



Research Article

Relationship between Quality of Life and Depression in Patients with Multiple Sclerosis

Shahriar Khosravi¹, Akram Azad^{2*}, Moslem Cheraghifard³, Laleh Lajevari²,
Ghorban Taghizadeh⁴

¹MSc in Occupational Therapy, Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

²PhD in Occupational Therapy, Associate Professor, Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

³PhD in Occupational Therapy, Assistant Professor, Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

⁴PdD in Neuroscience, Associate Professor, Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

***Corresponding author:** Akram Azad, Rehabilitation Research Center, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
E-mail: azad.a@iums.ac.ir.

DOI: [10.32592/nkums.15.4.1](https://doi.org/10.32592/nkums.15.4.1)

How to Cite this Article:

Khosravi Sh, Azad A, Cheraghifard M, Lajevari L, Taghizadeh Gh. Relationship between Quality of Life and Depression in Patients with Multiple Sclerosis s. J North Khorasan Univ Med Sci. 2023;15(4):1-11. DOI: 10.32592/nkums.15.4.1

Received: 19 Sep 2023

Accepted: 23 Oct 2023

Keywords:

Depression
Disability evaluation
Multiple sclerosis
Quality of life

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is one of the most common causes of disability in neurological diseases, especially in the age of 20-40 years. Many factors caused by the disease have a significant impact on the quality of life the MS patients. The purpose of this study was to investigate the demographic factors including age, gender, occupation, marital status, education level, duration of disease, and the type of disease. Also, it was to survey the factors caused by the disease. such as the severity of depression, disability, cognition, and pain which all can affected the quality of life.

Method: This non-experimental and cross-sectional study was conducted on 82 cases with multiple sclerosis (53 people with relapse-recovery type and 29 people with secondary progressive type) in a simple, non-randomized manner in the age group of 25-60 years. In order to investigate the relationship between variables and the factors affecting the quality of life, Pearson and Spearman correlation tests and multiple regression tests were used, considering the alpha level to be equal to 0.05.

Results: The results of multiple regression demonstrated that all the above factors had a high correlation with the physical and psychological conditions of the MS patients' quality of life, with a correlation coefficient of 0.89 and 0.85, respectively. Moreover, depression severity and disability level were the most important influencing factors in determining the physical condition of the MS patients' quality of life, with the standard beta coefficient of -0.48 and -0.35, respectively. The only effective factor in the psychological state of the MS patients' quality of life was the depression severity (with a standard beta coefficient of -0.67).

Conclusion: The severity of depression is a critical and effective factor in the quality of life of people with multiple sclerosis.



بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

شهریار خسروی^۱، اکرم آزاد^{۲*}، مسلم چراغی فرد^۳، لاله لاجوردی^۲، قربان تقی زاده^۴

^۱ کارشناس ارشد کاردرمانی، مرکز تحقیقات توان بخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۲ دکتری تخصصی کاردرمانی، دانشیار گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توان بخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ دکتری تخصصی کاردرمانی، استادیار گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توان بخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۴ دکتری تخصصی علوم اعصاب، دانشیار گروه کاردرمانی، مرکز تحقیقات توان بخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: اکرم آزاد، مرکز تحقیقات توان بخشی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توان بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ایمیل: azad.a@iums.ac.ir

DOI: 10.32592/nkums.15.4.1

چکیده مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یکی از علل شایع ناتوانی در بیماری های نورولوژیک، به ویژه در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال است. عوامل متعددی ممکن است بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بسزایی بگذارد؛ بنابراین، هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس، از جمله اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا و نوع بیماری) و همچنین، عوامل ناشی از بیماری (شدت افسردگی، سطح ناتوانی، شدت درد و سطح شناخت) بود. روش کار: این مطالعه به صورت غیرتجربی و مقطعی درباره ۸۲ فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۵۳ نفر از نوع عود-بهبود و ۲۹ نفر از نوع پیش رونده ثانویه) به صورت غیرتصادفی ساده، در گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال انجام شد. در این مطالعه، برای بررسی ارتباط بین متغیرها و همچنین، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، به ترتیب، از آزمون های هم بستگی پیرسون یا اسپیرمن و رگرسیون چندگانه با در نظر گرفتن سطح آلفای ۰/۰۵ استفاده شد. یافته ها: نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که تمام عوامل فوق (اطلاعات دموگرافیک و عوامل ناشی از بیماری) با وضعیت فیزیکی و نیز وضعیت روان شناختی کیفیت زندگی به ترتیب، با ضریب ۰/۸۹ و ۰/۸۵ هم بستگی بالایی دارند. همچنین، دو عامل شدت افسردگی و سطح ناتوانی به ترتیب، با ضریب استاندارد بتای ۰/۴۸- و ۰/۳۵- عوامل مهم مؤثر بر تعیین وضعیت فیزیکی کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند. یگانه عامل مؤثر بر وضعیت روان شناختی کیفیت زندگی آنان شدت افسردگی (با ضریب استاندارد بتای ۰/۶۷-) بود. نتیجه گیری: شدت افسردگی عامل بسیار مهم و مؤثر در هر دو بعد روان شناختی و فیزیکی کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است و مداخلات برای بهبود افسردگی می تواند به بهبود کیفیت زندگی در هر دو بعد کمک بسزایی کند.	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ واژگان کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس کیفیت زندگی افسردگی ارزیابی ناتوانی
---	---

مقدمه

شیوع آن ۷۴ نفر در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر گزارش شده است [۳]. میانگین سن بروز ۳۰/۸ سال است و گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال بیشترین فراوانی مبتلایان (۲۰/۱ درصد) را دارند [۳، ۴]. طبق آخرین گزارش درباره بررسی شیوع مولتیپل اسکلروزیس، بیش از ۲/۸ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا بوده اند و سیر افزایشی آن باعث شده که سالانه به این جمعیت افزوده شود [۵]. بیش از ۶۰ درصد مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس به درجاتی از ناتوانی دچارند [۶]. ۱۰ سال پس از شروع بیماری، نیمی از بیماران در انجام مسئولیت های کاری و خانگی

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis) بیماری مزمن التهابی تخریب کننده میلین سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از اختلالات نورولوژیک شایع در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال است و نسبت زن به مرد در شیوع ابتلا، ۲ به ۱ است. این بیماری الگوهای مختلف با سیر بالینی متفاوتی دارد که شایع ترین نوع آن عود-بهبود است و ۵۰ تا ۶۰ درصد این دسته نیز پس از ۱۰ تا ۱۵ سال، به نوع پیش رونده ثانویه تبدیل می شوند [۱]. طبق آمار انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران، حدود ۶۰ هزار نفر در ایران، به این بیماری مبتلا هستند [۲]. در تهران،

معیار کیفیت زندگی (Multiple Sclerosis Quality Of MSQOL-54 Life) و نیز در تمامی جنبه‌های مقیاس SF-36 کسب کرده‌اند [۲۳]. افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس افسرده در حمایت اجتماعی و سیستم‌های خانواده، اختلال پیدا می‌کنند و این مسئله فراتر از مشکلات نورولوژیک بیماری است [۲۴]. همچنین، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که افسردگی پیش‌بینی‌کننده مستقل کیفیت زندگی است و رابطه‌ای قوی با هر دو جنبه فیزیکی و روان‌شناختی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد و باعث کاهش کیفیت هر دو جنبه سلامت فیزیکی و روان‌شناختی زندگی آنان می‌شود [۲۵]. همچنین، برخی مطالعات گزارش کرده‌اند که افسردگی هم‌بستگی بالایی با نمره کل سلامت روان‌شناختی کیفیت زندگی و هم‌بستگی متوسطی با نمره کل سلامت فیزیکی کیفیت زندگی دارد [۱۴]. از طرفی، برخی مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی رابطه‌ای قوی با جنبه فیزیکی کیفیت زندگی در این بیماران ندارد [۲۶، ۲۷]؛ بنابراین، نتیجه قطعی از رابطه افسردگی با دو جنبه فیزیکی و روان‌شناختی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گزارش نشده است.

نتایج متفاوت و گاه، متناقض رابطه بین شدت افسردگی و کیفیت زندگی و نیز سطح ناتوانی و شدت درد و سطح شناختی، گروه تحقیق را به بررسی و تحقیق درباره این فاکتورهای اثرگذار مصمم کرد. هدف اصلی این تحقیق بررسی عوامل مؤثر ناشی از بیماری در کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در شهر تهران، از طریق رگرسیون چندگانه است. نتایج این تحقیق مدلی ابتدایی و ساده برای استفاده از عوامل مؤثر و پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به درمانگران در مراکز درمانی و تحقیقاتی ارائه می‌دهد که می‌توانند از آن برای کاربردهای تشخیصی درمانی و تحقیقاتی استفاده کنند.

روش کار

مشارکت‌کنندگان

در این مطالعه مقطعی مشاهده‌ای، ۸۲ بیمار (۵۳ نفر از نوع عود-بهبود و ۲۹ نفر از نوع پیش‌رونده ثانویه) به‌صورت غیرتصادفی ساده، از بین بیماران مراجعه‌کننده به دانشکده علوم توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران یا مراجعه‌کننده به انجمن بیماران مولتیپل اسکلروزیس انتخاب شدند. برای تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سایر متغیرها در این مطالعه، از رابطه بین کیفیت زندگی و افسردگی، بر اساس فرمول

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{d^2} + 3$$

با اطمینان ۹۹ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد استفاده شد که حجم نمونه تقریباً ۸۰ نفر به‌دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال، نوع بیماری عود-بهبود و پیش‌رونده ثانویه، عدم عود بیماری در طول ۴ هفته گذشته (طبق تشخیص نورولوژیست)، سطح شناخت بر اساس MMSE (Mini Mental Status Examination)

ناتوان خواهند بود، ۱۵ سال پس از بیماری، نیمی از آنان بدون کمک، قادر به راه رفتن نخواهند بود و پس از ۲۵ سال، نیمی از آنان به ویلچر وابسته خواهند شد [۷]. هدف از توان‌بخشی به این بیماران به حداکثر رساندن عملکرد، جلوگیری از ایجاد مسائل و مشکلات ناشی از عوارض بیماری، توانمندسازی بیمار برای به حداکثر رساندن استفاده از پتانسیل‌های خود و بهبود کیفیت زندگی آنان است [۸].

کیفیت زندگی درکی است که فرد یا گروهی از افراد جامعه از سلامت و تندرستی خود دارند. کیفیت زندگی دو جزء دارد: ۱. جنبه فیزیکی که مسائلی مانند سلامت، رژیم غذایی، حفاظت در مقابل بیماری و درد را در بر می‌گیرد؛ ۲. جنبه روان‌شناختی که مسائلی مانند استرس، نگرانی، خوش‌حالی و تمام حالات عاطفی مثبت و منفی را در بر می‌گیرد [۹]. شدت افسردگی، سطح ناتوانی فیزیکی، شدت درد، اختلالات شناختی و دیگر مشکلات ناشی از بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر بگذارد [۱۰]. همچنین، عواملی مانند سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، مدت ابتلا و سطح بیماری نیز می‌تواند بر سطح کیفیت زندگی این گروه تأثیرگذار باشد [۱۱].

افسردگی یکی از نشانه‌های شایع و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس است و تأثیرات بالینی مختلفی بر این بیماران دارد که احتمال وقوع آن در طول زندگی آنان، حدود ۵۰ درصد گزارش شده است [۱۲]. افسردگی در بیماری مولتیپل اسکلروزیس ممکن است در اثر واکنش بیمار به ناتوانی و علائم بیماری یا ناشی از خود فرایند بیماری باشد که خودبه‌خود، بهبود نمی‌یابد و در صورت درمان نکردن، بدتر می‌شود [۱۳]. ناتوانی فیزیکی این افراد نیز چشمگیر است، به‌طوری که حداقل یک‌سوم افراد پس از تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس، دچار افت عظیمی در استانداردهای زندگی‌شان می‌شوند [۱۴]. مطالعات گذشته نشان داده‌اند که افسردگی با کیفیت زندگی ارتباط دارد؛ پس احتمالاً، بین علائم افسردگی، شدت ناتوانی و آسیب شناختی رابطه‌ای وجود دارد [۱۵]. درحالی‌که بعضی محققان گزارش کرده‌اند که علائم افسردگی رابطه‌ای قوی با شدت ناتوانی و آسیب شناختی ندارد [۱۷]، ممکن است در طول فاز عود بیماری یا هنگام پیشرفت ناتوانی نورولوژیک، شدت این رابطه بیشتر باشد [۱۸]. همچنین، گزارش کرده‌اند که عملکردهای شناختی افراد افسرده ضعیف‌تر از غیرافسرده‌ها است [۱۹]. علائم افسردگی تأثیر عمیقی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌گذارد. معیارهای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس افسرده، پایین‌تر از افراد غیرافسرده است [۲۰]. جاناردهان و همکاران و نیز پتی و همکاران، در مطالعات خود دریافتند که علائم افسردگی تأثیر مهمی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌گذارد و با اجزای کیفیت زندگی در ارتباط است [۲۱، ۲۲]. گزارش کرده‌اند که حدود ۳۰ درصد از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با نمره افسردگی یک بالا، نمرات پایین‌تری در

Physical) (Health Composite) پرسش‌نامه شامل فعالیت فیزیکی (Physical)، مشکلات فیزیکی (Physical Problem)، درد (Pain)، انرژی (Energy)، درک از سلامت (Health Perception)، فعالیت اجتماعی (Social Function) و فعالیت جنسی (Sexual Function) بود. همچنین، آیت‌های ابعاد سلامت روان‌شناختی (Mental Health Composite) این پرسش‌نامه مشکلات روانی (Emotional Problem)، سلامت روان (Emotional Well-being)، عملکرد شناختی (Cognitive Function)، فشارهای روحی‌روانی (Health Distress)، کیفیت کلی زندگی (Overall QOL)، تغییر در سلامت (Change in Health) و رضایت از سلامت (Satisfaction with Health) را در بر می‌گرفت. این پرسش‌نامه را در ایران، قائم و همکاران (۲۰۰۷)، ترجمه و روان‌سنجی کرده‌اند [۳۰].

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)

این پرسش‌نامه نوعی آزمون خودگزارشی است که ۲۱ سؤال دارد و طی ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود. این آزمون در مجموع، ۲۱ سؤال مرتبط با نشانه‌های مختلف غمگینی، ناامیدی، ناکامی، نارضایتی، احساس گناه، احساس مجازات، نارضایتی از خود، سرزنش خود، فکر خودکشی، گریه کردن، بی‌قراری، از دست دادن علاقه، عدم قدرت تصمیم‌گیری، بی‌ارزشی، از دست دادن انرژی، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش وزن، خستگی و نهایتاً کاهش علاقه به میل جنسی را شامل می‌شود. به این ترتیب که ۲ سؤال از آن مربوط به عاطفه، ۱۱ سؤال مربوط به شناخت، ۲ سؤال مربوط به رفتارهای آشکار، ۵ سؤال مربوط به نشانه‌های جسمانی و ۱ سؤال مربوط به نشانه‌شناسی میان‌فردی بود. به این ترتیب، این پرسش‌نامه درجات مختلف افسردگی از فقدان افسردگی/افسردگی خفیف (نمره ۰) تا افسردگی بسیار شدید (نمره ۳) را ارزیابی می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه از پایایی و اعتبار برخوردار است [۳۱].

پرسش‌نامه شدت درد دیداری (VAS)

اندازه‌گیری شدت درد ادراک‌شده با استفاده خط پیوسته ۰ تا ۱۰۰ میلی‌متری (نمره‌گذاری از ۰ (نبود درد) تا ۱۰۰ (شدیدترین درد ممکن)) انجام شد، بدین شکل که بیمار میزان درد خود را به‌صورت مقیاسی عددی تحت عنوان شدت درد ارائه می‌کرد. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌ها تأیید شده است [۳۲].

مقیاس وضعیت شدت ناتوانی (EDSS)

این مقیاس را نورولوژیستی به نام کرتسک (۱۹۸۳) برای تعیین شدت ناتوانی فیزیکی و ازکارافتادگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ابداع کرده است که ناتوانی را در ۸ سیستم عملکردی (بینایی، حسی، ادراری‌مدفوعی، مغز، ساقه مغز، مخچه، راه‌های پیرامیدال) نشان می‌دهد. EDSS از صفر (نشانه وضعیت طبیعی و نداشتن هیچ‌گونه مشکل یا اختلال فیزیکی در زمینه عملکرد سیستم‌ها) تا ۱۰ (نشانه مرگ) درجه‌بندی می‌شود و

بالاتر از ۲۴ [۲۸]، سطح ناتوانی بر اساس شاخص EDSS (Expanded Disability Status Scale) بین ۷/۵ تا ۱/۵ (طبق تشخیص نورولوژیست) [۲۹]، نداشتن سابقه سایر بیماری‌های نورولوژیک و نداشتن سابقه بیماری‌های سیستمیک و نورولوژیک مشخص (بر طبق تشخیص پزشک). تمایل نداشتن به ادامه همکاری در طرح، عود بیماری حین انجام طرح، گزارش ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی توسط فرد یا خانواده و دریافت هرگونه مداخله تأثیرگذار بر افسردگی مانند مصرف انواع داروهای ضدافسردگی جزء شرایط خروج از مطالعه بودند.

روند انجام کار

پس از کسب مجوز اخلاق از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1400.576) و پرکردن رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط افرادی که به شرکت در این پژوهش تمایل داشتند، نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. شناسایی بیماران مناسب برای نمونه‌گیری اوایل فصل بهار شروع شد و در انتهای خرداد به پایان رسید. ارزیابی‌ها در تمامی روزهای اداری هفته، صبح‌ها در ساعات ۸ تا ۱۲ انجام شد. محل ارزیابی برای تمامی داوطلبان به‌طور یکسان و مناسب انتخاب شده بود. تمام افرادی که بر اساس معیار ورود در مطالعه شرکت داده شدند، بر اساس معیار DSM-V به دو گروه بیماران افسرده و غیرافسرده تقسیم‌بندی شدند. همچنین، پرسش‌نامه سطح ناتوانی EDSS (Expanded Disability Statues Scale) را پزشک از بیماران گرفت. سپس، اطلاعات جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) شامل سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا و سطح بیماری جمع‌آوری شد. در مرحله بعد، پرسش‌نامه کیفیت زندگی MSQOL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life Questionnaire)، پرسش‌نامه شدت درد VAS (Visual Analogue Scale) و پرسش‌نامه افسردگی بک (Beck Depression Index) به‌طور تصادفی از بیماران گرفته شد. این پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارشی (Self-report)، کامل شد و در صورت وجود مسائلی مانند سطح سواد پایین، مشکل بینایی و لرزش زیاد دستان، پرسش‌نامه‌ها را آزمونگر خواند و علامت زد. برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها، محدودیت زمانی وجود نداشت و در صورت تمایل بیمار، بین پر کردن پرسش‌نامه به آنان استراحت داده می‌شد. پر کردن پرسش‌نامه‌ها برای هر بیمار طی یک جلسه به اتمام می‌رسید. طی تمام ارزیابی‌ها، هیچ‌یک از افراد (پزشک، بیمار و ارزیاب) از نحوه گروه‌بندی بیماران در دو گروه افسرده و غیرافسرده، به‌منظور جلوگیری از سوگیری (bias)، اطلاعی نداشتند.

ابزارهای ارزیابی

پرسش‌نامه کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MSQOL-54)

این پرسش‌نامه شامل ۵۲ آیت در قالب ۱۲ معیار و ۲ آیت مازاد (رضایت از سلامت (Satisfaction with Health) و تغییر در سلامت (Change in Health)) بود. آیت‌های ابعاد سلامت فیزیکی (Physical)

Independent t-test و همچنین، برای بررسی همبستگی‌ها از آزمون‌های پیرسون (در داده‌های با توزیع نرمال) و اسپیرمن (در داده‌های با توزیع غیرنرمال) استفاده شد. قدرت ضریب همبستگی به صورت زیر مشخص شد: ۰ تا ۰/۵ بدون ارتباط یا ارتباط کم، ۰/۲۶ تا ۰/۴۹ ارتباط پایین، ۰/۵۰ تا ۰/۶۹ ارتباط متوسط، ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ ارتباط بالا و ۰/۹۰ تا ۱/۰۰ ارتباط خیلی بالا تفسیر شد [۳۴]. در این مطالعه، برای بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از آزمون رگرسیون چندگانه، با در نظر گرفتن سطح آلفا برابر با ۰/۰۵ استفاده شد. همچنین، ضریب استاندارد بتای هریک از عوامل تعریف شده بر دو جنبه کیفیت زندگی (وضعیت سلامت روان‌شناختی و وضعیت سلامت فیزیکی) استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) و توصیفی کمی (میانگین، انحراف معیار، دامنه) درباره سن، مدت ابتلا به بیماری، سطح شناختی، شدت درد، سطح ناتوانی و شدت افسردگی و نیز اطلاعات توصیفی کیفی (فراوانی و درصد فراوانی، فراوانی تجمعی) درباره جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل و نوع بیماری افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج مقاله نشان داد که ضریب همبستگی کل عوامل فوق با کیفیت زندگی و وضعیت روان‌شناختی برابر $R=0/85$ است. همچنین، نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که فقط عامل افسردگی بر وضعیت روان‌شناختی از کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکیزوئیس مؤثر است و مقدار آن $0/67-$ است؛ یعنی هرچه شدت افسردگی افزایش یابد، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (جدول ۲).

افزایش نیم‌واحدی دارد. امتیاز ۵/۵ نشان‌دهنده این است که بیمار می‌تواند حدود ۱۰۰ متر را بدون کمک یا استراحت، طی کند. بیماران با امتیاز پایین‌تر (۰ تا ۳/۵) عمدتاً نشانه‌هایی را در معاینات عصبی نشان می‌دهند، درحالی‌که بیماران با امتیاز ۴ و بالاتر میزان ناتوانی بیشتری را خصوصاً در زمینه تحرک دارند [۲۹]. بیماران در این مطالعه، بر اساس نمره EDSS، به سه گروه تقسیم شدند (خفیف: ۰ تا ۳/۵، متوسط: ۴ تا ۵/۵ و شدید: ۶ تا ۸/۵) [۳۳]. شرط ورود افراد به این مطالعه کسب نمره گسترش ناتوانی ۱/۵ تا ۷/۵ بود که شامل بیمارانی می‌شد که بیماری آنان از دو نوع عود و فروکش و پیش‌رونده ثانویه باشد.

پرسش‌نامه وضعیت شناختی (MMSE)

MMSE نوعی آزمون غربالگری برای تعیین مشکلات شناختی است. این ابزار توانایی سوگیری، حافظه (کوتاه‌مدت)، خواندن، نوشتن، محاسبه کردن، دیدن و ترسیم کردن و ارتباط یک شیء یا تصویر با دیگری را بررسی می‌کند. اجرای این آزمون به زمان کمی نیاز دارد و به سرعت نمره‌دهی می‌شود. نمره‌دهی این آزمون از ۰ تا ۳۰ است و نمره ۲۱ یا کمتر از آن نشان‌دهنده درجاتی از اختلال عملکرد شناختی است. این آزمون از روایی مناسبی برخوردار است [۲۸].

نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه‌ها پس از گذراندن، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه، برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها، از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی اختلافات بین گروه بیماران افسرده و غیرافسرده از آزمون

جدول ۱. اطلاعات توصیفی کمی و کیفی شرکت‌کنندگان (تعداد=۸۲ نفر)

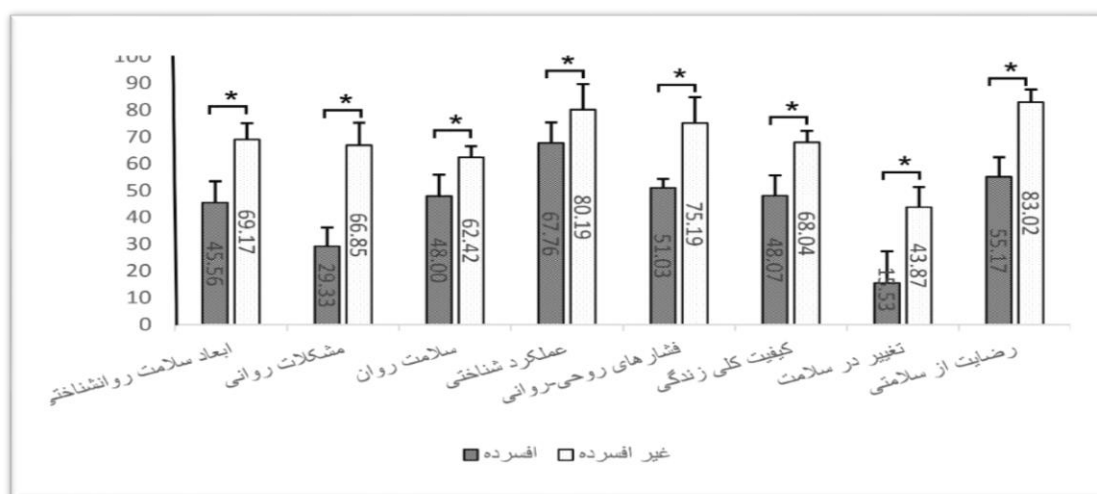
متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دامنه (حداقل/حداکثر)	Z	P(v)	سطح توزیع نرمال
سن (سال)	۳۸/۷۹ $\pm$ ۱۰/۱۹	۲۵-۶۰	۰/۸۵۹	۰/۴۵۲	
مدت ابتلا (سال)	۱۱/۶۵ $\pm$ ۶/۷۷	۱-۳۰	۰/۹۳۴	۰/۳۴۷	
سطح شناختی (۰-۳۰)	۲۸/۱۷ $\pm$ ۱/۷۶	۲۳-۳۰	۱/۹۶	۰/۰۰۱	
شدت درد (۰-۱۰)	۲/۴۴ $\pm$ ۲/۳۶	۰-۸	۲/۰۵	۰/۰۰۰	
سطح ناتوانی (۰-۱۰)	۴/۲۳ $\pm$ ۱/۹۸	۱/۵-۷/۵	۰/۷۸۵	۰/۵۶۸	
شدت افسردگی (۰-۶۳)	۱۶/۹ $\pm$ ۱۱/۲۳	۰-۴۸	۱/۲۰	۰/۱۱۱	
متغیر	فراوانی (درصد)	فراوانی تجمعی			
جنس	زن (۴۳/۹)	۴۳/۹			
	مرد (۵۶/۱)	۱۰۰			
وضعیت تأهل	مجرد (۴۳/۹)	۴۳/۹			
	متأهل (۵۶/۱)	۱۰۰			
سطح تحصیلات	زیردیپلم (۱۵/۹)	۱۶			
	دیپلم (۴۱/۵)	۵۸			
	فوق‌دیپلم (۹/۸)	۹/۶۷			
	لیسانس (۲۳/۲)	۹۱/۴			
	فوق لیسانس و بالاتر (۸/۵)	۱۰۰			
وضعیت اشتغال	بیکار (۷۰/۷)	۷۰/۷			
	پاره‌وقت (۲۰/۷)	۹۱/۵			
	تمام‌وقت (۸/۵)	۱۰۰			
نوع بیماری	عود و فروکش (۶۴/۶)	۶۴/۶			
	پیش‌رونده ثانویه (۳۵/۴)	۱۰۰			

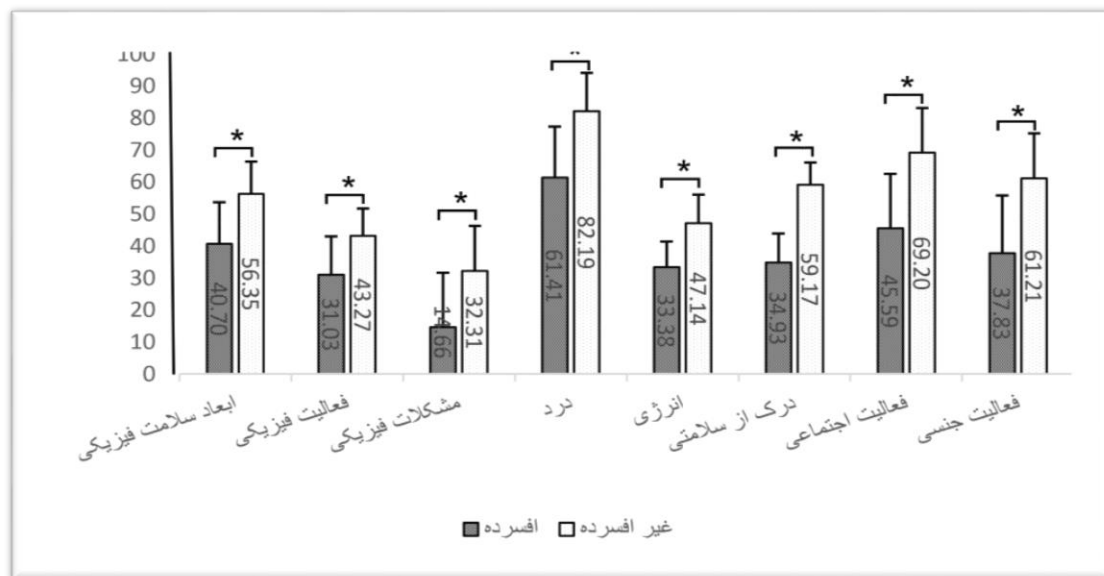
جدول ۲. نتایج رگرسیون چندگانه عوامل مؤثر بر ابعاد وضعیت سلامت روان شناختی و فیزیکی از کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس (تعداد=۸۲ نفر)

ابعاد	مدل	ضریب استاندارد نشده	خطای استاندارد	ضریب استاندارد شده	t	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
بعد سلامت روان شناختی	سن	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۰۵	۰/۳۳
	جنس	-۴/۵۳	۲/۷۵	-۰/۱۳	-۱/۶۵	۰/۱۰	-۰/۳۱	۰/۰۰
	وضعیت تأهل	۶/۶۴	۳/۰۵	۰/۱۹	۲/۱۸	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۳۹
	تحصیلات	-۰/۵۹	۱/۸۱	-۰/۰۳	-۰/۳۳	۰/۷۵	۰/۱۳	۰/۱۲
	شغل	۳/۰۶	۲	۰/۱۱	۱/۵۴	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۰۴۸
	نوع بیماری	۷/۴۶	۳/۵۲	۰/۲۰	۲/۱۲	۰/۰۴	-۰/۱۱	۰/۱۵
	مدت ابتلا	-۹/۶۳	۰/۲۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۱	-۰/۰۵	۰/۳۴
	سطح شناخت	۰/۵۴	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۶۷	۰/۵۱	۰/۲۲	۰/۰۲
	شدت درد	-۱/۰۳	۰/۵۹	-۰/۱۴	-۱/۷۴	۰/۰۹	-۰/۴۱	۰/۰۰
	سطح ناتوانی	-۱/۱۵	۰/۹۱	-۰/۱۳	-۱/۲۷	۰/۲۱	-۰/۳۱	۰/۰۰
بعد سلامت فیزیکی	شدت افسردگی	-۱/۰۶	۰/۱۳	-۰/۶۷	-۸/۱۰	۰/۰۰	-۰/۷۷	۰/۰۰
	سن	-۰/۲۰	۰/۱۲	-۰/۱۳	-۰/۶۸	۰/۰۹	-۰/۲۳	۰/۰۲
	جنس	-۰/۶۱	۲/۱۱	-۰/۰۸	-۱/۲۳	۰/۲۲	-۰/۲۱	-۰/۰۳
	وضعیت تأهل	۳/۵۱	۲/۳۴	۰/۱۱	۱/۵۰	۰/۱۴	-۰/۱۱	۰/۱۷
	تحصیلات	۰/۷۰	۱/۳۹	۰/۰۳	۰/۵۱	۰/۶۱	۰/۲۴	۰/۰۲
	شغل	۲/۶۴	۱/۵۳	۰/۱۱	۱/۷۳	۰/۰۹	۰/۳۱	۰/۰۰
	نوع بیماری	۱/۳۰	۲/۷۰	۰/۰۴	۰/۴۵	۰/۶۶	۰/۴۱	۰/۰۰
	مدت ابتلا	۰/۵۱	۰/۱۶	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۷۵	۰/۱۹	۰/۰۴۵
	سطح شناخت	۰/۴۴	۰/۶۲	۰/۰۵	۰/۷۲	۰/۴۸	۰/۴۰	۰/۰۰
	شدت درد	-۰/۵۰	۰/۴۵	-۰/۰۷	-۱/۱۱	۰/۲۷	-۰/۴۲	۰/۰۰
	سطح ناتوانی	-۲/۸۱	۰/۷۰	-۰/۳۵	-۴/۰۳	۰/۰۰	-۰/۶۳	۰/۰۰
	شدت افسردگی	-۰/۶۷	۰/۱۰	-۰/۴۸	-۶/۶۳	۰/۰۰	-۰/۷۲	۰/۰۰

کاهش کیفیت زندگی و سلامت فیزیکی هستند (جدول ۲). طبق جدول ۳ و نمودار ۱، اختلاف میانگین بین دو گروه افسرده و غیرافسرده در افراد مبتلا به مولتیپل اسکیزوزیس، در آیتم‌های مختلف ابعاد وضعیت روان شناختی و وضعیت فیزیکی از کیفیت زندگی، دارای اختلاف معنادار است.

همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که ضریب همبستگی کل عوامل فوق با بعد سلامت فیزیکی از کیفیت زندگی برابر $R=0/89$ است. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که در بین عوامل مختلف مرتبط با بعد سلامت فیزیکی کیفیت زندگی، دو عامل افسردگی (مهم‌ترین عامل) و سطح ناتوانی به ترتیب، با ضریب $0/48$ و $0/35$ مؤثرترین عوامل در





ب

نمودار ۱. نمره کل کیفیت زندگی (الف: بعد سلامت روان‌شناختی، ب: بعد سلامت فیزیکی) افراد مبتلا به مولتیپل اسکروز افسرده و غیرافسرده (تعداد=۸۲ نفر) (علامت * نشانه معناداری با $P\text{-value} < 0.05$ است)

جدول ۳. اختلاف میانگین نمرات آزمون‌های مختلف ابعاد کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروز افسرده و غیرافسرده (تعداد=۸۲ نفر)

آزمون تی مستقل (درجه آزادی ۸۰)	P(v)	شاخص‌های آماری		ابعاد کیفیت زندگی
		متغیر	اندازه t	
۰/۰۰۰	-۴/۷۱	دارای افسردگی		مشکلات روانی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۵/۳۷	دارای افسردگی		سلامت روانی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۹	-۲/۶۶	دارای افسردگی		عملکرد شناختی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۵/۶۲	دارای افسردگی		فشارهای روحی‌روانی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۶/۱۹	دارای افسردگی		کیفیت کلی زندگی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۵/۹۴	دارای افسردگی		تغییر در سلامت
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۲	-۳/۳۶۲	دارای افسردگی		رضایت از سلامتی
		بدون افسردگی		
۰/۰۱۲	-۲/۵۹	دارای افسردگی		فعالیت فیزیکی
		بدون افسردگی		
۰/۰۱۴	-۲/۵۱	دارای افسردگی		مشکلات فیزیکی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۴/۳۵	دارای افسردگی		درد
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۴/۶۲	دارای افسردگی		انرژی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۷/۷۶	دارای افسردگی		درک از سلامتی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۵/۲۴	دارای افسردگی		فعالیت اجتماعی
		بدون افسردگی		
۰/۰۰۰	-۴/۷۳	دارای افسردگی		فعالیت جنسی
		بدون افسردگی		

آزمون‌های بعد سلامت روان‌شناختی

آزمون‌های بعد سلامت فیزیکی

با افزایش شدت افسردگی، وضعیت سلامت روان‌شناختی و فیزیکی از کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس کاهش می‌یابد. همچنین، نتایج نشان داد که شدت افسردگی با تک‌تک آیتم‌های کیفیت زندگی دارای همبستگی متفاوتی از ضعیف، متوسط تا بالا است.

همچنین، طبق جدول ۴، در بررسی همبستگی شدت افسردگی با نمرات کل دو بعد وضعیت سلامت روان‌شناختی و وضعیت فیزیکی از کیفیت زندگی (اسپیرمن/توزیع غیرنرمال)، همبستگی معنادار بالا و معکوس به دست آمد (به‌ترتیب، $p = -0.082$ و $p = -0.0761$). این به آن معنا است که

جدول ۴. همبستگی شدت افسردگی با نمرات کل و آیتم‌های مختلف سلامت فیزیکی و روان‌شناختی از کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (تعداد= ۸۲ نفر)

نوع همبستگی	متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح توزیع K.S. نرمال		ضریب همبستگی	سطح معناداری P(V)
			P(V)	Z		
شدت افسردگی با آیتم‌های بعد سلامت فیزیکی	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/250$	$0/001$
	فعالیت فیزیکی	$39/39 \pm 25/30$	$0/321$	$0/955$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/471$	$0/000$
	مشکلات فیزیکی	$25/91 \pm 31/04$	$0/000$	$2/589$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/529$	$0/000$
	درد	$74/95 \pm 23/05$	$0/074$	$1/284$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/601$	$0/000$
	انرژی	$42/49 \pm 14/77$	$0/182$	$1/095$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/701$	$0/000$
	درک از سلامتی	$50/98 \pm 19/75$	$0/785$	$0/655$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/522$	$0/000$
	فعالیت اجتماعی	$60/96 \pm 22/64$	$0/189$	$1/086$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/487$	$0/000$
	فعالیت جنسی	$53/24 \pm 24/54$	$0/000$	$2/574$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/761$	$0/000$
	نمره کل بعد سلامت فیزیکی	$50/72 \pm 16/08$	$0/000$	$2/238$		
شدت افسردگی با آیتم‌های بعد سلامت روان‌شناختی	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/656$	$0/000$
	مشکلات روانی	$53/46 \pm 39/10$	$0/006$	$1/701$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/626$	$0/000$
	سلامت روانی	$57/32 \pm 13/48$	$0/486$	$0/837$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/254$	$0/021$
	عملکرد شناختی	$75/79 \pm 20/97$	$0/068$	$1/299$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/610$	$0/000$
	فشارهای روحی-روانی	$66/65 \pm 21/84$	$0/157$	$1/128$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$r = -0/726$	$0/000$
	کیفیت کلی زندگی	$59/91 \pm 19/42$	$0/398$	$0/896$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/737$	$0/000$
	تغییر در سلامت	$33/84 \pm 24/64$	$0/001$	$1/931$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/405$	$0/000$
	رضایت از سلامتی	$73/17 \pm 34/19$	$0/000$	$2/900$		
	افسردگی	$16/90 \pm 11/24$	$0/111$	$1/203$	$\rho = -0/802$	$0/000$
	نمره کل بعد سلامت روان‌شناختی	$60/81 \pm 17/93$	$0/001$	$1/969$		

زندگی این گروه از بیماران بود. با مقایسه نتایج به‌دست‌آمده از وضعیت سلامت وضعیت‌های روان‌شناختی و فیزیکی از کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکروزیس، می‌توان گفت که شدت افسردگی فاکتوری بسیار قوی و تأثیرگذار بر سلامت روان‌شناختی و فیزیکی از کیفیت زندگی است. همچنین، مقایسه اختلاف میانگین بین دو گروه افسرده و

هدف این مطالعه بررسی عوامل جمعیت‌شناختی افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا و نوع بیماری) و همچنین، عوامل ناشی از بیماری (شدت افسردگی، سطح ناتوانی، شدت درد و سطح شناخت) بر کیفیت

بحث

می‌کنند. همین امر باعث نارضایتی بیمار از وضعیت سلامت خود می‌شود و اغلب، این بیماران به‌خاطر وضعیت سلامت خود نگران هستند و بروز وضعیت جسمانی بدتری را پیش‌بینی می‌کنند. وجود حمایت‌های عاطفی و روانی اجتماعی تأثیر مستقیمی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌گذارد؛ بنابراین، این بیماران به‌خاطر ترس از دریافت نکردن این قبیل حمایت‌ها، اغلب سعی می‌کنند که کمتر در اجتماع حضور پیدا کنند [۳۸]. بیماران مولتیپل اسکلروزیس ممکن است به‌خاطر ترس از ناتوانی در رابطه جنسی، اغلب تمایلی به انجام این کار از خود نشان ندهند و متعاقب آن، میل آن‌ها به برقراری ارتباط با همسران خود کاهش یابد [۴۰]. همه این موارد به‌صورت چرخه معیوب، به افزایش میزان افسردگی این دسته از بیماران منجر می‌شود. توضیحات فوق در راستای نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق حاضر است و به‌خوبی، تأیید می‌کند که افسردگی با جنبه فیزیکی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس ارتباط دارد.

در توجیه ارتباط معنادار بین افسردگی و جنبه روان‌شناختی کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت بیمارانی که دارای افسردگی هستند، کمتر می‌توانند در انجام کارها و فعالیت‌های معمول خود دقت لازم را داشته باشند؛ زیرا پرش افکار و حواس‌پرتی از علائم موجود در این بیماران است که مانع از انجام صحیح کارها می‌شود. اکثر این بیماران افسرده به‌دلیل ایجاد بیماری در خود، احساس گناه می‌کنند و اغلب فکر می‌کنند که این بیماری مجازاتی برای آن‌ها است. این طرز فکر باعث وضعیت روحی‌روانی نامطلوبی می‌شود [۴۱]. تعدادی از آن‌ها به فکر خودکشی می‌افتند و بیش از حد گریه می‌کنند. این بیماران کم‌کم، علاقه خود را به مردم و جامعه از دست می‌دهند و بیشتر تنهایی را ترجیح می‌دهند. این افراد قدرت تصمیم‌گیری ضعیفی دارند. همچنین، بیماران افسرده مولتیپل اسکلروزیس در برخی جنبه‌های عملکردی‌شناختی، مانند توجه، حافظه فوری و فرایندهای بینایی و کلامی دچار مشکل می‌شوند [۴۲] که همگی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد است.

البته، باید تفاوت‌های احتمالی در ارتباط بین افسردگی در آیتم‌های مختلف را در فاکتورهایی مانند تفاوت در تعداد نمونه‌ها، تفاوت‌های فرهنگی در نمونه‌ها و تفاوت در سبک زندگی بیماران جست‌وجو کرد [۲۲]. در همین راستا، به‌منظور ارتقای دانش و آگاهی متخصصان امر و سایر تیم‌های درمانی در خصوص مولتیپل اسکلروزیس و تأثیر علائم مختلف بر کیفیت زندگی این بیماران، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات گسترده‌تری در منطقه‌های جغرافیایی متفاوت و فرهنگ‌های مختلف انجام شود.

مطالعه حاضر نیز نظیر هرگونه تحقیق دیگر، دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توانست در برخی موارد، نتیجه‌ها و کاربردهای حاضر از آن را تحت‌تأثیر قرار دهد، ازجمله بیماران مولتیپل اسکلروزیس که برای کار تحقیقاتی انتخاب شده بودند، صرفاً از بین بیماران مراجعه‌کننده به دو

غیرافسرده در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، در آیتم‌های مختلف دو بعد سلامت روان‌شناختی و فیزیکی از کیفیت زندگی، اختلاف معناداری را نشان داد. نتایج این مطالعه میزان هم‌بستگی بالا و معکوسی را بین شدت افسردگی و نمره کل و تمامی آیتم‌های دو بعد سلامت فیزیکی و روان‌شناختی از کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد، به این معنا که با افزایش شدت افسردگی، کیفیت زندگی افراد مبتلا کاهش یافته است. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات جانادریان و همکاران (۲۰۰۲) [۲۱]، پتی و همکاران (۲۰۰۳) [۲۲] و جوز ساو و همکاران (۲۰۰۸) [۳۵] است. در واقع، علائم روان‌شناختی، ازجمله افسردگی، باعث بدتر شدن علائم فیزیکی، همچون خستگی، ناتوانی، رنج بردن، اختلال در زندگی خانوادگی، کاری و اجتماعی شده و از این طریق، نهایتاً باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۳۶، ۳۷].

وجود مدارهای مشترک در زیرلایه کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، بیشتر ارتباط این دو فاکتور را تأیید می‌کند. به‌عنوان مثال، آسیب لوب پارینال فوقانی هم در افسردگی [۱] و هم در کیفیت زندگی [۲] در این بیماران، نقش دارد. آتروفی مغز همچنین، با کیفیت زندگی [۲] و افسردگی [۳، ۱] در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارتباط دارد. به عبارتی، فرایند نورودژنراسیون و آسیب غلاف میلین عصبی در این بیماران با تأثیرگذاری بر مسیرهای سروتونرژیک در مدارهای قشری‌لیمبیک که کار تنظیم خلق را بر عهده دارند، به افسردگی [۱] و در نهایت، افت کیفیت زندگی منجر می‌شود [۴]. در توجیه ارتباط بین افسردگی و جنبه سلامت فیزیکی از کیفیت زندگی، می‌توان بیان کرد که بیماران مولتیپل اسکلروزیس که دچار افسردگی هستند، بیش از اندازه احساس ناراحتی و غمگینی می‌کنند و هیچ‌گاه از وضعیت سلامت خود احساس رضایت ندارند و تمایل خود را برای انجام فعالیت‌های روزانه که مستلزم داشتن وضعیت جسمانی مطلوب است، از دست می‌دهند [۳۸].

از طرفی، این بیماران کم‌حوصله‌تر از افراد عادی هستند و به‌خاطر تحریک‌پذیری بالا، بروز هرگونه مشکلی حین انجام فعالیت‌های روزانه، تأثیر نامطلوبی بر حالات روحی و عاطفی آنان می‌گذارد و باعث می‌شود که بیماران به انجام فعالیت‌های جسمانی و کارهای روزانه خود تمایلی نداشته باشند و بیشتر ترجیح دهند که منزوی باشند. انزوا و بی‌تحرك بیماران مولتیپل اسکلروزیس افسرده همانند تأثیری که خستگی بر آنان می‌گذارد، تأثیر غیرمستقیمی بر ایجاد درد بیماران دارد و باعث ایجاد درد و ناراحتی‌های عضلانی و مفصلی و نیز کاهش انرژی این بیماران می‌شود. از آنجایی که همه افراد دارای انرژی‌های بالقوه‌ای هستند که با تحرک و جنب‌وجوش به فعل درمی‌آیند، بی‌تحرك بیماران مولتیپل اسکلروزیس افسرده باعث کاهش انرژی، ایجاد درد و عدم تمایل بیماران به انجام دادن فعالیت‌های جسمانی‌شان می‌شود [۳۹]. این بیماران اغلب ناامید هستند و نسبت به گذشته خود، احساس ناکامی

می‌کند. افسردگی نباید عاملی ثانویه، بلکه باید جزئی پیوسته و یکپارچه در زمینه وجود بیماری به حساب آید و در اهداف نهایی درمان این گروه از بیماران مدنظر باشد تا تأثیر درمان این علائم بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس، بهتر نمایان شود. پس تمامی بیماران مولتیپل اسکلروزیس باید از نظر داشتن افسردگی بررسی شوند؛ زیرا درمان افسردگی نه تنها بر خلق بیماران، بلکه بر سایر جوانب عملکردی روزانه بیماران تأثیر نامطلوبی می‌گذارد [۳۶، ۳۷].

سپاسگزاری

از تمام بیماران و خانواده محترم آن‌ها برای حضور در این طرح سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

در اظهارات این متن، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

مرکز مدنظر انتخاب شدند که قطعاً نمی‌توانند تصویری واقعی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس در ایران را نشان دهند.

همین امر باعث می‌شود که به انواع مختلف این بیماری دسترسی نداشته باشیم و این موضوع تعمیم‌پذیری نتایج را با دشواری همراه می‌سازد. البته، سعی شد که تمرکز روی انواع مولتیپل اسکلروزیس با شیوع بیشتر باشد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، روی انواع دیگر بیماری تمرکز شود. تطابق محل و وسعت پلاک با شدت آسیب و افسردگی، به دلیل کامل نبودن اطلاعات در دسترس، در نظر گرفته نشد.

نتیجه‌گیری

تشخیص به موقع افسردگی می‌تواند برای تدارک درمان زودهنگام این علائم و متعاقب آن، بهبود کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر واقع شود [۳۵]. افسردگی از علائم مهمی است که بیماران مولتیپل اسکلروزیس ممکن است آن را تجربه کرده باشند و نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی این بیماران ایفا

References

- Miller A. Handbook of relapsing-remitting multiple sclerosis: Springer; 2017.
- Gafari S, Khoshknab MF, Nourozi K, Mohamadi E. Informal caregivers' experiences of caring of multiple sclerosis patients: A qualitative study. Iran Nurs Midwifery Res. 2017;22(3): 243-7. DOI: 10.4103/1735-9066.208168 PMID: 28706551
- Heydarpour P, Khoshkish S, Abtahi S, Moradi-Lakeh M, Sahraian MA. Multiple sclerosis epidemiology in Middle East and North Africa: A systematic review and meta-analysis. Neuroepidemiology. 2015;44(4):232-44. DOI: 10.1159/000431042 PMID: 26088327
- Saman-Nezhad B, Rezaee T, Bostani A, Najafi F, Aghaei A. Epidemiological characteristics of patients with multiple sclerosis in Kermanshah, Iran in 2012. J Mazandaran Univ Med Sci. 2013;23(104):97-101.
- Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Ann Marrie R, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS. Mult Scler J. 2020;26(14):1816-21. DOI: 10.1177/1352458520970841 PMID: 33174475
- Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan G. Epidemiology of multiple sclerosis. Rev Neurol. 2016;172(1):3-13. DOI: 10.1016/j.neurol.2015.10.006 PMID: 26718593
- Benedict RHB, Wahlg E, Bakshi R, Fishman I, Munschauer F, Zivadinov R, et al. Predicting quality of life in multiple sclerosis: accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. J Neurol Sci. 2005;231(1-2):29-34. DOI: 10.1016/j.jns.2004.12.009 PMID: 15792817
- Zwibel HL, Smrtka J. Improving quality of life in multiple sclerosis: An unmet need. Am J Manag Care. 2011;17(5):139-45. PMID: 21761952
- Connell J, Brazier J, O'Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. Health Qual Life Outcomes. 2012;10(1):138-54. DOI: 10.1186/1477-7525-10-138. PMID: 23173689
- Opara JA, Jaracz K, Broła W. Quality of life in multiple sclerosis. J Med Life. 2010;3(4):352-58. PMID: 21254730
- Rezapour A, Almasian Kia A, Goodarzi S, Hasoumi M, Motlagh SN, Vahedi S. The impact of disease characteristics on multiple sclerosis patients' quality of life. Epidemiol Health. 2017;39:2017008. DOI: 10.4178/epih.e2017008 PMID: 28231687
- Patten SB, Marrie RA, Carta MG. Depression in multiple sclerosis. Int Rev Psychiatry. 2017;29(5):463-72. DOI: 10.1080/09540261.2017.1322555 PMID: 28681616
- Beal CC, Stuifbergen AK, Brown A. Depression in multiple sclerosis: A longitudinal analysis. Arch Psychiatr Nurs. 2007; 21(4): 181-191. DOI: 10.1016/j.apnu.2007.02.008 PMID: 17673110
- Mitchell AJ, Benito-León J, González JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neurol. 2005;4(9):556-66. DOI: 10.1016/S1474-4422(05)70166-6 PMID: 16109362
- Gustavsen S, Olsson A, Søndergaard H, Andresen SR, Sorensen PS, Sellevberg F, et al. The association of selected multiple sclerosis symptoms with disability and quality of life: A large Danish self-report survey. BMC Neurol. 2021; 21(1): 317. DOI: 10.1186/s12883-021-02344-z PMID: 34399707
- The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. Mult Scler. 2005; 11(3):328-37. DOI: 10.1191/1352458505ms1162oa PMID: 15957516
- McDonald W, Ron M. Multiple sclerosis: The disease and its manifestations. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 1999;354(1390):1615-22. DOI: 10.1098/rstb.1999.0506 PMID: 10603614
- Klineova S, Lublin FD. Clinical course of multiple sclerosis. Cold Spring Harb Perspect Med. 2018;8(9):028928. DOI: 10.1101/cshperspecta.028928 PMID: 29358317
- Julian L, Merluzzi N, Mohr D. The relationship among depression, subjective cognitive impairment, and neuropsychological performance in multiple sclerosis. Mult Scler J. 2007;13(1):81-6. DOI: 10.1177/1352458506070255 PMID: 17294615
- Hanna M, Strober LB. Anxiety and depression in Multiple Sclerosis (MS): Antecedents, consequences, and differential impact on well-being and quality of life. Mult Scler Relat Disord. 2020;44:102261. DOI: 10.1016/j.msard.2020.102261 PMID: 32585615
- Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: The impact of fatigue and depression. J Neurol Sci. 2002;205(1):51-8. DOI: 10.1016/S0022-510X(02)00312-X PMID: 12409184
- Patti F, Cacopardo M, Palermo F, Rita Ciancio M, Lopes R, Restive D, et al. Health-related quality of life and depression in an Italian sample of multiple sclerosis patients. J Neurol Sci. 2003;211(1-2):55-62. DOI: 10.1016/S0022-510X(03)00040-6 PMID: 12767498

23. Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL, Jorgensen NL, Weigand SD, Noseworthy JH, et al. Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: A population-based cohort study. *Arch Neurol*. 2004;61(5):679-86. DOI: 10.1001/archneur.61.5.679 PMID: 15148144
24. Chwastiak LA, Ehde DM. Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):803-17. DOI: 10.1016/j.psc.2007.07.003 PMID: 17938046
25. Ochoa-Morales A, Hernández-Mojica T, Paz-Rodríguez F, Jara-Prado A, Trujillo-De Los Santos Z, Sanchez-Guzman MA, et al. Quality of life in patients with multiple sclerosis and its association with depressive symptoms and physical disability. *Mult Scler Relat Disorder*. 2019;36:101386. DOI: 10.1016/j.msard.2019.101386 PMID: 31520986
26. Ayatollahi P, Nafissi S, Eshraghian M, Kaviani H, Tarazi A. Impact of depression and disability on quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis. *Mult Scler J*. 2007;13(2):275-7. DOI: 10.1177/1352458506070960 PMID: 17439899
27. Motl RW, McAuley E, Snook EM, Gliottoni RC. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*. 2009;14(1):111-24. DOI: 10.1080/13548500802241902 PMID: 19085318
28. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem-Magham Frahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini-Mental State Examination (MMSE) in the elderly population of Tehran city. *Adv Cogn Psychol*. 2009;10(2):29-37.
29. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983;33(11):1444-52. DOI: 10.1212/wnl.33.11.1444 PMID: 6685237
30. Ghaem H, Haghighi AB, Jafari P, Nikseresht A. Validity and reliability of the Persian version of the multiple sclerosis quality of life questionnaire. *Neurol India*. 2007;55(4):369-75. DOI: 10.4103/0028-3886.33316 PMID: 18040110
31. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185-92. DOI: 10.1002/da.20070
32. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983;17(1):45-56. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90126-4 PMID: 6226917
33. Walz L, Brooks JC, Shavelle RM, Robertson N, Harding KE. Life expectancy in multiple sclerosis by EDSS score. *Mult Scler Relat Disord*. 2022;68:104219. DOI: 10.1016/j.msard.2022.104219 PMID: 36244189
34. Ratner B. The correlation coefficient: Its values range between +1/ -1, or do they? *J Target. Meas Anal Mark*. 2009;17(2):139-42. DOI: 10.1057/jt.2009.5
35. Jose Sá M. Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008;110(9):868-77. DOI: 10.1016/j.clineuro.2007.10.001 PMID: 18022759
36. Detweiler-Bedell JB, Friedman MA, Leventhal H, Miller IW, Leventhal EA. Integrating co-morbid depression and chronic physical disease management: Identifying and resolving failures in self-regulation. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(8):1426-46. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.09.002 PMID: 18848740
37. Ziemssen T. Multiple sclerosis beyond EDSS: Depression and fatigue. *Neurological Sci*. 2009;277:S37-41. DOI: 10.1016/S0022-510X(09)70011-5 PMID: 19200865
38. Koltuniuk A, Pawlak B, Krówczyńska D, Chojdak-Lukasiewicz J. The quality of life in patients with multiple sclerosis—Association with depressive symptoms and physical disability: A prospective and observational study. *Front Psychol*. 2023;13:1068421. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1068421. eCollection 2022 PMID: 36687950
39. Kratz AL, Braley TJ, Foxen-Craft E, Scott E, Murphy III JF, Murphy SL. How do pain, fatigue, depressive, and cognitive symptoms relate to well-being and social and physical functioning in the daily lives of individuals with multiple sclerosis? *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(11):2160-6. DOI: 10.1016/j.apmr.2017.07.004. PMID: 28729170
40. Calabro RS, De Luca R, Conti-Nibali V, Reitano S, Leo A, Bramanti P. Sexual dysfunction in male patients with multiple sclerosis: A need for counseling. *Intl J Neurosci*. 2014;124(8):547-57. DOI: 10.3109/00207454.2013.865183. PMID: 24219384
41. Eshel N, Roiser JP. Reward and punishment processing in depression. *Biol Psychiatry*. 2010;68(2):118-24. DOI: 10.1016/j.biopsych.2010.01.027. PMID: 20303067
42. Jongen PJ, Ter Horst AT, Brands AM. Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Minerva Med*. 2012;103(2):73-96. DOI: 10.1016/s1474-4422(08)70259-x PMID: 22513513