ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Multiple Sclerosis in Mazandaran, Iran

Mahdie Nasiri[1],
Seyed Hamzeh Hosseini[2],
Seyed Yaghob Sakhaei[3],
Nasim Tabrizi[4],
Jamshid Yazdani Cherati[5],
Mahmoud Abedini[6]

[1] MA in Clinical Phycology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran
[3] Radiology Specialist, sari, Iran
[4] Associate Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran
[5] Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran
[6] Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran

(Received March 14, 2015 ; Accepted July 5, 2016)

Abstract

Background and purpose: Multiple sclerosis (MS) is a disease with progressive and debilitating nature that influences many aspects of life and results in numerous psychological disorders in addition to physical problems. Studies have shown the comorbidity of high levels of stress and variety of psychological disorders in MS. The aim of this study was to investigate the prevalence of psychiatric disorders in MS patients in Mazandaran province.

Materials and methods: In a descriptive cross-sectional study 113 patients (members of Mazandaran MS Society) participated. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) was done in addition to filling out a questionnaire on demographic information. The prevalence of psychological disorders were analyzed in SPSS using Chi square.

Results: The research population included 70.8% females. The patients' mean age was 35.46 ± 9.95 years and the mean duration of disease was 5.31±5.17 years. The most common disorders among the participants were depressive disorders (37.2%), anxiety disorders (11.5%), and sexual dysfunction disorders (8.8%). Overall, 46.9% suffered from at least one psychiatric disorder.

Conclusion: Psychiatric comorbidities are so common in MS patients and the prevalence of depressive disorders is higher in these individuals compared to the general population. Mental disorders have negative impacts on the course of the disease and its control, therefore, psychiatric interventions are highly advised for such patients.

Keywords: multiple sclerosis, psychiatric disorders, clinical interview, prevalence

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(140): 60-70 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۰ شهریور سال ۱۳۹۵ (۷۰-۶۰)

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مازندران

مهدیه نصیری[۱]
سیدحمزه حسینی[۲]
سید یعقوب سخایی[۳]
نسیم تبریز[۴]
جمشید یزدانی چراتی[۵]
محمود عابدینی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: ماهیت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مولتیپل اسکلروزیس (MS) که ابعاد مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باعث می‌شود تا این بیماری علاوه بر عوارض جسمی، اختلالات روانی متعددی نیز به همراه داشته باشد. مطالعات همراهی سطوح بالای استرس و انواع اختلالات روان‌شناختی را با این بیماری نشان داده‌اند. هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مازندران بوده است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی– مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴، ۱۱۳ نفر از بیماران عضو انجمن MS مازندران علاوه بر پر کردن پرسش نامه اطلاعات فردی، تحت مصاحبه تشخیصی برای اختلالات محور یک (SCID-I) قرار گرفتند. شیوع اختلالات روانی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ و آزمون آماری مجذور کای مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۷۰/۸ درصد افراد مورد مطالعه زن بودند. میانگین سنی افراد ۹/۹۵ ± ۳۵/۴۶ سال و میانگین مدت ابتلا به MS، ۵/۱۷ ± ۵/۳۱ سال بود. ۳۷/۲ درصد افراد دارای نوعی اختلال افسردگی، ۱۱/۵ درصد نوعی اختلال اضطرابی و ۸/۸ درصد دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. به طور کلی ۴۶/۹ درصد افراد دارای حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بودند.

استنتاج: هم‌آیندی اختلالات روان‌پزشکی به طور آشکاری در بیماری MS شایع است به ویژه شیوع اختلالات افسردگی در افراد مبتلا به MS در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است. با توجه به تأثیر منفی اختلالات روانی بر سیر بیماری MS و کنترل آن، لازم است مداخلات روان‌پزشکی برای این بیماران به طور جدی در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، اختلالات روان پزشکی، مصاحبه تشخیصی، شیوع

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری عصبی پیشرونده و تخریب‌گر میلین سیستم عصبی مرکزی است که عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱). بر اساس گزارش انجمن ملی MS آمریکا

مولف مسئول: سیدحمزه حسینی– ساری، میدان امام، طبقه فوقانی بانک تجارت، ساختمان برلیان، طبقه دوم E-mail: Hosseinish20@Gmail.com
۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران
۲. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. متخصص رادیولوژی، ساری، ایران
۴. دانشیار، گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. دانشیار، گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶. استادیار، گروه مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۱۲/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۲/۱۵ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۵/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

در سال ۲۰۰۱، حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند که هر هفته ۲۰۰ نفر به آن‌ها اضافه می‌شوند و ۸۰ درصد از مبتلایان درصدی از ناتوانی را دارا می‌باشند(۲). هم‌چنین میزان مرگ و میر بر اثر MS در آمریکا در طول دو دهه گذشته حدود ۲۵ درصد افزایش یافته است(۳). در ایران نیز MS شیوعی به اندازه ۲۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر دارد(۳). طبق گزارش انجمن MS ایران در سال ۱۳۸۷ تعداد تقریبی مبتلایان ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر بوده است(۴). از سوی دیگر بیماری‌های مزمنی هم‌چون MS علاوه بر مشکلات جسمی، اختلالات روانی متعددی را نیز در بیمار ایجاد می‌کنند(۵). در واقع مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به MS نسبت به دیگران دارای سطوح بالاتری از اختلالات روانی هم‌چون اضطراب و افسردگی هستند. چنان‌که Marrie و همکاران در سال ۲۰۱۵ با متاآنالیز یافته‌های ۲۴۹ مقاله در زمینه شیوع اختلالات همراه با MS، نرخ شیوع اضطراب، اختلالات دوقطبی، افسردگی و سایکوز را به ترتیب ۲۱/۹، ۵/۸۳، ۲۳/۷ و ۴/۳ درصد گزارش کرده‌اند. عمده این مقالات مربوط به کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی و حدود ۱۰ درصد آن‌ها مربوط به آسیا بوده است. هم‌چنین منبع داده‌های این مقالات بیش‌تر سوابق و پرونده‌های پزشکی و اداری (۵۵ درصد) بوده و مابقی آن‌ها را از خودگزارش‌دهی (۳۳/۷ درصد) و مصاحبه‌ها (۱۱/۲ درصد) استفاده کرده‌اند(۶). در صربستان Darija و همکاران طی یک پژوهش طولی و با استفاده از پرسش‌نامه Szasz که به وسیله پزشک و طی مصاحبه رودررو تکمیل می‌شد، مشکلات عملکرد جنسی را در ۹۳ فرد مبتلا به MS بررسی کردند که به گفته آن‌ها مشکلات عملکرد جنسی در ۷۷/۸ درصد از مردان و ۷۲/۷ درصد زنان وجود دارد. هم‌چنین بعد از ۶ سال، مشکلات جنسی افزایش قابل توجهی می‌یابد تا جایی که بیمارانی که بعد از این مدت هم‌چنان به داشتن آمیزش جنسی ادامه داده‌اند عملکرد جنسیشان از ۷۰/۴ به ۵۱/۹ درصد برای مردان و از ۶۸/۲ به ۳۹/۴ درصد برای زنان کاهش یافته است(۷). دهقانی و همکاران نیز در ایران، طی بررسی ۱۱۰ فرد مبتلا به MS با استفاده از پرسش‌نامه DASS-21، شیوع اضطراب و افسردگی را به ترتیب در ۷۴/۶ و ۷۲/۸ درصد آن‌ها مشاهده کرده‌اند(۸). از دیدگاه Alschuler و همکاران افراد مبتلا به MS، دو برابر جمعیت عمومی ممکن است به افسردگی اساسی مبتلا شوند. اگرچه آن‌ها نرخ شیوع اختلال افسردگی اساسی را در این بیماران و جمعیت کلی به ترتیب برابر ۱۵/۷ و ۷/۴ درصد عنوان کردند اما در عین حال متذکر شدند که بیش از ۵۰ درصد این بیماران علایم افسردگی را تجربه می‌کنند که معمولاً زیر آستانه تشخیصی برای اختلالات افسردگی DSM است اما از نظر بالینی مؤثر و بااهمیت است(۹). هم‌چنین در ترکیه، Çelik و همکاران با مطالعه مشکلات عملکرد جنسی ۸۹ نفر از افراد مبتلا به MS به وسیله پرسش‌نامه MSISQ-19، مشکلات عملکرد جنسی را در ۶۰/۷ درصد این افراد مشاهده کردند که به گزارش آن‌ها زنان به‌طور معنی‌داری نمرات بالاتری نسبت به مردان در مشکلات جنسی دارند(۱۰). مرقاتی خویی و همکاران در ایران با استفاده از پرسش‌نامه MSISQ-19 در ۱۳۲ زن مبتلا به MS، مشاهده کردند که ۸۷/۱ درصد آن ها حداقل یکی از مشکلات اولیه جنسی (به خصوص تأخیر در ارگاسم) را تجربه می‌کنند(۱۱). در مکزیک Espinola-Nadurille و همکاران با استفاده از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای اختلالات محور یک DSM-IV (SCID-I) برای ۳۷ فرد مبتلا به MS، شیوع هرگونه اختلال روان‌پزشکی را در آن‌ها ۶۷/۵ درصد، هرگونه اختلال دوقطبی را ۱۶/۲ درصد و هرگونه اختلال دپرسیو را ۴۶ درصد و بالاتر از گروه کنترل گزارش کرده‌اند. طبق گزارش آن‌ها شیوع اختلالات سایکوتیک گذرا، هر نوع اختلال اضطرابی، بی‌اشتهایی عصبی و اختلالات انطباقی تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشته است(۱۲).

در نروژ نیز Beiske و همکاران طی مطالعه خود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به MS دریافتند که ۱۹ درصد آن‌ها از اضطراب و ۳۱/۴ درصد از علائم افسردگی شکایت داشتند به‌طوری که شیوع اضطراب به طور معنی‌داری از جمعیت عادی بیش‌تر بود(۱۳). شعبانی و همکاران نیز با استفاده از پرسش نامه افسردگی همیلتون (HRSD) شیوع افسردگی را در ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به MS، ۶۹/۲ درصد گزارش کرده‌اند(۱۴). با توجه به این‌که وجود علایم و اختلالات روان پزشکی در بیماران مبتلا به MS، با عود بیماری و کاهش کیفیت زندگی این بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد(۱۶،۱۵،۲)، برخورداری این بیماران از بهداشت روانی می‌تواند با پیش‌گیری از بروز اختلالات روان پزشکی موجب کاهش عود علایم MS، بهبود کیفیت زندگی و رضایت‌مندی آن‌ها گردد(۱۸،۱۷). از آن‌جا که تا کنون کم‌تر مطالعه‌ای در ایران مجموعه اختلالات محور یک را در این بیماران بررسی کرده است(۱۷)، مطالعه حاضر مجموعه اختلالات روان پزشکی محور یک را در بیماران مبتلا به MS مورد بررسی قرار داده است تا با تعیین میزان شیوع علائم، برنامه‌ریزی مناسب‌تری جهت مدیریت و کاهش علائم شایع در این بیماران و افزایش سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها صورت گیرد. هم‌چنین نکته‌ای که لازم است مورد توجه قرار گیرد آن است که در پژوهش‌های پیشین جهت بررسی انواع اختلالات روان‌پزشکی از پرسش‌نامه استفاده شده است. به این ترتیب محدودیت‌های تشخیصی ابزارهای خودسنجی، ضرورت بررسی‌های دقیق‌تر را با استفاده از مصاحبه بالینی مطرح می‌سازد. از این‌رو در مطالعه حاضر از مصاحبه ساختاریافته روان‌پزشکی برای تشخیص‌گذاری دقیق‌تر استفاده شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بوده است. جامعه این پژوهش ۴۷۰ نفر از بیماران مبتلا به MS عضو انجمن MS مازندران بود که از این تعداد ۱۱۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن نسبت p برابر ۰/۵، سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای (d) ۰/۰۸ بر اساس فرمول زیر ابتدا ۱۵۰ نفر محاسبه گردید(۱۹):

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

هم‌چنین به خاطر این که نسبت حجم نمونه به دست آمده به حجم جامعه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، حجم نمونه بر اساس فرمول زیر مورد تصحیح قرار گرفته است(۱۹). با توجه به حجم ۴۷۰ نفری جامعه، حجم نمونه نهایی برابر با ۱۱۳ نفر بود.

$$n' = \frac{n_0}{1 - n_0/N}$$

معیار ورود به مطالعه تأیید وجود بیماری MS توسط متخصص مغز و اعصاب بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبتنی بر مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، تأهل، شغل، سابقه مراجعه به روان‌پزشکی،سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی) و نیز مصاحبه ساختار یافته بالینی برای اختلالات محور یک (Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID-I)) بود که توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و تحت نظارت روان‌پزشک انجام گرفت. مصاحبه تشخیصی ساختار یافته SCID-I یک مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi structured) است که تشخیص‌هایی بر اساس DSM-IV (محور یک) فراهم می‌آورد. اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه شونده است و به همین دلیل مصاحبه‌گر باید واجد دانش و تجربه بالینی در زمینه آسیب‌شناسی روانی باشد(۲۰). این نوع مصاحبه به کار بالینی پزشک نزدیک‌تر است و همین امر مزیت اصلی آن به‌شمار می‌رود. شریفی و همکاران توافق تشخیص SCID را برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب گزارش کرده‌اند. هم‌چنین در این مطالعه اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند(۲۰). امینی و همکاران نیز طی بررسی روایی ابزار، شاخص‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی آن را مطلوب ارزیابی کرده‌اند. به این ترتیب نسخه فارسی SCID-I برای تشخیص گذاری در مقاصد بالینی و پژوهشی مناسب است(۲۱).

پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مدیریت انجمن MS، پژوهش گر به صورت تلفنی از بیماران جهت مصاحبه در کلینیک روان پزشکی دعوت به عمل آورد و با توضیح مزایای شرکت در مصاحبه از جمله کمک درمانی در صورت نیاز، آن‌ها را برای همکاری تشویق نمود. در نهایت با کسب اجازه کتبی و آگاهانه از بیماران، به آن‌ها اطمینان داده است که اطلاعات مربوط به آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت و نه به صورت موردی بلکه به صورت کلی گزارش خواهد شد. در نهایت داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 22 و فراوانی‌های درصدی و هم‌چنین از طریق آزمون مجذور کای مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۱۱۳ نفر از بیماران مبتلا به MS مورد بررسی قرار گرفتند میانگین سنی نمونه‌های حاضر ۹/۹۵ ± ۳۵/۴۶ سال بود. زنان ۷۰/۸ درصد (۸۰ نفر) و مردان ۲۹/۲ درصد (۳۳ نفر) از نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات ۴۲/۴ درصد (۴۸ نفر) شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات عالی و ۵۷/۶ درصد (۶۵ نفر) آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. هم‌چنین ۷۳/۵ درصد (۸۳ نفر) را افراد متأهل و ۳۰ نفر باقی‌مانده (۲۶/۵ درصد) غیرمتأهل (مجرد، مطلقه یا بیوه) بودند. ۴۶ درصد (۵۲ نفر) خانه‌دار و ۳۵/۵ درصد (۴۰ نفر) شاغل بودند. هم‌چنین ۱۸/۵ درصد (۲۱ نفر) نیز بازنشسته یا بی‌کار بودند. از کل نمونه‌ها ۲۳ درصد (۲۶ نفر) دارای سابقه روان‌پزشکی و نیز سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی بودند و مابقی آن‌ها در این زمینه سابقه‌ای نداشتند. میانگین طول مدت ابتلا به MS در نمونه‌های حاضر ۵/۱۷ ± ۵/۳۱ سال بود. هم‌چنین شاخص میزان ناتوانی (EDSS) در این بیماران دامنه‌ای از ۰ تا ۶ را دربر می‌گرفت که میانگین آن برابر۱/۸۲± ۲/۱۰ بود که با در نظر گرفتن این شاخص به عنوان متغیری مقوله‌ای بر اساس نقطه برش ۳، تعداد ۸۷ نفر (۷۷ درصد) دارای مقدار EDSS پایین و ۲۶ نفر (۲۳ درصد) دارای مقدار متوسطی از این شاخص بودند. چنان‌که در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است، یافته‌های حاصل از مطالعه گویای آن بوده است که افسردگی اساسی بیش‌ترین شیوع را در میان اختلالات روانی در نمونه حاضر داشت و (۲۳/۹ درصد) ۲۷ نفر از افراد دارای افسردگی اساسی بودند. پس از افسردگی بیش‌ترین شیوع مربوط به اختلالات جنسی بوده است که (۸/۸ درصد) ۱۰ نفر از افراد را درگیر کرده است. اختلالات سازگاری در (۳/۵ درصد) ۴نفر از افراد وجود داشت. اختلال وسواسی-جبری در (۳/۵ درصد) ۴ نفراز افراد مبتلا به MS تشخیص داده شده است. بر اساس داده‌ها سایر اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی، اضطراب منتشر، فوبی، استرس پس از سانحه، بدشکلی بدنی، وسواس موکنی، اختلالات مرتبط با مواد و سایر اختلالات محور یک شیوع پایینی را (کم‌تر از ۱/۸ درصد) نشان دادند. هم‌چنین هیچ‌یک از افراد در زمان انجام مطالعه به الکل وابسته نبودند.

جدول شماره ۱: وضعیت شیوع اختلالات روان پزشکی در نمونه حاضر*

متغیر	تعداد (درصد)
افسردگی اساسی	۲۷ (۲۳/۹)
افسردگی مینور	۱۴ (۱۲/۴)
اختلالات دپرسیو**	۴۲ (۳۷/۲)
اختلال عملکرد جنسی	۱۰ (۸/۸)
اختلال سازگاری	۴ (۳/۵)
کل اختلالات روانی	۵۳ (۴۶/۹)
اختلال وسواسی-جبری	۴ (۳/۵)
اضطراب منتشر	۹ (۸/۰)
فوبیا	۱ (۰/۹)
استرس پس از سانحه	۱ (۰/۹)
اختلالات اضطرابی	۱۳ (۱۱/۵)

* فراوانی سایر اختلالات روان‌پزشکی نزدیک به صفر بوده است.

** به علت صفر بودن فراوانی اختلالات دوقطبی و سایر اختلالات مرتبط، شیوع کل اختلالات خلقی نیز مشابه کل اختلالات دپرسیو است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

هم‌چنین بر اساس نتیجه آزمون مجذور کای، افزایش در نمرات شاخص EDSS با افزایش احتمال ابتلا به یکی از اختلالات روانی همراه نیست. بر اساس نقطه برش ۳ در این شاخص و درجه آزادی ۱، آماره مجذور کای برابر ۰/۱۲ است که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنی‌دار نمی‌باشد.

بحث

چنان‌که نتایج مطالعه حاضر نشان داده است، درصد قابل توجهی از بیماران MS در نمونه حاضر مبتلا به اختلالات روانی هستند. افسردگی در این افراد فراوانی بیش‌تری نسبت به سایر اختلالات روانی دارد و اختلالات اضطرابی و جنسی مراتب بعدی را از نظر فراوانی به خود اختصاص داده‌اند. هم‌چنین شیوع سایر اختلالات روانی در گروه نمونه حاضر قابل ملاحظه نیست. بر اساس مصاحبه تشخیصی، تعداد ۵۳ نفر (۴۶/۹ درصد) از نمونه حاضر دارای حداقل یک اختلال روانی هستندکه این میزان شیوع، آشکارا بالاتر از شیوع اختلالات روانی در جامعه ایران (۲۳/۶ درصد)(۲۲) است. هم‌چنین این میزان شیوع پایین‌تر از نرخ شیوع در گروهی از افراد مبتلا به MS در مکزیک است که توسط Espinola-Nadurille و همکاران گزارش شده است(۱۱). شیوع انواع اختلالات افسردگی در نمونه حاضر ۳۷/۲ درصد و بالاتر از شیوع افسردگی در کل جامعه ایران (۱۳/۶ درصد)(۲۳) است. هم‌چنین این میزان شیوع بالاتر از نرخ جهانی شیوع افسردگی در افراد مبتلا به MS است که Marrie و همکاران طی متاآنالیز یافته‌های ۲۴۹ عدد از مطالعات مربوطه گزارش کرده‌اند. آن‌ها نرخ شیوع افسردگی را در افراد مبتلا به MS، ۲۳/۷ درصد عنوان کرده‌اند(۵).

Espinola-Nadurille و همکاران نیز در مکزیک بر اساس نتایج مصاحبه تشخیصی ساختاریافته SCID-I، شیوع هرگونه اختلال دپرسیو را در افراد مبتلا به MS، ۴۶ درصد گزارش کرده‌اند(۱۲) که بالاتر از نرخ شیوع برای نمونه حاضر است. از بین پژوهش‌های داخلی، شعبانی و همکاران با استفاده از پرسش نامه افسردگی همیلتون (HRSD)، شیوع علایم افسردگی را در بیماران مبتلا به MS، ۶۹/۲ درصد گزارش کرده‌اند(۱۶). هم‌چنین دهقانی و همکاران با استفاده از پرسش نامه DASS-21، شیوع علایم افسردگی را در این بیماران ۷۲/۸ درصد اعلام کرده‌اند(۸). به گفته Alschuler و همکاران، اگرچه احتمال ابتلای افراد دارای MS به افسردگی اساسی دو برابر جمعیت عمومی است، با این حال در هر زمان بیش از ۵۰ درصد این بیماران علایمی از افسردگی را تجربه می‌کنند که معمولاً زیر آستانه تشخیصی برای اختلالات افسردگی DSM است اما از نظر بالینی مؤثر و بااهمیت است(۹).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ۱۱/۵ درصد از افراد مبتلا به MS دارای حداقل یکی از اختلالات اضطرابی هستند که کم‌تر از شیوع۱۵/۶ درصدی اختلالات اضطرابی در جامعه است(۲۴). هم‌چنین شیوع اضطراب در نمونه حاضر کم‌تر از شیوعی است که دهقانی و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه DASS-21 برای بیماران MS گزارش کرده‌اند. بر اساس مطالعه آن‌ها، ۷۴/۶ درصد این بیماران علایم اضطرابی نشان می‌دهند(۸). متاآنالیز Marrie و همکاران نیز نرخ جهانی شیوع اضطراب را در افراد مبتلا به MS، ۲۱/۹ درصد نشان می‌دهد(۵). در مطالعه Espinola-Nadurille و همکاران به روش مصاحبه تشخیصی SCID-I، شیوع هر گونه اختلال اضطرابی در بیماران MS، ۲۱/۶ درصد بوده که تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشته است(۱۲). به این ترتیب نتایج مطالعه Espinola-Nadurille و همکاران(۱۱) به نتایج حاصل از مطالعه حاضر نزدیک‌تر است.

شیوع ۸/۸ درصدی اختلالات جنسی در نمونه حاضر این اختلالات را جزء شایع‌ترین اختلالات پس از افسردگی قرار داده است. با این‌حال این میزان شیوع، پایین‌تر از حدی است که مطالعات دیگر گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال در ترکیه Çelik و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه MSISQ-19، مشکلات عملکرد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جنسی افراد مبتلا به MS را ۶۰/۷ درصد عنوان کرده‌اند(۱۰). در صربستان Darija و همکاران با استفاده از مقیاس عملکرد جنسی Szasz، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در مردان و زنان مبتلا به MS به‌ترتیب ۷۷/۸ و ۷۲/۷ درصد گزارش کرده‌اند(۷). در ایران نیز مرقاتی خویی و همکاران با استفاده از پرسش‌نامه MSISQ-19، شیوع حداقل یکی از مشکلات اولیه جنسی (به خصوص تأخیر در ارگاسم) را در زنان مبتلا به MS، ۸۷/۱ درصد گزارش کرده‌اند(۱۱). هم چنین قجرزاده و همکاران وسیله پرسش‌نامه FSFI، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در زنان ایرانی مبتلا به MS، ۶۶ درصد عنوان کرده‌اند(۲۳). به نظر می‌رسد استفاده از پرسش‌نامه‌هایی که علایم گه گاهی و زیرنشانگان را نیز به حساب می‌آورند و بیش‌تر بودن طول مدت ابتلا به MS در پژوهش‌های مورد مقایسه، می‌تواند توجیه‌گر مقداری از پایین‌تر بودن شیوع اختلالات عملکرد جنسی در نمونه حاضر باشد. با این حال شیوع این اختلالات در نمونه حاضر حتی پایین‌تر از شیوع جامعه است به عنوان مثال شیوع کلی اختلالات جنسی در ایران ۳۸ درصد(۲۴) و در زنان شهر تهران ۳۱ درصد(۲۴) تخمین زده شده است. همان‌طور که یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد این وضعیتِ شیوعِ پایین‌تر از حد انتظار برای سایر اختلالات روانی هم چون اختلالات اضطرابی، اختلالات انطباق و یا سایکوزها(۲۵) نیز صادق است. یکی از مهم‌ترین دلایل این کم بودن شیوع‌ها می‌تواند پایین بودن میزان ناتوانی ناشی از MS (EDSS) در افراد نمونه حاضر باشد. طبیعی است که هرچه ناتوانی‌های ناشی از MS کم‌تر باشد، مشکلات و آسیب‌های روانی ناشی از آن‌ها نیز کم‌تر خواهد بود. هم‌چنین از لحاظ تئوریک شاید بتوان یکی از دلایل کم‌تر بودن مشکلات روانی در نمونه حاضر را حالت سرخوشی (euphoria) همراه با MS در نظر گرفت که یکی از علایم به نسبت شایع در بیماران MS است و کم‌تر در منابع و پژوهش‌ها به آن اشاره می‌شود. حالتی که اگرچه هیپومانی محسوب نمی‌شود اما تا حدی با وضعیت بیماری و ناتوانی‌های آن‌ها نامتناسب است. این وضعیت می‌تواند امیدواری، ندیدن مشکلات ناشی از بیماری و خلق مثبت را شامل شود(۲۷،۲۶). مطالعات میزان شیوع سرخوشی را در افراد مبتلا به MS از ۱۰ تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند(۲۷،۲۶). این که آیا شیوع این سرخوشی در نمونه حاضر بالاتر از دیگر پژوهش‌ها بوده است نیاز به اندازه‌گیری دارد. با این‌حال از آن‌جاکه چنین سرخوشی زیر آستانه تشخیصی برای هیپومانی است، تعریف و ملاک‌های مشخص و استانداردی برای اندازه‌گیری و توصیف آن وجود ندارد(۲۸). از دیگر دلایل پایین‌تر بودن شیوع مشکلات روانی در نمونه حاضر می‌توان به تفاوت در نوع MS و میزان تخریب عملکرد ناشی از آن، تفاوت در درمان‌های دریافتی برای MS، تفاوت در برنامه‌های آموزشی و حمایتی از جانب انجمن‌های MS و مانند آن، تفاوت‌های فرهنگی و جمعیت‌شناختی، تفاوت درحمایت‌های اجتماعی و عاطفی، تفاوت‌های فردی هم‌چون نگرش‌های معنوی و دینی و یا صفات شخصیتی و در نهایت تفاوت‌ها در روش و شخصیت پژوهش‌گران و ارزیابان اشاره کرد. بعضی از بیماران نمونه حاضر به‌طور هم‌زمان تحت درمان روان پزشکی برای علایم روانی نیز بوده‌اند و به این ترتیب علایم روانی تحت کنترل بیش‌تری بوده است. نکته دیگری که می‌تواند در پایین بودن شیوع مشکلات روانی به‌ویژه اختلالات عملکرد جنسی مؤثر بوده باشد، تفاوت سنی میان مصاحبه‌کننده و بیماران است. از آن جا که مصاحبه‌کننده در بعضی موارد خیلی جوان‌تر از بیماران بوده، احتمالاً بعضی از بیماران نمی‌توانستند به راحتی علایم جنسی خود را گزارش کنند. علاوه بر این اختلاف سنی، نگرش‌های فرهنگی نیز می‌تواند در گزارش مشکلات روانی و به‌ویژه جنسی و حتی در درک این مشکلات تأثیرگذار باشد. صحبت از مشکلات روانی برای بعضی از افراد به‌طور کلی راحت نیست. علاوه بر این تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در میزان مشکلات و نیز ادراک

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

افراد از مسایل و در نتیجه وضعیت علایم روانی نقش دارند.

چنان‌که در قسمت یافته‌ها قابل مشاهده است، بیماران MS با میزان متفاوتی از شاخص EDSS، تفاوت معناداری در میزان ابتلا به اختلالات روانی نشان ندادند. علت چنین نتیجه‌ای آن است که اکثر افراد نمونه حاضر (۷۷ درصد)، سطح پایینی از ناتوانی داشتند و تنها ۲۳ درصد آنان سطح بالاتری از ناتوانی را دارا بودندو حداکثر این شاخص نیز کم‌تر از ۶ بوده است. به این ترتیب نمونه حاضر از نظر شاخص EDSS تا حدی همگن است و کم بودن افراد دارای ناتوانی زیاد، منجر به عدم تفاوت معنادار بین افراد با ناتوانی کم و زیاد در میزان اختلالات روانی شده است. از این‌رو در کاربرد نتایج این مطالعه باید توجه داشت که آمارهای ارائه شده تنها مربوط به سطوح پایین شاخص EDSS است.

نکته‌ای که لازم است مورد توجه قرار گیرد این است که به‌خاطر شرایط متفاوتی که بر پژوهش‌های مختلف درباره بیماران MS حاکم است، مقایسه نتایج آن‌ها با یکدیگر و مطالعه حاضر خالی از اشکال نیست. یکی از این تفاوت‌ها تنوع در ابزار مورد استفاده برای بررسی مشکلات روانی در پژوهش‌های مختلف است. بیش تر پژوهش‌ها از پرسش نامه استفاده کرده‌اند که قاعدتاً نتایج متفاوتی با مصاحبه‌های تشخیصی به همراه دارد. پژوهش‌هایی هم که از مصاحبه تشخیصی استفاده کرده‌اند، روش‌های مختلف مصاحبه را از انواع کاملاً استاندارد تا مصاحبه‌های روان پزشکی بی‌ساختار و آزاد مورد استفاده قرار داده‌اند. طبیعی است که توافق تشخیصی بالایی میان این ابزارهای مختلف وجود ندارد. هم‌چنین علاوه بر طرح‌های پژوهشی متعدد، حجم نمونه هم در پژوهش‌های مختلف به میزان زیادی نوسان دارد که مقایسه نتایج را تا حدی مشکل می‌سازد. از مطالعات ملی با نمونه‌های چندهزار نفری که البته معمولاً ضعیف‌ترین روش‌های تشخیصی را در بر دارند تا مطالعاتی با نمونه‌های کم‌تر از پنجاه نفر. تفاوت نمونه‌ها در میانگین متغیرهای دموگرافیک هم موضوع قابل توجهی است به‌ویژه میانگین سنی، تحصیلات و نسبت جنسیتی که در مطالعات مختلف متفاوت است. هم چنین میانگین طول مدت ابتلا به بیماری نیز تفاوت هایی نشان می‌دهد. به این لیست باید تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی را نیز اضافه نمود. بنابراین مقداری از تفاوت‌ها در شیوع اختلالات روانی می‌تواند به علت چنین تفاوت‌هایی در پژوهش‌ها باشد که لازم است مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال شیوع بسیاری از اختلالات روانی در زنان بسیار بیش‌تر از مردان است(۲۸). بنابراین در پژوهشی که نسبت زنان بیش تر است، انتظار می‌رود تا شیوع اختلالات روانی نسبت به سایر پژوهش‌ها افزایش یابد که نمی‌توان همه آن را به تأثیر MS نسبت داد. هم‌چنین افزایش طول مدت بیماری با افزایش علایم روانی همراه است(۷) که مقداری از تفاوت‌ها در شیوع اختلالات روانی را توجیه می‌کند و در پژوهش‌ها کنترل نشده است.

به عنوان بیماری مزمنی که بسیاری از ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، MS آثار روان‌شناختی مهمی ایجاد می‌کند. سیر پیش‌رونده بیماری و عدم توانایی برای توقف این روند، ناتوانی‌های فیزیکی ایجاد شده و ناتوانی در مراقبت از خود و نیز مشکلاتی مانند تحمیل هزینه‌های درمانی سنگین، مشکلات شغلی و مشکلاتی که در روابط فرد ایجاد می‌کند، عوامل تنش‌زای مهمی هستند که از سلامت روانی فرد می‌کاهد و او را به سمت اختلالات روانی سوق می‌دهد. مشکلات ناشی از MS و به‌ویژه غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل کنترل بودن حملات بیماری، فرد را در وضعیت ناامیدی و درماندگی قرار می‌دهد که مشابه سایر بیماری‌های مزمن می‌تواند یکی از مؤلفه‌های مهم مشکلات انگیزشی و افسردگی در این افراد باشد(۲۹). هم چنین بدیهی است که سوگ از دست دادن سلامتی و توانایی‌های گذشته، فرد مبتلا به MS را به سمت افسردگی پیش می‌برد. علاوه بر تأثیر از طریق تغییرات عاطفی، انگیزشی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

افزایش استرس‌های عمومی زندگی، MS با ایجاد اختلالات شناختی متعددی می‌تواند به افسردگی منجر شود. شیوع اختلالات شناختی در بیماران MS حدود ۴۵ تا ۶۵ درصد تخمین زده شده است. اختلال در پردازش ذهنی، اختلال در تفکر انتزاعی، حل مسئله، توجه، کندی پردازش اطلاعات و به‌ویژه اختلال در حافظه می‌تواند منجر به افسردگی شود و در عین حال علایم شناختی افسردگی را مستقیماً توجیه نماید(۳۰). البته از دیدگاهی دیگر، افسردگی نیز می‌تواند بخشی از مشکلات شناختی در MS را توجیه نماید. برخی پژوهش‌گران معتقدند افسردگی بیش‌تر در مراحل اولیه بیماری است که مشکلات شناختی را توجیه می‌کند و با پیشرفت بیماری و تشدید آسیب‌های مغزی، اثر افسردگی بر عملکرد شناختی کاهش می‌یابد(۱۹). هم‌چنین MS زندگی جنسی را نیز در ابعاد مختلفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و به این ترتیب از کیفیت زندگی فرد می‌کاهد بعضی از تغییرات عصبی و یا هورمونی ناشی از MS به طور مستقیم اجزای چرخه فعالیت جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (همانند اختلال در لوبریکاسیون و یا اختلال در ارگاسم) اما MS آثار غیرمستقیم زیادی هم بر رفتار جنسی دارد. اسپاسم‌های عضلانی و یا ضعف ماهیچه‌ها می‌تواند حرکات فرد را حین آمیزش جنسی محدود و یا آزارنده کند(۱۰). علاوه بر این مشکلات روانی حاصل از MS هم‌چون اضطراب و افسردگی، تخریب تصویر فرد از بدن خود و اعتماد به نفس پایین، فعالیت‌های جنسی را متأثر می‌کند. نگرانی درباره فقدان جذابیت جنسی و تصویر منفی بدن، هم‌چنین نگرانی از این که فرد نتواند عملکرد مناسبی در هنگام آمیزش داشته باشد یا آن را حفظ نماید، خود می‌تواند عامل اختلالاتی در عملکرد جنسی فرد باشد(۷).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به کم بودن حجم نمونه به علت مشکلات مصاحبه بالینی و عدم تصادفی بودن نمونه‌گیری اشاره کرد. به این ترتیب تعمیم نتایج این مطالعه به سایر جمعیت‌ها و جامعه باید با احتیاط صورت پذیرد. در عین حال مطالعه وضعیت سرخوشی در بیماران MS و ارتباط آن با سایر مسایل ناشی از بیماری و هم‌چنین بررسی عمیق‌تر نقش تفاوت‌های فردی و فرهنگی و حمایت‌های اجتماعی در وضعیت علایم روانی بیماران MS، می‌تواند در روشن‌تر شدن وضعیت سلامت این بیماران مؤثر باشد. هم‌چنین پیشنهاد پژوهشی دیگری که اهمیت دارد، بررسی تأثیر تفاوت در نوع MS و میزان تخریب عملکرد ناشی از آن و نیز تفاوت در درمان‌های دریافتی برای MS بر فراوانی علائم روانی این بیماران در نمونه‌های مختلف است.

References

1. Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. The effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety and stress in patients with multiple sclerosis. Research in Medicine 2008; 32(1):45-53 (Persian).
2. Sadat SJ, Allimohammadi NA, Zoladi MA. Experience of patients with multiple sclerosis about physical effects of their illness; A phenomenological study. Dena J 2006; 1(1): 51-63 (Persian).
3. Taghizadeh M, Asemi Z, Mahlooji M. Assessment of multiple schlorosis patient's nutritional situation. Abstract proceeding of 3th international congress on multiple schlorosis. Iran. Tehran. 2006. p. 151-152 (Persian).
4. Etemadifar M, Janghorbani M, Shaygannejad V, Ashtari F. Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. Neuroepidemiology 2006; 27(1): 39-44 (Persian).
5. Marrie RA, Cohen J, Stuve O, Trojano M, Sorensen P S, Reingold S, et al. A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: Overview. Mult Scler 2015; 21(3): 263-281.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

6. Esmaeili M, Hosseini F. Multiple Sclerosis and stressful thought habit. Nursing Research 2009; 3(10-11): 25-32 (Persian).
7. Darija K, Tatjana P, Goran T, Nebojsa S, Irena c, Sarlota M, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A 6-year follow-up study. J Neurol Sci 2015; 358(1-2): 317-323.
8. Dehghani A, Mohmdkhan Krmanshahy S, Memarian R. The prevalence of stress, anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. Journal of Alborz University of Medical Sciences 2013; 2(2): 82-88.
9. Alschuler KN, Ehde D, Jensen M. Co-Occurring Depression and Pain in Multiple Sclerosis. Phys Med Rehabil Clin N Am 2013; 24(4): 703-715.
10. Çelik D, Poyraz E, Bingöl A, İdiman E, Özakbaş S, Kaya D. (2013). Sexual dysfunction ın multiple sclerosis: Gender differences. J Neurol Sci 2013; 324(1-2): 17-20.
11. Merghati-Khoei E, Qaderi K, Amini L, Korte J. Sexual problems among women with Multiple Sclerosis. J Neurol Sci 2013; 331(1-2): 81-85.
12. Espinola-Nadurille M, Colin-Piana R, Ramirez-Bermudez J, Lopez-Gomez M, Flores J, Arrambide G, et nal. Mental Disorders in Mexican Patients With Multiple Sclerosis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2010; 22(1): 63-69.
13. Beiske A, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E, Aarseth J, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. Eur J Neurol 2008; 15(3): 239-245.
14. Shabani A, Nikravesh S, Panaghi L. Obsessive-compulsive disorder: Is it common in multiple sclerosis? Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2006; 12(3): 209-217.
15. Johnson SK, Terrel D, Sargent C, Kaufman M. Examining the effects of stressors and resources on multiple sclerosis Among African Americans and Whites. Journal of Stress and Health 2007; 23(4): 207-213.
16. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck PR, Frank E, et al. Stressful life events precede Exacerbation of multiple sclerosis. Psychosom Med 2006; 64(6): 916-920.
17. Seligman M, Walker E, Rosenhan D. Abnormal Psychology. 4th ed. New York: Norton & Company; 2002.
18. Duncan A, Malcolm-Smith S, Ameen O, Solms M. Changing definitions of euphoria in multiple sclerosis: A short report. Mult Scler 2015; 21(6): 776-779.
19. Sarmad Z, Bazargan A, Hejaz OR. Research methods in the behavioral sciences. Tehran: Agah; 2011.
20. Sharif V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani Y Semnani Y, et al. Reliability and applicability of diagnostic Persian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). Advances in Cognitive Science 2003; 6(1-2): 10-22.
21. Amini H, Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Haviani H, Semnani Y, et al. L-based diagnostic structured interview for disorders of validity of the Persian version of the DSM-IV (SCID-I). Quarterly Monitoring (Payesh) 2007; 7(1): 49-57.
22. Mazinani R, AkbryMhr M, Kraskian A, Kashanian D. Prevalence of sexual dysfunction in women and its related factors. Razi Journal of Medical Sciences 2012; 19(105): 59-66.
23. Ghajarzadeh M, Jalilian R, Mohammadifar M, Sahraian MA, Azimi A. Sexual Function in Women with Multiple Sclerosis. Acta Med Iran 2014; 52(4): 315-318.
24. Abedini M, Waiting SA, Khalatbary C. Coping styles in patients with MS and healthy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

individuals East Mazandaran province. J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(94): 71-77.

25. Rosti-Otajärvi E, Hämäläinen P. Behavioural symptoms and impairments in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Mult Scler 2013; 19(1): 31-45.
26. Landro NI, Celius EG, Sletvold H. Depressive symptoms account for deficient information processing speed but not for impaired working memory in early phase multiple sclerosis (MS). J Neurol Sci 2004; 217(2): 211-216.
27. Tavakoli M, Sharifi M, Shaygan Nejhad V. Depression and cognitive functions in patients with multiple sclerosis. Isfahan Med Sci 2014; 33(332): 604-614,
28. Qaderi K, MrqatyKhoey A. Sexual problems in women with multiple sclerosis and its relation to quality of life. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2013; 11(7): 526-533.
29. Hosseini Kiasari ST, Ghamari Givi H, Khaleqkhah A. The Efficacy of Cognitive-Existential Group Therapy in Reducing the Levels of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(122): 368-372.
30. Hamzehpour R, Sheikhmoonesi F, Tabrizi N. Psychotic Symptoms as the Initial Presentation of Multiple Sclerosis: A Case Report. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 25(124): 229-235 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]