

ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مریم قاسمی پور^۱ هدایت نظری^۲

۱. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم‌آباد، باشگاه پژوهشگران جوان، خرم‌آباد، لرستان، ایران (مؤلف مسئول)
۲. دانشیار، گروه اعصاب و روان، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

مندیش / دوره سوم / شماره ۴ و ۵ / زمستان ۱۳۹۱

چکیده

◆ زمینه و هدف: بیماری‌های مزمنی همچون مولتیپل اسکلروزیس از بیماری‌های غیر قابل درمانی هستند که می‌توان آن‌ها را کنترل کرد، اما بیمار همواره در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارد، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و بررسی ارتباط آن با حمایت‌های اجتماعی از این بیماران انجام گردید.

◆ مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه آماری شامل ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند که جهت پیگیری درمان به بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد مراجعه می‌کردند و به طور تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی استفاده گردید و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

◆ یافته‌ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۵۹/۳ درصد آزمودنی‌ها و کارکردهای حمایت اجتماعی در ۶۱ درصد آزمودنی‌ها نامطلوب بوده و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. در زیر شاخه‌های کیفیت زندگی بعد جسمی در ۸۰/۹٪ و بعد روانی در ۷۱/۵٪ درصد بیماران نامطلوب بود، در بین کارکردهای حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مربوط به حمایت عاطفی (۳۶/۸٪) بود و در بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی ($p = ۰/۰۰۱$) و شبکه اجتماعی ($p = ۰/۰۰۱$) با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنی‌دار داشتند.

◆ نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه نیمی از بیماران در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند و بیش از نیمی از بیماران از کارکردهای حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردار بودند، توصیه می‌شود مسئولین برنامه‌هایی را اتخاذ نمایند که در افزایش کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار باشند.

◆ واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

مقدمه

تأمین نیازها، معاش و مایحتاج بیماران نیز بسیار بالا می‌باشد، به گونه‌ای که این هزینه در آمریکا سالیانه ۲/۵ بلیون دلار تخمین زده شده است^(۱).

علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی در سالیان اخیر در حال حاضر بیماری ام اس درمان قطعی و ریشه‌کن‌کننده‌ای نداشته و اغلب درمان‌های موجود منجر به کاهش علائم یا کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌گردند که به همین علت شناسایی و تشخیص سریع بیماری و کنترل به هنگام آن از بروز عوارض شدید و پیشرفت غیرقابل کنترل آن تا حد زیادی پیشگیری می‌نماید^(۱۲). هر چند مولتیپل اسکلروزیس بیماری غیرقابل درمانی است اما می‌توان آن را کنترل کرد. لذا این بیماری در سطح جسمی، روانی و اجتماعی برای فرد و در سطح هزینه‌های اقتصادی، ایفای نقش‌های اجتماعی، تأمین نیروی کار و غیره برای جامعه پیامدهای مهمی را به نبال خواهد داشت.

عوامل متعددی ممکن است بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیرگذار باشد، به عنوان مثال، این موضوع که افراد بیماری سختی‌ها و مشکلات جسمی و روانی بیشتری نسبت به دیگر بیماران احساس می‌کنند و کیفیت زندگی پائین‌تری را اظهار می‌دارند، شاید دلالت بر این امر داشته باشد که چنین افرادی ارتباطشان با جامعه گسیخته شده است و دچار فقدان روابط اجتماعی و به تبع آن کمبود حمایت اجتماعی هستند و چنین افرادی در مقابل مشکلات و ناملایمات اجتماعی و بحران‌های اقتصادی آسیب‌پذیرترند.

شواهدی نیز که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان‌دهنده این است که حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همین‌طور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود.^(۱۳)

کریستوفرزون در سال ۲۰۰۶، در مطالعه‌ای تطابق حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را در سه مقطع زمانی بعد از سکته قلبی بررسی کرده است. در این مطالعه متغیرهای فوق ۱، ۴ و ۱۲ ماه بعد از سکته قلبی مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدای این مطالعه ۷۴ زن و ۹۷ مرد حضور داشتند که بعد از ۱۲ ماه به ۶۰ زن و ۸۸ مرد تقلیل یافتند. در مورد حمایت اجتماعی از

کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده است که سازمان بهداشت جهانی، آن را به این صورت تعریف کرده است: «ادراکی است از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن هستند، که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آن‌ها می‌باشد»^(۱). با توجه به رشد فزاینده و عدم درمان قطعی بیماری‌های مزمن، اخیراً شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است، که به شدت مورد توجه دانشمندان و متخصصان امر سلامت قرار گرفته است^(۲).

امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها، به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند. حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آن‌ها شناخته شده نیست^(۳). ملاک تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران، ارزیابی خود بیمار از آن است^(۴).

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده و تخریب‌کننده میلین سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که قطعات متعدد دمیلینه شده حاصل از بیماری، سرتاسر ماده سفید را فرا می‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۵). این بیماری غیر قابل پیش‌بینی و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تغییردهنده زندگی فرد می‌باشد، زیرا که معمولاً به بهترین دوران زندگی فرد صدمه زده و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد و از طرفی درمان قطعی نیز ندارد^(۶). شایع‌ترین سن ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۲۰ تا ۴۰ سال می‌باشد^(۷). انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس آمریکا در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که در حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مبتلا بوده و هر هفته ۲۰۰ نفر به آن‌ها اضافه می‌شود که ۸۰٪ از مبتلایان به این اختلال درجاتی از ناتوانی را دارا می‌باشند^(۸). طبق گزارش انجمن ام. اس ایران، حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور ما وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند^(۹) و این رقم رو به افزایش است^(۱۰). از طرفی هزینه‌های بیماری مانند هزینه درمان و

حمایت‌های کارکردی با افسردگی دارای رابطه معکوس و معنی‌دار هستند^(۱۶).

حیدرزاده (۱۳۸۷) در تحقیقی تحت عنوان: ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی با هدف شناسایی اجزاء مؤثر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی رابطه بین این دو مفهوم را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد. بدین‌منظور تمام بیماران همودیالیزی واجد شرایط بستری در بخش همودیالیز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز 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 این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی در ۵۶٪ و حمایت اجتماعی در ۵۰/۶٪ بیماران مطلوب، و بین این دو متغیر رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. در زیر شاخه‌های کیفیت زندگی بعد اجتماعی در ۸۸٪ بیماران مطلوب، در حالی‌که ابعاد روانی و جسمی در بیشتر بیماران نامطلوب بود. در زیر شاخه‌های حمایت اجتماعی بیشترین حمایت مطلوب مربوط به بعد حمایت عاطفی بود، به‌طوری‌که ۱۴٪ از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌داد. تأثیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی بر کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبود^(۱۷).

در زندگی اجتماعی سازمان یافته سلامتی برای حفظ فرد جنبه حیاتی دارد، سلامتی شرط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی است و بیماری این شرط ضروری را نقض می‌کند^(۱۸).

سرمایه اجتماعی نوعی از سرمایه است که از عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن روابط اجتماعی و عضویت اجتماعی‌اند. حمایت اجتماعی به عنوان پدیده‌ای رابطه‌ای^(۱۹) شکلی مهم از سرمایه اجتماعی است که می‌تواند با کیفیت زندگی افراد رابطه داشته باشد.

حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است که فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است. جامعه زمینه‌ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات، که این دو

یک پرسشنامه حمایت اجتماعی و در مورد کیفیت زندگی از ابزار SF-36 استفاده شد. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان داد که حدود یک سوم از نمونه‌ها (۳۵-۳۱٪) حمایت اجتماعی پایینی را گزارش نمودند. حمایت اجتماعی حدود ۳۳-۲۷٪ برای زنان و ۲۸-۲۲٪ برای مردان گزارش شد. حمایت عاطفی پایین برای زنان (۱۶-۱۵٪) و برای مردان (۱۴-۱۵٪) به دست آمد، علاوه بر این حمایت ابزاری حدود ۲۸-۱۷٪ برای زنان و ۳۰-۲۷٪ برای مردان گزارش شد. سه منبع حمایتی مهم که برای مردان و زنان گزارش شد عبارت بودند از فرزندان آن‌ها (۸۲-۷۸٪)، والدین آن‌ها (۷۲٪) و انجمن‌های حمایت از بیماران (۶۴-۴۹٪). ضمن اینکه با گذشت زمان تفاوت معنی‌داری در میزان حمایت اجتماعی این بیماران در دوره‌های ۱، ۴ و ۱۲ ماه بعد از سکنه قلبی مشاهده نشد. در مورد کیفیت زندگی بالاترین نمره کیفیت زندگی هم برای مردان و هم برای زنان در قسمت عملکرد اجتماعی و سلامت روانی مشاهده شد و پایین‌ترین نمره در قسمت معیار جسمی مشاهده گردید^(۱۴).

صداقتی کسب‌چی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیق خود تحت عنوان "مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر دیابتی" به تعیین کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد غیر دیابتی می‌پردازد. مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۷۰ بیمار دیابت نوع ۲ و ۷۵ همراه غیردیابتی انجام شده بود، نتایج نشانگر کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران دیابتی و کیفیت زندگی مطلوب در افراد غیر دیابتی بود. همچنین تفاوت معناداری بین متغیرهای دموگرافیک مانند سن، جنس و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک و غیر دیابتیک مشاهده شد^(۱۵).

قدسی در سال ۱۳۸۸ در رساله‌ی خود به بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی می‌پردازد. در این رساله حمایت اجتماعی بر اساس سطوح روابط اجتماعی افراد بر حسب منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کارکردهای حمایت اجتماعی مفهوم‌سازی و عملیاتی شده است. آزمون رابطه‌ی حمایت اجتماعی با افسردگی نشان داد که از بین سه منبع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی با افسردگی رابطه معنی‌دار ندارد. اما برعکس، دو منبع ساختاری شبکه و پیوند قوی با افسردگی رابطه معکوس و معنی‌دار دارند. به‌علاوه تمامی انواع

که در رژیم غذایی یا میزان فعالیت آن‌ها اثر چشمگیر گذارد، نداشته باشند، جهت حضور در مطالعه رضایت داشته باشند، سواد خواندن و نوشتن و یا اینکه قدرت برقراری ارتباط را داشته باشند و در دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۶۵ سال باشند و معیار خروج شامل این بود که مددجویان طی شش ماه گذشته تحت تأثیر بحرانی حاد قرار گرفته باشند.

در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد که پس از طرح پایلوت مورد استفاده قرار گرفت. این موارد عبارتند از: پرسشنامه بررسی اطلاعات دموگرافیک بیمار، پرسشنامه کیفیت زندگی که از طریق پرسشنامه‌ای که حالت تلفیقی و تعدیل شده‌ی سه ابزار [پرسشنامه کیفیت زندگی SF8، پرسشنامه استاندارد MSIS-۲۹^(۲۱) و پرسشنامه کیفیت زندگی^(۲۲) کینگ و هیندس (۲۰۰۴)] است، توسط محقق ساخته شده است، و در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: ۱- بعد جسمی (۹ گویه)، ۲- بعد روانی (۱۱ گویه) و بعد اجتماعی (۷ گویه). برای اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا از نوع اعتبار صوری استفاده شد که از نظرات ۴ متخصص شامل دو طراح ابزار پرسشنامه، یک پزشک متخصص اعصاب و روان، یک پرستار و ۱۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس برای اعتبار و بهبود پرسشنامه استفاده شد و پژوهشگر از متخصصان و بیماران خواست که نظراتشان را در مورد محتوی، وضوح و سادگی عبارات ابزار پرسشنامه بیان کنند و عباراتی که درصد مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن آن‌ها ۷۵ و کمتر از ۷۵ درصد بود تعدیل یا حذف شدند. برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر به دست آمد: بخش جسمی (۰/۹۳)، بعد روحی- روانی (۰/۹۶) و در مورد بعد اجتماعی (۰/۸۹)، و حمایت اجتماعی از طریق پرسشنامه‌ای که حالت تلفیقی و تعدیل شده سه ابزار [پرسشنامه حمایت اجتماعی^(۲۳) نربک (۱۹۹۵)، پرسشنامه کارکردهای حمایتی^(۱۹) لین و دیگران (۱۹۹۹) و پرسشنامه نیازهای آموزشی و اطلاعاتی زمانی و دیگران^(۲۴)] است، اندازه‌گیری شد که برای بعد عاطفی حمایت اجتماعی ۹ گویه، و برای هر کدام از ابعاد ابزاری و اطلاعاتی ۶ گویه در نظر گرفته شده است. پرسشنامه فوق نیز پس از روایی محتوایی از نوع اعتبار صوری و پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ، مورد استفاده قرار گرفت. پایایی سؤالات مربوط به هر کدام از ابعاد

نحو ارتباط با جامعه دامنه روابط اجتماعی فرد را برای به دست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند. کاهش این دامنه، کاهش میزان حمایت اجتماعی را به دنبال دارد^(۲۰).

بنابراین هدف این پژوهش آن بود که ضمن تعیین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی که به نوبه‌ی خود منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کارکردهای حمایتی هستند را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

روش بررسی

با توجه به اهداف این پژوهش، از روش توصیفی از نوع رابطه‌ای استفاده شده است. پس از انتخاب نمونه پژوهش با استفاده از پرسشنامه تهیه شده و با روش مصاحبه به بررسی حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و سپس رابطه بین این دو مفهوم در این بیماران پرداخته شده است. جامعه آماری در این پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشند که جهت پیگیری درمان بیماری خود به بیمارستان شهدای شهر خرم‌آباد مراجعه می‌کنند که تعداد بیماران ۵۱۲ نفر می‌باشد.

در این پژوهش که در سه ماه اول سال ۱۳۹۱ انجام گرفت، برای انتخاب نمونه از بیمارانی که به درمانگاه و بخش‌های بیمارستان به منظور اقدامات پیگیری یا درمانی مراجعه می‌کردند به صورت تصادفی در دسترس، نمونه‌گیری انجام شد. نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر انتخاب شد، محیط انجام این پژوهش بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم‌آباد، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان بود که در بیمارستان پرسشنامه در اختیار بیماران قرار داده شد.

روش تکمیل پرسشنامه بدین صورت بود که مددجویانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، پرسشنامه را به صورت خود ایفا تکمیل می‌کردند و برای مددجویانی که سواد نداشتند، سؤالات توسط محقق پرسیده می‌شد و پاسخ آن‌ها توسط محقق در پرسشنامه ثبت می‌شد.

در این پژوهش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شرکت کردند که دارای مشخصات زیر باشند: از زمان تشخیص قطعی مولتیپل اسکلروزیس توسط متخصص مغز و اعصاب حداقل شش ماه الی یک سال گذشته باشد، حاملگی و یا بیماری‌هایی

یافته‌ها

در این بررسی، بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۷) در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند، ۷۷/۳ درصد نمونه‌ها زن، ۷۲/۴ درصد مجرد، ۱۵ درصد شاغل، ۱۷ درصد خانه‌دار و حدود ۶۵ درصد بیکار بودند.

همچنین بر اساس یافته‌ها، کیفیت زندگی ۵۹/۳ درصد آزمودنی‌ها نامطلوب و ۴۰/۷ درصد مطلوب بوده است، ضمن اینکه ۸۰/۹ درصد در بعد جسمی و ۷۱/۵ درصد در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند، در حالی که ۸۰/۶ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند.

در مورد کارکردهای حمایت اجتماعی، نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۱٪ واحدهای مورد پژوهش دارای حمایت اجتماعی نامطلوب و ۳۹٪ آن‌ها دارای حمایت اجتماعی مطلوب می‌باشند، ضمن اینکه بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت عاطفی با ۳۶/۸ درصد و بیشترین حمایت اجتماعی نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت ابزاری و اطلاعاتی بوده است.

در مورد میزان تأمین حمایت اجتماعی از سوی منابع حمایتی از دید بیماران، بیشترین میانگین نمره‌ی پاسخ‌ها، در بعد حمایت عاطفی و ابزاری با میانگین و انحراف معیارهای $(۳/۵۴ \pm ۰/۹۶)$ و $(۳/۱۴ \pm ۱/۲۴)$ ، مربوط به دریافت حمایت از سوی خانواده و در بعد حمایت اطلاعاتی بیشترین میانگین نمره‌ی پاسخ‌ها مربوط به دریافت حمایت اطلاعاتی از طریق رادیو و تلویزیون با میانگین $(۲/۵۲ \pm ۰/۷۲)$ بوده است و در هر سه بعد کمترین میانگین نمره‌ی پاسخ‌ها مربوط به تأمین حمایت اجتماعی از طریق انجمن‌های حمایت از بیماران بوده است.

در مورد رابطه‌ی بین متغیرها، ضریب همبستگی بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی معنی‌دار بوده، بنابراین بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد و همچنین بین کیفیت زندگی بر حسب متغیر پیوند قوی تفاوت وجود دارد.

ضریب همبستگی بین انواع کارکردهای حمایتی با کیفیت زندگی نیز معنی‌دار بوده است، بنابراین بین انواع کارکردهای حمایتی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) با کیفیت زندگی رابطه

حمایت اجتماعی بدین‌صورت به دست آمد: حمایت عاطفی (۰/۷۱)، حمایت ابزاری (۰/۷۵) و حمایت اطلاعاتی (۰/۷۶)، و در پرسشنامه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت استفاده شد. کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر اساس نمره به دست آمده به دو قسمت برابر نا-مطلوب (نمرات کمتر از ۵۴) و مطلوب (نمرات مساوی یا بیشتر از ۵۴) دسته‌بندی شده است و همچنین انواع حمایت اجتماعی بر اساس نمره اکتسابی به دو قسمت برابر نامطلوب (نمرات کمتر از ۴۲) و مطلوب (نمرات مساوی یا بیشتر از ۴۲) دسته‌بندی شد^(۱۷).

در این تحقیق حمایت دربرگیرنده کارکردهای حمایتی (شکل‌های متفاوت کمک و یاری) است که فرد در صورت داشتن روابط اجتماعی در سطوح مختلف منابع ساختاری حمایت اجتماعی (پیوند قوی، شبکه‌های اجتماعی و عضویت گروهی) می‌تواند از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی این سطوح از روابط اجتماعی برخوردار شود. در مطالعه حاضر، عضویت گروهی مبتنی بر گروه‌های واقعی و شبه گروه‌ها است که فرد در آن‌ها عضویت دارد، برای سنجش شبکه‌های اجتماع شخصی تعداد تماس هفتگی فرد با کسانی که با آن‌ها پیوند اجتماعی دارد به عنوان اندازه شبکه مورد پرسش قرار می‌گیرد، و برای سنجش حضور یک پیوند قوی از فرد، متأهل بودن یا نبودن او پرسش می‌شود.

همچنین در سه لایه‌ی ساختاری روابط اجتماعی - یعنی عضویت در اجتماعات، شبکه‌های اجتماع شخصی و پیوندهای قوی - بنا به دو جنبه‌ی کمیت افراد در روابط اجتماعی و میزان درگیری در نوع پیوند قوی و ضعیف به ترتیب از لایه اول به لایه سوم از مقدار روابط کاسته می‌شود و پیوندها از ضعیف به قوی تمایل پیدا می‌کنند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS16 تحلیل آماری شدند. در آمار توصیفی فراوانی، میانگین، خطای معیار و در آمار تحلیلی بر حسب فرضیات موجود از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون ساده، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون t مستقل استفاده گردید.

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از بیماران از حمایت اجتماعی نامطلوب برخوردار بودند. از میان انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، تنها حمایت عاطفی در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش مطلوب به دست آمد، در حالی که حمایت ابزاری و اطلاعاتی در بیشتر آن‌ها نامطلوب بود.

کریستوفرزون مطالعه‌ای را در زمینه‌ی 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 نمودند که بیماران حمایت خود را علاوه بر خانواده از انجمن‌های حمایتی خاص بیماران دریافت می‌کردند.^(۱۴)

حیدرزاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای با موضوع بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی در بیماران تحت همودیالیز به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد، ضمن اینکه نیمی از بیماران دارای حمایت اجتماعی نامطلوب بودند^(۱۷)، با این حال حمایت عاطفی در این تحقیق برخلاف تحقیق کریستوفرزون، نسبت به سایر انواع کارکردهای حمایتی مطلوب‌تر به دست آمد. در مطالعه حاضر نیز بین کیفیت زندگی و کارکردهای حمایت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری به دست آمد و همچنین با تحقیق حیدرزاده و همکاران، از این لحاظ که بیماران از حمایت عاطفی بیشتری نسبت به سایر کارکردهای حمایت اجتماعی برخوردارند، همخوانی دارد که با توجه به تفاوت فرهنگ مناطق، بر این امر دلالت می‌کند که خانواده‌ها در منطقه‌ی مذکور، در تأمین نیازهای عاطفی، درک فرد و همدردی کردن با فرد بیمار نقش اصلی را دارند و این در حالی است که در این تحقیق برخلاف تحقیق کریستوفرزون، در هر سه بعد حمایتی کمترین میانگین نمره پاسخ‌ها مربوط به تأمین کارکردهای حمایتی از طریق انجمن‌های حمایت از بیماران بوده است.

در این تحقیق، محیط ساختاری حمایت اجتماعی متشکل از سه منبع ساختاری در نظر گرفته شد. این منابع ساختاری حمایت اجتماعی، افراد را از طریق سه لایه‌ی روابط اجتماعی به جامعه وصل می‌کنند. سه منبع ساختاری حمایت اجتماعی، یعنی عضویت گروهی در اجتماعات و گروه‌ها، شبکه‌های اجتماعی و پیوندهای قوی در سه لایه‌ی برونی روابط

مستقیم وجود دارد، میزان رابطه بین حمایت عاطفی با کیفیت زندگی ۰/۵۸، با ابزاری ۰/۶۳ و اطلاعاتی ۰/۴۱ بوده است.

جدول شماره ۱: تحلیل رگرسیون بین متغیرهای تحقیق

| متغیر وابسته | متغیر مستقل | | ضریب رگرسیون | ضریب استاندارد | سطح معناداری |
|-----------------------------|----------------|-------------|--------------|----------------|--------------|
| | عضویت گروهی | اندازه شبکه | | | |
| منابع ساختاری حمایت اجتماعی | عضویت گروهی | | ۰/۲۳۶ | ۰/۲۷۵ | ۰/۰۰۱ |
| | اندازه شبکه | | ۰/۰۸۷ | ۰/۲۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پیوند قوی | | -۰/۱۲۵ | -۰/۱۱۷ | ۰/۱۵۰ |
| کارکردهای حمایت اجتماعی | حمایت عاطفی | | ۰/۳۵۱ | ۰/۲۵۶ | ۰/۰۰۹ |
| | حمایت ابزاری | | ۰/۴۸۸ | ۰/۳۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| | حمایت اطلاعاتی | | ۰/۳۸۱ | ۰/۲۸۰ | ۰/۰۰۱ |

بر اساس یافته‌های جدول ۱، آماره‌های ضرایب رگرسیون در خصوص عضویت گروهی و اندازه شبکه معنی‌دار بوده، بنابراین بین دو نوع منابع ساختاری حمایت اجتماعی در قالب عضویت گروهی ($p=0/001$, $r=0/27$) و اندازه شبکه ($p=0/001$, $r=0/29$) وجود دارد. از بین منابع ساختاری، اندازه شبکه رابطه بیشتری با کیفیت زندگی دارد ($r=0/29$).

آماره‌های ضرایب رگرسیون در مورد انواع کارکردهای حمایتی، همگی معنی‌دار بوده، بنابراین بین هر سه نوع کارکردهای حمایت اجتماعی در قالب حمایت عاطفی ($r=0/25$), ابزاری ($p=0/001$, $r=0/38$) و اطلاعاتی ($p=0/001$, $r=0/28$) وجود دارد، از بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت ابزاری دارای بیشترین رابطه ($r=0/38$) با کیفیت زندگی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند. ضمن اینکه مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس در بعد اجتماعی با مشکلات کمتری روبرو هستند که این مسأله با یافته‌های تحقیق اوانس که مطالعه‌ای بر روی بیماران تحت دیالیز انجام داده بود^(۲۵)، همخوانی دارد که ممکن است این مسأله ناشی از ارتباط خوب و مناسب همسر، خانواده و یا دوستان بیماران باشد که در مقایسه با دیگر مناطق، باید به زمینه‌ی فرهنگی هر منطقه نیز توجه شود.

اجتماعی، لایه میانی روابط اجتماعی و لایه‌ی درونی روابط اجتماعی قرار دارند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند لایه‌های اول و دوم روابط اجتماعی با کیفیت زندگی دارای رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار هستند، لکن لایه‌ی سوم روابط اجتماعی با کیفیت زندگی فاقد رابطه معنی‌دار است و همان‌طور که یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد، سرمایه‌های اجتماعی در لایه برون روابط اجتماعی و در لایه میانی روابط اجتماعی به عنوان سرمایه شبکه‌ای دارای کارکرد حمایتی برای افرادند. این سرمایه‌های اجتماعی با ایجاد کارکردهای حمایت اجتماعی، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر مثبت می‌گذارند. و اما بر اساس یافته‌ها در سطح لایه درونی روابط اجتماعی (پیوند قوی)، این سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه‌ای ندارد که این نتایج با یافته‌های پژوهش قدسی ناهمخوان است^(۱۶).

اندازه شبکه بیانگر مقدار پیوندهای فرد با دیگران است، با افزایش پیوندهای شبکه و متناظر با این افزایش، تنوع بیشتر پیوندهای اندازه‌ی شبکه عنوان می‌کند که فرد با درگیر شدن در پیوندهای متعدد و متنوع با دیگران از حمایت بیشتر و متنوع‌تری برخوردار می‌شود و این حمایت با کیفیت زندگی او رابطه‌ی مستقیم دارد.

شبکه به عنوان منبع ساختاری حمایت اجتماعی، هم با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و هم با توجه به اندازه خود (اندازه شبکه) با کیفیت زندگی بیشترین رابطه را دارد.

در این تحقیق از حضور یک پیوند قوی (داشتن همسر) به عنوان شاخص منبع ساختاری حمایت اجتماعی در لایه درونی روابط اجتماعی استفاده شد. البته بین کیفیت زندگی در افراد بر حسب وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد، کیفیت زندگی در افراد مجرد بهتر از افراد متأهل است که به نظر می‌رسد افراد متأهل نقشی را که قبلاً در خانواده داشته‌اند، بعد از بیماری نمی‌توانند به نحو احسن انجام دهند و لذا با تنش‌های عصبی بیشتری نسبت به افراد مجرد مواجه هستند. در مقابل افرادی که همسران خویش را از دست داده بودند، کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد متأهل نشان می‌دادند که همانگونه که انتظار می‌رفت مهم‌ترین عامل در پایین بودن کیفیت زندگی این افراد از دست دادن یک حامی و شریک در زندگیشان می‌باشد که در این مواقع بحرانی بتوانند از آنها حمایت عاطفی و حمایت ابزاری به عمل آورند و بدین طریق

موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شوند. نتایج تحقیق حیدرزاده و همکاران و صداقتی کسبخی و همکاران نیز نشان داد که بین افراد بیمار و کیفیت زندگی آنها بر حسب وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد^(۱۷ و ۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد حمایت ابزاری واقعی بیشترین رابطه‌ی معنی‌دار را با کیفیت زندگی دارد که به نظر می‌رسد حمایت‌های مادی از بیمار و تأمین هزینه‌های ناشی از بیماری، و کمک به بیمار در انجام کارهای روزمره، تا حد زیادی می‌تواند از تنش‌های عصبی ناشی از انجام وظایفی که قبلاً بر عهده‌ی بیمار بوده، و هم اکنون قادر به انجام آنها نیست، بکاهد و همچنین با توجه به هزینه‌بر بودن درمان و کنترل بیماری، حمایت ابزاری از بیمار می‌تواند به وی کمک کند که مشکلات جسمی کمتری داشته باشد.

در پژوهش حاضر، خانواده بیشترین حمایت را از بیماران به عمل می‌آورد، این در حالی است که انجمن‌های حمایت از بیماران مبتلا به ام‌اس کمترین نقش را در تأمین حمایت از بیماران دارند که این یافته با نتایج حیدرزاده و همکاران^(۱۷) همخوان بود و همچنین نتایج نشان داد که افراد بیمار بیشترین حمایت اطلاعاتی خود را از طریق رسانه‌های جمعی (رادیو و تلویزیون) کسب می‌کنند.

با استفاده از تحلیل نتایج می‌توان گفت که حمایت اجتماعی از جمله عواملی است که با کیفیت زندگی ارتباط دارد و می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار شود.

در مطالعه حاضر، تقریباً بیش از نیمی از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند که با نتایج تحقیق جعفری و همکاران که به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته‌اند همخوانی داشت^(۲۶). ضمن اینکه نتایج نشان داد بیماران مبتلا به ام‌اس در بعد اجتماعی مشکلات کمتری دارند، ولی در ابعاد روانی و جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند که این موضوع از نتایج مطالعات قبلی حمایت می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد رابطه‌ی منابع ساختاری حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی، نشان می‌دهد که بین عضویت گروهی و اندازه شبکه با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود دارد، بنابراین هر چه میزان درگیری در این دو نوع روابط اجتماعی بیشتر باشد افراد کیفیت زندگی بالاتری

خواهند داشت و کمبود و خلل در این دو نوع روابط اجتماعی موجب کیفیت زندگی پایین می‌شود.

از بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، اندازه شبکه با کیفیت زندگی بیشترین رابطه را دارد، اندازه شبکه بیانگر مقدار پیوندهای فرد با دیگران است، با افزایش پیوندهای شبکه و متناظر با این افزایش، تنوع بیشتر پیوندهای اندازه شبکه عنوان می‌کند که فرد با درگیر شدن در پیوندهای متعدد و متنوع با دیگران از حمایت بیشتر و متنوع‌تری برخوردار می‌شود و این حمایت با کیفیت زندگی او رابطه مستقیم دارد. از این رو وجود و بسط این منابع ساختاری حمایت اجتماعی با افزایش کیفیت زندگی ارتباط دارد.

می‌توان گفت بیماری مولتیپل اسکلروزیس مشابه هر بیماری یا وضعیت مزمن دیگری از طریق تحت تأثیر قرار دادن جنبه‌های مختلف زندگی باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر نیز مشاهده شد که حدود ۸۱ درصد بیماران در بعد جسمی و ۷۱ درصد بیماران در بعد روحی، دارای وضعیت نامطلوبی هستند که این مسأله منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران شده است. لذا توصیه می‌شود که برنامه‌ها و کلاس‌هایی با محتوای مشاوره‌ای و آموزشی برای بیماران و خانواده‌های آنان برگزار شود که از طریق این کلاس‌ها، اطلاعات مربوط به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، رژیم غذایی متناسب و روش‌های درمانی مکمل همچون ورزش‌های هوازی، آب درمانی، یوگا به بیمار و خانواده‌های آنان در جهت ارتقای وضعیت جسمی و روانی داده شود (۲۸ و ۲۹) و در جهت تأمین حمایت عاطفی و حفظ بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیمار از سوی خانواده‌های آنان برنامه‌هایی را طرح‌ریزی کنند. البته این در حالی است که عمده توجه کارکنان مراکز درمانی بیماران مبتلا مولتیپل اسکلروزیس به مسائل جسمی آنهاست و به مسائل روانشناختی آنها کمتر توجه می‌شود و با وجود اینکه درصد بالایی از افسردگی در این بیماران گزارش شده است، اصلاح مشکلات روحی- روانی و افسردگی این بیماران می‌تواند نقش قابل توجهی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد که در تحقیقاتی نیز به تقویت بعد معنوی سلامت به عنوان عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران تأکید کرده‌اند^(۳۰) پیشنهاد ما این است که در کنار ویزیت‌های منظم پزشکان از نظر مسائل جسمانی، به مشکلات روانشناختی و

بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیز توجه بیشتری بشود. راه‌حل این مسأله نیز ادغام خدمات سلامت روان در سایر خدماتی است که این بیماران دریافت می‌کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که از طریق رسانه‌های جمعی به علت دسترس‌پذیری همگانی، برنامه‌های آموزشی خاصی به صورت مداوم و دوره‌ای برای افزایش سطح آگاهی بیماران مزمن در جهت رعایت برنامه‌های خود کنترلی، ارائه شود. شایان به ذکر است از آنجایی که مطالعه‌ی حاضر در جمعیت محدودی از بیماران مبتلا به ام.اس در زمان و مکان خاصی صورت گرفته است، از تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه به کل جامعه بیماران مبتلا به ام.اس کشور تا حدی می‌کاهد. اما می‌توان نتایج این بررسی را با نتایج دیگر تحقیقاتی مقایسه کرد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اسی را بررسی کرده‌اند که جهت پیگیری و درمان بیماری به مراکز آموزشی- درمانی و انجمن‌های حمایت از بیماران ام.اس مراجعه کرده‌اند و از این طریق، تأثیرات آموزشی و ابزاری انجمن‌ها و مراکز درمانی در کیفیت زندگی بیماران روشن‌تر می‌شود.

تشکر و قدردانی

از حمایت مالی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان از این طرح تحقیقاتی تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از همکاری و مشارکت خانم‌ها آذر دریکوند و شکوفه دریکوند در اجرای این تحقیق قدردانی می‌شود. همچنین از زحمات و همکاری آقای دکتر میرزاده و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که در این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می‌شود. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

References

1. WHO Quality of life Group. World health organization quality of life survey- abbreviated version. 2009. Author
2. Guggenmoos-Holzmann, I, Bloomfield K, Brenner H, Flick, U. Quality of life and health. Berlin: Blackwell Wissenschafts. 2003. 38(6): 143- 152.
3. Groll D, Vanner, S, Depew W, Dacosta L, Simon J, Groll A & et al. The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. American Journal of Gastroenterology. 2002. 97(4): 962- 971.
4. Tavallaei S, Habibi M, Asari Sh, Ghanei M, Naderi Z, Khateri Sh, et al. The quality of life in those who injured from chemical weapons (mustard gas) after 15 years. Behavioral sciences Journal. 2007. 1 (1): 7- 25.
5. Rubin E. Essential Pathology. 3th ed. Philadelphia Lippincott William Co; 2003, PP: 737-738.
6. Holland NJ, Madonna M. Nursing grand rounds: Multiple Sclerosis. Journal Nerosci Nurse, 2005; 37(1): 15-19.
7. Currie R. Spasticity: A common symptom of Multiple Sclerosis. Nursing Standard 2001; 15(33): 47-52.
8. Braunwald M. Harrison's principle of internal medicine. 10th ed. USA, Mc Graw Hill Co; 2004, pp: 2452-246.
9. Taghi zadeh M, Mahluji Z. Survey of effect diet on treatment in Multiple Sclerosis. Esfahan, Iran, 2010: 152.
10. Ale-Yasin H, Sarai A, Alaeddini F, Ansarian E, Lotfi J, Sanati MH. Multiple Sclerosis: A study of 318 Cases. Archive Tran Med 2002; 5(1): 24-27.
11. Advancing rehabilitations enhancing quality of life: MS. Rehabilitation. Available at: www. National MS Sociology. Org. access: 15.8.2010.
12. Olek MJ, ed. Multiple sclerosis: Etiology, diagnosis, and new treatment strategies. Totowa, NJ: Humana Press; 2005.
13. Callaghan P, Morrissey J. social support and health: a review. Journal of Advanced Nursing. 2003. 18(6): 203- 210.
14. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Copping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. 2006. Journal of advanced nursing .2004. 52(2): 113- 124.
15. Sedaghati kasbakh M, Ehsani M, ghanbari E. Compare quality o life of diabetic 2 patients and Individuals, Journal of science medicine babol, 9(5), 1389: 55-60.
16. Ghodsi, a. A sociological study of the relationship between social support and Depression. [phd Thesis], Tehran (Iran): Tarbiat modares university, School of Literature & Human Sciences, 2001: 115 (In persian)
17. Heidarzade M, Ashvandi KH, Zaman Zade V, Lak dizji C. The Relationship between the Quality of life and Social support in hemodialysis Patients. Journal of Tabriz University of medical sciences. 2007; 29(1): 49-54 (In persian)
18. Hughes M, Kroehler C, Vander Z, James W. Sociology: The core. Journal of Health and Social Behavior, 1999. 35(2): 193- 209.
19. Lin N, walter M. Social support and depressed mood: A Structural analysis. Journal of Health and Social Behavior. 1999. 40(3): 344- 359.
20. Chalabi M. The sociology of discipline, Tehran, Nei publication, 1996; 45-63.
21. Ayatollahi P, Nafisi S, Eshraghian H. [Cultural adjustment of Msis-29 in Iranian patient: Surveying reliability & validity]. J Tehran Univ 1385; 1: 62-68.
22. King C.R, Hinds PS (2004). Quality of life: From nursing and patient perspectives: theory. Research. Practice. USA, jones and Bartlett publishers
23. Schaffer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS: Middle Range Theories. Philadelphia: Lippincott co. 2004 .22(5): 179-202.
24. Saheb zamani M, Roshvand F, Alavi h. survey of information needs life in Multiple Sclerosis. Journal of nurse. 1388, 64(19): 39-34.
25. Evans D. The quality of life of patients with End Stage Renal Disease. New England journal of medicine. 2009. 312 (9): 553- 559.
26. Jafari S, Ahmadi F, Nabavi M. survey of effect hydrotherapy on treatment in Multiple Sclerosis. Journal of rehabilitation. 1387, 3&4(35-36): 44-50.
27. Petajan JH. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in Multiple Sclerosis. Annals of Neurology 2011; 39(4): 432-441.
28. Barker L.K, Dawes H, Hansford P, Shamely D. Perceived and measured levels of exertion of patients with chronic back pain exercising in a hydrotherapy pool. Arch Phys Me Rehabil September 2005; 84: 1319-1323.
29. Oken B, Kishigama S, Zajdel D. Randomized controlled trial Yoga and exercise in Multiple Sclerosis. Journal of Neurology 2004; 62(11): 2058-2064.
30. Allah bakhshian M, Jafarpour M, Parvizi S. Survey of relationship between mental health and quality of life in Multiple Sclerosis. Journal of research in science medicine. zahedan, 2012. 33(3.) 12-29

The Relationship between Quality of Life and Social Support in Multiple Sclerosis Patients

Ghasemi pour. M Nazari. H

Abstract

Introduction: Chronic diseases like Multiple Sclerosis are incurable but can be controlled. However, the patient is always exposed to stressful physical, psychological and social factors. Therefore, the purpose of this study was to determine the quality of life and social support in Multiple Sclerosis patients and find the relationship between these two factors.

Material & Methods: This was a descriptive- analytic study done in the year 1391. For this purpose, 100 qualified Multiple Sclerosis patients who referred to Shohaday Ashayer Hospital in Khoramabad were selected randomly. Data were collected using a questionnaire which included three sections of demographic, the quality of life, and social support characteristics. Then, data were analyzed by spss software.

Results: The findings revealed that the quality of life in 59.3% of cases and social support in 61% of cases were non- optimal and there was a direct, significant relationship between these two factors. Among the sub- branches of the quality of life, physical dimension was non- optimal in 80.9% of cases and psychological dimension was non- optimal in 71.5% of cases. Among the social support dimension, emotional support favored the highest percent (36.8%) and the structural sources of social support, group membership ($p= 0.001$, $r = 0.27$) and social network ($p= 0.001$, $r = 0.29$) had a direct, significant relationship with quality of life.

Conclusion: Considering the fact that half of the patients suffered non- optimal physical and psychological quality of life, and more than half of the patients suffered from non- optimal social support functions, it is recommended that the authorities take decisions and plan in a way that improve the physical and psychological dimensions of patients and thus influence the enhancement of the patients' qualities of lives.

Key words: Multiple Sclerosis Patients, Quality of life, Social Support