

بررسی زمینه‌ها و ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)

عضوانجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۰

محمد توکل^۱

سپیده یوسفی

چکیده

مقدمه: ام اس بیماری جوانی و جوانان است، بسیاری از بیماران در بهترین سال‌های عمر خود با چنین بیماری دست به گریبان هستند. این بیماری صعب‌العلاج و مزمن است. هدف این مقاله بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی (زمینه‌ای) افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس است.

روش: روش مطالعه در این تحقیق پیمایش است. تکنیک جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه و ابزار تحقیق پرسشنامه بوده است. در پرسشنامه این تحقیق از سؤالات بسته استفاده شده است. در این مطالعه به روش نمونه‌گیری تصادفی از ۱۷۷ نفر مبتلا عضو انجمن ام اس مصاحبه به عمل آمده است.

یافته‌ها: ۷۲/۹ درصد بیماران زنان و ۲۷ درصد آنان را مردان تشکیل می‌دهند. ۴۴ درصد مجرد، ۳۰ درصد متأهل، ۱۵ درصد مطلقه و ۲ درصد بیوه بودند. طیف سنی پاسخگویان ۲۱ تا ۵۴ سال است و میانگین سنی آنها ۳۳ سال بوده است. اکثریت بیماران (۵۸/۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم هستند و تنها ۳/۲ درصد آنها دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند. ۶۱/۱ درصد از مبتلایان متعلق به پایگاه طبقاتی متوسط و پایین‌تر از متوسط قرار دارند. پایگاه اقتصادی اجتماعی نیز همبستگی متوسط رو به ضعیف معکوسی با وضعیت بیماری دارد. بین سن و وضعیت بیماری رابطه مستقیم

۱. استاد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران و مدیر گروه جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

و وضعیتی برقرار است. همچنین رابطه جنسیت و وضعیت تاهل با وضعیت بیماری رد شد.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش به ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مبتلا به بیماری ام اس پرداخته شد. عوامل بروز و تشدید بیماری ام اس هنوز به‌طور قطعی مشخص نشده است، یافتن علل اجتماعی و جامعه شناختی آن نیز بالتبع مشکل می‌نماید.

واژگان کلیدی

بیماری، جامعه‌شناسی سلامت، جامعه‌شناسی پزشکی، مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس)، متغیرهای زمینه‌ای

بررسی زمینه‌ها و ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به

مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) عضو انجمن ام‌اس تهران در سال ۱۳۹۰

امروزه بحث سلامت صرفاً یک مفهوم زیست‌پزشکی یا بیومدیکال^۱ نیست که بتوان آن را با رویه‌های درمانی از جمله مداخلات پزشکی و یا بستر و گسترش نهادهای پزشکی و تربیت متخصصان علوم پزشکی و رشته‌های وابسته تامین کرد، بلکه پدیده‌ای چندبعدی و چنددلالتی است (وداد هیر، ۱۳۹۰: ۲۰).

پژوهش در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی با نگاهی به نابرابری‌های سلامت، به روایتی متأثر از اثر انتقادی و اثرگذار سی رایت میلز^۲ (۱۹۵۹) با عنوان تخیل یا بینش جامعه‌شناختی است، برای اینکه سلامت را نه فقط مساله‌ای شخصی بلکه به‌عنوان مساله‌ای عمومی نیز با اهمیت تلقی می‌کند. با این بینش جامعه‌شناختی این‌چنینی بیماری‌ها دیگر صرفاً یک تجربه شخصی یا یک امر کاملاً فردی نیستند، بلکه پدیده‌ای اجتماعی به حساب می‌آیند، یعنی پدیده‌ای که تحت تاثیر تاریخ، اقتصاد، فرهنگ و سیاست است (وداد هیر، ۱۳۹۰: ۲۱).

گزارش‌ها و آثار منتشر شده توسط کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت نشان داده است که سهم هر کدام از گروه‌های دخیل در ایجاد و ارتقای سلامت تقریبی از اعداد زیر است:

سیستم ارائه خدمات سلامت ۲۵٪؛ عوامل ژنتیک و بیولوژیک ۱۰٪؛ عوامل فیزیکی، محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰٪؛ عوامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی ۵۰٪ (مرندی: ۱۳۸۷، ودادهیر ۱۳۸۹ به نقل از ودادهیر، ۱۳۹۰: ۲۴).

بنابراین اهمیت مسائل اجتماعی مربوط به سلامت نه تنها کمتر از مسائل بیومدیکال نیست بلکه شاید کفه مولفه‌های اجتماعی سلامت سنگین‌تر نیز باشد (ملک‌افضلی: ۱۳۸۷ به نقل از وداد هیر، ۱۳۹۰: ۲۴).

توسعه علمی فرهنگی و مادی در جامعه بشری چشمگیر بوده ولی عدم شناسایی و درک کامل پدیده‌های طبیعی و حقایق باعث شده تا انسان در بعضی امور نه تنها پیشرفتی نداشته باشد بلکه حتی با ناکامی روبرو شده است. به‌عنوان مثال قرن حاضر با وجود فائق آمدن بر بیماری‌های میکروبی و واگیر دار با بیماری‌های جدیدی نظیر سرطان، ایدز، ام‌اس و... دست به گریبان شده است. علل این بیماری‌ها هم بسیار پیچیده است و هم اساساً از تاثیر و تاثر بین افراد و محیط‌های طبیعی و اجتماعی ناشی می‌شود. به‌عبارت دیگر این بیماری‌ها ناشی از کنش متقابل عوامل گوناگون از قبیل سابقه ژنتیکی، شرایط آب و هوا، تغذیه و در نهایت شرایط اجتماعی (استرس، حوادث زندگی و...) است.

جامعه‌شناسی پزشکی از زیرشاخه‌های جامعه‌شناسی است که به مطالعه و بررسی تاثیرات و تاثرات بین پدیده‌های جامعه‌شناختی و اجتماعی از یک‌سو و مسائل پزشکی و سلامت از سوی دیگر می‌پردازد. شواهدی در دست است که بیماری‌هایی که آشکارا مبنایی زیست‌شناسانه دارند؛ و حتی مرگ؛ ممکن است مستقیماً محصول عوامل اجتماعی باشند. بیماری ام‌اس (مولیتپل اسکلروزیس)^۳ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اعصاب مرکزی (معز و نخاع) است. بحث‌های بسیاری بر سر منشأ بیماری ام‌اس میان کارشناسان و متخصصان وجود دارد اما پس از سال‌ها مطالعات تخصصی و کارشناسی آنها می‌توان گفت، منشأ عوامل محیطی در شیوع و گسترش این بیماری قابل انکار است (گرینبرگ: ۱۳۷۹). زنان سه برابر بیش از مردان مبتلا به بیماری ام‌اس می‌شوند. طی سال‌های گذشته

جمعیت زنان مبتلا به بیماری ام اس در کشور نسبت به مردها، دو به یک گزارش شد که در حال حاضر این رقم سه به یک شده است. بیماری‌های که به نوعی باعث ایجاد اختلال در سیستم دفاعی و ایمنی بدن می‌شود در زنان بیش از مردها مشاهده می‌شود که بیماری‌های پوستی، روماتیسم مفصلی و ام اس از این جمله‌اند (لطفی، ۱۳۸۶: ۳۷). سن شروع بیماری ام اس رو به کاهش است و امروزه حجمی از اطفال را دربر گرفته است. اکثر مبتلایان به این بیماری جوانان هستند که فراگیری آن بیشتر در سن بیست تا سی سال است (علایی، ۱۳۸۹: ۴۱-۴۲).

بررسی‌های مقدماتی بیانگر آن است که در سطح کشور تقریباً با ۵۰۰۰۰ بیمار مبتلا به ام اس مواجه هستیم. ایران در ابتلا به بیماری ام اس جزو ده کشور اول دنیاست؛ میزان آسیب‌های این بیماری، بستگی به زمینه و علل بروز آن دارد، به‌طوری که ممکن است یک نفر در مدت سه ماه علیل شود و یک نفر ممکن است ۱۰ تا ۲۰ سال مبتلا به این بیماری باشد اما هیچ‌گونه مشکل حرکتی، گفتاری و تشنجی نداشته باشد. بررسی‌هایی که در مورد گروهی از مبتلایان به ام اس انجام شده نشان می‌دهد که حدود ۶۰ درصد آنها زن و از این عده ۷۸ درصدشان متأهل هستند که باز از این گروه ۸۱ و نیم درصد زمین گیرند؛ شیوع این بیماری و احتمال آن در زنان سه و نیم برابر مردان است و بیشتر در سنین ۱۸ تا ۳۵ سالگی بروز پیدا می‌کند. سن شیوع بیماری ام اس ۱۸ تا ۳۰ سال است و اما این احتمال هم وجود دارد که در دوران کودکی یا نوجوانی به علت تغییراتی در سیستم ایمنی پس از گذشت چندین سال با فعال شدن مجدد سیستم ایمنی علایم عصبی تظاهر یابد (لطفی، ۱۳۸۸).

سه الگوی عمده در مرگ و میر در قرن نوزدهم سن، جنس و منطقه جغرافیایی بود که هر سه در قرن بیستم نیز مهم شمرده می‌شد اما دیگر جنبه‌ها نیز مورد

توجه قرار گرفت. همچنین مطالعاتی که در مورد پایگاه خانوادگی در اختیار ما قرار گرفته است، اهمیت تاثیر آن را بر نرخ های مرگ و میر و ابتلا پذیری نشان می دهند. میزان مرگ و میر افراد متاهل نسبت به افراد مجرد بسیار پایین است. با وجود این، تفاوت برای زنان کمتر از مردان است.

از ابتدای سال های ۱۹۷۰، مطالعه پیوندهای پیچیده و مبهم بین ویژگی های اجتماعی فرد و وضع سلامتی او تازگی به خود می گیرد. نخستین تحقیقاتی که براساس این طرز فکر شکل گرفت جامعه شناختی نبود بلکه روانی - اجتماعی بود. با مطالعاتی که در زمینه بیماری های مزمن به ویژه بیماری های قلبی و انواع سرطان و آسیب های روانی انجام پذیرفت، محققان برای عواملی از قبیل طبقه اجتماعی - حرفه ای افراد اهمیت کمتری قائل شدند و به دخالت انواع متغیرهای فردی اکتفا کردند.

متغیر زمینه ای جنس از جمله متغیرهایی است که در تحقیقات جامعه شناسی پزشکی به آن پرداخته شده است. زنان بیش از مردان دارای مصارف پزشکی هستند، مگر در بعضی از سنین. مصرف پزشکی زنان تا سن ۱۵ سالگی کمتر از مردان است. لکن در سنین ۱۵ تا ۴۵ سالگی این مصرف زیادتر می شود (عوارض ناشی از بیماری های زنان و زایمان) و در سنین بالاتر به مردان نزدیک می شود. قسمت اعظم مصارف پزشکی زنان مربوط به قابلیت های خاص آنان از نظر ابتلا به بیماری و عوامل فیزیولوژیک است (محسنی، ۱۳۷۶: ۱۴۶).

زنان براساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع بیماری در میان آنان بیشتر است و از نظر کاربرد خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند. زنان بیمار می شوند اما مردان می میرند. این در حالی است که مردان به بیماری هایی که باعث مرگ و میر

می‌شوند دچار می‌شوند و زنان به بیماری‌هایی غیرمرگ‌آور مبتلا می‌گردند (توکل، ۱۳۸۷: ۱۴۲). بخشی از ابتلای بیشتر زنان به بیماری ممکن است ناشی از پایین بودن آستانه بیماری در زنان، گرایش بیشتر آنان به اظهار بیماری (در بررسی‌های سلامت) و یا از لحاظ مراجعه به پزشک باشد (ناتانسون، ۱۹۷۷، به نقل از توکل، ۱۳۸۷: ۱۵۰). بیماری‌های باعث مرگ به‌ویژه بیماری‌های قلبی و سرطان ارتباطی نزدیک با شیوه زندگی مردان در جامعه ما دارد. چنین می‌نماید که مردان رقابت جوتر، پرخاشگرتر و عجول‌ترند. از همین رو احتمال بیشتری می‌رود که آنها با رویکردی مقابله‌جویانه بیشتر به فعالیت‌های مضر برای تندرستی مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل، تغذیه بد و... بپردازند (والدرن، ۱۹۷۶، به نقل از توکل، ۱۳۸۷: ۱۵۶).

به‌طور کلی چنین به نظر می‌رسد که تفاوت‌های میان وضعیت سلامت زنان و مردان حول محور جایگاه اجتماعی آنها تمرکز دارد. نقش اجتماعی مردان آنان را در معرض خطر مرگ‌ومیر قرار می‌دهد در حالی که نقش اجتماعی زنان نه تنها آنان را مستعد بیماری‌های بیشتری می‌کند بلکه بر ادراک زنان از این بیماری‌ها نیز موثر است. در نتیجه این نه خود جنسیت بلکه بیشتر شرایط ویژه اجتماعی همراه با جنس در جامعه معاصر است که بیماری را موجب می‌شود (توکل، ۱۳۸۷: ۴۵).

سن یکی از تعیین‌کننده‌ترین متغیرها در رابطه با بیماری و بهداشت است. قابلیت ابتلا به بیماری و مصرف هزینه‌های پزشکی در ارتباط با عامل سن شرایط متفاوتی دارد. سرطان از جمله بیماری‌هایی است که میزان آن در رابطه با سن افزایش می‌یابد. مقاومت بدنی - روانی در سنین کهنه‌تقلیل می‌یابد که نتیجه آن ازدیاد مرگ‌ومیر در گروه‌های سنی سالخورده است. با آغاز مرحله کهنه‌ت

برخی تغییراتی روانی - تنی در ارگانیزم به وجود می‌آید، که از آن جمله به فراوانی بیماری‌های مزمن می‌توان اشاره کرد.

شواهدی وجود دارد دال بر اینکه بسیاری از تغییرات به اصطلاح زیست‌شناختی همراه کهولت، در واقع وابسته به فرهنگی خاص هستند. برای مثال بالا رفتن فشار خون را با بالا رفتن سن همراه می‌دانند و از نظر بعضی افراد به نحوی افراطی و مبالغه‌آمیز چنین است که خود باعث ایجاد فشار خون در افراد مسن می‌شود در حالی که در دیگر جوامع با بالا رفتن سن فشار خون بالا نمی‌رود (هنری و کاسل، ۱۹۶۹).

تحقیقات بسیار در انگلستان نشان می‌دهند که متغیر طبقه اجتماعی بر تعداد زیادی از ویژگی‌های وضعیت سلامتی تاثیرگذار است و نه فقط بر مرگ‌ومیر و ابتلاپذیری بلکه بر قد و وزن، وضع دندان‌ها یا بینایی یا حتی بر توان باروری و غیبت در کار تاثیر می‌گذارد (فیلیپ، ۱۹۹۴). همه عناصری که موضع اجتماعی فرد را در جامعه مشخص می‌کنند مانند جنس، اصلیت جغرافیایی، محل اقامت و بالاخره پایگاه خانوادگی او ممکن است در این امر دخالت داشته باشند. طبقه اجتماعی که نشان‌دهنده موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد است، شرایط متفاوتی را از نظر ابتلا به بیماری، کیفیت پذیرش بیماری، رفتار در زمان بیماری و کیفیت درمان ایجاد می‌کند. غالباً شغل پایه تمایز افراد از نظر طبقه اجتماعی قرار می‌گیرد، چرا که شغل یک ملاک عینی است که به سادگی می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد، با سایر مشاغل در همان جامعه و یا جوامع دیگر قابل مقایسه است و با توجه به اینکه فقط با یک متغیر سروکار داریم بررسی با سهولت بیشتری انجام می‌گیرد.

طبقه اجتماعی عامل پیش‌بینی کننده خوبی برای سلامت است. طبقه اجتماعی با بسیاری از خصوصیات جامعه نوین همبستگی دارد. طبقه اجتماعی با درآمد، مسکن، آموزش، فعالیت‌های ایام فراغت، رژیم غذایی و... دارای همبستگی است. نوشته‌های بسیاری در مورد طبقات اجتماعی بیشتر بر مقایسه میان گروه‌ها برحسب بیماری و نزدیک بودن حدوث مرگ متمرکز بوده‌اند. در سال‌های اخیر شکل نوینی از تحلیل پدید آمده است که می‌کوشد تا دو جنبه الگوسازی بیماری یعنی طبقه اجتماعی و سن را در مفهوم "مسیر زندگی"^۴ ترکیب کند (وان دمین و دیگران ۱۹۹۸ به نقل از توکل، ۱۳۸۷). این دیدگاه بر آن است که نابرابری یک ویژگی آنی در زندگی فرد نیست بلکه احتمالاً نتیجه یک عمر محرومیت است. بنابراین بذر بیماری‌های دوران بزرگسالی و نابرابری در کودکی و سالیان آغازین زندگی کاشته می‌شود (بارکر، ۱۹۹۲).

روابط اجتماعی را نیز می‌توان به‌عنوان متغیری دیگر موثر بر بیماری دانست. روابط اجتماعی برحسب صمیمیت نهفته در آن به لحاظ شدت رابطه در طیفی از پیوندهای ضعیف تا قوی در نظر گرفت. در پیوندهای ضعیف میزان صمیمیت کم است از این‌رو در این نوع پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه پایین است. برعکس در پیوندهای قوی میزان احساس صمیمیت زیاد است لذا در این پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه بالاست.

روابط تاهلی افراد درگیر در آن را در ارتباط با بیماری‌ها بهتر حمایت می‌کند این روابط پیامدهای مثبتی در مواجهه با بیماری برای افراد متاهل به همراه دارد از جمله آسیب‌پذیری پایین به افسردگی، سازگاری به دنبال آنفارکتوس، قبول رژیم‌های پزشکی در میان بیماران پیوند قلبی.

گود^۵ در مطالعه‌اش رابطه جنس، وضع تاهل مرگ‌ومیر را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های او نشان داد که افراد متاهل مرگ‌ومیر کمتری نسبت به افراد غیرمتاهل دارند. همچنین در چهار نوع بیماری سرطان ریه، بیماری قند، سیروز و لوسمی متاهلین در مقایسه با افراد غیرمتاهل به نسبت‌های کمتر دچار این بیماری‌ها هستند (آرمسترانگ و دیگران، ۱۳۷۲).

رابطه تاهلی صرف‌نظر از محتوی آن هنگامی که از دست می‌رود رهاشدگی از رابطه و ایجاد خلاء رابطه‌ای پیامدهای منفی‌تری را برای رابطه از دست دادگان نسبت به افراد مجرد به همراه دارد.

پژوهش‌های انجام گرفته درباره بیماری مولتیپل اسکلروزیس در اکثر مواقع پزشکی و گاه روان‌شناختی بوده و محدود تحقیقاتی در حیطه جامعه‌شناسی انجام گرفته است. از جمله یافته‌های تحقیقات مشابه به موارد ذیل می‌توان اشاره داشت: تحقیقی به‌صورت مقطعی بر روی تمام بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن مازندران (۵۸۲ نفر، ۴۲۱ زن و ۱۶۱ مرد). انجام گرفته، بیماری در جنس مونث (۲/۶ برابر)، در افراد متاهل (۱/۹ برابر)، افراد تحصیل کرده (۱/۲ برابر) و ساکنین شهرها (۲/۳ برابر) شایع‌تر بوده، سابقه پایین بیماری در اقوام نزدیک و عدم وجود بیماری زمینه‌ای در قسمت اعظم بیماران (۸۰ درصد). مازندران جزو مناطق با شیوع متوسط بالای ام اس می‌باشد که این نتیجه مغایرت قطعی با اطلاعات پیشین دارد (حبیبی، ۱۳۸۶).

یافته‌های این تحقیق بیانگر آن است که در طبقات اجتماعی اقتصادی بالا با سطح تحصیلات بالا و سطح درآمد و شغل بالا بیماری ام اس بیشتر دیده می‌شود. همچنین ام اس در کشورهای از نظر تکنولوژیک، بیشتر توسعه یافته فراوان‌تر است. از دیگر یافته‌های تحقیق به مواردی می‌توان اشاره کرد که غالباً جنبه

توصیفی دارند. این بیماری ندرتاً قبل از ۱۵ و بعد از ۵۵ سال بروز می‌کند. بیماران معمولاً محل اقامت خود را در بیست سال اول زندگی چندین بار تغییر داده‌اند (لوئیس، ۱۹۹۱).

طبق آخرین آمار جهانی ۱۲٪ بیماری‌ها را مشکلات مغز و اعصاب تشکیل می‌دهند. در عین حال اولویت بیماری‌هایی که بیشترین میزان ناتوانی را برای فرد به همراه دارد ده مورد است که هشت مورد آن مربوط به بیماری‌های مغز و اعصاب است. بیماری ام اس مربوط به جوانان است و اگر اقدامات درستی در زمینه درمان انجام شود فرد ده سال دیرتر مجبور به استفاده از صندلی چرخ‌دار می‌شود (پاکدامن، ۱۳۸۷).

بعد از تروما^۱ این بیماری یکی از معمول‌ترین دلایل ناتوانی در جوانی و میانسالی است. شدت بیماری ام اس در ایران موضوع قابل توجهی است که در سه کنگره با حضور استادان و دانشمندان خارجی برگزار شد، مورد بررسی قرار گرفت. ام اس یک بیماری نامتجانس با دوره‌های بالینی متفاوت است. بیماری می‌تواند در عرض چند ماه به سرعت پیشرفت کرده و به مرگ بیانجامد یا ممکن است عود کمی داشته و بنابراین از لحاظ بالینی برای دهه‌های زیادی پایدار بماند. در پاسخ به اینکه چرا این بیماری در ایران نسبت به کشورهای منطقه سیر ابتلای پرشتاب‌تری دارد، برخی عنوان می‌کنند این امر ناشی از افزایش قدرت و توان تشخیصی و استفاده از ابزارهای مجهز به تشخیصی است. اما متخصصان و کسانی که در زمینه این بیماری تحقیق می‌کنند، این فرضیه را تنها عامل افزایش ابتلا نمی‌دانند. اگر تجهیزاتی همچون ام آر آی و تشخیص بهتر این بیماری باعث بالا رفتن مبتلایان به ام اس باشد، پس هم‌اکنون باید شمار بسیاری به ام اس مبتلا باشند؛ کسانی که از قبل به ام اس مبتلا بودند و تاکنون بیماری آنها تشخیص داده

نشده است. این در حالی است که اکثر بیماران مبتلا به ام اس جوانانی هستند که برای اولین بار در چند ماه یا یک سال اخیر گرفتار این بیماری شده‌اند و این طور نیست که از مدت‌ها قبل به این بیماری مبتلا شده و تا به حال کسی بیماری آنها را تشخیص نداده است. شمار بیماران زیر شانزده سال مبتلا به ام اس طی یک سال اخیر افزایش یافته است. متوسط سن ابتلا به ام اس در تهران ۲۷ سال است. استرس و تنش‌های وارده در بروز و تشدید این بیماری غیرقابل انکار است (صحرایان، ۱۳۸۸).

تقریباً ۱۳۰ سال از کشف این بیماری می‌گذرد. علت آن همچنان نامعلوم بوده و درمان قطعی برای آن وجود ندارد. یک بیماری خودایمنی، التهابی و مزمن است که به صورت ضایعاتی عصبی با میلین تخریب شده، در جسم سفید مغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی بروز می‌کند. این بیماری نیز مانند سایر بیماری‌های خود ایمنی در میان خانم‌ها و در سنین جوانی شیوع بیشتری دارد. به طوری که بیشترین افراد مبتلا خانم‌هایی با سنین ۲۰ تا ۴۵ سال هستند. بیماری در آقایان معمولاً در سنین بالاتر بروز کرده و در مراحل پیشرفته‌تر تشخیص داده می‌شود. افرادی که در مناطق دورتری از خط استوا زندگی می‌کنند سفیدپوستان اسکاندیناوی و وابستگان یک بیمار، به دلیل خصوصیات ژنتیکی که دارند، در معرض خطر بیشتری هستند. ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران تاربخچه خانوادگی مثبتی دارند. ام اس بیش از ۳۵۰۰۰۰ نفر در آمریکا و ۲۰۰ بیمار جدید به صورت هفتگی به این تعداد افزوده می‌شود؛ همچنین ۲/۵ میلیون نفر را در دنیا مبتلا کرده است. در ایالات متحده آمریکا تخمین زده شده فراوانی این بیماری ۱۱۹-۵ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (مهمانی، ۱۳۸۶).

روش

این مطالعه با روش پیمایش انجام شده است. به منظور گردآوری اطلاعات از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه بهره گرفته شده است. روش نمونه گیری تصادفی است. جامعه آماری این پژوهش بیماران مبتلا به بیماری ام اس عضو انجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۰ تشکیل می داد. تعداد این بیماران ۱۹۰۰۰ نفر است.

یافته ها

بنابر نتایج جدول شماره ۱، طیف سنی پاسخگویان از ۲۱-۵۴ سال است که دامنه تغییراتی برابر با ۳۳ سال دارد. میانگین سنی پاسخگویان برابر با ۳۳.۷۶ بوده و نما برابر با ۳۵ و میانه سنی نیز برابر با ۳۳ سال است. آماره پراکندگی انحراف استاندارد برای توزیع سنی پاسخگویان پژوهش برابر با ۷.۶۵ به دست آمده است. برون داد آماری مربوط به توزیع متغیر جنس در بین پاسخگویان پژوهش نشان می دهد که از ۱۴۴ نفر آزمودنی پژوهش ۱۳۲ نفر از آنان یعنی ۷۰ درصد زن و ۴۵ نفر از آنان یعنی ۳۰ درصد مرد بوده اند. این داده ها نشانگر شیوع بیشتر این بیماری در بین زنان است.

وضعیت تاهل پاسخگویان پژوهش نشان می دهد که ۴۸ درصد از بیماران مجرد، ۳۴.۵ درصد از آنها متاهل، ۲.۳ درصد بیوه و ۱۵.۳ درصد نیز مطلقه بوده اند. متغیر تحصیلات نیز در ۵ طبقه بی سواد، زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس مورد بررسی قرار گرفته است که بیشترین فراوانی مربوط به طبقه دیپلم و فوق دیپلم با ۵۸/۶ درصد فراوانی می باشد.

۶/۸ درصد از پاسخگویان از پایگاه بسیار پایین، ۱۵/۳ درصد پایین، ۳۹ درصد متوسط، برخوردار بوده اند که در مجموع ۶۱/۱ درصد آنها متعلق به پایگاه متوسط

و پایین‌تر از آن هستند. برون‌دادهای آماری مربوط به توزیع متغیر پایگاه اقتصادی اجتماعی پاسخگویان پژوهش در بازه‌ای برابر با ۱۰۰ تا ۵ نشان می‌دهد که آماره‌های گرایش به مرکز میانگین برابر با ۲.۹۷، میانه و نما برابر با ۳ و آماره پراکندگی انحراف معیار برابر با ۰.۹۸ به‌دست آمده است.

«وضعیت بیماری» متغیر وابسته پژوهش است که در سه بعد نوع بیماری ام‌اس، تعداد حملات و طول دوره بیماری که هر سه بعد در سطح سنجش فاصله‌ای مورد سنجش واقع شده است. شاخص وضعیت بیماری یعنی میزان وخامت بیمار از این سه بعد ساخته شده است. هریک از این شاخص‌ها به‌صورت جداگانه تبدیل به شاخص Z شده و در مرحله بعد با یکدیگر جمع شده و شاخص وضعیت بیماری را ساخته‌اند. برون‌دادهای آماری حاصل از جدول توصیفی مربوط به وضعیت بیماری آزمودنی‌های پژوهش نشان می‌دهد که وخامت بیماری در ۵۷/۷ درصد آنها متوسط و پایین‌تر از آن است.

وخامت بیماری در بازه‌ای برابر با ۵-۰۰ نشان می‌دهد که آماره‌های گرایش به مرکز میانگین برابر با ۲.۷۱، میانه و نما برابر با ۲ و آماره پراکندگی انحراف معیار برابر با ۰.۹۹ به‌دست آمده است. به‌طور کلی پاسخگویان این پژوهش از نظر وخامت بیماری در سطح ضعیف رو به متوسط قرار دارند.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک

		درصد فراوانی	فراوانی	جنسیت
		۲۷	۳۹	مرد
		۷۲/۹	۱۰۵	زن
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	سن
۲۰-		۰	۰	
۳۶/۳	۵۷	۳۶/۳	۵۷	۲۱-۳۰
۷۷/۷	۱۲۲	۴۱/۴	۶۵	۳۱-۴۰
۸۸/۵	۱۳۹	۱۰/۸	۱۷	۴۱-۵۰
۹۱/۷	۱۴۴	۳/۲	۵	۵۱-
		درصد فراوانی	فراوانی	وضعیت تاهل
		۴۳/۹	۶۹	مجرد
		۲۹/۹	۴۷	متاهل
		۱/۹	۳	بیوه
		۱۴/۶	۲۳	مطلقه
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	تحصیلات
۱/۹	۳	۱/۹	۳	بی سواد
۱۴	۲۲	۱۲/۱	۱۹	زیردیپلم
۷۲/۶	۱۱۴	۵۸/۶	۹۲	دیپلم و فوق دیپلم
۸۸/۵	۱۳۹	۱۵/۹	۲۵	لیسانس
۹۱/۷	۱۴۴	۳/۲	۵	فوق لیسانس و بالاتر

درآمد	فراوانی	درصد فراوانی	فروانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۹	۲۰/۱	۲۹	۲۰/۱
۵۰۰ تا ۷۵۰ هزار تومان	۷۸	۵۴/۱	۱۰۷	۷۴/۲
۷۵۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰ هزار تومان	۲۵	۱۷/۳۶	۱۳۲	۹۱/۵۶
بالا تر از ۱۰۰۰۰۰۰ هزار تومان	۱۲	۸/۳	۱۴۴	۹۹/۸۶
پایگاه اقتصادی و اجتماعی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
بسیار پایین	۱۱	۶/۸	۱۱	۶/۸
پایین	۲۶	۱۵/۳	۳۷	۲۲/۱
متوسط	۶۴	۳۹	۱۰۱	۶۱/۱
بالا	۲۹	۱۶/۹	۱۳۰	۷۸
بسیار بالا	۹	۵/۱	۱۳۹	۸۳/۱
وضعیت بیماری	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی تجمعی
بسیار ضعیف	۱۳	۹/۲	۱۳	۹/۲
ضعیف	۴۷	۳۲/۶	۶۰	۴۱/۸
متوسط	۲۳	۱۵/۹	۸۳	۵۷/۷
قوی	۴۱	۲۸/۴	۱۲۴	۸۶/۱
بسیار قوی	۳	۲/۰۸	۱۲۷	۸۸/۱

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای زمینه‌ای

مینیم	ماکزیم	نما	انحراف معیار	میانگین	
	۵۴	۳۵	۷/۶۵	۳۳/۷۶	سن
			۰/۷۰۷	۳/۱۰۱	پایگاه اقتصادی اجتماعی
			۰/۹۹	۲/۷۱	وضعیت بیماری
		۳	۰/۷۰۷	۳/۱۰۱	تحصیلات

در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. سن به عنوان متغیری در سطح فاصله‌ای دارای میانگین $33/76$ است. متغیر پایگاه اجتماعی اقتصادی نیز در سطح فاصله‌ای قرار دارد و میانگین $3/101$ بیانگر آن است اکثریت پاسخگویان در طبقه متوسط قرار گرفته‌اند. شاخص وضعیت بیماری نیز با میانگین $2/71$ نشان‌دهنده وخامت بیماری در حد متوسط رو به ضعیف در میان اکثریت جامعه می‌باشد. تحصیلات اکثریت پاسخگویان نیز با میانگین $3/101$ در سطح دیپلم و فوق دیپلم قرار دارد.

جدول شماره ۳: همبستگی متغیرهای سن، پایگاه اجتماعی اقتصادی و وضعیت بیماری

تعداد نمونه	ارزش آزمون	آزمون معنی‌داری	
۱۴۴	$0/174$	$0/002$	سن
۱۴۴	$-0/195$	$0/009$	پایگاه اجتماعی اقتصادی

دو متغیر سن و پایگاه اقتصادی اجتماعی در سطح فاصله‌ای قرار دارند لذا از آزمون پیرسون برای سنجش استفاده شده است. رابطه به‌دست آمده گویای آن است که همبستگی مستقیم و ضعیفی میان متغیر سن پاسخگویان بیمار و وضعیت بیماری آنان وجود دارد. این رابطه ضعیف نیز با سطح معنی‌داری 0.002 تایید می‌شود. به عبارت دیگر این میزان همبستگی میان دو متغیر سن بیماران با وضعیت بیماری ایشان را می‌توان با سطح اطمینان بیش از ۹۵ درصد به جامعه آماری تعمیم داد. بنابراین رابطه میان سن بیماران و وضعیت بیماری ایشان مستقیم و برابر با 0.17 به‌دست آمده و فرضیه محقق تایید می‌گردد. یعنی هرچه سن بیمار افزایش یابد احتمال وخامت بیماری وی بیشتر می‌شود. طبق جدول شماره ۳ همبستگی

معکوس و متوسط ضعیفی میان متغیر پایگاه اقتصادی اجتماعی پاسخگویان تحقیق و وضعیت بیماری آنان وجود دارد. رابطه میان این دو متغیر نیز با سطح معنی داری ۰.۰۰۹ تایید می شود. بنابراین رابطه میان پایگاه اقتصادی اجتماعی بیماران و وضعیت بیماری معکوس و برابر با ۰.۲۰- به دست آمده و فرضیه محقق تایید می گردد. یعنی هرچه میزان پایگاه اقتصادی اجتماعی بیمار افزایش یابد در حد متوسط ضعیفی از وخامت بیماری آزمودنی کاسته می شود و بالعکس.

جدول شماره ۴: آزمون مقایسه میانگین های مستقل زنان و مردان بر وضعیت بیمار

آزمون معنی داری	میزان t	اختلاف میانگین ها	میانگین زنان	میانگین مردان
۰.۳۱۷	۱.۰۰۸	۰.۱۸۲	۲.۶۷	۲.۸۵

سنجش رابطه میان جنسیت بیماران و وضعیت بیماری دیگر فرضیه پژوهش حاضر است که با آزمون مقایسه میانگین های مستقل مورد سنجش واقع شده است. در این فرضیه متغیر جنسیت در سطح سنجش اسمی بوده و متغیر وضعیت بیماری در سطح سنجش فاصله ای می باشد.

برون داده های آماری حاصل از سنجش رابطه میان جنسیت پاسخگویان پژوهش با وضعیت بیماری نشان می دهد که با مقایسه میانگین وضعیت بیماری بیماران زن با بیماران مرد، بیماران مرد از احتمال وخامت در بیماری بیشتری برخوردارند. میانگین وضعیت بیماری برای مردان در بازه ۰۰ - ۵ برابر با ۲.۸۵ و برای زنان برابر با ۲.۶۷ به دست آمده است که مردان از میانگینی برابر با ۰.۱۸ بیشتر از زنان قرار می گیرند.

با این وجود، نتیجه به دست آمده با سطح معنی داری ۰.۳۱ رد شده و قابلیت تعمیم از جمعیت نمونه به جمعیت آماری پژوهش را ندارد. به عبارت دیگر اختلاف میانگین مشاهده شده محصول خطا و تصادف آماری بوده و از قابلیت اطمینان برخوردار نمی باشد. از این رو جنسیت بیماران در این پژوهش تاثیری بر وضعیت بیماری آنها ندارد.

جدول شماره ۵: آزمون تحلیل واریانس یک طرفه وضعیت تاهل پاسخگویان با وضعیت بیماری

آزمون معنی داری	میزان F	درجه آزادی	مجموع مربعات (بین گروهی)	مجموع مربعات (درون گروهی)
۰.۷۶۱	۰.۳۸۹	۱۷۰	۰.۴۴۱	۱.۱۳۳

در این فرضیه متغیر وضعیت تاهل در سطح سنجش اسمی چند طبقه بوده و متغیر وضعیت بیماری در سطح سنجش فاصله ای می باشد. با سطح معنی داری ۰.۱۵۳، رابطه ای معنی دار میان تاهل پاسخگویان و وضعیت بیماری آنان وجود ندارد. به عبارت دیگر وضعیت تاهل بیماران تاثیری بر افزایش یا کاهش میزان وخامت بیماری آنان ندارد. بنابراین فرضیه این پژوهش دال بر رابطه میان وضعیت تاهل پاسخگویان پژوهش و وضعیت بیماری آنان رد می گردد.

نتیجه

هدف این تحقیق بررسی متغیرهای زمینه‌ای بیماران مبتلا به بیماری ام اس (مولتیپل اسکلروزیس) است و با توجه به اینکه تحقیق جامعه‌شناختی در این زمینه بسیار کم صورت گرفته است، انجام تحقیق اپیدمیولوژیک در این زمینه راه را برای تحقیقات علی و کیفی در این زمینه فراهم می‌سازد.

نتایج تحقیق به‌طور خلاصه حاکی از آن است که ۷۵ درصد بیماران زنان و ۲۵ درصد آنان را مردان تشکیل می‌دهند. ۴۸ درصد مجرد، ۳۵ درصد متأهل، ۱۵ درصد مطلقه و ۲ درصد بیوه بودند. طیف سنی پاسخگویان ۲۱-۵۴ سال است و میانگین سنی ۳۳ سال بوده است. اکثریت بیماران (۶۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم هستند و تنها ۲۲ درصد آنها دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند. اکثریت مبتلایان به پایگاه اقتصادی اجتماعی متوسط متعلق هستند. متغیر پایگاه اجتماعی اقتصادی در ۵ طبقه تعریف شده است (بسیار ضعیف، متوسط رو به ضعیف، متوسط رو به بالا، بالا) پایگاه اقتصادی اجتماعی نیز همبستگی متوسط رو به ضعیف معکوسی با وضعیت بیماری دارد. بین سن و وضعیت بیماری رابطه مستقیم و ضعیفی برقرار است. همچنین رابطه جنسیت و وضعیت تاهل با وضعیت بیماری رد شد.

پی‌نوشت‌ها

1. Biomedical
2. C Wright Mills
3. Multiple sclerosis
4. Life path
5. WJ Goode
6. Trauma

فهرست منابع

- آرمسترانگ، دیوید؛ توکل، محمد. (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: موسسه فرهنگی و حقوقی سینا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- پاکدامن، حسین. (۱۳۸۶). انجمن علوم مغز و اعصاب ایران، مجله تازه‌ها، شماره ۱.
- ترزال، بیکر. (۱۳۸۶). نحوه انجام تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نی.
- صحراپیان، محمد علی. (۱۳۸۷). انجمن ام اس و مغز و اعصاب ایران، گزارش، سال هفدهم، شماره ۱۸۸.
- علایی، شکوفه. (۱۳۸۸). متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب، با مولتیپل اسکلروزیس آشنا شویم، تازه‌ها، ویژه نامه ام اس.
- فیلیپ، آدام. (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورنس دنیا کتبی، تهران: شرکت باورداران قم.
- گرینبرگ، جرال داس. (۱۳۸۷). کنترل فشار روانی، ترجمه محسن دهقانی، تهران: رشد.
- لطفی، جمشید. (۱۳۸۸). انجمن ام اس، پیام ام اس، شماره ۲۵-۲۶.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۷). جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مهمانی، فریبا. (۱۳۸۶). مروری بر بیماری مولتیپل اسکلروزیس، رازی، سال هجدهم، شماره ۱۰.
- وداد هیر، ابوعلی. (۱۳۹۰). سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر (بازنگری در آرا و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران)، تهران: جامعه و فرهنگ.
- Barker, DJP. (1992). Fetal and Infant Origins of Adult disease, BMJ, London.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمد توکل: استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران و مدیر گروه جامعه‌شناسی پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

نشانی الکترونیک: mtavakol@ut.ac.ir

سپیده یوسفی: کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲