ORIGINAL ARTICLE

Iranian Quarterly Journal of Breast Disease 2018; 11(1):47.

The Relationship Between Attachment Style to God and Depression Among Female Breast-Cancer Patients: The Mediating Role of Illness Perception

Sharifi Saki Sh: PhD Student of psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran
Alipour A: professor of psychology, Payame Noor University Tehran, Iran
AghaYousefi AR: Associate of psychology, Payame Noor University Tehran, Iran
Mohammadi MR: professor of psychiatry& psychology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Ghobari Bonab B: professor In Special Education Faculty of psychology& Education, Tehran University Tehran, Iran
Nikofar AR: Associate professor of Clinical Oncology, Iran Medical University of Medical Science, Iran
Anbiaee R: Associate professor of Radiation oncologist, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Corresponding Author: Sheida Sharifi Saki, sheidasharifi1348@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common type of cancer among women, which causes depression in the affected patients. The purpose of this study was to investigate the relationship between attachment style to God and depression in women with breast cancer, and the mediating role of illness perception.

Methods: The participants of this study were 397 women with breast cancer presenting to the oncology and chemotherapy wards of Firoozgar, Pars, and Imam Khomeini hospitals and Mahdiyeh Medical Center in Tehran between 2016 and 2017. This study employed convenience sampling technique. The data were collected by administering Attachment-to-God Questionnaire, Illness Perception Questionnaire, Beck Depression Inventory. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (structural equation modeling based on path analysis) in SMART PLS.

Results: Direct correlation co-efficients were 0.73, 0.37 and 0.92 between illness perception and variables of avoidance attachment style, anxiety attachment and safe attachment to God, respectively. Direct correlation co-efficients were 0.42, -0.23, -0.22 and -0.47 between depression and variables of disease safe attachment perception, avoidance attachment style, anxiety attachment and safe attachment to God, respectively while their indirect co-efficients with avoidance attachment style, anxiety attachment and safe attachment to God were 0.08, -0.07 and 0.08, respectively.

Conclusion: The results revealed that attachment to God impacts depression of women with breast cancer both directly and indirectly through illness perception.

Keywords: Breast Cancer, Attachment Style to God, Illness Perception, Depression

مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال یازدهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۷؛ (۵۷-۴۸)

تاریخ ارسال: ۹۶/۱۲/۲۶ | تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱۹

رابطه بین سبک دل‌بستگی به خدا با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان: نقش میانجی ادراک بیماری

شیدا شریفی ساکی*: دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

احمد علی‌پور: گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

علیرضا آقایوسفی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

محمدرضا محمدی: گروه روان‌پزشکی و روان‌شناسی مرکز تحقیقات، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

باقر غباری بناب: گروه آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ایران

علیرضا نیکوفر: متخصص رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

رباب انبیائی: متخصص رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است که باعث بروز افسردگی در مبتلایان می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سبک دل‌بستگی به خدا با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجیگری ادراک بیماری است.

روش بررسی: در این مطالعه ۳۹۷ نفر زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش‌های شیمی‌درمانی و آنکولوژی بیمارستان‌های فیروزگر، پارس بیمارستان امام خمینی، مرکز پزشکی مهدیه تهران از ۱۳۹۵ تا سال ۱۳۹۶ مورد مطالعه قرار گرفتند. در مطالعه حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دلبستگی به خدا؛ پرسشنامه ادراک بیماری و پرسشنامه افسردگی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و استنباطی (مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر تحلیل مسیر) استفاده شد و برای آنالیز داده از نرم‌افزار آماری SMART PLS استفاده شد.

یافته‌ها: ضرایب مستقیم ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۳۷ و ۰/۹۲ بود، ضریب مستقیم افسردگی با ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا نیز به ترتیب برابر ۰/۴۲، ۰/۲۳-، ۰/۲۲- و ۰/۴۷- بود. همچنین یافته‌های حاصل از نتایج پژوهش نشان ضرایب غیرمستقیم افسردگی و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا نیز به ترتیب برابر ۰/۰۸، ۰/۰۷- و ۰/۰۸ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه ما نشان داد که دلبستگی به خدا هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم و از طریق ادراک بیماری می‌تواند بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر گذارد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، سبک دل‌بستگی به خدا، ادارک بیماری، افسردگی

* نشانی نویسنده مسئول: تهران، خیابان فرمانیه، خیابان دیباجی شمالی، خیابان شهید حاج محمود نوریان، کوچه شهناز، کوچه صفا، مرکز تحقیقات تکمیلی پیام نور، شیدا شریفی ساکی.
نشانی الکترونیک: sheidasharifi1348@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

مقدمه

دلبستگی پیوند عاطفی نسبتا پایداری است که از طریق برقراری ارتباط مداوم و واقعی شکل می‌گیرد. در واقع دلبستگی یک رابطه خاص عاطفی است که نیازمند تعامل لذت، مراقبت و آرامش است. بنابراین کیفیت رابطه‌ای که کودک با مراقبین اولیه خود دارد، به همراهی امنیت و دلبستگی، عوامل مهمی هستند که با سلامت روان افراد در طول زندگی شان ارتباط دارند (۱). در سال‌های اخیر مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط مذکور بین انسانها و خدا نیز وجود دارد (۲). بر طبق نظر کرک پاتریک (۲۰۰۵) بسیاری از ویژگی‌های رفتاری چون برقراری رابطه از طریق دعا و اعتراض به جدایی، زمانی که فرد احساس می‌کند رابطه‌اش با خدا مختل شده است، در رفتارهای دلبستگی بین کودکان و نوجوانان با والدینشان دیده می‌شود. با این حال افرادی که خداوند را به عنوان پناهگاهی امن شناخته و درونی کرده‌اند، توان بیشتری در مقابله با مشکلات از خود نشان می‌دهند (۳). دلبستگی به خدا، زمانی از اهمیت بالایی برخوردار گردید که مشخص شد کیفیت آن با سلامت روان افراد ارتباط دارد (۲، ۴). تحقیقات نشان داده‌اند که افرادی که دارای دلبستگی ایمن به خدا هستند دارای سلامت روان بهتری هستند؛ در همین راستا یافته‌های تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که دلبستگی ایمن به خدا با متغیرهایی چون خوش‌بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب و افسردگی و همچنین کاهش علایم بیماری‌های جسمی رابطه دارد (۵، ۶). از طرفی دلبستگی ناایمن به خدا با مشکلات سازگاری، کاهش سلامت روانی و جسمی و افزایش احساسات منفی همراه است (۷، ۸). از سوی دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که ادراک بیماری به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناسی شناختی، از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های سازگاری سطح پایین از جمله بدی کارکرد اجتماعی، خستگی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس است (۹، ۱۰). دی گاچ (۲۰۱۵) معتقد است که در سراسر طیف وسیعی از بیماری‌ها، ادراک بیماران از بیماری، بسیار با افسردگی در ارتباط است (۱۱). ادراک بیماری یکی از مفاهیمی است که در حوزه رفتارشناسی بیماران، شناخت اندکی درباره آن وجود دارد. به‌طور کلی ادراک بیماری در پاسخ به سوالی در اینجا مطرح می‌شود معنی می‌یابد. چرا افرادی که در معرض عوامل استرس‌زای مشابه مثل سرطان پستان، قرار می‌گیرند و ویژگی‌های بالینی مشابه دارند به شیوه‌های مختلفی علایم بیماری را ادراک و تفسیر می‌کنند. بسیاری از مطالعات که در حوزه ادراک بیماری انجام شده است، از منظر یک چارچوب نظری خاص انجام شده است، و بستر مناسبی را برای بیماران فراهم نموده است، یعنی مدل خودگردانی (۱۲). بر اساس این مدل، بیماران بازنمایی خود را از درد و علایم بیماری به صورت یک طرح‌واره و یا سیستمی از باورها در مورد بیماری می‌سازند که مبنایی برای پاسخ‌های مقابله‌ای فرد در مقابل بیماری قرار می‌گیرد. ادراک بیماری، شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت، یعنی برچسب و علایم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، روانی و جسمی؛ و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود را بیان می‌کند (۱۳). حال به‌نظر می‌رسد هر چقدر ادراکات بیمار از بیماری مثبت باشد، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کند، و در مقابل به هر اندازه منفی باشد، فرد را دچار اضطراب و افسردگی خواهد کرد.

بردشاو و کنت (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی نماز، دلبستگی به خدا و تغییرات در بهزیستی روان‌شناختی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین دلبستگی ایمن به خدا و خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (۱۴). همچنین رابطه معناداری بین نماز و میزان بهزیستی روان‌شناختی گزارش شد. الیسون و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان نماز، دلبستگی به خدا و نشانگان اختلالات اضطرابی در بزرگسالان پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که بین دلبستگی ایمن به خدا و نشانگان اضطرابی رابطه منفی معنادار و بین دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجتنابی به خدا و نشانگان اضطرابی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (۱۵). مطالعه ون (۲۰۱۰) با عنوان رابطه بین گرایش مذهبی و اضطراب مرگ، نشان داد که یک همبستگی مثبتی بین انگیزه‌های مذهبی درونی، مشارکت در آداب مذهبی و ایمان قوی وجود دارد. نتایج حاکی از این بود که رابطه منفی معناداری بین انگیزه مذهبی درونی و اضطراب مرگ وجود دارد (۱۶). برام و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی که در آن افراد سالخورده (۶۸ تا ۹۳ ساله) شرکت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با نشانگان افسردگی، ارتباط معنی‌داری دارد. آنها در تحقیق خود دریافتند که به هر میزان تصور افراد از در دسترس بودن خدا منفی باشد (دلبستگی ناایمن) میزان ناامیدی آنها افزایش می‌یابد و همچنین به هر مقدار افراد دارای دید مثبتی به خدا باشند (دلبستگی ایمن) امیدواری بالایی را دارا هستند و در مواجهه با مشکلات، سازگارانه تر برخورد می‌کنند (۱۷). اوریلازا (۲۰۱۵) و ویلچینسکی و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهش‌های خود دریافتند که بین دلبستگی و ادراک بیماری رابطه معناداری وجود دارد. آنها نشان دادند که به هر مقدار این فرآیند ایمن‌تر باشد، ادراک بیماری مثبت‌تر شکل می‌گیرد (۱۸، ۱۹).

سرطان پستان به‌طور کلی ۲۵٪ از مجموع کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد. آمارها نشان می‌دهد که در هر ۶۰ ثانیه یک نفر در دنیا جان خود را بر اثر سرطان پستان از دست می‌دهد، بنابراین اگر این روند با همین سرعت پیش برود طی ۲۵ سال پیش رو ۱۳ میلیون نفر بر اثر سرطان پستان فوت خواهند کرد. سرطان پستان در صورتی که در مراحل اولیه تشخیص داده شود قابل درمان است. زنان مبتلا به سرطان پسنان درجات خفیف تا شدیدی از علایم روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، خشم تجربه می‌کنند. یک مطالعه اخیر در بیماران مبتلا به سرطان گزارش داد که شیوع افسردگی ۴۶٪ و اضطراب ۴۸٪ بوده است (۲۰). از طرفی چون سبک دل‌بستگی به خدا و ادراک از بیماری با افسردگی ارتباط دارند. با این حال پژوهشی در مورد فرایند ارتباط این متغیرها با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در دسترس نبود. در تحقیق حاضر به بررسی فرآیند ارتباط بین سبک دل‌بستگی به خدا و ادراک از بیماری با افسردگی پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه ۳۹۷ از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی و انکولوژی بیمارستان‌های مرکز پزشکی مهدیه، بیمارستان امام خمینی، بیمارستان فیروزگر و بیمارستان پارس تهران از خرداد ماه ۱۳۹۵ تا بهمن ماه ۱۳۹۶ مورد مطالعه قرار گرفتند. در مطالعه حاضر به منظور نمونه‌گیری از روش نمونه‌های در دسترس استفاده شد. از واحدهای پژوهش جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دلبستگی به خدا، پرسشنامه افسردکی بک و پرسشنامه ادراک بیماری انجام شد. زنان متاهل مبتلا به بیماری روان‌پزشکی حاد که از طریق ارزیابی و مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس انجام گرفت، کنار گذاشته شدند. زنان مبتلا به بیماری مزمن جسمی دیگر نیز از مطالعه کنار گذاشته شدند. فقط زنان متاهل که در مرحله (استیج) دوم بودند، از طریق مشاهده پرونده‌ها و با تشخیص پزشک معالج‌شان انتخاب گردیدند که مشغول به درمان با یکی از روش‌های پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی بودند و برای آنها فقط تشخیص سرطان پستان گذاشته شده بود و فاقد عود مکرر بیماری بودند و در ضمن بیماری را برای اولین مرتبه تجربه کرده بودند. دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۷۵ سال بود و حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتن. و تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشتن.

پرسشنامه دلبستگی به خدا (۲۰۰۲): مقیاس دلبستگی به خدا که روات و کرک پاتریک (۲۰۰۲) آن را ساخته‌اند، ۹ گویه دارد و دو بعد دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی دارد؛ شش گویه این آزمون، دل بستگی اجتنابی به خدا (مانند دور و غیرصمیمی به‌نظر رسیدن خدا) را اندازه‌گیری می‌کند و سه گویه دیگر، دل‌بستگی اضطرابی (مانند پاسخ‌گو بودن خداوند به نیازها دز برخی مواقع و پاسخ‌گو نبودن در بعضی مواقع دیگر) را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان هر یک از گویه‌ها را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از نمره (کاملاً مخالف ۱) تا (کاملاً موافق ۷) پاسخ می‌دهند. حداقل نمره برای سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی ۳ و حداکثر آن ۳۱ و برای سبک دلبستگی ایمن به خدا ۶ و ۴۲ می باشد که نمرات بالا نشان‌دهنده سبک دلبستگی غالب می‌باشد. روات و کرک پاتریک با تحلیل عاملی تاییدی دو عامل پیش‌بینی شده را در ساختار عاملی این آزمون، پیدا کردند. ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای بعد اجتنابی ۰/۹۲ و برای بعد اضطراب ۰/۸۰ برآورد شده است؛ به‌علاوه مقیاس دلبستگی به خدا شواهدی از روایی سازه را نشان داده است. شواهد افتراقی و همگرا برای تایید روایی سازه این آزمون مورد استفاده قرار گرفته است. عامل اضطرابی این مقیاس نوروز گرایی، عواطف مثبت و منفی را در افراد پیش‌بینی می‌کرد. در ایران شهابی‌زاده (۱۳۸۵) میزان

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

پایایی این پرسشنامه برای مقیاس‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی را به ترتیب به میزان ۰/۸۷، ۰/۷۰ و ۷۶/ برآورد نمود (۲۱).

پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-R) (۲۰۰۲): این پرسشنامه که توسط مورس و همکاران (۲۰۰۲) تجدیدنظر شده است، مرکب از ۴۳ گویه است که ۷ مؤلفه تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند درمان، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره را اندازه‌گیری می‌کند. همه آیتم‌ها بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و خیلی مخالف) درجه‌بندی شدند؛ حداقل نمره در پرسشنامه حاضر ۴۳ و حداکثر آن ۲۱۵ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده درک مثبت نسبت به بیماری و علایم آن است. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب اعتبار خرده مقیاس‌ها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/ مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کردند. این مقیاس در ایران توسط مسعودنیا و همکاران (۱۳۸۴) به فارسی برگردانده شد. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۳؛ ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸ و ۰/۳۸، گزارش شد (۲۲).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) (۱۹۹۶): از بین تست‌ها و پرسشنامه‌هایی که برای سنجش افسردگی تهیه شده است، پرسشنامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل ۰ می‌باشد. نمره صفر تا ۹ حاکی از عدم افسردگی و یا عادی بودن است. نمره بین ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۷ تا ۲۹ افسردگی متوسط و نمره بین ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) شکل بازنگری شده پرسشنامه بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۲۳). فرم تجدیدنظر شده افسردگی در مقایسه با فرم اولی بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طورکلی این پرسشنامه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود. غرایی (۱۳۸۲)، ضریب قابلیت اعتماد این آزمون از طریق بازآزمایی را برابر با ۰/۸۱ گزارش کرده است. همچنین با ترجمه و اجرای BDI-II بر روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (۲۴).

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶/۸٪ ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۱٪ ۳۱ تا ۴۰ سال، ۳۲/۷٪ ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. همچنین ۲۴/۳٪ افراد بین ۵۱ تا ۶۰ سال، ۱۲٪ ۶۱ تا ۷۰ سال و ۳/۳٪ از کل افراد بالاتر از ۷۰ سال سن داشتند.

سطح تحصیلات بیماران ۲۵/۳٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۳۷/۱٪ تحصیلات دیپلم داشته‌اند. همچنین ۱۳/۶٪ دارای تحصیلات دانشگاهی کاردانی، ۱۷/۲٪ کارشناسی و ۵/۴٪ تحصیلات تکمیلی کارشناس ارشد داشته‌اند. در نهایت ۱/۴٪ از کل افراد نمونه دارای تحصیلات عالیه دکتری بودند (جدول ۱).

در این طرح پژوهشی ۱۲۸ نفر تحت درمان با پرتو و ۲۶۹ نفر شیمی‌درمانی داشتند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر؛ نمرات میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه مقیاس‌های سبک‌های دل‌بستگی به خدا، ادراک بیماری و افسردگی بدست آمد که در جدول ۲ آورده شده است. میانگین ابعاد دل‌بستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی به ترتیب برابر با ۳۸/۲۴، ۱۲/۵۸ و ۲۱/۱۱ گزارش شده است. همچنین میانگین ادراک بیماری و افسردگی به ترتیب برابر با ۱۵۸/۹۲ و ۳۰/۳۳ گزارش شده است.

برای بررسی نقش میانجی ادراک از بیماری در رابطه سبک‌های دل‌بستگی به خدا با افسردگی زنان دارای سرطان پستان از معادلات ساختاری استفاده شد. در شکل ۱ مدل ساختاری پیشنهادی برازش شده، آمده است. در شکل زیر سبک‌های دل بستگی به خدا به عنوان متغییر پیش بین، ادراک بیماری به عنوان متغییر میانجی و افسردگی به عنوان متغییر ملاک وارد معادلات ساختاری

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

شده است. مسیرهای مشخص شده ضرایب هر کدام از روابط را نشان می‌دهد.

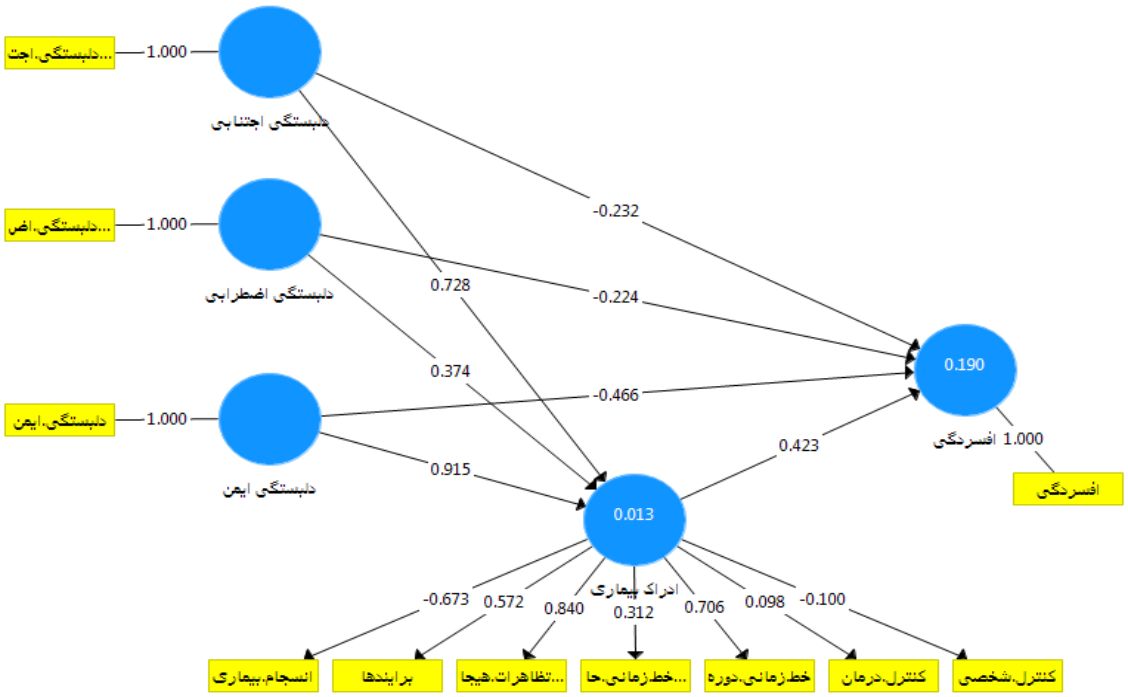
همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، در مدل پیشنهادی پژوهش بین سبک‌های دلبستگی به خدا با ادراک بیماری و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. ضرایب ارتباط غیرمستقیم سبک‌های دلبستگی به خدا با ادراک بیماری و افسردگی در جدول ۳ ارایه گردیده است.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت مورد مطالعه

تحصیلات	فراوانی	درصد	سن	فراوانی	تحصیلات
زیر دیپلم	۹۹	۲۵/۳	۲۰ تا ۳۰ سال	۲۷	۶/۸
دیپلم	۱۴۷	۳۷/۱	۳۱ تا ۴۰ سال	۸۳	۲۱
کاردانی	۵۴	۱۳/۶	۴۱ تا ۵۰ سال	۱۳۰	۳۲/۷
کارشناسی	۶۸	۱۷/۲	۵۱ تا ۶۰ سال	۹۶	۲۴/۳
ارشد	۲۲	۵/۴	۶۱ تا ۷۰ سال	۴۸	۱۲
دکتری	۷	۱/۴	بالاتر از ۷۱ سال	۱۲	۳/۳

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مقیاس دلبستگی به خدا، ادراک بیماری و افسردگی

مقیاس مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
دل‌بستگی ایمن	۳۸/۲۴	۶/۳۷	۲۳	۶۳
دل‌بستگی اضطرابی	۱۲/۵۸	۲/۶۹	۳	۲۱
دل‌بستگی اجتنابی	۲۱/۱۱	۴/۴۴	۶	۳۲
ادراک بیماری	۱۵۸/۹۲	۹/۴۳	۱۱۷	۱۸۱
افسردگی	۳۰/۳۳	۹/۵۹	۲	۶۳



شکل ۱: نقش میانجی ادراک بیماری رابطه سبک‌های دل‌بستگی به خدا با افسردگی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده جدول ۳ می‌شود بیشترین تاثیر کلی مربوط به تاثیر دل‌بستگی ایمن بر ادراک بیماری با آماره ۰/۹۲ و کمترین اثر مربوط به دل‌بستگی اضطرابی و افسردگی با آماره ۰/۰۷- بود. ضرایب مستقیم ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا به ترتیب برابر ۰/۷۳، ۰/۳۷ و ۰/۹۲ بود، ضریب مستقیم افسردگی با ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا نیز به ترتیب برابر ۰/۴۲، ۰/۲۳-، ۰/۲۲- و ۰/۴۷- بود. همچنین یافته‌های حاصل از نتایج پژوهش نشان ضرایب غیرمستقیم افسردگی و سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا نیز به ترتیب برابر ۰/۰۸، ۰/۰۷- و ۰/۰۸ می‌باشد. یافته‌های حاضر بدین معنی می‌باشد که بین سبک‌های دلبستگی به خدا و افسردگی رابطه منفی وجود داشته و قوی‌ترین رابطه بین سبک دلبستگی ایمن با افسردگی و ضعیف‌ترین رابطه بین سبک دلبستگی اضطرابی و افسردگی می‌باشد. در ادامه به ارایه تاثیرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در جدول ۴ پرداخته شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان داده‌شده است تاثیر غیرمستقیم متغیرهای دل‌بستگی اجتنابی، اضطرابی و ایمن به خدا بر افسردگی از طریق متغیر میانجی ادراک بیماری به ترتیب برابر با ۳۱، ۱۶ و ۳۹ درصد بوده است. همان‌طور که یافته‌های جدول شماره ۲ و ۳ نشان می‌دهد میزان اثر کلی و اثر مستقیم سبک‌های دل‌بستگی به خدا برابر نیست و میزان اثر غیرمستقیم استانداردشده برای افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بیشتر از صفر است. این بدین معناست که تمام تاثیرات رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی به خدا در افسردگی به‌صورت مستقیم نیست و نقش واسطه ادراک بیماری در این بین مؤثر است.

جدول ۳: ضرایب مسیرهای بین متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی به خدا با ادراک بیماری و افسردگی

	ضریب مستقیم ادراک بیماری	ضریب مستقیم افسردگی	ضریب غیرمستقیم افسردگی
ادراک بیماری		۰/۴۲	
دل بستگی اجتنابی	۰/۷۳	-۰/۲۳	۰/۰۸
دل بستگی اضطرابی	۰/۳۷	-۰/۲۲	-۰/۰۷
دل بستگی ایمن	۰/۹۲	-۰/۴۷	۰/۰۸

جدول۴: تاثیرات غیرمستقیم سبک‌های دل‌بستگی به خدا از طریق متغیر میانجی ادراک بیماری

متغیر پیش‌بین	افسردگی
دل‌بستگی اجتنابی	۰/۳۱
دل‌بستگی اضطرابی	۰/۱۶
دل‌بستگی ایمن	۰/۳۹

در جدول ۵ ضرایب مسیرهای آماری ارایه گردید. روش تحلیل جدول زیر به روش معادلات ساختاری می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده‌شده است بیشترین میزان تاثیر در مسیر دلبستگی ایمن -> ادراک بیماری -> افسردگی با آماره ۰/۳۹ و کمترین ضریب تاثیر مسیر در دلبستگی اضطرابی -> ادراک بیماری -> افسردگی با آماره ۰/۱۶ می‌باشد. در جدول ۶ شاخص‌های نیکویی برازش مدل ارایه گردید.

با توجه به جدول ۶ که شاخص‌های برازندگی SRMR ۰/۰۱، d-UL ۱/۰۱، d-G1 ۰/۰۱، d-G2 ۰/۰۱، Chi-square ۰/۰۱ و NFI ۱/۰۰ می‌باشد، شاخص‌های برازش مدل مطلوب نیست. بنابراین مدل ترسیم شده از نیکویی برازش خوبی برخوردار نیست. در جدول ۷ به بررسی نتایج حاصل از روابط واسطه‌های با استفاده از روش بوت استریپ پرداخته شد. دلیل استفاده از بوت استریپ بررسی معنی‌داری ضرایب و اثرات غیر مستقیم می‌باشد. بوت استریپ در پژوهش حاضر با نرم‌افزار پی ال اس محاسبه

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

گردید. تعداد نمونه‌گیری مجدد ۵۰۰ در نظر گرفته شد. معنی‌داری مسیر غیرمستقیم ادراک بیماری- افسردگی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد ادراک بیماری بین سبک‌های دلبستگی به خدا و افسردگی نقش متغیر میانجی ایفا نموده و می‌تواند باعث تعدیل میزان افسردگی افراد گردد.

نتیجه حاصل از یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که آماره‌های t به‌دست‌آمده تاثیر مسیر ادراک بیماری بر افسردگی تایید می‌گردد. این نتیجه به تایید مسیر سبک‌های دل‌بستگی به خدا با افسردگی با متغیر میانجی ادراک بیماری می‌انجامد. این بدین معناست که مسیر غیرمستقیم که از متغیرهای پیش‌بین شروع و به مسیر ادراک بیماری بر افسردگی ختم می‌شود نسبت به مسیرهای مستقیم اعتبار بیشتری دارد. سطح اطمینان برای این فاصله ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری‌های مجدد بوت استراپ ۵۰۰ است.

ازاین‌رو با توجه به یافته‌های حاضر باید بیان داشت با توجه به این‌که از بین تمامی هفت مسیر موجود در مدل مربوط به فرضیه حاضر تنها مسیر متغیر میانجی به متغیر مستقل معنی‌دار و موردپذیرش قرار گرفت؛ همچنین با توجه به عدم برازش مدل ارایه شده در فرضیه حاضر می‌توان بیان داشت که مدل ارایه شده در این فرضیه از برازش لازم برخوردار نیست ولی متغیر ادراک بیماری می‌تواند نقش میانجی را در بین متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی به خدا و افسردگی ایفا نماید؛ لذا توجه به مطالب ارایه شده فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر سبک دل‌بستگی به خدا به‌واسطه ادراک بیماری در افسردگی زنان دارای سرطان پستان تایید می‌گردد.

جدول۵: اثرات غیرمستقیم مسیرهای مدل پژوهش

مسیرهای پژوهش	اثرات غیرمستقیم
دلبستگی اجتنابی -> ادراک بیماری -> افسردگی	۰/۳۱
دلبستگی اضطرابی -> ادراک بیماری -> افسردگی	۰/۱۶
دلبستگی ایمن -> ادراک بیماری -> افسردگی	۰/۳۹

* منظور از علامت فلش =(->)، نشان‌دهنده جهت مسیر متغییرهاست

جدول ۶: شاخص‌های نیکویی برازش مدل نقش میانجی ادراک بیماری در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی به خدا و افسردگی

شاخص برازندگی	SRMR	d-ULS	d-G1	d-G2	Chi-square	NFI
مدل پیشنهادی	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۱/۰۰

جدول۷: بوت استریپ مسیر واسطه‌ای مدل پیشنهادی پژوهش

مسیر	نمونه اولیه	نمونه میانگین	انحراف استاندار	آماره t	معنی‌داری
ادراک بیماری -> افسردگی	۰/۴۲۳	۰/۴۳۰	۰/۰۴۹	۸/۶۲۴	۰/۰۰۱
دل‌بستگی اجتنابی -> ادراک بیماری	۰/۷۲۸	۰/۸۴۶	۱/۰۴۶	۰/۶۹۶	۰/۴۸۷
دل‌بستگی اجتنابی -> افسردگی	-۰/۲۳۲	-۰/۲۶۲	۰/۲۸۶	۰/۸۱۱	۰/۴۱۸
دل‌بستگی اضطرابی -> ادراک بیماری	۰/۳۷۴	۰/۴۴۱	۰/۶۲۸	۰/۵۹۶	۰/۵۵۱
دل‌بستگی اضطرابی -> افسردگی	-۰/۲۲۴	-۰/۲۳۱	۰/۱۸۷	۱/۱۹۵	۰/۲۳۳
دل‌بستگی ایمن -> ادراک بیماری	۰/۹۱۵	۱/۰۷۸	۱/۴۸۸	۰/۶۱۵	۰/۵۳۹
دل‌بستگی ایمن ->افسردگی	-۰/۴۶۶	-۰/۴۹۸	۰/۴۱۴	۱/۱۲۶	۰/۲۶۱

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی رابطه بین سبک دل‌بستگی به خدا با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجیگری ادراک بیماری طراحی شد. در مجموع ۳۹۷ نفر از زنانی که در بخش‌های شیمی‌درمانی و آنکولوژی بیمارستان‌های فیروزگر، پارس بیمارستان امام خمینی، مرکز پزشکی مهدیه تهران مراجعه داشتند مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که مدل ارایه شده در این مطالعه از برازش لازم برخوردار نیست ولی متغیر ادراک بیماری می‌تواند نقش میانجی را در بین متغیرهای سبک‌های دلبستگی به خدا و افسردگی ایفا نماید؛ لذا با توجه به مطالب ارایه شده تاثیر سبک دلبستگی به خدا به واسطه ادراک بیماری بر افسردگی در زنان دارای سرطان پستان تایید می‌گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های بردشاو کنت (۲۰۱۷) و برام و همکاران (۲۰۰۸) که نشان دادند دلبستگی به خدا با افسردگی ارتباط دارد؛ همسو و منطبق می‌باشد. همچنین با پژوهش‌های بهرامی، احمدیان و عشقی (۲۰۱۴) و دی گاچ (۲۰۱۵) در زمینه تاثیر ادراک بیماری بر افسردگی همسو و همراستا می‌باشد (۴، ۱۱، ۱۷، ۲۵).

در مطالعه هاگیر و اوربیل (۲۰۰۳)، ادراک بیماری بازنمایی شناختی بیمار از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان پذیری از بیماری خود می‌باشد. نتایج یک مطالعه نشان داد که حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماری‌شان داشته باشند. از نظر روان‌شناسی ادراک بیماری در فرد بیمار بر پایه کسب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد و می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تاثیر قرار دهد (۲۵). وقتی یک بیماری برای یک فرد تشخیص داده شود و یا هنگامی که فرد دچار آسیبی می‌شود، تلاش می‌کند یک طرحواره شناختی از بیماری تشکیل دهد تا بیماری را برای خودش معنا کند. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که به‌طور کلی در بیمارانی که ادراک و ای منفی در مورد بیماریشان دارند، این ادراک با ناتوانی بیشتر در آینده، کاهش سرعت بهبود و استفاده بیشتر از خدمات پزشکی، مستقل از شدت واقعی بیماری در ارتباط می‌باشد. علاوه بر استفاده از خدمات پزشکی، ادراک بیماری سبب چاره‌جویی افراد و گرایش آنها به درمان‌های تکمیلی همچون روی‌آوری به ورزش، معنویت و... می‌شود. از این‌رو افرادی که ادراک واقع بینانه‌ای به بیماری خود دارند؛ می‌توانند در فعالیت‌های معنوی خویش ارتباطی مثبت و ایمن را با خدای خود به وجود آورند و افرادی که فاقد این ادراک هستند، این بیماری را به دلیل مجازات‌ها خداوند، رفتارهای که مستحق آن بوده‌اند و ... می‌دانند که می‌تواند از سبک‌های دلبستگی ناایمن به خدای ایشان ناشی شود. نتایج این پژوهش با تحقیقات براد شاو، الیسون و فالنلی (۲۰۱۰) که در پژوهش خود نشان دادند افراد با تصور مثبت از خدا (تصویر صمیمی، دوست دارنده، محافظت‌کننده و بخشنده از خدا) از سلامت روانی بالایی برخوردارند همسو می‌باشد آنان همچنین اثبات نمودند که نشانه‌های بیماری‌های روانی در این افرادکمتر است؛ برعکس افرادی که خداوند را از خود دور می‌دانند و باور دارند که خداوند از آنان فاصله گرفته، سلامت روانی پایین‌تری دارند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افرادی که تصور مثبت از خدا دارند، در میزان افسردگی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، هراس، وسواس بی‌اختیاری، شکایت جسمانی، افکار پارانوییدی و خصومت، پایین‌تر از دیگر افراد هستند. تحقیقات همچنین نشان دادند که اعتقاد به خدای مهربان و دوست دارنده، با اعتمادبه‌نفس بالا ارتباط دارد (۱۵). برام و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی که در آن افراد سالخورده (۶۸ تا ۹۳ ساله) شرکت کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی، احساس افسردگی، احساس گناه و همچنین با نشانه‌های افسردگی، ارتباط معنی‌داری دارد. در این پژوهش، تصور منفی فرد از خدا (باور به خداوند تنبیه‌کننده) با احساس گناه افراد شرکت‌کننده در پژوهش توام بوده است. علاوه بر این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌رنجور خویی با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه بوده است، درحالی‌که توافق‌پذیری با تصور ذهنی حمایت‌کننده از خدا توام بوده است (۱۷).

از محدودیت‌های مدلسازی در مطالعه حاضر، فقط به ادراک بیماری و عامل معنوی دلبستکی به خدا پرداخته

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

شده است لیکن از آن جهت که افسردگی در این بیماران تحت تاثیر عوامل روانی اجتماعی فرهنگی قرار می‌گیرد پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی به نقش عوامل دیگر در افسردگی بپردازند.

با توجه به قلمرو زمانی، مکانی و موضوعی پژوهش حاضر در تعمیم یافته‌های حاصل از این پژوهش به دیگر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و ساکن در شهرهای دیگر باید جوانب احتیاط رعایت گردد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که تاثیر مسیر غیرمستقیم سبک دل‌بستگی به خدا با افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجیگری متغیر ادراک بیماری معنی‌دار می‌باشد. این بدین معناست که مسیر غیرمستقیم که از متغیرهای پیش‌بین شروع و به مسیر ادراک بیماری بر افسردگی ختم می‌شود نسبت به مسیرهای مستقیم اعتبار بیشتری دارد. لذا نقش میانجیگری ادراک بیماری بین سبک دل‌بستگی به خدا و افسردگی مشخص می‌شود.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی، مصوب معاونت پژوهشی و فن‌آوری دانشگاه پیام نور می‌باشد و با حمایت مالی این معاونت به انجام رسید. بدین‌وسیله نویسندگان از بیماران و کارکنان بیمارستان مهدیه، فیروزگر، پارس و امام خمینی تهران تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Van den Dries L, Juffer F, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. Children and youth services review 2009; 31(3):410-21.
2. Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG, Koenig HG. Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. Journal of Religion and Health 2010; 49(2):246-61.
3. Leilan MP, Kheiri Y, Babapour J. Relationship between Attachment to God and Trust with Psychological Vulnerability of Students with Mediating on Patience. International Research Journal of Applied and Basic Sciences 2015; 9(9):1568-73.
4. Bradshaw M, Kent BV. Prayer, attachment to God, and changes in psychological well-being in later life. Journal of aging and health 2017; 0898264316688116.
5. Sim TN, Loh BS. Attachment to God: Measurement and dynamics. Journal of Social and Personal Relationships 2003; 20(3):373-89.
6. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Attachment and religious representations and behavior 2008.
7. Rowatt W, Kirkpatrick LA. Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. Journal for the scientific study of religion 2002; 41(4): 637-51.
8. Beck R, McDonald A. Attachment to God: The Attachment to God Inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences. Journal of Psychology & Theology 2004; 32(2).
9. Moss-Morris R, Chalder T. Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. Journal of Psychosomatic Research 2003; 55(4):305-8.
10. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). Psychology and health 2002; 17(1):1-16.
11. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. Quality of Life Research 2015; 24(8):1845-56.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]

12. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. BMC psychology 2014; 2(1):1-9.

13. Joshi S, Dhungana RR, Subba UK. Illness Perception and Depressive Symptoms among Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: An Analytical Cross-Sectional Study in Clinical Settings in Nepal. Journal of Diabetes Research 2015; 15.

14. Bradshaw M, Ellison CG, Marcum JP. Attachment to God, images of God, and psychological distress in a nationwide sample of Presbyterians. The International journal for the psychology of religion 2010; 20(2):130-47.

15. Ellison CG, Bradshaw M, Flannelly KJ, Galek KC. Prayer, attachment to God, and symptoms of anxiety-related disorders among US adults. Sociology of Religion 2014; 75(2):208-33.

16. Wen Y-H. Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning 2010; 6(2):31.

17. Braam AW, Schaap-Jonker H, Mooi B, Ritter Dd, Beekman AT, Deeg DJ. God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands. Mental Health, Religion and Culture 2008; 11(2):221-37.

18. Orillaza LB. Attachment, illness perceptions, and health outcomes: the mediating role of support seeking, supportive, and negative interactions in couples experiencing type 2 diabetes 2015.

19. Vilchinsky N, Dekel R, Asher Z, Leibowitz M, Mosseri M. The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation. Anxiety, Stress & Coping 2013; 26(3): 314-29.

20. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian journal of internal medicine 2014; 5(3): 167.

21. Shahabizadeh F, Shahidi S, Mazaheri MA. Childhood attachment perception and its relationship with attachment to God in adulthood. Journal of Psychology 2006; 4(10):221-34.

22. Masoudnia E, Oryzi F S, Rabbani Khorasgani R, Zamani A R, Ahmadi S A. he study of the effect of social class on the disease's behavior in patients with rheumatoid arthritis. Psychological research 2005; 12(13):37-46.

23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-Il. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 2000.

24. Garaei B. Determination of identity status and its relationship with identity styles and depression in Tehranian adolescents. Psychiatry and Clinical Psychology of Iran 2004;37 (10):143-4.

25. Bahrami L, Ahmadian H, Eshghi G. Relationship between illness perception, depression and quality of life among vitiligo patients referred to Farshchian Hospital in Hamedan. Journal of Dermatology and Cosmetic 2014; 5(3): 131-9.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-13]

DOR: 20.1001.1.17359406.1397.11.1.6.2]