



Comparison of Stress Coping Skills, Quality of Life and Resilience in 15-25 Year Old Suicide Attempters and Normal People in Qom City

Journal of Rehabilitation
Counseling

2025, Vol 1(2): 114-123
Jmr.uok.ac.ir

Khadijeh Hajilo¹ & *

Abstract

Background and Objective: A review of studies conducted over the last two decades on the epidemiology of suicide in Iran shows an increasing prevalence of suicide and suicide attempts in most provinces of the country, especially among adolescents and young people. This study was conducted with the aim of comparing stress coping skills, quality of life, and resilience between 15-25-year-old suicide attempters and normal individuals in Qom city. The research design was causal-comparative.

Method: The statistical population of the current research was 2,640 people aged 15-25 who attempted suicide during 2021-2022 living in Qom city and referred to clinics, counseling centers and hospitals, from which 30 participants were selected through convenience sampling. Then, 60 normal participants were selected according to age, education, and marital status through convenience sampling. Endler and Parker (1990) coping with stress questionnaire, quality of life questionnaire (1986), May and Klonsky suicide attempt questionnaire (2013) and Connor and Davidson psychological resilience questionnaire (2003) were used to collect data. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA) via SPSS version 25.

Findings: Multivariate analysis of variance showed that the mean scores of problem-oriented coping styles, quality of life, and resilience among suicide attempters were significantly lower at the 0.05 level compared to those without suicide attempters. The scores of emotion-oriented styles in suicide attempters were significantly higher than those of normal individuals ($p < 0.01$). There was also a significant difference between suicide attempters and normal individuals in quality of life and psychological resilience variables. This means that the scores of quality of life and psychological resilience in suicide attempters were significantly lower than those of normal individuals ($p < 0.01$).

Conclusion: This study identified factors that may protect individuals with suicidal ideation from progressing to suicide. Suicide prevention programs could be optimized by shifting from a deficit-based to a strengths-based approach through promoting resilience, enhancing quality of life, and reducing maladaptive coping strategies.

Keywords: coping with stress, quality of life, resilience, suicide attempt

Received: 2025.07.28

Revised: 2025.08.03

Accepted: 2025.08.30

Citation: Hajilo, Kh.(2025). Comparison of stress coping skills, quality of life and resilience in 15-25 year old suicide attempters and normal people in Qom city. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (2), 114-123.

¹. **Corresponding Author:** Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Azad University of Medical Sciences, Qom Branch, Iran. Khadijehajiloo1995@gmail.com



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۴
شماره صفحات: ۱۲۳-۱۱۴
Jmr.uok.ac.ir

مقایسه مهارت‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد ۱۵ - ۲۵ ساله اقدام به خودکشی و افراد عادی در شهرستان قم

خدیجه حاجیلو^۱*

چکیده

زمینه و هدف: بازنگری بررسی‌های انجام شده دو دهه اخیر در زمینه همه‌گیرشناسی خودکشی در ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع خودکشی و اقدام به آن، در بیشتر استان‌های کشور به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان رو به افزایش است. این مطالعه با هدف مقایسه مهارت‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد ۱۵ - ۲۵ ساله اقدام به خودکشی و افراد عادی در شهرستان قم انجام شد.

روش: طرح پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه افراد ۱۵ - ۲۵ ساله در سال ۱۴۰۰ که اقدام به خودکشی کرده ساکن در شهرستان قم و مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و بیمارستان‌ها به تعداد ۲۶۴۰ نفر بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس ۶۰ نفر از افراد عادی به‌صورت همتاسازی از لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت تأهل و به شیوه در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (۱۹۸۶)، پرسش‌نامه اقدام برای خودکشی می و کلونسکی (۲۰۱۳) و پرسش‌نامه تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیودیسون (۲۰۰۳) استفاده شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری به‌وسیله نرم‌افزار آماری SPSS ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل واریانس چند راهه نشان داد که میانگین سبک‌های مقابله مسئله‌مدار، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی به‌طور معناداری در سطح ۰/۰۵ کمتر از افراد بدون اقدام به خودکشی بود. نمرات سبک‌های هیجان‌مدار در افراد اقدام به خودکشی به‌طور معناداری بالاتر از نمره افراد عادی است ($p < 0/01$). همچنین بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در متغیرهای کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد اقدام به خودکشی به‌طور معناداری پایین‌تر از نمره افراد عادی است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه عواملی را شناسایی کرد که ممکن است افراد دارای افکار خودکشی را از پیشرفت به سمت خودکشی محافظت کند. برنامه‌های پیشگیری از خودکشی را می‌توان با تغییر از رویکرد مبتنی بر نقص به رویکرد مبتنی بر نقاط قوت از طریق ارتقای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و کاهش مقابله ناسازگار، بهینه کرد.

کلید واژه‌ها: اقدام به خودکشی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، مقابله با استرس

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

ارجاع: حاجیلو، خ. (۱۴۰۴). مقایسه مهارت‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد ۱۵ - ۲۵ ساله اقدام به خودکشی و افراد عادی در شهرستان قم. *فصلنامه مشاوره توانبخشی*، ۱(۲)، ۱۱۴-۱۲۳.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

^۱ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد قم، ایران.

۱. مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۲۱)، اقدام به خودکشی^۲ را چنین تعریف می‌کند «وارد کردن آسیب به خود با درجات متفاوتی از قصد مرگ، که در صورت منجر شدن به مرگ، به‌عنوان خودکشی کامل تلقی می‌شود». خودآزاری عمدی یکی از چالش‌های مهم نظام‌های مراقبت سلامت در سراسر جهان به‌شمار می‌رود. این رفتار پیچیده تحت‌تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. اقدام به خودکشی نیز به‌عنوان یک معضل جدی بهداشت عمومی شناخته می‌شود؛ به‌طوری‌که سالانه بیش از ۷۰۰ هزار نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در نهایت با خودکشی می‌میرند و سابقه اقدام قبلی قوی‌ترین عامل خطر برای خودکشی بعدی محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). عوامل خطر اقدام به خودکشی و خودکشی مشابه‌اند و شامل جنسیت مردانه، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، سابقه خانوادگی خودکشی و استفاده از روش‌های کشنده‌تر می‌شوند که همگی با افزایش احتمال مرگ ناشی از خودکشی ارتباط دارند (پرست^۳ و همکاران، ۲۰۲۳).

مرور پژوهش‌های دو دهه اخیر در حوزه همه‌گیرشناسی خودکشی در ایران نشان می‌دهد که شیوع خودکشی و اقدام به آن در بسیاری از استان‌های کشور، به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان، روندی رو به افزایش داشته است. بر اساس آخرین آمارها، میانگین سن خودکشی در ایران به کمتر از ۱۹ سال رسیده است. گسترش این پدیده در میان گروه‌های سنی پایین، بیانگر ضرورت نگاه به خودکشی به‌عنوان بحرانی اجتماعی و مسئله‌ای جدی در حوزه پزشکی و سلامت عمومی است (نیک‌منش و زندوکیلی، ۱۳۹۴). خودکشی به‌صورت طیفی از افکار خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل بروز می‌کند. از منظر همه‌گیرشناسی، اقدام به خودکشی شایع‌تر از خودکشی منجر به مرگ است و اغلب به مرگ فرد نمی‌انجامد (اسدی، ۱۳۹۷؛ اکبری و همکاران، ۱۳۸۸)، اما درعین‌حال یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی در آینده محسوب می‌شود. در حال حاضر، میزان خودکشی و اقدام به خودکشی به‌عنوان شاخص‌های مهم بهداشت روان جمعیت شناخته می‌شوند. آمارها نشان می‌دهند که خودکشی عامل ۱۲ درصد مرگ‌ومیر نوجوانان و دومین علت مرگ در گروه سنی ۲۵ تا ۳۷ سال و سومین علت در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال در ایالات متحده است (هارازی و پویزات^۴، ۲۰۱۱). هرچند نرخ خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است، اما به‌طور کلی، طی ۵۰ سال اخیر میزان خودکشی در سطح جهانی حدود ۶۰ درصد افزایش یافته است (معینی و همکاران، ۱۳۹۸). این واقعیت ضرورت اقدام فوری و برنامه‌ریزی اورژانسی در سطح نظام‌های بهداشتی و سیاست‌گذاری را برجسته می‌سازد.

مهارت‌های مقابله با استرس^۵ - یعنی اقداماتی که افراد برای کاهش یا مدیریت فشار روانی انجام می‌دهند - در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده است (آدویایو و اولادیپو^۶، ۲۰۲۰). رفتارهای مقابله‌ای به‌صورت عملیاتی به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌ها به فشارهای بیرونی زندگی تعریف می‌شوند که هدف آن‌ها پیشگیری، اجتناب، کاهش یا کنترل استرس و پریشانی عاطفی است. استرس یکی از پدیده‌های شایع در میان نوجوانان است؛ این گروه سنی در مسیر رشد با مسائل و چالش‌های متعددی مواجه می‌شوند و تلاش می‌کنند مهارت‌های لازم برای مواجهه مؤثر با آن‌ها را کسب کنند (ژو و همکاران^۷، ۲۰۱۵). با این حال، فقدان فرصت کافی برای یادگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه - به‌ویژه در خانواده‌هایی که از روابط حمایت‌گرانه برخوردار نیستند - می‌تواند خطر بروز افکار یا رفتارهای خودکشی را در نوجوانان هنگام مواجهه با استرس‌های زندگی افزایش دهد (پشت‌مشهدی و همکاران، ۱۳۸۶).

علاوه بر ارتباط مستقیم استرس‌های زندگی با افکار خودکشی، عوامل روان‌شناختی آسیب‌شناختی همچون افسردگی، ناامیدی و پریشانی روانی به‌عنوان واسطه‌های این رابطه مورد بررسی قرار گرفته‌اند؛ با این حال، پژوهش‌های کمتری نقش تاب‌آوری را در این میان

1. World Health Organization

2. suicide act

3. Persett

4. Harazi & Poizat

5. coping skills

6. Adewuya AO, Oladipo EO

7. Zhou

ارزیابی کرده‌اند (اوکچوکو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری به‌عنوان گرایشی روان‌شناختی، بیانگر تمایل فرد برای بازگشت به سطح عملکرد طبیعی یا عدم بروز آثار منفی پس از تجربه استرس و ناملایمات است. واگنیلد^۲ (۲۰۰۹) تاب‌آوری را توانایی بازسازی از استرس توصیف می‌کند و آن را یک ویژگی رفتاری سودمند می‌داند که به ارتقای سلامت فرد کمک کرده و اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهد. یافته‌های کلورلی و کید^۳ (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که تاب‌آوری ادراک‌شده در جوانان با کاهش افکار خودکشی ارتباط دارد، در حالی که سطوح بالاتر پریشانی روانی با افزایش افکار خودکشی همراه است. به‌طور مشابه، نتایج مطالعه روستی^۴ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که ابعاد تاب‌آوری مانند منابع حمایت اجتماعی و انسجام خانوادگی همبستگی منفی و معناداری با تحقیر، حساسیت بین‌فردی و افسردگی در افرادی دارند که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند.

کیفیت زندگی^۵ یکی از متغیرهای مهم در ارزیابی خطر خودکشی و از محورهای اصلی تحقیقات اخیر در این حوزه است (کومار و جورج^۶، ۲۰۱۳). کیفیت زندگی به نگرش‌ها و ادراک فرد از موقعیت خود در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های شخصی‌اش اشاره دارد (یزدی‌راوندی و همکاران، ۱۳۹۲). به بیان دیگر، کیفیت زندگی بیانگر فاصله میان آنچه فرد انتظار دارد و واقعیت زندگی اوست؛ هرچه این فاصله کمتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر ارزیابی می‌شود (اسپرانک^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). در دنیای معاصر، کیفیت زندگی به یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان حوزه سلامت تبدیل شده است (مرزا و تاریمو^۸، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پایین بودن کیفیت زندگی در افرادی که به‌دلیل اقدام به خودکشی بستری می‌شوند، می‌تواند با وضعیت روان‌شناختی و سلامت روان آنان مرتبط باشد. با این حال، تاکنون مطالعه‌ای که به مقایسه کیفیت زندگی میان اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد عادی پردازد، در دسترس نبوده است. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف پر کردن شکاف موجود در دانش مربوط به کیفیت زندگی، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در میان بیماران اقدام‌کننده به خودکشی طراحی شد. این پژوهش به‌طور خاص به تحلیل و مقایسه راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی پرداخته و تلاش می‌کند عوامل خطر مؤثر بر اقدام به خودکشی را شناسایی نماید. پرسش اصلی این تحقیق آن است که آیا بین مهارت‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد ۱۵ تا ۲۵ ساله اقدام‌کننده به خودکشی و هم‌تایان عادی آن‌ها در شهرستان قم تفاوت معناداری وجود دارد؟

۲. روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، یک مطالعه علی-مقایسه‌ای از نوع مورد-شاهدی است. جامعه آماری شامل کلیه افراد ۱۵ تا ۲۵ ساله ساکن شهر قم بود که در سال ۱۴۰۰ اقدام به خودکشی کرده و به کلینیک‌ها، مراکز مشاوره و بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند (تعداد = ۲۶۴۰). نمونه پژوهش شامل ۳۰ فرد اقدام‌کننده به خودکشی بود که معیارهای اقدام به خودکشی را مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۶۸) دارا بودند. بیماران زیر ۱۵ سال و افرادی که وضعیت جسمانی آنان مانع از ارزیابی دقیق می‌شد، از مطالعه کنار گذاشته شدند. هیچ معیار خروج دیگری در نظر گرفته نشد. گروه کنترل از افراد سالم با سن، جنس و وضعیت تأهل مشابه با گروه مورد تشکیل شد. برای اطمینان از عدم ابتلا به اختلالات روانی شایع، افراد گروه کنترل ابتدا با استفاده از مقیاس اقدام به خودکشی مورد غربالگری قرار گرفتند و افرادی که امتیازی دریافت کردند از گروه کنترل حذف شدند. با فرض سطح معناداری (آلفا) ۰/۰۵ و انحراف معیار ۱۴، حجم نمونه برای هر گروه به‌طور دقیق برآورد شد (سارایی، ۱۹۹۳). به دلیل افزایش اعتبار و افت نمونه در هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد.

1. Okechukwu

2. Wagnild

3. Cleverley, K., & Kidd, S. A

4. Rossetti

5. Quality of life

6. Kumar, P. S., & George, B

7. Spronk

8. Marwa, N. P., & Tarimo

$$N = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2 s^2}{D^2} = \frac{(1.96)^2 (14)^2}{7^2} = 13.36 \cong 13$$

۲-۱. ابزارها

۳-۱-۱. پرسش‌نامه مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰)

این پرسش‌نامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و شامل ۴۸ ماده می‌باشد و پاسخ‌های آن به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. این پرسش‌نامه ۳ مقابله‌ی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و روی آوردن به اجتماع را مورد سنجش قرار می‌دهد (اندلر و همکاران، ۱۹۹۲). اندلر و همکاران (۱۹۹۰) برای به دست آوردن پایایی پرسش‌نامه سبک‌های مقابله با استرس در گروه دانشجویان از آلفای کرونباخ استفاده کردند که در مقابله مسئله‌مدار پسران ۰/۹۲ و دختران ۰/۸۵ و هیجان‌مدار پسران ۰/۸۲ و دختران ۰/۸۵ و اجتنابی پسران ۰/۸۵ و دختران ۰/۸۲ به دست آمده است (به نقل از اندلر و همکاران، ۱۹۹۲). برای بررسی روایی پرسش‌نامه از طریق واریانس روایی سازه با تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. شاخص‌های CFI، AGFI و GFI به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بر برازش مطلوب و مناسب دلالت داشته و شاخص‌های RMSEA و RMR به ترتیب برابر ۰/۰۶۴ و ۰/۰۴۲ برآزش نسبتاً مطلوب را گزارش کردند که روایی این پرسش‌نامه را مورد تایید قرار می‌دهند (اندلر و همکاران، ۱۹۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

۳-۱-۲. پرسش‌نامه اقدام برای خودکشی (IMSA)

برای سنجش انگیزه اقدام به خودکشی از پرسش‌نامه می و کلونسکی (۲۰۱۳) استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۵۴ گویه است که با هدف شناسایی شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی طراحی شده است. پاسخ‌ها بر اساس یک طیف پنج درجه‌ای از «اصلاً مهم نیست» (۰) تا «بسیار مهم است» (۴) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل فرد از طریق جمع نمرات محاسبه می‌شود؛ بنابراین دامنه نمره کلی از ۰ تا ۲۱۶ متغیر است. بر اساس تحلیل عاملی انجام‌شده بر روی نمونه‌ای از افراد اقدام‌کننده به خودکشی، این مقیاس شامل ده عامل است: ناامیدی، درد روانی، فرار و اجتناب، فشار ادراک‌شده، احساس تعلق پایین، بی‌پروایی و ترس‌بودن، اثرات بین‌فردی، جستجوی کمک، تکانشگری و حل مسئله. پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ناامیدی (۰/۷۷)، درد روانی (۰/۸۴)، فرار و اجتناب (۰/۸۰)، فشار ادراک‌شده (۰/۸۸)، حس تعلق کم (۰/۷۴)، بی‌پروایی (۰/۷۴)، تکانشگری (۰/۷۴)، اثر بین فردی (۰/۸۹)، جستجوی کمک (۰/۸۴) و حل مشکل (۰/۵۵) بود و با استفاده از روش آزمون-باز آزمون پایایی آزمون برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (می و کلونسکی، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد.

۳-۱-۳. پرسش‌نامه کیفیت زندگی ساکسنا و همکاران (۲۰۰۱)

برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسش‌نامه ساکسنا^۱ و همکاران (۲۰۰۱) که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی شده استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۶ گویه است و چهار حیطه اصلی را مورد سنجش قرار می‌دهد: سلامت و بهزیستی جسمانی، سلامت و رفاه روانی، روابط اجتماعی، و کیفیت محیط زندگی. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است. مطالعات متعدد در مراکز بین‌المللی اعتبارسنجی WHOQOL^۲ نشان داده‌اند که این مقیاس از اعتبار تفکیکی مطلوب، روایی محتوای مناسب و پایایی آزمون-بازآزمون قابل قبول برخوردار است (ساکسنا و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار ۰/۸۹ برای کل مقیاس به دست آمد که بیانگر پایایی بسیار خوب ابزار است.

۳-۱-۴. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیودیسون (۲۰۰۳).

1. Saxena

2. WHO's Quality of Life Project

مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی شده و شامل ۲۵ سؤال است که توانایی فرد در مقابله با فشارها و تهدیدهای روانی را می‌سنجد و توسط خود آزمودنی پاسخ داده می‌شود. این مقیاس بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرتی از «هرگز» تا «خیلی زیاد» نمره‌گذاری می‌شود و نمرات آن از صفر تا ۱۰۰ متغیر است، به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر فرد می‌باشند. مطالعات مقدماتی نشان داده‌اند که این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی است و پایداری و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است. اگرچه مقیاس ابعاد مختلف تاب‌آوری را ارزیابی می‌کند، اما یک نمره کلی نیز ارائه می‌دهد و ضریب همسانی درونی، قابلیت بازآزمایی و اعتبار همگرا و واگرایی آن در سطح مناسبی گزارش شده است. تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل شامل شایستگی و استحکام شخصی، اعتماد به غریزه شخصی و تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف و روابط ایمن، مهار و معنویت را تأیید کرده است. این نتایج نشان می‌دهند که مقیاس کانر و دیویدسون علاوه بر ارائه یک نمره کلی، توانایی سنجش ابعاد متنوع تاب‌آوری را نیز دارد. در پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ $0/87$ برای پایایی این آزمون به دست آمده است. همچنین نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با $0/89$ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر با $1893/83$ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با $6/64$ بود. این عامل $26/6\%$ از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر ماده با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس $0/89$ گزارش شده است.

۲-۲. روش اجرا

در پژوهش حاضر با پس از هماهنگی و مراجعه به کلینیک‌ها، مراکز مشاوره و بیمارستان‌ها ۳۰ نفر به‌عنوان گروه اقدام به خودکشی و ۳۰ نفر هم به‌عنوان گروه عادی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ فرد اقدام‌کننده به خودکشی بود که معیارهای اقدام به خودکشی را مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۶۸) دارا بودند. بیماران زیر ۱۵ سال و افرادی که وضعیت جسمانی آنان مانع از ارزیابی دقیق می‌شد، از مطالعه کنار گذاشته شدند. هیچ معیار خروج دیگری در نظر گرفته نشد. گروه کنترل از افراد سالم با سن، جنس و وضعیت تأهل مشابه با گروه مورد تشکیل شد. برای اطمینان از عدم ابتلا به اختلالات روانی شایع، افراد گروه کنترل ابتدا با استفاده از مقیاس اقدام به خودکشی مورد غربالگری قرار گرفتند و افرادی که امتیازی دریافت کردند از گروه کنترل حذف شدند.

۲-۳. تجزیه و تحلیل داده‌ها

کلیه اطلاعات پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) داده‌ها توصیف و پس از آن با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳. یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن گروه اقدام به خودکشی $20/1 \pm 51/21$ و میانگین و انحراف معیار گروه عادی یا کنترل $9/0 \pm 16/21$ بود. در خصوص تعداد دفعات اقدام به خودکشی ۲۱ نفر (۷۰ درصد) بار اول و ۹ نفر (۳۰ درصد) بیش از یک مرتبه اقدام نموده بودند. در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و واریانس مربوط به هر کدام از متغیرها نشان داده می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دو گروه از افراد اقدام به خودکشی و عادی

افراد عادی		اقدام به خودکشی		
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۳۵/۴۳	۷/۰۰	۲۲/۹۶	۶/۸۹	سبک مقابله مساله مدار
۲۳/۹۶	۷/۳۱	۳۴/۳۰	۸/۰۳	سبک مقابله هیجان مدار
۲۱/۱۳	۶/۴۷	۱۵/۹۶	۵/۸۴	کیفیت زندگی
۲۲/۳۳	۵/۳۲	۱۶/۸۹	۵/۴۴	تاب‌آوری

جدول فوق حاکی از تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه می باشد، از این رو برای بررسی معناداری این تفاوت از آمار استنباطی استفاده شد. مفروضه‌های تحلیل واریانس پیش از انجام تحلیل استنباطی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی برابری و همگنی واریانس‌های سبک‌ها مقابل با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی از آزمون لوین استفاده شد که هر سه متغیر سبک‌های مقابل با استرس ($Sig=0/653$)، کیفیت زندگی ($Sig=0/571$) و تاب‌آوری روان‌شناختی ($Sig=0/927$) بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون $Box's M$ نیز به منظور بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس با مقدار $F(1/470)$ با توجه به مقدار ($p=0/317$) در سطح خطای کوچک‌تر از $0/01$ معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت ماتریس کوواریانس دو گروه باهم تفاوت ندارند. برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس و مفروضه‌های توزیع نرمال متغیرها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که سطح معنی‌داری به دست آمده برای سبک‌های مقابل با استرس ($0/122$)، کیفیت زندگی ($0/267$) و برای تاب‌آوری روان‌شناختی ($0/071$) بوده است که همگی بزرگ‌تر از ($0/05$) هستند؛ بنابراین معنی‌دار نمی‌باشند و توزیع نرمال است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات سبک‌های مقابل با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی

تاثیر	مقدار	F	DF خطا	DF اثر	معنی داری
اثر پیلایی	۰/۶۹۱	۳۰/۷۵۱	۵۵	۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۰۹	۳۰/۷۵۱	۵۵	۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۲۳۶	۳۰/۷۵۱	۵۵	۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۲۳۶	۳۰/۷۵۱	۵۵	۴	۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد براساس نتایج آزمون لامبدای ویلکز بین دو گروه از افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی حداقل در یکی از متغیرهای سبک‌های مقابل با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/01$). در گام بعدی برای فهمیدن این که در کدام متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری اثرات گروه بر متغیرهای سبک‌های مقابل با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
راهبرد منفی	۲۵۶۱/۰۶	۱	۲۵۶۱/۰۶	۱۰۶/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸
راهبرد مثبت	۹۶۰/۰۰	۱	۹۶۰/۰۰	۲۳/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵
کیفیت زندگی	۴۰۰/۴۱	۱	۴۰۰/۴۱	۱۰/۵۱	۰/۰۰۲	۰/۱۵۳
تاب‌آوری	۷۲۸/۰۱	۱	۷۲۸/۰۱	۶/۵۵	۰/۰۱۳	۰/۱۰۱

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۴، بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی در متغیرهای سبک‌های مقابل مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود داشت ($P<0/01$). همچنین در متغیرهای سبک‌های مقابل مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی به ترتیب $0/64$ ، $0/28$ ، $0/15$ و $0/10$ درصد از واریانس آنها را تبیین کرد.

به دنبال معنی‌دار شدن تفاوت کلی بین گروه‌ها، برای تعیین تفاوت معنی‌دار در گروه‌ها از مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها یعنی آزمون‌های تعقیبی استفاده می‌کنیم که به‌کارگیری این روش‌ها، غالباً به نتایج مشابهی ختم می‌شود اما با توجه به کاربرد آن‌ها برای مقایسه میانگین دوه‌دوی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین دوه‌دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در سبک‌های مقابل مسئله‌مدار تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات سبک‌های مسئله‌مدار در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به طور معناداری پایین‌تر از نمره افراد عادی است ($P<0/01$). بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در سبک‌های مقابل هیجان‌مدار نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات سبک‌های هیجان‌مدار در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به طور معناداری بالاتر از نمره افراد عادی است ($P<0/01$). همچنین بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در متغیرهای

کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات کیفیت زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد اقدام به خودکشی به طور معناداری پایین‌تر از نمره افراد عادی است ($P < 0.01$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه مهارت‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در افراد ۱۵ - ۲۵ ساله اقدام به خودکشی و افراد عادی در شهر قم بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه اقدام به خودکشی و گروه کنترل در مولفه‌های مهارت‌های مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که نمرات سبک‌های مسئله‌مدار در افراد اقدام به خودکشی به طور معناداری پایین‌تر و نمرات سبک‌های هیجان‌مدار به طور معناداری بالاتر از نمرات افراد عادی است. این یافته با نتایج حبیبی و پورحسین (۱۳۹۱) همسو است. بر اساس این نتایج، می‌توان گفت که هر چه مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در افراد تقویت شود، میزان اقدام به خودکشی کاهش می‌یابد. حبیبی و پورحسین (۱۳۹۱) نیز اشاره کردند که عواملی مانند استرس، افسردگی و عدم خودکنترلی همراه با مشکلات خانوادگی، شخصیت، بیماری‌های روانی و فقدان حمایت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌تواند در بروز افکار و رفتار خودکشی مؤثر باشد؛ بنابراین انتظار می‌رود با بهبود و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و دریافت حمایت‌های اجتماعی مناسب، احتمال اقدام به خودکشی کاهش یابد. همچنین، نجفی و همکاران (۱۳۹۶) اضطراب، استرس و افسردگی را از عوامل مهم تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی دختران نوجوان معرفی کرده‌اند و بر این اساس، آموزش راهبردهای مقابله با استرس و مهار اضطراب و افسردگی ناشی از رویدادهای مختلف می‌تواند نقش مؤثری در کاهش اقدام به خودکشی در این گروه داشته باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه اقدام به خودکشی و گروه کنترل در کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که نمرات کیفیت زندگی در افراد اقدام به خودکشی به طور معناداری پایین‌تر از افراد عادی است. این یافته با نتایج مروا و تاریمو (۲۰۱۹) و پرست و همکاران (۲۰۲۳) همسو است و نشان می‌دهد که کیفیت زندگی پایین تأثیر قابل توجهی بر بیماران اقدام‌کننده به خودکشی دارد. این موضوع با یافته‌های ارلانگسن^۱ و همکاران (۲۰۲۱) نیز همخوانی دارد که سلامت جسمانی را عاملی اساسی برای تجربه کیفیت زندگی مطلوب معرفی می‌کنند. کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند منجر به به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله‌ای و سازگاری ناکارآمد در افراد شود و به تبع آن افزایش تنش را به دنبال داشته باشد، که این تنش غالباً با عوامل فیزیکی و جسمانی مرتبط بوده و می‌تواند شدت بیماری را در افراد افزایش دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه اقدام به خودکشی و گروه کنترل در تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که نمرات تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد اقدام به خودکشی به طور معناداری پایین‌تر از افراد عادی است. این یافته با نتایج کلورلی و کید (۲۰۱۱) و روستی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. کلورلی و کید^۲ (۲۰۱۱) نشان دادند که تاب‌آوری درک‌شده جوانان با افکار خودکشی کمتر مرتبط است، در حالی که پریشانی روانی بالاتر با افکار خودکشی بیشتر مرتبط است. تاب‌آوری به‌طور کلی به عنوان توانایی و فرآیند پویا در حفظ عملکرد سلامت روانی و جسمی تحت سطوح بالای خطرات خودکشی شناخته می‌شود، و مشاهدات نشان می‌دهند که اکثریت افراد در معرض خطر، مانند افرادی که افسردگی یا افکار خودکشی دارند، رفتار خودکشی را نشان نمی‌دهند. تاب‌آوری اهمیت دارد زیرا عملکرد اجتماعی سالم، روحیه و سلامت جسمی را تضمین کرده و به فرد کمک می‌کند تا ثبات عاطفی خود را در میان استرس حفظ کند و درک آن منجر به سازگاری و استقامت شخصی می‌شود (اوکچوکوکو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس نظریه تاب‌آوری (فرگوس و زیمرمن^۴، ۲۰۰۵)، تاب‌آوری می‌تواند به عنوان عاملی محافظتی در برابر استرس عمل کند، زیرا به افراد کمک می‌کند تا منابع محافظتی درونی مانند مهارت‌های مقابله و خودکارآمدی و منابع محافظتی بیرونی مانند حمایت والدین را بسیج کنند. علاوه بر این، افراد با سطوح بالای تاب‌آوری

1. Erlangsen

2. Cleverley, K., & Kidd, S. A

3. Okechukwu

4. Fergus, S., & Zimmerman, M. A.

دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی دارند و ناملایمات، مانند رویدادهای استرس‌زا، را موقتی می‌بینند (سلامی^۱، ۲۰۱۰)، ویژگی‌هایی که آن‌ها را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا کمتر مستعد افسردگی و خودکشی می‌کند.

این مطالعه نشان داد که اقدام‌کنندگان به خودکشی به‌طور قابل‌توجهی سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بالاتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و تاب‌آوری روان‌شناختی کمتری را تجربه کرده‌اند، در حالی که گروه کنترل کیفیت زندگی مطلوب‌تر و تاب‌آوری بالاتری داشتند. به‌طور خاص، تاب‌آوری روان‌شناختی، رفتارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کیفیت زندگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی به شکل معناداری کمتر بود. در میان عوامل مختلف، رویدادهای زندگی مطلوب، آموزش مناسب و حمایت اجتماعی کافی به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی شناسایی شدند، با این حال مشخص کردن یک عامل واحد مسئول رفتار خودکشی دشوار است، زیرا اثر متقابل پیچیده عوامل مختلف تعیین‌کننده رفتار و اثر حفاظتی آن‌ها در برابر خودکشی وجود دارد. یافته‌های حاضر نشان می‌دهند که افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، فراهم کردن تجربیات مثبت زندگی، ارتقای سلامت جسمی و روانی و ایجاد محیط سالم، از مؤثرترین راهبردهای پیشگیری از اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند.

محدودیت اصلی این مطالعه، حجم نمونه کوچک و همچنین انتخاب گروه کنترل بود که برای تطبیق ویژگی‌های روانی-اجتماعی-جمعیت‌شناختی با گروه مورد مطالعه و کاهش متغیرهای مداخله‌گر انجام شد، با این حال کیفیت رویدادهای زندگی تجربه شده توسط هر فرد منحصر به فرد است و مقایسه کامل این رویدادها نیازمند حجم نمونه بزرگ‌تر می‌باشد. علاوه بر این، متغیرهای مرتبط با رفتار خودکشی مانند ویژگی‌های شخصیتی، تمایل به رفتار خشونت‌آمیز و تکانشگری نیز باید در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرند تا تمایز دقیق‌تری بین اقدام‌کنندگان به خودکشی و گروه کنترل ایجاد شود.

۴-۱. پیشنهادهای پژوهشی

در چارچوب مطالعه حاضر، چند پیشنهاد برای تحقیقات آتی مطرح می‌شود. استفاده از طرح‌های مطالعه مداخله‌ای می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره نقش افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی، بهبود سبک‌های مقابله‌ای و ارتقای کیفیت زندگی و همچنین قرار گرفتن در معرض تجربیات مثبت در کاهش تمایل به خودکشی ارائه دهد. علاوه بر این، مطالعات موردی فردی و کیفی می‌توانند تحلیل عمیق‌تری از عوامل مؤثر در این رفتار پیچیده فراهم کنند. بر اساس یافته‌های حاضر، توصیه می‌شود سیاست‌گذاران و متخصصان به آموزش و تمرین مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و تکنیک‌های تاب‌آوری توجه ویژه داشته باشند، زیرا این اقدامات نه تنها می‌توانند افکار و رفتارهای خودکشی را کاهش دهند، بلکه به ارتقای زندگی سالم و بهبود سلامت روانی افراد نیز کمک می‌کنند.

۵. تعارض منافع

نویسندگان در خصوص نتایج، تعارض منافع خاصی ندارند.

۶. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت شده است. هدف از پژوهش و مراحل اجرای آن به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد. همچنین به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد و هر زمان که مایل بودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شده است. اصول کنوانسیون هلسینکی نیز رعایت شده است.

۷. منابع مالی

در این مطالعه بودجه پژوهشی خاصی از طرف هیچ موسسه‌ای دریافت نشد.

۸. رضایت به انتشار

نویسندگان متعهد می‌شوند که نسخه مورد نظر این مقاله در جای دیگری جهت چاپ ارسال نشده و موافقت خود را جهت انتشار در این مجله اعلام می‌دارند.

۹. سپاسگزاری

1. Salami

نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش اعلام می‌دارند.

References

- Akbari, M., Mahmoud Alilou, M., & Aslanabad, N.. (2010). Relationship Between Stress And Coping Styles With Coronary Heart Disease: Role Of Gender Factor. *Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology*, 15(4 (59)), 368-376.. <https://Sid.Ir/Paper/16744/En>
- Asadi, A. (2017). *Comparison of stress and coping strategies, emotion regulation methods and social support between retinopathy sufferers and healthy people*. Senior Thesis. Psychology - General psychology. Payam Noor University of Tehran Province. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.40179.3992>
- Cleverley, K., & Kidd, S. A. (2011). Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of adolescence*, 34(5), 1049-1054. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.11.003>
- Erlangsen, A., Banks, E., Joshy, G., Calear, A. L., Welsh, J., Batterham, P. J., ... & Salvador-Carulla, L. (2021). Physical, mental, and social wellbeing and their association with death by suicide and self-harm in older adults: a community-based cohort study. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(5), 647-656. <https://doi.org/10.1002/gps.5463>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26(9), 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Kumar, P. S., & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian journal of psychiatry*, 55(1), 46. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.105504>
- Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., et al. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 207, 434-441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
- Marwa, N. P., & Tarimo, E. A. (2019). Provision of care to hospitalized pediatric burn patients: A qualitative study among nurses at Muhimbili National Hospital, Dar Es Salaam, Tanzania. *BMC Nursing*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0335-1>
- Moini, P.; Malih al-Zhakrin, S.; Asadi, J.; Khajund Khoshli, A. (2018). The effectiveness of metacognitive training and therapy on the sense of coherence and quality of life of the wives of addicted men. *Addiction and substance abuse research quarterly*, 13(54), 181-204. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-2185-en.html>
- Nik Mensch, Zou Zandukili, M. (2014). The effect of positivity training on the quality of life, depression, anxiety and stress of juvenile delinquents. *Positive psychology research paper*. 1(2), 53-64. https://pppls.ui.ac.ir/article_18997.html
- Okechukwu, F. O., Ogba, K. T., Nwufu, J. I., Ogba, M. O., Onyekachi, B. N., Nwanosike, C. I., & Onyishi, A. B. (2022). Academic stress and suicidal ideation: moderating roles of coping style and resilience. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04063-2>
- Persett, P. S., Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Myhren, H. (2023). Health-related quality of life in patients discharged from hospital after suicide attempt with violent methods compared to self-poisonings. *Nordic Journal of Psychiatry*, 3(5), 1-9. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2257686>
- Posht Mashhadhi, M., Asgharanjadfarid, A. A., Maulavi Najomi, M., Asgharzadeh Amin, S., Malkouti, K., and Bovalhari, J. (1386). Attempting suicide and its relationship with stress and support system: a study in Karaj city. *Journal of the School of Medicine*, 65(4), 72-76. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-806-fa.html>
- Rossetti, M. C., Tosone, A., Stratta, P., Collazzoni, A., Santarelli, V., Guadagni, E., ... & Rossi, A. (2017). Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39(12), 216-219. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2045>
- Salami, S. O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101. <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v6n12p101>
- saxena S, Carlson D, Brillington R, Orley J. (2001). Quality of Life Research. Vol. 10. Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL- Bref): The importance of its items for cross-cultural research; pp. 711-21. <https://doi.org/10.1023/a:1013867826835>
- Spronk, I., Van Loey, N. E., Sewalt, C., Nieboer, D., Renneberg, B., Moi, A. L., ... Polinder, S. (2020). Recovery of health-related quality of life after burn injuries: An individual participant data meta-analysis. *PLoS One*, 15(1), e0226653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226653>
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Zhou, X., Wu, X., & Chen, J. (2015). Longitudinal linkages between posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in adolescent survivors following the Wenchuan earthquake in China: A three-wave, cross-legged study. *Psychiatry Research*, 22(81), 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.024>