دو فصلنامه پژوهشنامه روانشناسی عدالت

سال اول، شماره دوم، پائیز و زمستان ۱۳۹۵

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS

مرجان دخت میرمحمدعلی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS)، از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات عصبی شناختی است. این بیماری دارای علائم ناخوشایند و غیرقابل پیش‌بینی و همراه با افزایش سطح ناتوانی جسمی و روحی است؛ بنابراین نیاز به برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشد. پژوهش حاضر ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به MS را بررسی می‌کند.

روش بررسی: بدین منظور تمام بیماران مبتلا به MS واجد شرایط (۱۶۰ نفر) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب و داده‌ها با پرسشنامه تلفیقی و تعدیل شده مشتمل بر سه بخش دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی و با روش مصاحبه جمع‌آوری گردید. نتایج نشان داد بین دو متغیر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و ابعاد روانی (۵۳٪) و جسمی (۵۷/۳٪) در بیشتر بیماران نامطلوب بود. در مولفه‌های حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوب مربوط به بعد حمایت عاطفی بود (۵۷/۳٪) به‌طوری‌که ۱۴٪ از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌داد. تاثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبود. می‌توان گفت اکثر بیماران از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبوده و با توجه به رابطه مثبت بین دو متغیر به‌خصوص تاثیر حمایت در بعد عاطفی بر کیفیت زندگی توصیه می‌شود، برنامه‌ریزان مراقبتی و مسئولین ترتیبی اتخاذ نمایند تا علاوه بر تقویت حمایت ابزاری و اطلاعاتی حمایت عاطفی در این گروه تقویت و بدین ترتیب موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

---

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه عدالت، تهران، ایران marita2004@gmail.com

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری مزمن و پیش‌رونده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی و تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌گردد. علت این بیماری ناشناخته است و درمان قطعی نیز ندارد (ایمانی، گلستانی، عمرانی، علی‌خانی، دلپسند، وفایی، مظفری، ۱۳۹۲). یکی از خصوصیات بیماری MS، غیرقابل پیش‌بینی بودن بیماری از فردی به فرد دیگر و در یک فرد در زمان‌های مختلف می‌باشد و پیش آگهی آن نیز قابل پیش‌بینی نیست (دنیسون، ۲۰۰۹). بیماری MS می‌تواند ثبات عاطفی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار داده و به فشارهای عاطفی ناخوشایند منجر شود (قدوسی، حیدری، حسینی، ۱۳۹۲). این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌طوری که بیماران را به‌سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد. از آنجایی که این بیماری مزمن تغییرات دائمی در سبک زندگی افراد ایجاد می‌کند، تلاش برای سازگاری بیماران ضروری می‌باشد. مزمن بودن بیماری و مشکلات فراوانی که رویاروی این بیماران قرار دارد، به مرور زمان میزان توجه اعضای خانواده و دوستان را به آن‌ها کاهش می‌دهد و این در حالی است که ابتلا و تغییرات ناشی از بیماری MS در زندگی فرد، وابستگی وی به دیگران را افزایش داده، منجر به افسردگی، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی بیمار می‌شود و نیاز به حمایت از جانب دیگران را افزایش می‌دهد (قدوسی بروجنی، حیدری، شریفی نیستانک، شهبازی، ۱۳۹۱). امروزه یکی از روش‌های موثر برای کاهش افسردگی مبتلایان به این بیماری درمان‌های غیردارویی نظیر کنترل و پیگیری مراقبت از طرف افراد مطلع و درگیر با بیماری تحت عنوان گروه همتا می‌باشد. در این رویکرد با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضای یک محیط، یادگیری ساده و مطمئن ایجاد می‌شود و بیماران تجارب خودشان را در ارتباط با بیماری که به‌طور مشترک به آن مبتلا هستند به اشتراک می‌گذارند (دهقانی، محمد خان کرمانشاهی، معماریان، حجتی، شمسی زاده، ۱۳۹۲). گروه همتایان به اعضای گروه کمک می‌کند تا با هم رویکردهایی را که آنها را جهت تطابق مؤثر با تنش ناشی از بیماری یاری می‌دهد، کسب کنند و در حالی که اعضا، دانش و تجربه خود را به اشتراک می‌گذارند،

یکدیگر را نیز در کسب مهارت یاری می‌دهند. در گروه همتایان، اعضا با ارتقای درک خود از بیماری MS سعی در ارتقای سلامت خود دارند. (یوکلی، ۲۰۰۴)

از طرف دیگر گروه همتا بهتر قادر هستند با همتایان خود ارتباط برقرار کنند و آن‌ها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق کنند؛ زیرا آن‌ها قادر هستند نقاط ضعف، قوت و تجارب رایج خود را با کمترین هزینه به اشتراک بگذارند (دهقانی، محمد خان کرمانشاهی، معماریان، بهارلو، ۱۳۹۱). گروه‌های حمایتی همتایان از جمله گروه‌های حمایتی است که در ارتقای سلامت نقش دارند (لسیتر ۲۰۰۵). گروه‌های حمایتی به بیماران در اعتبار بخشیدن به تجربیات فردی، افزایش آگاهی از حیطه‌های درمانی و بهبودی و تطابق با بیماری در بیماری‌های مزمن کمک می‌کنند. این گروهها محیطی ایجاد می‌کنند برای اشتراک احساسات درونی و بودن با بیمارانی که تجربیات و احساسات آنها را درک می‌کنند مطالعات مختلف تاثیر تجربیات مثبت بیماران همتا را در اداره بیماری‌های مزمن نشان داده است؛ اما تا حدودی اثر حمایت گروه همتایان بر روی سلامت جسمی بیماران مبتلا به MS متفاوت است (اشک تراب، میلانی، عابد سعیدی، علوی مجد، ۱۳۹۱) . بیماری MS از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است و بیشتر در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تشخیص داده می‌شود. سن متوسط تشخیص این بیماری ۳۰ سالگی است. (آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۱)

در اسکلروز مولتیپل، بدن به‌طور نادرست پادزهره و گلبول‌های سفید خونی را علیه پروتئین‌های غلاف میلین، که اعصاب موجود در مغز و نخاع را احاطه کرده‌اند هدف می‌گیرد. این امر سبب التهاب و صدمه به غلاف و نهایتاً اعصابی که آن‌ها را پوشانده می‌شود. نتیجه به‌صورت مناطق اسکار (اسکلروزیس) می‌باشد. نهایتاً، این آسیب کندی یا توقف سیگنال‌های عصبی که هماهنگی عضلانی، قدرت، حس و دید را انجام می‌دهند، می‌شود. مولتیپل اسکلروزیس بیش از دو میلیون نفر را در سراسر جهان مبتلا می‌نماید (بیماری در زنان دو برابر مردان می‌باشد). بیشتر بیماران اولین علائم را بین سنین ۲۰ و ۴۰ تجربه می‌کنند. این بیماری قابل پیش‌بینی نیست و شدت علائم متغیر است. در مولتیپل اسکلروزیس علائم بالینی بستگی به محل و وسعت ضایعه دارد و تخریب میلین معمولاً در نواحی خاصی نظیر عصب بینایی، ساقه مغز، مخچه و ماده سفید نیم‌کره‌های مغز و نخاع منجر به بروز مجموعه‌ای از علائم بالینی به‌صورت تاری دید ناگهانی، ناتوانی در حرکت اندام ها،

عدم تعادل، دوبینی و اختلالات حسی به‌صورت احساس خواب رفتگی در اندام‌ها و علائم متنوع دیگر می‌گردد. سیر علائم بالینی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در هر بیماری متفاوت بوده و می‌تواند به‌صورت یک بیماری کاملاً خوش‌خیم رخ دهد و بیمار سال‌ها عاری از علائم عصبی باشد و یا اینکه حالت پیش‌رونده سریع در علائم بالینی همراه با ناتوانی اتفاق می‌افتد. (آشتیانی، ۱۳۹۱)

افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از افسردگی بیشتری نسبت به دیگر افراد رنج می‌برند؛ بنابراین می‌توان گفت این افراد کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند، تقریباً کمتر از نیمی از این بیماران از افسردگی رنج می‌برند. استفاده از داروهای درمان کننده بیماری مولتیپل اسکلروزیس نیز می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار دهد. (آشتیانی، ۱۳۹۱)

مطالعات مختلف نشان می‌دهند حمایت اجتماعی در حفظ سلامتی افراد نقش مهمی داشته و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوان ناشی از محیط و جامعه تاثیر دارد .همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود. (علی پور، صحراییان، علی اکبری و حاجی آقابابایی، ۱۳۹۰)

این موضوع نیز پذیرفته شده که حمایت اجتماعی ادراک شده (یعنی منابع فراهم شده توسط دیگران) احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد و این‌که بخشی از یک شبکه اجتماعی است که فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده دوستان و سایر افراد تعریف شده است. (سارافینو[1]، ۲۰۰۲)

بررسی حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان پیش‌بین وضعیت محسوس سلامتی بیماران MS تحت عنوان پژوهشی در سال ۲۰۰۸ است که با هدف بررسی سطح متفاوت حمایت‌های اجتماعی ادراک شده انجام گرفته و با سطوح مختلف وضعیت ادراک شده سلامت بیماران MS رابطه دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده برگرفته از دوستان همبستگی مثبت را با بعد سلامت کلی و وضعیت سلامت جسمانی ادراک شده داشت در حالی که حمایت اجتماعی ادراک شده برگرفته از خانواده همبستگی

1. Sarafino

مثبتی را با وضعیت سلامت روانی ادراک شده بیماران MS داشت. نتایج اهمیت روابط و گروه‌های اجتماعی را بین بیماران ام. اس و دیگران نشان می‌دهند. (کرکاوکوا، ۲۰۰۸)

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر دارای قدرت بالقوه‌ی تأثیر بر کیفیت زندگی است (ارسوی، کارت و گلدو۲۰۰۵؛ سارز و همکاران، ۲۰۰۰). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می‌باشد که فرد از آنها برخوردار است (کوب ۱۹۷۶). حمایت اجتماعی شامل مساعدت‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است که توسط دیگران تأمین می‌شود (جرارد، لندی–میر و گوزل –رو ۲۰۰۶). مطالعات فراوانی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی که افراد دریافت می‌کنند تأثیر استرس را کاهش می‌دهد و شرایط را بهبود می‌بخشد.

نظریه‌پردازان مختلف به ارائه تعاریف گوناگونی از حمایت اجتماعی پرداخته‌اند. کوهن (۱۹۸۰) بیان می‌کند که حمایت اجتماعی ترکیبی از سه عنصر عاطفه (ابراز عشق و محبت)، تصدیق (آگاهی از رفتار و باز خورد مناسب) و یاری (مساعدت مستقیم) است. علاوه بر این حمایت اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به‌عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا مبادله‌ای از منابع حمایت تعریف نمود. شاید یکی از موثرترین و مفیدترین تعاریف توسط هافبول ارائه شده است که بیان می‌کند: حمایت اجتماعی آن روابط یا تعاملات اجتماعی است که برای افراد مساعدت واقعی فراهم می‌کند یا اینکه افراد را در درون یک نظام اجتماعی که بر پایه درک محبت، مراقبت یا احساس تعلق به یک گروه یا شریک ارزشمند قرار می‌دهد که اغلب از طریق ارزشیابی موقعیت و شبکه اجتماعی اشخاص تعیین می‌شود. در مجموع شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائل هستند و اینکه او به یک شبکه اجتماعی متعلق است، نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمامی روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند؛ به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند. مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم، کمک و حمایت در دسترس خواهد

بود متمرکز هستند. پژوهش‌های بسیاری نشان از آن دارند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند. (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷)

میزان حمایت اجتماعی هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله افراد نسبت به تنش نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد، به این معنی که، حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری در مقابل آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده کنونی عمل می‌کند. حمایت اجتماعی نه‌تنها طی دوره فشار روانی بسیار یاری‌کننده است، بلکه در مواقع آرامش نسبی نیز مفید می‌باشد. دینان[1] نیز معتقد است که حمایت اجتماعی در کاهش آسیب‌های اجتماعی موثر می‌باشد (دینان و همکاران، ۲۰۰۴؛ نقل از گل‌پرور و مولوی، ۲۰۰۴). در مورد فرضیه تأثیر حمایت اجتماعی در توانمندسازی علاوه بر نظریات گفته شده از نظریه ساراسون نیز استفاده می‌شود در این نظریه ابعاد گوناگون حمایت اجتماعی مشخص شده‌اند که در تعریف عملیاتی تحقیق برای شاخص‌سازی از ابعاد گفته شده استفاده شده است. از آنجا که به این نظریه در مبانی نظری اشاره نشده در این‌جا به‌طور خلاصه به این نظریه اشاره می‌شود. ساراسون و دیگران حمایت اجتماعی را دارای ابعاد پنجگانه می‌دانند: ۱. حمایت عاطفی: داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است. ۲. حمایت شبکه اجتماعی: به معنای دسترسی به عضویت در شبکه‌های اجتماعی است. ۳. حمایت خودارزشمندی: این‌که دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می‌تواند با به کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌ها چیره شود .۴. حمایت ابزاری: دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها گفته می‌شود. ۵. حمایت اطلاعاتی: می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به‌دست آورد. (ساراسون و همکاران[2]، ۱۹۸۳)

حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است برای مثال، می‌توان آن را به‌عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به‌عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود. (شولتز و شوارت زر، ۲۰۰۴) برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده

1. Dinan
2. Sarason et al

توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده اند (سارافینو، ۱۹۹۸) برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد م ی یا ملموس[۱]، اطلاعاتی[۲]، و شبکه ای[۳] پرداخت (سارافینو، ۱۹۹۸) درنتا و همکاران (۲۰۰۶) براساس طبقه بندی ویلز (۱۹۸۵)، حمایت اجتماعی را به سه دستهٔ عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم بندی کرده اند. دیویسون و همکاران (۱۳۸۴) از حمایت اجتماعی ساختاری[۴] و کارکردی[۵] نام برده اند. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰) حمایت اجتماعی را در چهار مقولهٔ عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری و ارزشیابانه دسته‌بندی کرده است. همچنین گاچل و همکاران (۱۳۷۷) در طبقه‌بندی حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی[۶] و ابزاری اشاره کرده اند. ساراسون (۱۹۹۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصوری را در بر می‌گیرد (علی پور، ۱۳۸۵). در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این‌که او به یک شبکهٔ اجتماعی متعلق است. (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷)

دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهشگران از مفهوم حمایت اجتماعی به‌عمل آمده است. در واقع، این دسته‌بندی‌ها در پاسخ به این سئوال بوده است که حمایت اجتماعی، به‌طور ویژه چه چیزی را برای یک شخص فراهم می‌آورد؟ سارافینو با جمع‌بندی نظرات، برخی از پژوهشگران به دسته‌بندی حمایت اجتماعی در پنج مقولهٔ حمایت عاطفی ارزشیابانه، ابزار در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقولهٔ حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد:

الف) حمایت اجتماعی عاطفی: حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶).

---

1. tangible
2. informational
3. network
4. structural
5. functional
6. social companionship

حمایت اجتماعی عاطفی در بردارندۀ احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن، و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید. (سارافینو، ۱۹۹۸)

ب)حمایت اجتماعی ابزاری: حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانۀ خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک‌های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جا به جایی و حرکت کردن، حمام رفتن، و رانندگی کردن است. (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶)

ج) حمایت اجتماعی اطلاعاتی: به‌دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده‌اند (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷)؛ به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه ها، جهت‌گیری ها، پیشنهادات، یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد.(سارافینو، ۱۹۹۸)

هوگس (۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان هویت فردی و نقش (مراقب) در میان خویشاوندان و دوستان افراد MS، نشان داد که حمایت اجتماعی در روند و سیر بیماری تاثیرگذار است. محدودیت‌های مشارکت دوستانه در بیماران MS، متغیرهای وابسته و همبستگی آن با کارکردهای اجتماعی در سال ۲۰۱۴ مورد بررسی قرار گرفت. بیماران MS برای نقش‌های زندگی‌شان که نیاز به برقراری ارتباط دارد مورد محدودیت قرار می‌گیرند. در این پژوهش مجموعه عوامل خطرساز شناسایی شدند فقط برخی از آنها رابطه مستقیم با گفتار داشتند. مشارکت دوستانه و جامعه‌پذیر با کارکردهای اجتماعی همبستگی دارد. بیماران MS در معرض خطر مشکلات ارتباطی قرار دارند که توانمندی آنها را برای مشارکت در وظایف مهم زندگی مانند حفظ رابطه، کار یا مدیریت خانوار محدود می‌کند.

بیماران MS در هر جنبه از زندگی با عوام تنش‌زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای اجتماعی، فشارهای روانی و تهدید مرگ مواجه هستند، در سال‌های اخیر یکی از مفاهیی که به‌عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی پذیرفته شده است، مفهوم کیفیت زندگی می‌باشد؛ تسا و

همکاران (۱۹۹۸) ابعاد متاثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متاثر از تجارب، باورها انتظارات و ادراکات فرد می‌باشند، با این وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود (جانگر[1]، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و بیماران خود، بهترین قضاوت‌کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می‌سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت‌کننده از جمله پزشک و پرستار قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند. برخورداری از کیفیت زندگی پایین می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر گذارد، کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و متعاقبا موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین کیفیت زندگی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست‌یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند (آقاملایی، ۱۳۸۶).

مفهوم کیفیت زندگی[2] به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می‌گردد، در آن دوران ارسطو "زندگی خوب" یا "خوب انجام دادن کارها" را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخت و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک فرد بیمار می‌شود با ثروت که فرد فقیری را شاد می‌کند، یکسان نیست و بطور مشخص بیان نموده است که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت، معنای یکسانی نخواهد داشت. از نظر بیشترمتخصصان، کیفیت زندگی

1. JJunger, D
2.Quality of life

یکی از موارد مورد توجه در "شاخص توسعه انسانی" است که شامل ابعاد مختلف فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی می‌باشد. (حاتمی و میرمحمدی، ۱۳۸۸)

واژه کیفیت زندگی نخستین بار توسط پیگو[1] در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت. او در این کتاب در مورد حمایت دولتی از اقشار پایین و تاثیر آن بر زندگی آنها و سرمایه‌های ملی به بحث پرداخت. این مطلب تا بعد از جنگ جهانی دوم، مسکوت ماند تا اینکه در اثر دو حادثه مهم مورد توجه قرار گرفت. اول آنکه سازمان جهانی بهداشت تعریفی از سلامتی منتشر کرد که شامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بود. این امر منجر به بحث گسترده‌ای در مورد سلامت و چگونگی اندازه‌گیری آن شد. دوم آنکه، وجود نابرابری‌های گسترده اجتماعی در جوامع غربی و سایر کشورها به دنبال پیامدهای جنگ جهانی و پیشرفت در زمینه علوم انسانی و علوم تجربی بود که موجب افزایش فعالیت‌های اجتماعی و در نتیجه ابتکارات سیاسی گردید. به مرور زمان محققین متوجه شدند که کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی‌های سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز بر این نکته تاکید دارد (خزایی علی آباد، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی به ارزیابی شناختی از میزان خشنودی کلی در مورد زندگی مربوط می‌شود. اگرچه محققان علاقمند به ارزیابی‌های ذهنی افراد از سطح کلی کیفیت زندگی‌شان می‌باشند؛ آنها همچنین به حوزه‌های مختلف مربوط به خشنودی نیز توجه دارند. در رابطه با بزرگسالان یک مدل سلسله مراتبی از کیفیت زندگی که شامل ۵ مولفه اختصاصی است، ارائه شده است. در این مدل چند بعدی، سطح کیفیت زندگی به ارزیابی صورت گرفته در مورد خانواده، مدرسه، محیط زندگی، دوستان و خود مربوط می‌شود. یافته جالب این است که افراد بدون مشکلات مربوط به سلامت ذهنی و جسمی ممکن است نمرات پایینی در کیفیت زندگی کسب کنند و در مقابل افرادی با مشکلات سلامتی متعددی ممکن است نمرات بالایی در کیفیت زندگی نشان دهند. بنابراین ابزارهای ارزیابی سلامت سنتی که فقط مبتنی بر علایم آسیب شناختی عمل می‌کنند ممکن است نمای محدودی از سلامت افراد را گزارش نماید .(آزموده، ۱۳۸۸)

1.Pigou

از سوی دیگر شواهدی که از مطالعات مختلف به‌دست آمده نشان‌دهنده این است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم خواهد داشت. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوش‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (زمان زاده و همکاران، ۱۳۸۶). حمایت اجتماعی می‌تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد، حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می‌باشد. کمک ملموس، کالایی و یا خدماتی نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی گویند. بنابراین با توجه به مفهوم کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مشخص می‌شود که حمایت اجتماعی می‌تواند در برخی از ابعاد کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد. نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۱ توسط نیلوفر میکائیلی و همکاران مورد پژوهش قرار گرفته است و هدف آن بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس بود. در این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی، از بین بیماران مراجعه‌کننده به انجمن ام. اس استان آذربایجان شرقی ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج به‌دست آمده عبارتند از اینکه: وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام. اس را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری پیش‌بینی نمود. همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری MS می‌تواند سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تاثیر قرار دهد. (میکائیلی، ۱۳۹۱)

همچنین در پژوهش میلانی، اشک تراب، عابد سعیدی و علوی مجد (۱۳۹۰) تاثیر گروه همتایان بر ارتقاء وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به MS به کمک آزمون نظریه خود- تعالی رید را بررسی کرده‌اند. این پژوهش به‌صورت نیمه تجربی قبل و بعد از مداخله و برپایه نظریه خود- تعالی رید می‌باشد که بر روی ۳۳ بیمار مبتلا به MS در سه گروه حمایتی همتا به مدت ۸ جلسه

به‌صورت هفتگی ۲ ساعت انجام شد. نتایج نشان داد که عامل درک از بیماری می‌تواند پیش‌گویی‌کننده خود- تعالی و وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به MS باشد. یافته جدید این پژوهش ارتباط مستقیم بین درک از بیماری و وضعیت سلامت جسمی بود که در نظریه رید به آن اشاره نشده بود. مروری بر متون انجام شده، حاکی از فقدان مطالعات کافی در ابعاد تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی و رابطه آن با حمایت اجتماعی در بیماران MS می‌باشد لذا هدف پژوهش حاضر این است که ضمن شناسایی اجزاء موثر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران MS رابطه بین دو متغیر مورد بررسی قرار گیرد. در راستای پژوهش‌های صورت گرفته مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS رابطه معنی داری وجود دارد؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی است که بعد از انتخاب نمونه پژوهش با استفاده از پرسشنامه تهیه شده به بررسی حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS پرداخته است. جامعه مورد پژوهش، کلیه بیماران MS تحت درمان در بیمارستان‌های بخش خصوصی شهر تهران بود. با توجه به تعداد کم بیماران، تمام بیماران واجد شرایط (این شرایط عبارت بودند از اینکه بیماران مبتلا به MS حداقل مدت ۶ ماه از بیماریشان گذشته باشد، داشتن سواد خواندن و نوشتن و برخورداری از توان مصاحبه و برقراری ارتباط و فقدان سابقه اختلالات روانی دیگر مانند اسکیزوفرنی) که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، مجموع این بیماران ۲۰۲ نفر بودند که از این تعداد ۱۶۰ نفر واجد شرایط پژوهش بودند که در مطالعه شرکت نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار نخست پرسشنامه کیفیت زندگیSF-36 بود که این پرسشنامه در قالب ۳۶ سوال به بررسی وضعیت سلامت افراد می‌پردازد. ترجمه اصل پرسشنامه به فارسی توسط منتظری و همکاران

(۲۰۰۵) و زیر نظر موسسه بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی[1] و با استفاده از روش‌های مرکز بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفته است. سوالات این پرسشنامه ۴ سازه سلامت فیزیکی و ۴ سازه سلامت روانی و در کل ۸ سازه اصلی در رابطه با سلامت فردی را اندازه گیری می‌کنند. بر این مبنا ۳۶ سوال پرسشنامه، در قالب ۸ سازه سازمان می‌یابند و هر سوال نمرهای بین ۰ (پایینترین نمره) تا ۱۰۰ (بالاترین نمره) دارد که بر اساس پاسخ افراد به گزینه‌های سوالات، نمره‌ای به فرد اختصاص می‌یابد و از جمع‌بندی نمرات فرد به سوالات هر سازه، نمره فرد در رابطه با آن سازه به‌دست می‌آید. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش جات و همکاران (۱۳۸۵) که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به‌دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به‌دست آمد.

ابزار دوم پرسشنامه حمایت اجتماعی بود این پرسشنامه توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت، در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته شد. بنا به تعریف کوب، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۰) در پژوهش پایان‌نامه‌ای خود که به راهنمایی دلاور انجام شده، سیستم نمره گذاری این پرسشنامه را به صفر و یک تغییر داده و دلیل این کار را استفاده از آلفای کرونباخ ذکر کرده است (همتی راد و سپاه منصور، ۱۳۸۷). این آزمون در مطالعه ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. بخش (۱۳۸۹) ضرایب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۰/۶۶ محاسبه کرد. در پژوهش خباز و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به‌دست آمد.

1. International Quality of Life Assessment(IQOLA)

یافته‌های پژوهش

در این بررسی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۶/۸ درصد) در دامنه سنی ۴۰-۶۰ سال بودند، ۶۷درصد مرد، ۷۵/۷۸ درصد متاهل، ۷۰/۱۴ درصد بیکار و ۱۸/۲۹ درصد سواد ابتدایی داشتند. نتایج نشان داد که ۶۸/۶۱ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند و در بعد حمایت اجتماعی نتایج نشان داد که ۵۹/۱۱ درصد دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و درصد کمتری از بیماران دارای کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مطلوب بودند.

جدول ۱- ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS

			حمایت اجتماعی
ابعاد کیفیت زندگی	بعد جسمی	ضریب همبستگی	۰/۳۴۰
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰
	بعد روانی	ضریب همبستگی	۰/۳۵۶
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰
	بعد اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۳۳۰
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰
	سلامت محیط	ضریب همبستگی	۰/۳۰۱
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰

در جدول فوق مشاهده می‌شود کلیه ابعاد کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد به طوری‌که با افزایش ابعاد کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی بالا رفته و بالعکس، همچنین مشاهده می‌شود بعد روانی کیفیت زندگی، همبستگی بیشتری نسبت به سایر مولفه‌های کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی دارد.

جدول ۲- ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران در بیماران مبتلا به MS

			کیفیت زندگی
ابعاد حمایت اجتماعی	بعدعاطفی	ضریب همبستگی	۰/۳۷۰
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰
	بعد ابزاری	ضریب همبستگی	۰/۳۲۰
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰
	بعد اطلاعاتی	ضریب همبستگی	۰/۳۴۲
		سطح معنی داری	۰/۰۰۱
		تعداد	۱۶۰

در جدول فوق مشاهده می‌شود کلیه ابعاد حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد به طوری‌که با افزایش ابعاد حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی بیماران بالا رفته و بالعکس همچنین مشاهده می‌شود بعد عاطفی حمایت اجتماعی همبستگی بیشتری نسبت به سایر ابعاد حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بیشتر از نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. ایوانس (۱۹۸۵) مطالعه‌ای را بر روی ۸۵۹ بیمار در یک مرکز نگهداری بیماران MS انجام داد. وی گزارش نمود که

تنها ۴۷/۵٪ بیماران MS قادر به عملکرد در سطح نزدیک به نرمال بودند. همین طور نتایج نشان داد که بیماران MS در بعد اجتماعی مشکلات کمتر، ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. این موضوع از نتایج مطالعات قبلی حمایت می‌کند. به‌طور مشابه‌ای دیور[1] (۱۹۹۷) نشان داد که بیشترین کاهش در کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی می‌باشد. همین طور مپس[2] (۱۹۹۱) بیان کرد که مشکلات روانی ۲۱٪ از واریانس کیفیت زندگی را در بیماران MS توضیح می‌دهد. همانطور که نتایج نشان داد بیماران MS در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند. به نظر می‌رسد که علت بالا بودن کیفیت زندگی از بعد اجتماعی در بیماران MS ناشی از ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر و سایر اعضای خانواده و حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد می‌باشد، در جوامع اسلامی از جمله کشور ایران از وظایف خانواده‌ها که اسلام آن را توصیه نموده است تفاهم و همدردی، تلاش در رفع و برآوردن خواسته‌ها و توقعات اعضای خانواده و شرکت در غم و شادی‌های یکدیگر باشد.

نتایج نشان داد که نیمی از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب و نیم دیگر از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردارند. از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش مطلوب به‌دست آمد، در حالی که حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی در بیشتر آنها نامطلوب بود. کریستوفرزون۳ نیز مطالعه‌ای را در زمینه حمایت اجتماعی در بیماران مزمن انجام داده بود. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان می‌داد که حدود یک سوم از نمونه‌ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش کردند. در مقایسه با مطالعه کریستوفرزون که در کشور سوئد انجام داده بود، حمایت عاطفی در مطالعه حاضر مطلوب‌تر به‌دست آمده است. به نظر می‌رسد علت بالاتر بودن حمایت عاطفی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مدام و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آن‌ها می‌باشد.

1.Deore
2.Mapps
3. Kristoffrzon

نتایج نشان داد که خانواده بیشترین حمایت را از بیماران به‌عمل می‌آورد، در حالی که ارگان‌های خیریه حمایت‌کننده از بیماران، آن‌چنان که باید بتوانند رضایت بیماران را جلب نمایند، نمی‌توانند از آن‌ها حمایت کنند. پزشکان و پرستاران که می‌توانند با آموزش مناسب بیماران در زمینه بیماری و رژیم غذایی و تشویق و تقویت روحیه آنها نقش بسزایی را در تامین حمایت اجتماعی از آنها ایفا نمایند، در این مطالعه تنها در کمتر از نیمی از بیماران توانسته‌اند حمایت اجتماعی مطلوب را فراهم آورند. لذا نیاز هست تا پزشکان و پرستاران تلاش بیشتری را در زمینه ارائه خدمات فوق‌الذکر داشته باشند. همین طور مشاهده گردید که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. نتیجه این تحقیق با نتایج به‌دست آمده از مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه Amirو همکاران(۱۹۹۹) ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به‌دست آمده است و در مطالعه کیز مشخص گردید که با حمایت عاطفی و ابزاری دارای ارتباط مستقیم و معنی دار با کیفیت زندگی می‌باشد.

آنچه از نتایج این پژوهش به‌دست آمده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معنی داری با کیفیت زندگی می‌باشد به‌گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌توان از مشکلات جسمی این بیماران کاست در تبیین این نتایج می‌توان گفت این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی که خانواده از بیمار به‌عمل می‌آورد، باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با تکیه بر خانواده احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی بوده لذا راحت‌تر با بیماری مقابله کرده و با آن سازگاری نموده و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرد. ضمن اینکه تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که با افزایش حمایت اجتماعی کیفیت زندگی از بعد روانی و همین طور بعد اجتماعی افزایش می‌یابد، این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب همسر و اعضای خانواده بیماران با آنان و احساس همدردی، دادن دلگرمی و ابراز محبت کافی از سوی خانواده این بیماران باشد، از آن جایی که بیشترین حمایت عاطفی مطلوب از سوی خانواده بیماران انجام می‌شود می‌توان به صراحت گفت که از میان ارگان‌ها و نهادهای مختلف، خانواده تنها نهاد حمایت‌کننده تاثیرگذار بر این بیماران است، همین طور نتایج این آزمون نشان داد که جا دارد تا حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی را در این بیماران افزایش داد تا در کنار حمایت عاطفی که عمدتا از سوی خانواده انجام می‌شود، بتوان کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء بخشید.

فهرست منابع

علی پور احمد, صحراییان محمدعلی, علی اکبری دهکردی مهناز, حاجی آقابابایی مرضیه. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های روان شناسی اجتماعی. ۱. (۳): ۱۱۰ – ۱۳۳.

احمدی آشتیانی، حمیدرضا. (۱۳۹۱)، بیماریهای مولتیپل اسکلروزیس. تهران:ناردیس.

جدیدمیلانی مریم، اشک تراب طاهره، عابدسعیدی ژیلا، علوی مجد حمید. (۱۳۹۲). ارتقای درک از بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) و حیطه‌های آن در بیماران شرکت کننده در گروه حمایتی همتایان؛ فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۸، شماره ۱.

جهانبخش، حقیقتیان، روان مهر، حسین پور. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط حمایت‌های اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در شهر اصفهان؛ مجله تحقیقات نظام سلامت : ۴۱۱-۴۰۳

میلانی، اشک تراب، عابد سعیدی، علوی مجد. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط خود–تعالی با سلامت جسمی درک شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) شرکت کننده در گروه همتایان؛ تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۵، ویژه نامه اختلالات روان تنی.

دهقانی، محمدخان کرمانشاهی، معماریان، حجتی، شمسی زاده. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش همتا محور بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس؛ مجله روان پرستاری دوره ۱ شماره ۱.، ۷۱-۶۳.

میلانی، اشک تراب، عابد سعیدی، علوی مجد. (۱۳۹۰). تاثیر گروه همتایان بر ارتقا وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ؛ آزمون نظریه خود– تعالی رید؛ مدیریت ارتقای سلامت دوره ۱ شماره ۱.، ۳۴-۴۴.

علی دهقانی، سیما محمدخان کرمانشاهی، ربابه معماریان، رسول بهارلو. (۱۳۹۱). تأثیر برنامه آموزش گروه همتا بر میزان اضطراب بیماران مولتیپل اسکلروزیس؛ مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۲۴۹-۲۵۷.

خسروی، شمسعلی(۱۳۸۱) بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهرستان بروجن، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره چهارم، شماره ۴، صص: ۳۹-۳۱.

دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰) تحقیق در ارتقای سلامت، ترجمه سعید پارسی نیا و دیگران، تهران، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت(وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دیماتئو، ام .رابین .(۱۹۹۸) روانشناسی سلامت، ترجمه مهدی موسوی اصل ودیگران. (۱۳۷۸)، جلد دوم، چاپ اول، تهران، انتشارات سمت .

دیویسون، جرالد .سی و دیگران (۱۳۸۴) آسیب شناسی روانی، ترجمه دکتر مهدی دهستانی، تهران، نشر ویرایش .

ساکی، کورش وکیخاونی، ستار (۱۳۸۱) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال دهم، شماره۳۴ و ۳۵، صص:۱۵-۱۱.

سراج زاده، حسین(۱۳۷۸) نگرش‌ها ورفتارهای دینی نوجوانان تهرانی ودلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن، نمایه پژوهش، شماره۹ و ۱۰، صص: ۱۱۸-۱۰۵.

شریعتی، محمد و همکاران (۱۳۸۱) بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، فصلنامه پایش، سال اول، شماره ۳، صص ۳۷-۲۹.

شفیعی قهفرخی، فرخ (۱۳۷۳) حمایت اجتماعی و بهداشت روانی، بهداشت جهان، سال هشتم، شماره اول، صص۱۶-۱۴.

صالحی، لیلی و دیگران (۱۳۸۶) رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۱، صص۱۰-۱.

صبحی قرا ملکی، ناصر (۱۳۸۴) بررسی میزان سلامت روانی در میان دانشجویان، مجله علم و فنآوری، سال چهارم، شماره‌های ۳ و ۴، صص ۶۷-۵۴.

ضرغامی، مهران و دیگران (۱۳۸۱) بررسی اختلالات روانپزشکی در مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال دوازدهم، شماره ۳۶، صص۴۰-۳۳.

عظیمی، حمیده و ضرغامی، مهران (۱۳۸۱) بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۹ -۷۸، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال دوازدهم، شماره ۳۴، صص: ۴۶- ۳۷.

علی پور، احمد (۱۳۸۵) ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۲، صص: ۱۳۹-۱۳۴.

قدسی، علی محمد (۱۳۸۲) بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی وافسردگی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس .

کوکرین، ریموند (۱۳۷۶) مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی، ترجمه بهمن نجاریان، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد .

گاچل، رابرت .جی و دیگران (۱۳۷۷) زمینه روان شناسی تندرستی، ترجمه دکتر غلامرضا خوی نژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی .

مهربانی، پیام (۱۳۸۵) بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل، پایان نامه کارشناسی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل .

نریمانی، محمد و دیگران (۱۳۸۵) ارتباط صفات شخصیتی، استرس و مهارت‌های مقابله با استرس و سیستم ایمنی هومورال بدن در پرستاران، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ششم، شماره دوم، صص: ۱۹۴- ۱۸۸.

هاشمی، حسن و نوروزی، کبری (۱۳۸۳) سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۱ دانشگاه علوم پزشکی قزوین، فصلنامه پویش، سال سوم، صص: ۱۵۲- ۱۴۵.

Cornman, Jennifer. C. et al. , (2003). Social Ties and Perceived Support, Journal of Aging & Health, 15(4). pp: 616-44.

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):141-153.

Drentea, Patricia et al. , (2006). Predictors of Improvement in Social Support, Social Sciences & Medicine, 63. pp: 957- 67.

Evans D. The quality of life of patients with End Stage Renal Disease. New England journal of medicine 1985, 312. (9): 553-559.

Gursoy A,Yılmaz F, Erdol H. The Effect of peer education on university students khowledge of breast seif-examination and health beliefs. The Journal of Breast Health. 2009; 5 (3): 135− 40.

Horwitz, A. (1999). The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives In: Handbook of the Sociology of Mental health, New York , Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp57-74.

Hughes, et al. (2004). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients ,Annual Behavior Medicine, Vol. 28(3): pp179–185.

JJunger, D. Health Related Quality of Life in Pateients with congestive Heart Failure: Conparision wht other chronic Disease and Realation of Functional Variable. Heart Journal. 2002. 87. (3): 235.

Kaya ,M. et al, (2007). Prevalence of Depressive Symptoms,Ways of Coping, and Related Factors among Medical School and Health Services Higher Education Students. Turk Psikiyatri Derg, Vol 8(2), pp 137-146.

Krokavcova Martina, van Dijk , Jitse P. Nagyova Iveta. , Rosenberger Jaroslav, Gavelova Miriam, Middel Berrie, Gdovinov Zuzana, Groothoff Johan W. ,(2008) Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. www. Science direct. com.

Landman-Peters, Karlien M. C. et al. , (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, Social Sciences & Medicine, 60, pp 2549-59.

Lassiter PG. In: Stanhope M and Lancaster J editors. Community Health Nursing. 6th Edition. 2005; Philadelphia: Mosby; 2005: p. 540-556.

Li, Lydia et al. , (2005). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do anger and source of support make difference? Social Sciences & Medicine, 60, pp 637-47.

Marks, David F. et al. , (2000). Health Psychology: Theory, Research and Practice, London, SAGE Publications ltd.

O'Connora , D. B. et al ,. (2003). Religiosity, Stress and Psychological Distress: no Evidence for an Association among Undergraduate Students". Personality and Individual Differences, Vol. 34; pp 211- 217.

Sarafino, Edward. P (1998). Health Psychology, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.

Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf (2004). Long- term effects of spousal support on coping with cancer after surgery, Journal of Social and Clinical Psychology, 23(5), pp 716- 32.

Smith Eliot R. & Mackie Diane M. (1995). Social Psychology, NewYork, Worth Publishers.

Switzer, Galen E. et al. , (1999). Issues in mental health assessment, IN: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan, Handbook of the Sociology of Mental Health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp 81-104.

Turner, R. Jay and Turner J. Blake (1999). Social Integration and Support, IN: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. Handbook of the Sociology of Mental Health, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp 301-319.

Uccelli MM, Mohr LM, Battaglia MA, Zagami P and Mohr DC. Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. Multiple Sclerosis. 2004;10(1):80-84.

Wasserman Ira & Trovato Frank (1996), The Influence of Religion on Smoking and Alcohol Consumption (Alberta Case Study), International Review of Modern Sociology, 26 (2): 43-56.

Zimet, G. D. , et al. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.