

عوامل اجتماعی موثر بر تحرک اجتماعی بیماران ام. اس در شهر تهران

دکتر طلیعه خادمیان^۱

راضیه بیاتی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۴

چکیده

یکی از بیماری‌های قرن حاضر که متأسفانه اکثر جوانها به آن مبتلا می‌شوند بیماری ام. اس می‌باشد که هنوز از نظر پزشکان متخصص دنیا علت آن مشخص نیست. در این مطالعه قصد بر آن است تا تحرک اجتماعی این بیماران سنجیده شود. روش مورد استفاده، پیمایش از نوع توصیفی است. افراد نمونه، به صورت تصادفی بین ۳۰۰ نفر بیمار مبتلا به ام. اس در تهران با ابزار پرسشنامه انتخاب گردید. داده‌های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مشارکت اجتماعی بیماران ام اس با ضریب تعیین ۰/۲۱۷، تعامل و روابط اجتماعی بیماران با ضریب تعیین ۰/۱۱۵، نگرش اجتماعی بیماران با ضریب تعیین ۰/۲۳۵، وضعیت خانواده بیماران با ضریب تعیین ۰/۲۶۱، دستیابی به فرصت‌های برابر بیماران با ضریب تعیین ۰/۴۸۸ بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است. شدت وابستگی دو متغیر سن و تحرک اجتماعی بیماران با سطح معنی داری ۰/۰۰۰ می‌باشد و تا حدی تأثیرگذار است. جنسیت با سطح معنی داری ۰/۵۶۸ بر تحرک اجتماعی بیماران موثر نمی‌باشد. وضعیت تاهل با سطح معنی داری ۰/۰۳ و وضعیت اقتصادی با سطح معنی داری ۰/۰۳ بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می‌باشند. نتایج حاکی از آن است که هرچه مشارکت اجتماعی، تعامل و روابط اجتماعی و دستیابی به فرصت‌های برابر بیشتر باشند تحرک اجتماعی بیماران نیز بیشتر خواهد بود. همچنین نوع نگرش اجتماعی به این بیماران نیز بر تحرک اجتماعی آنان اثرگذار خواهد بود. واژگان کلیدی: تحرک اجتماعی، بیماران ام اس، نگرش اجتماعی.

۱- هیئت علمی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال Sonia_khademian@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال April_lady1363@yahoo.com

۱. مقدمه

بیماری ام. اس یکی از بیماری‌های قرن حاضر است که متأسفانه قشر وسیعی از دختران و پسران جوان به آن مبتلا می‌شوند. علت ایجاد این بیماری اکنون مشخص نشده است و نظرات مختلفی توسط متخصصان ارائه شده و روش قطعی برای درمان آن مطرح نشده است. این بیماری را اتوایمیون یا ویروسی می‌نامند و دلیل قانع‌کننده‌ای هم برای آن ندارند و جالبتر اینکه ویروسی بودن، این بیماری را یکی از دلائل می‌دانند در حالیکه هنوز برای خودشان هم اثبات نشده است. این بیماری دارای علائم و نشانه‌های مختلفی است و همچنین عوارض و عواقب متفاوتی به همراه دارد. کم‌توانی و نهایتاً ناتوانی، محدودیت‌های حرکتی، استرس، اختلالات روحی - روانی و عصبی، افسردگی و... از عوارض مهم و عمده‌ای است که می‌تواند در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران اثر گذاشته و بیماران مبتلا به بیماری ام. اس را مبدل به افرادی منزوی و گوشه‌گیر نماید (کریمی درمنی، ۱۳۸۶). تحرک بیماران در جامعه می‌تواند آنها را از هر گونه انزوآوری دور نماید و در اجتماع حضور یابد و از فرصت‌های برابر با دیگر افراد جامعه کسب نمایند و در پیشرفت‌هایی که کشور به دست می‌آورد سهیم باشند. اگر آنها نتوانند در جامعه حضور یافته، تحرکی نداشته باشند باعث پیشرفت بیماری در خود گردند اعتماد به نفس و امید به زندگی در آنها کاهش یابد. بنابراین جامعه باید امکان تحرک افراد بیمار را داشته باشد و این اجازه را به آنها دهد که برای جلوگیری از ناامیدی در آنها به اجتماع وارد شده و در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و... نقش داشته باشند (احمدزاده، ۱۳۹۰).

تحرک اجتماعی پویایی جامعه و میزان شرایط برابر افراد در استفاده از موقعیت‌ها برای کسب مزایای اجتماعی را نشان می‌دهد. یکی از وجوه نابرابری و بی‌عدالتی در جامعه، نبود شرایط اجتماعی است. به همین دلیل ایجاد شرایط صحیح برای ارتقای افراد جامعه گامی است به سوی عدالت (ادیبی، ۱۳۸۴).

یکی از مواردی که امروزه توجه بیشتری را می‌طلبد بحث «تحرک اجتماعی بیماران ام اس» است که در این پژوهش تلاش می‌گردد ضمن بررسی تحرک اجتماعی بیماران ام اس، عوامل اجتماعی موثر بر آن نیز بررسی شود. سوالات بنیادی پژوهش این است که تاثیر عوامل اجتماعی موثر بر تحرک اجتماعی بیماران ام اس را چگونه می‌توان ارزیابی کرد؟ بیماران ام اس تا چه اندازه در جامعه می‌توانند تحرک اجتماعی داشته باشند؟

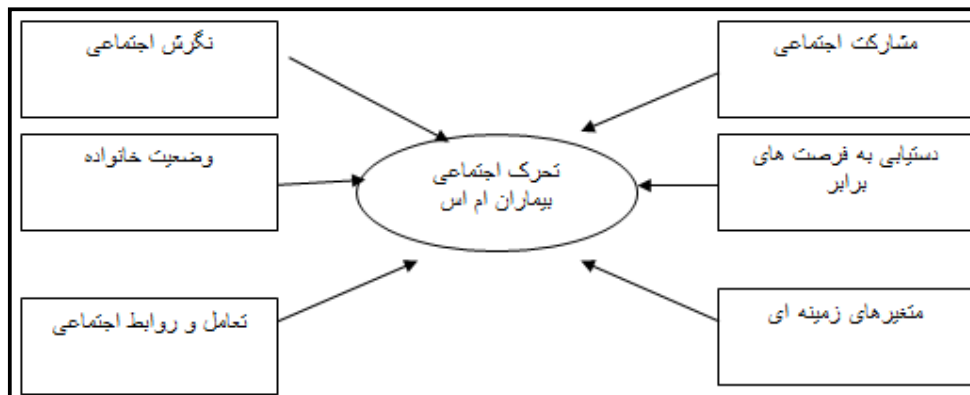
این پژوهش با هدف کلی «مطالعه و بررسی عوامل اجتماعی موثر بر تحرک بیماران ام اس» انجام می‌پذیرد و اهداف اختصاصی به شرح زیر است:

- ۱- بررسی میزان تحرک اجتماعی بیماران ام اس
 - ۲- بررسی تاثیر تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
 - ۳- بررسی تاثیر وضعیت خانواده بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
 - ۴- بررسی تاثیر دستیابی به فرصت‌های برابر بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
 - ۵- بررسی تاثیر متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، شدت، مدت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی) بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
 - ۶- بررسی تاثیر مشارکت اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
 - ۷- بررسی نگرش اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان
- با توجه به مباحث مطرح شده، این پژوهش در پی سنجش فرضیه‌های زیر است:

- ۱- به نظر می‌رسد که مشارکت اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.
- ۲- به نظر می‌رسد که تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

- ۳- به نظر می رسد که نگرش اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.
- ۴- به نظر می رسد که وضعیت خانواده بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.
- ۵- به نظر می رسد که دستیابی به فرصت های برابر بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.
- ۶- به نظر می رسد که متغیرهای زمینه ای (سن، جنس، شدت، مدت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی) بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

مدل مفهومی تحقیق



پژوهش هایی که در زمینه تحرک اجتماعی و بیماری ام اس در داخل و خارج از کشور صورت پذیرفته است، به این شرح می باشد:

صحت (۱۳۸۱) در مطالعه خود تحت عنوان «بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس با برخی ویژگی های دموگرافیک بیماران شرکت کننده در جلسه ماهیانه انجمن MS شهر اصفهان در سال ۱۳۸۱». این پژوهش به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس می پردازد که در جلسات ماهیانه انجمن ام اس شهر اصفهان شرکت می نمودند.

در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس به دو گروه کلی سلامت فیزیکی و سلامت ذهنی تقسیم شده است که سلامت فیزیکی در چهار زیر شاخه درد جسمانی، سلامتی عمومی، نقش فیزیکی، اعمال فیزیکی و سلامت ذهنی در چهار زیر شاخه سر زندگی، اعمال اجتماعی، نقش عاطفی و توانایی ذهنی مورد بررسی قرار می گیرد.

این مطالعه در نظر دارد تا ضمن رسیدن به معیارهای کاملی برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس در شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه های بین المللی SF-36، اطلاعات اولیه لازم برای اقدامات بهینه سازی سبک زندگی این بیماران را در اختیار خود آنها و مراکز بهداشتی- درمانی مسئول قرار دهد. نتیجه این پژوهش نشان می دهد که در شهر اصفهان با افزایش شدت بیماری، سلامت ذهنی بیماران بیشتر از سلامت فیزیکی آنها تحت تأثیر بیماری قرار می گیرد. همچنین طی بررسی کیفیت زندگی تمام افراد مورد مطالعه و مقایسه با خصوصیات دموگرافیکی آنها (سن، جنس، اشتغال و میزان تحصیلات) شدت و نوع بیماری، بین کیفیت زندگی با شدت و نوع بیماری و خصوصیات دموگرافیکی بیماران رابطه معنی داری وجود ندارد اما بین اجزای کیفیت زندگی یعنی سلامت فیزیکی و سلامت ذهنی رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد. (صحت، ۱۳۸۱)

خداپناهی (۱۳۸۸) مطالعه ای تحت عنوان «روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به ام اس» انجام دادند. در نتیجه این مطالعه مشاهده گردید که حمایت اجتماعی بر امیدواری تأثیر دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری افزایش می‌یابد. نتایج بدست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و امیدواری رابطه‌ی ساختاری مثبت وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، امیدواری افزایش می‌یابد. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که، اساس امیدواری بر پایه‌ی حمایت اجتماعی اطرافیان و بستگان بیمار شکل می‌گیرد. حمایت اجتماعی از طرف افراد مهم که در زندگی بیمار نقش دارند، به ویژه، فراهم آوردن منابع مادی مانند حمل و نقل، پول و یاری رساندن در کارهای روزمره خانگی، و حمایت عاطفی نقش خود را اعمال می‌کند. وجود ارایه حمایتها از جانب بستگان و وجود تمایل دریافت حمایت از جانب بیمار متضمن حمایت اجتماعی است و در نتیجه حمایت اجتماعی می‌تواند نقش موثر خود را در زمینه افزایش امیدواری در بیماران ام‌اسی ایفا کند. بنابراین همان گونه که مشهود است امیدواری هم از سوی فرد بیمار و هم از سوی اطرافیان و بستگان او به واسطه دریافت حمایت افزایش می‌یابد. (خداپناهی، ۱۳۸۸) تحقیقات خارجی گوناگونی نیز در این زمینه صورت گرفته است:

سوروکین^۱ (۱۹۶۸) جوامع متعدد گوناگونی را مورد مطالعه قرار داد، از جمله روم و چین قدیم، و همچنین یکی از نخستین مطالعات تفصیلی تحرک اجتماعی در ایالات متحده آمریکا را انجام داد. وی نتیجه گرفت که فرصت‌های تحرک صعودی سریع در آمریکا خیلی محدودتر از آن است که افسانه‌های قومی آمریکایی نشان می‌دهند. اما تکنیک‌هایی که سوروکین برای گردآوری داده‌هایش به کار برد، نسبتاً ابتدایی بودند.

شاید مشهورترین مطالعه بین‌المللی تحرک اجتماعی مطالعه‌ای باشد که توسط سیمور لیپست و رینهارد بندیکس انجام شده است. آن‌ها داده‌های گردآوری شده از نه جامعه صنعتی-بریتانیا، فرانسه، آلمان غربی، سوئد، ژاپن، دانمارک، ایتالیا و آمریکا- را با تأکید بر تحرک مردان از مشاغل یقه‌آبی به مشاغل یقه‌سفید تحلیل کردند (Hamilton.MandHirs, Zowics, class and Inequality, ۱۹۸۷).

به اعتقاد سیمپستون^۲ (۲۰۰۰) در عرصه سلامت و بیماری، سه گفتمان در جهت مقابله با بیماری ام‌اس در سه سطح مختلف عمل می‌کنند:

- ۱- سطح فردی: در سطح فرد، این گفتمان‌ها مربوط به افرادی می‌شود که نگران ابتلا به این بیماری اند.
 - ۲- سطح علمی: در چهارچوب برنامه‌های تحقیقاتی و علمی، گفتمان‌هایی وجود دارند که تلاش برای جستجو و کشف روش‌هایی برای کاهش خطر ابتلا به این بیماری را در بر می‌گیرند.
 - ۳- سطح اجتماعی: در سطح اجتماعی نیز اهداف سیاسی-اجتماعی و ارزش‌های ناظر بر نحوه سرمایه‌گذاری و توسعه برنامه‌های پیشگیرانه در کارند. (آدام^۳، ۱۳۷۶)
- این گفتمان‌های سه‌گانه بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند.
- ایدئولوژی حاکم بر این گفتمان‌ها را می‌توان به صورت زیر بیان کرد:
- ۱- ایمان به راه حل‌های تکنولوژیکی و دارو شناختی (تحت عنوان ایدئولوژی تکنولوژی). اعتقاد و باور به علم نیز به توسعه و تداوم این ایدئولوژی کمک شایانی کرده است.

۲- در سطح فردی ایدئولوژی غالب، بر «مسئولیت فردی» تاکید دارد. در حقیقت فرد مسئول حفظ سلامت و پیشگیری از انواع بیماری ها قلمداد می شود. مفاهیمی از قبیل سبک زندگی از جمله مفاهیم کلیدی در این ایدئولوژی است.

۳- ایدئولوژی اجتماعی: تاثیر این ایدئولوژی طولانی مدت و همه جانبه است. در این ایدئولوژی بر نقش و سهم افراد، گروه ها، اجتماعات، نهادها و واحدهای اجتماعی بزرگتر تاکید می شود. مسئولیت در این ایدئولوژی دیگر بر دوش فرد گذاشته نمی شود. به عنوان مثال شرایط بهتر محیط شغلی و یا انواع اعمال نظارت سختگیرانه در زمینه حفاظت از محیط زیست از موارد مطرح در این ایدئولوژی است. (ریتزر^۱، ۱۳۸۲)

به این ترتیب برای کاهش ابتلای به بیماری ام اس، هم نیاز به پیشرفت های علمی و تکنولوژیک است، هم رفتار فردی اهمیت می یابد و هم عوامل فراتر از فرد یعنی گروه های اجتماعی و نهادها مانند نهادهای آموزشی، رسانه ای و غیر آن به عنوان عوامل تعیین کننده شناخته می شوند.

پیتریم سوروکین از اولین جامعه شناسانی است که به صورت مستقیم به مسئله تحرک اجتماعی پرداخته است. سوروکین با دیدی کارکردی- ارگانیکی به مسئله قشربندی و تحرک می پردازد و از نظر اندیشه تحت تاثیر دورکیم و مردم شناسان کارکردگرا است. به نظر او از جنبه کمی قشربندی گسترده است اما در همین سه شکل تقلیل یافته است. این سه شکل رابطه تنگاتنگی با یکدیگر دارند. از نظر او تحرک اجتماعی هر گونه جابه جایی فرد از یک جایگاه اجتماعی به جایگاه اجتماعی دیگر است. (تامین، ۱۳۸۸)

- نظریه عدالت اجتماعی^۲

مفهوم عدالت از دیر باز مورد توجه اندیشمندان بوده و یک از مفاهیم محوری هر گونه اندیشه سیاسی اجتماعی و اقتصادی را تشکیل می دهد.

عدالت را می توان به عنوان بزرگترین هدف از تشکیل حکومت تلقی کرد عدالت به قدری با اهمیت بوده و به سرنوشت ملت ها و دولتها پیوند خورده که هیچ ملت و مکتب و اندیشمند سیاسی و اجتماعی آن را نادیده نگرفته و حتی حکومتها و حکام جو نیز سعی بر آن داشته اند که ریاکارانه خود و نظامشان را متصف به آن دانسته و هدف خود را عدالت نمایند. به عقیده بسیاری از اندیشمندان در میان فضیلت های اخلاقی، عدالت بنیادی ترین آنهاست. که قوام و دوام زندگی صلح آمیز و توأم با سعادت انسانها را امکان پذیر می سازد بحث عدالت شاید غامض ترن موضوع اخلاق در عرصه روابط میان انسان ها یا روابط اجتماعی باشد (رالزجان، ۱۳۸۳).

- نظریه قضاوت اجتماعی

واضع اصلی نظریه قضاوت اجتماعی مظفر شریف (۱۹۳۵) بوده است. این نظریه نشأت گرفته از فیزیک روانی است. شریف این اصول بنیادی فیزیک روانی را مورد استفاده قرار داد تا نظریه قضاوت اجتماعی خود درباره تغییر نگرش را بر آنها بنا کند. پیامهای ترغیب کننده ای که شبیه به دیدگاه خود ما باشد (لنگر یا معیار درونی ما)، شبیه تر از آنچه واقعا هستند، قضاوت می شوند. در حالی که پیامهایی که با باورهای ما فاصله دارند، فاصله دار تر دیده می شوند. برای توضیح چگونگی ارتباط این اثرات جذب و تضاد با تغییر نگرش واقعی، شریف سه مفهوم جدید را نیز معرفی کرد: (غفاری و نیازی، ۱۳۸۶) وقتی یک فرد با موضوعی درگیر است، گستره پذیرش او یک نقطه معیاری خواهد بود برای ارزشیابی پیامهایی که متوجه آن موضوع اند. وقتی پیام فاصله زیادی از گستره پذیرش نداشته باشد، جذب شده و به صورت عادلانه، بدون سوگیری، و احتمالاً درست مورد قضاوت قرار خواهد گرفت و موضع خود شخص در جهت پیام تغییر خواهد

1. Ritzer

2. Social Justice

کرد. از سوی دیگر، اگر پیام مدافع موضعی باشد که از گستره پذیرش شخص، فاصله زیادی دارد به طوری که در گستره طرد شخص قرار بگیرد، اثرات تضاد روی می‌دهد و پیام به صورت ناعادلانه، سوگیرانه، و احتمالاً غلط مورد قضاوت قرار خواهد گرفت. در چنین مواردی نگرش احتمالاً در جهت ور از موضع مورد دفاع پیام تغییر خواهد کرد.

- نظریه مشارکت اجتماعی

مشارکت^۱ به معنی به کار گرفتن منابع شخصی به منظور سهیم شدن در یک اقدام جمعی است. مشارکت عملی جمعی، آگاهانه و داوطلبانه است که دربردارنده دخالت شهروندان در امور عمومی و در سطوح مختلف تصمیم‌گیری‌های اداری و سیاسی و انداختن رأی به صندوق تا مساعدت مستقیم به ارضای نیازهای اجتماعی و همچنین دخالت مردم در کارکرد سازمان‌هایی است که حیات کاریشان به آن بستگی دارد. علاوه بر این مفهوم مشارکت درگیری مردم در سازمان‌های مذهبی و غیرمذهبی، انجمن‌ها و جنبش‌هایی از همه نوع که حیات اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، اما مستقیماً به توزیع قدرت مربوط نمی‌شوند و جنبش‌هایی که زندگی خصوصی را متأثر می‌سازد ولی به طور مستقیم با اهداف اقتصادی مرتبط نیستند را دربر می‌گیرد.

بنیادی‌ترین اندیشه زیرساز مشارکت پذیرش اصل برابری مردم است و هدف از آن، همفکری، همکاری و تشریک مساعی افراد در جهت بهبود کمیت و کیفیت زندگی در تمامی زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. مشارکت فراگردی است که از راه آن مردم به دگرگونی دست می‌یابند و دگرگونی را در خود پدید می‌آورند. گرفت و بیراسفورد تحولاتی چون ظهور جنبش‌های اجتماعی جدید، تأمل و بازنگری در مورد نیاز انسان، ظهور مجدد ایده شهروندی و پست مدرن را موجب توجه به ایده مشارکت دانسته‌اند (غفاری و نیازی، ۱۳۸۶).

۲. روش

روش مورد استفاده در این تحقیق، پیمایش از نوع توصیفی و تبیینی است. به لحاظ معیار زمان، این پژوهش از نوع مقطعی بوده و به لحاظ معیار ژرفایی از نوع پنهانگر است که داده‌های آن با استفاده از پرسشنامه گردآوری می‌شود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش یک تحقیق توصیفی پیمایشی محسوب می‌شود.

با استفاده از مطالعات میدانی و تحقیقات کتابخانه‌ای داده‌ها و متغیرهای تحقیق از ادبیات مرتبط با موضوع انتخاب خواهد شد و سپس با استفاده از یکی از معتبرترین ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها که پرسشنامه می‌باشد به جمع‌آوری اطلاعات اقدام می‌گردد.

جامعه آماری پژوهش بیماران ام اس بین سنین ۱۵ تا ۶۵ سال شهر تهران است. تعداد بیماران ۹۷۷۹ نفر ثبت گردیده که از این تعداد ۲۸۴ نفر به عنوان افراد جامعه هدف انتخاب شدند ولی برای جلوگیری از خطاهای احتمالی پرسشنامه‌ها ۱۶ پرسشنامه نیز اضافه می‌گردد و در کل ۳۰۰ پرسشنامه در بین بیماران پخش شد. نحوه نمونه‌گیری نیز به صورت تصادفی ساده و در دسترس است به این معنی که پژوهشگر به مدت سه هفته به انجمن بیماران ام اس (واقع در خیابان وصال شیرازی) حضور یافته و با مراجعه بیماران به این مرکز، پرسشنامه‌ها را در بین آنها توزیع می‌نماید.

$$\frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * (1 - p)} = \frac{9779 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05^2 * 94999) + (1.96^2 * 0.5 * 0.5)} = 284$$

این پژوهش در سطح جامعه شناسی خرد است. مطالعه ابتدایی به صورت جمع آوری اطلاعات از منابع کتابخانه‌ای و اینترنت، سپس به روش میدانی و در مقطع زمانی در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است. روش و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه است. به عنوان پیش آزمون ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه کننده به انجمن ام.اس شهر تهران انتخاب گردیدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌های بدست آمده وارد نرم افزار SPSS شده، روایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و پایایی توسط متخصصین بررسی و تأیید میگردد. در صورتی که مقدار آلفای کرونباخ از ۰/۷ بیشتر باشد می توان گفت سوالات پرسشنامه مزبور از اعتبار کافی برخوردار است و هماهنگی سوالات یکسان می باشد با توجه به مقدار آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۸۱ می توان نتیجه گرفت سوالات پرسشنامه مزبور از اعتبار کافی برخوردار است و هماهنگی سوالات یکسان می باشد.

جدول ۱ - بررسی آلفای کرونباخ

متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
کل پرسشنامه	۰/۸۸۱
تحرک اجتماعی	۰/۸۰۲
مشارکت اجتماعی	۰/۷۹۴
نگرش اجتماعی	۰/۷۳۵
وضعیت خانواده	۰/۸۷۳
تعامل و روابط اجتماعی	۰/۸۳۹

۳. یافته ها

برای ارائه نتایج مطالعه، ابتدا متغیرهای مورد بررسی توصیف می شوند و پس از آن مهمترین نتایج پژوهش و تحلیل داده ها ارائه می شود.

نتایجی که از پرسشنامه ها حاصل شد نشان داد که ۵۲ نفر (۱۷/۳٪) از افراد نمونه در رده سنی ۱۵-۲۵ سال هستند، ۶۳ نفر (۲۱٪) در رده سنی ۲۵-۳۵ سال، ۵۹ نفر (۱۹/۷٪) در رده سنی ۳۵-۴۵ سال، ۸۴ نفر (۲۸٪) در رده سنی ۴۵-۵۵ سال، ۲۸ نفر (۹/۳٪) در رده سنی ۵۵-۶۵ سال و ۱۱ نفر (۳/۷٪) از افراد نمونه در رده سنی بیشتر از ۶۵ سال هستند. همچنین یافته ها بیانگر آن بودند که ۱۱۹ نفر (۳۹/۷٪) از افراد نمونه را مردان تشکیل می‌دهند و ۱۸۱ نفر (۶۰/۳٪) را زنان تشکیل می‌دهند. همچنین ۱۹۹ نفر (۶۶/۳٪) از افراد نمونه را افراد متأهل تشکیل می‌دهند و ۹۷ نفر (۳۲/۳٪) مجرد می باشند. یافته ها نشان داد که ۱۹ نفر (۶/۳٪) از افراد نمونه بی سواد هستند، ۲۱ نفر (۷٪) ابتدایی، ۳۸ نفر (۱۲/۷٪) راهنمایی، ۴۶ نفر (۱۵/۳٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات در سطح دیپلم هستند، ۵۸ نفر (۱۹/۳٪) فوق دیپلم، ۷۶ نفر (۲۵/۳٪) لیسانس و ۲۹ نفر (۹/۷٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۱۳ نفر (۴/۳٪) دارای تحصیلات در سطح دکترا می‌باشند. مشخص شد که ۱۳۷ نفر (۴۵/۷٪) از افراد نمونه شاغل هستند، ۳۴ نفر (۱۱/۳٪) دانشجو یا محصل، ۷۱ نفر (۲۳/۷٪) خانه دار، ۲۹ نفر (۹/۷٪) بیکار، ۱۳ نفر (۴/۳٪) سرباز، ۱۶ نفر (۵/۳٪) بازنشسته می‌باشند. همچنین دست یافته شد که ۹۸ نفر (۳۲/۷٪) از افراد نمونه دارای منزل شخصی هستند، ۱۳۱ نفر (۴۳/۷٪) استیجاره ای، ۵۲ نفر (۱۷/۳٪) رهنی - استیجاری و ۱۹ نفر (۶/۳٪) از افراد نمونه دارای منزل سازمانی می‌باشند.

در زمینه میزان درآمد نیز ۴۲ نفر (۱۴٪) از افراد میزان حقوق و درآمد ماهیانه خانواده شان کمتر از یک میلیون تومان در ماه است، ۸۶ نفر (۲۸/۷٪) بین یک میلیون تا یک میلیون پانصد هزار تومان، ۷۵ نفر (۲۵٪) بین یک و نیم میلیون تا دو میلیون تومان، ۳۹ نفر (۱۳٪) بین دو میلیون تومان تا دو و نیم میلیون تومان و ۱۶ نفر (۵/۳٪) از افراد نمونه میزان حقوق و درآمد ماهیانه خانواده شان بیش از دو و نیم میلیون تومان در ماه است.

نوع طبقه اجتماعی افراد نیز سوال پرسیده شد که ۲۹ نفر (۹/۷٪) از افراد نمونه خود را در طبقه اجتماعی بالای بالا میدانند، ۵۶ نفر (۱۸/۷٪) بالای پایین، ۵۷ نفر (۱۹٪) متوسط به بالا، ۱۰۶ نفر (۳۵/۳٪) متوسط به پایین، ۳۸ نفر (۱۲/۷٪) پایین به بالا و ۱۴ نفر (۴/۷٪) از افراد نمونه خود را در طبقه اجتماعی پایین پایین میدانند.

در خصوص تحرک اجتماعی بیماران ام اس سوالاتی مورد پرسش واقع شد که پاسخ دهندگان به این سوالات اینگونه پاسخ دادند:

افراد نمونه در حد زیاد (۳/۴۶) در محیط کار به دنبال ترفیع پست و مقام خود هستند.

افراد نمونه در حد زیاد (۳/۵۹) تلاش می‌کنند که در زندگی خود به سمت و سوی پیشرفت حرکت نمایند.

افراد نمونه بیماری خود را در حد متوسط (۳/۳۳) مانع تحرک اجتماعی شان می‌دانند.

افراد نمونه در حد متوسط (۳/۲۵) به خاطر بیماری که دچارش هستند از فعالیت‌ها و تکاپوهای خود دست کشیده‌اند.

در خصوص تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس سوالاتی مورد پرسش واقع شد که پاسخ دهندگان به این سوالات اینگونه پاسخ دادند:

افراد نمونه معتقدند دولت در حد متوسط (۳) زمینه ساز حضور بیشتر افراد در فضاهای شهری شده است.

افراد نمونه در حد متوسط (۳/۳۶) احساس می‌کنند که در مقایسه با دیگران از فرصت‌های برابر برخوردار هستند.

افراد نمونه معتقدند دولت در حد متوسط (۳/۲۳) فرصت‌های تفریحی، درمانی، ورزشی و... را برای تحرک اجتماعی شان فراهم آورده است.

افراد نمونه معتقدند جامعه در حد متوسط (۳/۱۱) زمینه ارتقاء و بهینه کردن کیفیت زندگی را برای تحرک اجتماعی شان فراهم آورده است.

افراد نمونه معتقدند عدم دستیابی به فرصت‌های برابر در جامعه در حد متوسط (۲/۶۳) باعث عدم تحرک اجتماعی شان شده است.

همچنین در مورد نگرش اجتماعی بیماران ام اس سوالاتی مورد پرسش واقع شد که پاسخ دهندگان به این سوالات اینگونه پاسخ دادند:

افراد نمونه معتقدند برداشت دیگران از بیماری شان در حد زیاد (۳/۴۴) باعث کاهش فعالیت‌های اجتماعی شان می‌شود.

افراد نمونه معتقدند فعالیت‌های انجمن حمایت از بیماران ام اس در حد متوسط (۳/۳۹) بر نگرش اجتماعی شهروندان نسبت به بیماری ام اس موثر بوده است.

افراد نمونه نوع نگرش دیگران در حد زیاد (۳/۵۵) باعث عدم تحرک اجتماعی شان شده است.

در مورد نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری آنان، ۳۹ نفر (۱۳٪) از افراد نمونه نوع نگرش خانواده شان نسبت به بیماری شان مثبت است، ۵۳ نفر (۱۷/۷٪) نگرش منفی، ۶۸ نفر (۲۲/۷٪) نگرش معمولی، ۹۷ نفر (۳۲٪) نگرش ایده آل و ۳۰ نفر (۱۰٪) از افراد نمونه خانواده شان نسبت به بیماری شان بی توجه هستند.

همچنین در مورد مشارکت اجتماعی بیماران ام‌اس سوالاتی مورد پرسش واقع شد که پاسخ دهندگان به این سوالات اینگونه پاسخ دادند:

افراد نمونه در جهت حل مشکلات مربوط به امور محله خود در حد زیاد (۳/۴۷) با نهادهای اجتماعی مشارکت می‌نمایند. افراد نمونه در حد متوسط (۳/۳۹) در فعالیتهای اقتصادی مشارکت می‌نمایند.

افراد نمونه در حد متوسط (۲/۹۸) در فعالیتهای دینی و مذهبی مشارکت می‌نمایند.

افراد نمونه در حد متوسط (۳/۰۴) در فعالیتهای سیاسی مشارکت می‌نمایند.

افراد نمونه در حد متوسط (۳/۱۳) در فعالیتهای هنری و فرهنگی مشارکت می‌نمایند.

افراد نمونه معتقدند مشارکت‌های اجتماعی در حد متوسط (۳/۴) باعث تحرک اجتماعی‌شان شده است.

در سوالات پرسشنامه از بیماران پرسیده شده بود که آیا عضو انجمن و یا موسسات نیز هستند، نتیجه‌ای که بدست آمد، ۱۳۲ نفر (۴۴٪) از افراد نمونه عضو انجمن و یا موسسات خودجوش (NGO) می‌باشند و ۱۶۸ نفر (۵۶٪) از افراد نمونه عضو انجمن و یا موسسات خودجوش (NGO) نمی‌باشند.

در مورد اینکه آیا آنها در پایگاه‌های بسیج و حوزه‌های دینی عضویت داشته‌اند، ۱۰۷ نفر (۳۵/۷٪) از افراد نمونه عضو پایگاه‌های بسیج و حوزه‌های دینی می‌باشند و ۱۹۳ نفر (۶۴/۳٪) از افراد نمونه عضو پایگاه‌های بسیج و حوزه‌های دینی نمی‌باشند.

نتیجه‌ای که از موقعیت خانوادگی بیماران در پرسشنامه بدست آمد بدین شرح است:

افراد نمونه در محیط خانواده می‌توانند در حد زیاد (۳/۵۸) می‌توانند به اظهار نظر بپردازند.

افراد نمونه در خانواده‌شان تصمیم‌گیری و مشورت برای امور خانه و خانواده در حد متوسط (۳/۳۱) وجود دارد.

افراد نمونه فضای عاطفی خانواده‌شان در حد زیاد (۳/۴۸) خوب است.

افراد نمونه در حد زیاد (۳/۴۵) در دید و بازدیدهای میهمانی با اقوام مشارکت می‌نمایند.

افراد نمونه اعضای خانواده‌شان در حد متوسط (۳/۱۶) آن‌ها را به فعالیتهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و... تشویق می‌کنند.

افراد نمونه معتقدند مشارکت‌های اجتماعی در حد متوسط (۳/۲۷) باعث تحرک اجتماعی‌شان شده است.

افراد نمونه در حد زیاد (۳/۴۸) معتقدند خانواده‌آن‌ها از آن‌ها حمایت اجتماعی می‌کنند.

تعداد فرزندان خانواده نتیجه‌ای که حاصل شد، ۴۱ نفر (۱۳/۷٪) از افراد نمونه تک‌فرزند هستند، ۷۳ نفر (۲۴/۳٪) دو فرزند، ۵۸ نفر (۱۹/۳٪) سه فرزند، ۶۶ نفر (۲۲٪) چهار فرزند و ۶۲ نفر (۲۰/۷٪) از افراد نمونه خانواده‌شان دارای بیشتر از چهار فرزند است.

در مورد تبعیض قائل شدن بین فرزندان خانواده، ۵۳ نفر (۱۷/۷٪) از افراد نمونه والدین‌شان در حد خیلی کم بین فرزندان تبعیض قائل می‌شوند، ۷۹ نفر (۲۶/۳٪) کم، ۱۰۶ نفر (۳۵/۳٪) متوسط، ۵۱ نفر (۱۷٪) زیاد و ۱۱ نفر (۳/۷٪)

از افراد نمونه والدین‌شان در حد خیلی زیاد بین فرزندان تبعیض قائل می‌شوند.

در زمینه تحصیلات مادر پاسخ دادند که: ۸ نفر (۲/۷٪) از افراد نمونه بیسواد هستند، ۱۳ نفر (۴/۳٪) ابتدایی، ۲۹ نفر

(۹/۷٪) راهنمایی، ۴۶ نفر (۱۵/۳٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات در سطح دیپلم هستند، ۱۱۹ نفر (۳۹/۷٪) فوق دیپلم،

۵۳ نفر (۱۷/۷٪) لیسانس و ۲۷ نفر (۹٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۵ نفر (۱/۷٪) دارای تحصیلات در

سطح دکتری می‌باشند.

در مورد تحصیلات پدر: ۱۸ نفر (۶٪) از افراد نمونه بی سواد هستند، ۲۹ نفر (۹/۷٪) ابتدایی، ۳۱ نفر (۱۰/۴٪) راهنمایی، ۹۴ نفر (۳۱/۴٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات در سطح دیپلم هستند، ۴۶ نفر (۱۵/۴٪) فوق دیپلم، ۴۳ نفر (۱۴/۴٪) لیسانس و ۲۹ نفر (۹/۷٪) از افراد نمونه دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۷ نفر (۲/۳٪) دارای تحصیلات در سطح دکترا می‌باشند.

در مورد تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس نتیجه ای که بدست آمد:

افراد نمونه در حد زیاد (۳/۴۹) روابط اجتماعی مناسبی در محیط کار خود با همکاران و یا در دانشگاه با همکلاسیان خود دارند.

افراد نمونه در حد متوسط (۳/۲۸) روابط اجتماعی مناسبی در محله خود با دوستان و آشنایان دارند.

افراد نمونه معتقدند دیگران در حد متوسط (۳/۱۲) با آن‌ها دارای روابط اجتماعی مناسبی هستند.

افراد نمونه در اجتماع در حد زیاد (۳/۷۳) می‌توانند به راحتی با دیگران رابطه برقرار می‌کنند.

افراد نمونه معتقدند بیماری شان در حد متوسط (۳/۴۱) مانع برقراری ارتباطشان با دیگران می‌شوند.

همچنین در پرسشنامه سوالی در مورد اینکه آیا تا به حال به خاطر بیماری که دچارش هستید از رابطه برقرار کردن با دیگران دوری جسته‌اند؟ مطرح شد. نتیجه ای که بدست آمد، ۷۴ نفر (۴۳/۳٪) از افراد تا به حال به خاطر بیماری که دچارش هستند از رابطه برقرار کردن با دیگران دوری جسته‌اند و ۹۷ نفر (۵۶/۷٪) از افراد نمونه تا به حال به خاطر بیماری که دچارش هستند از رابطه برقرار کردن با دیگران دوری نجسته‌اند.

آمار استنباطی

ابتدا با آزمون کلموگروف اسمیرنوف به بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها پرداختیم. نتیجه ای که از این آزمون بدست آمد مشخص شد که توزیع متغیرهای تحقیق نرمال است. بنابراین جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از رگرسیون خطی ساده استفاده نمودیم.

جدول شماره (۲): بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	ضریب جولگی	ضریب کشیدگی	Most Extreme Differences			آماره K.S	سطح معنی‌داری (sig)
			قدرمطلق	مثبت	منفی		
تحرک اجتماعی	-۰/۷۵۴	-۰/۱۶۹	۰/۱۸۲	۰/۱۲۰	-۰/۱۸۲	۱/۱۱۶	۰/۱۲۳
دستیابی به فرصت‌های برابر	-۰/۰۴۲	۰/۱۰۱	۰/۱۰۲	۰/۱۰۲	-۰/۰۸۴	۱/۰۲۳	۰/۲۴۶
نگرش اجتماعی	-۰/۱۷۴	-۰/۳۸۲	۰/۱۲۵	۰/۱۰۷	-۰/۱۲۵	۱/۲۵۳	۰/۰۸۷
مشارکت اجتماعی	۰/۲۴۸	-۰/۱۴۶	۰/۰۸۹	۰/۰۸۹	-۰/۰۷۱	۰/۸۸۸	۰/۴۱۰
وضعیت خانواده	-۰/۷۰۵	۰/۰۳۸	۰/۱۶۴	۰/۰۸۳	۰/۱۶۴	۱/۰۳۸	۰/۲۵۴
تعامل و روابط اجتماعی	-۰/۴۰۳	۱/۱۰۵	۰/۱۲۱	۰/۰۸۶	-۰/۱۲۱	۱/۲۱۱	۰/۱۰۷

فرضیه اول: به نظر می‌رسد که مشارکت اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

با کمک رگرسیون خطی ساده به بررسی فرضیه فوق پرداختیم. جهت برازش مدل رگرسیونی مشارکت اجتماعی متغیر مستقل و تحرک اجتماعی متغیر وابسته است.

جدول شماره (۳): خلاصه نتایج توصیفی مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره دوربین واتسون	آماره F	سطح معنی داری
۰/۴۶۶	۰/۲۱۷	۰/۲۱۳	۱/۷۱۵	۲۲/۷۴۶	۰/۰۰۰

مقداره آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است. مقدار ضریب تعیین ۰/۲۱۷ می باشد که این موید آن است که ۲۱/۷٪ از تغییرات متغیر وابسته (تحرک اجتماعی) به کمک متغیر مستقل قابل تبیین است.

جدول شماره (۴): تحلیل رگرسیونی و ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۲/۳۳۶	۰/۲۳۰	-	۱۰/۱۴۰	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۰/۴۲۵	۰/۰۶۸	۰/۴۶۶	۶/۲۵۳	۰/۰۰۰

و نتیجه ای که از تحلیل رگرسیون حاصل شد، سطح معنی داری متغیر مشارکت اجتماعی (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است (sig<0.05)، بنابراین متغیر مشارکت اجتماعی وارد مدل رگرسیونی می شود. با توجه به مثبت بودن ضریب رگرسیونی (B) می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین متغیر مشارکت اجتماعی با تحرک اجتماعی بیماران وجود دارد. بنابراین می توان گفت با افزایش مشارکت اجتماعی، تحرک اجتماعی بیماران نیز افزایش می یابد. بنابراین مشارکت اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

فرضیه دوم: به نظر می رسد که تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است. مقداره آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است. مقدار ضریب تعیین ۰/۱۱۵ می باشد که این موید آن است که ۱۱/۵٪ از تغییرات متغیر وابسته (تحرک اجتماعی) به کمک متغیر مستقل قابل تبیین است.

جدول شماره (۵): خلاصه نتایج توصیفی مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره دوربین واتسون	آماره F	سطح معنی داری
۰/۳۳۹	۰/۱۱۵	۰/۱۱۲	۱/۸۷۵	۳۸/۶۴۶	۰/۰۰۰

و نتیجه ای که از تحلیل رگرسیون حاصل شد، سطح معنی داری متغیر تعامل و روابط اجتماعی (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است (sig<0.05)، بنابراین متغیر تعامل و روابط اجتماعی وارد مدل رگرسیونی می شود. با توجه به مثبت بودن ضریب رگرسیونی (B) می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین متغیر تعامل و روابط اجتماعی با تحرک اجتماعی بیماران وجود

دارد. بنابراین می توان گفت با افزایش تعامل و روابط اجتماعی، تحرک اجتماعی بیماران نیز افزایش می یابد. بنابراین تعامل و روابط اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

جدول شماره (۶): تحلیل رگرسیونی و ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۲/۰۴۷	۰/۲۲۴	-	۹/۱۲	۰/۰۰۰
تعامل و روابط اجتماعی	۰/۴۰۸	۰/۰۶۶	۰/۳۳۹	۶/۲۱۷	۰/۰۰۰

فرضیه سوم: به نظر می رسد که نگرش اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است. مقدره آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است. مقدار ضریب تعیین ۰/۲۳۵ می باشد که این موید آن است که ۲۳/۵٪ از تغییرات متغیر وابسته (تحرک اجتماعی) به کمک متغیر مستقل قابل تبیین است.

جدول شماره (۷): خلاصه نتایج توصیفی مدل رگرسیونی

ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره دورین واتسون	آماره F	سطح معنی داری
۰/۴۸۴	۰/۲۳۵	۰/۲۳۲	۱/۸۲۰	۹۱/۳۵۳	۰/۰۰۰

و نتیجه ای که از تحلیل رگرسیون حاصل شد، سطح معنی داری متغیر نگرش اجتماعی (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است ($<0.05 \text{sig}$)، بنابراین متغیر نگرش اجتماعی وارد مدل رگرسیونی می شود. با توجه به مثبت بودن ضریب رگرسیونی (B) می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین متغیر نگرش اجتماعی با تحرک اجتماعی بیماران وجود دارد. بنابراین می توان گفت با افزایش نگرش اجتماعی، تحرک اجتماعی بیماران نیز افزایش می یابد. بنابراین نگرش اجتماعی بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

جدول شماره (۸): تحلیل رگرسیونی و ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۱/۶۶۳	۰/۱۸۸	-	۸/۸۳۷	۰/۰۰۰
نگرش اجتماعی	۰/۴۹۹	۰/۰۵۲	۰/۴۸۴	۹/۵۵۸	۰/۰۰۰

فرضیه چهارم: به نظر می رسد که وضعیت خانواده بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است. مقادیر آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است. مقدار ضریب تعیین ۰/۲۶۱ می باشد که این موید آن است که ۲۶/۱٪ از تغییرات متغیر وابسته (تحرک اجتماعی) به کمک متغیر مستقل قابل تبیین است.

جدول شماره (۹): خلاصه نتایج توصیفی مدل رگرسیونی

ضریب هبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره دوربین واتسون	آماره F	سطح معنی داری
۰/۵۱۱	۰/۲۶۱	۰/۲۵۸	۱/۶۲۳	۱۰۵/۰۷	۰/۰۰۰

و نتیجه ای که از تحلیل رگرسیون حاصل شد، سطح معنی داری متغیر وضعیت خانواده (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است ($<0.05, sig$). بنابراین متغیر نگرش اجتماعی وارد مدل رگرسیونی می شود. با توجه به مثبت بودن ضریب رگرسیونی (B) می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین متغیر وضعیت خانواده با تحرک اجتماعی بیماران وجود دارد. بنابراین می توان گفت با بهبود وضعیت خانواده بیماران، تحرک اجتماعی بیماران نیز افزایش می یابد. بنابراین وضعیت خانواده بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

جدول شماره (۱۰): تحلیل رگرسیونی و ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۱/۵۰۷	۰/۱۹۱	-	۷/۸۹۶	۰/۰۰۰
وضعیت خانواده	۰/۵۵۳	۰/۰۵۴	۰/۵۱۱	۱۰/۲۵۱	۰/۰۰۰

فرضیه پنجم: به نظر می رسد که دستیابی به فرصت های برابر بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است. مقادیر آماره آزمون F و معنی داری آن در سطح اطمینان بالای ۹۵٪ معادله رگرسیون معتبر بوده و نتایج آن قابل تحلیل است. مقدار ضریب تعیین ۰/۴۸۸ می باشد که این موید آن است که ۴۸/۸٪ از تغییرات متغیر وابسته (تحرک اجتماعی) به کمک متغیر مستقل قابل تبیین است.

جدول شماره (۱۱): خلاصه نتایج توصیفی مدل رگرسیونی

ضریب هبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	آماره دوربین واتسون	آماره F	سطح معنی داری
۰/۶۹۹	۰/۴۸۸	۰/۴۸۶	۱/۸۶۱	۸۴/۰۱۶	۰/۰۰۰

نتیجه ای که از تحلیل رگرسیون بدست آمد، سطح معنی داری متغیر دستیابی به فرصت های برابر (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0.05$)، بنابراین متغیر دستیابی به فرصت های برابر وارد مدل رگرسیونی می شود. با توجه به مثبت بودن ضریب رگرسیونی (B) می توان گفت رابطه مثبت و مستقیمی بین متغیر دستیابی به فرصت های برابر با تحرک اجتماعی بیماران وجود دارد. بنابراین می توان گفت با بهبود وضعیت دستیابی به فرصت های برابر، تحرک اجتماعی بیماران نیز افزایش می یابد. بنابراین دستیابی به فرصت های برابر بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

جدول شماره (۱۲): تحلیل رگرسیونی و ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای استاندارد	BETA (ضریب استاندارد شده بتا)	آماره t	سطح معنی داری
عرض از مبدا	۰/۹۲۹	۰/۱۵۲	-	۶/۱۲۵	۰/۰۰۰
دستیابی به فرصت های برابر	۰/۷۶۷	۰/۰۴۶	۰/۶۹۹	۱۶/۸۵۳	۰/۰۰۰

فرضیه ششم: به نظر می رسد که متغیرهای زمینه ای (سن، جنس، شدت، مدت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی) بیماران ام اس بر تحرک اجتماعی آنان اثر گذار است.

جهت بررسی فرضیه شش با توجه به رده ای (رتبه ای و اسمی) بودن متغیرهای سن، جنس، شدت، مدت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی از آزمون کای دو استقلال استفاده شد.

جدول شماره (۱۳): آزمون کای دو استقلال فرضیه اصلی

متغیر	Symmetric Measures		Chi-Square Tests			
	سطح معنی دار	ضریب فی (برای متغیر اسمی)	ضریب گاما (برای متغیر رتبه ای)	سطح معنی دار	درجه آزادی	آماره کای دو
سن	۰/۰۰۰	-	۰/۵۳۶	۰/۰۰۰	۱۰	۴۴/۲۰۷
جنسیت	۰/۵۶۸	۰/۱۱	-	۰/۵۶۸	۲	۴/۸۱۲
شدت	۰/۰۰۰	-	۰/۴۳۸	۰/۰۰۰	۶	۲۸/۴۱۳
مدت	۰/۰۰۰	-	۰/۵۰۲	۰/۰۰۰	۶	۳۷/۰۱۹
وضعیت تاهل	۰/۰۳	۰/۱۶۴	-	۰/۰۳	۴	۱۰/۷۰۳
وضعیت اقتصادی	۰/۰۰۷	-	۰/۲۰۹	۰/۰۰۷	۶	۱۷/۵۳۸

در مورد متغیر سن: مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر سن برابر ۴۴/۲۰۷ و سطح معنی داری برابر ۰/۰۰۰ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ ($p < 0.05$) و $\alpha = 0.05$ با اطمینان ۵٪ می توان گفت فرض صفر رد شده و سن بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می باشد.

در مورد متغیر جنسیت: مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر جنسیت برابر ۴/۸۱۲ و سطح معنی داری برابر ۰/۵۶۸ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ ($p < 0.05$) و $\alpha = 0.05$ با اطمینان ۵٪ می توان گفت فرض صفر رد نشده و جنسیت بر تحرک اجتماعی بیماران موثر نمی باشد.

در مورد متغیر شدت، مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر شدت برابر $28/413$ و سطح معنی داری برابر $0/000$ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از $0/05$ ($0/05 > \text{sig}$) $0/05$ ($\alpha = 0/05$) با اطمینان 5% می توان گفت فرض صفر رد شده و شدت بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می باشد.

در مورد متغیر مدت: مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر مدت برابر $37/019$ و سطح معنی داری برابر $0/000$ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از $0/05$ ($0/05 > \text{sig}$) $0/05$ ($\alpha = 0/05$) با اطمینان 5% می توان گفت فرض صفر رد شده و مدت بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می باشد.

در مورد متغیر وضعیت تاهل: مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر وضعیت تاهل برابر $10/703$ و سطح معنی داری برابر $0/03$ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از $0/05$ ($0/05 > \text{sig}$) $0/05$ ($\alpha = 0/05$) با اطمینان 5% می توان گفت فرض صفر رد شده و وضعیت تاهل بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می باشد.

در مورد وضعیت اقتصادی بیماران: مقدار آماره آزمون کای دو برای متغیر وضعیت اقتصادی برابر $17/538$ و سطح معنی داری برابر $0/03$ است. با توجه به اینکه مقدار سطح معنی داری کمتر از $0/05$ ($0/05 > \text{sig}$) $0/05$ ($\alpha = 0/05$) با اطمینان 5% می توان گفت فرض صفر رد شده و وضعیت اقتصادی بر تحرک اجتماعی بیماران موثر می باشد.

در نهایت نیز جهت شناسایی مولفه‌های که (تحرک اجتماعی، دستیابی به فرصت های برابر، نگرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، وضعیت خانواده، تعامل و روابط اجتماعی) که بیشترین تاثیر را بر تحرک اجتماعی دارد از رگرسیون خطی چندگانه استفاده نمودیم. ضریب بتای استاندارد شده می توان گفت بیشترین تاثیر را دستیابی به فرصت های برابر بر تحرک اجتماعی دارد و کمترین تاثیر را تعامل و روابط اجتماعی بر تحرک اجتماعی دارد.

۴. بحث

نتایج حاکی از آن است که هرچه مشارکت این بیماران در اجتماع و تعامل و روابط آنان با دیگران بیشتر باشد مسلماً در تحرک اجتماعی آنان اثرگذار است. هر چه از فرصت های برابر در مقایسه با افراد سالم جامعه برخوردار باشند تحرک اجتماعی آنان نیز بیشتر خواهد بود. همچنین نوع نگرش اجتماعی به این بیماران و فضای خانوادگی آنان نیز بر تحرک اجتماعی آنان اثرگذار خواهد بود.

ارائه راهکارها و پیشنهادات

برای تقویت مشارکت بیماران در امور مختلف جامعه اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و... مناسب ترین روشی که بیش از سایر روش ها می تواند برای بیماران ام اس مورد استفاده قرار گیرد، توسعه نهادهای مدنی و تقویت و توسعه انجمن های خیریه و مردمی می باشد. با حمایت هر چه بیشتر از این انجمن ها و نهاد ها انگیزه و امید افراد بیمار ام اس برای افزایش مشارکت اجتماعی در جهت از میان برداشتن مشکلات و موانع گوناگون اجتماعی آنها تقویت می گردد. در انجمن ام اس که پیمایش هایی را پژوهشگر در آن مکان انجام داد، تعداد زیادی از افراد عادی مشاهده می شوند. حضور افراد سالم در کنار اعضای بیمار در این انجمن و برخورداری اغلب آنها از دانش و تخصص در زمینه های گوناگون، محیط خاصی را شکل داده و زمینه خوبی برای مشارکت جمعی و کار گروهی ایجاد کرده است. در این انجمن می آموزند که به جای مشکلات، به راه حل ها بیاندیشند. همچنین این مشارکت سبب می شود که نگرش های نادرست در خصوص ماهیت بیماری ام اس از بین برود. با اعطای تسهیلات، افراد بیمار ام اس در کنار افراد سالم به فعالیت های روزمره می پردازند. از این منظر با حقوق بیماران آشنا شده و نگاه ترحم آمیز آنها از بین خواهد رفت. مشارکت مردم در طرح ها

و برنامه‌های جامعه، از راه‌های مختلف صورت می‌گیرد. یکی از این جلب مشارکت‌ها در شوراهای خواهد بود که از تأثیرات آن فرهنگ‌سازی نسبت به نوع‌نگرش بیماری‌ام‌اس در سطح جامعه و تغییر نگرش‌ها می‌باشد. ایجاد شبکه‌ای میان سازمان‌های غیردولتی نظیر خانه‌تتشکل‌ها می‌تواند قدرت سازمان‌های غیردولتی را جهت تقویت مشارکت مضاعف کند. سازمان‌های غیردولتی زنان از قابلیت‌های بالایی برای دموکراتیزه کردن حوزه‌های زندگی در جامعه مدنی برخوردار هستند.

تقویت و توسعه نهادهای مدنی :

مشارکت از طریق نهادهای جامعه مدنی NGOs :

سازمانهای غیردولتی جدیدترین شکل نهادهای خودپدیدار هستند که در پاسخ به نیازهای اجتماعی به وجود می‌آیند و با سازماندهی درست می‌توانند به یک نهاد انعطاف‌پذیر پویا و ماندگار تبدیل شوند عوامل متعددی در میزان اثربخشی سازمان‌های غیردولتی تأثیر می‌گذارند که بسیاری از آنها مرتبط با مکانیسم تعامل بخش دولتی و غیردولتی است. مطالعاتی در جهت اثبات این موضوع در تعدادی کشورها صورت گرفته است، یافته‌ها حاکی از کمک به کاهش فقر، توسعه مشارکتی و زمامداری خوب در کشورهای پشتیبان این سازمان‌ها بوده است. به طور کلی سازمان‌های غیردولتی از جایگاه ویژه‌ای در جریان تصمیم‌گیری ملی و بین‌المللی برخوردارند و سطح نفوذ آنها از مسایل فرهنگی، اقتصادی تا امور بشردوستانه گسترده شده و به مشورت‌دهی، تدوین برنامه و تأثیرگذاری در مذاکرات رسمی دولتی در طبقه‌های مختلف رسیده است، انجمن‌ها به دلیل استقلال منابع مالی و انسانی تصمیم‌گیری سریع و به دور از بوروکراسی دولتی، انعطاف‌پذیری و خودپیداری، کارآمدی روبه‌رشد دارند. این انجمن‌ها با تکیه به همیاری مردم، ساختن جامعه مدنی را اصل کلی حاکم بر فعالیت خود قرار داده‌اند و به این لحاظ یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های توسعه انسانی به شمار می‌روند. NGOها بهترین ابزاری هستند که می‌توانند اطلاعات را از جزیی‌ترین اجزای جامعه دریافت و سپس ساماندهی و طبقه‌بندی کرده در اختیار قانونگذار قرار دهند.

از دیگر راهکارهایی که می‌توان جهت افزایش تحرک اجتماعی بیماران ام‌اس و تعاملات و روابط اجتماعی آنان در جامعه برشمرد می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- جمع‌آوری آمار دقیق از بیماران ام‌اس در سطح شهر تهران و همچنین در سطح کشور برای انجام کارهای مختلف برای این قشر از جامعه که بهتر و راحت‌تر بتوانند در جامعه حضور موثر داشته باشند.
- ایجاد ظرفیت برای اشتغال بیماران ام‌اس در مراکز وابسته به امر بیماران.
- آموزش کودکان در مدارس نسبت به حقوق افراد بیمار در جامعه
- گسترش سرویس‌دهی (برای حمل و نقل راحت‌تر) به بیماران ام‌اسی که از ویلچر استفاده می‌کنند در کلیه مناطق شهر تهران (استفاده از ظرفیت اتوبوس‌های ویژه معلولین)
- انجام نظرسنجی از بیماران ام‌اس برای الویت‌بندی اماکن برای مناسب‌سازی سطح شهر و اعطای تسهیلات به آنان برای ارتقای کیفیت زندگی‌شان.
- ارتقاء کیفیت زندگی افراد بیمار ام‌اس و خانواده‌های آنها
- راحتی دسترسی به اماکن و معابر برای بیماران خاص
- افزایش همکاری با سازمانها و نهادهای دولتی و غیردولتی در امور بیماران خاص
- استفاده از نیروی کار بیماران خاص در کارهای اداری که از عهده توانایی‌های آنان بر می‌آید.
- انجام برنامه‌ریزی دقیق کشور در تصمیم‌گیری‌هایی که مربوط به بیماران خاص می‌شود.

اجرای کنواسیون حقوق بیماران خاص.

اجرای قانون جامع حقوق بیماران خاص.

برای تغییر نوع نگرش مردم نسبت به نوع بیماران خاص راهکارهای زیر را می توان ذکر نمود:

فرهنگسازی و اصلاح نگرشهای در جهت پذیرش افراد بیمار خاص در جامعه.

فرهنگ سازی در رسانه عمومی در جهت آشنایی مردم با حقوق بیماران خاص.

- آموزش نوع رفتار مردم نسبت به حضور یک گروه اجتماعی که توانایی جسمی و روحی کمتری به نسبت اقشار دیگر جامعه دارند.

برای ایجاد عدالت اجتماعی و برابری - مساوات راهکارهای زیر را می توان ذکر نمود:

- مناسب سازی اماکن دولتی و غیر دولتی جهت سهولت در تردد بیماران خاص و احساس برابری و مساوات این افراد با سایر اعضای جامعه.

- بخشی از بیماران ام اس که در تحقیق پیمایش شدند معمولاً اوقات فراغت خود را در منزل سپری می کنند بنابراین بحث حذف موانع و مناسب سازی اماکن باید هر چه سریعتر در دستور کار نهادهای مرتبط با پروژه قرار گیرد. جذب مشارکت عمومی، حمایت بانکها از نهادهای مرتبط برای انجام مناسب سازی، پرداخت مطالبات شهرداری توسط دولت به عنوان یک نهاد اجتماعی، انجام نظرسنجی از بیماران خاص برای اولویت بندی اماکن برای مناسب سازی، مشاوره و مصاحبه با نخبگان، الگوبرداری از کشورهای پیشرفته و پیشرو در امور بیماران خاص و... از راههای تقویت جلوگیری از انزوای بیماران خاص و ایجاد حس برابری و مساوات با دیگر اقشار جامعه است.

- ایجاد تسهیلات مناسب برای سازمانهای مرتبط با امور بیماران خاص

- افزایش دسترسی محلی به تسهیلات تفریحی و فرهنگی و آموزشی برای بیماران خاص

در نهایت به خانواده ها پیشنهاد می گردد که دست از تبعیض بین افراد سالم خانواده و افراد ناسالم برداشته و در جهت موفقیت و تحرک اجتماعی اعضای خانواده خود تلاش نمایند.

منابع

- آدام، فیلیپ (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی (دنیا کتبی، مترجم). تهران: باورداران.
- احمدزاده، حسین (۱۳۹۰). سنجش و ارزیابی مشارکت اجتماعی بیماران صعب‌العلاج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- ادیبی، رضا، (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی طبقات اجتماعی. (چاپ دوم). تهران: انتشارات دانشکده علوم اجتماعی و تعاون.
- تاملین، ملوین (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی قشربندی و نابرابری‌های اجتماعی. (عبدالاحسین نیک‌گهر، مترجم). تهران: توتیا.
- خداپناهی، وحید (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به ام‌اس. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه آزاد واحد اراک.
- شاهنده، هانیه (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی معلولین ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعات نخاعی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- صحت، علی (۱۳۸۱). بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس با برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران شرکت‌کننده در جلسه ماهیانه انجمن MS شهر اصفهان در سال ۱۳۸۱. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اراک.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۲). نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر. (محسن ثلاثی، مترجم). تهران: انتشارات علمی.
- رالز، جان (۱۳۸۳). عدالت به مثابه انصاف. (عرفان ثابتی، مترجم). تهران: ققنوس.
- غفاری، غلامرضا؛ نیازی، محسن (۱۳۸۶). جامعه‌شناسی مشارکت. تهران: نشر نزدیک.
- کریمی‌درمنی، حمیدرضا (۱۳۸۲). توانبخشی گروه‌های خاص با تاکید بر مددکاری اجتماعی. تهران: نشر گستره.
- محمودی، رضا، (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان در بیماران مبتلا به ام‌اس در استان مازندران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- Hamilton. MandHirs Zowics, class and Inequality-M (1987), New york:st .martin press