

مقایسه روشهای مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند در مددجویان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدفقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶

فریدون جهانگیر^۱ محمدرفیع بذرافشان^۱ علیرضا زنگویی^۲ طاهره رئیسی^۲

^۱ مریب گروه پرستاری، ^۲ دانشجوی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مجله پزشکی هرمزگان سال سیزدهم شماره دوم تابستان ۸۸ صفحات ۱۱۳-۱۰۹

چکیده

مقدمه: توجه به راههای پیشگیری از خودکشی برای گروههای در معرض خطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مراقبت صحیح از مددجویانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند یک چالش عمده برای تمام متخصصین بهداشتی محسوب می‌گردد. روشهای مقابله‌ای با کاهش شدت منابع تنش، احتمال وقوع خودکشی را کاهش می‌دهند. هدف این مطالعه شناخت تفاوت‌های موجود در انواع روشهای مقابله‌ای در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در مقایسه با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند، می‌باشد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش مورد - شاهدهی است. جامعه پژوهش شامل تمامی افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدفقیهی در زمان انجام مطالعه می‌باشد. برای نمونه‌گیری ابتدا تعداد ۵۰ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی به روش نمونه‌گیری آسان مشخص شدند و سپس برای هر یک از این افراد یک شاهد که از نظر اطلاعات دموگرافیک مشابه بود، انتخاب شد و سپس دو گروه با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون t از نظر روشهای مقابله‌ای مقایسه شدند.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه مورد و گروه شاهد از نظر استفاده از روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مسأله ($P < 0/001$) و روشهای مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه ($P < 0/001$) اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. از سوی دیگر، گروه شاهد بطور معنی‌داری بیشتر از گروه مورد از روشهای مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه و روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند ($P < 0/05$). همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که از لحاظ استفاده از جنبه‌های مقابله‌ای نامؤثر بین گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$) و گروه مورد از روشهای مقابله‌ای نامؤثر بیشتر استفاده می‌کند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش، گروه شاهد نسبت به گروه مورد از روشهای مقابله‌ای متنوع‌تری استفاده می‌کنند، لذا تمرکز مراقبین بهداشتی بایستی بر آموزش انواع روشهای مقابله‌ای متمرکز بر مسأله و متمرکز بر عاطفه کارآمد باشد و در عین حال بایستی به مددجویان کمک نمایند تا روشهای مقابله نامؤثر را با روشهای مقابله‌ای مؤثرتر جایگزین نمایند.

کلیدواژه‌ها: خودکشی - خودکشی، اقدام شده - مکانیسم‌های دفاعی

نویسنده مسئول:

فریدون جهانگیر

دانشکده پرستاری و مامایی

حضرت زینب (س) - دانشگاه علوم

پزشکی شیراز

شیراز - ایران

تلفن: ۰۹۸ ۹۱۷۳۰۲۰۷۸۸

پست الکترونیکی:

jahangirif@sums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۷/۳/۱۱ اصلاح نهایی: ۸۷/۸/۶ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۰/۱۱

مقدمه:

بین می‌روند. در نتیجه کاهش خودکشی یک هدف مهم بین‌المللی محسوب می‌گردد (۱). بر اساس تحقیقی که لاری و همکاران در استان فارس بر روی کودکان ۱۵-۰ سال پذیرش شده به مرکز سوختگی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام دادند، میزان خودکشی را ۱/۴ شخص در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند (۲). رضائیان نیز بر اساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی میزان

خودکشی یک مشکل جدی بهداشتی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که هر سه ثانیه یک تلاش برای خودکشی اتفاق می‌افتد و هر یک دقیقه یک خودکشی روی می‌دهد. این بدین معنی است که افرادی که به دلیل خودکشی می‌میرند، بیش از افرادی هستند که به دلیل جنگ‌های نظامی از

روانی خفیف نیز رفتار غیرانطباقی نشان می‌دهد از طرفی هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد کمتر احتمال دارد گرفتار موقعیت‌هایی شوند که در برابر آنها آسیب پذیرند (۶).

دو نوع مهارت مقابله‌ای در هنگام روبه‌رو شدن با تنش وجود دارد، مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر عمل که شامل مواجهه مستقیم با عامل ایجادکننده تنش می‌باشد مثل پیدا کردن شغل دوم برای کسی که با مشکل مالی روبرو شده یا مطالعه برای آمادگی در برابر امتحان و مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر هیجان. مهارت مقابله مبتنی بر هیجان، مهارت‌هایی هستند که باعث کاهش علائم تنش بدون مخاطب قرار دادن منبع اصلی تنش می‌شوند. مصرف الکل، گریه کردن، خواب یا بحث در مورد تنش با یک دوست از جمله استراتژیهای مهارت مقابله‌ای مبتنی بر هیجان می‌باشند. این نوع مهارت‌ها نیز باعث می‌شوند فرد احساس بهتری در مورد مشکل داشته باشد اما در نهایت باعث حل مشکل نمی‌شود. بنابراین در کل به نظر می‌رسد مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر عملکرد نسبت به مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار برتری داشته باشد چون باعث کاهش مستقیم منبع تنش می‌شود. وینما و همکاران نشان دادند که روش‌های مقابله‌ای میزان آسیب‌پذیری موش‌ها در برابر تنش‌ها را پیش‌بینی می‌کنند (۷). بر اساس تئوری آموزشی در افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند باید بر روی روش‌های آموزشی که فرد را به سمت کاهش حوادث ناخوشایند و افزایش حوادث خوشایند رهنمود می‌کند، سوق داد. از جمله این روش‌های آموزشی استفاده از روش‌های سازگاری می‌باشد. برای استفاده از این تکنیک‌ها ابتدا باید مشخص کرد که این افراد از چه نوع مهارت‌های مقابله در هنگام روبرو شدن با حوادث تنش‌زای زندگی استفاده می‌کنند (۸). بنابراین با توجه به شرح مطالب بالا انجام تحقیقی برای مشخص کردن نوع مهارت‌های مقابله به کار گرفته شده توسط افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند در مقایسه با افرادی که اقدام به خودکشی نداشته‌اند لازم به نظر می‌رسد. بر این اساس محققین بر آن شدند تا به پژوهشی با هدف مقایسه روش‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند، بپردازند. اهداف جزئی این پژوهش عبارت بودند از:

- تعیین میزان روش‌های مقابله‌ای در گروه مورد.

خودکشی برای گروه سنی ۱۴-۵ سال ۰/۸ برای جنس مذکر و ۰/۲ برای جنس مؤنث و برای گروه سنی ۲۹-۱۵ سال ۷/۶ برای جنس مذکر و ۸/۶ برای جنس مؤنث، برای گروه سنی ۴۴-۳۰ سال ۷/۶ برای جنس مؤنث و ۶/۲ برای جنس مذکر، برای گروه سنی ۵۹-۴۵ سال ۸/۵ برای جنس مذکر و ۴/۴ برای جنس مؤنث و برای گروه سنی بالای ۶۰ سال ۱۰/۸ برای جنس مذکر و ۷ برای جنس مؤنث در ۱۰۰۰۰ گزارش کرده است که نشان‌دهنده میزان‌های متفاوت برای گروه‌های سنی مختلف در ناحیه مدیترانه شرقی می‌باشد (۳). در سال ۲۰۰۰ خودکشی به عنوان بیست و پنجمین علت مرگ و میر در ناحیه مدیترانه شرقی، هفتمین علت مرگ در ناحیه اروپا و شانزدهمین علت مرگ در ناحیه جنوب شرقی آسیا شناخته شد. با مشاهده این آمار به نظر می‌رسد که خودکشی یک مشکل بهداشتی بسیار فوری برای کشور ایران که جزو مدیترانه شرقی محسوب می‌گردد، نباشد. ولی با توجه به اینکه در گروه‌های مختلف سنی میزان خودکشی متفاوت است و این آمار بر اساس تمام گروه‌های سنی محاسبه شده است. لذا توجه به راه‌های پیشگیری از خودکشی در کشورهای مدیترانه شرقی برای گروه‌های در معرض خطر از اهمیت برخوردار است (۳).

بر اساس تئوری شناختی، تلاش برای خودکشی ناشی از عدم توانایی شخصی برای تشخیص و حل مشکل در زمان مواجهه با مشکل می‌باشد (۴). مطالعات زیادی عوامل خطر خودکشی را مورد بررسی قرار داده‌اند ولی بسیاری از افرادی که در معرض ریسک فاکتورهای خودکشی می‌باشند، تمایل به خودکشی در آنها مشاهده نمی‌شود. بنابراین این افراد دارای توانایی‌هایی هستند که افراد اقدام‌کننده به خودکشی فاقد آن هستند. مشاهدات نشان می‌دهد که ممکن است فاکتورهای حمایتی در این افراد وجود داشته باشد که تأثیرات عوامل خطر را در این افراد کاهش می‌دهد. از جمله این توانایی‌ها استفاده از مهارت‌های مقابله می‌باشد (۵). مقابله به روش مواجهه با دشواریها و کوشش برای غلبه بر آنها اشاره دارد. مهارت‌های مقابله‌ای روش‌هایی هستند که برای هر اقدامی در دسترس فرد قرار دارند. داشتن مجموعه‌ای کارآمد از مهارت‌های مقابله‌ای احساس خود کنترلی و خودهدایتی را در فرد بیشتر می‌کند، ولی وقتی آسیب‌پذیری فرد زیاد باشد فرد در برابر فشار

- تعیین میزان روش‌های مقابله‌ای در گروه شاهد.

- مقایسه انواع روش‌های مقابله‌ای در گروه مورد و شاهد.

روش کار:

این یک پژوهش مورد - شاهد است. جامعه پژوهش در این تحقیق کلیه مددجویان مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان شهید فقیهی است. نمونه پژوهش شامل نمونه‌های تصادفی از مددجویانی که در طول مطالعه به اورژانس بیمارستان شهید فقیهی مراجعه کرده و دارای مشخصات واحدهای پژوهش بودند، می‌باشد. گروه مورد شامل مددجویانی که به علت اقدام به خودکشی در مدت زمان مطالعه به بخش اورژانس بیمارستان شهید فقیهی مراجعه نمودند، می‌باشند و گروه شاهد شامل مددجویانی بودند که به عللی بجز اقدام به خودکشی در مدت زمان مطالعه به بخش اورژانس بیمارستان شهید فقیهی شيراز مراجعه نموده و فاقد سابقه اقدام به خودکشی بودند. ابتدا افراد اقدام‌کننده به خودکشی مشخص شدند (۵۰ نفر) و سپس برای هر یک از این افراد اقدام‌کننده به خودکشی یک شاهد که از نظر جنس، سطح تحصیلات، سن، وضعیت تأهل مشابه بود (۵۰ نفر) انتخاب شد و سپس گروهها از نظر روش‌های مقابله‌ای با هم مقایسه شدند.

ابزار گردآوری داده‌های در این پژوهش پرسشنامه مهارت‌های مقابله‌ای، کارور، اسکیر ویتنروب بود. پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای دارای ۱۸ مقیاس مقابله‌ای می‌باشد که در سه گروه زیر طبقه‌بندی می‌شود:

۱- روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله که شامل مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، خویشتن‌داری و جستجوی حمایت اجتماعی کارساز می‌باشد.

۲- روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه شامل جستجوی حمایت‌های اجتماعی - عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، انکار و کمک گرفتن از مذهب می‌باشد.

۳- جنبه‌های مقابله‌ای کمتر مفید یا نامؤثر شامل تمرکز بر هیجان و ابراز آن، عدم درگیری ذهنی، عدم درگیری رفتاری، تکان‌شوری، تفکر خرافی، تفکر منفی، تفکر آرزومندانه و استفاده از دارو و دخانیات می‌باشد.

برای تعیین اعتبار و پایایی ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد. طی یک مطالعه آزمایشی پرسشنامه‌ها بین ۲۴ نفر از واحدهای پژوهش توزیع شد و پس از جمع‌آوری اطلاعات ضریب آلفای کرونباخ به کمک نرم‌افزار SPSS، ۰/۷۸ بدست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. بدین صورت که برای استخراج جداول و محاسبه شاخص‌های آماری از آمار توصیفی استفاده شد و در قسمت آمار تحلیلی از آزمون t استفاده شد. خطای نوع اول آزمون در این پژوهش $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج:

نتایج پژوهش نشان داد که واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه بیشتر در گروه سنی ۲۰-۱۰ (۶۷/۴٪) و ۳۰-۲۱ سال (۴۲/۳۹٪) قرار داشتند. ۵۲/۵۶٪ واحدهای مورد پژوهش زن و ۴۳/۴۸٪ مرد بودند. ۴۳/۴۳٪ نمونه‌ها متأهل و ۶۹/۵۷٪ مجرد بودند. از لحاظ سطح تحصیلات اکثراً سیکل (۴۰/۴۰٪) و دیپلم (۳۹/۱۳٪) بودند.

نتایج پژوهش مطابق با هدف اول پژوهش نشان داد که میانگین نمرات گروه مورد در روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله ۳۰/۲۷، متمرکز بر عاطفه ۲۷/۸۳ و روش‌های غیرمؤثر (یا کمتر مؤثر) ۴۹/۳۲٪ می‌باشد (جدول شماره ۱). نتایج پژوهش مطابق با هدف دوم پژوهش نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمرات روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله ۳۶، متمرکز بر عاطفه ۳۶/۳۶ و روش‌های غیرمؤثر (یا کمتر مؤثر) ۴۲/۹۲٪ می‌باشد (جدول شماره ۱). نتایج پژوهش مطابق با هدف سوم پژوهش نشان داد که بین میانگین امتیاز مربوط به روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد به ترتیب ۳۰/۲۷ در مقابل ۳۶ (۰/۰۰۱ < P). همچنین بین گروه مورد و شاهد از نظر میانگین امتیاز مربوط به استفاده از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. این شاخص در گروه مورد ۲۷/۲۸ و در گروه شاهد ۳۴/۲۶ بدست آمده است (۰/۰۰۱ < P).

در همین رابطه، نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین امتیاز مربوط به روش‌های مقابله‌ای غیرمؤثر بین گروه مورد و شاهد نیز اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد. این مقدار در گروه مورد ۴۹/۳۲ و در گروه شاهد ۴۳/۹۲ بدست آمده است ($P < 0/001$).

جدول شماره ۱- میانگین روشهای مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی با افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشته‌اند در مددجویان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدفقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶

روشهای مقابله‌ای	میانگین (نحرف معیار)	
	مورد (n=۳۰)	شاهد (n=۳۰)
تمرکز بر مسأله	۳۰/۲ (۴/۹)	۳ (۲/۹)
تمرکز بر عاطفه	۲۷/۸ (۵/۶)	۲۴/۳ (۲/۸)
روشهای غیرمؤثر (یا کمتر مؤثر)	۴۹/۳ (۴/۸)	۴۳/۹ (۶/۰)

بحث و نتیجه‌گیری:

در پژوهشی که کید و همکاران در جوانان بی‌خانمان انجام دادند، نتیجه گرفتند که بین تاریخچه اقدام به خودکشی و روش مقابله‌ای متمرکز بر مسئله رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد. در حالی که پژوهش حاضر نشان داد که بین انواع روش‌های مقابله‌ای (متمرکز بر مسأله، متمرکز بر عاطفه) بین گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد (۸). یکی از دلایل این تفاوت می‌تواند به دلیل منبع نمونه‌ها باشد. نمونه‌های کید و همکاران از بین جوانان بی‌خانمان انتخاب شده است. نمونه‌های این پژوهش شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدفقیهی در زمان انجام مطالعه بودند. مطالعه حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی مبتنی بر جمعیت بوده لذا مشکلات ناشی از تورش انتخاب در این مطالعه حداقل می‌باشد. مطالعه کید و همکاران یک مطالعه مقطعی می‌باشد. همچنین کید و همکاران تنها از ۲ عبارت برای سنجش روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله استفاده کرده‌اند که این عامل می‌تواند اعتبار اندازه‌گیری آنها را کاهش دهد. به هر حال در تحقیقی که چپمن و همکاران در سال ۲۰۰۵ بر روی زنان زندانی انجام دادند، مشخص شد که بین سابقه اقدام به خودکشی و روش سازگاری متمرکز بر

اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد در پژوهشی که کید و همکاران انجام دادند، نتیجه گرفتند که بین روش‌های مقابله‌ای اجتنابی (مطابق با روش‌های غیرمؤثر در این مطالعه) و سابقه اقدام به خودکشی رابطه معنی‌دار آماری وجود ندارد (۸). اما در تحقیقی که آندور و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام دادند، نشان دادند که دانشجویانی که اقدام به خودزنی کرده بودند، از روش‌های اجتنابی بیشتر استفاده می‌کردند (۱۱).

میانگین روش‌های مقابله‌ای گروه مورد در قسمت روش‌های مقابله‌ای غیرمؤثر بیش از گروه شاهد و در قسمت روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله و روش متمرکز بر عاطفه کمتر از گروه شاهد بوده است. لذا گروه مورد نسبت به گروه شاهد به طور کلی از انواع روش‌های سازگاری کمتر استفاده می‌کردند. در تحقیقی مشابه که در سال ۱۹۹۳ توسط کوتلر و همکاران در بیماران بستری در یکی از مراکز درمانی کشور اسرائیل انجام شد، ۶۶ بیمار که اقدام به خودکشی داشتند و در بخش روان بستری بودند با ۶۶ بیمار بستری دیگر در بخش روان که اقدام به خودکشی نداشتند، مورد مقایسه قرار گرفتند. دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیکی با هم یکسان بودند. نتایج بدست آمده از

شاهد از روش‌های غیرمؤثر بیشتر استفاده می‌کرده‌اند، لذا کارکنان بهداشتی بایستی تلاش نمایند تا روش‌ها سازگاری غیرمؤثر افراد اقدام‌کننده به خودکشی را با روش‌های مؤثرتر جایگزین نمایند. آموزش انواع روش‌های مقابله‌ای در جامعه بخصوص به گروه‌های در معرض خطر نیز می‌تواند از اقدام به خودکشی پیش‌گیری نماید.

سیاسگزاری:

بدینوسیله از مسئولین پرستاری بیمارستان شهیدفقیهی و کلیه واحدهای پژوهش که در این تحقیق ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

این تحقیق نیز نشان داد بیمارانی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، در مقایسه با بیمارانی که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند، کمتر تمایل داشتند که از مکانیزم‌های سازگاری استفاده کنند (۱۲). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش حاضر منطبق است.

با توجه به این که میانگین استفاده از انواع روش‌های مقابله‌ای مؤثر (متمركز بر مسأله و متمركز بر عاطفه) در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که گروه شاهد نسبت به گروه مورد از روش‌های مقابله‌ای متنوع‌تری استفاده می‌کرده‌اند. لذا کارکنان بهداشتی و درمانی لازم است انواع روش‌های مقابله‌ای، چه متمركز بر مسأله و چه متمركز بر عاطفه را به افراد اقدام‌کننده به خودکشی آموزش دهند. همچنین با توجه به این که گروه مورد نسبت به گروه

References

منابع

1. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: 1999.
2. Lari AR, Panjeshahin MR, Talei AR, Rossignol AM, Alaghebandan R. Epidemiology of childhood burn injuries in Fars province, Iran. *J Burn Care Rehabil.* 2002; 23(1):39-45.
3. Rezaeian M. Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2007;13(4):953-960.
4. Fortinash Katherine M, Worret Patricia A. Psychiatric mental health nursing. 3rd ed. California: Mosby Company; 2003.
5. Beautrais A. Suicide in Newzealand II: a review of risk factors and prevention. *Journal of The Newzealand Medical Association.* 2003;116:1-11.
6. Sarason IG, Sarason BR. Abnormal Psychology. The problem of maladaptive behavior. 5th ed. Prentice-Hall; 1987.
7. Veenema AH, Meijer OC, De Kloet ER, Koolhaas JM. Genetic selection for coping style predict susceptibility. *Journal of Neuroendocrinology.* 2003;15:256-267.
8. Kidd SA, Carroll MR. Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence.* 2007;30:283-296.
9. Chapman AI, Specht MW, Cellucci T. Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide and Life Threatening Behavior.* 2005;35:558-570.
10. DeGraff AH, Schaffer Jay. Emotion-focused coping: a primary defense against stress for people living with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation.* 2008;74(1):6-19.
11. Andover MS, Peter CM, Gibb BE. Self-Mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and life Threatening Behavior.* 2007;37(2):238-243.
12. Kotler M. Correlates of suicide and violence risk in an inpatient population: coping styles and social support. *Psychiatry Res.* 1993;47(3):281-290.