

بررسی همبستگی حمایت اجتماعی درک شده با برخی عوامل جمعیت شناسی در بیماران

مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

منصوره قدوسی بروجنی^۱، * محمد حیدری^۲، ناهید دخت شریفی نیستانک^۳، سارا شهبازی^۴

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری پیشرونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول های عصبی مرکزی است که عوارض آن مشکلات جسمی و روانی به دنبال دارد. به نظر می رسد که حمایت اجتماعی، تنش های روانی فرد را کنترل کرده و سبب بهبود کیفیت زندگی می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و برخی عوامل جمعیت شناسی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه پژوهشی از نوع توصیفی-همبستگی بوده که ۳۹۵ بیمار مبتلا از انجمن MS شهر تهران با روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، "پرسشنامه حمایت اجتماعی" نورتوس (SSQ) بود. ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار فوق معادل ۰/۹۰ گزارش شد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت.

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که ۳۹/۵ درصد بیماران، از حمایت اجتماعی درک شده در سطح متوسط برخوردار بودند. بین حمایت اجتماعی درک شده با سن ($P=0/003$)، میزان تحصیلات ($P=0/029$)، وضعیت اشتغال ($P=0/031$) و درآمد ماهیانه ($P<0/001$) همبستگی معنی داری مشاهده شد، اما بین حمایت اجتماعی درک شده با جنسیت، وضعیت تأهل، ابتدای خانواده یا اقوام به مولتیپل اسکلروزیس، مدت تشخیص بیماری و سابقه بستری در بیمارستان همبستگی معنی داری دیده نشد.

نتیجه گیری: از آنجایی که حدود ۰/۳ درصد از واحد های مورد پژوهش از درک حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بودند و برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در مواجهه و سازگاری بهتر با بیماری و عوامل تنش زا نقش بسزایی دارد. پرستاران می توانند با شناسایی گروه های پر خطر از انزوای این گروه از بیماران جلوگیری نمایند و با ارایه مداخلات حمایتی مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آن ها اقدام شود.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی، مولتیپل اسکلروزیس.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۲۵

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: Heidari@skums.ac.ir

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis یا MS) نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است (۱) که از شایع ترین بیماری عصبی در بزرگسالان جوان و رایج ترین بیماری خود ایمنی دستگاه عصبی در همه سنین به شمار می-رود. در حال حاضر ۲/۵ میلیون نفر در سطح جهان (۲) و تقریباً ۵۰۰ هزار نفر در آمریکا مبتلا به MS هستند و هر ساله ۸۰۰۰ مورد جدید شناسایی می شود (۳). این بیماری اغلب در سنین ۴۰-۲۰ سال بروز کرده و ابتدا در زنان ۲ برابر مردان است (۴) و سومین علت ناتوانی در آمریکا به شمار می آید (۵). رئیس انجمن متخصصین مغز و اعصاب ایران در سال ۱۳۹۱ آمار مبتلایان در ایران را بیش از ۵۰ هزار نفر اعلام نموده است. روند رو به افزایش این مبتلایان در ایران لزوم توجه به مسائل و مشکلات درمانی و سازگاری با این بیماری را طلب می کند (۶). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می دهد، به طوری که بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می دهد (۷). از آنجایی که این بیماری مزمن تغییرات دائمی در سبک زندگی افراد ایجاد می-کند، تلاش برای سازگاری بیماران ضروری می باشد (۸).

مزمن بودن بیماری و مشکلات فراوانی که رویاروی این بیماران قرار دارد، به مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان را به آن ها کاهش می دهد و این در حالی است که ابتلا به بیماری MS و تغییرات ناشی از آن در زندگی فرد، وابستگی وی به دیگران را افزایش داده، منجر به کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی بیمار می شود و نیاز به حمایت از جانب دیگران را افزایش می دهد (۹).

حمایت اجتماعی (Social support) می تواند در سازگاری بیمار با بیماری نقش تعیین کننده داشته باشد (۱۰)، چراکه به عنوان یکی از روش های مقابله ای عاطفه نگر، دارای قدرت تأثیر بر کیفیت زندگی است و به عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط

مورد نیاز تعریف شده است (۱۱). حمایت اجتماعی می تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، اطلاعاتی و تعاملی ارائه شود. بعلاوه، درک بیمار از حمایت ارائه شده از اهمیت خاصی برخوردار است. به عبارت دیگر، به نظر می رسد درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافتی، مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به بیماران می باشد. درک بهره مندی از حمایت اجتماعی می تواند نقش مهمی را در طی مراحل پیشرفته بیماری های مزمن ایفا کرده و فرد را در مقابل تنش های ناشی از بیماری محافظت نماید، نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقای سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند (۱۲). همچنین می تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژی بیماری جلوگیری نموده (۱۳) و تأثیر سودمندی بر علائم جسمی-روانی، کارآمدی، خلاقیت و کفایت داشته باشد و افراد را در برابر اثر ناگوار بحران های زندگی محافظت کند (۱۴). شناسایی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران می تواند به ارتقای رفتارهای سازگاری کمک کرده و حمایت های محیطی مناسبی را برای آن ها فراهم کند (۱۵). لازم است کارکنان خدمات درمانی بالاصح پرستاران، بیمار را به عنوان یک کل در نظر داشته و علاوه بر وضعیت فیزیولوژیک، سایر ابعاد وجودی وی را نیز مورد توجه قرار دهند و همواره درک بیمار از حمایت اجتماعی را در نظر داشته باشند (۱۶).

با عنایت به تعداد زیاد این بیماران در کشور و مشکلات متعدد آن ها، لزوم انجام چنین پژوهشی ضرورت دارد. در این راستا مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و برخی عوامل جمعیت شناسی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است که بر روی بیماران مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. اندازه نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و $T=0/2$ (ضریب همبستگی پیرسون)، ۳۹۵ نفر برآورد گردید که این افراد

های ورود واحد های مورد پژوهش شامل: داشتن پرونده پزشکی در انجمن MS، تأیید شدن تشخیص بیماری توسط پزشک انجمن، عدم ابتلا به بیماری جسمی-روانی شناخته شده دیگر، گذشتن حداقل شش ماه از تشخیص بیماری، قادر بودن بیماران به پاسخ گویی به سؤالات پرسشنامه، نبودن در مرحله پیشرونده بیماری و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نمونه ها نیز شامل: حاد شدن بیماری، عدم تمایل بیمار به همکاری، ابتلا به هرگونه بیماری جسمی روانی شناخته شده دیگر و عدم مراجعه به انجمن جهت پیگیری درمان و دریافت خدمات بودند. بعد از انتخاب واحد های مورد پژوهش واجد شرایط، پژوهشگر خود را به آن ها معرفی کرده، هدف از انجام این پژوهش را بیان نمود و بعد از کسب رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان به آن ها در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، اقدام به تکمیل نمودن پرسشنامه ها نمود. لازم به ذکر است پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای نمونه ها قرائت کرده و پاسخ هایشان را بدون هیچ گونه دخل و تصرفی در پرسشنامه ها ثبت نمود. نمونه گیری این مطالعه تا تکمیل تعداد نمونه مورد نظر، ادامه یافت و در حدود سه ماه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده ها با به کارگیری نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. جهت تنظیم جداول از روش های آماری توصیفی و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری ضریب کای اسکوئر و فیشر استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱ و ۲ به ترتیب توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده و توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این جداول ۳۹/۵ درصد از حمایت اجتماعی درک شده بیماران در سطح متوسط بود و اکثر شرکت کنندگان حمایت اجتماعی از سوی همسر و اعضای خانواده را در سطح بالا نشان دادند. آزمون کای اسکوئر همبستگی معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده با سن ($P=0/003$ و $\chi^2=6/180$)، میزان تحصیلات ($P=0/029$ و $\chi^2=7/091$)، وضعیت اشتغال

به تدریج انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات این پژوهش با استفاده از "پرسشنامه حمایت اجتماعی" نورتوس جمع آوری گردید. "پرسشنامه حمایت اجتماعی" نورتوس از ۴۰ سؤال در ۵ قسمت (همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار) تشکیل شده است. هر قسمت ۸ گویه دارد که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار را می‌سنجد. گویه ها به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت می‌باشد و محدوده امتیازبندی از یک تا پنج نمره شامل: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) می‌باشد. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هر یک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده مربوط به هر منبع و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده از مجموع نمرات کسب شده در کلیه منابع محاسبه می‌گردد. دامنه تغییرات نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده پنج منبع، از ۴۰ تا ۲۰۰ و محدوده تغییرات نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع به صورت جداگانه از ۸ تا ۴۰ است. نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده به سه سطح پایین (۹۲-۴۰)، متوسط (۱۴۶-۹۳) و بالا (۲۰۰-۱۴۷) و نمره حمایت اجتماعی درک شده هر یک از منابع حمایتی نیز به سه سطح پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۴۰-۳۰) طبقه بندی می‌شوند (۱۷). اعتبار ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوا سنجیده شد. به این ترتیب که ابتدا با مراجعه به منابع علمی موجود و مکاتبه با نویسندگان مقالات خارجی و بهره گیری از نظرات مدرسین راهنما، مشاور و مشاور آمار ابزار اولیه تنظیم گردید. سپس ابزار جهت نظر سنجی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد. پس از اعمال نظر مدرسین، ابزار جهت بررسی نهایی، مجدداً در اختیار استاد راهنما و مشاور قرار گرفت. پایایی پرسشنامه فوق نیز با روش آلفا کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش پرسشنامه را در اختیار ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به MS قرار داد. پس از جمع آوری، ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار فوق معادل ۰/۹۰ گزارش شد. معیار

تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. ۱۶/۵ درصد از واحد های مورد پژوهش بیکار بودند که بیشترین فراوانی مربوط به گروه مردان بود. ۶/۳ درصد از شرکت کنندگان محصل، ۴۸/۴ درصد خانه دار، ۱۴/۴ درصد کارمند، ۶/۳ درصد از کارافتاده و ۸/۱ درصد دارای شغل آزاد بودند. بیشتر بیماران (۶۱/۵ درصد) درآمد ماهیانه خود را به صورت ناکافی دانستند. ۲۰/۵ درصد از بیماران سابقه ابتلای بیماری MS در خانواده و یا اقوام خود را مثبت گزارش کردند. ۳۷ درصد بیماران طول مدت تشخیص بیماری را بیشتر از ۷ سال و ۱۰/۹ درصد کمتر از یک سال بیان کردند که میانگین و انحراف معیار طول مدت تشخیص بیماری به ترتیب ۳/۵۱ و ۱/۴۰ گزارش شد. ۸۰ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر سابقه بستری در بیمارستان به علت بیماری را داشتند.

($x^2 = 4.628, p = 0/031$) و درآمد ماهیانه ($x^2 = 10.353, p = 0.001$) نشان داد ولی بین حمایت اجتماعی درک شده با جنس، وضعیت تأهل، ابتلای خانواده یا اقوام به MS، مدت تشخیص بیماری و سابقه بستری در بیمارستان همبستگی معنی داری دیده نشد. در این مطالعه ۲۷۸ نفر (۷۰/۴ درصد) از آزمودنی ها زن و ۱۱۷ نفر (۲۹/۶ درصد) مرد بودند. بیشترین فراوانی (۷۳/۷ درصد) در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن $33/68 \pm 8/84$ سال بود. ۳۸/۲ درصد از واحد های مورد پژوهش مجرد، ۴۷/۸ درصد متأهل، ۱۲/۴ درصد مطلقه و ۱/۵ درصد همسر فوت شده بودند. ۰/۸ درصد از بیماران بی سواد، ۱۶/۲ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۴۴/۸ درصد تحصیلات دیپلم، ۳۳/۴ درصد تحصیلات کارشناسی و ۴/۸ درصد

جدول ۱: توزیع حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش

حمایت اجتماعی درک شده	فراوانی	درصد
پایین (۹۲-۴۰)	۱	۰/۳
متوسط (۱۴۶-۹۳)	۱۵۶	۳۹/۵
بالا (۲۰۰-۱۴۷)	۳۶	۹/۱
جمع	۱۹۳	۴۸/۹
حداکثر - حد اقل	۱۷۱ - ۹۰	
انحراف معیار \pm میانگین	$133/11 \pm 14/64$	

جدول ۲: توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده واحدهای مورد پژوهش به تفکیک منابع حمایتی

ارزیابی حمایت درک شده	همسر	اعضای خانواده	دوستان	پرستار	پزشک
از سوی منابع حمایتی	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
پایین (۱۸-۸)	۴۲	۱۰/۶	۴۴	۱۱/۱	۳۲
متوسط (۲۹-۱۹)	۴۵	۱۱/۴	۴۱	۱۶۲	۱۱/۱
بالا (۴۰-۳۰)	۱۰۶	۲۶/۸	۱۸۹	۴۷/۸	۱۵۴
جمع	۳۹۵	۱۰۰	۳۹۵	۱۰۰	۳۹۵
میانگین \pm انحراف معیار	$7/67 \pm 27/19$	$5/96 \pm 27/70$	$5/46 \pm 27/47$	$4/83 \pm 24/53$	$4/81 \pm 27/23$

بحث

ارتباط اعضای خانواده، پزشک و پرستار با بیمار است. این رابطه به علت منافع مشترک بین آن ها مانند فرزند، اموال، روابط جنسی، عشق، علاقه و وابستگی روانی زیاد به یکدیگر بسیار عمیق تر است. این عوامل باعث می شود آن ها در جهت رضایت یکدیگر تلاش کنند. البته رضایت از زندگی زناشویی روی روابط

نتایج نشان داد که درصد قابل توجهی از حمایت اجتماعی درک شده بیماران در سطح متوسط بود و اکثر شرکت کنندگان حمایت اجتماعی از سوی همسر و اعضای خانواده را در سطح بالا و حمایت اجتماعی از سوی پزشک، پرستار و دوستان را در سطح متوسط نشان دادند. ارتباط همسران با یکدیگر متفاوت از

حمایتی همسران از یکدیگر در بحران‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۸). لذا در این پژوهش این نتیجه حاصل شده که اکثر واحد‌های مورد مطالعه از زندگی زناشویی، روابط جنسی و همسران‌شان راضی بودند و حمایت بالایی از سوی آن‌ها درک می‌کردند.

مطالعه حیدری و همکاران نشان داد که بالاترین سطح حمایت را بیماران از سوی همسر و سپس خانواده‌هایشان درک کردند و پایین‌ترین سطح حمایت از سوی دوستان بود (۱۷). این در حالی است که Krokavcova و همکاران در مطالعه‌ای که به منظور بررسی ارتباط درک حمایت اجتماعی با سطوح مختلف وضعیت سلامتی درک شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده و دوستان با وضعیت سلامتی همبستگی معنی‌دار داشت (۱۲).

Leticia و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در مورد تأثیر حمایت اجتماعی و سلامت روانی مادران بر نشانه‌های آسم آتوپیک و غیر آتوپیک کودکان انجام دادند، دریافتند که حمایت اجتماعی درک شده واحد‌های مورد پژوهش در سطح متوسط است (۱۹). نتایج پژوهش Pinar و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان ژنیتال نشان داد که اکثر بیماران از سطح حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند (۲۰).

در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی درک شده و سن همبستگی معنی‌دار دیده شد. سن و مرحله تکاملی بیماران روی نقش‌ها، نیازها، روابط حمایتی و ارتباطات اجتماعی آن‌ها اثر می‌گذارد (۲۱). De ridder و همکاران در مطالعه‌ای که در زمینه قضاوت‌های روانشناختی در بیماری‌های مزمن انجام دادند، این‌گونه بیان کردند که افراد در سنین مختلف به علت داشتن نیازهای گوناگون به حمایت‌های متنوعی نیاز دارند (۲۲). در حالی که یافته‌های Janowski و همکاران در مطالعه‌ای که در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام دادند منطبق بر نتیجه مطالعه حاضر نیست (۲۳). افراد در گروه‌های سنی مختلف نیازهای متفاوتی داشته و جهت تأمین آن‌ها به حمایت‌های متنوعی از اطرافیان نیاز دارند. سنین مختلف

بیماران، درک از حمایت اجتماعی آن‌ها را به صورت بارز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰).

در این مطالعه بین حمایت اجتماعی درک شده و درآمد ماهیانه ارتباط معنی‌دار دیده شد. مطالعات نشان داده است که خانواده‌های فقیر شبکه اجتماعی غیر خانوادگی کوچکی دارند و هزینه‌های مورد نیاز برای حمایت‌های دو سویه در این‌گونه خانواده‌ها می‌تواند روی حمایتی که دریافت می‌کنند، تأثیر بگذارد. نداشتن شغل، هزینه‌های مربوط به درمان و پرستاری در مطالعات مختلف به عنوان نگرانی‌های بسیار مهم بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناخته شده است. درک حمایت به صورت مالی، عاطفی و مشاوره ممکن است وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را بهبود بخشد (۲۴). در این راستا Reblin & Uchino نیز در مطالعه خود که پیرامون ارتباط حمایت، حمایت عاطفی و سلامت جسمانی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی درک شده با درآمد ماهیانه ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۵).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اشتغال همبستگی معنی‌دار وجود دارد. لذا نداشتن مسئولیت‌های شغلی در درک میزان حمایت اجتماعی نقش دارد (۲۶). Al-Zarka در مطالعه خود پیرامون بررسی ارتباط تنش‌های شغلی، حمایت اجتماعی، کنترل شغل و خوب بودن از نظر روان‌شناختی به این نتیجه دست یافت که بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اشتغال همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۲۷).

در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی درک شده و سطح تحصیلات همبستگی معنی‌دار دیده شد. Devereux در کانادا نیز در مطالعه‌ای که پیرامون بررسی مقایسه‌ای ارتباط فوری و تأخیری حمایت اجتماعی و تنش در زنان دارای نوجوان و بدون نوجوان انجام داد، نتیجه مطالعه حاضر را تأیید کرد. او در مطالعه خود نشان داد که حمایت اجتماعی و درک آن با سطح تحصیلات ارتباط دارد (۲۸). یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر منطبق بر نتایج به دست آمده از مطالعه Bert است. وی در

شود. از آنجایی که درک از حمایت اجتماعی بیماران از پرستاری در سطح پایینی قرار گرفته است، لازم است پرستاران نیز پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و کمیت بررسی کرده و با بسیج منابع حمایتی موجود در جامعه و مشارکت خانواده در جهت بهبودی کیفیت زندگی بیماران گام بردارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری خانم منصوره قدوسی بروجنی و به راهنمایی خانم ناهید دخت شریفی نستانک در دانشکده پرستاری و مامایی تهران می‌باشد. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزانی که در مراحل مختلف پژوهش یاری نمودند، به ویژه مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی تهران و بیماران مبتلا به MS و مدیریت و کارکنان انجمن MS تقدیم می‌دارد.

مطالعه ای که پیرامون بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت جسمانی انجام داد به این نتیجه رسید که بین حمایت اجتماعی درک شده و سطح تحصیلات همبستگی معنی دار وجود دارد (۲۹). مطالعات نشان داده اند که تحصیلات می‌تواند بر درک بیمار از حمایت اطرافیان تأثیر گذار باشد، چرا که افراد با تحصیلات بالا نسبت به خود، بیماری، اطرافیان و درک حمایت های آن ها دید مثبت داشته و در شرایط مورد نیاز از آن ها دریافت کمک خواهند نمود (۱۰).

نتیجه گیری نهایی

در این پژوهش منابع همسر و خانواده کلیدی ترین منبع حمایتی بیماران بودند، لذا به منظور ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران این امر باید مورد توجه خاص مؤسسات تأمین رفاه اجتماعی قرار گیرد و سلامت همسر و خانواده های بیماران در ارائه مراقبت های حمایتی- روانی مد نظر قرار گرفته

منابع

- 1- Korwin Piotrowska K. Samochowiec J. Self-perception among patients with multiple sclerosis. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2010; 10(3): 63-68.
- 2- Irvine H, Davidson K, Hoy K, Lowe-Strong A. Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Exploration of identity redefinition. Disability and Rehabilitation. 2009; 15(1): 1-8.
- 3- Jose S M. Psychological aspects of multiple sclerosis. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2008; 15(1): 868-877.
- 4- Deborah B, Spiro MS. Early onset multiple sclerosis: A review for nurse practitioners. Journal of Pediatric Health Care. 2011; 2(4): 1-10.
- 5- Hahn J, Pohl D, Rensel M. Differential diagnosis and evaluation in pediatric multiple sclerosis. Neurology. 2007; 16(2): 13-23.
- 6- Brito Ferreira M. Cognitive deficits in multiple sclerosis. Arq Neuropsiquiatr. 2010; 68(4): 632-641. (Abstract).
- 7- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheerer K. Brunner & Suddarth's Medical-Surgical Nursing. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2008.
- 8- Deborah B, Spiro MS. Early onset multiple sclerosis: A review for nurse practitioners. Journal of Pediatric Health Care. 2011; 2(1): 2 1-10.
- 9- Al-Arabi S. Quality of life: Subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3) 285-298.
- 10- Decker CL. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. Psycho Oncology. 2007; 16(5): 1-11.

- 11- Coskun A. Anger, self-esteem and perceived social support in adolescence. *Journal Homepage*. 2009; 37(4): 555-564.
- 12- Krokavcova M, Dijk J, 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(8): 159-165.
- 13- Turner R J, Loyd D A, Taylor J. Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*. 2006; 51(4): 214-223.
- 14- Merianos A, King K, Vidourek R. Perceived social support plays a role in body image satisfaction among college students. *Journal Behavioral Health*. 2012; 1(3): 53-57.
- 15- Yang Y. How does functional disability affect depressive symptoms in late life: The role of perceived social support and psychological resources. *Journal of Health and Social Behavior*. 2006; 47(5): 355-372.
- 16- Nalavany BA, Carawan LW. Perceived family support and self-esteem: The meditational role of emotional experience in adults with dyslexia. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2012; 18(1): 58-74.
- 17- Haidari S, Salahshourian A, Rafii F, Hosaini F. [Relationship between social support and quality of life in cancer patient affiliated to Iran and Tehran University]. [Master thesis]. School of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran: 2006. (Persian).
- 18- Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: The influence of gender, Physical disability and Social Support among Hispanic and non- Hispanic older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009; 5(4): 1-10.
- 19- Leticia M, Darci N, Laura C, Mauricio L. Maternal mental health and social support: Effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 10(6) 1-6.
- 20- Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The Relationship between Social Support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Journal Cancer Nursing*. 2012; 35(3): 229-235.
- 21- Siqueira N, Guerreiro M, Souza E. Self-esteem, social support perception and seizure controllability perception in adolescents with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010; 69(5): 770-774. (Abstract).
- 22- De ridder D, Geenen R, Kuijer R, Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 2008; 12(3): 246-255.
- 23- Janowski K, Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I. et al. Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Journal of Healthy Psychological*. 2012; 15(2) 1-12.
- 24- Taylor CT, Bomyea J, Amir N. Attention bias away from positive social information mediates. The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24 (4): 403-408.

25- Reblin MA, Uchino BN. Social and emotional support and links to physical health. *Current Opinions in Psychiatry*. 2008; 21(5): 201–205.

26- Uchino BN, Vaughn A. A Social psychological processes linking personality to physical health: A multilevel analysis with emphasis on trait hostility and optimism. *Psychology Press*. 2008; 5(3): 251–284.

27- Al-Zarka J. Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Journal of Health and Social Behavior*. 2012; 33(1): 15-23.

28- Devereux P. Immediate and longer-term connections between support and stress in pregnant/parenting and non-pregnant/non-parenting adolescents. *Child Adolescent Social Work*. 2009; 26(2): 431-446.

29- Bert U. Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*. 2009; 4(3): 1-20.

Archive of SID

Correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis

Ghodusi Burojeni M¹, *Heidari M², Sharifi Neyestanak N³, Shahbazi S⁴

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is a progressive disease and degenerative myelin in the central neurons that its complications provide physical problems and mental illness. However, it seems that social support controlled psychological stresses and improved quality of life. The aim of this study was to determine the correlation of perceived social support and some of the demographic factors in patients with Multiple Sclerosis.

Materials and Methods: In this descriptive-correlational study, 395 patients of the MS Society in Tehran were selected by continuous sampling. Data gathering instrument was "Social Support Questionnaire" of Nortouse (SSQ). Cronbach's alpha for this instrument was 0.90. Data was analyzed by SPSS/16.

Findings: The results showed that 156 patients (39.5%) had perceived social support at moderate levels. Between perceived social supports, age, educational level, employment status and monthly income were significantly correlated. However, between perceived social support and sex, marital status, family or relatives' risk, disease duration and history of hospitalization, significant correlation was not found.

Conclusion: Regarding the perception of patients, nurses can by identify the high risk groups and prevent them from the isolation and with appropriate supportive interventions, improve their quality of life.

Keywords: Social support, Multiple sclerosis.

Received: 16 Oct 2012

Accepted: 15 Dec 2012

1- MSc in Nursing, Department of Nursing, Nursing Faculty of Boroujen, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2- MSc in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: Heidari@skums.ac.ir

3- MSc in Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- MSc in Nursing, Department of Nursing, Nursing Faculty of Boroujen, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.