

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی

سنجش اختلالات شناختی در انواع بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس)

استادان راهنما:

دکتر کریم عسگری

دکتر حسین مولوی

استاد مشاور:

دکتر مسعود اعتمادی‌فر

پژوهشگر:

زهرا مرادی شهربابک

اسفندماه ۱۳۸۹

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقق موضوع این پایان‌نامه متعلق به دانشگاه اصفهان می‌باشد.



دانشگاه اصفهان

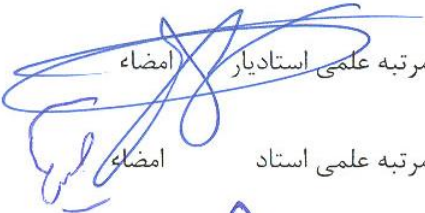
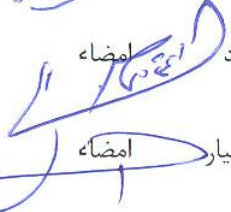
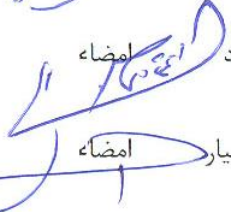



دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی
خانم زهرا مرادی شهر بابک تحت عنوان

سنجش اختلالات شناختی در انواع بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس)

در تاریخ ۱۳۸۹/۱۲/۱۸ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

 امضاء	با مرتبه علمی استادیار	دکتر کریم عسگری	۱- استاد راهنمای پایان‌نامه
 امضاء	با مرتبه علمی استاد	دکتر حسین مولوی	۲- استاد راهنمای پایان‌نامه
 امضاء	با مرتبه علمی استاد	دکتر مسعود اعتمادی‌فر	۳- استاد مشاور پایان‌نامه
 امضاء	با مرتبه علمی دانشیار	دکتر مهرداد کلانتری	۴- استاد داور داخل گروه
 امضاء	با مرتبه علمی دانشیار	دکتر محمدرضا نجفی	۵- استاد داور خارج از گروه
 امضای مدیر گروه			

تقدیر

با سپاس فراوان از راهنمایی‌های ارزنده‌ی پروفسور

حسین مولوی، آقای دکتر کریم عسگری و جناب

دکتر مسعود اعتمادی فر

و همچنین تشکر صمیمانه از همراهی انجمن ام. اس

اصفهان به ویژه آقای دکتر امیرهادی مغزی، خانم‌ها

فرناز سیاحی، زهرا صراف و شهرزاد عرفان‌فرد.

قدم

روح رزم او و دالوی اسان و دم و ما اش آراش ش یام

ما م آن هی و دد داش نزم رون ما می اوت

و مر بام

چکیده

هدف از انجام این پژوهش ارزیابی اختلالات شناختی در بیماران ام.اس و افراد سالم بود. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از بین جامعه آماری شامل: کلیه مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس که در مرکز ام.اس بیمارستان الزهرا اصفهان دارای پرونده بودند و همراهانشان، ۱۷۶ بیمار مبتلا به یکی از انواع ام.اس و ۳۲ نفر فرد سالم انتخاب شدند. ۱۷۶ نفر بیمار ام.اس با توجه به نوع بیماری‌شان در یکی از چهار گروه ام.اس با یک بار حمله‌ی تخریب‌میلین، عودکننده/تخفیف‌یابنده، پیش‌رونده‌ی اولیه، پیش‌رونده‌ی ثانویه قرار گرفتند. فرض‌های این پژوهش این بود که بین سنتروئیدهای حافظه و هیجان و خستگی عصبی در دو گروه سالم و بیمار و چهار نوع بیمار ام.اس تفاوت وجود دارد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش تست‌های نشانه-چهره در ۹۰ و ۳۰۰ ثانیه، تست جمع زدن اعداد متوالی به صورت شنیداری، پرسشنامه‌های روان‌عصب‌شناختی بیمار و همراه بیمار و مقیاس اثر اصلاح شده خستگی بود. تحلیل واریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین سنتروئیدهای حافظه و هیجان و خستگی عصبی در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.0001$) و میانگین نمرات افراد سالم در قسمت حافظه و هیجان از بیماران بیشتر و در خستگی عصبی از بیماران کمتر بود. همچنین بین سنتروئیدهای حافظه و هیجان و خستگی عصبی در چهار نوع بیماری ام.اس تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.0001$) و میانگین نمرات افراد سالم در قسمت حافظه و هیجان از بیماران بیشتر و از خستگی عصبی از بیماران کمتر بود ($p < 0.0001$).

کلیدواژه‌ها: اختلالات شناختی، مالتیپل اسکلروزیس، تست‌های نشانه-چهره، تست جمع زدن اعداد متوالی به صورت

شنیداری، پرسشنامه‌های روان‌عصب‌شناختی و مقیاس اثر اصلاح شده خستگی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مسئله	۳
۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش	۵
۴-۱	اهداف پژوهش	۶
۱-۴-۱	اهداف اصلی	۶
۲-۴-۱	اهداف فرعی	۷
۵-۱	فرضیه‌های پژوهش	۷
۱-۵-۱	فرضیه‌های اصلی	۷
۲-۵-۱	فرضیه‌های فرعی	۸
۶-۱	متغیرهای پژوهش	۸
۷-۱	تعریف اصطلاحات و مفاهیم	۹
۱-۷-۱	تعاریف مفهومی	۹
۲-۷-۱	تعاریف عملیاتی	۱۰

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱-۲	مقدمه	۱۱
۲-۲	آسیب‌شناسی	۱۲
۳-۲	نشانه‌شناسی	۱۴
۴-۲	علت‌شناسی	۲۰
۵-۲	شیوع و اپیدمیولوژی	۲۲
۶-۲	سیر و پیش‌آگهی	۲۴
۱-۶-۲	سیر بیماری پیش‌آگهی آن	۲۴
۲-۶-۲	عود حملات	۲۵
۳-۶-۲	مرگ	۲۶
۴-۶-۲	درمانهای موجود برای بیماری مالتیپل اسکلروزیس	۲۷
۷-۲	شناخت	۲۷

۲۹	۸-۲ اختلالات شناختی.....
۲۹	۹-۲ اختلالات شناختی در بیماران ام.اس.....
۳۰	۱۰-۲ مرور تحقیقات و مطالعات انجام شده.....
۳۰	۱-۱۰-۲ مروری بر تحقیقات خارجی.....
۳۲	۲-۱۰-۲ مروری بر تحقیقات داخلی.....

فصل سوم: روش پژوهش

۳۳	۱-۳ مقدمه.....
۳۳	۲-۳ روش تحقیق.....
۳۳	۳-۳ جامعه آماری.....
۳۴	۴-۳ نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....
۳۵	۵-۳ متغیرهای پژوهش.....
۳۵	۶-۳ ابزار پژوهش.....
۳۷	۱-۶-۳ ویژگی‌های آماری ابزار.....
۳۷	۱-۱-۶-۳ پایایی ابزار.....
۳۸	۲-۱-۶-۳ روایی ابزار.....
۳۹	۷-۳ تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۳۹	۸-۳ شیوه اجرای پژوهش.....

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۴۰	۱-۴ مقدمه.....
۴۰	۲-۴ بررسی مقدماتی متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در دو گروه بیمار و سالم.....
۴۲	۱-۲-۴ مرحله اول (مقایسه دو گروه سالم و بیمار با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش).....
۵۶	۳-۴ بررسی مقدماتی متغیرهای جمعیت‌شناختی و پژوهش در چهار نوع بیماری ام.اس.....
۵۸	۱-۳-۴ مرحله دوم (مقایسه چهار نوع بیماری ام.اس با توجه به متغیرهای پژوهش و متغیرهای جمعیت‌شناختی).....
۶۷	۲-۳-۴ بررسی فرضیه‌های اصلی مربوط به مرحله دوم.....
۷۰	۴-۴ بررسی فرضیه‌های فرعی.....
۷۲	۵-۴ یافته‌های فرعی.....

صفحه	عنوان
۷۲	۶-۴ یافته‌های کمی
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری	
۷۳	۱-۵ مقدمه
۷۴	۲-۵ بحث در یافته‌ها
۷۴	۱-۲-۵ فرضیه‌های اصلی
۷۷	۲-۲-۵ فرضیه‌های فرعی
۸۰	۳-۵ بحث در یافته‌های فرعی
۸۱	۴-۵ محدودیت‌های پژوهش
۸۱	۵-۵ پیشنهادات
۸۱	۱-۵-۵ پیشنهادات پژوهشی
۸۲	۲-۵-۵ پیشنهادات کاربردی
۸۳	منابع و مآخذ

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲ الگوی پردازش اطلاعات	۲۸
شکل ۲-۲ الگوی پردازش اطلاعات با مدل خبرپردازی	۲۸
شکل ۱-۴ میانگین‌های تعدیل شده تست نشانه- چهره در ۹۰ ثانیه در دو گروه سالم و بیمار	۵۲
شکل ۲-۴ میانگین‌های تعدیل شده تست نشانه- چهره در ۳۰۰ ثانیه در دو گروه سالم و بیمار	۵۲
شکل ۳-۴ میانگین‌های تعدیل شده تست جمع زدن اعداد متوالی به صورت شنیداری در دو گروه سالم و بیمار	۵۳
شکل ۴-۴ میانگین‌های تعدیل شده پرسشنامه روان‌عصب‌شناختی بیمار در دو گروه سالم و بیمار	۵۵
شکل ۵-۴ میانگین‌های تعدیل شده خستگی (فیزیکی) در دو گروه سالم و بیمار	۵۵
شکل ۶-۴ میانگین‌های تعدیل شده خستگی (روانی اجتماعی) در دو گروه سالم و بیمار	۵۶

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ پیش‌آگهی بیماری مالتیپل اسکروزیس با استفاده از منابع مختلف.....	۲۵
جدول ۱-۳ طرح کلی گروه بیمار و سالم.....	۳۴
جدول ۲-۳ مروری بر یافته‌های پایایی تست جمع زدن اعداد متوالی به صورت شنیداری.....	۳۷
جدول ۱-۴ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در دو گروه بیمار و سالم.....	۴۱
جدول ۲-۴ نتایج آزمون خی‌دو تجربیه‌ی ضربه روحی در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۲
جدول ۳-۴ نتایج آزمون خی‌دو تحصیلات در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۳
جدول ۴-۴ نتایج آزمون خی‌دو فعالیت ورزشی در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۴
جدول ۵-۴ نتایج آزمون خی‌دو جنسیت در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۴
جدول ۶-۴ نتایج آزمون خی‌دو وضعیت تأهل در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۵
جدول ۷-۴ نتایج آزمون خی‌دو مورد فراوانی‌های شغل در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۵
جدول ۸-۴ نتایج آزمون t مستقل سن و تعداد اعضای خانواده در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۶
جدول ۹-۴ نتایج ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش.....	۴۶
جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۷
جدول ۱۱-۴ نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۸
جدول ۱۲-۴ نتایج آزمون کرویت بارتلت و کایزر-میر-اولکین (KMO) در مورد کفایت حجم نمونه در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۹
جدول ۱۳-۴ نتایج تحلیل عوامل متغیرهای هشت‌گانه پژوهش در دو گروه سالم و بیمار.....	۴۹
جدول ۱۴-۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای عامل حافظه و هیجان در دو گروه سالم و بیمار.....	۵۰
جدول ۱۵-۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای چهارگانه حافظه و هیجان در دو گروه سالم و بیمار.....	۵۱
جدول ۱۶-۴ میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای چهارگانه حافظه و هیجان در دو گروه بیمار و سالم.....	۵۱

عنوان

صفحه

جدول ۴-۱۷ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای عامل خستگی عصبی در دو گروه سالم و بیمار.....	۵۳
جدول ۴-۱۸ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای چهارگانه خستگی عصبی در دو گروه بیمار و سالم.....	۵۴
جدول ۴-۱۹ میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای چهارگانه خستگی عصبی در دو گروه سالم و بیمار.....	۵۴
جدول ۴-۲۰ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در بیماری ام.اس با یک بار حمله‌ی تخریب میلین.....	۵۶
جدول ۴-۲۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در بیماری ام.اس نوع عودکننده/ تخفیف‌یابنده.....	۵۷
جدول ۴-۲۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در بیماری ام.اس نوع پیش‌رونده‌ی اولیه.....	۵۷
جدول ۴-۲۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و جمعیت‌شناختی در بیماری ام.اس نوع پیش‌رونده‌ی ثانویه.....	۵۸
جدول ۴-۲۴ نتایج آزمون خی‌دو تجربه ضربه روحی در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۵۸
جدول ۴-۲۵ نتایج آزمون خی‌دو تحصیلات در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۵۹
جدول ۴-۲۶ نتایج آزمون خی‌دو فعالیت ورزشی در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۰
جدول ۴-۲۷ نتایج آزمون خی‌دو جنسیت در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۰
جدول ۴-۲۸ نتایج آزمون خی‌دو وضعیت تأهل در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۱
جدول ۴-۲۹ نتایج آزمون خی‌دو شغل در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۱
جدول ۴-۳۰ نتایج آزمون خی‌دو مصرف انواع دارو در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۲
جدول ۴-۳۱ نتایج آزمون t مستقل سن و تعداد اعضای خانواده و مقیاس ناتوانی گسترش‌یافته و طول مدت بیماری در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۳
جدول ۴-۳۲ نتایج ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۴
جدول ۴-۳۳ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در مورد نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۵
جدول ۴-۳۴ نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۶

عنوان

صفحه

جدول ۳۵-۴ نتایج آزمون کرویت بارتلت و کایزر- میر- اولکین (KMO) در مورد کفایت حجم نمونه در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۶
جدول ۳۶-۴ نتایج تحلیل عوامل متغیرهای هشت‌گانه پژوهش در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۷
جدول ۳۷-۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای عامل هیجان و حافظه در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۸
جدول ۳۸-۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای چهارگانه حافظه و هیجان در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۸
جدول ۳۹-۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای عامل خستگی عصبی در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۹
جدول ۴۰-۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای چهارگانه خستگی عصبی در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۶۹
جدول ۴۱-۴ نتایج مقایسه‌های زوجی متغیرهای چهارگانه حافظه و هیجان در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۷۰
جدول ۴۲-۴ نتایج مقایسه‌های زوجی متغیرهای چهارگانه خستگی عصبی در چهار نوع بیماری ام.اس.....	۷۱

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

از سال ۱۸۶۸ که ژان مارتین شارکو^۱، نورولوژیست فرانسوی، برای اولین بار مشخصات بالینی و ویژگی‌های آسیب‌شناسی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام. اس)^۲ را با ارایه‌ی شواهد معتبر بافت‌شناسی به مجامع علمی معرفی کرد تا به امروز در حیطه‌های نشانه‌شناسی، علت‌شناسی، همه‌گیرشناسی و درمان این بیماری تحولات بسیاری اتفاق افتاده است.

مالتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری‌های سیستم عصبی است که با تخریب غلاف میلین راه‌های عصبی همراه است. تخریب میلین معمولاً در نواحی خاصی چون عصب بینایی، ساقه مغز یا مخچه صورت می‌گیرد. مناطق ضایع دیده، پلاک^۳ نام دارند و این بیماری با مجموعه‌ی گسترده‌ای از علائم و نشانه‌ها همراه است (اعتمادی‌فر و اشتری، ۱۳۸۱).

عوارض بیماری به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در برمی‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی بیمار را مختل می‌کند. از طرفی اکثریت قریب به اتفاق مبتلایان را جوانان تشکیل

1- Jean- Martin Charcot
2- Multiple Sclerosis (M. S)
3- plaque

می دهند و این خود مشکل را تا محدوده وسیع جامعه گسترش می دهد. تنها در ایالات متحده بیماری مالتیپل اسکلروزیس سالانه ۲ تا ۵ میلیون دلار هزینه به دولت تحمیل می کند (سعادت‌نیا، ۱۳۸۴).

همانند دیگر بیماری‌های مزمن سیستم عصبی، در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس هم اختلالات شناختی جزء نشانه‌های اصلی بیماری محسوب می شوند. وقوع این آسیب‌های شناختی در ابتدای بیماری، اهمیت تشخیص و ارزیابی را به خوبی نشان می دهد. در مورد پایایی و روایی ابزارهای شناختی که بتوانند این اختلال را در اوایل بیماری و بعدها طی زمان ارزیابی کنند، تحقیقات وسیعی انجام نشده است و از آنجایی که بیماری مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری پیچیده و چند بعدی است، یک ابزار به تنهایی برای محققان، بالین‌گراها و نورولوژیست‌ها کافی نخواهد بود. معمولا یک بسته تستی که حداقل سه یا چهار بعد از اختلالات شناختی را مورد سنجش قرار می دهد، مورد استقبال متخصصان قرار می گیرد (اچیرون^۱ و باروک^۲، ۲۰۰۶).

اختلالات شناختی هم مثل واپس روی، انکار، اضطراب، افسردگی و خشم در این بیماری شایع است. در ابتداگاهی این واکنش‌ها طبیعی است و به فرد کمک می کند تا با شرایط جدید سازگار شود، ولی اگر این واکنش‌ها ادامه یابند زندگی بیمار را کاملا تحت تاثیر قرار می دهند و لزوم پیگیری و توجه ویژه را مطرح می سازند (کاتلر^۳ و مارکوس^۴، ۱۹۹۹).

بنابراین در چنین شرایطی هر اقدام عملی برای ارزیابی اختلالات شناختی می تواند مستقیما در پیشبرد درمان‌های طبی و کنار آمدن بیمار با شرایط جدید کار ساز باشد، کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد و مسایل منفی کمتری را متوجه اجتماع سازد.

وجود دو عامل یعنی ابتلای جمعیت جوان یک جامعه و متعاقبا از کارافتادگی، این بیماری و انواع مشابه را در کانون توجهات علمی قرار می دهد. هدف تمام تحولات علمی و عملی در این حیطه فراهم کردن شرایطی است که تا حد امکان کیفیت زندگی بیماران دچار افت نشود و حداقل آسیب متوجه خانواده‌ی بیمار و جامعه گردد.

1- Achiron
2- Barak
3- Cutler
4- Marcus

۱-۲ بیان مسئله

مالتیپل اسکلروزیس شایع‌ترین اختلال تحلیل‌برنده غلاف میلین در سلسله اعصاب مرکزی است. این بیماری در سنین اولیه‌ی جوانی با تخریب موضعی یا تکه‌تکه شدن میلین در سلسله اعصاب مرکزی شروع می‌شود و با دوره‌های نامنظم بهبود و عود علائم همراه است (هاریسون^۱، به نقل از اسلامی، ۱۳۷۴).

بسته به میزان فعالیت کانون‌های دمیلینه شده، بیماران علائم متنوعی چون اختلال در دید، درد در چشم، ناتوانی و خستگی مفرط در ماهیچه‌ها، بی‌حسی و گزگز کردن پاها و دست‌ها، سرگیجه، دو بینی، نیستاگموس، عدم تعادل، انقباض غیرارادی ماهیچه‌ها، فلج یک یا چند اندام و اختلال در کنترل مثانه را تجربه می‌کنند (هاریسون، به نقل از اسلامی، ۱۳۷۴؛ سلطان‌زاده، ۱۳۸۰).

به عقیده‌ی کاتلر و مارکوس نوع علائم موجود در هر بیمار و شدت آن، باعث بروز واکنش‌های روان‌شناختی در وی می‌شود. اگرچه ویژگی‌های فردی و شخصیتی هر بیمار نیز مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تجربیات قبلی و میزان حمایت‌های اجتماعی در واکنش او اثر مستقیم دارد.

چهار شکل عمده بالینی در این بیماری بدین صورت است: مالتیپل اسکلروزیس عودکننده/تخفیف‌یابنده^۲، ۸۵٪ موارد مالتیپل اسکلروزیس با این شکل شروع می‌شوند و مشخصه‌ی آن حملات مجزای بیماری است که ظرف چند روز تا چند هفته (به ندرت چند ساعت) طول می‌کشد. مالتیپل اسکلروزیس با پیشرفت ثانویه^۳، این شکل بیماری همیشه به صورت مالتیپل اسکلروزیس عودکننده/تخفیف‌یابنده شروع می‌شود. مالتیپل اسکلروزیس با پیشرفت ثانویه نسبت به شکل اول بیماری ناتوانی عصبی پایدارتری ایجاد می‌کند. حدوداً ۵۰٪ بیماران، سیر بیماری‌شان به صورت مالتیپل اسکلروزیس با پیشرفت ثانویه است. مالتیپل اسکلروزیس با پیشرفت اولیه^۴؛ این شکل بیماری تقریباً ۱۵٪ موارد را تشکیل می‌دهد. در این بیماران حملات بیماری دیده نمی‌شود، بلکه از ابتدای شروع بیماری یک سیر عملکردی نزولی پایدار دیده می‌شود. در مالتیپل اسکلروزیس پیش‌رونده/عودکننده^۵ که با ام. اس نوع پیش‌رونده‌ی اولیه و ثانویه همپوشانی دارد و ۵٪ موارد را شامل می‌شود عملکرد بیمار مثل پیش‌رونده‌ی اولیه از زمان شروع بیماری به طور ثابت وخیم‌تر می‌شود و از طرفی مانند پیش‌رونده‌ی ثانویه گاهی حملات حاد بیماری بر سیر پیش‌رونده‌ی آن اضافه می‌شود (احمدی، ۱۳۸۵).

1- Harrison
 2- Relapsing- Remitting (RRM. S)
 3- Secondary Progressive (SPMS)
 4- Primary Progressive (PPM. S)
 5- Progressive Relapsing (PRM. S)

تقسیم‌بندی مرسوم‌تر انواع ام. اس به این ترتیب است: نوع پیش‌رونده‌ی اولیه که در اواخر ۳۰ تا ۴۰ سالگی احتمال ابتلا به آن وجود دارد و مردان بیشتر از زنان به این نوع ام. اس مبتلا می‌شوند، مشکلات شناختی‌شان کمتر از بقیه‌ی انواع است و ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران ام. اس را به خود اختصاص می‌دهد. نوع عودکننده/ تخفیف‌یابنده که در یک بازه سنی ۲۰ تا ۳۰ ساله است، مبتلایان زن تقریباً دو برابر مبتلایان مرد هستند و ۵۵٪ بیماران ام. اس را در برمی‌گیرد. نوع پیش‌رونده‌ی ثانویه که هرچه مدت طولانی‌تری از شروع نوع عودکننده/ تخفیف‌یابنده گذشته باشد، احتمال تشخیص آن بیشتر می‌شود و کلاً ۳۰٪ بیماران ام. اس به این نوع مبتلا هستند (هافلر^۱، ۲۰۰۴).

مدت‌ها پزشکان روی جنبه‌های جسمی این بیماری تمرکز داشته‌اند، اما اخیراً اختلالات شناختی در بیماران ام. اس مورد توجه قرار گرفته است. عملکرد اجرایی به حافظه‌ی کارکردی، فصاحت کلامی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و توانایی درک و حل مسئله تقسیم می‌شود و اختلال توجه هم نقیصه‌های دیداری، شنیداری و پردازش آهسته و کند اطلاعات را در بردارد (آرناسون^۲ و فردریکسون^۳، ۲۰۰۸).

در تقسیم‌بندی دیگری مشکلات شناختی بیماران ام. اس چهار دسته می‌شود: نقص حافظه، سرعت کند پردازش، نقص توجه و اختلال در عملکردهای اجرایی (راجرز^۴ و پانه‌گریس^۵، ۲۰۰۷).

بیشترین اختلال محدوده شناختی در افراد مبتلا به ام. اس در ارتباط با حافظه‌ی اخیر است، ولی سرعت پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی (برنامه‌ریزی و تعیین تقدم و تأخر)، عملکرد حوزه فضایی بینایی (شناخت بینایی و توانایی‌های تجسمی)، تفکر انتزاعی و توانایی حل مسئله و نیز دقت و تمرکز به خصوص هنگام توجه به افعال مختلف همزمان، در بیماران ام. اس متأثر از این بیماری است (تقاء، ۱۳۸۳).

فراموشی با شیوع ۴۰ تا ۶۰ درصد در میان بیماران ام. اس توجه زیادی را در حیطه‌ی شناختی به خود جلب کرده و عمده‌ی مشکلات مربوط به بازخوانی و یادآوری از خزانه‌ی حافظه‌ی درازمدت و یادآوری کلامی و فضایی بینایی است (گرت^۶ و همکاران، ۱۹۸۴). حافظه‌ی فوری، آشکار، تشخیصی و همچنین عملکرد زبان معمولاً در این بیماری آسیبی نمی‌بیند، ولی سرعت و ظرفیت پردازش اطلاعات، توجه و دلیل تراشی مفهومی تحت تأثیر بیماری است (راجرز و پانه‌گریس، ۲۰۰۷).

1- Hafler
 2- Aranson
 3- Fredrikson
 4- Rogers
 5- Panegyres
 6- Grant

بدین ترتیب با توجه به شیوع بالا این بیماری در استان اصفهان و مراجعه تعداد زیادی از مبتلایان به مراکز مربوطه، تأثیر زیان‌بخش این بیماری، اثرات مخرب حملات و تخریب میلین بر کارکردهای شناختی؛ در این پژوهش سعی شد که در گام نخست به بررسی انواع ام. اس و در حیطه‌های شناختی به مطالعه‌ی اختلالات توجه و عملکردهای اجرایی و زیرمجموعه‌های (حافظه و هیجان و خستگی عصبی) آن و در گام بعدی به کمک آزمون‌های عصب روان‌شناختی تفاوت انواع ام. اس توصیف شود.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش

مبتلایان به ام. اس در ایران تقریباً ۴۰۰۰۰ نفر هستند. آمار بیماران ام. اس در استان اصفهان ۵۵ در هر صد هزار نفر است و این میزان بالاتر از استاندارد جهانی است. شیوع این بیماری در زنان ۳/۵ برابر مردان و در سنین ۱۸ تا ۳۵ سالگی است (اعتمادی فر، ۱۳۸۳).

با وجود اینکه شدت و نشانه‌های آسیب‌شناختی بین افراد متفاوت است، یادگیری، حافظه، توجه، سرعت پردازش، توانایی‌های فضایی دیداری و عملکردهای اجرایی بیشتر از همه تحت تأثیر قرار می‌گیرند (باب هولز^۱ و راثو^۲، ۲۰۰۳).

بر اساس مطالعه آماتو^۳ و همکارانش در سال ۲۰۰۶، بیش از ۶۵ درصد مبتلایان به ام. اس از مشکلات شناختی رنج می‌برند. با وجود اینکه دمانس پیشرفته در بیماران ام. اس نادر است، ولی مشکلات شناختی نسبتاً ملایم منجر به ناتوانی عملکردی عمده می‌شود. افرادی که مشکلات شناختی مرتبط با ام. اس دارند، کمتر احتمال دارد استخدام شوند یا اینکه در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند (بیتی^۴ و همکاران، ۱۹۹۵).

آسیب‌های شناختی در اوایل دوره‌های بیماری با تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌اش یک ویژگی بسیار شایع و معمول در بیماران ام. اس است. با وجود اهمیت نقایص شناختی در بیماران ام. اس تست‌های شناختی به دلیل روایی پایین، پیچیدگی، پرهزینه بودن و گاهی زمان طولانی برای اجرا خیلی در میان این جمعیت بیمار معتبر نیستند. منافع یک بسته تست شناختی مناسب روشن است: ۱- تشخیص سریع آسیب‌های شناختی، مداخلات درمانی را به سمت جلوگیری از آسیب بیشتر و یا کاهش تأثیر این نقیصه در زندگی بیمار هدایت

1- Bobholz
2- Rao
3- Amato
4- Beatty

می‌کند. ۲- آسیب‌های شناختی در غیاب ناتوانی‌های فیزیکی نشان‌دهنده‌ی سیر پیش‌رونده‌ی بیماری است (پتی^۱، ۲۰۰۸).

برگشت‌ناپذیر بودن و همچنین شروع آسیب‌های شناختی در اوایل بیماری احتیاج به یک ارزیابی سازماندهی شده شناختی را کاملاً توجیه می‌کند. با اینکه روی عوامل موثر کاهش شناخت خیلی پژوهش انجام نشده، ولی عواملی مثل سن بالا، هوش هیجانی، تحصیلات پایین و حتی افسردگی بی‌تأثیر نخواهند بود (رندلف^۲ و آرنِت^۳، ۲۰۰۱).

بر اساس نتایج پژوهش‌ها مشخص شده است که همه‌ی بیماران ام. اس به نوعی با اختلالات شناختی دست به‌گیری‌اند و در تحقیقات بسیاری ارتباط این اختلالات با کیفیت زندگی، استخدام، رانندگی، افسردگی، روابط زناشویی و تعاملات اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته و در هیچ موردی این ارتباط رد نشده است و از آنجایی که ارزیابی شناختی به صورت بالینی و عصب روان‌شناختی اکثراً نادیده گرفته شده است، در این پژوهش از سویی به دلیل اهمیت اختلالات شناختی در همه‌ی ابعاد زندگی بیمار ام. اس و از سوی دیگر به دلیل اهمیت بهره‌گیری از ابزارهای عصب روان‌شناختی به منظور بررسی و تشخیص افتراقی تلاش شد تا از میان زیرمجموعه‌های اختلالات شناختی، عملکرد اجرایی و اختلال توجه به کمک ابزارهای اجرایی ساده، کوتاه‌زمان، مقرون به صرفه برای جمعیت ام. اس که خستگی و اثر یادگیری در آن حداقل است و از حساسیت و ویژگی بالایی برخوردارند، ارزیابی شوند تا هم این تست‌های مفید و در عین حال ساده به دنیای روان‌شناسان بالینی و عصب‌شناسان معرفی شود و هم تفاوت‌های شناختی انواع بیماران ام. اس به طور دقیق و جامع مورد بررسی قرار گیرند.

۴-۱ اهداف پژوهش

اهداف این پژوهش عبارتند از:

۴-۱-۱ اهداف اصلی

۱- مقایسه‌ی سنتروئیدهای حافظه و هیجان در دو گروه سالم و بیمار

۲- مقایسه‌ی سنتروئیدهای خستگی عصبی در دو گروه سالم و بیمار