

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۱۳۸۷ / ۲ / ۲۳

پروردگارا

بیایست منی گویم که به من منت نرسانده و خلعت
علم بر من پوختاندی و از درگاه پر الطافت
خواستارم که بر قلبم ایمان و در بازوانم توان و
بر قدمم استواری بخشی تا غمگسار بندگانت باشم.

۹۶۴۵۵

به نام خدا
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تاریخ: ۸۹/۷/۱۶

ردیف	نام و نام خانوادگی
۱	دکتر بهناز صدیقی
۲	دکتر محمد علی شفا
۳	دکتر سید علی ابراهیمی

۱۹۱۶
۱۸۱۸
۱۹۱۶



دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مرکز تحقیقات علوم اعصاب

پایان نامه:

جهت دریافت گواهی نامه دکترای حرفه ای پزشکی

عنوان:

بررسی شیوع اختلال حافظه در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس
در شهر کرمان

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر بهناز صدیقی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر سیف الدینی

تهیه و نگارش:

ساره السادات ابراهیمی

پاییز ۱۶

۹۲۴۵۸

کتابخانه تخصصی وزارت بهداشت
تاسیس ۱۳۵۷

۱۴۸۷ / ۲۲ / ۲۴

تقدیر به

بدر و ماوراء حنین

که در مسیر زندگی و تحصیل از هیچ کوششی دریغ نکردند
همواره جز در نافرمانی از امر خدا (طاعتاً) می‌کنند و
از خداوند سلامتی و بی‌وزنای را خواستار

و خواهر نازنین صرف

که از جاه بیشتر دوستند و آری.

با سپاس فراوان از اساتید بزرگوارم:

سرکار خانم دکتر بهناز صدیقی

که با راهنماییهای بی شائبه شان مرا در تنظیم و تدوین این پایان نامه یاری نمودند. امیدوارم توفیقی حاصل شود تا بتوانم محبتهای بی دریغشان را پاسخ گویم.

جناب آقای دکتر سیف الدینی

که در این راه از هیچ کمکی دریغ نورزیدند.



پایان نامه فوق در قالب طرح تحقیقاتی در
مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم
پزشکی کرمان به انجام رسیده است.
بدین وسیله از کلیه همکاران و پرسنل
محترم آن مرکز تقدیر و تشکر می نمایم.



دانشکده پزشکی
آموزش بالینی

« فرم ارزشیابی پایان نامه »

تاریخ جلسه دفاع از پایان نامه: ۸۲/۷/۱۷

نام خانوادگی دستیار/کارورز: ساره اسرار
بررسی توسط: *دکتر سید علی حسینی*

معیارهای ارزشیابی

بد (۱)	ضعیف (۳)	متوسط (۵)	خوب (۸)	عالی (۱۰)	
					۱ نوآوری و جدید بودن موضوع تحقیق
					۲ نحوه نگارش (رعایت فصل بندی ، رعایت آئین نگارش ، بیان صحیح لغات و واژه ها)
					۳ بررسی متون (ارتباط منابع با موضوع تحقیق ، اعتبار منابع)
					۴ روش تحقیق (بیان مسئله ، بیان روش اهداف ، مناسب بودن فرضیات ، روش جمع آوری اطلاعات و انتخاب نمونه ، آزمونهای آماری)
					۵ چگونگی ارائه نتایج (رعایت اصول نمایش اطلاعات در جداول و نمودارها)
					۶ چگونگی تفسیر نتایج (بحث ، ارائه پیشنهادات ، کاربرد یافته ها)
					۷ چگونگی نگارش خلاصه فارسی و انگلیسی و نحوه ارائه منابع خارجی و داخلی
					۸ طرز بیان (رعایت ترتیب و جمع بندی مطالب و میزان تسلط در هنگام دفاع از پایان نامه)
					۹ نحوه استفاده از وسایل کمک آموزشی و رعایت زمان تعیین شده در هنگام دفاع از پایان نامه
					۱۰ چگونگی پاسخ به سئوالات

ملاحظات:

<p>مهر و امضاء معاون آموزش بالینی</p>	<p>مهر و امضاء نماینده شورای بررسی پایان نامه ها</p> <p><i>دکتر سید علی حسینی</i></p>	<p>مهر و امضاء استاد راهنما یا عضو هیئت داور</p> <p><i>دکتر سید علی حسینی</i></p>
---------------------------------------	---	---



دانشکده پزشکی
آموزش بالینی

« فرم ارزشیابی پایان نامه »

تاریخ جلسه دفاع از پایان نامه: ۸۲، ۷، ۱۲

ونام خانوادگی دستیار/کارورز: ساره اسدرا ابراهیمی

ان پایان نامه: بررسی سبوع اصول مراقب در برابران مبتلا به تبسبب انحراف

معیارهای ارزشیابی

بد (۱)	متوسط ضعیف (۳)	خوب (۵)	عالی (۱۰)	
			✓	۱ نوآوری و جدید بودن موضوع تحقیق
			✓	۲ نحوه نگارش (رعایت فصل بندی ، رعایت آئین نگارش، بیان صحیح لغات و واژه ها)
			✓	۳ بررسی متون (ارتباط منابع با موضوع تحقیق ، اعتبار منابع)
			✓	۴ روش تحقیق (بیان مسئله ، بیان روشن اهداف، مناسب بودن فرضیات ، روش جمع آوری اطلاعات و انتخاب نمونه ، آزمونهای آماری)
			✓	۵ چگونگی ارائه نتایج (رعایت اصول نمایش اطلاعات در جداول و نمودارها)
			✓	۶ چگونگی تفسیر نتایج (بحث، ارائه پیشنهادات ، کاربرد یافته ها)
			✓	۷ چگونگی نگارش خلاصه فارسی و انگلیسی و نحوه ارائه منابع خارجی و داخلی
			✓	۸ طرز بیان (رعایت ترتیب و جمع بندی مطالب و میزان تسلط در هنگام دفاع از پایان نامه)
			✓	۹ نحوه استفاده از وسایل کمک آموزشی و رعایت زمان تعیین شده در هنگام دفاع از پایان نامه
			✓	۱۰ چگونگی پاسخ به سئوالات

تصیحات :

مهر و امضاء معاون آموزش بالینی

مهر و امضاء نماینده شورای بررسی

مهر و امضاء استاد راهنما یا عضو هیئت داور

پایان نامه ها

دکتر محمد علی شفا
متخصص مغز و اعصاب
نظام پزشکی ۱۶۲۳



دانشکده پزشکی
آموزش بالینی

« فرم ارزشیابی پایان نامه »

تاریخ جلسه دفاع از پایان نامه: ۸۶/۷/۱۶

نام خانوادگی دستیار/کارورز: ساره اسرار ابراهیمی

ران پایان نامه: بررسی شیوع اهدال حافظه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

معیارهای ارزشیابی					
عالی (۱۰)	خوب (۸)	متوسط (۵)	ضعیف (۳)	بد (۱)	
	۸				۱ نوآوری و جدید بودن موضوع تحقیق
	۹				۲ نحوه نگارش (رعایت فصل بندی، رعایت آئین نگارش، بیان صحیح لغات و واژه ها)
	۹				۳ بررسی متون (ارتباط منابع با موضوع تحقیق، اعتبار منابع)
	۸				۴ روش تحقیق (بیان مسئله، بیان روشن اهداف، مناسب بودن فرضیات، روش جمع آوری اطلاعات و انتخاب نمونه، آزمونهای آماری)
	۸				۵ چگونگی ارائه نتایج (رعایت اصول نمایش اطلاعات در جداول و نمودارها)
	۹				۶ چگونگی تفسیر نتایج (بحث، ارائه پیشنهادها، ابراز نظر یافته ها)
	۸				۷ چگونگی نگارش خلاصه فارسی و انگلیسی و نحوه ارائه منابع خارجی و داخلی
	۸				۸ طرز بیان (رعایت ترتیب و جمع بندی مطالب و میزان تسلط در هنگام دفاع از پایان نامه)
	۹				۹ نحوه استفاده از وسایل کمک آموزشی و رعایت زمان تعیین شده در هنگام دفاع از پایان نامه
	۸				۱۰ چگونگی پاسخ به سئوالات

نمیتواند:

<p>مهر و امضاء معاون آموزش بالینی</p>	<p>مهر و امضاء نماینده شورای بررسی پایان نامه ها</p> <p>دکتر محمد علی پورمحمدی تخصص داخلی - هوارش ن پ ۲۲۶۷۲</p>	<p>مهر و امضاء استاد راهنما یا عضو هیئت داوران</p> <p>۸۶۷۱</p>
---------------------------------------	---	--

بررسی شیوع اختلال حافظه در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

خلاصه :

مالتیپل اسکلروزیس شایعترین بیماری دمییلینه کننده در سیستم عصبی مرکزی بوده و از علل مهم ناتوانی در بالغین جوان می باشد. این بیماری با شیوع بالایی در اختلال حافظه ۴۰-۶۰٪ همراه است. مطالعه حاضر در صدد است که به بررسی شیوع اختلال حافظه و ارتباط آن با یکسری از متغیرهای مربوط به بیمار و بیماری در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بپردازد. به این منظور تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تشخیص داده شده توسط متخصص مغز و اعصاب وارد مطالعه شدند و توسط یک پژوهشگر آموزش دیده اطلاعات دموگرافیک، معاینه عصبی و درمانهای جاری بیمار ثبت شده و آزمون اختلال حافظه برای آنها به عمل آمد و نتایج آنها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتیجه اینکه؛ در مقابل ۲۹٪ بیماران با حافظه نرمال، ۷۱٪ دارای اختلال حافظه بودند که ۳۵٪ اختلال حافظه خفیف تا متوسط، ۱۹٪ اختلال متوسط تا شدید و ۱۷٪ اختلال شدید داشتند و بین شدت اختلال حافظه و سن ($p_v=0/000$)، سطح تحصیلات ($p_v=0/000$)، طول مدت ابتلا به بیماری ($p_v=0/002$)، طول مدت ابتلا از شروع بیماری تا شروع درمان ($p_v=0/001$)، نوع درمان جاری ($p_v=0/027$) و EDSS بیمار ($p_v=0/000$) رابطه معنی دار آماری به دست آمد که این نتایج می توانند در پیگیری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بینش تازه ای را مطرح نمایند. خصوصاً که قابل درمان بودن بالقوه اختلال حافظه امکان پذیر می باشد.

کلید واژه : مالتیپل اسکلروزیس- اختلال حافظه

مالتیپل اسکروزیس شایعترین بیماری دمییلینه کننده ای است که به علت یک پروسه التهابی در سیستم عصبی مرکزی ایجاد می شود. پیک سنی بروز بیماری بین ۲۰-۳۰ سال بوده و در بین زنان حدود ۱/۴-۳/۱ برابر شایعتر از مردان می باشد (۱۹). که با توجه به سن شیوع بیماری یکی از علل مهم ناتوانی در بالغین جوان می باشد (۴). میزان شیوع آن در نژاد آریایی تقریباً با منطقه اروپای جنوبی که از مناطق با ریسک بالا می باشد، برابر است (۱۸). که در این نواحی شیوع مالتیپل اسکروزیس بیشتر از ۳۰ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر می باشد (۱۹و۴) و در مطالعه ای که در شهر کرمان هم انجام شده شیوعی برابر ۳۰-۶۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر داشته است (۱). اختلال حافظه، اختلال شناختی و قضاوتی از تظاهرات شایع این بیماری می باشند که احتمالاً در ایجاد ناتوانی نسبت به مشکلات جسمی اهمیت بیشتری دارند هر چند که کمتر مورد توجه قرار می گیرند. این تغییرات در محدوده وسیعی قرار می گیرند، از اختلالاتی کاملاً آشکار تا یک اختلال کاملاً مخفی که گاهی با بررسی های روانپزشکی پیچیده هم نمی توان تغییرات ابتدایی را مشخص کرد (۱۹).

اختلال حافظه در این بیماران شامل اختلال در پردازش اطلاعات (۱۲،۷)، استفاده از خصوصیات معنایی اطلاعات (۹)، حافظه شفاهی (۱۱)، حافظه اجرایی (۱۳)، حافظه فوری و کاهش ظرفیت یادگیری (۱۵) و تخریب حافظه طولانی مدت (۱۵،۲۲) می باشد و به طور کلی همه متغیرهای حافظه می توانند دارای یک اختلال واضح باشند (۲۱،۱۱). اگر چه در بسیاری از مقالات معتقدند که حافظه کوتاه مدت سالم می ماند (۱۳،۱۶).

شیوع اختلال حافظه وابسته به سن در جامعه در مطالعه ای در اسپانیا در افراد بالای ۴۰ سال حدود ۳/۶٪ و در افراد بالای ۶۵ سال ۷/۱٪ گزارش شده (۶) که در همین سال در کشور آمریکا شیوع اختلال حافظه مرتبط با سن بین ۹۸-۳۵٪ گزارش شده است (۱۰)، که حاکی از تفاوت اختلال حافظه در مناطق مختلف دنیا می باشد. در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس هم

شیوع اختلال حافظه در حدود ۶۰-۴۰ گزارش شده (۱۵) و در مطالعه دیگری به تفکیک ۲۳٪ بیماران نرمال ، ۵۳٪ اختلال حافظه خفیف تا متوسط و ۲۲٪ بیماران مبتلا به اختلال حافظه شدید بودند (۳).

متأسفانه مشخصه های پیش آگهی دهنده قابل اطمینان برای بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس وجود ندارد. هر چند که ناتوانی جسمانی کم بیمار ۵ سال بعد از ایجاد بیماری ، بهبود کامل و سریع اولین علائم بیمار ، سن کمتر از ۳۵ سال در شروع بیماری ، داشتن فقط یک علامت در سال اول ، شروع ناگهانی علامت اول ، فاصله زیاد بین حملات اخیر و شروع بیماری با علائم حسی و نوریت اپتیک خفیف را دلیل بر پیش آگهی بهتر می دانند و شروع چند علامتی و علائمی مانند آتاکسی ، علائم مخچه ای ، تومور ، سرگیجه و علائم کورتیکواسپاینال دلالت بر پیش آگهی بد اعلام شده است و درمورد شروع سریع درمان چون فقط یک دهه است که درمان مؤثر در دسترس است مدتی طول می کشد تا تأثیر آن دقیقاً روشن شود (۱۹).

شیوع علائم در بیماری مالتیپل اسکلروزیس به ترتیب زیر می باشد :

تک علامتی ها ۴۵-۷۹٪ ، چند علامتی ها ۲۱-۵۵٪ ، شروع با ضعف ۱۰-۴۰٪ ، پارستزی ۲۱-۴۰٪ ، علائم حسی ۱۳-۳۹٪

نوریت اپتیک ۱۴-۲۹٪ ، دوبینی ۸-۱۸٪ ، آتاکسی ۲-۱۸٪ ، اختلالات مثانه ۱۳٪ ، سرگیجه ۲-۹٪.

برای سنجش میزان ناتوانی جسمانی ایجاد شده در این بیماران از اندکس کلینیکی به نام EDSS

(Expanding disability status Score) استفاده می شود که از اعداد ۰-۱۰ صفر (معاینات و عملکرد نرمال) تا ۱۰ (مرگ به

علت بیماری مالتیپل اسکلروزیس) استفاده می کند. این اندکس به طور مشخصی با طول مدت بیماری ارتباط دارد به طوریکه

۵۰٪ بیماران در طی گذشت ۱۶ سال از بیماری به EDSS=۶ می رسند (۴).

در مورد ارتباط اختلال حافظه با متغیرهای بیماری اختلاف نظر وجود دارد. بعضی مطالعات اختلاف حافظه را با سایر نقایص

عملکرد شناختی ، وضعیت اقتصادی پایین ، نوع پیشرونده مالتیپل اسکلروزیس ، استفاده از داروهای ضد اضطراب (۱۴) ،

سالهای پیشرفت بیماری (۱۵) ، سیر بیماری (۲۱،۱۵) ، تظاهرات کالینیکی و ناتوانی های عصبی بیمار (۲۱) مرتبط می دانند و با ناتوانی جسمی (۱۶،۱۵) ، افسردگی (۱۶،۱۵) ، طول مدت بیماری (۱۶) بی ارتباط می دانند.

قابل توجه است که درمان اختلالات یادگیری و حافظه در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کارکرد حافظه را در آنها بهبود می بخشد که انتخاب مناسب بیماران با نقایص متوسط تا شدید ، اثرات مشخص مفید درمانی داشته است (۵) و بعضی مطالعات معتقدند که اختلال حافظه این بیماران نسبتاً خفیف و به طور بالقوه قابل درمان می باشد (۲).

درمورد استفاده از اینترفرونها در درمان بیماران و تاثیر آن در بهبود عملکرد حافظه گزارشات متفاوتی وجود دارد (۲۰ و ۸). با توجه به اینکه در اکثر زمینه های مربوط به بیماری مالتیپل اسکلروزیس مقاله ای که جامعه ایرانی را در نظر داشته باشد موجود نبود سعی شد تا با انجام این پژوهش با بررسی شیوع این اختلال در جامعه مبتلایان به این بیماری و تعیین ارتباط آن با بعضی از عوامل مربوط به بیمار و بیماری ، میزان اهمیت توجه به این اختلال که از علل مهم ناتوانی این بیماران می باشد (۱۹) و لزوم تشخیص و درمان به موقع بیماران مشخص می شود. که نتیجه آن قطعاً بهبود عملکرد کاری ، تحصیلی و اجتماعی بیماران و طبعاً کاهش هزینه های مربوط به بیمار را در پی خواهد داشت. هم چنین سرآغاز خوبی برای انجام تحقیقات بیشتر در زمینه مالتیپل اسکلروزیس از جمله انواع اختلال حافظه ، انواع اختلال حافظه در انواع بیماری ، چگونگی تشخیص و راههای درمانی این اختلال و ... باشد.

روش کار :

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی در شهر کرمان در سال ۱۳۸۵ می باشد که بر روی ۱۰۰ بیمار ۵۹-۱۵ ساله مبتلا به مالتیبل اسکلروزیس ثابت شده مراجعه کننده به مطب های خصوصی و بخش مغز و اعصاب بیمارستان شفا انجام گرفته است. نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و متوالی انجام گرفته است. بیماران مبتلا به بیماریهای روانپزشکی خصوصاً افسردگی (بر اساس پرسشنامه بک در صورت لزوم) از مطالعه حذف شدند.

در این پژوهش از فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و آزمون استاندارد شده حافظه برای تعیین سنجش اختلال حافظه استفاده شده است. آزمون تشخیص اختلال حافظه استاندارد شده از ۷ جزء تشکیل شده (۱۷) که هر کدام به بررسی یک جزء از سیستم حافظه می پردازند:

الف- تست « تکرار اعداد » نام دارد که میزان « توجه » را ارزیابی می کند.

ب- تست « یادگیری زوجهای مرتبط » نام دارد که توانایی یادگیری جدید (حافظه شفاهی) را بررسی می کند.

ج- تست « حافظه بینایی » (اشیاء پنهان شده) نام دارد. این تست برای بررسی قدرت حافظه شفاهی و اندازه گیری ضعف یادگیری استفاده می شود.

د- تست « حافظه بینایی » (بازسازی طرح دیده شده) نام دارد. این تست اختلال حافظه بینایی را می سنجد.

ه- تست « بیان داستان به منظور به یادآوری آنی » نام دارد. این تست حافظه شفاهی کوتاه مدت را بررسی می کند.

و- تست « کلمات غیر مرتبط » نام دارد. این تست به ارزیابی توانایی فراگیری اطلاعات جدید که به سلامت کلیه اجزای سیستم

حافظه (تشخیص ، ثبت اطلاعات حسی اولیه ، نگهداری و ذخیره اطلاعات ، تکرار و به خاطر آوری اطلاعات ذخیره شده) نیاز

دارد.

ز- تست « حافظه دور » و « آگاهی شخصی » نام دارد. سئوالات تست حافظه دور توانایی فرد در به یادآوری حوادث شخصی و تاریخی را ارزیابی می کند. در تست آگاهی شخصی سئوالاتی در مورد خود فرد مثل زن یا مرد بودن ، سن ، تاریخ روز ، محل زندگی و ... پرسیده می شود. سئوالات مکان و زمان نشان دهنده حافظه اخیر هستند.

پاسخ سئوالات قبلاً از یکی از افراد خانواده پرسیده شده و یا از پرونده بیمار کمک گرفته می شود. سپس بر اساس فرم امتیازدهی نمره آزمون بیمار محاسبه شده و شدت اختلال حافظه بیمار تعیین می شود.

نمره بیمار	شدت اختلال حافظه
$80 \leq$	نرمال
$60 \leq < 80$	خفیف تا متوسط
$40 \leq < 60$	متوسط تا شدید
< 40	شدید

- یک قسمت از فرم جمع آوری مربوط به EDSS بیمار می باشد که توسط متخصص مغز و اعصاب در مورد هر بیمار تعیین می گردد. برای تجزیه و تحلیل داده ها و تعیین میزان شیوع اختلال حافظه در بین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ارتباط اختلال حافظه با متغیرهای بیمار و بیماری از نرم افزار آماری SPSS ، آزمونهای مجذور کای ، Post Hoc و spearman استفاده می گردد.

یافته ها :

- سن : میانگین سن بیماران ۱۵-۵۹ ساله مورد مطالعه $۳۲/۸ \pm ۹/۳$ می باشد که :

- متوسط سن بیماران در گروه نرمال $۲۷/۹۷ \pm ۷/۳$ ، در گروه با اختلال حافظه خفیف تا متوسط $۳۳/۰۰ \pm ۹/۶$ ، در گروه

متوسط تا شدید $۳۵/۱۶ \pm ۸/۶$ و در گروه شدید $۳۸/۰۰ \pm ۹/۶$ می باشد.

- با آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین سن و شدت اختلال حافظه رابطه معنی داری وجود دارد. به این شکل که با افزایش

شدت اختلال میانگین سنی افراد به طور معنی داری بالاتر است. همبستگی رتبه ای Spearman برای رابطه سن و

اختلال حافظه با $Rho = ۰/۳۸۴$ و $p_v = ۰/۰۰۰$ معنی دار است. جدول شماره (۱)

جدول (۱) : فراوانی شدت اختلال حافظه در گروههای سنی مختلف

جمع	شدت اختلال حافظه				سن (سال)
	شدید	متوسط تا شدید	خفیف تا متوسط	نرمال	
۵ ۱۰۰٪	۰ ۰٪	۰ ۰٪	۲ ۴۰٪	۳ ۶۰٪	<۲۰
۳۷ ۱۰۰٪	۳ ۸/۱٪	۵ ۱۳/۵٪	۱۲ ۳۲/۴٪	۱۷ ۴۵/۹٪	۲۰-۲۹
۳۵ ۱۰۰٪	۸ ۲۲/۹٪	۷ ۲۰٪	۱۳ ۳۷/۱٪	۷ ۲۰٪	۳۰-۳۹
۱۸ ۱۰۰٪	۴ ۲۲/۲٪	۷ ۳۸/۹٪	۵ ۲۷/۸٪	۲ ۶/۹٪	۴۰-۴۹
۵ ۱۰۰٪	۲ ۴۰٪	۰ ۰٪	۳ ۶۰٪	۰ ۰٪	≥ 50
۱۰۰ ۱۰۰٪	۱۷ ۱۷٪	۱۹ ۱۹٪	۳۵ ۳۵٪	۲۹ ۲۹٪	جمع

(۱)

از ۱۰۰ نفر بیمار ۲۲ نفر (۲۲٪) مرد و ۷۸ نفر (۷۸٪) زن می باشند.

- علائم مشاهده شده در بین بیماران مرد به ترتیب: علائم ساقه مغز ۴۵/۴۵٪ (بیشترین علامت)، علائم حسی ۴۰/۹۰٪،

علائم بینایی ۲۷/۲۷٪، علائم غیر اختصاصی ۱۳/۶۳٪ و علائم مخچه ای ۹/۰۹٪ می باشند.

- علائم مشاهده شده در بین بیماران زن به ترتیب: علائم حسی ۴۷/۵۴٪ (بیشترین علامت)، علائم ساقه مغز ۳۷/۱۷٪،

علائم بینایی ۳۵/۸۹٪، علائم مخچه ای ۸/۹۷٪ و علائم غیر اختصاصی ۶/۴٪ می باشند.

- بررسی اختلال حافظه در مردان نشان داد که ۲۷/۳٪ نرمال، ۳۱/۸٪ اختلال خفیف تا متوسط، ۱۸/۲٪ اختلال متوسط

تا شدید و ۲۲/۷٪ اختلال شدید دارند.

- بررسی اختلال حافظه در زنان نشان داد که ۲۹/۵٪ نرمال، ۳۵/۹٪ اختلال خفیف تا متوسط، ۱۵/۴٪ اختلال متوسط

تا شدید و ۱۵/۴٪ اختلال شدید دارند.

- بررسی رابطه جنس با اختلال حافظه با آزمون کای-۲ نشان می دهد که رابطه معنی داری بین این دو وجود ندارد.

$$(p_v=0/88)$$

شیوع اختلال حافظه:

- در بین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس حدود ۲۹ نفر (۲۹٪) نرمال، ۷۱ نفر (۷۱٪) مبتلا به اختلال حافظه می

باشند که از این تعداد ۳۵ نفر (۳۵٪) اختلال حافظه خفیف تا متوسط، ۱۹ نفر (۱۹٪) اختلال متوسط تا شدید و ۱۷

نفر (۱۷٪) اختلال شدید دارند. جدول شماره (۲)

جدول شماره (۲) : فراوانی اختلال حافظه در بین بیماران به تفکیک شدت اختلال

درصد	تعداد	شدت اختلال
۲۹٪	۲۹	نرمال
۳۵٪	۳۵	خفیف تا متوسط
۱۹٪	۱۹	متوسط تا شدید
۱۷٪	۱۷	شدید
۱۰۰٪	۱۰۰	جمع

(۲)

سطح تحصیلات:

- سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه از زیر دیپلم تا دکترا می باشد که از این تعداد بیشترین افراد در گروه دیپلم (۳۵ نفر) و کمترین گروه دکترا با ۱ نفر بوده است.

در بین بیمارانی که حافظه نرمال دارند (۲۹ نفر) بیشترین تعداد مربوط به گروه دارای لیسانس با ۱۷ نفر (۵۸/۶٪) می باشد. در بین بیماران با اختلال حافظه خفیف تا متوسط بیشترین افراد مربوط به گروه دارای دیپلم با ۱۵ نفر (۴۲/۹٪) ، در گروه متوسط تا شدید بیشترین تعداد در افراد زیر دیپلم با ۸ نفر (۴۰/۰٪) و در افراد با گروه شدید بیشترین تعداد مربوط به گروه زیر دیپلم ها با ۹ نفر (۴۵/۰٪) می باشند.

در تحلیل مقایسه نسبتها با آزمون کای-۲ رابطه معنی داری بین شدت اختلال حافظه و سطح تحصیلات افراد وجود

دارد. ($p_v=0/000$) و ضریب همبستگی Spearman $Rho=0/557$ گزارش شد. (جدول شماره ۳)

جدول شماره (۳): فراوانی شدت اختلال حافظه در گروههای مختلف تحصیلی

جمع	شدت اختلال حافظه				سطح تحصیلات
	شدید	متوسط تا شدید	خفیف تا متوسط	نرمال	
۲۰ ۱۰۰٪	۹ ۴۵٪	۸ ۴۰٪	۲ ۱۰٪	۱ ۵٪	زیر دیپلم
۳۵ ۱۰۰٪	۶ ۱۷/۱٪	۶ ۱۷/۱٪	۱۵ ۴۲/۹٪	۸ ۲۲/۹٪	دیپلم
۱۲ ۱۰۰٪	۲ ۱۶/۷٪	۳ ۲۵٪	۶ ۵۰/۰٪	۱ ۸/۳٪	فوق دیپلم
۲۹ ۱۰۰٪	۰ ۰٪	۲ ۶/۹٪	۱۰ ۳۴/۵٪	۱۷ ۵۸/۶٪	لیسانس
۳ ۱۰۰٪	۰ ۰٪	۰ ۰٪	۲ ۶۶/۷٪	۱ ۳۳/۳٪	فوق لیسانس
۱ ۱۰۰٪	۰ ۰٪	۰ ۰٪	۰ ۰٪	۱ ۱۰۰٪	دکتر و بالاتر
۱۰۰ ۱۰۰٪	۱۷ ۱۷٪	۱۹ ۱۹٪	۲۵ ۲۵٪	۲۹ ۲۹٪	جمع

(۳)

شغل:

شغل این افراد به تفکیک در جدول شماره (۴) ذکر شده است که بیشترین گروه مربوط به زنان خانه دار با ۳۴ نفر و کمترین

تعداداً ۱ نفر کشاورز می باشد.

جدول شماره (۴) : فراوانی مشاغل مختلف در بین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

درصد	شغل
۳۴٪	خانه دار
۱۸٪	بیکار
۱۶٪	کارمند
۱۰٪	معلم
۶٪	دانشجو(دانش آموز)
۶٪	آزاد
۵٪	پزشکی و وابسته
۴٪	کارگر
۱٪	کشاورز
۱۰۰٪	جمع

(۴)

طول دوره بیماری :

- متوسط طول دوره بیماری $61/66 \pm 68/31$ ماه و کمترین طول مدت بیماری ۱ ماه و بیشترین طول مدت بیماری ۲۴۰ ماه می

باشد.

- طبق بررسی آماری کمترین طول مدت بیماری مربوط به گروه نرمال (۴۰/۶ ماه) و بیشترین میانگین مربوط به گروه با اختلال حافظه شدید (۱۱۶/۳۱ ماه) می باشد.

بررسی رابطه بین طول مدت بیماری و شدت اختلال حافظه با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان می دهد که در گروه با اختلال حافظه شدید میانگین مدت بیماری از همه گروههای دیگر بیشتر می باشد و با گروه نرمال تفاوت معنی داری را نشان می دهد. ($p_v=0/002$)

آزمون تعقیبی Tomhorne تفاوت بین زوج گروهها را تنها در دو گروه نرمال و شدید معنی دار نشان می دهد. ($p_v=0/037$).

جدول شماره (۵)

جدول شماره (۵) : فراوانی شدت اختلال حافظه بر اساس طول مدت بیماری

جمع	شدت اختلال حافظه				طول مدت بیماری (سال)
	شدید	متوسط تا شدید	خفیف تا متوسط	نرمال	
۵۳ ۱۰۰٪	۴ ۷/۵٪	۸ ۱۵/۱٪	۲۰ ۳۷/۷٪	۲۱ ۳۹/۶٪	<۵
۲۷ ۱۰۰٪	۷ ۲۵/۹٪	۸ ۲۹/۶٪	۷ ۲۵/۹٪	۵ ۱۸/۵٪	۵-۱۰
۲۰ ۱۰۰٪	۶ ۳۰٪	۳ ۱۵٪	۸ ۴۰٪	۳ ۱۵٪	≥۱۰
۱۰۰ ۱۰۰٪	۱۷ ۱۷٪	۱۹ ۱۹٪	۳۵ ۳۵٪	۲۹ ۲۹٪	جمع

(۵)