

بررسی خصوصیات فردی، اجتماعی و شیوع اختلالات خلقی روانی

در بیماران مبتلا به ام. اس. در شهر اصفهان

نفیسه صدرارحامی

عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور

چکیده

بیماری مالتیپل اسکلروزیز (ام.اس.)^۱ یک بیماری مزمن با دوره‌های عود و فروکش بیماری است که با توجه به ایجاد ناتوانی در فعالیت‌های فیزیکی بیمار به درجات متفاوت بر روی زندگی شخصی، اعتماد به نفس، خانواده، شغل و آینده بیمار تأثیر می‌گذارد.

در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به ام.اس. بستری در مرکز پزشکی الزهرا در سال ۸۸-۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات جمع‌آوری شده از آن‌ها با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته جمع‌آوری و با روش آماری توزیع فراوانی و نرم‌افزار آماری اس. پی. اس. اس.^۲ تجزیه و تحلیل گردیده‌اند.

نتایج مطالعه در بخش مشخصات فردی و دموگرافیک نشان داد شایع‌ترین سنین ابتلا سنین ۲۰ تا ۳۰ سال است. ۷۵ درصد بیماران مبتلا زن و ۲۵ درصد مرد هستند. سابقه فامیلی مثبت بیماری فقط در ۶ درصد بیماران وجود دارد و ۶۴ درصد بیماران در شهر اصفهان و ۲۵ درصد در شهرهای توابع استان ساکن هستند که از میان شهرهای استان، خمینی شهر با ۵ درصد توزیع فراوانی، بیشترین شیوع بیماری را دارا است.

نتایج مطالعه در بخش بررسی میزان شیوع اختلالات خلقی-روانی نشان داد ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام.اس. با تشخیص اختلالات خلقی یا سایکوتیک توسط روانپزشک یا پزشک معالج تحت درمان قرار گرفتند که از این میان افسردگی با ۴۳ درصد و اضطراب با ۳۸ درصد فراوانی شایع‌ترین تشخیص تحت درمان بودند. همچنین از ۴۰ درصد بیمارانی که تحت درمان اختلالات خلقی-روانی

1. M.S.

2. SPSS

●●● در مالتیپل

اسکلروزیز، بدن به طور نادرست پادزهرها و گلبول‌های سفید خونی را علیه پروتئین‌های غلاف میلین، که اعصاب موجود در مغز و نخاع را احاطه کرده‌اند، هدف می‌گیرد. این امر سبب التهاب و صدمه به غلاف و نهایتاً اعصابی که آن‌ها را پوشانده می‌شود. نتیجه به صورت مناطق اسکار (اسکلروزیس) می‌باشد. نهایتاً، این آسیب سبب کندی یا توقف سیگنال‌های عصبی که هماهنگی عضلانی، قدرت، حس و دید را انجام می‌دهند، می‌شود ●●●

نبوده‌اند ۵۲ درصد استرس از خوردن دارو به علت خواب آلودگی، اعتیاد به دارو و... و ۴۸ درصد داشتن روحیه خوب، نداشتن مشکل خلقی-روانی و اعتماد به نفس بالا را علت عدم نیاز به دارو معرفی کرده‌اند. براساس نتایج مطالعه حاضر اختلالات خلقی و روانی در بیماران مبتلا به ام‌اس. شایع است که از این میان افسردگی با ۴۳ درصد و اضطراب با ۳۸ درصد فراوانی شایع‌ترین تشخیص تحت درمان می‌باشد.

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیز (ام‌اس). یک بیماری مزمن و بالقوه ناتوان کننده است که سیستم عصبی مرکزی شامل مغز و نخاع را درگیر می‌کند. پزشکان و محققین گمان می‌کنند بیماری احتمالاً یک بیماری خود ایمنی باشد، به این معنا که سیستم ایمنی شما قسمتی از بدنتان را به مانند یک جسم خارجی مورد حمله قرار می‌دهد.

در مالتیپل اسکلروزیز، بدن به طور نادرست پادزهرها و گلبول‌های سفید خونی را علیه پروتئین‌های غلاف میلین، که اعصاب موجود در مغز و نخاع را احاطه کرده‌اند، هدف می‌گیرد. این امر سبب التهاب و صدمه به غلاف و نهایتاً اعصابی که آن‌ها را پوشانده می‌شود. نتیجه به صورت مناطق اسکار (اسکلروزیس) می‌باشد. نهایتاً، این آسیب سبب کندی یا توقف سیگنال‌های عصبی که هماهنگی عضلانی، قدرت، حس و دید را انجام می‌دهند، می‌شود.

میزان شیوع بیماری ام‌اس. بر حسب منطقه جغرافیایی

بیش از ۱ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیز هستند. پیک سنی بیماری ۲۰ تا ۳۰ سال است و بیماری ام‌اس. در زنان حدود ۲ برابر شایع‌تر از مردان است. شیوع بیماری در مناطق استوایی و گرمسیری خیلی کم و با افزایش عرض جغرافیایی و دور شدن از خط استوا در هر نیمکره شیوع بیماری افزایش می‌یابد. بیشتر بیماران اولین علائم را بین سنین ۲۰ و ۳۰ تجربه می‌کنند. این بیماری قابل پیش‌بینی نیست و در شدت علائم متغیر است. در بعضی بیماران، ام‌اس. یک بیماری خفیف است، ولی برای دیگران منجر به ناتوانی می‌شود. درمان می‌تواند سیر بیماری را تغییر دهد و علائم را کم کند.

علائم مالتیپل اسکلروزیز بسته به محل درگیری رشته‌های عصبی بسیار متغیر است. علائم و نشانه‌های مالتیپل اسکلروزیز عبارتند از:

- بی‌حسی یا ضعف در یک یا هر دو اندام، که مشخصاً در یک زمان در یک سمت بدن یا نیمه تحتانی بدن رخ

می‌دهد.

- از دست دادن بینایی به صورت کامل یا جزئی، معمولاً همراه درد حین حرکات چشمی.

- دوبینی یا تاری دید.

- مور مور یا درد در نقاط بی‌حس بدن.

- احساس‌هایی به صورت شوک الکتریکی که با حرکات خاص سر رخ می‌دهد.

- رعشه، عدم تعادل، یا قدم زدن نامتعادل.

- خستگی.

- سرگیجه.

در بعضی موارد، بیماران ام‌اس. ممکن است دچار سفتی عضلانی یا اسپاستیسیته، تکلم مبهم، فلج، مشکلات مثانه، روده یا عملکرد جنسی شوند. تغییرات ذهنی مثل فراموشی یا اختلالات تمرکز ممکن است رخ دهد.

سیستم عصبی مرکزی شما شامل میلیون‌ها سلول عصبی است که به وسیله رشته‌های عصبی به هم متصلند، تکانه‌های عصبی در سلول‌های عصبی منشأ می‌گیرند و در طول رشته‌های عصبی از مغز شما و به سوی آن حرکت می‌کنند. میلین یک ماده چربی است که این رشته‌های عصبی را در بر می‌گیرد و محافظت می‌کند، شبیه آنچه در مورد پوشش کابل‌های الکتریکی می‌باشد.

در بیماران ام‌اس. سیستم ایمنی به غلط سلول‌هایی که غلاف میلین را می‌سازند نابود می‌کند. در نتیجه، میلین ملتهب و متورم شده، از رشته‌ها جدا می‌شود. میلین جدا شده ممکن است نهایتاً تخریب شود. تکه‌های بافت اسکاری سفت و سخت (اسکلروز) روی فیبرها تشکیل می‌شوند. وقتی تکانه‌های عصبی به منطقه آسیب دیده می‌رسند، برخی از آن‌ها از حرکت به سمت مغز یا خروج از آن، متوقف شده یا حرکتشان کند می‌شود. نهایتاً این روند منجر به تخریب خود اعصاب می‌شود، که احتمالاً مسبب ناتوانی‌هایی است که در ام‌اس. رخ می‌دهد.

پزشکان و محققین نمی‌دانند چه چیز سبب این واکنش خود ایمنی می‌شود. برخی شواهد نشان می‌دهد عوامل ژنتیکی بعضی بیماران را به ام. اس. مستعدتر می‌سازد. اما استعداد ژنتیکی تنها بخشی از توضیح مکانیسم است. به نظر می‌رسد عواملی سبب تحریک بیماری در افراد مستعد می‌شوند. بعضی محققین معتقدند بیماری به یک پروتئین مشابه با میلین مرتبط است، که ممکن است توسط یک ویروس وارد بدن شود. محققین دیگر معتقدند سیستم ایمنی در بیماران ام‌اس. دچار اختلال است، که منجر به تمایل غیر طبیعی برای ایجاد بیماری خودایمنی می‌شود.

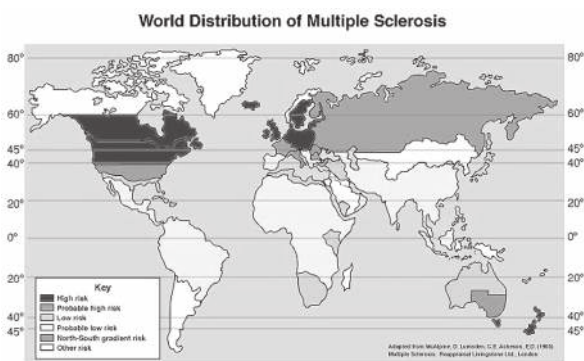
●●● شیوع بیماری در مناطق

استوایی و گرمسیری خیلی کم و با

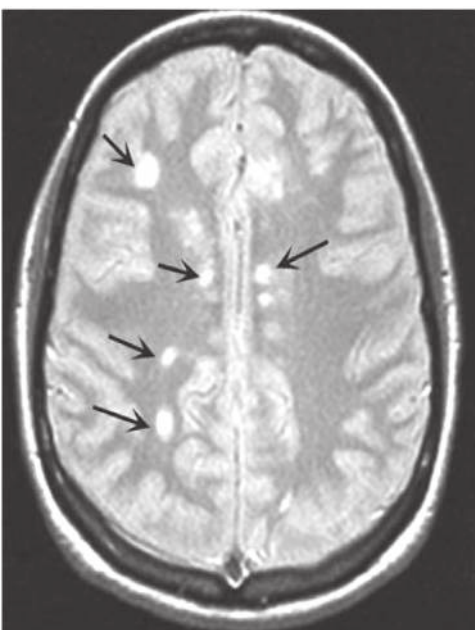
افزایش عرض جغرافیایی و دور شدن

از خط استوا در هر نیمکره شیوع

بیماری افزایش می‌یابد ●●●



تصویر ام‌آر‌آی. از آسیب و پلاک‌های مغزی در بیماران مبتلا به ام‌اس.



بج

بیماری می‌تواند به وسیله تغییرات هورمونی بعد از حاملگی تشدید شود. علت یا تحریک کننده هر چه که باشد، مولتیپل اسکلروزیز به چهار شکل اصلی دیده می‌شود:

- عودکننده تسکین‌یابنده: این نوع ام‌اس با شعله‌ور شدن بیماری به صورت کاملاً مشخص، که با دوره‌های تسکین دنبال می‌شود، مشخص می‌گردد. حملات معمولاً ناگهانی شروع شده چند هفته تا چند ماه ادامه یافته و سپس تدریجاً ناپدید می‌شود. بیشتر افراد با ام‌اس در زمان تشخیص، این نوع را دارند.

- پیش‌رونده اولیه: بیماران با این نوع ناشایع ام‌اس. بدتر شدن تدریجی بدون دوره‌های بهبودی را تجربه می‌کنند. بیماران با این نوع ام‌اس معمولاً در زمان شروع علائم بالای سن ۴۰ هستند.

- پیش‌رونده ثانویه: بیش از نیمی از بیماران نوع عودکننده تسکین‌یابنده نهایتاً وارد یک مرحله پیشرفت مداوم به نام ام‌اس. پیش‌رونده ثانویه می‌شوند. عودهای ناگهانی ممکن است رخ داده، و به سیر مداوم تخریبی که مشخصه این نوع ام‌اس است اضافه شوند.

- پیش‌رونده عودکننده: همان نوع پیش‌رونده اولیه است که دوره‌های ناگهانی از علائم جدید یا بدتر شدن علائم قبلی به آن اضافه می‌شود. این نوع تقریباً نادر است.

فاکتورهای زیر ممکن است خطر ابتلای شما به مولتیپل اسکلروزیز را افزایش دهند:

- وراثت. مالتیپل اسکلروزیز در افراد نژاد اروپای شمالی شایع‌تر است. اگرچه بیماری کاملاً ارثی نیست ولی به نظر می‌آید اجزای ژنتیکی برای آن وجود داشته باشد. محققین بر این باورند که تمایل به ایجاد ام‌اس وراثتی است، ولی بیماری زمانی که محرک‌های محیطی موجود باشند خود را نشان می‌دهد.

- عوامل محیطی. عوامل محیطی تا حدی بر ام‌اس تأثیر دارند. بسیاری و بیروس‌ها و باکتری‌ها مضمون به ایجاد ام‌اس هستند. برخی محققین معتقدند فاکتورهای محیطی ممکن است آغازگر بیماری در افراد مستعد باشند.

- عوامل جغرافیایی. مولتیپل اسکلروزیز در کشورهای مناطق معتدله، شامل اروپا، جنوب کانادا، شمال ایالات متحده، زلاندنو و جنوب استرالیا شایع‌تر است.

پزشکان اغلب وقتی موفق به تشخیص بیماری ام‌اس می‌گردند که بیش از یک منطقه از بدن درگیر شده باشد. غالباً هنگامی توجه به سمت ام‌اس جلب می‌گردد که بیمار در مرحله فعالیت بیماری، حداقل دو علامت یا نشانه از علائم و نشانه‌های شایع بیماری ام‌اس را بروز داده باشد.

در بیماران مبتلا به ام‌اس، تصاویر ام‌آر‌آی غالباً شامل ضایعاتی در بیش از منطقه از سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد.

رفتار ام‌اس در افراد مختلف متفاوت است. در بیمارانی که مبتلا به نوع خفیف بیماری می‌باشند ممکن است اختلالی در کارهای روزمره به وجود نیاید درحالی که بیماران مبتلا به انواع شدید ممکن است به کلی ناتوان شوند.

بیشتر بیماران بین این دو طیف قرار می‌گیرند و مراحل متنوع بیماری شامل مرحله حمله، مرحله فروکش کردن علائم و عود، به تناوب اتفاق می‌افتند. ممکن است بیماری سال‌ها بدون علامت باقی بماند درحالی که بیمار دیگری طی دوره‌ای کوتاه مکرراً مبتلا به حملات آزاردهنده ام‌اس گردد.

درحال حاضر روش درمانی قطعی برای این بیماری موجود نیست ولی با تدوین

●●● در حال حاضر

روش درمانی قطعی
برای این بیماری موجود
نیست ولی با تدوین
و پیگیری یک برنامه
درمانی خاص و استفاده
از دارو درمانی های
جدید و تکنیک های
توانبخشی می توان
علائم بیماری را
تسکین داد. پیشرفت
آن را کندتر کرد، با
حمایت وضعیت کنونی
توانائی های شخص را
حفظ نموده و ارتقاء
بخشید و به بیمار امکان
داد تا یک روند طبیعی
و عادی را در زندگی
دنبال کند ●●●

و پیگیری یک برنامه درمانی خاص و استفاده از دارو درمانی های جدید و تکنیک های توانبخشی می توان علائم بیماری را تسکین داد. پیشرفت آن را کندتر کرد، با حمایت وضعیت کنونی توانائی های شخص را حفظ نموده و ارتقاء بخشید و به بیمار امکان داد تا یک روند طبیعی و عادی را در زندگی دنبال کند.

داروهایی که روی سیستم ایمنی تأثیر می گذارند موجب کاهش تناوب و شدت حملات / ام.اس. شده و ممکن است میزان بروز ناتوانی های ناشی از / ام.اس. در طول زمان را کاهش دهند. مصرف این داروها باید به محض تشخیص / ام.اس. آغاز گردد. گاهی نیز به هنگام عود بیماری از داروهای کورتونی برای کاهش التهاب استفاده می شود.

اکثر افراد مبتلا به / ام.اس. زندگی طبیعی، کامل و فعالی با کمک این روش های درمانی و حمایت های اجتماعی و خانوادگی خواهند داشت. افزون بر این، شناسایی و کنترل به موقع علائم بیماری از شدت و سرعت پیشرفت آن ها می کاهد و مسؤولیت اصلی آن به عهده خود بیمار است. در ضمن حمایت های اجتماعی و خانوادگی صحیح و مناسب از بیمار / ام.اس. در تخفیف علائم و عوارض ناشی از بیماری و حفظ توانایی های فرد در سطح مطلوب بسیار مؤثر هستند و یک خانواده خوب هرگز اجازه نمی دهد بیمارش تسلیم / ام.اس. شود. در عین حال با توجه به حمایت بیش از حد، توانایی او را محدود نخواهد کرد. رژیم غذایی صحیح و متعادل نقش مثبتی در جلوگیری از پیشرفت / ام.اس. دارد. تحرک جسمی، ورزش های هماهنگ و انبساط عضلات به تقویت نیروی عضلانی در بیماران / ام.اس. کمک می کند. تا جایی که ممکن است باید از استرس های عاطفی و جسمی و قرار گرفتن در گرما پرهیز کرد زیرا باعث بدتر شدن علائم می شود. این مراحل ممکن است در تخفیف برخی علائم مالتیپل اسکلروزیز کمک کند:

- داشتن استراحت کافی. خستگی یک علامت شایع / ام.اس. است و استراحت کردن ممکن است کمک کند احساس خستگی کمتری کنید.

- ورزش. اگر / ام.اس. خفیف تا متوسط داشته باشید، ورزش های آیروبیک منظم ممکن است مقداری کمکتان کند. فواید آن شامل بهبود قدرت، توان عضلانی، تعادل، هماهنگی، و بهبود افسردگی است. شنا یک انتخاب خوب برای بیماران / ام.اس. است که با گرما اذیت می شوند.

- مراقب گرما باشید. گرمای زیاد می تواند ضعف عضلانی شدید ایجاد کند، گرچه برخی بیماران / ام.اس. به وسیله گرما اذیت نمی شوند و ممکن است از حمام گرم و دوش

لذت ببرند. قبل از تماس با گرمای زیاد، تا وقتی نمی دانید که چگونه واکنش خواهید داد، بسیار مراقب خود باشید. وارد وان داغ یا سونا نشوید مگر کسی نزدیک شما باشد که در صورت نیاز شما را بیرون بکشد. اگر متوجه بدتر شدن علائم و نشانه ها برائر گرما شدید، تنها چند ساعت خنک شدن شما را به حالت طبیعی بر می گرداند.

- خنک سازی. بسیاری بیماران / ام.اس. بدتر شدن علائم را با گرما تجربه می کنند. اگر شما در یک منطقه گرم و مرطوب زندگی می کنید، به داشتن تهویه هوا در خانه تان توجه کنید. حمام نیم گرم یا خنک نیز ممکن است کمی تسکین ایجاد کند.

- خوردن غذای متعادل. خوردن غذای سالم و دریافت مقادیر توصیه شده ویتامین ها در روز به تقویت سیستم ایمنی شما کمک می کند.

مواد و روش ها

در این مطالعه که به صورت توصیفی پیمایشی انجام شد، حجم نمونه تعداد ۱۰۰ بیمار با تشخیص قطعی / ام.اس. بود که به طور تصادفی ساده از بین بیماران مبتلا به / ام.اس. بستری شده در مرکز پزشکی الزهراء اصفهان در سال ۸۹-۸۸ انتخاب شدند.

ابزار پژوهش، پرسش نامه محقق ساخته شامل ۲ گروه سؤال بود. بخش اول خصوصیات فردی و دموگرافیک بیمار، محل سکونت، شغل، میزان تحصیلات و سابقه فامیلی بیمار و بخش دوم شامل ۵ سؤال در مورد مراجعه به روانپزشک یا پزشک معالج به علت اختلالات خلقی و روانی، علت مراجعه یا عدم مراجعه، نوع تشخیص پزشک و میزان آگاهی بیمار از بیماری خود بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها جهت بررسی سؤالات فردی و دموگرافیک و بررسی شیوع اختلالات خلقی-روانی در بیماران مبتلا از روش توزیع فراوانی استفاده شد. لازم به ذکر است تمامی داده ها با استفاده از نرم افزار / پی.اس. پی.اس. تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

بررسی توزیع فراوانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیز به تفکیک گروه سنی و جنسی نشان داد که شایع ترین سن ابتلا به / ام.اس. سنین ۲۱ تا ۳۰ سال است. به طوریکه ۴۶ درصد بیماران مبتلا در این گروه سنی قرار گرفتند. همچنین بیماری در سنین زیر ۱۰ سال و بالای ۵۰ سال نادر است به طوری که فقط ۴ نفر از بیماران مبتلا در سنین زیر ۱۰ سال و ۲ نفر در سن بالای ۵۰ سال قرار گرفتند. همچنین از تعداد ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۷۵ درصد

بیماران مبتلا زن و ۲۵ درصد مرد هستند که براین اساس نسبت زن به مرد در این مطالعه ۳ می‌باشد. سابقه فامیلی مثبت بیماری فقط در ۶ درصد وجود دارد و ۶۴ درصد محل سکونت بیماران در شهر اصفهان و ۲۵ درصد در شهرهای توابع استان ساکن می‌باشند که از میان شهرهای استان، خمینی‌شهر با ۵ درصد توزیع فراوانی بیشترین شیوع بیماری را دارا است (جدول شماره ۱). براساس نتایج این پژوهش ۴۳ درصد بیماران مبتلا، تحصیلات زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم و ۲۶ درصد تحصیلات بالای دیپلم دارند. ۵۶ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس، خانه‌دار و ۳۷ درصد شاغل هستند و فقط ۶ درصد بیماران شغل خود را به علت بیماری از دست داده‌اند. با این حال اگر میزان بیماری که شغل خود را به علت بیماری از دست داده‌اند با کل بیماران شاغل مقایسه شوند، حدود ۱۴ درصد بیماران شاغل شغل خود را به علت بیماری از دست داده‌اند. همچنین بررسی توزیع فراوانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیز براساس میزان آگاهی بیماران از بیماری خود نشان داد که اطلاعات ۴۰ درصد بیماران از بیماری خود کم، ۳۵ درصد متوسط و ۲۵ درصد زیاد است.

نتایج مطالعه در بخش بررسی میزان شیوع اختلالات خلقی-روانی تشخیص داده شده در بیماران مبتلا به ام‌اس، (توسط پزشک معالج یا روانپزشک) که به روش توزیع فراوانی انجام گرفته نشان می‌دهد، ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس، با تشخیص اختلالات خلقی یا سایکوتیک توسط روانپزشک یا پزشک معالج تحت درمان قرار گرفتند که از این میان افسردگی با ۴۳ درصد و اضطراب با ۳۸ درصد فراوانی شایع‌ترین تشخیص می‌باشد (جدول شماره ۲). همچنین از ۴۰ درصد بیماران که تحت درمان اختلالات خلقی-روانی نبوده‌اند ۵۲ درصد ترس از خوردن دارو

به علت خواب آلودگی، اعتیاد به دارو و... و ۴۸ درصد داشتن روحیه خوب، نداشتن مشکل خلقی-روانی و اعتماد به نفس بالا را علت عدم نیاز به دارو معرفی کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش در بخش دموگرافیک نشان می‌دهد شایع‌ترین سن ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیز سنین ۲۱ تا ۳۰ سال است که براساس این نتایج پیک سنی به دست آمده در این مطالعه با پیک سنی بیماری در اکثر مطالعات مشابه یکسان است. همچنین براساس نتایج به دست آمده در این پژوهش شیوع بیماری در زنان مبتلا به ام‌اس، به‌طور قابل توجهی از مردان مبتلا بیشتر است (حدود سه برابر). که البته این یافته با شیوع جنسی بیماری در اکثر کتب مرجع تا حدودی هماهنگ است. با این حال در اکثر کتب مرجع این نسبت حدود ۲ برابر ذکر شده. ضمن اینکه در یک مطالعه مشابه در سال ۷۴-۷۰ در شهر اصفهان این نسبت به حدود ۱/۷ به دست آمده است. همچنین شیوع فامیلی بیماری در پژوهش ما حدود ۶ درصد بود که این میزان در کتب رفرنس حدود ۱۵ درصد ذکر شده است. در رابطه با توزیع فراوانی بیماری براساس محل سکونت، مطالعه ما نشان می‌دهد که فراوانی بیماری در شهر اصفهان حدود ۶۴ درصد و در شهرهای توابع اصفهان ۲۵ درصد است و از میان شهرهای توابع استان اصفهان، خمینی شهر با ۵ درصد بیشترین فراوانی بیماری را دارا می‌باشد. البته در این مورد نتایج به دست آمده با نتایج یک مطالعه مشابه در شهر اصفهان هماهنگ است. در این مطالعه که در سال ۷۰-۷۴ در شهر اصفهان انجام شد فراوانی بیماری براساس محل سکونت، در شهر اصفهان ۵۷ درصد و در میان شهرهای توابع استان، خمینی شهر با ۶ درصد فراوانی بیش‌ترین شیوع بیماری

●●● ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس. با تشخیص اختلالات خلقی یا سایکوتیک توسط روانپزشک یا پزشک معالج تحت درمان قرار گرفتند که از این میان افسردگی با ۴۳ درصد و اضطراب با ۳۸ درصد فراوانی شایع‌ترین تشخیص می‌باشد ●●●

جدول شماره ۱: میزان فراوانی بیماری ام‌اس. برحسب محل تولد و محل سکونت

نام شهر محل تولد	میزان فراوانی	محل سکونت
اصفهان	۴۲ درصد	۶۶ درصد
خمینی شهر	۳ درصد	۵ درصد
شهرضا	۶ درصد	۳ درصد
نجف آباد	۳ درصد	۳ درصد
فریدن	۴ درصد	۳ درصد
لنجان	۰	۳ درصد
فلاورجان	۱ درصد	۲ درصد
مبارکه	۲ درصد	۱ درصد
سمیرم	۱ درصد	۰
گلپایگان	۰	۱ درصد
سایر استان‌ها	۳۸ درصد	۱۶ درصد

جدول شماره ۲: میزان فراوانی اختلالات خلقی روانی در بیماران مبتلا به ام‌اس.

تشخیص روانپزشک در صورت مراجعه	فراوانی
افسردگی	۴۳
اضطراب و پرخاشگری	۳۸
وسواس ذهنی	۲
اختلالات دو قطبی	۵
پارانوئیدی	۶
اسکیزوفرنی	۲

●●● باتوجه به تأثیر
میزان آگاهی بیماران
از بیماری خود بر روی
شروع درمان دارویی
و غیر دارویی، تداوم
درمان، مراجعه به
موقع به پزشک و مقید
بودن بیمار به رعایت
دستورات پزشک و
همچنین برنامه‌ریزی
بیمار برای حال و آینده
خود، لازم است توجه
بیشتری به آموزش
اطلاعات مفید و مورد
نیاز به بیماران مبتلا
به ام‌اس. در رابطه با
بیماری خود صورت
گیرد ●●●

را دارا بود. براساس نتایج به دست آمده از این پژوهش میزان آگاهی ۷۵ درصد بیماران از بیماری خود در حد کم تا متوسط است که باتوجه به تأثیر میزان آگاهی بیماران از بیماری خود بر روی شروع درمان دارویی و غیر دارویی، تداوم درمان، مراجعه به موقع به پزشک و مقید بودن بیمار به رعایت دستورات پزشک و همچنین برنامه‌ریزی بیمار برای حال و آینده خود، لازم است در این مورد توجه بیشتری به آموزش اطلاعات مفید و مورد نیاز به بیماران مبتلا به ام‌اس. در رابطه با بیماری خود صورت گیرد. همچنین باتوجه به اینکه حدود ۱۴ درصد بیماران شاغل مبتلا به ام‌اس. به علت ابتلا به بیماری شغل خود را از دست داده‌اند لازم است اقدامات حمایتی کافی از بیماران مبتلا صورت گیرد. در بررسی میزان شیوع اختلالات خلقی و روانی تشخیص داده شده در بیماران مبتلا به ام‌اس. توسط پزشک معالج یا روانپزشک، نتایج مطالعه نشان‌دهنده شیوع قابل توجه اختلالات خلقی-روانی تحت درمان در این بیماران است (۶۰ درصد) که از میان افسردگی با ۴۳ درصد و اضطراب با ۳۸ درصد شایع‌ترین اختلالات خلقی-روانی تحت درمان می‌باشند. این مطالعه نشان می‌دهد اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به ام‌اس. از شیوع قابل توجهی برخوردار است، که باتوجه به ویژگی مزمن-عودکننده و پیش‌رونده بیماری ام‌اس. و باتوجه به این که این بیماری می‌تواند موجب اختلال قابل توجه در فعالیت فیزیکی و ارتباطی بیمار گردد، وجود شیوع بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران یافته غیرمنتظره‌ای نیست. با این حال مطالعات دیگر در سایر نقاط جهان نیز از شیوع قابل توجه افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام‌اس. حکایت دارد در یک مطالعه

در کشور انگلستان (توسط تورنتون و همکاران)، میزان نگرانی در بیماران ام‌اس. و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران بررسی شد. در این مطالعه که به صورت شاهد-مورد^۲ و با استفاده از پرسش‌نامه^۴ انجام شد، بررسی نشان داد که نمره اضطراب و افسردگی در بیماران ام‌اس. از گروه کنترل بالاتر است همچنین نگرانی بیماران ام‌اس. شامل دو بخش می‌گردد: ۱. نگرانی ناشی از تأثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی بیمار و ۲. نگرانی ناشی از اثر شدید بیماری بر روی فعل و انفعالات اجتماعی، ارتباطات فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار. همچنین یک مطالعه (توسط بیسک و همکاران)، که بر روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به ام‌اس. در کشور نروژ انجام شده است نشان می‌دهد که ۳۱ درصد بیماران مبتلا به ام‌اس. از افسردگی و ۱۹ درصد از اضطراب شاکی بوده‌اند به طوری که شیوع هر دو مورد افسردگی و اضطراب به طور قابل توجهی از جمعیت عادی بیشتر است. نتیجه‌گیری نهایی از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که باتوجه به شیوع بالای اختلالات خلقی به خصوص افسردگی و اضطراب در بیماری ام‌اس.، اقدامات حمایتی (مادی و معنوی) و توجه به نیاز اجتماعی بیماران از طریق مشاوره دادن به بیمار-خانواده و اطرافیان بیمار و توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی در این بیماران جهت تشخیص و درمان زود هنگام اختلالات خلقی و مشاوره و روان‌درمانی برای پیشگیری از بروز اینگونه اختلالات در کنار درمان دارویی بیماران مبتلا به ام‌اس. یک نیاز مبرم برای بیماران مبتلا می‌باشد.

3. Case- Control

4. Penn State Worry Questionnaire

6. sohrab a. Aslani M. The frequency survey of Multiple sclerosis patients The case of Khorshid & Alzakra medical centers based on their primary complaints and demographic characteristics from Apr 1992 until Dec 1996. Medical university of Isfahan. 1996. دانشکده پزشکی پایان‌نامه اینترنتی

7. Miller JR: Multiple sclerosis. In Rowland Merrit's text Book of neurology: Philadelphia, Williams and wilkins, 2000: 773-791.

8. Thornton EW, Tedman S, Rigby S, BashForth H, yong c. worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scule. Mult scler. 2006; 12(2): 196-203.

9. Beiske AG, Serenonson E, Sandager I, Gzujko B, Pederson ED, Aarseth JH, Myhr KM. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patinets. Eur J Nerol. 2008; 15(3): 239-45.

منابع

1. Bradly WJ. Neurologie in clinical practice: Philadelphia, Butterworth - Heineman medical publications, 2004: 1637-1659.
2. Compston A, Ebers Ge. Lassmann H, Mcdonald I, Mathews B, wekerle H: Mcalpin's multiple sclerosis. London, charchill Livingston, 1998: 145-496.
3. Edwin J' Jacobson. Multiple Sclerosis and other Demyelinating Disease. IN: Harrison' TR. Harrison Principle of Internal Medicine. MC Graw Hill. Fifteen Edition. 2001. P 2452-2457.
4. Victor M, Ropper AH. Adams and victor's principle of neurology. Newyork. Mcgraw Hill. 2001: 955-961.
5. Michael Rogers. Demyelinating Diseas. IN: Merrit' H - Howston. Merrit's Textbook. LEA & FEBIGER - Eleven Edition: 2001. P 741-759.