

حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

پرستو حسن‌زاده*، مهناز علی‌اکبری دهکردی**، محمد ابراهیم خمسه***

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران (نویسنده مسئول)^۱

** دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، ایران

*** دانشیار علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخچه مقاله

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۲۸

تجدید نظر: ۹۱/۱۰/۳۰

پذیرش: ۹۱/۱۰/۳۰

Article History

Receipt: 2013.1.9

Revise: 2013.1.19

Acceptance: 2013.1.19

The Study of the Relationship of Social Support and Coping Strategies in Patients with Diabetes Type 2

*P. Hassanzadeh, **M. Aliakbari Dehkordi, *** M. Khamseh

*. Msc in Psychology, Payame Nour University, Tehran, Iran

** . Associate professor, Department of Psychology, Payame Nour University, Iran

***. Associate professor, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌پردازد.

روش: در این مطالعه همبستگی، نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس حمایت اجتماعی واکس و همکاران و آزمون راهبردهای مقابله‌ای لازاروس- فولکمن استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسئله و بازبرآورد مثبت رابطه مثبت دارد و با مقابله رویاروی‌گر و دوری‌جویی رابطه معنی‌دار ندارد، با خویش‌ن‌داری رابطه مثبت و با گریز- اجتناب رابطه منفی دارد ($P < 0/01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که حمایت سایرین و خانواده بهترین پیش-بین‌های مقابله مسئله‌مدار هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان با انجام مشاوره به بیماران دیابتی کمک نمود تا احساس کنند از حمایت اجتماعی برخوردارند و بتوانند با تنیدگی‌های حاصل از بیماری مقابله نمایند.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، دیابت نوع دو

Abstract

Objective: Present study has been done to study of the relationship of social support with coping strategies in patients with diabetes type 2.

Method: In this correlation research, sample was included 400 patients that were selected through random cluster sampling. For gathering data was used of Vaux & et al social support scale and Lazarus-Folkman coping strategies test. To data analyze statistically, Pearson's correlation coefficient and multivariate regression were employed.

Results: The results indicated that social support has a significant positive correlation with seeking social support, accepting responsibility, planful problem solving and positive reappraisal and has not a significant correlation with confrontive coping and distancing, has a significant positive correlation with self-controlling and has a significant negative correlation with escape-avoidance. In addition, the regression analysis showed that others support and family supports are the best predictors of problem-oriented coping.

Conclusion: Regarding the findings, through the consultation can help diabetic patients to have social support and can cope with disease stresses.

Keywords: social support, coping strategies, diabetes type 2

۱. نشانی نویسنده مسئول: parastoo hassanzadeh@yahoo.com

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی پیام نور می‌باشد.

مقدمه

تا چندی پیش بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت، اما در حال حاضر افزایش نقش بیماری‌های غیرواگیر در مرگ و میر، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی محسوب می‌شود که بیماری دیابت یکی از آنهاست (زارع شاه‌آبادی، حاجی‌زاده میمندی و ابراهیمی صدرآبادی، ۱۳۸۹). دیابت نوع دو^۱ از جمله بیماری‌های روان-تنی^۲ است که تنیدگی در ایجاد، شدت، عود و مزمن شدن آن تأثیر فراوانی دارد. علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا اینکه مصرف انسولین با اشکال مواجه است یا هر دو. فرد مبتلا به دیابت نوع دو ممکن است نیاز به تزریق انسولین پیدا کند، ولی برای زنده ماندن نیازمند آن نیست. در این بیماران مقادیر بالای گلوکز ممکن است به چشم‌ها، کلیه‌ها، اعصاب، قلب و رگ‌های خونی آسیب برساند. اکثر افرادی که به دیابت نوع دو مبتلا می‌شوند بیش از چهل سال سن دارند، ولی میزان بروز آن در افراد جوان‌تر و حتی کودکان در حال افزایش است (غلامی کردآبادی، ۱۳۸۲).

منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع موردنیاز فراهم می‌کند. نتایج پژوهش‌ها حاکی است که میزان آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین کمتر است (ابوالقاسمی، تقی‌پور و نریمانی، ۱۳۹۱).

در تلاش برای فهم بهتر نقش حمایت اجتماعی و تأثیر آن بر سلامتی و بهزیستی، دو مدل حمایت اجتماعی بررسی شده است. حمایت اجتماعی از طریق دو فرآیند عمده بر کنترل بیماری دیابت مؤثر است: اثر مستقیم حمایت اجتماعی از طریق رفتارهای مرتبط با سلامت مثل تشویق رفتارهای سالم و اثر سپرمانند حمایت اجتماعی که به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامت و همچنین افزایش سازگاری با فشار عصبی بیماری دیابت

کمک می‌کند (مارموت و ویلکینسون^۳، ۲۰۰۸). مدل اثر مستقیم فرض می‌کند که حمایت اجتماعی وضعیت سلامت و سازگاری روان‌شناختی فرد را مستقل از سطح تنیدگی افزایش می‌دهد. مدل سپرمانند استدلال می‌کند که در حضور وقایع منفی، حمایت اجتماعی از افراد در برابر آثار بیماری‌زای تنیدگی محافظت می‌کند (پناغی، قهاری، احمدآبادی و یوسفی، ۱۳۸۷).

در میان بیماران مبتلا به دیابت، حمایت اجتماعی با بهبود در کنترل، پیروی از رژیم غذایی و کارکرد هیجانی رابطه داشته است (پورشریفی، ۱۳۸۶). گالانت^۴ (۲۰۰۳) فراتحلیلی بر روی ۲۹ مطالعه انجام داده است که رابطه بین حمایت اجتماعی و مدیریت بر خود را در وضعیت پزشکی مزمن مورد بررسی قرار داده بودند. گالانت رابطه مثبت متوسطی را بین حمایت اجتماعی و مدیریت بر خود در بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، تنگی نفس، بیماری قلبی و صرع گزارش کرده است. گریفیت، فیلد و لوستمن^۵ (۱۹۹۰؛ به نقل از پورشریفی، ۱۳۸۶) گزارش کردند وقتی که سطح تنیدگی پایین است رضایت از حمایت اجتماعی با کنترل قندخون رابطه نداشته است، اما وقتی که سطح تنیدگی بالا است بیماران دیابتی که حمایت اجتماعی بیشتری را گزارش می‌کردند در مقایسه با بیماران دیابتی که حمایت اجتماعی کمتری را گزارش کرده بودند به طور معنی‌داری کنترل قندخون بهتری داشتند.

همچنین، بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند، از سلامت بهتری نیز برخوردارند (علی‌پور، ۱۳۸۵). علاوه بر آن، میزان بالای حمایت اجتماعی نیز با بهبود خودمدیریتی دیابت همراه است (تالجمو و هنتینن^۶، ۲۰۰۹). گلاسگو و توبرت^۷ (۱۹۸۸؛ به نقل از رحیمیان‌بوگر، بشارت، مهاجری تهرانی و طالع پسند، ۱۳۹۰) نشان دادند حمایت خانوادگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده پیروی از دستورات درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سنین بالاتر از ۴۰ سال است و تعامل-

3. Marmot & Wilkinson
4. Gallant
5. Griffith, Field & Lustman
6. Toljamo & Hentinen
7. Glasgow & Toobert

1. diabetes type 2
2. psychosomatic

برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش تنیدگی تأکید دارد (سلطان عینی، ۱۳۸۴).

تحقیقات نشان داده است که شماری از عوامل مختلف، پیش‌بینی‌کننده بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای می‌باشند، به عبارت دیگر عواملی وجود دارند که می‌توانند بر روی راهبردهای مقابله‌ای تأثیر بگذارند که این عوامل باید به دقت مورد شناسایی قرار گیرند. از جمله این عوامل محیطی، حمایت اجتماعی^۶ می‌باشد. به عقیده کوب^۷ (۱۹۷۹) منظور از حمایت اجتماعی میزان ادراک فرد از محبت و حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان وی در مقابل تنیدگی‌ها و حوادث است (زارع، ۱۳۸۲). حمایت اجتماعی عبارت است از امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند که باعث می‌شود فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و بتواند در برابر عوامل تنیدگی‌زا به خوبی مقابله نماید (اکوچیان، روح‌افزا، حسن‌زاده و محمدشریفی، ۱۳۸۹).

درخصوص رابطه حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای پژوهش‌های متعددی انجام شده که از جمله آنها مطالعه بال، کرومبز و ون اوست^۸ (۲۰۰۳)، دیرکزواگر، برامسن و وندر پلاگ^۹ (۲۰۰۳)، زونزونگیو^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۴)، گرین گلاس، فیکسنباوم و ایتون^{۱۱} (۲۰۰۶)، چوهان و شالینی^{۱۲} (۲۰۰۶)، بری^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۶)، لویز-مارتینز، استیو-زارازاگا و رامیرز-ماستر^{۱۴} (۲۰۰۸)، لو و وانگ^{۱۵} (۲۰۰۹)، وندرلیچ-تیرنی و وندروال^{۱۶} (۲۰۱۰)، رازوئل، بروچون-شوتز، دوپانلoup و اپینی^{۱۷} (۲۰۱۱) در خارج از کشور و ابراهیمی، ذوالفقاری و بوالهروی (۱۳۸۱)،

6. social support
7. Cobb
8. Bal, Crombez & Van Oost
9. Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg
10. Zunzunegui
11. Greenglass, Fiksenbaum & Eaton
12. Chouhan, & Shalini
13. Barry
14. Lopez-Martinez, Esteve-Zarazaga & Ramirez-Maestre
15. Lou & Wang
16. Wanderlich-Tierney & Vander Wal
17. Razuel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup & Epiney

های غیرحمایتی خانواده، پیروی ضعیف‌تر از برنامه خودمراقبتی دیابت را پیش‌بینی می‌کند.

بررسی‌ها گویای آن است که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به تنیدگی، تحت تأثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کنند؛ یعنی شدت واکنش‌های فرد در حضور دوستان و آشنایان کمتر از زمانی است که فرد به تنهایی با تنیدگی رو به رو می‌شود (لیپور، آن و ایوانز^۱، ۱۹۹۳؛ گلین، کریستنفلد و گرین^۲، ۱۹۹۹). کوزلی، مک‌کوی، ساسلو و ایسا^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی نقش دلسوزی برای دیگران و حمایت اجتماعی در واکنش‌های فیزیولوژیک به استرسورها را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد افرادی که دلسوزی برای دیگران در آنها بالا بود در تعامل با حمایت اجتماعی در برابر استرس، واکنش فیزیولوژیکی متعادل‌تری داشتند.

هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند، مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنیدگی‌های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت‌های گوناگون، متفاوت است (غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی‌زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می‌رود و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (فرزین راد، اصغرنژاد فرید، یکه یزدان دوست و حبیبی عسگرآباد، ۱۳۸۹).

لازاروس و همکاران در مفهوم‌سازی مقابله یک تمایز قائل شده‌اند و آن تمایز مقابله مسئله‌مدار^۴ از مقابله هیجان-مدار^۵ است. تلاش‌های مسئله‌مدار معطوف به تغییر موقعیت تنیدگی‌زا می‌باشد، یعنی بر مهار عامل تنیدگی‌زا به منظور کاهش یا حذف آن توجه دارد، در حالی که تلاش‌های هیجان‌مدار معطوف به تغییر واکنش‌های هیجانی به عوامل تنیدگی‌زا می‌باشد، یعنی بر مهار پاسخ‌های هیجانی و

1. Lepore, Allen & Evans
2. Glynn, Christenfeld & Gerin
3. Cosley, McCoy, Saslow & Elissa
4. problem-oriented coping
5. emotion-oriented coping

(۱۵/۳ درصد) دارای شغل آزاد و ۴۵ نفر (۱۱/۲ درصد) کارمند بودند. همچنین، ۳۳۲ نفر (۸۳ درصد) از شرکت-کنندگان زیر دیپلم و دیپلم و ۶۸ نفر (۱۷ درصد) بالای دیپلم بودند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط واکس، ریدل و استوارت^۱ با استفاده از روش تحلیل عاملی ساخته شده است (وودی و وودی^۲، ۲۰۰۷). ساختار نظری این مقیاس براساس تعریف «کوب» از حمایت اجتماعی استوار و مشتمل بر ۲۳ سؤال می‌باشد که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را دربرمی‌گیرد. این آزمون براساس یک مقیاس چهار درجه‌ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف ساخته شده است (زارع، ۱۳۸۲). واکس و همکاران ثبات درونی کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط واکس و همکاران برای کل مقیاس و مؤلفه‌های آن (از ۰/۸۳ تا ۰/۹۰) رضایت‌بخش بوده‌اند (وودی و وودی، ۲۰۰۷). در ایران ابراهیمی قوام (۱۳۷۰) پس از ترجمه و معادل‌سازی این مقیاس به هنجاریابی آن اقدام کرد. وی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و بازآزمایی ۰/۸۱، پایایی رضایت‌بخش این مقیاس را گزارش کرده است. وی در پژوهش خود سیستم نمره‌گذاری آن را به صفر و یک تغییر داده و دلیل این کار را استفاده از آلفای کرونباخ ذکر نموده است. در پژوهش حاضر نیز از این سیستم نمره‌گذاری استفاده شده است.

همچنین، علی‌پور (۱۳۷۱) در پژوهش خود با استفاده از آلفای کرونباخ، ثبات درونی مقیاس حمایت اجتماعی را محاسبه نموده که پس از حذف سؤالات نامناسب میزان آلفای کرونباخ برای حمایت اجتماعی برابر با ۰/۷۵ و برای مؤلفه‌های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت سایرین به ترتیب برابر با ۰/۶۶، ۰/۶۴ و ۰/۳۸ به دست آمده است.

۲- آزمون راهبردهای مقابله‌ای: این آزمون در سال ۱۹۸۵ توسط لازاروس و فولکمن ساخته شده که مشتمل بر ۶۶ ماده می‌باشد و به دو بخش مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم می‌گردد. بخش مسئله‌مدار دارای چهار ویژگی جستجوی حمایت اجتماعی^۳، مسئولیت‌پذیری^۴، حل

بخشانی، بیرشک، عاطف وحید و بوالهروی (۱۳۸۲)، رضایی کارگر و کربندی (۱۳۸۳)، غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷)، پناغی و همکاران (۱۳۸۷) و اکوچیان و همکاران (۱۳۸۹) در داخل کشور می‌باشد. به عنوان مثال، نتایج مطالعه بال و همکاران (۲۰۰۳) که به بررسی نقش حمایت اجتماعی در بهزیستی و مقابله با وقایع تنیدگی‌زا در ۸۲۰ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال پرداختند، نشان داد حمایت بیشتر خانواده در نوجوانانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار نگرفته بودند با مقابله دوری‌جویی کمتر و مقابله جستجوی حمایت اجتماعی بیشتر همبسته بود. همچنین، نتایج نشان داد وجود حمایت اجتماعی زیاد به طور مستقیم با نشانه‌های کمتر وابسته به تنیدگی خصوصاً در نوجوانانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار نگرفته بودند همبسته بود.

با توجه به نظریه لازاروس و فولکمن (۱۹۸۱) در مورد راهبردهای مقابله‌ای و نقش آنها در سلامتی و اهمیت راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و نظریه کوب (۱۹۷۹) در مورد حمایت اجتماعی و نقش آن در بهزیستی و نظر به اینکه در ایران در رابطه با متغیرهای پژوهش بر روی بیماران دیابتی هنوز پژوهشی انجام نشده است، لذا هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است.

روش

این پژوهش یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ بیمار دیابتی نوع دو بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند، به این ترتیب که از بین دوازده ماه سال، سه ماه متوالی به تصادف انتخاب شد و ۴۰۰ نفر از بیمارانی که در این سه ماه به انستیتو غدد مراجعه کرده بودند به عنوان نمونه مورد بررسی انتخاب شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان پژوهش ۸۳-۳۳ سال و میانگین سنی و انحراف استاندارد آنها به ترتیب برابر با ۵۵/۸۴ و ۸/۵۹ بود. ۲۵۰ نفر (۶۲/۵ درصد) از نمونه پژوهشی را زنان و ۱۵۰ نفر (۳۷/۵ درصد) آن را مردان تشکیل می‌دادند. از تعداد کل آنها ۲۱۷ نفر (۵۴/۳ درصد) خانه‌دار، ۷۷ نفر (۱۹/۲ درصد) بازنشسته، ۶۱ نفر

1. Vaux, Ridel & Stewart
2. Woody & Woody
3. seeking social support
4. accepting responsibility

مسئولیت‌پذیری دارای بیشترین (۱۸/۵۳) و کمترین (۱۰/۱۵) میانگین هستند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (N=۴۰۰)

متغیرها	X	SD
حمایت اجتماعی	حمایت خانواده	۶/۹۲
	حمایت دوستان	۶/۵۵
	حمایت سایرین	۶/۲
	حمایت اجتماعی	۱۹/۶۷
مقابله هیجان مدار	مقابله رویاروی گر	۱۲/۳۹
	مقابله دوری جویی	۱۳/۴۴
	مقابله خویش‌داری	۱۸/۳۵
	مقابله گریز-اجتناب	۱۲/۰۴
مقابله مسئله مدار	مقابله جستجوی حمایت اجتماعی	۱۳/۹۲
	مقابله مسئولیت‌پذیری	۱۰/۱۵
	مقابله حل‌مدیرانه مسئله	۱۵/۳۹
	مقابله بازبرآورد مثبت	۱۸/۵۳
	مقابله مسئله مدار	۵۷/۹۸

برای بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در شرکت‌کنندگان پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. براساس نتایج جدول ۲، مؤلفه حمایت خانواده با مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله، بازبرآورد مثبت و مقابله مسئله‌مدار همبستگی مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) دارد. مؤلفه حمایت دوستان با مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، حل‌مدیرانه مسئله، بازبرآورد مثبت و مقابله مسئله‌مدار همبستگی مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) دارد، اما با مقابله مسئولیت‌پذیری همبستگی معنی‌دار ندارد. مؤلفه حمایت سایرین با مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله، بازبرآورد مثبت و مقابله مسئله‌مدار همبستگی مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) دارد. همچنین، حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله، بازبرآورد مثبت و مقابله مسئله‌مدار همبستگی مثبت معنی‌دار ($P < 0/01$) دارد.

مدیرانه مسئله^۱ و بازبرآورد مثبت^۲ و بخش هیجان‌مدار شامل چهار ویژگی مقابله رویاروی‌گر^۳، دوری‌جویی^۴، خویش‌داری^۵ و گریز-اجتناب^۶ می‌باشد (اشتری، ۱۳۷۶).

در تحقیقی که توسط لازاروس (۱۹۸۵) بر روی یک نمونه ۱۵۰ نفری انجام گرفته است، ضرایب آلفای به دست آمده برای مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد (سلطان عینی، ۱۳۸۴).

سلطان عینی (۱۳۸۴) در ایران این مقیاس را استفاده کرده است و برای آن روایی صوری، روایی ظاهری و روایی سازه و پایایی مناسبی گزارش کرده است.

روش اجرا: پس از انجام هماهنگی لازم با انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران، ابتدا کلیات پرسشنامه برای بیماران توضیح داده شد. به دلیل کم‌سوادی یا مشکل دید برخی از بیماران، ضمن یک مصاحبه کوتاه، تک تک سؤالات پرسشنامه برای آنها خوانده شد و بیماران ضمن همکاری لازم به سؤالات پاسخ دادند. در نهایت، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، جداول توزیع و ...) و استنباطی نظیر ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

براساس نتایج جدول ۱، از میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده دارای بیشترین میانگین (۶/۹۲) و حمایت سایرین دارای کمترین میانگین (۶/۲) است. از میان راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، مقابله خویش‌داری و مقابله گریز-اجتناب دارای بیشترین (۱۸/۳۵) و کمترین (۱۲/۰۴) میانگین هستند. همچنین، از میان راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، مقابله بازبرآورد مثبت و مقابله

1. planful problem solving
2. positive reappraisal
3. confrontive coping
4. distancing
5. self-controlling
6. escape-avoidance

جدول ۲. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در شرکت‌کنندگان پژوهش ($N=400$)

متغیرها	مقابله جستجوی حمایت اجتماعی	مقابله مسئولیت پذیری	مقابله حل مدبرانه مسئله	مقابله بازپرآورد مثبت	مقابله مسئله مدار
حمایت خانواده	۰/۱۸۶**	۰/۱۵۲**	۰/۱۶۲**	۰/۱۹۲**	۰/۲۲۲**
حمایت دوستان	۰/۱۸۲**	۰/۰۹	۰/۱۴۹**	۰/۱۰۹**	۰/۱۷۱**
حمایت سایرین	۰/۱۸۵**	۰/۲۰۶**	۰/۲۰۶**	۰/۲۶۷**	۰/۲۷۵**
حمایت اجتماعی	۰/۲۳۸**	۰/۱۸۱**	۰/۲۱۷**	۰/۲۲۷**	۰/۲۷۷**

** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است

همچنین، جهت بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار از واریانس مقابله مسئله‌مدار را تبیین می‌کنند. براساس ستون ضریب استاندارد بتا، تنها مؤلفه‌های حمایت سایرین و حمایت خانواده قادر به پیش‌بینی مقابله مسئله‌مدار می‌باشند.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مؤلفه‌های حمایت سایرین، حمایت خانواده و حمایت دوستان ۹

جدول ۳. خلاصه نتایج رگرسیون چندمتغیره مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار

متغیر پیش بین	مربع R (R)	سطح معنی داری	B	Beta	سطح معنی داری
حمایت سایرین	۰/۰۹		۱/۸۰۶	۰/۲۰۳	۰/۰۰۱
حمایت خانواده	(۰/۳)	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷	۰/۱۲۷	۰/۰۱۷
حمایت دوستان			۰/۱۸۳	۰/۰۳۵	۰/۵۳۴

جهت بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مؤلفه حمایت خانواده با هیچ‌یک از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار (رویاروی‌گر، دوری‌جویی، خویش‌ن‌داری و گریز-اجتناب) و مقابله هیجان‌مدار همبستگی معنی‌دار ندارد. مؤلفه حمایت دوستان با مؤلفه‌های رویاروی‌گر، دوری‌جویی، خویش‌ن‌داری و مقابله هیجان‌مدار همبستگی معنی‌دار ندارد، اما با مؤلفه گریز-اجتناب همبستگی منفی معنی‌دار ($P<0/01$) دارد. مؤلفه حمایت سایرین با مؤلفه‌های رویاروی‌گر و دوری‌جویی و مقابله هیجان‌مدار همبستگی معنی‌دار ندارد، اما با مؤلفه گریز-اجتناب همبستگی مثبت معنی‌دار ($P<0/01$) دارد.

از آنجا که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی (حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت سایرین) با مقابله هیجان‌مدار رابطه معنی‌دار ندارند، نمی‌توان از رگرسیون جهت بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی آنها استفاده نمود.

جدول ۴. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در شرکت‌کنندگان پژوهش (N=۴۰۰)

مقیاس	مقابله	مقابله	مقابله	مقابله	متغیرها
هیجان‌مدار	گریز-اجتناب	خویشتن‌داری	دوری‌جویی	رویاری‌گر	
۰/۰۳۴	-۰/۰۴۶	۰/۰۸۱	۰/۰۸۹	-۰/۰۰۳	حمایت خانواده
-۰/۰۵۲	-۰/۱۱۶*	۰/۰۹۴	-۰/۰۲۱	-۰/۰۷۸	حمایت دوستان
۰/۰۰۵	-۰/۱۳۶**	۰/۱۴۴**	۰/۰۷۴	-۰/۰۰۲	حمایت سایرین
-۰/۰۱۳	-۰/۱۲۷*	۰/۱۳۳**	۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	حمایت اجتماعی

** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است

* در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است

بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت حمایت اجتماعی بر افسردگی جانبازان قطع نخاع در منزل پرداختند که نتایج حاکی از آن بود که جانبازان غیرافسرده از شیوه‌های مسئله‌مدار و برخی مقابله‌های متمرکز بر عاطفه مؤثر استفاده کرده بودند، درحالی‌که جانبازان افسرده استفاده از مقابله‌های متمرکز بر عاطفه غیرمؤثر را گزارش کرده بودند و جانبازان غیرافسرده نسبت به گروه مقابل به طور معنی‌داری روابط اجتماعی بیشتر بوده و کشمکش‌های بین فردی کمتری را گزارش کرده بودند.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان دو مدل حمایت اجتماعی را مطرح نمود. پژوهش‌ها تأثیر این دو مدل، یعنی اثر مستقیم و سپرمانند حمایت اجتماعی را بر سلامت روانشناختی و جسمی بررسی نموده‌اند. مدل اثر مستقیم فرض می‌کند که حمایت اجتماعی وضعیت سلامت و سازگاری روانشناختی فرد را مستقل از سطح تنیدگی افزایش می‌دهد. مدل سپرمانند استدلال می‌کند که در حضور وقایع منفی، حمایت اجتماعی از افراد در برابر آثار بیماری‌زای تنیدگی محافظت می‌کند (زارع شاه‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج حاصل از این پژوهش که نشان‌دهنده نقش پیش‌بینی‌کننده حمایت خانواده و حمایت سایرین در مقابله مسئله‌مدار در بیماران دیابتی می‌باشد، مؤید هر دو مدل حمایت اجتماعی است، زیرا از یک طرف، بیماران با دریافت هر چه بیشتر این حمایت‌ها از جانب خانواده و اطرافیان خود قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. در ارتباط با رابطه بین حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله و بازبرآورد مثبت) همبستگی مثبت معنی‌دار دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که تنها مؤلفه‌های حمایت سایرین و حمایت خانواده قادر به پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار هستند. در رابطه با حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی با مقابله رویاری‌گر و دوری‌جویی همبستگی معنی‌دار ندارد، اما با خویشتن‌داری همبستگی مثبت معنی‌دار و با گریز-اجتناب همبستگی منفی معنی‌دار دارد. این نتایج با بسیاری از پژوهش‌های داخلی از جمله یافته‌های پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۱)، بخشانی و همکاران (۱۳۸۲) و رضایی کارگر و کربندی (۱۳۸۳) و با بسیاری از پژوهش‌های خارجی از جمله یافته‌های بال و همکاران (۲۰۰۳)، دیرکزوآگر و همکاران (۲۰۰۳) و گرین‌گلاس و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است.

به عنوان مثال، ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۱) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با تنیدگی و

مسئله‌مدار شده و به طور مؤثر و منطقی با تنیدگی‌های محیطی ناشی از بیماری سازگاری حاصل می‌نماید (مدل اثر مستقیم) و از طرف دیگر، چنانچه این بیماران از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، میزان تنیدگی آنها به میزان زیادی کاهش خواهد یافت و قادر خواهند شد به طور منطقی و مؤثر با آن مقابله نموده و این حمایت به عنوان سپری محافظ در برابر تنیدگی حاصل از بیماری برای آنها عمل می‌کند (مدل سپرمانند) (پورشریفی، ۱۳۸۶). از طرف دیگر، حمایت اجتماعی سبب می‌شود فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و بتواند در برابر عوامل تنیدگی‌زا به خوبی مقابله نماید (اکوچیان و همکاران، ۱۳۸۹).

جهت تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت از آنجا که بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به تنیدگی در حضور دوستان و آشنایان کمتر از زمانی است که فرد به تنهایی با تنیدگی رو به رو می‌شود (برکمن، ۱۹۹۵؛ بوویر، چموت و پرنگر، ۲۰۰۴) و نظر به اینکه حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن می‌توانند از پیش‌بینی‌کننده‌های مقابله مسئله‌مدار باشند، چنانچه این بیماران از حمایت اجتماعی (علی‌الخصوص حمایت خانواده و حمایت سایرین) برخوردار باشند، میزان تنیدگی حاصل از بیماری در آنها تا حدودی کاهش خواهد یافت و در چگونگی مقابله منطقی آنها تأثیرگذار خواهد بود. علت پایین بودن تبیین واریانس مقابله مسئله‌مدار توسط حمایت اجتماعی می‌تواند به عدم کنترل برخی متغیرهای مزاحم نظیر طول مدت بیماری، شرایط اقتصادی و اجتماعی، شرایط سکونت، شغل، تحصیلات و ... مربوط باشد.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است؛ از جمله آنکه صرفاً بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به انستیتو غدد دانشگاه علوم پزشکی ایران در آن شرکت داشته‌اند و توان تعمیم یافته‌های پژوهش فوق را به سایر گروه‌ها و جامعه‌های دیگر محدود می‌کند و این امر محدودیت‌هایی را در اعتبار بیرونی پژوهش موجب می‌شود. لذا به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌گردد متغیر حمایت اجتماعی را در بیماران دیابتی و افراد سالم و یا بیماران دیگر مورد مقایسه قرار دهند. همچنین، به پژوهشگران بعدی توصیه می‌شود که برخی متغیرهای مداخله‌گر مزاحم مانند وضعیت روانی و جسمانی بیماران، وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی آنها را کنترل کنند. با توجه به نتایج پژوهش، به مراکز و مؤسسات دست‌اندر کار بهداشت روانی پیشنهاد می‌گردد افرادی را که در مقابله با عوامل تنیدگی‌زای محیطی ناتوان هستند مشخص نموده و برنامه‌هایی را جهت پیشگیری از بیماری‌ها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر اجرا کنند.

همچنین، با توجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن می‌توانند از پیش‌بینی‌کننده‌های مقابله مسئله‌مدار باشند و از آنجا که بنابر نظر لازاروس - فولکمن، شبکه حمایت‌های اجتماعی از منابع مقابله‌ای مهم می‌باشند، پیشنهاد می‌شود که از طریق انجام مشاوره‌های روانشناسی و مددکاری به بیماران دیابتی کمک شود تا احساس کنند از حمایت اجتماعی برخوردارند و قادر شوند با تنیدگی‌های حاصل از بیماری مقابله نمایند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسئولین و کارکنان انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی ایران که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- سناسی بالینی ایران، ۳، ۲۴۰-۲۳۳.
- رضایی کارگر، ف؛ کربندی، س. (۱۳۸۳)، «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سطح متابعت از رژیم‌های درمانی توصیه شده در بیماران دیابتی»، فصلنامه پرستاری ایران، ۱۷، ۱۶-۱۲.
- زارع، م. (۱۳۸۲)، «مقایسه رابطه سخت‌رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی رانندگان اتوبوس‌های شرکت واحد اتوبوسرانی و رانندگان شرکت تاکسیرانی شهر تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زارع شاه‌آبادی، ا؛ حاجی‌زاده میمنندی، م؛ ابراهیمی صدرآبادی، ف. (۱۳۸۹)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر کنترل و درمان بیماری دیابت نوع دو در یزد»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸، ۲۸۳-۲۷۷.
- سلطان عینی، ز. (۱۳۸۴)، «رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای با فرسودگی شغلی پرستاران زن و مرد بیمارستان‌های قم»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- علی‌پور، ا. (۱۳۷۱)، «بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و آسیب‌پذیری روان‌تنی در برابر استرس»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- علی‌پور، ا. (۱۳۸۵)، «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی»، اندیشه و رفتار، ۱۲، ۱۳۹-۱۳۴.
- غضنفری، ف؛ قدم‌پور، ع. (۱۳۸۷)، «بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در ساکنین شهر خرم‌آباد»، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۰، ۵۴-۴۷.
- غلامی کردآبادی، م. (۱۳۸۲)، «بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت وابسته به انسولین (نوع یک) و غیر وابسته به انسولین (نوع دو) در اصفهان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.
- فرزین راد، ب؛ اصغرنژاد فرید، ع.ا؛ یکه یزدان‌دوست، ر؛ حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۹)، «مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سبک‌های شخصیتی در دانشجویان افسرده و غیرافسرده»، مجله علوم رفتاری، ۴، ۲۱-۱۷.
- ابراهیمی، ا؛ ذوالفقاری، ف؛ بوالهروی، ج. (۱۳۸۱)، «بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۸، ۴۸-۴۰.
- ابراهیمی قوام، ص. (۱۳۷۰)، «بررسی ضرایب اعتبار سه مفهوم کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- ابوالقاسمی، ع؛ تقی‌پور، م؛ نریمانی، م. (۱۳۹۱)، «ارتباط تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونری قلب»، فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱، ۲۰-۵.
- اشتری، ز. (۱۳۷۶)، «راه‌های مقابله با استرس در افراد مستعد و غیرمستعد بیماری عروق کرونری قلب»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اکوچیان، ش؛ روح‌افزا، ح. ر؛ حسن‌زاده، ا؛ محمدشریفی، ح. (۱۳۸۹)، «ارتباط حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روانپزشکی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۸، ۴۶-۴۱.
- بخشانی، ن.م؛ بیرشک، ب؛ عاطف‌وحید، م.ک؛ بوالهروی، ج. (۱۳۸۲)، «ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۹، ۵۵-۴۹.
- پناغی، ل؛ قهاری، ش؛ احمدآبادی، ز؛ یوسفی، ح. (۱۳۸۷)، «همسرآزاری و سلامت روانی: نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای»، مجله روانشناسان ایرانی، ۵، ۶۹-۷۹.
- پورشریفی، ح. (۱۳۸۶)، «تأثیر مصاحبه انگیزشی بر بهبود شاخص‌های سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو»، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تهران.
- رحیمیان‌بوگر، ا؛ بشارت، م.ع؛ مهاجری تهرانی، م.ر؛ طالع‌پسند، س. (۱۳۹۰)، «نقش پیش‌بین خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و حمایت اجتماعی در خودمدیریتی دیابت قندی»، مجله روانپزشکی و روان-

- Bal, S.; Crombez, G.; Van Oost, P. (2003), "The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents", *Child Abuse and neglect*, 27, 1377-1395.
- Barry, C.; Kasl, V.; Lichtman, J.; Viola, V.; Harlan, M. (2006), "Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting", *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 185-193.
- Berkman, L. F. (1995), "The role of social relations in health promotion", *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bovier, P.A.; Chamot, E.; Perneger, T.V. (2004), "Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults", *Quality of Life Research*, 13, 161-170.
- Chouhan, V. L.; Shalini, V. (2006), "Coping strategies for stress and adjustment among diabetics", *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32, 106-111.
- Cosley, J.; McCoy, E.; Saslow, R.; Elissa, S. (2010), "Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress", *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 113-123.
- Dirkzwager, J. E.; Bramsen, I.; Vander Ploeg, H. M. (2003), "Social support, coping, life events, and post-traumatic stress symptoms among former peacekeeper: A prospective study", *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.
- Gallant, M. (2003), "The influence of social support on chronic illness self management: A review and directions for research", *Health Education & Behavior*, 30, 170-195.
- Glynn, L. M.; Christenfeld, N.; Gerin, W. (1999), "Gender, social support and cardio vascular responses to stress", *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Greenglass, E.; Fiksenbaum, L.; Eaton, J. (2006), "The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly", *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-136.
- Lepore, S.J.; Allen, K.A.M.; Evans, G.W. (1993), "Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor", *Psychosomatic Medicine*, 55, 518-524.
- Lopez-Martinez, A.E.; Esteve-Zarazaga, R.; Ramirez-Maestre, C. (2008), "Perceived social support and coping responses in pain adjustment among chronic pain patients", *Journal of Pain*, 9, 373-379.
- Lou, Y.; Wang, H. (2009), "Correlation research on psychological health impact on nursing students against stress, coping way and social support", *Nurse Education Today*, 29, 5-8.
- Marmot, M.; Wilkinson R.G. (2008), "Social determinants of health", *Chronic Illness*, 14, 214-225.
- Razuel, C.; Bruchon-Schweitzer, A.; Dupanloup, O.; Epiney, I.M. (2011), "Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study", *Midwifery*, 27, 237-242.
- Toljamo, M. & Hentinen, M. (2009), "Adherence to selfcare and social support", *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
- Wonderlich-Tierney, A.; Vander Wal, J. S. (2010), "The effects of social support and coping on the relationship between social anxiety and eating disorders", *Eating Behaviors*, 11, 85-91.
- Woody, D.; Woody, D. (2007), "The Significance of Social Support on Parenting among a Group of Single, Low-Income, African American Mothers", *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 15, 183-198.
- Zunzunegui, M.V.; Kone, A.; Johri, M.; Beland, F.; Wolfson, C.; Bergman, H. (2004), "Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65", *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081.