که با نگاه روان‌شناسانه و منحصرأ با هدف بررسی اختلالات روانی و ویژگی‌های فردی مؤثر بر خودکشی انجام شده باشد، اندک است. لذا با توجه به شیوع بالای خودکشی متأثر از اختلالات روانی و لزوم بررسی عوامل محافظت‌کننده همچون تاب‌آوری و نیز به دلیل اثرات زیانبار خودکشی بر فرد، خانواده و جامعه، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد، به گونه‌ای که بتوان با بررسی این ویژگی‌ها در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، در مقایسه با افراد عادی، به شناختی کامل‌تر از این ویژگی‌های روانی و انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه اقدام کرد. لذا این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که: آیا بین اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد عادی از نظر اختلالات روانی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد؟

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت پس‌رویدادی (علّی-مقایسه‌ای) است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی جوانان پسر شهر قزوین در سال ۱۳۹۷ بود و نمونه آماری پژوهش شامل ۸۰ نفر از این افراد بودند که به شیوه هدفمند انتخاب و در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. این تعداد بر اساس کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) و رایان<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۹۹، و اندازه اثر ۰/۸ در نرم افزار PASS برای هر گروه ۴۰ نفر تعیین گردید و در سوی دیگر از آنجایی که در پژوهش‌های پس‌رویدادی برای هر گروه ۳۰ نفر کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۸)، حجم نمونه را در پژوهش حاضر می‌توان مطلوب در نظر گرفت. گروه اول شامل ۴۰ نفر از جوانان پسر شهر قزوین بود که به علت اقدام به خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان بوعلی، شهید رجایی و ۵۵۳ تخت‌خوابی قزوین ارجاع داده شده و مایل به مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش بودند و گروه دوم ۴۰ نفر از جوانانی بودند که سابقه اقدام به خودکشی نداشته و قبل از

1. Cohen, J.  
2. Ryan, T. P

تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش با آن‌ها مصاحبه بالینی انجام شده و با پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)<sup>۱</sup> مورد سنجش قرار گرفتند تا از سالم بودن آن‌ها از نظر روانی اطمینان حاصل شود و به عنوان شاهد در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود سکونت در شهر قزوین، جنسیت مذکر، داشتن تحصیلات حداقل در سطح دیپلم و ملاک خروج نقص در تکمیل پرسشنامه بود. اطلاعات در مورد پیشینه پژوهش به صورت اسنادی و داده‌های پژوهش به صورت میدانی گردآوری شده‌اند. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه SCL-90-R<sup>۲</sup>: فهرست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90-R یک پرسشنامه خودگزارشی جهت غربالگری و سنجش نشانه‌های اختلالات روانی است (مدبرنیا و همکاران، ۱۳۸۹). این پرسشنامه مشتمل بر ۹۰ سوال و دارای ۹ بعد است که سؤالات عبارتند از: اضطراب (سؤالات ۲-۱۷-۲۳-۳۳-۳۹-۵۷-۷۲-۷۸-۸۰)، پرخاشگری (سؤالات ۱۱-۲۴-۶۳-۶۷-۷۴-۸۱)، افسردگی (سؤالات ۵-۱۴-۱۵-۲۰-۲۲-۲۶-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۵۴-۷۱-۷۹)، حساسیت در روابط بین فردی (سؤالات ۶-۲۱-۳۴-۳۶-۳۷-۴۱-۴۱-۶۱-۶۹-۷۳)، شکایت‌های جسمانی (سؤالات ۱-۴-۱۲-۲۷-۴۰-۴۲-۴۸-۴۹-۵۲-۵۳-۵۶-۵۸)، وسواس-اجبار (سؤالات ۳-۹-۱۰-۲۸-۳۸-۴۵-۴۶-۵۱-۵۵-۶۵)، ترس مرضی (سؤالات ۱۳-۲۵-۴۷-۵۰-۷۰-۷۵-۸۲-۸۶)، روان‌پریشی (سؤالات ۷-۱۶-۳۵-۶۲-۷۷-۸۴-۸۵-۸۷-۸۸-۹۰) و تصورات پارانوئیدی (سؤالات ۸-۱۸-۴۳-۶۸-۷۶-۸۳). همچنین در این پرسشنامه ۷ سوال

1. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)  
2. Symptom checklist- 90-revised

اضافی وجود دارد (سؤالات ۱۹-۴۴-۵۹-۶۰-۶۴-۶۶-۸۹) که تحت هیچ یک از ابعاد نه گانه فوق دسته‌بندی نشده است و از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند. امتیازبندی این پرسشنامه ۹۰ سوالی شامل پنج درجه هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد می‌باشد که به هیچ امتیاز صفر و به خیلی زیاد امتیاز ۴ تعلق می‌گیرد و کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. نمره گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص: ضریب کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی بدست می‌آید. میانگین نمرات یک و بالاتر از آن، حالت مرضی و بالاتر از ۳ حالت روان گسستگی را نشان می‌دهد. این پرسشنامه به طور مکرر در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن در خارج از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (انیسی و همکاران، ۱۳۹۳). در تحقیق حاضر همسانی درونی پرسشنامه SCL-90-R با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد

**پرسشنامه تاب‌آوری در مقابل خودکشی<sup>۱</sup>: پرسشنامه تاب‌آوری در مقابل خودکشی** برای اولین بار توسط عثمان و همکاران در سال ۲۰۰۴ با هدف تهیه یک ابزار چند بعدی از خودکشی که بتواند در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار بگیرد ساخته شد. این مقیاس برای سنجش توانایی ادراک شده فرد برای مقابله با افکار خودکشی، در دسترس بودن منابع خارجی و ارزیابی فرد از توانایی‌اش در هنگام مواجهه با وقایع منفی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۵ ماده است که به سنجش ابعاد محافظ درونی، محافظ خارجی و ثبات هیجانی می‌پردازد. در این پرسشنامه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده است. گزینه‌های پاسخ دهی عبارتند از شدیداً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تاحدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم که به ترتیب نمرات ۶ تا ۱ به خود اختصاص

می‌دهد. بنابراین در این پرسشنامه نمره آزمودنی بین ۲۵ تا ۱۵۰ متغیر خواهد بود و نمرات بالاتری بیانگر تاب‌آوری بیشتر در مقابل خودکشی است. پایایی کل پرسشنامه و مقیاس‌ها از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی این ابزار با استفاده از روش‌های مختلف محاسبه گردید که همه آن‌ها مطلوب گزارش شد (عثمان و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی و روایی این مقیاس در چین و آمریکا مطلوب گزارش شده است. پایایی این مقیاس در ایران که با استفاده از روش‌های بازآزمایی و همسانی درونی بررسی شد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳ و ۰/۸۳ بدست آمد. لذا این سیاهه، شرایط لازم برای استفاده در پژوهش‌های مختلف در ایران را دارد (مهدی‌یار، نجاتی، ۱۳۹۵). همسانی پرسشنامه تاب‌آوری در مقابل خودکشی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر ۰/۸۳ محاسبه شد.

## یافته‌ها

میانگین سن اقدام‌کنندگان به خودکشی  $22/22 \pm 1/83$  سال و افراد عادی  $22/87 \pm 2/65$  بود. در جدول ۱ میزان تحصیلات افراد مورد مطالعه و والدینشان ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش و والدین آنها

گروه		تحصیلات		نمونه مورد مطالعه
افراد عادی		اقدام‌کنندگان به خودکشی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۷/۵	۷	۳۷/۵	۱۵	دیپلم
۲۵	۱۰	۵۷/۵	۲۳	کاردانی
۵۰	۲۰	۵	۲	کارشناسی
۷/۵	۳	۰	۰	کارشناسی ارشد

گروه				تحصیلات	
افراد عادی		اقدام‌کنندگان به خودکشی			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۷/۵	۱۱	۴۷/۵	۱۹	ابتدایی	
۴۰	۱۶	۳۰	۱۲	سیکل	
۲۰	۸	۱۷/۵	۷	دیپلم	تحصیلات پدر
۵	۲	۲/۵	۱	کاردانی	
۷/۵	۳	۲/۵	۱	کارشناسی	
۵۲/۵	۲۱	۷۰	۲۸	ابتدایی	
۲۵	۱۰	۲۱/۵	۱۱	سیکل	
۱۷/۵	۷	۲/۵	۱	دیپلم	تحصیلات مادر
۲/۵	۱	۰	۰	کاردانی	
۲/۵	۱	۰	۰	کارشناسی	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشتر افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات در مقطع کاردانی هستند. تعداد افرادی که دارای تحصیلات در مقطع دیپلم و کاردانی هستند، با هم برابرند و تحصیلات در مقطع کارشناسی ارشد کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. در گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی، بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای مدرک دیپلم و کاردانی هستند و در گروه افراد عادی فراوانی تحصیلات در مقطع کاردانی و کارشناسی از سایر مقاطع بیشتر است. بیشتر پدران هر دو گروه، دارای تحصیلات در مقطع ابتدایی و سپس سیکل هستند. بیشتر مادران هر دو گروه، دارای تحصیلات در مقطع ابتدایی و سپس سیکل هستند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار اختلالات روانی و تاب‌آوری در مقابل خودکشی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشانه‌های اختلالات روانی و

تاب‌آوری در مقابل خودکشی در گروه‌های مورد مطالعه

گروه				متغیر	نشانه‌های اختلالات روان
افراد عادی		اقدام‌کنندگان به خودکشی			
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۳۸	۰/۳۹	۱	۲/۷۰	پرخاشگری	تاب‌آوری در مقابل خودکشی
۰/۴۸	۰/۵۳	۰/۷۸	۲/۰۱	اضطراب	
۰/۳۹	۰/۵۸	۰/۸۲	۲/۲۳	وسواس	
۰/۵۲	۰/۷۱	۰/۷۹	۱/۹۸	حساسیت فردی	
۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۸۳	۱/۷۵	شکایات جسمانی	
۰/۳۹	۰/۳۷	۰/۷۵	۱/۶۶	روان‌پریشی	
۰/۵۶	۰/۸۵	۰/۸۰	۲/۴۳	تصورات پارانوئیدی	
۰/۴۹	۰/۵۳	۰/۸۹	۲/۳۶	افسردگی	
۰/۳۲	۰/۲۹	۰/۶۹	۱/۱۳	ترس مرضی	
۰/۳۵	۰/۵۲	۰/۷۱	۲/۰۳	نمره کلی	
۱۳/۵۱	۴۴/۱۵	۱۲/۲۰	۲۷/۴۲	محافظ درونی	
۱۳/۵۷	۴۵/۷۵	۱۲/۱۹	۳۱/۲۵	ثبات هیجانی	
۹/۶۰	۲۴/۸۰	۶/۱۷	۱۸/۳۲	محافظ بیرونی	
۳۴/۳۸	۱۱۴/۷۰	۲۵/۹۸	۷۷	نمره کلی تاب‌آوری در مقابل خودکشی	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه افراد عادی، در نشانه‌های اختلالات روانی، اختلاف وجود دارد. از آن‌جا که میانگین ۱ و بالاتر از آن در پرسشنامه SCL-90-R حالت مرضی و ۳ و بالاتر از آن روان‌پریشی را نشان می‌دهد، می‌توان گفت که افراد عادی در هیچ یک از نشانه‌های اختلالات روانی حالت مرضی ندارند، اما افراد اقدام‌کننده به خودکشی در همه نشانه‌های اختلالات روانی دارای حالت مرضی هستند که نشانه‌های پرخاشگری، تصورات پارانوئیدی و افسردگی به ترتیب بالاترین میانگین‌ها را در افراد اقدام‌کننده به

خودکشی به خود اختصاص داده‌اند. بین میانگین نمرات گروه اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه افراد عادی، در تاب‌آوری در مقابل خودکشی و ابعاد آن اختلاف وجود دارد.

قبل از انجام تحلیل واریانس، مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنف برای متغیرنشانه‌های اختلالات روانی ( $z=0/71, p=0/20$ )، و تاب‌آوری در مقابل خودکشی ( $z=0/82, p=0/20$ )، حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها دارد. آزمون لوین برای متغیرنشانه‌های اختلالات روانی ( $F=0/41, p=0/51$ ) و تاب‌آوری در مقابل خودکشی ( $F=0/06, p=0/20$ )، حاکی از همگنی واریانس‌های خطا است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمره‌های نشانه‌های اختلالات روانی

نام آزمون	ارزش	F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	$\eta^2$	توان آزمون
اثر پیلای <sup>۱</sup>	۰/۷۴	۲۲/۱۸	۹	۷۰	<۰/۰۱	۰/۷۴	۱
لامبدای ویلکس <sup>۲</sup>	۰/۲۶	۲۲/۱۸	۹	۷۰	<۰/۰۱	۰/۷۴	۱
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۲/۸۵	۲۲/۱۸	۹	۷۰	<۰/۰۱	۰/۷۴	۱
بزرگتری ریشه‌ی روی <sup>۴</sup>	۲/۸۵	۲۲/۱۸	۹	۷۰	<۰/۰۱	۰/۷۴	۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F چند متغیری برابر با ۲۲/۱۸ است که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ( $P < 0/05$ ). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره؛ بیانگر آن است که بین گروه افراد با سابقه اقدام به خودکشی و افراد عادی حداقل در یکی از نشانه‌های اختلالات روانی، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

1. Pillai's Trace  
 2. Wilks' Lambda  
 3. Hotelling's Trace  
 4. Roy's Largest Root

برای پی بردن به این تفاوت، از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره و بونفرنی، برای بررسی تفاوت میانگین نمره نشانه‌های اختلالات روانی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	$\eta^2$	توان آزمون	بونفرنی
پرخاشگری	۱۰۶/۱۸	۱	۱۰۶/۱۸	۱۸۲/۷۲	<۰/۰۱	۰/۷	۱	۲/۳۰*
اضطراب	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۱۰۲/۵۵	<۰/۰۱	۰/۵۷	۱	۱/۴۷*
وسواس	۵۴/۶۲	۱	۵۴/۶۲	۱۲۹/۲۸	<۰/۰۱	۰/۶۲	۱	۱/۶۵*
حساسیت فردی	۳۲/۳۷	۱	۳۲/۳۷	۷۰/۳۴	<۰/۰۱	۰/۴۷	۱	۱/۲۷*
شکایات جسمانی	۳۴/۴۵	۱	۳۴/۴۵	۷۷/۷۶	<۰/۰۱	۰/۵	۱	۱/۳۱*
روان پریشی	۳۳/۰۳	۱	۳۳/۰۳	۹۱/۰۱	<۰/۰۱	۰/۵۴	۱	۱/۲۸*
تصورات پارانوئیدی	۵۰/۴	۱	۵۰/۴	۱۰۳/۵۴	<۰/۰۱	۰/۵۷	۱	۱/۵۹*
افسردگی	۶۷/۰۷	۱	۶۷/۰۷	۱۲۷/۰۴	<۰/۰۱	۰/۶۲	۱	۱/۸۳*
ترس مرضی	۱۴/۰۳	۱	۱۴/۰۳	۴۷/۷۴	<۰/۰۱	۰/۳۸	۱	۰/۸۴*
نمره کلی	۴۵/۳۷	۱	۴۵/۳۷	۱۴۳/۲۶	<۰/۰۱	۰/۶۵	۱	۱/۵۱*

نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس تک متغیره در جدول ۴ حاکی از آن است که بین دو گروه از جوانانی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند و افراد عادی در متغیرهای پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت فردی، شکایات جسمانی، روان پریشی، تصورات پارانوئیدی و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی<sup>۱</sup> میانگین نمره جوانانی که سابقه اقدام به خودکشی در همه نشانه‌های اختلالات روانی از گروه جوانان عادی بالاتر بود.

1. Bonferroni post hoc test



جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی نمره‌های تاب‌آوری درمقابل خودکشی

نام آزمون	ارزش F	درجه‌ی آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	$\eta^2$	توان آزمون
آزمون اثر پیلابی	۱۰/۹۹	۳	۷۶	<۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
آزمون لامبدای ویلکس	۱۰/۹۹	۳	۷۶	<۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
آزمون اثر هتلینگ	۱۰/۹۹	۳	۷۶	<۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
آزمون بزرگتری ریشه‌ی روی	۱۰/۹۹	۳	۷۶	<۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F چند متغیری برابر با ۱۰/۹۹ است که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره؛ بیانگر آن است که بین افراد با سابقه اقدام به خودکشی و افراد عادی حداقل در یکی از نشانه‌های اختلالات روانی، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). برای پی بردن به این تفاوت، از تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره و بونفرنی، برای بررسی تفاوت

میانگین نمره تاب‌آوری در مقابل خودکشی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	$\eta^2$	توان آزمون	بونفرنی
محافظ درونی	۴۲۰۵	۱	۴۲۰۵	۲۵/۲۴	<۰/۰۱	۰/۲۴	۱	-۱۴/۵*
ثبات هیجانی	۵۵۹۴/۵۱	۱	۵۵۹۴/۵۱	۳۳/۷۴	<۰/۰۱	۰/۳	۱	-۱۶/۷۵*
محافظ بیرونی	۸۳۸/۵۱	۱	۸۳۸/۵۱	۱۲/۸۷	<۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۹۴	-۶/۴۷*
نمره کلی تاب‌آوری درمقابل خودکشی	۲۸۴۲۵/۸	۱	۲۸۴۲۵/۸	۳۰/۶	<۰/۰۱	۰/۲۸	۱	-۳۷/۷۰*

نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس تک متغیره در جدول ۶ حاکی از آن است که بین دو گروه از جوانانی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند و افراد عادی در نمره کلی تاب‌آوری در مقابل خودکشی و ابعاد آن تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی میانگین نمره جوانانی که سابقه اقدام به خودکشی در نمره کلی تاب‌آوری در مقابل خودکشی و ابعاد آن از گروه جوانان عادی کمتر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه نقش اختلالات روانی و تاب‌آوری در مقابل خودکشی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی با افراد عادی انجام گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه در نمره کلی اختلالات روانی و همه خرده مقیاس‌های آن تفاوت وجود دارد و میانگین نمرات گروه خودکشی در نمره کلی اختلالات روانی و خرده مقیاس‌های پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت فردی، شکایات جسمانی، روان پریشی، تصورات پارانوئیدی، افسردگی و ترس مرضی به طور معناداری بالاتر از افراد عادی بوده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین دو گروه در نمره کلی تاب‌آوری و همه خرده مقیاس‌های آن تفاوت وجود دارد و میانگین نمرات گروه خودکشی در نمره کلی تاب‌آوری و خرده مقیاس‌های محافظ درونی، ثبات هیجانی و محافظ بیرونی به طور معناداری کمتر از گروه عادی بوده است.

نتایج این پژوهش مبنی بر وجود تفاوت در نمرات گروه خودکشی در مقایسه با گروه عادی در نمره کلی اختلالات روانی با پژوهش‌های ناک و همکاران (۲۰۱۰)، آکا و همکاران (۲۰۱۸) و توو و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد. همچنین نتایج این پژوهش در نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری با پژوهش آکا و همکاران (۲۰۱۸)، اضطراب و ترس مرضی با پژوهش ناک و همکاران (۲۰۱۰)، وسواس با پژوهش ناک و همکاران (۲۰۱۰)، حساسیت فردی با پژوهش آکا و همکاران (۲۰۱۸)، شکایات جسمانی و روان پریشی با پژوهش توو و همکاران (۲۰۱۹)، تصورات پارانوئیدی با پژوهش بی و همکاران (۲۰۱۷) و

افسردگی با پژوهش فیکوو همکاران (۲۰۱۹) همخوان می‌باشد. نتایج پژوهش این پژوهشگران به رابطه اختلالات روانی با اقدام به خودکشی اشاره داشته‌اند به گونه‌ای که امروزه اختلالات روانی عامل بسیار مهمی در اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند. نتایج یک متاآنالیز نشان می‌دهد خطر خودکشی در افرادی که مبتلا به اختلال روانی هستند ۸ برابر بیشتر از افرادی است که این بیماری را ندارند. این خطر پس از حذف مطالعات منحصرراً مربوط به افراد مسن، حتی بیشتر از ۹ برابر است. تمام اختلالات روانی اندازه‌گیری شده و به ویژه اختلالات روان‌پریشی، اختلالات خلقی، و اختلالات شخصیتی، خطر جدی برای خودکشی را به همراه دارند (توو و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی با بالاترین خطر خودکشی در ارتباط است به گونه‌ای خطر اقدام به خودکشی در آنها ۱۵-۳۰ برابر بیشتر از جمعیت عادی است و قریب نیمی از بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی در طول زندگی خود اقدام به خودکشی می‌کنند (فیکوو همکاران، ۲۰۱۹). یا اینکه مشخص شد که خطر خودکشی در بیماران اسکیزوفرنی ۱۳ برابر افراد عادی است (چسنی و گودوین و فازل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

البته یافته‌ها نشان نمی‌دهد همه افرادی که با خودکشی می‌میرند، اختلالات روانی داشته باشند ولی خودکشی به عنوان یک پدیده پیچیده، در بیشتر موارد اوج غم انگیز تلاقی عواملی است که برخی از آنها ممکن است مربوط به موضوعات زمینه‌ای حوزه بهداشت روان باشد و برخی دیگر ممکن است به وقایع استرس‌زای زندگی مربوط باشد. چارچوبی که اختلالات روانی را به عنوان یک عامل زمینه‌ای مهم مطرح می‌کند، از بسیاری از مدل‌های رفتار خودکشی پشتیبانی می‌کنند و نشان می‌دهد عوامل محیطی استرس‌زا و یا رویدادهای تنش‌زای زندگی ممکن است به عنوان محرک‌هایی در وجود چنین آسیب‌پذیری زمینه‌ای عمل کنند. به عنوان مثال مدل خودکشی-انگیزشی رفتار خودکشی اوکانر، کلیر، اشل، وترال و کرتلی<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، نشان می‌دهد که این اختلالات

1. Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S

2. O'Connor, R.C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., Kirtley, O.J

روانی به عنوان آسیب‌پذیری‌های زمینه‌ای در مرحله پیش‌انگیزی عمل می‌کنند و هنگامی که این موارد با رویدادهای تنش‌زایی مانند شکست / تحقیر همراه می‌شوند، زمینه را برای افکار و اقدامات خودکشی‌گرا فراهم می‌کنند. میشارا و چاگنون<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) رابطه بین اختلالات روانی و خودکشی را به طور خاص در نظر گرفته‌اند و چند مدل را در این رابطه پیشنهاد کرده‌اند که می‌تواند سازوکارهای رابطه را توضیح دهد. یکی از این مدل‌ها ادعا می‌کند که خودکشی و اختلالات روانی دارای یک اتیولوژی مشترک هستند، به طوری که آسیب‌پذیری ژنتیکی و رویدادهای منفی زندگی می‌توانند منجر به هر دو شود. او در مدل دیگری خودکشی را به عنوان پیامد مستقیم تحریف‌های شناختی که بسیاری از اختلالات روانی را مشخص می‌کنند (به عنوان مثال، توهمات فرمان در اختلالات روان‌پریشی، احساس ناامیدی شدید در افسردگی)، معرفی می‌کند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که بین دو گروه در نمره کلی تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های محافظ‌درونی، ثبات هیجانی و محافظ‌بیرونی تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات گروه خودکشی به طور معناداری کمتر از گروه افراد عادی است. این نتیجه با پژوهش‌های جورج و مولمن، ۲۰۱۷؛ رستی و همکاران، ۲۰۱۷؛ شر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹؛ پورحسینی و همکاران، ۱۳۹۳ همخوانی دارد. مطالعات انجام شده در ۱۵ سال گذشته نشان می‌دهد که تاب‌آوری یک عامل محافظتی در مقابل خطر خودکشی است و تاب‌آوری در حال تبدیل شدن به مرکز تحقیقات مربوط به پیشگیری از خودکشی است و باید بخشی از مداخلات جهانی پیشگیری از خودکشی باشد که می‌تواند بروز اختلالات مربوط به استرس و در نتیجه رفتار خودکشی را کاهش دهد (شر، ۲۰۱۹). در مطالعه رستی و همکاران (۲۰۱۷)، سطح بالاتری از تاب‌آوری در گروه غیر خودکشی نسبت به گروه خودکشی دیده شده است که حاکی از نقش حفاظتی تاب‌آوری در مقابل خودکشی است.

1. Mishara, B. L., & Chagnon, F  
2. Sher, L

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت افراد با تاب‌آوری بالا قادرند به شیوه‌های بهتری با استرس کنار آمده (صادقی، قدم‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۵) و همچنین می‌توانند بار دیگر تجربه‌های متناقض خود را تفسیر کنند. آنها می‌توانند از طریق به کارگیری شایستگی‌ها و مهارت‌های لازم برای حل مسایل در شرایط بحرانی و استرس‌زا، با رشد هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی به یک تعادل و وضعیت مناسب برسند (استینهارت و دولبیر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در واقع افراد تاب‌آور به مشکلات به چشم فرصت‌هایی برای رشد می‌نگرند، آنها نه تنها با تنش‌ها و بحرانها به شکل مناسبی کنار می‌آیند، بلکه عملاً تهدیدها را به فرصت‌هایی برای رشد تبدیل می‌کنند. به عبارت دیگر افراد تاب‌آور قادرند در مواجهه با ناکامی‌ها و تعارضات زندگی و حتی در مقابل رویدادهای مثبت، با مسئولیت‌پذیری بیشتر به تلاش خود ادامه دهند و با حفظ توانایی تسلط بر خود و جستجوی حمایت‌های درونی و بیرونی به حفظ ثبات هیجانی خود کمک کرده و از شکل‌گیری افکار و انجام اقدامات خودآسیب‌رسان دوری کنند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شناسایی و ارزیابی عوامل خطر ساز خودکشی همچون وجود اختلالات روانی و نیز تقویت عوامل محافظتی مانند تاب‌آوری می‌تواند توانایی مداخله مناسب در بحران خودکشی را افزایش داده و خطر خودکشی را تعدیل و کاهش دهند. این امر از طریق آموزش‌های لازم بالاخص برای دانشجویان و دانش‌آموزان در محیط‌هایی مانند دانشگاه و مدارس در راستای افزایش سلامت روان می‌تواند کمک‌کننده باشد. همچنین آموزش خانواده‌ها به منظور یادگیری از طریق همانندسازی و سلامت‌سازی بافت خانواده می‌تواند منجر به کاهش زمینه‌سازی برای بروز اختلالات روانی و افزایش تاب‌آوری باشد. آموزش کارکنان و اساتید دانشگاه و آموزش و پرورش نیز می‌تواند در این راستا پیشگیرانه و مانع شکل‌گیری اختلالات روانی شده و افزایش تاب‌آوری را در بردارد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های مشابه از نظر روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شده و محدود به افرادی بوده که به علت اقدام به خودکشی به بیمارستان ارجاع داده شده و مایل به مصاحبه و تکمیل پرسشنامه بودند و همین‌طور استفاده صرف از پرسشنامه که ممکن است با سوگیری در پاسخ‌دهی همراه باشد، دارای محدودیت است و می‌بایست در نتیجه‌گیری و نیز تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از کارآزمایی‌های بالینی جهت تدوین و کاربست راهکارهای مناسب و مداخله در اقدام به خودکشی استفاده گردد. همچنین با توجه به اینکه نتایج این پژوهش تلویحات قابل توجهی در پیشگیری و درمان عوامل زمینه‌ساز رفتارهای خود-آسیب‌رسان و مداخله در بحران خودکشی از جمله آموزش‌ها و مداخلات متمرکز بر خانواده به عنوان منبع و بستری بسیار مهم برای شکل‌گیری رفتارهای آسیب‌زا دارد، پیشنهاد می‌شود یافته‌های این پژوهش در تدوین برنامه‌های پیشگیری از بحران خودکشی مورد استفاده قرار گیرد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از جوانانی که به عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آن‌ها اجرای پژوهش امکان‌پذیر گردید، تقدیر و تشکر نمایند.

**ملاحظات اخلاقی پژوهش:** تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است.

**سهم نویسندگان:** نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را به تنهایی مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله است.

**حمایت مالی:** این مقاله با عنوان مقایسه اختلالات روانی و تاب‌آوری در مقابل خودکشی در افراد با و بدون تجربه اقدام به خودکشی بوده و از هیچ موسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

**تعارض منافع:** یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

**قدردانی:** از کلیه‌ی جوانان شهر قزوین که با شرکت در مطالعه حاضر، انجام این پژوهش را ممکن ساختند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

## منابع

- انیسی، ج؛ اسکندری، م؛ بهمن آبادی، س؛ نوحی، س و تولایی، ع. (۱۳۹۳). هنجاریابی چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90-R) در کارکنان یک واحد نظامی. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*. ۵ (۱۷)، ۶۷-۵۷.
- بختیارپور، س؛ قاسمی، ص و حیدری کایدان، ژ. (۱۳۸۹). بررسی فراتحلیلی رابطه جنسیت و وضعیت تأهل با اقدام به خودکشی. *یافته‌های نود روان‌شناسی*، ۵ (۱۷)، ۷۹-۹۵.
- پورحسین، ز؛ فرهودی، ف؛ امیری، م؛ جان‌بزرگی، م؛ رضایی بیدارخویدی، ا و نوراللهی، ف. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب‌آوری، تنیدگی‌های روزانه و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۱۴)، ۲۱-۴۰.
- حسینی قمی، ط و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۱ (۴)، ۹۷-۱۰۹.
- دلاور، ع. (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش.
- دورکیم، ا. (۱۸۹۷). *خودکشی، ترجمه‌ی نادر سالرزاده امیری* (۱۳۹۳). تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی. سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۸). <http://www.behzisti.ir>.
- صادقی، م؛ قدم‌پور، ع و اسماعیلی، ا. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش الگوی خانواده سالم بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان اختلال طیف اتیسم. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۶۰)، ۸۴-۹۹.
- کیانی چلمردی، ا؛ صفدریان، ز؛ جعفری بنفشه درق، ع و احمدیوکانی، س. (۱۳۹۹). بررسی ساختاری الگوی سه مرحله‌ای خودکشی (نامیدی، درد، افسردگی، نیازهای بین‌فردی، ظرفیت اکتسابی خودکشی و اقدام به خودکشی) در دانشجویان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۹ (۷۶)، ۹۲-۱۱۷.
- مدبرنیا، م؛ شجاعی تهرانی، ح؛ فلاحی، م و فقیرپور، م. (۱۳۸۹). هنجاریابی آزمون SCL-90-R در دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی استان گیلان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۹ (۷۵)، ۵۸-۶۵.
- مهدیار، م؛ نجاتی، س. ف و گوودری، م. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تاب‌آوری در مقابل خودکشی بر اساس نابسامانی

- هیجان و سبک فرزند پروری. فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، ۲ (۱)، ۱۵-۲۵.
- یاراحمدی، ی و یوسفی، ن. (۱۳۹۴). تأثیر خانواده درمانی مبتنی بر درمان نظام عاطفی بوون و معنادرمانی در کاهش میل به خودکشی در میان مراجعان به مراکز مشاوره. پژوهش های مشاوره. ۱۴ (۵۴)، ۱۲۶-۱۵۰.
- Abraham, P., & Greeff Karla, L. (2008). Spirituality as a resiliency quality in Xhosa speaking families in South Africa. *Relig Health*, 47: 288-301.
- Akca, S. O., Yuncu, O., & Aydin, Z. (2018). Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64 (1), 32-40.
- Arnautovska, U., & Grad, T. (2010). Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31 (1), 9 – 22.
- Asadi, M., & Fathi, K. (2020). Predicting Psychological Wellbeing from Mindfulness and Resiliency among Adolescents. *Preventive Counseling*, 1 (1), 13-22.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15 (7):1425.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2015). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7 (2), 6-8.
- Bi, B., Liu, W., Zhou, D., Fu, X., Qin, X., & Wu, J. (2017). Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC psychiatry*, 17 (1), 294.
- Castillejos, M. C., Huertas, P., Martín, P., & Moreno Küstner, B. (2020). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–19. Advance online publication.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 13, 153–160.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey.
- Curtin, S. C., & Heron, M. (2019). Death rates due to suicide and homicide among persons aged 10–24: United States, 2000–2017. *NCHS Data Brief*, (352), 1-8.
- De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A. M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ open*, 11 (2), e043409.
- Delgado, K. J. (2012). The Role of Relationships in Completed Suicide: A Gendered Analysis of Suicide Notes. Thesis, Faculty of the School of Professional Psychology Wright State University.



- Fathi, E., Daneshpour, M., & Hatami Varzaneh, A. (2021). The Effectiveness of Preparation for Marriage Education with PREP in Iran. *Marriage & Family Review, 57* (4), 312-328.
- Fernández de la Cruz, L., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B. M., Brander, G., Rück, C., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular psychiatry, 22* (11), 1626–1632.
- Fico, G., Caivano, V., Zinno, F., Carfagno, M., Steardo, L. J., Sampogna, G., Luciano, M., & Fiorillo, A. (2019). Affective Temperaments and Clinical Course of Bipolar Disorder: An Exploratory Study of Differences among Patients with and without a History of Violent Suicide Attempts. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 55* (7), 390.
- George, A., & Moolman, R. (2017). Resilience and suicide ideation: Coping mediator-moderator effects among adolescent learners. *Journal of Psychology in Africa, 27*:6, 494-502.
- Haidari, P., Farajkhoda, T., Khavari, Z., Bokaie, M., & Naseri, N. (2011). Experiences of stress in rescued women from suicide. *Iranian Journal of Nursing Research, 6*:68-78.
- Hajian, S., Kasaeinia, S., & Ahmadi Doulabi, M. (2018). The Effect of Resilience and Stress Coping Styles on Suicide Attempts in Females Reporting Spouse-Related Abuse. *Iran J Psychiatry Behav Sci, 12* (3):e13091.
- Huang, Y., Kuang, L., Wang, W., Cao, J., & Xu, L. (2019). Association between personality traits and risk of suicidal ideation in Chinese university students: Analysis of the correlation among five personalities. *Psychiatry research, 272*, 93–99.
- Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC public health, 12*, 14.
- Liang, S. Y., Liu, H. C., Lu, Y. Y., Wu, S. F., Chien, C. H., & Tsay, S. L. (2020). The Influence of Resilience on the Coping Strategies in Patients with Primary Brain Tumors. *Asian nursing research, 14* (1), 50–55.
- Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2020). A rare case of Bangladeshi student suicide by gunshot due to unusual multiple causalities. *Asian journal of psychiatry, 49*, 101951.
- Marver, J. E., Galfalvy, H. C., Burke, A. K., Sublette, M. E., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Grunebaum, M. F. (2017). Friendship, Depression, and Suicide Attempts in Adults: Exploratory Analysis of a Longitudinal Follow-Up Study. *Suicide & life-threatening behavior, 47* (6), 660–671.
- Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2016). Why mental illness is a risk factor for suicide: implications for suicide prevention. In: O'Connor, R.C., Pirkis, J. (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention*, second ed. Wiley,

- Hoboken, pp. 594–608.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15 (8), 868–876.
- O'Donnell, H., & Wilkinson, E. (2012). Prevention of Suicide in Northern Ireland. *Mental Health Practice*, 8, 25–29.
- O'Connor, R.C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., Kirtley, O.J., (2016). *The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: an update*. In: O'Connor, R.C., Pirkis, J. (Eds.), *The International Handbook of Suicide Prevention*, second ed. Wiley, Hoboken, pp. 220–240.
- Ohtaki, Y., Doki, S., Kaneko, H., Hirai, Y., Oi, Y., Sasahara, S., & Matsuzaki, L. (2019). Relationship between suicidal ideation and family problems among young callers to the Japanese crisis hotline. *PLoS ONE*, 14 (7): e0220493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220493>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological reports*, 94 (3 Pt 2), 1349–1360.
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of clinical psychology*, 68 (3), 349–361.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*, 30 (1), 53–60.
- Rossetti, M. C., Tosone, A., Stratta, P., Collazzoni, A., Santarelli, V., Guadagni, E., Rossi, R., & Rossi, A. (2017). Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 39 (3), 216–219.
- Rostami, F., Fathi, E., Varzaneh, A. H., & Daneshpour, M. (2021). Factors Impacting Why Women Stay in Marital Life with Substance dependent Husbands: A Grounded Theory Study. *Journal of Community Health Research*, 10 (3): 205-217.
- Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of suicide research: official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11 (3), 265–269.
- Ryan, T. P. (2013). *Sample Size Determination and Power*. John Wiley & Sons. New Jersey.
- Sher, L. (2019). Resilience as a focus of suicide research and prevention. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140 (2), 169–180.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American college health*, 56 (4), 445–453.

- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*, 259, 302–313.
- WHO. (2020). Suicide Data. WHO; Geneva, Switzerland.
- Yoo, H. J., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., Mischoulon, D., Heo, J. Y., Kim, K., & Jeon, H. J. (2016). Lifetime suicidal ideation and attempt in adults with full major depressive disorder versus sustained depressed mood. *Journal of affective disorders*, 203, 275–280.
- Yu, J., & Chae, S. (2020). The mediating effect of resilience on the relationship between the academic burnout and psychological well-being of medical students. *Korean journal of medical education*, 32 (1), 13–21.

