

نگرش بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنان

نفیسه صدر ارحامی^۱، دکتر سهراب عطارد^۲، دکتر سیامک امانت^۳

چکیده

زمینه و هدف: به واسطه مزمن بودن، عود مکرر و ایجاد ناتوانی در فعالیت فیزیکی بیمار، می‌تواند به درجات متفاوت بر ابعاد روانی-اجتماعی فرد تأثیر گذارد. مطالعه حاضر به منظور بررسی نگرش بیماران مبتلا در مورد میزان تأثیر بیماری MS بر روی فعالیت اجتماعی و جنسی آنها تدوین شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به MS از بیماران بستری در مرکز پزشکی الزهرای (س) اصفهان در سال ۸۶-۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی Beck و دو پرسش‌نامه محقق ساخته، برای ارزیابی نگرش بیماران جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 با آزمون‌های t و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها برابر با (۶۴/۲۳) و بر فعالیت جنسی آنها برابر با (۲۳/۱۴) به دست آمد که با توجه به میانگین نمره آزمون (۲۴) برای سؤالات فعالیت اجتماعی و ۱۲ برای سؤالات فعالیت جنسی، پاسخ اکثر بیماران مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها متوسط و بر فعالیت جنسی آنها متوسط تا زیاد بود.

نتیجه‌گیری: اکثر بیماران مبتلا به MS تأثیر بیماری را بر فعالیت اجتماعی در حد متوسط و بر فعالیت جنسی، متوسط تا زیاد می‌پنداشتند که این تأثیر با توجه به جنس و سطح افسردگی، متفاوت و قابل توجه است.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، فعالیت اجتماعی، فعالیت جنسی، افسردگی، جنس، عود

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۱۷/۱۰/۲۵

دریافت مقاله: ۱۷/۸/۲۰

مقدمه

درگیر می‌کند. از نظر پاتولوژی با التهاب، از دست دادن میلین و اسکلروزیس در نواحی متعدد ماده سفید مغز یا نخاع مشخص می‌شود. بارزترین پاتولوژی در MS، پلاک مغزی

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و بالقوه ناتوان کننده است که بیشتر افراد بالغ جوان (سنین ۲۰ تا ۳۰ سال) را

E-mail: Nafiseh.sadr@gmail.com

۱- مربی علمی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور مبارکه (نویسنده مسؤول)

۲- متخصص داخلی، مرکز پزشکی شهید آیت ... صدوقی اصفهان

۳- متخصص روانپزشکی، مرکز پزشکی شهید آیت .. مدرس اصفهان

یا نخاعی است که بیشتر توزیع پری و نتریکولار (دور بطنی) دارند (۱). اتیولوژی، بیماری کاملاً شناخته شده‌ای نیست ولی به نظر می‌رسد فعال شدن واکنش‌های اتوایمیون تحت تأثیر عوامل محیطی و در زمینه ژنتیک، نقش اساسی در اتیولوژی بیماری دارد (۱). پیک سنی بیماری ۲۰ تا ۳۰ سال است و بیماری MS (Multiple Sclerosis) در زنان حدود ۲ برابر شایع‌تر از مردان است (۲). بدیهی است با توجه به ویژگی مزمن و عود کننده بیماری MS، این بیماری ممکن است به درجات متفاوت بر زندگی شخصی، اعتماد به نفس، خانواده، شغل و آینده بیمار اثر گذارد. البته اکثر منابع علمی، بیشتر به علایم و نشانه‌های نورولوژیک بیماری MS توجه دارند تا جنبه‌های روانی- اجتماعی آن. با این حال مطالعات پراکنده‌ای در این زمینه در نقاط مختلف جهان انجام شده است. در یک مطالعه در کشور انگلستان توسط تورتن و همکاران، میزان نگرانی در بیماران MS و ارتباط بین نگرانی با اضطراب و افسردگی در این بیماران بررسی گردید (۳). در این مطالعه که به صورت شاهد-موردی و با استفاده از پرسش‌نامه (Penn State Worry Questionnaire) انجام شد نمره اضطراب و افسردگی در بیماران MS از گروه کنترل بالاتر بود و نگرانی بیماران MS، شامل دو بخش نگرانی بیماران از تأثیر بیماری بر فعالیت فیزیکی و نگرانی بیماران از تأثیر شدید بیماری بر فعل و انفعالات اجتماعی-ارتباط فامیلی و فعالیت روزانه در خانه یا محل کار می‌گردید (۳).

در مطالعه دیگری از نوع آینده‌نگر توسط دالاس و همکاران که شیوع و ماهیت اختلالات عاطفی در ۶۴ بیمار مبتلا به MS با ۲۳ بیمار مبتلا به ترومای نخاعی، که به عنوان گروه کنترل مقایسه شد، نشان داد که نمره پرسش‌نامه GHQ (Generd Health Qestionnire) بیماران MS در فاز فروکش (Remission) بیماری برابر ۴/۴ و در فاز تشدید بیماری برابر ۱۵/۷ بود (۴). بر اساس این مطالعه، شیوع اختلالات در بیماران مبتلا به فرم پیشرونده بیماری ۹۰٪، در بیماران با وضعیت پایدار (stable) حدود ۳۹٪ و در بیماران مبتلا به ترومای نخاعی ۱۲٪ بود (۴).

البته با توجه به ماهیت مزمن و عود کننده بیماری MS و درگیری سیستم‌های مختلف حسی و حرکتی در این بیماران، که خود می‌تواند منجر به محدودیت در فعالیت فیزیکی و ارتباطی این بیماران گردد، تأثیر بیماری MS بر فعالیت اجتماعی و جنسی بیماران امری دور از ذهن نیست. با این حال میزان این تأثیر ممکن است بر اساس جنس، سن، شدت و مدت بیماری و ویژگی فرهنگی و اجتماعی محل سکونت بیمار متفاوت باشد که خود نیازمند بررسی و مطالعه جداگانه در جوامع مختلف است. از این رو مطالعات زیادی در رابطه با تأثیر بیماری MS بر فعالیت جنسی بیماران و محدودیت فیزیکی این بیماران در نقاط مختلف جهان انجام شده است. نتایج یک مطالعه شاهد-موردی توسط زرزون و همکاران در ایتالیا که در آن ۱۰۸ بیمار با تشخیص قطعی MS، ۹۷ بیمار مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و ۱۱۰ فرد سالم از نظر اختلالات جنسی مقایسه شدند، نشان دهنده وجود اختلالات جنسی در ۷۳/۱٪ بیماران MS، ۳۹/۲٪ بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و ۱۲/۷٪ افراد سالم بود. همچنین شیوع اختلالات جنسی در مردان مبتلا به MS، شایع‌تر از زنان مبتلا بود (۵). در مطالعه دیگری توسط دمیرکیرون و همکاران در ترکیه، نزدیک به ۸۰/۴٪ بیماران مبتلا به MS از اختلال در فعالیت جنسی شکایت داشتند و کاهش میل جنسی شایع‌ترین اختلال جنسی ذکر شده توسط بیماران بود (۵/۸۰٪). این مطالعه نشان داد اختلال جنسی یک مشکل شایع در مردان و زنان مبتلا به MS است (۶). نتایج یک مطالعه دیگر توسط تزورتزیس و همکاران در یونان، جهت بررسی میزان اختلال جنسی در زنان مبتلا به حمله اول MS با استفاده از پرسش‌نامه EDSS (Expanded Disability Status Scale)، تست افسردگی Beck و تست (Femal Sexual Function Index) FSFI نشان می‌دهد در بیماران مبتلا به MS فاقد اختلال حرکتی و عصبی عمده (میانگین EDSS: ۲/۵ یا بین صفر تا ۳/۵)، افسردگی کلینیکی قابل توجه وجود ندارد. همچنین بر اساس سابقه فعالیت جنسی و نمره FSFI، اختلال فعالیت جنسی در

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت توصیفی-تحلیلی (مقطعی) انجام شد، بیمارانی با تشخیص قطعی MS (بر اساس علایم بالینی، معاینه فیزیکی و MRI مثبت) توسط نورولوژیست، صرف نظر از اولین حمله بیماری یا مرحله عود بیماری، وارد مطالعه شده به استثنای بیمارانی که همزمان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و یا اختلالات حسی-حرکتی غیر مرتبط با بیماری MS بودند. بر این اساس تعداد ۱۰۰ بیمار به طور تصادفی ساده از بین بیمارانی مبتلا به MS بستری شده در مرکز پزشکی الزهرای (س) اصفهان در سال ۸۶-۸۵ انتخاب شدند.

ابزار پژوهشی، پرسش‌نامه افسردگی بک و پرسش‌نامه تهیه شده توسط محقق بود که این پرسش‌نامه با اقتباس از پرسش‌نامه معتبر SF₃₆، ESS (Environment Status Scale) و نظر خواهی از اساتید جامعه شناسی و روانشناسی تهیه گردید که شامل ۳ گروه سؤال بود. گروه اول؛ مشخصات دموگرافیک بیمار، گروه دوم؛ ۸ سؤال مربوط به بررسی دیدگاه بیمار در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها و گروه سوم؛ ۴ سؤال در رابطه با تأثیر بیماری MS بر فعالیت جنسی بیمار بود. همچنین از تمامی بیماران در رابطه با مهم‌ترین اختلال در فعالیت اجتماعی و جنسی آنها سؤال شد. روایی سؤالات نگرش بیمارانی مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها از طریق روایی صوری به دست آمد؛ به طوری که ابتدا ۱۶ سؤال در این مورد لیست شد و سپس با نظر خواهی از اساتید جامعه شناسی و روانشناسی و مراجعه به پرسش‌نامه معتبر ESS و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36، تعداد ۸ سؤال برای بررسی نگرش بیمارانی در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و ۴ سؤال برای بررسی نگرش بیمارانی در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت جنسی آنها، مناسب شناخته شد. همچنین پایایی پرسش‌نامه نگرش بیمارانی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت بررسی نگرش بیمارانی در

۳۲ بیمار زن مبتلا به MS (۳۴/۹٪) و ۱۳ فرد سالم (۲۱/۳٪) مشاهده می‌شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد اختلال در فعالیت جنسی به عنوان یک پیامد مهم بیماری توسط بیمارانی مبتلا به حمله اول MS مطرح می‌گردد (۷).

مطالعات متعدد در رابطه با تأثیر بیماری MS بر فعالیت فیزیکی بیماران، کیفیت زندگی بیماران و یا احساس خود کارآمدی (Self efficacy) در نقاط مختلف جهان انجام شده است. یک مطالعه توسط فریزر و پولیتو نشان می‌دهد میزان احساس خود کارآمدی زنان و مردان مبتلا به فرم عود و فروکشی بیماری با زنان و مردان مبتلا به فرم پیشرونده بیماری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. این مطالعه که با پرسش‌نامه MSSE (Multiple Sclerosis Self Efficacy Scale) انجام شد، نشان می‌دهد زنان مبتلا به MS به طور قابل توجهی اعتقاد بیشتری به توانایی انجام اعمال و وظایف خود داشته، تفاوت بین احساس خود کارآمدی بیماران با فرم عود کننده-بهبود یابنده بیماری و بیماران با فرم پیشرونده بیماری معنی‌دار است؛ به طوری که زنان و مردان مبتلا به فرم عود کننده بیماری نسبت به زنان و مردان مبتلا به فرم پیشرونده بیماری اعتقاد بیشتری به کنترل بیماری و وظایف خود دارند (۸). در مطالعه دیگری در کشور اسپانیا که در آن کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS توسط دلگدو و همکاران مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان دهنده اختلاف معنی‌داری بین نمره پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 در بیماران با EDSS بین ۰ تا ۳ و بیماران با EDSS بالای ۶ بود؛ به طوری که هر چقدر نمره EDSS (شدت ناتوانی) بیمار بیشتر باشد، نمره SF36 پایین‌تر است (۹).

با این حال با وجود بررسی زیاد، مطالعات مشابهی در کشور ما در این رابطه مشاهده نشد. از این رو، این مطالعه با هدف بررسی نگرش بیمارانی MS نسبت به تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها و تعیین رابطه آن با سطح افسردگی، جنس و سابقه عود بیماری انجام گرفت.

مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها از مقیاس لیکرت استفاده شد که نمره هر گزینه به ترتیب از خیلی کم (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) محاسبه گردید. میانگین نمره نگرش بیماران با میانگین نمره آزمون، که $(\frac{40+8}{2} = 24)$ برای سؤالات فعالیت اجتماعی و $(\frac{20+4}{2} = 12)$ برای سؤالات فعالیت جنسی بود، مقایسه شد. همچنین برای بررسی وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره نگرش بیماران مرد با زن و بیماران مبتلا به حمله اول بیماری با بیماران مبتلا به عود مکرر از آزمون t برای میانگین‌های مستقل و همچنین برای بررسی وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره نگرش بیماران مبتلا به سطح مختلف افسردگی از آزمون ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه در بخش مشخصات فردی، دموگرافیک و سابقه عود نشان می‌دهد که ۷۵٪ بیماران مبتلا به MS، زن و ۲۵٪ مرد می‌باشند. همچنین (۴۱٪) بیماران، دارای حمله اول بیماری و (۵۹٪) بیماران، دارای سابقه قبلی بستری (عود) بودند. بر اساس آنالیز اطلاعات جمع‌آوری شده از بیماران مبتلا به MS با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک، نتایج نشان داد که ۴۵٪ بیماران دارای نمره آزمون بالای ۱۹ (افسردگی متوسط تا شدید)، ۳۳٪ بیماران دارای نمره آزمون

بین ۱۰ تا ۱۸ (افسردگی خفیف) و ۲۳٪ بیماران دارای نمره آزمون کمتر از ۱۰ (فاقد افسردگی بالینی) می‌باشند.

بر اساس نتایج مطالعه در بخش بررسی نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها که با استفاده از مقیاس لیکرت انجام گرفت؛ میانگین نمره نگرش بیماران در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها (۲۳/۶۴) به دست آمد که با توجه به میانگین نمره آزمون (عدد ۲۴ برای سؤالات مربوط به فعالیت اجتماعی)، پاسخ اکثر بیماران مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها، کمتر از میانگین متوسط بوده است. همچنین میانگین نمره نگرش بیماران در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت جنسی بیماران (۱۴/۲۳) به دست آمد که با توجه به میانگین نمره آزمون (عدد ۱۲ برای سؤالات مربوط به فعالیت جنسی)، پاسخ اکثر بیماران مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت جنسی آنها، بیشتر از میانگین (متوسط تا زیاد) می‌باشد. مقایسه میانگین نگرش مردان با زنان مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی ($P = 0/000$ و $t = 3/66$) و فعالیت جنسی ($P = 0/000$ و $t = 4/32$) حاکی از اختلاف معنی‌دار بین دو جنس بود. به عبارت دیگر از دیدگاه بیماران زن مبتلا به MS، تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها به‌طور معنی‌دار بیشتر از مردان مبتلا بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نگرش بیماران مبتلا به MS بر اساس جنس و سابقه عود

میانگین و انحراف معیار نگرش بیماران مبتلا به MS					نوع اختلال در فعالیت
کل بیماران	مردان	زنان	حمله اول	عود بیماری	
۲۳/۶۴ ± ۱/۹۹	۲۱/۴۴ ± ۱/۸	۲۴/۰۴ ± ۱/۹۲	۲۴ ± ۲/۳۱	۲۳/۲۸ ± ۱/۷۶	فعالیت اجتماعی
n = ۱۰۰	n = ۲۵	n = ۷۵	n = ۳۲	n = ۵۲	
میانگین آزمون ۲۴					
t = ۳/۶۴ > ۱/۹۸۴۵					فعالیت جنسی
P = ۰/۰۰۰					
t = ۰/۸۸ < ۱/۹۹۶۰					
P = ۰/۳۷۸					
۱۴/۲۳ ± ۲/۴۲	۱۲/۵ ± ۲/۲۱	۱۴/۶۴ ± ۲/۵	۱۴/۱۲ ± ۲/۸۶	۱۴/۳۴ ± ۲/۴۸	
n = ۷۵	n = ۱۹	n = ۵۶	n = ۳۶	n = ۳۹	
میانگین آزمون ۱۲					
t = ۴/۳۲ > ۱/۹۹۳۰					
P = ۰/۰۰۰					
t = ۰/۸۳۶ < ۲/۰۱۴۱					
P = ۰/۴۰۶۶					

جدول ۲. مقایسه میانگین نگرش بیماران بر اساس شدت افسردگی

نوع فعالیت	جنسی	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
فعالیت اجتماعی	کل بیماران	بین گروهی	۲۲۸۱/۶۳	۲	۱۱۴۰/۸۲	۲۸۳/۷۷	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۳۸۹/۹۶	۹۷	۴/۰۲		
		کل	۲۶۷۱/۵۹	۹۹			
	مرد	بین گروهی	۱۱۲۶۳/۰۸۶	۲	۵۸۱/۵۴۳	۱۹۷/۱۳	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۶۷/۷۴۴	۲۳	۲/۹۵		
		کل	۱۱۳۳۰/۸۳	۲۵			
	زن	بین گروهی	۳۳۳۲/۸	۲	۱۶۶۱/۴	۱۵/۰۵	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۶۷۳۲/۹۶	۶۱	۱۱۰/۳۸		
		کل	۱۰۵۵/۷۶	۶۳			
فعالیت جنسی	کل بیماران	بین گروهی	۱۴۴/۲۳	۲	۵۲۲/۱۱۵	۷۷/۱۲	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۴۸۷/۳۸	۷۲	۶/۷۷		
		کل	۱۵۳۱/۶۱	۷۴			
	مرد	بین گروهی	۲۸۲/۳۲	۲	۱۴۱/۱۶	۲۵/۶۶	۰/۰۰۰
		درون گروهی	۸۸/۰۱	۱۶	۵/۵		
		کل	۳۷۰/۳۳	۱۸			
	زن	بین گروهی	۱۶۹۶/۷۷	۲	۸۴۸/۳۸	۵/۳۳	۰/۰۰۵
		درون گروهی	۸۴۴۰/۸۲	۵۳	۱۵۹/۲۶		
		کل	۱۱۳۷/۵۹	۵۵			

مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنس آنها به طور تقریبی یکسان است. مقایسه میانگین نگرش بیماران مبتلا به MS با افسردگی متوسط تا زیاد (نمره بالای ۱۹)، بیماران مبتلا به MS با افسردگی خفیف (نمره بین ۱۰ تا ۱۸) و بیماران فاقد افسردگی (نمره کمتر از ۱۰) با آزمون ANOVA، در هر دو مورد تأثیر بیماری MS بر فعالیت اجتماعی ($F = ۲۸۳/۷۷$, $P = ۰/۰۰۰$) و فعالیت جنسی

مقایسه میانگین نگرش بیماران مبتلا به MS با حمله اول بیماری با بیماران مبتلا به MS با سابقه عود، در هر دو مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی ($P = ۰/۳۷۸$ و $t = ۰/۸۸$) و فعالیت جنسی ($P = ۰/۴۰۶۶$ و $t = ۰/۸۳$) بیماران، اختلاف معنی داری را بین نگرش بیماران مبتلا با حمله اول و بیماران با سابقه عود نشان نداد. به عبارت دیگر، نگرش بیماران مبتلا به MS با حمله اول بیماری و بیماران دارای سابقه عود در

($F = 78/93$, $P = 0/000$) بیماران، نشان دهنده اختلاف معنی‌دار بین نگرش هر سه گروه بود. به عبارت دیگر، وجود افسردگی و شدت افسردگی به‌طور قابل توجه و معنی‌داری بر نگرش بیماران در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها اثر منفی داشت (جدول ۲).

در بررسی تفاوت میانگین نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی، مقایسه یک به یک میانگین‌ها با در نظر گرفتن سه سطح افسردگی با استفاده از آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در کل بیماران و در مردان تفاوت معنی‌دار و در زنان به استثنای سطوح افسردگی شدید

و خفیف در بقیه موارد تفاوت معنی‌دار بود ($P < 0/05$). در مورد فعالیت جنسی بیماران، این آزمون نشان داد میانگین نگرش در کل بیماران و زنان، تفاوت معنی‌دار و در مردان به جز سطوح افسردگی شدید و فاقد افسردگی تفاوت معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

این مطالعه نشان داد اختلال در شغل (شامل کار در خارج یا داخل منزل) و کاهش میل جنسی ۵۱٪ کل بیماران به عنوان شایع‌ترین اختلال اجتماعی و جنسی توسط زنان و مردان مبتلا به MS، مطرح گردید.

جدول ۳. شیوع اختلالات در فعالیت اجتماعی

نوع فعالیت اجتماعی	توزیع فراوانی		
	کل بیمار	زن	مرد
اختلال در شغل	۴۸٪	۴۷٪	۵۲٪
ارتباط با فامیل	۱۸٪	۱۷٪	۲۰٪
فعالیت تفریحی	۱۴٪	۱۵٪	۱۲٪
فعالیت مذهبی	۱۱٪	۱۲٪	۸٪
سایر موارد	۹٪	۹٪	۸٪

جدول ۴. شیوع اختلالات در فعالیت جنسی

نوع فعالیت جنسی	توزیع فراوانی		
	کل بیمار	مرد	زن
کاهش میل جنسی	۵۱٪	۴۲٪	۵۴٪
کاهش دفعات تماس جنسی	۲۱٪	۲۱٪	۲۱٪
ناتوانی جنسی	۱۹٪	۳۳٪	۱۴٪
اختلال در فعالیت جنسی همسر	۹٪	۵٪	۱۱٪

حدود ۱/۷ به دست آمده بود (۱۱). همچنین شیوع فامیلی بیماری در مطالعه ما حدود ۶٪ بود که این میزان در کتب مرجع حدود ۱۵٪ ذکر شده است (۱۲). بر اساس نتایج این مطالعه پاسخ اکثر بیماران مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها، متوسط و بر فعالیت جنسی آنها، متوسط تا زیاد می‌باشد. ضمن این که میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی بیماران از دیدگاه زنان مبتلا به MS به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان مبتلاست. البته با

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد شیوع بیماری در زنان مبتلا به MS به‌طور قابل توجهی بیشتر از مردان مبتلاست (حدود سه برابر). این یافته با شیوع بیماری در کتب مرجع تا حدودی هماهنگ است، با این حال در اکثر کتب مرجع این نسبت حدود ۲ برابر ذکر شده است (۱۰). ضمن این که در یک مطالعه مشابه در سال ۷۴-۷۰ در شهر اصفهان این نسبت

توجه به گرفتاری عصبی متعدد و مختلف در MS و اختلالات حسی، حرکتی، بینایی، گفتاری و شناختی در این بیماران، تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی بیمار امری غیر معمول و دور از ذهن نیست. با این حال باید توجه داشت که این تأثیر ممکن است بر اساس سن، جنس، سطح فعالیت اجتماعی و جنسی قبل از ابتلا به بیماری و سطح سواد و فرهنگ متفاوت باشد که خود نیاز به بررسی و مطالعه جداگانه در جوامع مختلف دارد. البته در رابطه با تأثیر بیماری MS بر روی فعالیت اجتماعی بیماران مبتلا با وجود بررسی زیاد، مطالعات مشابهی یافت نشد. با این حال مطالعات زیادی در رابطه با تأثیر بیماری MS بر فعالیت فیزیکی بیمار، کیفیت زندگی بیماران مبتلا و احساس خود کارآمدی (Self efficacy) بیمار انجام شده که تا حدودی به مطالعه ما نزدیک می باشد (۱۳، ۹، ۶، ۵). نتایج یک مطالعه توسط موتل و همکاران بر روی ۱۰۹ بیمار مبتلا به MS نشان می دهد بین شدت علائم بیماری و فعالیت فیزیکی بیماران، یک رابطه معکوس و در حد متوسط وجود دارد. همچنین بین شدت علائم بیماری و احساس خود کارآمدی یک رابطه معکوس و بین احساس خود کارآمدی و فعالیت فیزیکی بیمار یک ارتباط مستقیم همسو وجود دارد (۱۳). نتایج یک مطالعه دیگر توسط دلگودو در کشور اسپانیا نشان می دهد بین میانگین نمره پرسش نامه کیفیت زندگی (SF36) در بیماران مبتلا به MS با EDSS کمتر از ۳ و بیماران با EDSS بالای ۶، تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به طوری که در افراد مبتلا به MS با تشدید ناتوانی بیمار، نمره کیفیت زندگی بیمار کاهش می یابد (۹). در رابطه با تأثیر بیماری MS بر فعالیت جنسی بیماران نیز مطالعات متعدد در نقاط مختلف جهان، نشان دهنده شیوع بالای اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به MS است. برای مثال، در مطالعه زورزون و همکاران، اختلال در فعالیت جنسی در ۷۳/۱٪ بیماران مبتلا به MS، ۳۹/۲٪ بیماران مبتلا به سایر بیماری های مزمن و ۱۲/۷٪ افراد سالم گزارش شده است (۵). همچنین مطالعه دمیرکیرون و همکاران در کشور ترکیه نشان داد ۸۰/۴٪ بیماران مبتلا به

MS از اختلال در فعالیت جنسی شکایت داشتند و اختلال در فعالیت جنسی، یک مشکل شایع در مردان و زنان مبتلا بود (۶). در ارتباط با تفاوت نگرش زنان و مردان مبتلا به MS در مورد میزان تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها، این مطالعه نشان داد تأثیر بیماری MS بر فعالیت اجتماعی و جنسی بیماران از دیدگاه زنان مبتلا به طور معنی داری بیشتر از مردان مبتلاست که شاید این تفاوت دیدگاه را بتوان بر اساس آسیب پذیری و حساسیت بیشتر زنان در مقایسه با مردان به خصوص در جامعه ما نسبت داد. در این مورد، یک مطالعه توسط باراک و همکاران در کشور امریکا، که بر روی ۴۱ بیمار مبتلا به MS از نوع فروکش- بهبود یابنده (Relapsing- Remitting) انجام گرفت، نشان داد زنان مبتلا به MS مشکلات و اختلالات جنسی خود را شدیدتر از مردان مبتلا به MS ارزیابی می کنند (۱۴).

نتایج مطالعه حاضر تفاوت نگرش بیماران مبتلا به MS با حمله اول بیماری با بیماران دارای سابقه عود، در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها را معنی دار نشان نداد. البته مطالعات متعدد در نقاط مختلف جهان نشان می دهد علائم بیماری و شدت ناتوانی بیمار می تواند به طور معنی دار بر کیفیت زندگی، فعالیت فیزیکی بیمار و احساس خود کارآمدی بیمار تأثیر گذارد. به عنوان مثال یک مطالعه در آمریکا توسط فریزرپولیت نشان داد بین احساس خود کارآمدی بیماران مبتلا به MS از نوع دارای عود و بهبودی بیماران مبتلا به بیماری پیشرونده MS، تفاوت معنی دار وجود دارد؛ به طوری که بیماران مبتلا به نوع عود و بهبودی بیماری، اعتقاد بیشتری به کنترل بیماری و انجام وظایف خود در مقایسه با بیماران نوع پیشرونده بیماری داشتند (۸). همچنین یک مطالعه دیگر در اسپانیا توسط دلگودو نشان داد با افزایش نمره EDSS (درجه ناتوانی) بیمار، نمره پرسش نامه کیفیت زندگی بیمار کاهش می یابد (۹). با این حال، عدم وجود تفاوت معنی دار بین نگرش بیماران حمله اول بیماری با بیماران مبتلا به عود بیماری، در رابطه با تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی بیماران را می توان این گونه توجیه

کرد که عود بیماری همیشه دلیل بر شدت علائم و ناتوانی بیمار نیست، ضمن این که در بیماران مبتلا به حمله اول بیماری نیز ممکن است اختلالات اجتماعی و جنسی بیمار قابل توجه باشد. به عنوان مثال یک مطالعه توسط تزورتزیس و همکاران در کشور یونان نشان داد در زنان مبتلا به حمله اول بیماری MS، اختلال فعالیت جنسی به عنوان یک پیامد مهم بیماری توسط بیماران مبتلا ذکر شده بود (۷). از این رو بهتر است مطالعات جدیدی جهت ارزیابی شدت ناتوانی بیماران مبتلا به MS (با معیار EDSS) و ارتباط آن با نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها انجام گیرد. بر اساس این مطالعه، بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به MS با آزمون افسردگی بک، نشان دهنده شیوع بالای افسردگی (۴۱٪ افسردگی شدید، ۲۳٪ افسردگی خفیف) در بیماران مورد مطالعه بود که با توجه به ویژگی مزمن، عود کننده و پیشرونده بیماری MS و با توجه به این که این بیماری می تواند موجب اختلال قابل توجه در فعالیت فیزیکی و ارتباطی بیماران گردد، شیوع بالای افسردگی در این بیماران، یافته ای غیر منتظره نیست. ضمن این که مطالعات متعدد نیز در سایر نقاط جهان از شیوع قابل توجه افسردگی در بیماران مبتلا به MS حمایت می کنند. برای مثال یک مطالعه شاهد-موردی توسط تورنتون در کشور انگلستان نشان می دهد نمره افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به MS، به طور قابل توجهی از گروه کنترل بالاتر است (۳). همچنین یک مطالعه دیگر توسط بیسک و همکاران در نروژ، بر روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به MS نشان داد، ۳۱٪ بیماران مبتلا به MS از افسردگی و ۱۹٪ از اضطراب شاکی بودند؛ به طوری که شیوع افسردگی و اضطراب در این بیماران بطور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر بود (۱۵). بر اساس نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، وجود و شدت افسردگی به طور معنی داری با نگرش بیماران مبتلا به MS در مورد تأثیر بیماری بر فعالیت اجتماعی و جنسی آنها ارتباط دارد. البته تأثیر افسردگی بر فعالیت اجتماعی-جنسی بیمار با توجه به اثر مستقیم و غیر

مستقیم افسردگی بر فعالیت فیزیکی، اعتماد به نفس، خود کارآمدی، کیفیت زندگی و فعالیت جنسی امری غیر معمول نیست. با این حال یک مطالعه در امریکا توسط باراک و همکاران نشان داد بین وجود افسردگی و اختلال در فعالیت جنسی بیماران مبتلا به MS، رابطه معنی داری وجود دارد؛ به طوری که در بیماران مبتلا به MS با افسردگی همزمان، اختلال در فعالیت جنسی بیمار به طور قابل توجهی بیشتر است (۱۴).

بررسی میزان شیوع اختلالات اجتماعی و جنسی در بیماران مبتلا به MS از دیدگاه آنها، حاکی از اختلال در شغل به عنوان شایع ترین اختلال در فعالیت اجتماعی و کاهش میل جنسی به عنوان شایع ترین اختلال در فعالیت جنسی بود. البته در رابطه با شیوع بالای اختلال در شغل بیماران با وجود بررسی زیاد، مطالعه مشابه یافت نشد. با این حال در رابطه با شیوع بالای اختلال در میل جنسی در این بیماران، مطالعه باراک و همکاران نشان داد کاهش میل جنسی شایع ترین اختلال در فعالیت جنسی بیماران مبتلا به فرم عود کننده و بهبودی یابنده MS است (۱۴). همچنین در یک مطالعه دیگر توسط دمیرکیرون و همکاران در ترکیه نیز کاهش میل جنسی شایع ترین اختلال در فعالیت جنسی بیماران بود (۶).

در انتها می توان از این مطالعه نتیجه گرفت که با توجه به تأثیر متوسط بیماری MS بر فعالیت اجتماعی و تأثیر متوسط تا زیاد آن بر فعالیت جنسی بیماران مبتلا و همچنین شیوع بالای افسردگی در این بیماران و تأثیر قابل توجه افسردگی بر نگرش بیماران مبتلا، اقدامات حمایتی (مادی و معنوی) از بیماران و توجه به نیازهای اجتماعی و جنسی بیماران از طریق مشاوره دادن به بیمار، خانواده و اطرافیان بیمار و توجه به شیوع بالای افسردگی در این بیماران جهت تشخیص و درمان زود هنگام این گونه اختلالات و همچنین مشاوره و روان درمانی به منظور پیشگیری از بروز این گونه اختلالات، یک نیاز مبرم برای بیماران مبتلا می باشد.

سیاسگزاری

محترم مرکز MS اصفهان و همچنین سرکار خانم بهرامی
مربی علمی آمار دانشگاه پیام نور واحد مبارکه اصفهان که ما
را در انجام این پژوهش یاری نمودند.

با سپاس از آقایان دکتر مصطفوی معاونت پژوهشی
بیمارستان الزهراء (س) اصفهان، دکتر اعتمادی فر ریاست

References

1. Bradley WJ. Neurologie in clinical practice: Philadelphia, Butterworth – Heineman medical publications, 2004 : 1637-1659.
2. Compston A , Ebers Ge. Lassmann H , Mcdonald I , Mathews B , wekerle H : Mcalpin's multiple sclerosis . London, charchill livingston, 1998 : 145 – 496.
3. Thornton EW, Tedman S , Rigby S , BashForth H , yong c. worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scule. Mult scler. 2006 ; 12 (2): 196-203.
4. Dalos NP , Rabine pv. Brooks BR , O'Donnell p. Disease activity and Emotional state in multiple sclerosis. Ann Neural . 1983 ; 13 (5) : 573-7.
5. zoran M. zivadinov R , Bosco A , Bragadin LM , Moteti R, Bonfigli L, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case – control study , Mult scler. 1999 ; 5 (6):418 – 27.
6. Demerkiran M, Sarica Y , uguz S , Yerdelen D, Aslan k , Multiple sclerosis patients with and without sexual Dysfunction; are there any differences . mult sclera. 200 ; 12 (2) : 209-14 .
7. Tzortzis V. Skriapas K . Hadjigeorgiou G. Mit sgiannis I .A ggelakis K. Graras S. Sexual dystfuction in newly diagnosed Multiple sclerosis woman. Mult sclera.2008 ; 31(5) : 227 – 60.
8. Fraser C. Polito S.A Comprative study of self efficacy in men and women with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs. 2007; 39 (2) : 102 – 6.
9. Delgado – Mendilivar JM cadenas – Diazjc. Fernandez – Torrico JM. Navarro – mascarell G. I squierdo G. A study of the quality of life in cases of multiple sclerosis. Rev Neural. 2005 ; 41 (5) : 257 – 62.
10. Miller JR: Multiple sclerosis. In Rowlond Merrit's text Book of neurology: Philadelphia,Williams and wilkins,2000: 773-791.
11. Sohrab a.Asiani M.The frequency survey of Multiple sclerosis patients ...The case of Khorshid &Alzahra medical centers based on their primary complaints and demographic characteristics from Apr 1992 until Dec 1996.Medical university of Isfahan. 1996. پایان نامه اینترنت
12. Victor M , Ropper AH. Adams and victor's principle of neurology. Newyork. Mcgraw Hill. 2001: 955-961.
13. Motl RW , Snook EM, Mcauley E , Gliottoni RC. Symptoms self – efficacy and physical activity among Individuals with Multiple scleresis : Res Nurs Health. 2006; 29 (6) : 597-606.
14. Barak Y, Achiron A. Elizur A. Gabboy U.Noy S.sarova –pinhas I. Sexual dysfunction in relapsing –remiting multiple sclerosis. J psychiatry Neurosis.1996; 21(4): 255-8.
15. Beiske AG, Serensson E, Sandanger I , Gzujko B, Pederson ED, Aarseth JH , Myhr kM. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. Eur J Nerol. 2008; 15 (3): 239-45.

Attitude of patients with *MULTIPLE SCLEROSIS* towards the impacts of the disease on their social and sexual activities.

N. Sadr.arhami, S. Atarod, S. Amanat

Abstract

Aim and Background: MULTIPLE SCLEROSIS (MS) is a chronic disease with relapsing and remitting periods. As it can make disabilities in patients' physical activities, MS can affect patients' psycho-social status to various degrees. The aim of this study was to evaluate attitudes of patients with MS towards the impacts of the disease on their social and sexual activities.

Method and Materials: One hundred patients with a diagnosis of MS hospitalized in Az'zahra Hospital in 2006-2007 were selected through a simple randomized sampling. Data was collected using Beck Depression Inventory (BDI) as well as two other researcher-made questionnaires to assess patients' attitudes. Data was analyzed by SPSS-12 software using t-test and ANOVA.

Findings: The mean score of patients' attitude toward the adverse impacts of MS on their social & sexual activities were 23.64 and 14.23 respectively (the mean scores of the tests are 24 for impacts on social activities and 12 for impacts on sexual activities). According to the results, patients with MS believed that the disease has had a moderate impact on their social activities but a relatively high adverse impact on their sexual ones.

Conclusion: Patients with MS viewed the disease as moderately disturbing for their social activities and highly interfering with their sexual life. There were significant differences in this regard according to sex and depression co-morbidity.

Key words: Multiple Sclerosis, social activities, sexual activities- depression- sex- relapse

Type of article: Research

Received: 10.11.2008

Accepted: 14.1.2009

-
1. Member of Academic Staff, Lecturer at Sociology group of Payame Noor University of Mobarakeh, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
E-mail: Nafiseh.Sard@gmail.com
 2. Internist Shahid Sadooghi Hospital, Isfahan, Iran.
 3. Psychiapist, Shahid Modares Hospital, Isfahan, Iran.