

بررسی رابطه حمایت اجتماعی و ابعاد روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس

یحیی حسین زاده فیروزآباد^۱، محمد صالح محمدآبادی^۲، عبدالعزیز افلاک سیر^۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۵/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماری ام اس یک بیماری مزمن و التهابی مخرب است که روی وضعیت روانی، ارتباطات بین فردی و اجتماعی و به طور کلی بهزیستی روانشناختی بیماران تأثیر منفی دارد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه حمایت اجتماعی و ابعاد روانشناختی بیماران ام اس است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۱۲۰ بیمار مبتلا به ام اس از میان بیماران پذیرش شده در انجمن ام اس شیراز، به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها از آزمون های چک لیست نشانه های اختلالات روانی فرم تجدید نظر شده SCL-90-R و مقیاس حمایت اجتماعی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش همبستگی پیرسون و آزمون T مستقل در سطح معنی داری $P < 0/05$ و در نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۷۰/۸٪ از بیماران مورد مطالعه در بعد شکایت جسمانی، ۶۹/۱٪ در وسواس، ۶۳/۳٪ در حساسیت در روابط متقابل، ۷۳/۳٪ در افسردگی، ۶۲/۵٪ در اضطراب، ۵۴/۱٪ در پرخاشگری، ۶۶/۶٪ در افکار پارانوئیدی، ۲۸/۳٪ در ترس مرضی و ۳۶/۶٪ در روانپریشی با نمره بالاتر از یک مشکل دار می باشند. هم چنین نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با ابعاد وسواس، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئیدی رابطه منفی معنی داری داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بیماران مبتلا به ام اس در تابلوی بالینی خود، اختلالات و علائم روانشناختی متعددی دارند و علائم و اختلالات روانشناختی آنها با میزان حمایت اجتماعی شان رابطه معنی دار دارد، از این رو توجه به ابعاد مختلف سلامت روانشناختی ضروری است و مداخلات مبتنی بر حمایت اجتماعی می تواند مؤثرتر باشد.

واژگان کلیدی: ام اس، حمایت اجتماعی، آزمون SCL-90

مقدمه

ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت های بدن و بالعکس و ظهور علائم ویژه بیماری ام اس می شود (۱). طبق تعاریفی که از ام اس شده است، این بیماری غیر قابل پیش بینی است و در افراد مختلف متفاوت است و منجر به عوامل مختلفی در افراد می شود. در واقع، امکان دارد ام اس به طور ناگهانی شروع شود و فرد را دچار ناتوانی کند. معمولاً افرادی که دچار بیماری ام اس می شوند عوارضی از قبیل خستگی، بی حالی، اختلالات تعادلی و سرگیجه، اضطراب و افسردگی و اختلالات شناختی را تجربه می کند (۲). مطالعات نشان داده است که حدود ۵۰-۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی و حدود ۱۶/۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است (۳).

بیماری مالتیپل اسکلروزیس^۱ که به اختصار آن را ام اس می نامند، یکی از انواع بیماری های مزمن است. در این بیماری سیستم ایمنی بدن به میلین محافظ سیستم اعصاب مرکزی-مغز و طناب نخاعی- حمله و آنها را تخریب می کند و سبب ایجاد بافت زخم (پلاک) در محل آسیب دیده می شود. در نتیجه تخریب میلین سلول های عصبی، اختلال در انتقال پیام های

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مران اهواز، اهواز، ایران.

*نویسنده مسؤول (Email: Hosseinzadeh.yahya@gmail.com)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۶۰ درصد از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را طی بیماری خود تجربه می‌کنند (۱۲). تحقیق انجام شده توسط جانسن^۵ و همکاران نشان داد که مبتلایان به ام اس سطح بالایی از تنش و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند و از سلامت روان پایین تری برخوردار بودند (۱۳).

در پژوهش فرانسوی^۶ و همکاران، که در میان ۲۱۷ بیمار مبتلا به ام اس انجام شده بود، حاکی از آن است که بین سلامت روان پایین و بیماری ام اس همبستگی بالایی وجود دارد (۱۴). در پژوهشی هم که توسط محمودی و همکاران بر روی ۱۳۴ بیمار مبتلا به ام اس انجام شد، نتایج نشان داد که ۱۷/۹ درصد بیماران ام اس مشکلات جسمانی شدید و ۳۸/۸ درصد شدید اجتماعی داشتند. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان و بیماری ام اس رابطه معنی داری وجود دارد (۱۵).

نتایج پژوهش کروکاو^۷ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، بیماری ام اس را پیش بینی می‌کند (۱۶).

علائم و عوارض بیماری‌های جسمی اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد می‌گذارد. شدت یافتن این علائم ناتوانی را برای فرد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی وی می‌باشد. از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس می‌باشد، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل مؤثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به موقع آنها به ارتقا کیفیت زندگی فرد کمک شود (۱۷). از آنجا که بیماران مبتلا به ام اس با مشکلات روانشناختی و اجتماعی فراوانی رو به رو هستند، لذا پژوهش حاضر با تعیین رابطه حمایت اجتماعی و ابعاد روانشناختی بیماران ام اس شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - همبستگی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه، بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ است و از بین آنها نمونه‌ای ۱۲۰ نفره (۸۰ زن و ۴۰ مرد) به روش تصادفی انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی از نوع بیماری و تمایل به همکاری.

جهت گردآوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد:

آزمون SCL-90-R: این آزمون دارای ۹۰ سؤال می‌باشد که علائم نه گانه روان پزشکی شامل افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانویید و روانپریشی را می‌سنجد. در ضمن ۷ سؤال متفرقه در این آزمون وجود دارد. هر یک از مواد آزمون

به طور کلی این بیماری را می‌توان به چهار دسته اصلی تقسیم کرد: الف) نوع عود کننده و فروکش یابنده^۱: معمولاً بیماری با این نوع آغاز می‌شود. در نوع عود کننده، حمله‌ها غیرقابل پیش بینی اند و ممکن است هفته‌ها، ماه‌ها یا سال‌ها طول بکشد یا بسیار خفیف و بسیار شدید باشد. ب) نوع پیش رونده ثانویه^۲: که بیمار بدون داشتن دوره‌های واضحی از حمله یا فروکش، با گذشت زمان رفته رفته ضعیف تر می‌شود. به طور متوسط ۶۵ درصد بیماران که ابتدا با این نوع تشخیص داده شدند، این نوع بیماری را حدود ۱۵ سال بعد نشان می‌دهند. ج) نوع پیش روند اولیه^۳: ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران به این نوع مبتلا هستند. در این نوع، بیماران حالت عود یا فروکش ندارند و از همان ابتدای شروع بیماری، تدریجاً بر میزان ناتوانی آنها افزوده می‌شود. احتمال این که مردان بیشتر از این نوع رنج ببرند، نسبت به زنان بیشتر است. د) نوع پیش رونده - عودکننده^۴: نوع نادری از ام اس است که با یک دوره پیش رونده اولیه آغاز می‌شود و دوره‌هایی از عود به این مسیر پیش روند افزوده می‌گردد (۴).

بیماری ام اس دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است و احتمال ابتلای زنان به بیماری ام اس سه برابر بیشتر از مردان است (۵). معمولاً علائم این بیماری زمانی ظاهر می‌شود که بیماران در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی هستند و زمانی که آنها در آغاز راه کار و تشکیل خانواده می‌باشند (۶). بنابراین بیماری بر چگونگی ایفای نقش آنان در زندگی و وضعیت زندگی بیماران و نهایتاً کیفیت زندگی آنان تأثیر شدیدی می‌گذارد که با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است (۷).

سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مانند انعطاف پذیری و توانایی حل مشکل و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، به طور وسیع تری اتفاق می‌افتد (۸). حمایت اجتماعی به امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند، تعریف شده است. حمایت اجتماعی به عنوان مؤثرترین و نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا، شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۹) یافته‌های محققان نشان می‌دهد که درک حمایت اجتماعی، می‌تواند از بروز عوامل نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نماید و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر منفی بر وضعیت جسمی و اجتماعی بیمار بر جای گذارد و در نتیجه، باعث افزایش عملکرد فرد گردد (۱۰).

تحقیقات یک همپوشانی در نشانه‌های بین بیماری ام اس و بیماری‌های وابسته به روان پزشکی مانند افسردگی و اضطراب یافته است (۱۱). افسردگی در بیماران ام اس شایع است و بیش از

- 1 . Relapsing - remitting
- 2 . Secondary-progressive
- 3 . Primary - progressive
- 4 . Progressive-Relapsing

5 . Janses

6 . Francies

7 . Krokavcova

کمترین فراوانی با ۳۴ نفر (۲۸/۳۳٪) مربوط به ترس مرضی می باشد.

جدول (۱): فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی در بیماران مبتلا به ام اس

شاخص آماری	فراوانی	درصد
شکایت جسمانی	۵۸	۷۰/۸
وسواس	۵۳	۶۹/۱
افسردگی	۸۸	۷۳/۳
حساسیت در روابط متقابل	۷۶	۶۳/۳
اضطراب	۷۵	۶۲/۵
پرخاشگری	۶۵	۵۴/۱
ترس مرضی	۳۴	۲۸/۳
افکار پارانوئیدی	۸۰	۶۶/۶
روانپریشی	۴۴	۳۶/۶
کل	۷۲	۶۰

جدول شماره ۲ یافته های مربوط به مقایسه حمایت اجتماعی و ابعاد SCL-90-R را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود، بین حمایت اجتماعی دوستان با هیچ یک از ابعاد SCL-90-R رابطه معنی داری یافت نشد، ولی بین حمایت اجتماعی مربوط به خانواده و تمام ابعاد SCL-90-R رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین یافته ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی کلی و تمام ابعاد SCL-90-R به جز شکایت جسمانی و روانپریشی، رابطه منفی معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

جدول شماره ۳ یافته های مربوط به مقایسه حمایت اجتماعی و نمرات GSI در دو جنس با رعایت پیش فرض واریانس تساوی لوین نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود میانگین های بیماران زن بالاتر از میانگین بیماران مرد می باشد. همچنین یافته ها نشان می دهد که بین دو گروه فقط در ابعاد شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد، ولی در بقیه ابعاد تفاوت معنی داری مشاهده نشده است.

در یک مقیاس ۵ درجه ای (۰ = هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تاحدی، ۳ = زیاد و ۴ = به شدت) ارزیابی می گردند. علاوه بر اندازه گیری هر یک از مقیاس های فوق، سه شاخص این آزمون یعنی شدت کلی ناراحتی^۱ (GSI)، شدت علائم مثبت^۲ (PSD) و شمار علائم مثبت^۳ (PST) را می سنجد. GSI نشان دهنده وضعیت روانی در فرد بدون تأکید بر نوع خاص آن اختلال می باشد که با جمع نمرات نودگانه و تقسیم بر نود کردن این جمع به دست می آید. شاخص PSD با تقسیم مجموع نمرات سوالات نودگانه بر PST به دست می آید و نوعی سنجش از شدت ناراحتی است. این آزمون برای ارزشیابی علائم روان پزشکی توسط دراگوئیس و همکاران معرفی شد و پس از چندی مورد تجدید نظر قرار گرفته و نسخه نهایی آن تهیه گردید (۱۸). باقری یزدی و همکاران (۱۹) ضریب پایایی و حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸، ۰/۹۶ و ۰/۹۶ گزارش نمودند.

مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس که توسط ثامنی (۱۳۷۴) براساس تحلیل عوامل ساخت و اعتبار یابی شد، ۲۸ آیتم دارد که از سوی آزمودنی به صورت درست و نادرست پاسخ داده می شود. به این گزینه ها نمرات ۱ و ۰ اختصاص می یابد. ۱۴ آیتم این مقیاس، حمایت اجتماعی مربوط به دوستان و ۱۴ آیتم دیگر حمایت اجتماعی مربوط به خانواده را می سنجد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. همبستگی بین نمره های عامل مربوط به حمایت اجتماعی دوستان و حمایت اجتماعی مربوط به خانواده با سوالات مربوط به اعتبار سازه حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۵۷ می باشد (۲۰).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه شیراز و پس از هماهنگی با انجمن ام اس شیراز پرسشنامه ها را در اختیار ۱۲۰ نفر از بیماران تحت پوشش انجمن ام اس شیراز قرار داد. همچنین پژوهشگر از افراد نمونه به صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را دریافت نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل در نرم افزار SPSS-17 استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، ۴۰ نفر (۳۳/۳٪) از نمونه مورد مطالعه مرد و ۸۰ نفر (۶۶/۶٪) زن بودند. بیماران در محدوده سنی ۴۲ تا ۵۰ سال، ۵۸٪ زیر دیپلم، ۳۰٪ دیپلم و ۱۲٪ تحصیلات بالاتر داشتند. از لحاظ وضعیت تأهل نیز ۶٪ مجرد، ۸۳٪ متأهل و ۱۱٪ بیوه و مطلقه بودند.

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، بیشترین فراوانی اختلال با ۸۸ نفر (۷۳/۳۳٪) مربوط به افسردگی و

1. Global severity index
2. Positive symptom distress Index
3. Positive symptom total

جدول (۲): رابطه بین نمرات SCL-90-R با مقیاس حمایت اجتماعی

متغیر	حمایت اجتماعی دوستان		حمایت اجتماعی خانواده		حمایت اجتماعی کل	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
شکایت جسمانی	۰/۰۰۱	۰/۹۰	-۰/۲۳	۰/۰۵	-۰/۱۴	۰/۲۸
وسواس	-۰/۰۷۶	۰/۵۳	-۰/۳۰	۰/۰۱۰	-۰/۲۵	۰/۰۴
افسردگی	-۰/۱۴	۰/۲۸	-۰/۳۵	۰/۰۰۱	-۰/۲۶	۰/۰۰۹
حساسیت در روابط متقابل	-۰/۲۰	۰/۱۵	-۰/۴۰	۰/۰۰۱	-۰/۳۱	۰/۰۰۲
اضطراب	-۰/۱۵	۰/۳۲	-۰/۳۱	۰/۰۰۹	-۰/۲۶	۰/۰۲
پرخاشگری	-۰/۱۹	۰/۱۲	-۰/۳۲	۰/۰۰۴	-۰/۳۰	۰/۰۰۸
ترس مرضی	-۰/۰۳۶	۰/۸۰	-۰/۳۲	۰/۰۰۲	-۰/۲۰	۰/۰۵
افکار پارانوییدی	-۰/۱۲	۰/۲۵	-۰/۴۰	۰/۰۰۱	-۰/۳۳	۰/۰۰۲
روانپرسی	-۰/۰۲	۰/۹۰	-۰/۳۹	۰/۰۰۱	-۰/۲۲	۰/۰۶
کل	-۰/۱۱	۰/۳۵	-۰/۳۸	۰/۰۰۲	-۰/۲۹	۰/۰۱۵

جدول (۳): مقایسه نمرات SCL-90-R و مقیاس حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به ام اس به تفکیک جنسیت

متغیرها	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
شکایت جسمانی	مرد	۱/۲۴	۰/۸۰	۲/۰۹	۰/۰۴
	زن	۱/۶۸	۰/۹۵		
وسواس	مرد	۱/۲۸	۰/۷۵	۱/۰۳	۰/۳۳
	زن	۱/۵۰	۱/۹۰		
افسردگی	مرد	۱/۲۵	۰/۷۶	۱/۹۷	۰/۰۴
	زن	۱/۶۶	۰/۹۰		
حساسیت در روابط متقابل	مرد	۱/۱۶	۰/۷۸	۱/۱۴	۰/۳۰
	زن	۱/۳۸	۰/۸۴		
اضطراب	مرد	۰/۹۹	۰/۶۱	۲/۶۹	۰/۰۰۹
	زن	۱/۶۰	۱		
پرخاشگری	مرد	۱/۴۴	۰/۹۴	۰/۸۲	۰/۴۳
	زن	۱/۲۶	۰/۹۸		
ترس مرضی	مرد	۰/۴۶	۰/۴۵	۱/۹۴	۰/۰۶
	زن	۰/۸۱	۰/۸۷		
افکار پارانوییدی	مرد	۱/۲۸	۰/۹۵	۰/۶۸	۰/۵۵
	زن	۱/۴۳	۰/۹۲		
روانپرسی	مرد	۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۹۱	۰/۴۰
	زن	۰/۹۸	۰/۷۴		
کل	مرد	۱/۱۳	۰/۶۳	۱/۰۵	۰/۱۲
	زن	۱/۴۰	۰/۷۶		
حمایت اجتماعی دوستان	مرد	۸/۹۰	۲/۷۶	۰/۶۲	۰/۳۱
	زن	۸/۱۰	۳/۲۷		
حمایت اجتماعی خانواده	مرد	۱۱/۴۶	۲/۶۵	۱/۰۱	۰/۳۳
	زن	۱۰/۸۲	۲/۹۲		
حمایت اجتماعی کل	مرد	۲۰/۳۸	۴/۸۰	۱/۲۸	۰/۲۶
	زن	۱۸/۹۱	۴/۹۱		

یافته های پژوهش بر اساس ملاک GSI بالاتر از یک در آزمون SCL-90-R نشان داد که بیماران مبتلا به ام اس در ابعاد مختلف روانشناختی دچار مشکل بودند. همانطور که ملاحظه می شود، این یافته حاکی از آن است که مشکلات روانشناختی در

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش تعیین حمایت اجتماعی با مشکلات روانشناختی مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس بود.

همکاران (۲۹) و بای^{۱۰} و همکاران (۳۰) مبنی بر رابطه منفی بین افسردگی و حمایت اجتماعی همسو می باشد. این رابطه را می توان با فرضیه سپر یا اثر تعدیل کننده ی حمایت اجتماعی تبیین نمود. طبق این فرضیه، حمایت اجتماعی دریافتی از طریق کمک به افراد برای کنار آمدن مؤثرتر با استرس، اثرات استرس زدایی خود را به طور غیر مستقیم اعمال می کند (۳۱). همچنین یافته های لی و همکاران (۳۲)، نشان داد که حمایت اجتماعی نیرومند ترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد درگیر با بیماری های مزمن و شرایط تنش زا می باشد و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند. حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده و افزایش میزان بقا می شود (۳۳). همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می کند (۳۴)

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به ام اس در دو جنس از لحاظ متغیرهای شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد؛ یعنی میانگین نمرات شکایت جسمانی، افسردگی و اضطراب خانم ها بیشتر از آقایان است که با پژوهش جانسز و همکاران، پانديا و همکاران همسو می باشد. ولی بین دو جنس از لحاظ سایر متغیرها تفاوت معنی داری یافت نشد که با یافته های جناردهان، آراجی^{۱۱} (۳۵) و پاتن و همکاران (۲۶) مبنی بر عدم وجود ارتباط بین دو جنس همسو می باشد. مطالعات، حکایت از آن دارد که زنان ۱/۴ تا ۳/۱ برابر بیشتر از مردان مبتلا می شوند (۳۶) و حیطه های روحی- روانی برای زنان مبتلا به ام اس نسبت به مردان به ام اس تأثیر بیشتری بر زندگی آنان داشته است (۳۷). همچنین یوسفی پور و راسخی (۲۰۰۲) در مطالعه ای، ۶۷ درصد مبتلا به افسردگی را در میان زنان مبتلا به ام اس گزارش نمودند (۲۴). این یافته با در نظر گرفتن میزان شیوع متفاوت اختلالات مختلف از جمله اضطراب و افسردگی در بین دو جنس و تفاوت های جنسیتی موجود قابل تبیین است. مردان مبتلا به ام اس بیشترین مشکل را در بعد پرخاشگری و زنان مبتلا به ام اس بیشترین مشکل را در بعد شکایت جسمانی و افسردگی داشتند و بالاخره بیشترین نمره کل بیماران تحت بررسی در بعد افسردگی بود.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به ام اس در تابلوی بالینی خود اختلالات و علائم روانشناختی متعددی دارند و علائم و اختلالات روانشناختی آنها با میزان حمایت اجتماعی شان رابطه معنی دار دارند. از این رو، توجه به ابعاد مختلف سلامت روانشناختی ضروری است و مداخلات مبتنی بر حمایت اجتماعی می تواند مؤثرتر باشد.

بیماران ام اس به وفور دیده می شود و با یافته های زاباد^۱ (۲۱) و کاتون^۲ (۲۲)، پانديا^۳ و همکاران (۱۳)، جانسز و همکاران (۲۳) همسو می باشد. بررسی های انجام شده نشان داده است که حدود ۵ درصد از بیماران مبتلا به ام اس اختلالات حاد روانشناختی را بروز می دهند که این میزان در بررسی سلطان زاده (۱۳۸۳) در حدود ۱ درصد بوده است (۲۴). وجود مشکلات روانی زیاد در بین بیماران ام اس می تواند ناشی از چالش های بی شماری باشد که این بیماران با آن رو به رو هستند. این چالش ها می تواند شامل مسایل روزمره مانند حضور در جمع تا مسایل مهمتر مانند راههای کنترل بیماری ام اس باشد که رو به رو شدن با این چالش موجبات استرس و دیگر مشکلات روانشناختی می شود.

یافته های این پژوهش نشان داد که بین نمره کل حمایت اجتماعی با وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و افکار پارانوئیدی رابطه منفی معنی داری وجود دارد که با یافته های اسپورن^۴ و همکاران (۲۵)، پاتن^۵ و همکاران (۲۶)، زاباد (۲۱) و کاتون (۲۲) همسو است. کریستوفرزن^۶ نیز در سال ۲۰۰۵، مطالعه ای را در زمینه حمایت اجتماعی در بیماران مزمن انجام داد. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان داد که حدود یک سوم از نمونه ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش نمودند (۲۷). تحقیقات چیاراوالوتی^۷ و دلاکو^۸ (۲۸) حاکی از آن است که در مبتلایان به ام اس مشکلات روانشناختی منبع اصلی ناتوانی ها، آسیب های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می شود. این یافته بر اساس نظریه اجتماعی-شناختی بندورا مبنی بر اینکه یادگیری نتیجه ارتباط متقابل بین فرد، محیط و الگوهای رفتاری آموخته شده از سوی فرد و گروه است، قابل تبیین می باشد. بسیاری از مشکلات این بیماران از مسایل بین فردی نشأت می گیرد و به برقراری یا حفظ رابطه صمیمانه با دیگران مربوط می شود. آنها ممکن است ندانند چگونه با افرادی زندگی کنند که دوستشان دارند و احساسات درونی خود را با آنها در میان بگذارند. اجتماع و حمایت اجتماعی می تواند مانند یک گروه عمل کند که با ارائه اطلاعات لازم در باره بیماری و چگونگی مقابله با مشکلات گوناگون، نحوه تعامل های اجتماعی مناسب و ابزار صحیح احساسات و عواطف، فرصتی مناسب برای رشد فکری، عاطفی و روانی اعضا فراهم می آورد. همچنین رابطه به دست آمده بین حمایت اجتماعی و افسردگی با نتایج پژوهش های پراچاکول^۹ و

- 1 . Zabad
- 2 . Katon
- 3 . Pandaya
- 4 . Osborne
- 5 . Patten
- 6 . Kristofferzon
- 7 . Chiaravalloti
- 8 . Deluca
- 9 . Prachakul

10 . Bai

11 . AL Araji

باشد، پیشنهاد می شود که حمایت های روانی جهت کمک به این بیماران استفاده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه مسئولین محترم انجمن ام اس شیراز و از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدر دانی نمایند.

References:

- National MS Society. What causes MS? National MS Society [Internet]. [Cited 2013 Nov 11]. Available from: <http://www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/what-we-know-about-ms/what-causes-ms/index.aspx>.
- Ascherio A, Munger K, editors. Epidemiology of multiple sclerosis: from risk factors to prevention. Seminars in neurology; 2008: © Thieme Medical Publishers.
- Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training A randomized trial. Neurology. 2010;75(13):1141-9.
- Asbury AK, McKhann G, McDonald W, Goadsby P, McArthur J. Diseases of the nervous system: Clinical neuroscience and therapeutic principles: Cambridge University Press; 2002.
- Harrison M. International review of psychiatry, psychiatric Services 2008. Sq (1).1-7.
- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clinical psychology review. 2009;29(2):141-53.
- T Jock Murray M. Multiple sclerosis: the history of a disease: Demos medical publishing; 2004.
- Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. FEYZ. 2008; 12(2): 15-22. [Persian]
- Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. Journal of pain and symptom management. 2004;27(5):425-33.
- Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. J Nurs Scholarship. 2010; 42(3): 242-9.
- Sharifian YF, Khalili M, Hasanzadeh Pashang S, Kamarzarin H, Taghizadeh ME. The study of effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on mental health among primary's patients. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2013; 24(9): 664-652. [Persian]
- Morgante L. MS Nursing, Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care. The University of New Mexico, Health Science Center. Multiple sclerosis quality of life inventory, A user manual. 1997.
- Pandaya R, Patten SB and Metz LM. Predictive value of the CES-D in multiple sclerosis. Psychosomatics. 2005; 46: 131-134.
- Francies F and Fand IB. Manual Health in patient with multiple sclerosis. J Clinical Expanding Neurology. 2004; 22(5): 425-30.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده صرف از پرسشنامه اشاره کرد که می تواند نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد؛ چون ممکن است آزمودنی ها در پاسخ گویی به برخی سوالات سوگیری داشته باشند. بنابراین پیشنهاد می شود که در تحقیقات بعدی از ابزارهای خودگزارشی دیگری مانند مصاحبه تشخیصی استفاده شود. از آنجایی که حمایت اجتماعی، بویژه حمایت خانواده می تواند در کاهش علائم روانی این بیماران مفید

15. Mahmoudigh M, Nassiri E. Evaluation of the mental health of my patients MS in Mazandaran, Mazandaran University of Medical Sciences. 2009; 18(68): 73-70. [Persian]
16. Krokavcova M, van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, et al. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*. 2008;73(1):159-65.
17. Attari Moghadam J. Symptom Measure, Diagnosis, and Treatment of Patients with MS. M.S. thesis. Uni Med Sci Iran. 2005. [Persian]
18. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1976;128(3):280-9.
19. BagheriYazdi SA, Bolhari J, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental disorders in rural areas meybod. *Journal of Andisheh and Raftar*. 1995; 1: 32-42 [Persian].
20. Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests, 1th ed. Ardabil: Baghe Rezvan. 2005: 85-93. [Persian]
21. Zabad RK, Patten SB, Metz LM. The association of depression with disease course in multiple sclerosis. *Neurology*. 2005;64(2):359-60.
22. Katon WJ, Von KM, Lin EH, Simon G, Ludman E, Russo J. The path way study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(10): 1042-49.
23. Janssens ACJ, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FG, Passchier J, Hintzen RQ. Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. *Journal of clinical epidemiology*. 2004;57(2):180-6.
24. Yousefi A, Shaghaghi F, Dehestani M, Barghi Z. The relationship quality of life and psychological capital with illness perception in MS patients. *Heal Psy*. 2012; 1(1): 1-15. [Persian]
25. Osborne TL, Jensen MP, Ehde DM, Hanley MA, Kraft G. Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*. 2007;127(1):52-62.
26. Patten SB, Lavorato DH, Metz LM. Clinical correlates of CES-D depressive symptom ratings in an MS population. *General hospital psychiatry*. 2005;27(6):439-45.
27. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*. 2005;52(2):113-24.
28. Chiaravalloti ND, Deluca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurology*. 2008; 7: 1139-51.
29. Prachakul W, Grant JS, Keltner NL. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: a pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2007;18(6):67-76.
30. Bai Y-L, Chiou C-P, Chang Y-Y, Lam H-C. Correlates of depression in type 2 diabetic elderly patients: A correlational study. *International journal of nursing studies*. 2008;45(4):571-9.
31. Straub RO. *Health psychology*, 1th ed. New York: Worth Publishers. 2001:190-191.
32. Suarez L, Ramirez AG, Villarreal R, Marti J, McAlister A, Talavera GA, et al. Social networks and cancer screening in four US Hispanic groups. *American journal of preventive medicine*. 2000;19(1):47-52.
33. Roberts JE, Gotlib IH. Social support and personality in depression. *Sourcebook of*

- social support and personality: Springer; 1997. 187-214.
34. AL Araji A, Mohammad AI. Multiple sclerosis in Iraq. J Neuro Sci. 2005; 234(1-2): 67-71.
35. Valadbeigi A, Mohamadkhani G, Jalaei S, Musiek FE, Jalilvand Karimi L. Comparison the duration patterns sequence test (DPST) between multiple sclerosis and normal participants. Journal of Modern Rehabilitation. 2012;5(4):35-41.
36. Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status. Quality of life research. 2006;15(2):259-71.