

The relationship between big five personality traits, Coping styles and Social support with Depression in woman under follow-up for breast cancer

Mohsen Amiri¹, Behiye Mohamadi*², Soraya Gheydari²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Zanzan, Zanzan, Iran
2. M.A. Department of Psychology, Islamic Azad University of Zanzan, Zanzan, Iran

Received: 2017.July.27

Revised: 2017. October.07

Accepted: 2017. November.05

Abstract

Background and Aims: The present study aimed at investigating the relationship between coping style strategies, big five personality traits, and social support perception and depression among women with breast cancer.

Materials and Methods: In the present correlational study, 175 women with breast cancer were selected using convenient sampling. The participants completed the perception social support questionnaires (1998), Beck depression inventory (1998), coping with stressfully situation inventory (coping style) (2002), and Big five personality trait scale (1992).

Results: Findings of the correlation indicated that neuroticism had a positive relationship with depression ($P=0/01$). There was also a significant negative relationship between openness to experience, agreeableness ($P=0/01$), and extraversion ($P=0/05$) depression. In addition, no statistically significant relationship was observed between consciousness and depression ($P=0/05$). Moreover, there was a negative and significant relationship between social support and problem-oriented coping style and depression ($P=0/05$). Furthermore, a significant and positive relationship was observed between problem-solving coping style and avoidance and depression.

Conclusion: Based on the findings of the present study, women with more severe neuropathic breast cancer who are more likely to use emotion-focused problem solving styles experience mood symptoms more severely.

Keywords: Breast Cancer; Depression; Coping Style Strategies; Big Five Personality Traits; Social Support Perception

Cite this article as: Mohsen Amiri, Behiye Mohamadi, Soraya Gheydari. The relationship between big five personality traits, Coping styles and Social support with Depression in woman under follow-up for breast cancer. *J Rehab Med.* 2018; 7(2): 192-200.

* **Corresponding Author:** Behiye Mohamadi. M.A. Department of Psychology, Islamic Azad University of zanzan, Zanzan, Iran
Email: kordestanid@yahoo.com

DOI: 10.22037/jrm.2017.110740.1496

رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای، و حمایت اجتماعی با افسردگی در میان زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان‌های پیگیرانه

محسن امیری^۱، بهیه محمدی^۲، ثریا قیدری^۳

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۶/۰۵/۰۵ بازنگری مقاله ۱۳۹۶/۰۷/۱۵ پذیرش مقاله ۱۳۹۶/۰۸/۱۴ *

چکیده

مقدمه و اهداف

سرطان سینه شایع‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است. مشکلات روان‌شناختی ناشی از این بیماری دارای تأثیرات بلندمدتی بوده و با عوامل بسیار زیادی در ارتباط است، از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، پنج عامل بزرگ شخصیت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی در میان زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۷۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (۱۹۹۸)، پنج عامل بزرگ شخصیت (۱۹۹۲)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۱۹۹۸) و پرسش‌نامه مقابله با شرایط استرس‌زا (سبک‌های مقابله‌ای) (۲۰۰۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج ضرایب همبستگی محاسبه‌شده نشان داد که بین روان‌رنجورخویی و افسردگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بین عامل گشودگی به تجربه، انعطاف‌پذیری ($P < 0/01$) و برون‌گرایی ($P < 0/05$) نیز با افسردگی، همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد. بین عامل هوشیاری و افسردگی هیچ رابطه معناداری از لحاظ آماری به دست نیامد. بین حمایت اجتماعی و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار با افسردگی رابطه منفی و معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین سبک حل مسئله هیجان‌مدار و اجتنابی ($P < 0/05$) با افسردگی رابطه مثبت و معنادار بود. بر اساس نتایج به دست آمده روان‌رنجورخویی و سبک حل مسئله هیجان‌مدار قادر به پیش‌بینی افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه هستند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر زنان مبتلا به سرطان سینه‌ای که روان‌رنجورخویی بالاتری داشته و بیشتر از سبک حل مسئله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، نشانه‌های مشکلات خلقی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند.

واژگان کلیدی

سرطان سینه؛ افسردگی؛ راهبردهای مقابله‌ای؛ پنج عامل بزرگ شخصیت؛ حمایت اجتماعی

نویسنده مسئول: بهیه محمدی، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد زنجان، زنجان، ایران

آدرس الکترونیکی: kordestanid@yahoo.com

مقدمه و اهداف

سرطان سینه^۱ شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روان‌شناختی تأثیرگذارترین، و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است.^[۱] سرطان سینه شایع‌ترین سرطان عضوی در زنان بوده و به عنوان اولین علت مرگ و میر زنان ۴۰ تا ۴۴ (سال میلادی) در نظر گرفته می‌شود.^[۲] این سرطان تقریباً از هر هشت زن یک نفر را مبتلا کرده و دومین علت مرگ زنان در اثر سرطان می‌باشد.^[۳] در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان زنان بوده^[۴] و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد.^[۵] یکی از مطالعاتی که در مورد شیوع‌شناسی مشکلات و آشفتگی‌های روان‌شناختی^۲ در این زنان انجام یافته است، وقوع تنش‌های روان‌شناختی در زنان را ۴۱ درصد و شیوع علائم افسردگی^۳ در این زنان را ۱۱ درصد بیان می‌کند^[۶]، اما تحقیقات متعددی بیان می‌کنند که بسیاری از چنین بیمارانی، یعنی در حدود ۳۳ درصد از آنها دارای علائم متوسط و خفیف افسردگی و ۱۳ درصد از آنها از علائم شدید افسردگی رنج می‌برند.^[۷]

بسیاری از زنان مبتلا به سرطان سینه به خصوص بیماران جوان‌تر^[۸] ممکن است در معرض خطر بسیار بالای ابتلا به اختلال‌های خلقی و روان‌شناختی باشند^[۹]، اما در فرآیند درمان پزشکی شرکت نمی‌کنند، بیمارانی که تحت درمان و شیمی‌درمانی قرار می‌گیرند، سطوح بسیار بالاتری از مشکلات خلقی و افسردگی را از خود بروز می‌دهند و از سوی دیگر در این بیماران حتی ممکن است بعد از عمل جراحی نیز، مشکلات عاطفی و مشکلات سرکوب هیجانی و عاطفی وجود داشته باشد.^[۱۰] وجود علائم ناخواسته و آزاردهنده در طی فرآیند شیمی‌درمانی نیز با افزایش علائم افسردگی و همچنین کیفیت زندگی نامطلوب در میان این بیماران در ارتباط بوده است.^[۸،۳] تأثیراتی که فرآیند شیمی‌درمانی بر باروری، مسائل جنسی و قاعدگی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌گذارد با بسیاری از مشکلات سلامت عمومی این بیماران همچون مشکلات قلبی و عروقی و در طولانی‌مدت با بسیاری از مشکلات روان‌شناختی آنها در ارتباط است.^[۸]

عوامل خطر ساز افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه مانند سایر افراد، چندگانه و چندعاملی^۴ بوده و عواملی از قبیل، سن، وخامت و شدت بیماری، فقدان حمایت اجتماعی، عوامل شناختی و شخصیتی، نحوه برخورد با مسائل و تنش‌های مربوط به بیماری را در بر می‌گیرد.^[۱۱،۱۰] اما به نظر می‌رسد که متغیرهای پزشکی و روان‌شناختی بسیار زیادی در تعیین بهزیستی روان‌شناختی این افراد دخیل باشد که مواردی از قبیل راهبردهای مقابله‌ای^۵ و عوامل شخصیتی در مورد این بیماری را نیز در بر می‌گیرند، اما میزان چگونگی این ارتباطات و سهم هر یک از این متغیرها با افسردگی و دیگر مشکلات روان‌شناختی در میان این بیماران چندان آشکار نیست.^[۱۱،۹] در این میان یکی از عوامل مرتبط با افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه راهبردهای مقابله‌ای و میزان حمایت اجتماعی^۶ دریافتی آنان در مورد جنبه‌های مختلف بیماری و مشکلات ناشی از آن است.^[۹،۱۲] زنانی که مبتلا به سرطان سینه شناسایی می‌شوند، باید بتوانند با شرایطی که این بیماری ممکن است برای تندرستی جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد، سازگار شوند و در این راه میزان حمایت روان‌شناختی و کمک دیگران در جنبه‌های مختلف این بیماری بسیار می‌تواند راهگشا باشد و از میزان تنش‌های روزانه این زنان و آشفتگی‌های روان‌شناختی آنها بکاهد.^[۹] یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر علائم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه سبک‌های مقابله‌ای این بیماران در برابر مسائل مختلف این بیماری است که می‌تواند دارای نقشی بسیار اساسی در فرآیند سازگاری با این بیماری داشته باشد.^[۱۳] فرآیند تشخیص و درمان این بیماری بر آشفتگی‌های روان‌شناختی این بیماران تأثیرگذار است.^[۱۴] از این رو استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله-مدار می‌تواند بر تجربه تنشگرهای روان‌شناختی در این نوع از بیماران تأثیرگذار باشد.^[۱۵] به عنوان مثال در پژوهشی که به بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری روان‌شناختی در میان مبتلایان به سرطان سینه پرداخته بود، رابطه معناداری بین سازگاری ضعیف، اجتناب‌شناختی و استفاده کم از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار مورد گزارش قرار داده بود.^[۱۶] در پژوهش دیگری علائم اضطراب و افسردگی تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای مبتلایان به سرطان سینه داشت.^[۱۷] در پژوهشی که به بررسی سبک‌های مقابله‌ای و میزان آشفتگی‌های روان‌شناختی در میان زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخته بود، نشان داد که زنان استفاده‌کننده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در مقایسه با زنانی که تا حدی بیماری خود را پذیرفته بودند و در مورد بیماری خود بیان هیجانی داشته‌اند و از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار بودند، از آشفتگی و تنشگرهای روان‌شناختی کمتری رنج می‌بردند.^[۱۲]

با توجه به این پژوهش‌ها و با در نظر گرفتن این موضوع که ارتباط بین حمایت اجتماعی درک‌شده به وسیله فرد مبتلا به سرطان و همچنین نحوه به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای با افسردگی به صورت اخص برای بیماران مبتلا به سرطان سینه اندازه‌گیری نشده است و

1. Breast cancer
- 2 Psychological disturbance
- 3 Depression
- 4 Multi Factor
- 5 Coping Style
- 6 Social Support

از آن مهمتر سهم هر یک از آنها در پیش‌بینی افسردگی این افراد آشکار نیست، این سوال می‌تواند مطرح گردد که آیا این ادراک در مورد میزان حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند دارای نقشی در پیش‌بینی‌پذیری افسردگی در این بیماران داشته باشد و اینکه این سهم به چه میزان است.

شخصیت نیز می‌تواند از راه‌های گوناگونی با سلامتی و رفتارهایی که سلامت روان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، رابطه داشته باشد، به عنوان مثال شخصیت می‌تواند بر تفسیر رخدادها و تنش‌برانگیز در برابر این رویدادها و مواجهه با تنشگرها تاثیرگذار بوده و بر سلامت روان‌شناختی تاثیر بگذارد.^[۱۸] با توجه به این یافته‌ها یکی از متغیرهای بسیار مهم و تاثیرگذار در ابتلای بیماران در شرایط پزشکی مختلف به مشکلات روان‌شناختی و افسردگی پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌رنجورخویی^۷، گشودگی به تجربه^۸، هوشیاری^۹، برون‌گرایی^{۱۰}، انعطاف‌پذیری^{۱۱}) است. تحقیقات نشان می‌دهد که پنج عامل بزرگ شخصیت با اختلالات خلقی و افسردگی در ارتباط هستند. پژوهش‌ها این نتیجه را در بر داشته‌اند که این پنج عامل دارای سهم مهمی در پیش‌بینی مشکلات خلقی می‌باشد^[۱۹]، اما در مورد بیماران مبتلا به سرطان سینه مطالعات به صورت مستقیم به این امر نپرداخته است و مطالعات اندکی در این رابطه انجام یافته است، به عنوان مثال لازاروس و فلکمن^[۲۰] در پژوهش خود نشان دادند که ارزیابی‌های اولیه فرد از وضعیت خودش و همچنین برداشته‌ها و ارزیابی‌های اولیه فرد از میزان خطر بیماری سرطان که این امر از ویژگی‌های شخصیتی همچون روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی تاثیر می‌پذیرد^[۲۱]، می‌تواند تعیین‌کننده واکنش‌های رفتاری و هیجانی این افراد باشد.

پژوهش‌هایی که در مورد ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و مشکلات جدی در زمینه مسائل تندرستی و سرطان انجام یافته است، در بر گیرنده این نتایج بوده است که روان‌رنجورخویی بر سبک زندگی فرد و فعالیت‌هایی که منجر به ابتلا به مشکلات تندرستی و سرطان می‌شود، دخیل است.^[۲۲] از سوی دیگر سایر پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که افراد مبتلا به سرطان به احتمال بیشتری بسیاری از خصایص روان‌رنجورخویی را داشته و نسبت به سایر افراد مشکلات تندرستی بیشتری دارند^[۲۳]، اما در مورد ارتباط سایر صفات شخصیتی و ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی در مورد افراد مبتلا به سرطان و به صورت اخص سرطان سینه نتایج روشنی وجود نداشته یا پژوهش‌های روان‌شناسی به این موارد کمتر پرداخته است. وجود ارتباط بین خصوصیات شخصیتی و مشکلات تندرستی به خصوص در بیماری سرطان حائز اهمیت است زیرا شرایط بسیار پیچیده‌تر از ارتباط هر متغیر دیگری با مسائل تندرستی در این بیماران است، چرا که در بسیاری از پژوهش مربوط به حوزه سرطان تنها به ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با خطر آسیب‌پذیری به سرطان پرداخته شده و در مورد ارتباط بین این ویژگی‌ها با مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان کارهای پژوهشی اندکی انجام یافته است.^[۲۴] بسیاری از چنین بیمارانی در سیر این بیماری علائم فرسودگی روانی شدید و همچنین محدودیت در انجام اعمال زندگی روزانه خود را تجربه می‌کنند که تا حدود بسیار زیادی شرایط طبیعی زندگی آنها را مختل می‌کند. از سوی دیگر افسردگی در میان زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر بسیار زیادی بر افزایش عوارض جانبی درمان‌های این نوع از سرطان داشته و بر احساس خستگی و فرسودگی، مشکلات شناختی و علائم اضطرابی مبتلایان به این نوع از سرطان تاثیرگذار است، از سوی دیگر عوامل هورمونی، پزشکی و اضافه شدن تاثیر این مسائل بر عوامل روان‌شناختی منحصر به فرد می‌تواند به عنوان یک عامل خطر جدی برای افزایش وقوع افسردگی در بیماران با سرطان سینه در نظر گرفته شود، اما علی‌رغم این دلایل کلی برای وقوع مشکلات خلقی که همراه با بیماری سرطان سینه روی می‌دهد، علائم افسردگی می‌تواند به وسیله دامنه گسترده‌ای از مسائل روان‌شناختی-اجتماعی و همچنین عوامل مربوط به خود بیماری سرطان سینه ادامه پیدا کند که لزوم پرداختن به شناسایی این چنین عواملی می‌تواند در پیشگیری و کاستن از علائم افسردگی در این بیماران نقش ایفا کند.^[۲۵] از این رو این سوال به وجود می‌آید که آیا پنج عامل بزرگ شخصیت در زنان مبتلا به سرطان سینه نیز مانند جمعیت عادی با افسردگی در ارتباط هستند یا خیر و میزان این ارتباط و پیش‌بینی‌پذیری هر کدام از این عوامل در مقایسه با یکدیگر به چه میزان است. با توجه به موارد ذکر شده و هدف پژوهش حاضر، فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱. بین پنج عامل بزرگ شخصیت و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد.
۲. بین راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد.
۳. بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد.
۴. پنج عامل بزرگ شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، افسردگی را در زنان مبتلا به سرطان سینه پیش‌بینی می‌کند.

7 Neuroticism
8 Openness to Experience
9 Conscientiousness
10 Extroversion
11 Agreeableness

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع بنیادی محسوب می‌شود، همچنین بر اساس ماهیت و روش، پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر تهران تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه متغیرهای پیش‌بین ۱۰ خرده‌مقیاس (پنج عامل بزرگ شخصیت، سه خرده‌مقیاس سبک‌های مقابله‌ای، افسردگی و حمایت اجتماعی) دارند، بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل^[۲۶]، به ۱۳۰ نفر به عنوان نمونه نیاز است که به دلیل احتمال ریزش نمونه و عدم بازگشت پرسش‌نامه‌ها تعداد ۲۰۰ پرسش‌نامه توزیع گردید که ۱۷۵ پرسش‌نامه بدون نقص جمع‌آوری گردید.

$$N > 50 + 8m \quad \rightarrow \quad 50 + 8(10) = 130$$

از میان این جامعه آماری به صورت نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۵ به بیمارستان لاله شهر تهران مراجعه شد و نمونه پژوهشی انتخاب گردید. از میان این بیماران تعداد ۱۷۵ نفر که مبتلا به سرطان سینه بودند و وارد فاز شیمی‌درمانی شده بودند، با توجه به پرونده پزشکی به صورت داوطلبانه انتخاب شده و مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب برابر با ۴۱/۶۰ و ۶/۸۰ بود. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسش‌نامه شخصیتی نئو: فرم کوتاه پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیت توسط کاستا و مک کری در سال ۱۹۸۹ طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سوال است که برخلاف فرم بلند آن تنها پنج عامل بزرگ شخصیت را می‌سنجد و این پنج شاخص اصلی شامل روان‌آزردگی-خوبی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، وجدانی بودن و توافق می‌باشد. پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت دارای اعتبار روایی قابل قبولی است. ضریب پایایی آزمون بین ۰/۵۱ تا ۰/۸۲ برای صفات مختلف در مردان و در زنان به دست آمده است.^[۲۷] روایی نخست این پرسش-نامه از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. برای بررسی روایی ملاکی تست، از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی S و ارزیابی مشاهده‌گر فرم R استفاده شده است. در بین عوامل اصلی حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ و در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری وجود داشت.^[۲۷] در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کربناخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه مقابله با شرایط پراسترس (راهبردهای مقابله‌ای): این آزمون دارای ۴۸ عبارت است و با طیف لیکرت پنج درجه‌ای سه سبک مقابله‌ای اصلی، یعنی مقابله مسئله‌مدار که به معنای کنترل هیجانات و برنامه‌ریزی برای حل گام‌به‌گام مسئله است (۱۶ عبارت)، مقابله هیجان‌مدار که در آن فرد به جای تمرکز بر خود مسئله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برای کاهش دادن هیجانات منفی تلاش می‌کند (۱۶ عبارت) و سبک مقابله اجتنابی که در فرد از روبرو شدن با مشکل اجتناب می‌کند (۱۶ عبارت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پرسش‌نامه مقابله با شرایط پراسترس اندلر و پارکر اعتبار سازه عبارات زیرمقیاس‌های آزمون از طریق محاسبه همبستگی هر یک از عبارات با کل عبارات زیرمقیاس مورد نظر اثبات شد. میزان همبستگی مشاهده‌شده بدین شرح است: مقابله مسئله-مدار=۰/۴۸، مقابله هیجان‌مدار=۰/۴۱ و مقابله اجتنابی=۰/۴۵.^[۲۸، ۲۹] در فرم کوتاه این پرسش‌نامه نتایج تحلیل عامل تاییدی ساختار پنج عاملی را تایید کرد که این امر حاکی از اعتبار سازه این آزمون است.^[۳۰] در ایران نیز روایی این آزمون به وسیله پژوهش کمالی مورد تایید قرار گرفته است.^[۳۱] و برای پایایی پرسش‌نامه مقابله با شرایط پراسترس اندلر و پارکر ضریب آلفای کرونباخ سه زیرمقیاس اصلی آزمون (مقابله مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، در نمونه‌های مختلف از جمله نوجوانان، دانشجویان و بزرگسالان بالای ۰/۰۸۰ درصد گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی زیرمقیاس‌ها در فاصله ۶ هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۵۱ گزارش شده است.^[۲۸] در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کربناخ ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک یک مقیاس ۲۱ سوالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۶۳ با توجه به علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی می‌سنجد. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد مورد تایید قرار گرفته است.^[۳۲] از هنگام تدوین این مقیاس تاکنون، ارزیابی‌های بسیاری توسط پژوهشگران انجام گرفته است. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۶ بوده است. ضریب آلفای کربناخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت ایالت متحده، ضریب آلفای کربناخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است.^[۳۳] در پژوهش حمید^[۳۳] ضرایب آلفای کربناخ ۰/۸۶ و ضریب تصنیف ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کربناخ ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی/ادراک‌شده: این آزمون دارای ۱۲ ماده است که توسط زیمت و همکاران^[۳۴] طراحی شده است. این مقیاس حمایت از جانب فرد خاص، خانواده و دوستان را در بر می‌گیرد. ادواردس^[۳۵] آلفای کربناخ کل مقیاس را ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌های خانواده،

دوستان و فرد خاص به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۹۰ و ۰/۸۸ گزارش کرده است. روایی محتوای این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر روایی بالا و رضایت‌بخش این مقیاس بود.^[۳۵] در پژوهش حاضر نیز ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرنباخ ۰/۷۶ به دست آمد. در این پژوهشی که توسط امیری انجام گرفته است، پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرنباخ ۰/۸۵ گزارش شده است.^[۳۶]

یافته‌ها

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با افسردگی در میان بیماران مبتلا به سرطان سینه بوده است. در این قسمت با هدف تحلیل داده‌ها ابتدا ضرایب همبستگی مربوط به تمامی متغیرها گزارش گردیده و سپس در بخش استنباطی با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام به فرضیه‌های پژوهش حاضر پاسخ داده می‌شود.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. افسردگی	۱									
۲. روان‌رنجوری	۰/۲۸**	۱								
۳. انعطاف‌پذیری	-۰/۲۳**	-۰/۱۵*	۱							
۴. هوشیاری	۰/۰۴۵	۰/۰۸۶	-۰/۱۰	۱						
۵. برونگرایی	-۰/۱۶*	-۰/۱۸*	۰/۲۱**	۰/۰۱	۱					
۶. گشودگی به تجربه	-۰/۱۱	-۰/۳۰**	۰/۱۸**	۰/۰۷	۰/۸۴**	۱				
۷. حمایت اجتماعی	-۰/۱۷*	-۰/۲۹**	۰/۲۱**	-۰/۰۷	۰/۲۵**	۰/۵۹*	۱			
۸. هیجان‌مدار	۰/۲۵**	۰/۲۸**	-۰/۱۳	-۰/۰۴	-۰/۱۰*	-۰/۱۶*	-۰/۰۸	۱		
۹. مسئله‌مدار	-۰/۱۷*	-۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۰۱۹	۰/۷۲**	۰/۲۳**	۰/۲۵**	-۰/۰۶	۱	
۱۰. سبک اجتنابی	۰/۱۸*	۰/۴۶**	-۰/۲۵**	-۰/۲۲**	-۰/۱۶*	-۰/۱۵*	-۰/۱۸*	۰/۲۰*	-۰/۰۷	۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ N=۱۷۵

ضریب همبستگی میان پنج عامل بزرگ شخصیت به این ترتیب بود که روان‌رنجورخویی و افسردگی، مثبت و معنادار بود ($r=0.28$ ، $P < 0.01$)، یعنی با افزایش عامل روان‌رنجورخویی گرایش به افسردگی می‌یابد، عامل انعطاف‌پذیری با افسردگی، همبستگی منفی و معنادار ($r=-0.23$ ، $P < 0.01$)، گشودگی به تجربه ($r=0.18$ ، $P < 0.05$) و برونگرایی ($r=-0.16$ ، $P < 0.05$) نیز همبستگی منفی و معناداری را با این عامل نشان می‌دهند. همچنین عامل هوشیاری ($r=0.045$) نیز همبستگی معناداری با متغیر ملاک نداشت. از سوی دیگر، بین متغیر حمایت اجتماعی ($r=-0.17$ ، $P < 0.05$) و افسردگی رابطه منفی و معنادار بود. همچنین بین سبک حل مسئله هیجان‌مدار ($r=0.25$ ، $P < 0.05$) و اجتنابی ($r=0.18$ ، $P < 0.05$) و افسردگی رابطه مثبت و معنادار بود و از سوی دیگر بین سبک مسئله‌مدار ($r=-0.17$ ، $P < 0.05$) و افسردگی رابطه منفی و معنادار بود. برای پیش‌بینی افسردگی بر اساس پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام استفاده شد. برای انجام این آزمون پیش‌فرض‌های خطی بودن و استقلال خطاها باید رعایت شود. برای آزمون هم‌خطی از دو شاخص TOLERANCE و VIF استفاده شد. مقدار TOLERANCE در پژوهش حاضر بیشتر از ۰/۰۱ است (مقدار این شاخص در گام آخر برای روان‌رنجورخویی ۰/۵۸، و سبک حل مسئله هیجان‌مدار ۰/۷۸ است) و مقدار VIF کمتر از ۱۰ است (مقدار این شاخص در گام آخر برای روان‌رنجورخویی ۱/۸۴ و سبک حل مسئله هیجان‌مدار ۱/۲۱ است)؛ لذا اثر هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین وجود ندارد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد. برای تأیید این پیش‌فرض مقدار آن باید بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد. آماره‌ی دوربین واتسون در پژوهش حاضر ۲/۰۲ شده است، بنابراین پیش‌فرض استقلال خطاها نیز تأیید شد. در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نمره کل افسردگی برحسب متغیرهای پیش-بین وارد شده به تحلیل گزارش شده است.

جدول ۲: پیش‌بینی تغییرات نمره کل افسردگی برحسب متغیرهای پیش‌بین واردشده با استفاده از رگرسیون گام‌به‌گام

مدل	متغیرهای پیش‌بین	F	p-value	R	R2	Beta	t	p-value
۱	روان‌رنجوری	۱۵/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۸	-۰/۰۸	۰/۲۸۳	۳/۸۷	<۰/۰۰۱
۲	روان‌رنجوری	۱۰/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	-۰/۱۱	۰/۸۲۴	۳/۰۶	<۰/۰۰۱
	سبک هیجان‌مدار					۰/۲۴۶	۲/۵۰	<۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۲، در مدل اول تنها روان‌رنجورخویی وارد معادله رگرسیون شده است. این متغیر قادر است تقریباً ۸ درصد از تغییرات افسردگی بیماران سرطانی را تبیین کند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$).

در مدل دوم اضطراب آشکار و سن وارد معادله رگرسیون شده‌اند. این متغیرها می‌توانند ۱۱ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین کنند که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$). با توجه به ضرایب بتای استانداردشده، قدرت تبیین‌کنندگی روان‌رنجورخویی بیشتر از سبک مقابله هیجان‌مدار است. هر دو متغیر به صورت مستقیم (مثبت) قادر به پیش‌بینی تغییرات افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه هستند.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی با افسردگی در میان زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان‌های پیگیرانه بوده است. محققان چنین بیان داشته‌اند که بین مشکلات روان‌شناختی و بیماری سرطان سینه ارتباط وجود دارد.^[۱۰] از سوی دیگر عوامل روان‌شناختی بسیاری بر شدت و چگونگی مشکلات خلقی در این بیماران تاثیرگذار است^[۹] که در ادامه به نتایج پژوهشی و تبیین‌های موجود پرداخته می‌شود.

با توجه به جدول ۱، مشاهده می‌شود که رابطه مثبت معناداری بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با افسردگی وجود دارد ($p < 0/01$). ضریب همبستگی مشاهده‌شده بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با افسردگی برابر با ۰/۲۵ است که حاکی از یک رابطه در حد متوسط بین این دو متغیر است. مثبت بودن این ضریب بدان معنا است که با افزایش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، افسردگی افزایش می‌یابد. از طرف دیگر بر اساس ضرایب استاندارد رگرسیون β (جدول ۴) می‌توان این‌گونه بیان کرد که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار با ضریب استاندارد ۰/۱۸ به صورت معناداری دارای سهم در پیش‌بینی افسردگی است.

این نتایج با نتیجه پژوهش گلدستین و همکاران^[۳۷] همسو است. از سوی دیگر در مقایسه با بیماران مبتلا به سرطان سینه که در فرآیند درمان پزشکی شرکت نمی‌کنند و با مشکلات پیش‌آمده در نتیجه بیماری هیجانی برخورد می‌کنند، بیمارانی که تحت درمان و شیمی‌درمانی قرار می‌گیرند نیز سطوح بسیار بالاتری از مشکلات خلقی و افسردگی را از خود بروز می‌دهند، زیرا این افراد نیز خود را دستخوش مسائل ناشی از عوارض درمان حس کرده و به صورت هیجانی واکنش نشان می‌دهند. از سوی دیگر در این بیماران حتی ممکن است بعد از عمل جراحی نیز، مشکلات عاطفی و مشکلات سرکوب هیجانی و عاطفی وجود داشته باشد. در این راستا پژوهش‌ها چنین بیان می‌کنند که استفاده از سبک‌های مساله‌مدار و استفاده از روش‌های حل مساله می‌تواند از بیشتر شدن مشکلات سلامت روانی افراد با بیماری‌های جسمانی بکاهد.^[۳۷]

با توجه به نتایج، مشاهده می‌شود که رابطه مثبت معناداری بین روان‌رنجوری و افسردگی وجود دارد ($p < 0/001$). ضریب همبستگی مشاهده‌شده بین این دو متغیر برابر با ۰/۲۸ است که حاکی از یک رابطه در حد متوسط بین این دو متغیر است. مثبت بودن این ضریب بدان معنا است که با افزایش روان‌رنجوری، افسردگی نیز افزایش می‌یابد. این متغیر در گام اول توسط مدل انتخاب شده و وارد تابع رگرسیونی شده است که با ورود آن این متغیر به تنهایی توانسته است ۰/۸ از واریانس افسردگی را خود مورد پیش‌بینی قرار دهد. از طرف دیگر بر اساس ضرایب استاندارد رگرسیون β جدول ۲، می‌توان این‌گونه بیان کرد که صفت شخصیتی روان‌رنجورخویی با ضریب استاندارد ۰/۲۸، در بین این دو متغیر واردشده به مدل به عنوان اولین متغیر قرار گرفته است و بیشترین سهم در پیش‌بینی افسردگی را به خود اختصاص داده است.

همسو با شواهد به دست آمده شواهد پژوهشی چنین بیان می‌کند که علائم افسردگی افراد مبتلا به مشکلات خلقی و افسردگی در مقایسه با جمعیت عادی با عامل روان‌رنجورخویی در ارتباط بوده است.^[۳۸، ۳۹] علاوه بر این یافته‌ها، پژوهشی‌ها همچنین بیان می‌دارند که مانیا و علائم افسردگی به روش‌های مختلفی با صفات شخصیتی در ارتباط است.^[۳۹] در تحقیقات اخیر^[۴۰] نیز نشان دادند که روان‌رنجورخویی، در پیش‌بینی نشانگان افسردگی دارای نقش بسیار مهمی است.

محققان نیز به این نتایج دست یافته‌اند که بیماران مبتلا به سرطان دارای خصایص مشابهی مانند عدم ثبات هیجانی، ناپختگی هیجانی و فقدان اصول انضباطی مناسب هستند که این عوامل می‌تواند با بی‌ثباتی خلقی در این بیماران در ارتباط باشد.^[۴۱] از دیگر سو با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود که همبستگی متوسطی ($r = -0/17$) بین متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی

وجود دارد، اما این متغیر در معادله پیش‌بینی افسردگی و در تابع رگرسیونی به وسیله مدل رگرسیونی انتخاب نشده است، زیرا دارای نقش معناداری برای پیش‌بینی نمره افسردگی نبوده است. این نتیجه با پژوهش‌های استنسفلد^[۴۲] و هیل^[۴۳] ناهمسو است. میزان حمایت اجتماعی در رابطه با شاخص‌های سلامت روانی افراد مبتلا به سرطان دارای نقشی بسیار پررنگ بوده و تحت تاثیر شدت بیماری فرد نیز قرار می‌گیرد که بسیار حائز اهمیت است. پژوهش‌ها به این نتایج دست یافته‌اند که شدت حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط فرد مبتلا به سرطان می‌تواند در برخورد با چالش‌های مهم زندگی نقشی اساسی ایفا کرده و دارای نقشی ضربه‌گیر باشد.^[۱۰]

نتیجه‌گیری

با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر از نظر روش‌شناختی نظیر روش مقطعی، ابزارها و گروه نمونه با آن مواجه بوده است، نمی‌توان نتایج آن را به آسانی به دیگر ابزارها و گروه‌ها تعمیم داد. در هر حال نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در شناسایی عوامل تاثیرگذار بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه رهنمودهای ارزشمندی را در اختیار نهادهای تاثیرگذار و تصمیم‌گیرنده قرار دهد تا آنها با برنامه‌ریزی‌های هر چه دقیق‌تر و علمی‌تر راه را برای کاستن از بار دشواری‌های این والدین هموار سازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله حاضر از تمامی افرادی که به نحوی در انجام پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین آقای دکتر مهدی عبدالله‌زاده رافی تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

منابع

- Mehrinejad, A., S.K. Shariati, and H.H.A. Shapouri, Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. Daneshvar Raftar;, 2010. 17(43): p. 49-56.
- Brunnicardi, F.C., editor. Schwartz's principles of surgery. 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2005(654-659).
- Akechi, T., Psychotherapy for Depression Among Patients with Advanced Cancer. Jpn J Clinical Oncology, 2012. 42(12): p. 1113-1119.
- Mohammadi, M., et al., Risk Factors of Breast Cancer. Iran J Nurs;, 2000. 13(26): p. 23-30.
- Pedram, M., et al., Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Treatment of Anxiety and Depression Disorders and on Raising Hope in Women with Breast Cancer Journal of Woman and Society, 2011. 1(4): p. 61-75.
- Hegel, M., et al., Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. Cancer, 2006. 107: p. 2924-2931.
- Pignone, M., et al., Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med, 2002. 136: p. 765-776.
- Fann, J., Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. General Hospital Psychiatry, 2008. 30(2): p. 112-126.
- Alcalar, N. and S. Ozkan, Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer. Jpn J Clin Oncol, 2012. 42(10): p. 940-947.
- Nakatani, Y. and Y. Iwamitsu, The Relationship Between Emotional Suppression and Psychological Distress in Breast Cancer Patients After Surgery. Jpn J Clin Oncol, 2014. 44(9): p. 818-825.
- Shimizu, K., Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. Japanese Journal of Clinical Oncology, 2015. 45(5): p. 456-463.
- Roussi, P., et al., Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. Cogn Ther Res, 2007. 31: p. 97-109.
- Ozkan, S. and N. Alcalar, Psychological reactions to the surgical treatment of breast cancer. J Breast Health, 2009. 5: p. 60-4.
- Goodwin, P., M. Enis, and e.a. LJBordeleau Health- related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: analysis of multiple variables. J Clin Oncol, 2004. 22(20): p. 4184-4192.
- Antoni, M., S. Wimberly, and S. Lechner, Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among undergoing treatment for breast cancer. Am J Psychiatry, 2006. 163(1791-1797).
- Hack, T. and L. Degner, Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. Psycho- Oncology, 2004. 13: p. 235-247.
- Karakoyun, O., et al., Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol, 2010. 27: p. 108-113.
- Smith, T., et al., Hostility, anger, aggressiveness and coronary hearth disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. Journal of Personality, 2004. 72(72): p. 1217-70.
- Akiskal, H., et al., The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. Journal of Affective Disorders 2006. 92: p. 19-33.
- Lazarus, R. and S. Folkman, Stress, appraisal & coping. 1984, New York: Springer.

21. Brandes, M. and O. Bienvenu, Personality and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2006. 8: p. 263-269.
22. Munafo, M., J. Zetteler, and T. Clark, Personality and smoking status: A meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, 2007. 9: p. 405-413.
23. Amelang, M., Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of Personality Special Issue: Personality and Chronic Disease*, 1997. 11: p. 319-342.
24. Augustine, A., Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality*, 2008. 42: p. 1448-1455.
25. Fann, J., Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment *General Hospital Psychiatry* 2008. 30: p. 112-126.
26. B, T. and F. L., *Using Multivariate Statistics (6th Edition)*, ed. 6. 2013: pearson.
27. farshi, M.G., *A new approach in evaluating personality*. 2004, tabriz: danial.
28. Cosway, R., et al., The Coping Inventory for Stressful Situations :Factorial Structure and Associations with personality Traits and Psychological Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 2007. 5(2): p. 121-143.
29. Mundi, L., Brunei Trainee Teachers Coping Strategies for Stressful Situations. *International Journal of Psychological Studies*, 2010. 2(1): p. 79-88.
30. Jang, K., et al., Coping styles and personality: a biometric analysis. *Anxiety Stress Coping*, 2007. 20(1): p. 17-24.
31. S, K. and h. F., Mental health and its relationship with stress coping strategies and emotional intelligence in female students at pre-university level. *journal of behavioral science*, 2013. 7(1): p. 49-56.
32. Beck, A., R. Steer, and M. Garbin, Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988. 8: p. 77-100.
33. Hamid, N., The effect stress management training in depression, anxiety and infertility in the women. *Behavi science Jol*, 2012: p. 141-151.
34. Zimet, G., et al., The multidimensional perceived social support. *J Pers Assess*, 1988. 52(1): p. 30-41.
35. Edwards, L., Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Hisp J Behav Sci*, 2004. 26(2): p. 187-194.
36. M, A., The Relationship between Family Function, Social support and Demographic factors with Stress and Mental Health among Parents of Deaf children. *research psychological health*, 2017. 10(4): p. 63-75.
37. Goldstein, L., et al., Illness representations, coping styles and mood in adults with epilepsy. *Epilepsy Research*, 2005. 67: p. 1-11.
38. Bagby, R.M., et al., Personality and the prediction of response in major depressive disorder: a randomized control trial comparing cognitive therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry* 2008. 53: p. 361-370.
39. Quilty, L., M. Sellbom, and J. Tackett, Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 2009. 169: p. 159-163.
40. Murray, G., E. Goldstone, and E. Cunningham, Personality and the predisposition(s) to bipolar disorder: heuristic benefits of a two-dimensional model. *Bipolar Disorders* 2007. 9: p. 453-461.
41. Filho, G.M.d.A. and A. Jackowski, Personality traits related to juvenile myoclonic epilepsy: MRI reveals prefrontal abnormalities through a voxel-based morphometry study. *Epilepsy & Behavior*, 2009. 15: p. 202-207.
42. Stansfeld, S., Social support and social cohesion. In: Marmot MG, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford/New York: Oxford Univ. Press, 1999: p. 148-71.
43. Hills, M. and P. Baker, Relationships among epilepsy, social stigma, self-esteem, and social support. *J Epilepsy*, 1992. 5: p. 231-238.