





تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

آقای علی دهقانی رشته آموزش پرستاری پایان نامه کارشناسی ارشد خود را با عنوان « بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش طراحی شده گروه همتا بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس » در تاریخ ۱۳۹۰/۴/۱۲ ارائه کردند. بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنند.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

دکتر سیما محمدخان کرمانشاهی (استاد راهنما)

خانم ربابه معماریان (استاد مشاور)

دکتر منیره انوشه (استاد ناظر)

دکتر نعیمه سید فاطمی (استاد ناظر)

دکتر زهره ونکی (نماینده تحصیلات تکمیلی)

آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب علی دهقانی دانشجوی رشته آموزش پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۸ مقطع کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته های علمی مستخرج از پایان نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا
تاریخ
۱۳۹۰/۴/۱۹

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:
"کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته آموزش پرستاری است که در سال ۱۳۹۰ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر کرمانشاهی، مشاوره سرکار خانم معماریان از آن دفاع شده است."

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب علی دهقانی دانشجوی رشته آموزش پرستاری مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

علی دهقانی

تاریخ و امضا

۱۳۹۰/۰۴/۱۹



دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه

دوره کارشناسی ارشد در رشته آموزش پرستاری گرایش بهداشت جامعه

عنوان

بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش طراحی شده گروه همتا بر میزان استرس،
اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

نگارش

علی دهقانی

استاد راهنما

دکتر سیما محمدخان کرمانشاهی

استاد مشاور

خانم ربابه معماریان

تیرماه ۱۳۹۰

تقدیم به پدر و مادر عزیزم:

آنان که وجودم برایشان همه رنج بود و وجودشان برایم همه مهر.

توانشان رفت تا به توانایی برسم و مویشان سپید کشت تا رویم سپید بماند.

آنان که فروغ نگاهشان، گرمی کلامشان و روشنی رویشان سرمایه‌های جاودانی زندگی من است.

آموزگارانی که برایم زندگی؛ بودن و انسان بودن را معنا کردند

در برابر وجود کرامت‌آفرینان ادب بر زمین می‌زنم و بادلی مملو از عشق، محبت و خضوع

بر دستشان بوسه می‌زنم.

حال این برگ سبزی است تحفه درویش تقدیم آنان.

تشکر و قدردانی :

در آغاز کلام سپاس بی حد خداوندی را که راه هدایت را بر آدمی روشن ساخت و جستجوی دانش را فضیلتی بس بزرگ قرار داد و پویایی، استواری، همت بلند، ایمان و تکیه به نیروی عظیم الهی را رمز موفقیت در این مسیر دشوار نامید.

اینک که با لطف الهی، موفق به اتمام تحصیلات خود در این مقطع شده ام از تمامی اساتید و حامیانی که مرا مساعدت و یاری نموده اند تشکر و قدردانی می نمایم.

استاد راهنمای گرامی، **سرکار خانم دکتر کرمانشاهی**؛ خدای را سپاس که افتخار تلمذ از محضر شما را نصیبم نمود و شما چه ماهرانه گوهر فکر را در دامن صبر صیقل می زنید. امیدوارم بتوانم آنچه از همنشینی علم و تقوا در شما دیدم در عمل بنمایانم.

استاد مشاور بزرگوار **سرکار خانم معماریان**؛ معلم تمام عیار، عالم و عامل، از حمایت های بی دریغ، دقت و ریزبینی فوق العاده، مسئولیت پذیری و تعهد شگفت انگیز، سعه صدر و همه آنچه غیر قابل وصف است و شما فرصت رویت آن را فراهم نمودید و ان شاءالله آموخته باشم کمال تشکر را دارم.

و از همه اساتید بزرگوار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس آقایان دکتر احمدی، محمدی، ناوی پور و خانم ها دکتر انوشه، ونکی و الحانی که از عنایاتشان طی تحصیل و انجام پژوهش بهره مند بوده ام کمال تشکر را دارم. همچنین از نگرش جامع، راهنمایی و تشویق های استاد و دوست عزیزم جناب آقای محمود کهن و راهنمایی آماری دوست عزیزم جناب آقای ابراهیم رحیمی کمال تشکر را دارم.

از همه معلمان و استادان دوران تحصیلم که این اثر و هر آنچه از دانش کسب نموده ام حاصل زحمات ایشان است، تشکر می نمایم.

و از حمایت های همه جانبه برادر عزیزم جناب آقای ابوذر دهقانی ممنونم.

از مسئولین محترم انجمن ام اس ایران و بیماران عزیز عضو این انجمن نهایت تشکر را دارم.

چکیده

مقدمه : بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده است که به دلایلی از جمله غیر قابل پیش بینی بودن و عدم درمان قطعی آن باعث بروز استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران می شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه آموزش طراحی شده گروه همتا بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش بررسی : این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که دارای دو گروه شاهد و آزمون و نمونه گیری غیر تصادفی می باشد که حجم نمونه در هر گروه ۵۵ نفر بود. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه DASS ۲۱ بود که جهت سنجش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران قبل و بعد از ۴ ماه در هر دو گروه تکمیل گردید. بعد از آماده کردن گروه همتا، ۶ جلسه آموزشی توسط افراد همتا برای گروه آزمون در طول دو ماه انجام شد. جهت تحلیل یافته ها از نرم افزار SPSS 16 و آزمون آماری t – test و کای دو استفاده گردید.

یافته ها : آزمون آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای مداخله گر نظیر سن، جنس، شدت بیماری و غیره یکسان بودند. آزمون آماری تی زوجی نشان داد نمره استرس، اضطراب و افسردگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری دارد ($P < 0/05$) در حالی که در گروه شاهد قبل و ۴ ماه بعد اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P > 0/05$). همچنین آزمون آماری تی مستقل بین اختلاف میانگین استرس، اضطراب و افسردگی دو گروه اختلاف معنی داری را نشان داد.

نتیجه گیری و پیشنهادات : برنامه آموزش طراحی شده گروه همتا باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس گردید. از این رو پیشنهاد می شود جهت کاهش علائم روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس از روش گروه همتا استفاده شود.

کلید واژه ها : برنامه آموزش، گروه همتا، استرس، اضطراب، افسردگی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس

فهرست مطالب

فصل ۱- مقدمه و مروری بر مطالعات انجام شده	۱
۱- ۱- مقدمه	۲
۱- ۲- مروری بر مطالعات انجام شده	۱۶
فصل ۲- چهارچوب پنداشتی.....	۲۶
۲- ۱- ۱- چهارچوب پنداشتی	۲۷
۲- ۱- ۱- ۱- مولتیپل اسکروزیس	۲۷
۲- ۱- ۱- ۲- افسردگی، اضطراب و استرس	۴۵
۲- ۱- ۱- ۳- آموزش همتا	۵۵
۲- ۱- ۳- ۱- رویکردهای آموزش همتا	۵۸
۲- ۱- ۳- ۲- عناصر ضروری آموزش همتا	۶۲
۲- ۱- ۳- ۳- نقش گروه همتا	۶۲
۲- ۱- ۳- ۴- برنامه ریزی آموزش همتا	۶۴
فصل ۳- مواد و روشها	۶۷
۳- ۱- اهداف پژوهش	۶۸
۳- ۱- ۱- هدف کلی	۶۸
۳- ۱- ۲- اهداف ویژه	۶۸
۳- ۲- فرضیات پژوهش	۶۹

- ۳-۳- تعریف واژه ها ۶۹
- ۳-۳-۱- بیماری مولتیپل اسکلروزیس ۶۹
- ۳-۳-۲- استرس ۷۰
- ۳-۳-۳- اضطراب ۷۰
- ۳-۳-۴- افسردگی ۷۱
- ۳-۳-۵- گروه همتا ۷۲
- ۳-۴- پیش فرض های پژوهش ۷۲
- ۳-۵- ابزار گردآوری داده ها ۷۳
- ۳-۶- روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها ۷۴
- ۳-۷- محدودیت های پژوهش ۷۵
- ۳-۷-۱- متغیرهای قابل کنترل ۷۵
- ۳-۷-۲- متغیرهای غیر قابل کنترل ۷۵
- ۳-۸- روش پژوهش ۷۶
- ۳-۸-۱- نوع پژوهش ۷۶
- ۳-۸-۲- جامعه پژوهش ۷۶
- ۳-۸-۳- نمونه پژوهش ۷۶
- ۳-۸-۴- معیارهای ورود و خروج از مطالعه ۷۷
- ۳-۸-۵- محیط پژوهش ۷۷
- ۳-۸-۶- روش نمونه گیری ۷۸
- ۳-۸-۷- تعیین حجم نمونه ۷۸
- ۳-۸-۸- روش کار ۷۹

۳ - ۹ - روش تجزیه و تحلیل داده ها ۸۷

۳ - ۱۰ - ملاحظات اخلاقی ۸۷

فصل ۴ - نتایج و یافته ها ۸۹

۴ - ۱ - جداول و نتایج پژوهش ۹۰

فصل ۵ - بحث، نتیجه گیری و پیشنهادها ۱۱۰

۵ - ۱ - بحث و بررسی یافته ها ۱۱۱

۵ - ۲ - نتیجه گیری نهایی ۱۲۵

۵ - ۳ - کاربرد یافته های پژوهش ۱۲۶

۵ - ۳ - ۱ - در پرستاری بالینی ۱۲۶

۵ - ۳ - ۲ - در آموزش پرستاری ۱۲۷

۵ - ۳ - ۳ - در پرستاری بهداشت جامعه ۱۲۷

۵ - ۳ - ۴ - در مدیریت پرستاری ۱۲۷

۵ - ۴ - پیشنهاد برای پژوهش های بعدی ۱۲۸

فهرست منابع ۱۳۰

ضمائم ۱۳۶

چکیده انگلیسی ۱۵۹

فهرست جداول

- جدول ۴- ۱ : میانگین و انحراف معیار بیماران مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن بر حسب سن در گروه شاهد و آزمون ۹۰
- جدول ۴- ۲ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب جنس در گروه شاهد و آزمون ۹۱
- جدول ۴- ۳ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب وضعیت تأهل در گروه شاهد و آزمون ۹۱
- جدول ۴- ۴ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران بر حسب میزان تحصیلات در گروه شاهد و آزمون ۹۲
- جدول ۴- ۵ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب تعداد فرزند در گروه شاهد و آزمون ۹۳
- جدول ۴- ۶ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب شغل در گروه شاهد و آزمون ۹۴
- جدول ۴- ۷ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب کفایت درآمد در گروه شاهد و آزمون ۹۵
- جدول ۴- ۸ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب حمایت مالی در گروه شاهد و آزمون ۹۶
- جدول ۴- ۹ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب طول مدت ابتلا به بیماری در گروه شاهد و آزمون ۹۷
- جدول ۴- ۱۰ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکروزیس بر حسب دفعات عود و بستری طی یکسال اخیر در گروه شاهد و آزمون ۹۸

- جدول ۴ - ۱۱ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب اولین علامت و مهمترین مشکل در گروه شاهد و آزمون ۹۹
- جدول ۴ - ۱۲ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب نوع داروی مصرفی در گروه شاهد و آزمون ۱۰۰
- جدول ۴ - ۱۳ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب دفعات مصرف دارو در گروه شاهد و آزمون ۱۰۱
- جدول ۴ - ۱۴ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب نوع ام اس در گروه شاهد و آزمون ۱۰۲
- جدول ۴ - ۱۵ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بر حسب وضعیت گسترش ناتوانی (EDSS) در گروه شاهد و آزمون ۱۰۳
- جدول ۴ - ۱۶ : فراوانی مطلق و نسبی بیماران بر حسب سطح استرس در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله ۱۰۴
- جدول ۴ - ۱۷ : میانگین و انحراف معیار نمره استرس در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله ۱۰۵
- جدول ۴ - ۱۸ : مقایسه اختلاف میانگین نمره استرس در دو گروه شاهد و آزمون ۱۰۵
- جدول ۴ - ۱۹ : فراوانی مطلق و نسبی بیماران بر حسب سطح اضطراب در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله ۱۰۶
- جدول ۴ - ۲۰ : میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله ۱۰۷
- جدول ۴ - ۲۱ : مقایسه اختلاف میانگین نمره اضطراب در دو گروه شاهد و آزمون ۱۰۷
- جدول ۴ - ۲۲ : فراوانی مطلق و نسبی بیماران بر حسب سطح افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله ۱۰۸

جدول ۴ - ۲۳ : میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از مداخله

۱۰۹.....

جدول ۴ - ۲۴ : مقایسه اختلاف میانگین نمره افسردگی در دو گروه شاهد و آزمون.....

۱۰۹.....

فصل اول

مقدمه و مروری بر مطالعات
انجام شده

۱-۱- مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری مزمن پیشرونده و تخریب کننده میلین سیستم عصبی مرکزی می باشد که عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می دهد [۱]. این بیماری در ۸۵ تا ۹۰ درصد بیماران با دوره های بدتر شدن (تشدید علائم) و بهبودی مشخص می شود که این علائم بدتر شدن و تشدید بیماری یک انعکاس بالینی از افزایش فعالیت التهابی در سیستم عصبی مرکزی است [۲]. بیماری مولتیپل اسکلروزیس از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایع ترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است [۳]. این بیماری یکی از مهمترین بیماریهای تغییر دهنده زندگی فرد می باشد، زیرا که معمولاً به بهترین دوران زندگی فرد صدمه زده و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می برد [۴]. امروزه به رغم پیشرفت های چشمگیر هنوز تشخیص علت و نحوه ی معالجه ی قطعی این بیماری ناشناخته است و نظریه هایی نیز در ارتباط با تاثیر عوامل ایمنولوژیک، ویروس ها، ژنتیک و عوامل محیطی وجود دارد. مطالعات تحقیقی پیشنهاد می کنند که آسیب به غلاف میلین یک واقعه اولیه است. این واقعه نتیجه یک عفونت ویروسی قبلی (ویروس اپشتین بار، روبلا، هرپس تایپ ۶) است که به صورت یک فرآیند ایمنی، بعداً در طول زندگی آشکار می شود. اگر چه بعضی اشکال عفونت ویروسی ممکن است مثل یک مکانیسم شروع کننده باشد، اما به نظر می رسد که اختلال در واکنش ایمنی، نقش اصلی را در

¹ Multiple Sclerosis (MS)

پاتوژنز این بیماری بازی می کند [۵]. طبق مطالعات بانر و هانس فلد^۱، ۷۰٪ بیماران در سنین ۴۰ - ۲۱ سالگی، ۱۲/۴٪ در سنین ۲۰ - ۱۶ سالگی، ۱۲/۸٪ در سنین ۵۰ - ۲۱ سالگی اولین علامت بیماری را نشان می دهند [۷،۶]. غفاری به نقل از کینگ^۲، شایعترین سن ابتلا به بیماری ۲۰ تا ۴۰ سال می باشد یعنی سال هایی که در آن فرد بیشترین مسئولیتهای خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد و در واقع در سنین باروری است به این بیماری مبتلا می شود. در نتیجه این بیماری به نیروهای مولد جامعه آسیب می رساند و این ضایعه متوجه کل افرادی است که در اجتماع زندگی می کنند. پیش آگهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع اختلالات متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می کنند که این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه ریزی فرد برای آینده را شدیداً تحت تاثیر قرار می دهد و در کل احساس خوب بودن را در فرد به شدت تخریب می کند [۱].

این بیماری تقریباً ۱ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن ۱/۱ میلیون نفر در جهان می باشد [۱]. هم چنین شیوع این بیماری در طبقه بالای اقتصادی اجتماعی و افراد تحصیل کرده بیشتر می باشد. بر اساس شواهد فعلی، این بیماری یک اختلال خود ایمنی است که به صورت موروثی در افراد مستعدی که در نواحی تحت خطر زندگی می کنند، روی می دهد [۸].

انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس آمریکا در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که در حدود ۲/۵ میلیون نفر در دنیا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مبتلا بوده و هر هفته ۲۰۰ نفر به آنها اضافه می شود [۹] که ۸۰٪ از مبتلایان به این اختلال، درجاتی از ناتوانی را دارا می باشند و تنها ۱ نفر از هر ۵ نفر وضعیتش ثابت می ماند و به سمت ناتوانی پیش نمی رود [۱۱]. تقریباً ۵۰۰۰۰۰ نفر در آمریکا مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس هستند و هر ساله ۸۰۰۰ مورد جدید شناسایی می شود و سومین علت ناتوانی در آمریکا است [۱۰]. طبق آخرین گزارشات اعلام شده توسط انجمن مغز اروپا^۳ در حال حاضر نزدیک به ۴۰۰ هزار بیمار مبتلا به ام اس در اروپا زندگی می کنند که در حدود ۰/۰۰۳ درصد از کل بیماران مبتلا به اختلالات مغزی را شامل

¹ Baner & Hansfeld

² King

³ European Brain Council (EBC)

می شود. در نروژ شیوع ام اس حدود ۱۵۰ - ۱۲۵ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت است [۹]. در مناطق مختلف دنیا شیوع متفاوتی برای این بیماری ذکر گردیده است که مناطق با شیوع بالا شامل اروپا، آمریکا، نیوزلند، و استرالیا با شیوعی برابر ۶۰ درصد هزار می باشند [۱۱]. در بین کشورهای آسیایی نیز ایران مقام دوم شیوع بیماری ام اس را دارد [۱]. به طور کلی انتشار جغرافیایی ام اس یکنواخت نیست و مناطق مختلف دنیا بر اساس شیوع آن تقسیم بندی شده اند.

خاورمیانه جزء مناطق با خطر متوسط محسوب می شود. البته استعداد نژادی بیشتر از منطقه جغرافیایی در انتشار و شیوع بیماری دخالت دارد که یک سند آن شیوع بالای بیماری در بریتانیا و شیوع پایین آن در ژاپن می باشد [۱۲].

متاسفانه مطالعات اندکی در مورد مولتیپل اسکلروزیس و شیوع آن در جمعیت ایران انجام شده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی شیوع بیماری ام اس در ایران تقریباً باید چهار در صد هزار باشد. درحالی که مسعودی به نقل از مدنی در سال ۱۳۸۰ معتقد است که در ایران میزان شیوع بیماری ام اس در حدود ۲۰ - ۱۵ نفر در هر صد هزار نفر است [۱۳]. طبق گفته کارشناسان صاحب نظر انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران هر ساله حدود ۵۰۰۰ نفر بیمار جدید به جمع بیماران افزوده می شود به طوری که این مرکز تعداد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را در سال ۱۳۸۲، ۲۵۰۰۰ نفر و در سال ۱۳۸۳، ۳۰۰۰۰ نفر گزارش نموده است [۱۱]. طبق گزارش انجمن ام اس ایران در سال ۱۳۸۷، حدود ۴۰۰۰۰ نفر بیمار در کشور ما وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده اند و این رقم رو به افزایش است [۱]. بر اساس آخرین گزارش انجمن ام اس ایران در سال ۱۳۸۹، حدود ۱۸۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به ام اس در کشور ثبت شده اند و عضو انجمن می باشند (آمار انجمن ام اس ایران). بنابراین روند رو به افزایش بیماران ام اس در ایران لزوم توجه به مسائل و مشکلات درمانی بیماران را طلب می کند. همانطور که اشاره شد این بیماری غالباً افرادی را مبتلا می کند که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و درباره نقش و

مسئولیت های خانوادگی خود نگران هستند. این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تاثیر قرار می دهد [۱۴].

از طرفی هزینه های بیماری نیز بسیار بالا می باشد، به گونه ای که این هزینه در آمریکا سالیانه ۲/۵ بیلیون دلار تخمین زده شده است [۵]. هزینه داروهای مولتیپل اسکروزیس نیز سرسام آور است. قیمت سالیانه داروها ۲۷ دلار برای متوتروکسات تا ۲۰۰۰۰ دلار برای اینترفرون بتا (آونکس) برای هر بیماری است. در سال ۱۳۸۲، آونکس برای درمان ۹۰۰۰۰ نفر بیمار مولتیپل اسکروزیس استفاده می شد که ۶/۹ میلیون دلار هزینه داشته است [۱۳].

میزان مرگ و میر بر اثر مولتیپل اسکروزیس در طول دو دهه گذشته در آمریکا حدود ۲۵٪ افزایش یافته است [۴]. در مطالعه ای که به منظور بررسی میزان مرگ و میر مبتلایان به ام اس در دانمارک انجام گرفت، افزایش میزان مرگ و میر در بیماری ام اس را به علل زیر نسبت داد: بیماریهای عفونی ریه، بیماریهای قلبی و عروقی، خودکشی، اتفاقات و سوانح ناشی از سن بالا و مشکلات حرکتی که همه این عوامل بوسیله استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تشدید می شود [۷].

علائم و نشانه های بیماری مولتیپل اسکروزیس متغیر و متعدد هستند و بستگی به موضع ضایعه (پلاک) ترکیبی از علائم را دارند که مهمترین این علائم شامل اضطراب، ضعف، کاهش قدرت هماهنگی، پارستزی، خستگی، اختلال بینایی، عدم تعادل، اختلال در کنترل اسفنکترها، نارسایی گفتاری، صرع، ترمور هنگام فعالیت، ناتوانی جنسی بویژه در مردان (به صورت کاهش میل جنسی) و تغییرات روانی مانند استرس، افسردگی، ناامیدی و کاهش قدرت حل مشکل می باشد [۱۱، ۱۳]. با توجه به گسترش روزافزون بیماری، میزان مرگ و میر بالا، صرف هزینه های کلان و مشکلات متعدد و گوناگون بیماران مولتیپل اسکروزیس، توجه و رسیدگی به این بیماران امری ضروری می باشد و در این میان مسئله مهم و اساسی تغییرات روانی ناشی از ناتوانی های جسمی بیماری است [۴].

افرادی که از بیماریهای مزمن رنج می برند علاوه بر ناتوانی های جسمانی دچار عوارض روانی این شرایط محدود کننده می گردند. بدیهی است با توجه به ویژگی مزمن و عود کننده بیماری ام اس، این بیماری ممکن است به درجات مختلف بر زندگی شخصی، اعتماد به نفس، خانواده، شغل و آینده بیمار اثر گذارد. البته اکثر منابع علمی، بیشتر به علائم و نشانه های نورولوژیک بیماری ام اس توجه دارند تا جنبه های روانی - اجتماعی آن که در بیماران ام اس شایع می باشد. با این حال مطالعات پراکنده ای در این زمینه در نقاط مختلف جهان انجام شده است. در یک مطالعه در کشور انگلستان توسط تورنتن^۱ و همکاران، میزان نگرانی در بیماران ام اس و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران بررسی گردید، در این مطالعه که به صورت شاهد - موردی و با استفاده از پرسشنامه وضعیت نگرانی پن^۲ انجام شد نمره اضطراب و افسردگی در بیماران ام اس از گروه کنترل بالاتر بود و نگرانی بیماران ام اس، شامل دو بخش نگرانی بیماران از تاثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی بیماران از تاثیر شدت بیماری بر فعل و انفعالات اجتماعی - ارتباط فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار می گردید [۱۴].

اغلب در بیماریهای مزمن ابعاد روان شناختی چشم پوشی می شود در حالی که بیشتر بیماران با این جنبه های روان شناختی که از مشکلات پزشکی مزمن ناشی می شوند، سازگار می شوند. این فکر که استرس های روان شناختی می تواند باعث تشدید بیماری ام اس گردد به تاریخ بیش از صد سال پیش بر می گردد که شارکو فکر می کرد غم و اندوه، آزردهی و تغییرات مضر در پیشامدهای اجتماعی می تواند به شروع بیماری ارتباط داشته باشد [۱۵]. شواهد فراوانی وجود دارد که استرس و سایر فاکتورهای روانشناختی می تواند عملکرد سیستم ایمنی را تحت تاثیر قرار دهد. اما هنوز نقش آن در ایجاد اختلال عملکرد سیستم ایمنی به طور کامل مشخص نشده است [۱۶]. اکثر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیز معتقد هستند که وقایع استرس آمیز می تواند باعث تشدید بیماری گردد. در حالی که گودین^۳ و همکاران نیز در یک مطالعه کمی که در سال ۱۹۹۹ تحت عنوان ارتباط استرس های روان شناختی و

¹ Thornton

² Penn State Worry Questionnaire

³ Goodine