مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با تیپ‌های شبانه‌روزی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S) انجمن M.S شهر ارومیه

سیدهادی اعظامی[۱]، سیامک شیخی*[۲]

تاریخ دریافت ۱۳۹٦/۰٤/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹٦/۰۷/۰٤

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری (ام.اس)، از شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات عصب‌شناختی است و با توجه به اینکه کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی، پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد، ممکن است با ویژگی‌های شخصیتی، مانند ترجیحات روزانه و ریتم‌های شبانه‌روزی به‌عنوان یکی از عوامل دخیل در کیفیت زندگی بیماران ایفای نقش نمایند. لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با تیپ‌های شبانه‌روزی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (M.S) انجمن M.S شهر ارومیه انجام گردید.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، از منظر شیوه گردآوری داده‌ها، جزء مطالعات توصیفی و ازلحاظ روش پژوهشی، بر مبنای مفروضات همبستگی و غیر مداخله‌ای می‌باشد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کولموگروف – اسمیرینوف استفاده گردید که این آزمون، نرمال بودن داده‌ها را مورد تأیید قرار داد. نمونه نهایی موردبررسی در این پژوهش ۲۱۴ نفر (۹۲ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) بوده که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌های مربوطه، از پرسشنامه‌های: الف) مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی (WHOQOL- BREF). ب) پرسشنامه استاندارد تیپ‌های شبانه‌روزی هورن – آستبرگ. استفاده شده است. همچنین برای تجزیه‌وتحلیل و تفسیر داده‌ها، از ضریب همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حکایت از آن داشت که فقط بین کیفیت زندگی و تیپ شبانه‌روزی میانی، رابطه معنی‌دار وجود دارد و رابطه بین کیفیت زندگی با بقیه تیپ‌های شبانه‌روزی، غیر معنی‌دار می‌باشد. همچنین در بررسی قدرت پیش‌بینی پذیری، نتایج حاکی از آن بود که تیپ‌های شبانه‌روزی میانی با میزان ۵،۹ درصد توانایی قابلیت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی را دارا می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی (به‌جز تیپ شبانه‌روزی میانی) در بیماران (ام.اس) رابطه معنی‌دار وجود ندارد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، تیپ‌های شبانه‌روزی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس (M.S)

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۹۷، آبان ۱۳۹۶، ص ۵۸۳-۵۷۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده سرو، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تلفن: ۰۹۳۰۱۴۷۰۰۶۵

Email: m.hadi1354@gmail.com

مقدمه

بیماری (MS)[۳] درواقع نوعی بیماری پیش‌رونده سیستم اعصاب مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، اختلال در دفع مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌گردد (۱). این بیماری غالباً افرادی را مبتلا می‌کند که در مرحله مولّد زندگی خود قرار دارند (۲). این بیماری در زنان نسبت به مردان شایع‌تر می‌باشد (۳). تاکنون دلیل پیدایش این بیماری مشخص نشده است ولی به نظر می‌رسد که بروز این بیماری ارتباطی با پاسخ‌های خود ایمنی داشته باشد. نوعی ویروس ممکن است باعث تحریک سیستم ایمنی شده و بدن را وادار

[۱] گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران

[۲] دانشیار گروه روانپزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[3] multiple sclerosis

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

به تولید پادتن‌هایی کند که به اشتباه به عناصر خودی بدن حمله می‌کنند. (۴) سیر بالینی (ام.اس) متنوع بوده و می‌تواند از یک سیر کاملاً خوش‌خیم تا سیر پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر باشد. (۵) طبق مطالعه اخیر توسط پیترنگلو[1] در سال ۲۰۰۱۴ نسبت مبتلایان به (MS) در جهان ۲/۵ میلیون نفر و در ایالت متحده آمریکا ۴۰۰ هزار نفر ذکر شده است به‌طوری‌که هر هفته ۲۰۰ مورد جدید شناسایی می‌شود. (۶) مطالعه انجام‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که میزان شیوع (MS) در سطح جهانی برابر با ۳۰۰۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد همچنین متوسط بروز این بیماری نیز در جهان برابر با ۲/۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است (۷) طبق آخرین اطلاعات انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در سال ۱۳۹۳ قریب به ۷۰۰۰۰ بیمار مبتلا به (MS) در کشور وجود دارد (۸) در حال حاضر انجمن (MS) استان آذربایجان غربی نیز ۱۷۰۰ نفر از مبتلایان را ثبت نموده که در حدود ۵۰۰ نفر در شهر ارومیه زندگی می‌کنند (۹).

بیماری (MS) ماهیت پیش‌رونده دارد و باوجود درمان‌های متعدد همچنان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌هایی است که بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیر می‌گذارد به‌طوری‌که فرد در بهترین شرایط زندگی خود که نیاز به فعالیت تشکیل خانواده و زندگی دارد با ابتلا به این بیماری و عوارض متعدد و غیرقابل‌پیش‌بینی آن زندگی طبیعی و عادی او مختل می‌شود. مولتیپل اسکلروزیس استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد به‌طوری‌که بیماران را به‌سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۱۴). بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن همچون مولتیپل اسکلروزیس با مشکلات وابسته به بیماری‌شان نیز روبرو هستند و این مشکلات شرکت بیماران در فعالیت‌های پیشرفت سلامت را محدود نموده و درنتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌گردد (۱۵).

تعریف متغیرهای پژوهش

کیفیت زندگی:

کیفیت زندگی، شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به‌نحوی‌که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را با عنوان ″ ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند که در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌ها می‌باشد ″ تعریف کرده است. کیفیت زندگی به‌مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌شود که نیازها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه‌جانبه فرد تأکید دارند در نظر می‌گیرد (۱۶). ابعاد متنوعی از کیفیت زندگی وجود دارد که در این پژوهش، ۴ بعد از ابعاد اصلی کیفیت زندگی موردبررسی قرار خواهد گرفت که عبارت‌اند از:

۱. سلامت جسمانی ۲. کیفیت روانی زندگی ۳. روابط اجتماعی ۴. وضعیت زندگی

تیپ‌های شبانه‌روزی:

کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد که ممکن است با ویژگی‌های شخصیتی، مانند ترجیحات روزانه و ریتم‌های شبانه‌روزی به‌عنوان یکی از عوامل دخیل در کیفیت زندگی بیماران ایفای نقش نمایند، که این موضوع، ازنظر پژوهشی حائز اهمیت فراوانی است. در ارتباط با ساعات زیستی و زمان روانشناسی، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد را می‌توان در یک سنخ شبانه‌روزی دوقطبی از عصرگاهی تا صبحگاهی طبقه‌بندی کرد. در این خصوص دو تیپ صبحگاهی و عصرگاهی مطرح شده است که ترجیحات خاص و تفاوت‌هایی با هم دارند؛ به‌عنوان‌مثال تیپ صبحی – غروبی در تعدادی از متغیرهای زیست‌شناختی مثل ساعت معمول غذا خوردن، عملکرد، درجه حرارت بدن، سطح کور تیزول و ترشح ملاتونین و متغیرهای روان‌شناختی مثل عملکرد روزانه، مقابله با استرس، هوش، نقایص شناختی، توجه و کارکردهای حرکتی تفاوت‌هایی دارند (۲۰). تیپ صبحی را به پرنده چکاوک و تیپ عصری (غروبی) را به جغد تشبیه کرده‌اند. تیپ‌های صبحی افرادی هستند که صبح زود از خواب بیدار شده و هنگام بیداری سرحال هستند. تیپ‌های عصری به‌سختی بیدار شده و هنگام بیداری خسته بوده و تا دیر شب نیز بیدار می‌مانند (۲۱). صبحی یا غروبی بودن به تفاوت‌های فردی در حالت دوره‌های شبانه‌روزی ریتم‌های خودانگیخته خواب‌وبیداری و هشیاری ذهنی نیز اشاره می‌کند. تیپ صبحی در شب زودتر خسته می‌شوند و ازلحاظ طول خواب تغییرات کم‌تری از تیپ‌های غروبی نشان می‌دهند. تیپ‌های صبحی، روز را با درجه حرارت بدنی بالاتری شروع کرده و آدرنالین بیشتری را دفع می‌کنند (۲۲). مطالعات انجام‌شده در خصوص تیپ‌های زمانی (صبحی – عصری) این را مطرح ساخته است که سنخ‌های صبحی در مقایسه با عصری دارای سبک زندگی سالم‌تری

[1] pietrangelo

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

بوده و سنخ‌های عصری آشفتگی‌های روان‌شناختی و سایکو سوماتیک بیشتری را گزارش می‌دهند (۲۳). در بین افراد با تیپ عصری تمایلات افسردگی، رفتارهای بیمارگونه مرضی، سلامتی ضعیف‌تر و ازلحاظ بهداشت خواب و زندگی، رضامندی پایین و بدبینی گزارش شده است (۲۱). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تیپ‌های عصرگاهی توانایی بالاتری در تفکر خلاقانه داشته، دارای شخصیتی شهودی – نوآور بوده و غیر قراردادی نیز هستند. به‌عنوان‌مثال یافته‌های پژوهشی در خصوص رابطه تیپ‌های زمانی و جنسیت نشان می‌دهد که مردان در مقایسه با زنان ترجیح عصری (غروبی) بالاتری دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در کل روان رنجور خویی با تیپ عصری بیشتر در ارتباط است (۲۱). یکی از موضوعاتی که در خصوص سنخ‌های زمانی موردتوجه روان‌پزشکان و روان شناسان بالینی قرار گرفته است اضطراب است. پژوهش‌های انجام شده در این خصوص نشان می‌دهد که نمرات افراد با تیپ عصری در اضطراب بالاتر از تیپ‌های صبحی است.

در این پژوهش، تیپ‌های شبانه‌روزی، به ۵ گروه کاملاً صبحی، نزدیک به صبحی، میانی، نزدیک به عصری و کاملاً عصری تقسیم‌بندی شده‌اند که رابطه هرکدام از آن‌ها با متغیر کیفیت زندگی، موردبررسی قرار خواهد گرفت.

مطابق با مطالب ارائه‌شده، ازآنجایی‌که بیماری M.S ارتباط مستقیمی با کیفیت زندگی مبتلایان دارد و با در نظر گرفتن این نکته که کیفیت زندگی به‌عنوان احساس ذهنی پدیده‌ای روان‌شناختی می‌باشد که با متغیرهای دیگر روان‌شناختی همانند ترجیحات روزانه و ریتم‌های شبانه‌روزی می‌تواند ارتباط داشته باشد، لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه کیفیت زندگی با تیپ‌های شبانه‌روزی، در بیماران مبتلا به M.S با امید شناسایی راهکارهای عملی می‌باشد. برای پاسخ دادن به سؤال تحقیق، فرضیات زیر موردبررسی قرار خواهند گرفت:

۱) بین کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد.

۲) تیپ‌های شبانه‌روزی، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، از منظر شیوه گردآوری داده‌ها جزء مطالعات توصیفی و ازلحاظ روش پژوهشی، مبتنی بر مفروضات همبستگی و غیر مداخله‌ای است. جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت است از تعداد ۹۵۰ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن (ام.اس) شهر ارومیه که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ در آن انجمن دارای پرونده فعال می‌باشند. نمونه نهایی موردبررسی در این پژوهش، ۲۱۴ نفر (۹۲ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) بوده که به‌صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به هر نوع اختلال نورولوژیک به‌غیراز (ام.اس) مانند صرع، بیماری‌های دستگاه خارج هرمی و عقب‌ماندگی ذهنی و تومورهای مغزی؛ ۲- مرحله حاد بیماری (کمتر از یک ماه از آخرین مرحله حاد این بیماری) گذشته باشد؛ ۳- بیشتر از یک ماه تحت درمان با آستروئید[1] بوده باشند؛ ۴- در زمان انجام آزمون کمتر از یک هفته تحت درمان با بنزودیاز پین‌ها[2] با دوزهای درمانی بوده باشند؛ ۵- محدوده سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال داشته باشند؛ ۷- تحصیلات سیکل و بیشتر؛ ۸- عدم سوءمصرف مواد.

بیماران حاد که ازنظر جسمی و روحی و روانی در وضعیت خوبی نبودند و شرایط لازم را برای ورود به این تحقیق نداشتند از این تحقیق کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش:

جهت جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات موردنیاز تحقیق، از دو نوع پرسش‌نامه استفاده شده است که عبارت‌اند از:

الف) پرسش‌نامه مقیاس فرم کوتاه (پرسش‌نامه کیفیت زندگی)

ب) پرسشنامه استاندارد تیپ‌های شبانه‌روزی هورن – آستبرگ[3]

الف) پرسش‌نامه مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه کیفیت زندگی):

این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورداستفاده قرار می‌گیرد. طراح آن، سازمان بهداشت جهانی[4] با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است. تعداد سؤالات آن ۲۴ سؤال در قالب ۴ مؤلفه، که دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین پرسشنامه درمجموع ۲۶ سؤال دارد که شامل مؤلفه‌های زیر می‌باشد:

۱) مؤلفه سلامت جسمانی (فیزیکی)[5]

۲) مؤلفه روان‌شناختی[6]

[1] مواد ترکیبی مشابه هورمون جنسی مردانه تستوسترون هستند.

[2] Benzodiazepin

[3] Horne – Ostberg

[4] WHOQOL- BREF

[5] Physical Health Domain

[6] Psychological Domain

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

۳) مؤلفه روابط اجتماعی[1]

۴) مؤلفه محیط زندگی[2]

لازم به ذکر است که نحوه اجرا، به‌صورت خود اجرا[3] می‌باشد.

نحوه نمره‌گذاری: نمرهٔ هر گویه در دامنه‌ای از اعداد (۱ تا ۵) به ترتیب: اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام، کاملاً راضی‌ام، شبیه به آن‌ها مقرر می‌گیرد.

نحوه تفسیر: باید توجه داشته باشید، جهت تفسیر درست این مقیاس باید، نسخه کوتاه، نمرات آن را به نسخه بلند تبدیل کرد و سپس میزان کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر تا ۱۰۰ طبق جدول مربوطه، مورد تفسیر قرار دهید، ضمناً حداقل نمره هر حیطه حداقل چهار است و بر این اساس جمع نمرات خام هر حیطه در عدد ۴ ضرب می‌شود.

ب) پرسشنامه استاندارد تیپ‌های شبانه‌روزی هورن – آستبرگ[4]:

این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است و برای اندازه‌گیری تیپ‌های عصری و صبحی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ گویه است که مربوط به زمان خوابیدن و بیدار شدن، زمان‌های ترجیحی برای عملکردهای فیزیکی و ذهنی و هوشیاری بعد از بیداری است. ۴ پاسخ ممکن برای سؤال‌ها وجود دارد: برای سؤالات ۳-۱۵-۱۴-۱۳- ۹-۸-۷-۶-۵-۴-۱۶ نمرات بین ۱-۴ است. برای سؤالات ۱۸-۱۷-۱۰-۲-۱ نمرات بین ۱ تا ۵ است. برای سؤالات ۱۱ و ۱۹ نمرات بین ۰ تا ۶ است و برای سؤال ۱۲ بین ۰ تا ۵ به‌صورت طیف لیکرت می‌باشد. مطابق با این پرسشنامه افراد در پنج طبقه ریتم ساعت زیستی قرار می‌گیرند: نمرات ۱۶ تا ۳۰ تیپ کاملاً عصری؛ ۳۱ تا ۴۱ نزدیک به تیپ عصری؛ ۴۲ تا ۵۸ تیپ میانی؛ ۵۹ تا ۶۹ نزدیک به تیپ صبحی؛ ۷۰ تا ۸۹ کاملاً تیپ صبحی طبقه‌بندی می‌شوند. پایایی این آزمون در تحقیقات مختلف از ۰،۷۱ تا ۰،۸۱ گزارش شده است. توماس و همکاران ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰،۹۱، نگرف و همکاران ضریب ۰،۷۱، آدلان و المیرا همسانی درونی خوب با آلفای کرونباخ ۰،۷۱ گزارش کرده‌اند. راندلر ضریب آلفای کرونباخ ۰،۸۴ را گزارش کرده است. دیاز مورالس و سانچز لوپز آلفای کرونباخ را ۰،۸۵ گزارش کرده‌اند. (۲۶) پایایی پرسشنامه صبحی – عصری قبلاً در تحقیقی تحت عنوان «بررسی بین تیپ‌های شبانه‌روزی (صبحی – عصری) و اضطراب در دانشجویان» که توسط عیسی زادگان و همکاران در سال ۱۳۹۰ و با روش بازآزمایی بریا کوتاه‌مدت (دو هفته) برای ۴۵ نفر آزمودنی انجام شد ضریب پایایی ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی این آزمون در تحقیقات مختلف از ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر که با روش آلفای کرونباخ انجام شد ۰/۶۵ به دست آمد (۳۲).

یافته‌ها

نتایج توصیفی تحقیق، شامل میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر داده‌های متغیرهای کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی، به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ بیان شده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	۲۱۴	۱۶	۲۸	۲۲،۴۵	۲،۹۳۵
کیفیت روانی زندگی	۲۱۴	۱۰	۲۶	۱۹،۶	۳،۷۸
روابط اجتماعی	۲۱۴	۵	۱۴	۹،۹۹	۲،۴۱۳
وضعیت زندگی	۲۱۴	۱۳	۳۷	۲۴،۶۳	۵،۲۷۷

1 Social relationship Domain

2 Environmental Domain

3 self report

4 Horne – Ostberg

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

نتایج به‌دست‌آمده در جدول فوق نشانگر این است که میانگین زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی اعم از سلامت جسمانی، کیفیت روانی زندگی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی به ترتیب برابر با ۲۲،۴۵، ۱۹،۶، ۹،۹۹ و ۲۴،۶۳ می‌باشد.

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۲۱۴	۵۱	۱۰۲	۷۶،۶۷	۱۱،۷۵
تیپ‌های شبانه‌روزی	۲۱۴	۳۰	۶۱	۴۷،۸۴	۷،۲۲۲

میانگین‌های به‌دست‌آمده برای متغیرهای کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی برابر است با: کیفیت زندگی: ۷۶،۶۷؛ تیپ‌های شبانه‌روزی: ۴۷،۸۴

بررسی نرمال بودن داده‌ها

جهت بررسی نرمال بودن، از آزمون کولموگروف – اسمیرینوف استفاده شده است. نتایج این قسمت، در جدول شماره ۳ بیان شده است.

جدول (۳): نرمال بودن متغیرها و آزمون کولموگروف – اسمیرینوف

متغیرها	مقدار کالموگروف اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	۱،۲۰۵	۰،۱۱۰
تیپ‌های شبانه‌روزی	۱،۴۷۸	۰،۲۵۳

جدول فوق توزیع نمرات متغیرها را نشان می‌دهد و نتایج کولموگروف - اسمیرنوف[1] نشانگر این است که در همه متغیرها سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد که حاکی از نرمال بودن توزیع دادها است و به عبارتی مفروضه‌ی هنجار بودن توزیع در این متغیرها برقرار است و لذا در ارتباط با آن‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود.

جهت بررسی وجود یا عدم وجود رابطه بین متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های تیپ‌های شبانه‌روزی، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج این بخش، در جدول شماره ۴ بیان شده است.

جدول (۴): رابطه بین کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی

تیپ‌های شبانه‌روزی	بررسی وجود رابطه		شدت رابطه	
	p-value	رابطه معنی‌دار	Correlation Coefficient	میزان و نوع رابطه
کاملاً عصری	۰/۰۹	ندارد	۰/۱۳۱	کم و مستقیم
نزدیک به عصری	۰/۱۲	ندارد	۰/۲۱۸	کم و مستقیم
میانی	۰/۰۲۴	دارد	۰/۶۸۷	زیاد و مستقیم
نزدیک به صبحی	۰/۰۹۴	ندارد	۰/۱۵۴	کم و مستقیم
کاملاً صبحی	۰/۰۶۴	ندارد	۰/۱۱۷	کم و مستقیم

[1] Kolmogorov-smirnov

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

در جدول شماره ۴، چنانچه مقدار ضریب همبستگی بین صفر و یک باشد، نشان از وجود همبستگی مستقیم بین دو متغیر می‌باشد که هرچقدر این عدد به یک نزدیک‌تر باشد، شدت همبستگی بیشتر می‌شود. همچنین منفی بودن این عدد، نشان‌دهنده رابطه معکوس بین دو متغیر می‌باشد. همان‌طور که اعداد جدول نشان می‌دهد، بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی، همبستگی مستقیم و با شدت کم وجود دارد اما این روابط به‌جز در تیپ شبانه‌روزی میانی، در بقیه موارد غیر معنی‌دار می‌باشد که هرکدام به‌تفصیل در بخش بحث و نتیجه‌گیری بیان شده است.

جهت پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی از روی تیپ‌های شبانه‌روزی (صبحی – عصری) و مؤلفه‌های آن، از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. نتایج این بخش، در جدول شماره ۵ بیان شده است.

جدول (۵): پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی از روی تیپ‌ها شبانه‌روزی

متغیر	B	SE	Beta	R2	Adjusted R2	P
مقدار ثابت	۵۷،۶۹	۵،۲۴۲	---	۰،۰۵۹	۰،۰۵۵	۰،۰۰۰۱
تیپ‌های شبانه‌روزی (صبحی – عصری)	۰،۳۹۷	۰،۱۰۸	۰،۲۴۴			۰،۰۰۰۱

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۵ تیپ‌های شبانه‌روزی با میزان ۵،۹ درصد توانایی و قابلیت پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی را دارا می‌باشند که این توانایی پیش‌بینی در سطح معنی‌داری ۰،۰۱ می‌باشد زیرا سطوح معنی‌داری به‌دست‌آمده زیر ۰،۰۱ و ۰،۰۵ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

مولتیپل اسکلروزیس ازجمله اختلالات ناتوان‌کننده عصبی در بالغین مخصوصاً جوانان می‌باشد. سیر بالینی این اختلال از یک بیماری خوش‌خیم و فاقد علائم شدید تا یک بیماری پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متفاوت است.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و تیپ‌های شبانه‌روزی، به‌جز تیپ شبانه‌روزی میانی، رابطه معنی‌دار وجود ندارد. این یافته‌های تحقیق با نتایج یافته‌های عیسی زادگان، شیخی، اسدی مجره (۲۶)، عیسی زادگان، شیخی و احمدیان (۳۱) همسویی دارد. همچنین این نتیجه با نتایج پژوهش‌های نیبل و همکاران، مکاچی و روچتی، تایلارد و همکاران، اکانر و همکاران، دی یانگ و همکاران (۲۳ و ۲۷) و همچنین مورو، گوما-فرگرسانت و آدان[1] همسو می‌باشد (۲۸) در تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح ساخت که متغیرهای رفتاری و فیزیولوژیکی تحت تأثیر زمان‌های مختلف از روز است. مثلاً درجه حرارت بدن تیپ زمانی صبحی ۱/۳۰ تا ۳ ساعت زودتر از تیپ‌های زمانی عصری به اوج خود می‌رسد. واکنش‌پذیری به فشار روانی نیز تحت تأثیر زمان می‌تواند باشد .افراد با تیپ‌شناسی ساعات زیستی عصری یا غروبی اختلالات روان‌شناختی و بدنی بیشتری را در مقایسه با تیپ‌های صبحی نشان می‌دهند. آشفتگی‌های عاطفی بیشتر در تیپ‌های زمانی عصری را می‌توان به دلیل سیکل خواب - بیداری درون‌زاد که با برنامه‌های کاری و متعارف اجتماعی همتا نیست در نظر گرفت. یک نظریه بحث تفاوت‌های فردی را بر اساس روان فیزیولوژیکی مطرح می‌کند . بر این اساس تیپ‌های زمانی عصری در مقایسه با تیپ‌های صبحی نمرات پایین‌تری در نیرومندی تحریک و وقفه دارند. افراد تیپ عصری الگوهای رفتاری تیپ A شخصیتی را نیز دارند .مشکل در مقابله با خواست‌های محیطی و اجتماعی، سبک‌های زندگی به همراه فشار و خطر برای بیماری‌های ام.اس در بین تیپ‌های زمانی عصری نیز مطرح شده است (۲۳). فرضیه دیگری نیز در این خصوص مطرح است با عنوان فرضیه واکنش‌پذیری، این فرضیه مطرح می‌سازد که افراد پاسخ‌های هیجانی و فیزیولوژیکی مبالغه‌آمیزی به فشار نشان می‌دهند .ریتم‌های فیزیولوژیکی در طی روز نوسان نشان می‌دهد؛ در شرایط عادی فشارخون و ضربان قلب در طی روز افزایش و شب کاهش می‌یابد همچنین تحقیقات نشان داده که مبتلایان به ام.اس سطح بالایی از تنش و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند و از سلامت روان پائین برخوردار هستند و این موضوع کیفیت زندگی آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۳۰).

[1] Muro A&Goma-Freixanet M &AdanA

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی، تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی، عدم کنترل برخی از متغیرها ازجمله وضعیت اقتصادی و اجتماعی اشاره نمود لذا پیشنهاد می‌شود افراد مبتلا به‌غیراز درمان‌های دارویی تحت نظر روانشناس قرار گرفته و با درمان‌های حمایتی و ایجاد نگرش مثبت به زندگی به این افراد در مقابله با بیماری کمک شود و این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و فرهنگ‌های مختلف و در صورت امکان بر روی حجم بزرگ‌تری انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که متغیرهای دیگر (مثل سبک‌های مقابله‌ای، طرح‌واره‌های ناکارآمد، سبک‌های دل‌بستگی، سبک‌های فرزندپروری) که احتمالاً در بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس نقش دارند موردبررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد به این وسیله نویسندگان مقاله از همکاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و تمام بیمارانی که علی‌رغم مشکلات موجود و ناتوانی‌های خاص این بیماری صادقانه همکاری‌های لازم را در طول این پژوهش داشتند و پرسنل محترم انجمن (M.S) ارومیه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References:

1. Dividson S. The efficacy of cognitive behavioral group therapy on quality of insomnia and resilience of multiple sclerosis; 2014. P.487-95.
2. Deminof L. The efficacy of cognitive behavioral group therapy on the depression anxiety and resilience of multiple sclerosis woman. J Anxiety Disorder 2010; 11: 279-315.
3. Braunwald E. Harrison's principles of internal medicine. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2012.
4. Zandipour R. Investigating the relationship between religious orientation and irrational beliefs as predictors of depression in MS patients Ahvaz. Ahvaz; 2009. (Persian)
5. Nabavi M, Pourfarzam Sh, Qasemi H, Epidemiology clinical course and prognosis of Multiple Sclerosis in 203 patients referring to the M.S clinic of Shahid Mostafa Khomeini Hospital. Tehran J Fac Med 2013; 64(7): 90-7. (Persian)
6. Pietrangelo A. Medically Reviewed by George Krucik MD MBA. 2014.
7. Statistic of multiple sclerosis in World Health Organization.Available From http: //www.WHo.int.2008.
8. Status of MS Patients in IRAN MS Society.2014.Available From: http: //www.new.iranms.ir.
9. Status of MS patients in West Azerbaijan province. Urmia.2014.Available from: http: //www.MSWa.ir.
10. Soltani M, Hejazi SM, Noorian A, Zendedel A, Ashkanifar M. The Effect of Selected Aerobic Exercise on the Balance Improvement in Multiple Sclerosis Patients. J Mashhad School Nurs Midwifery 2009; 2(9): 107-13. (Persian)
11. Hazrati M, Zahmatkeshan N, Dejbakhsh T, Nikseresht AR, Zeyghami B. The Effect of Rehabilitation Process on the Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. Armaghane Danesh J 2005; 10(3): 53-64. (Persian)
12. Ebrahimi H, Saeedi M, Sarvari F, Sokhangooy M. Effect of Aquatic Exercise Program on Fatigue in Women with Multiple Sclerosis. J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(94): 54-61. (Persian)
13. Ghanati E, Hadiyan M, Daghighiasli AR. Economic Expenditures of Multiple Sclerosis Medications and Feasibility of Providing Health Insurance Policies for medicationsjournal. J Health Admin 2011;14(45): 28-32. (Persian)
14. Morgante L. Hope in multiple sclerosis a nursing perspective. Int J of MS care 2000;2 (2): 3-7.
15. Rafeeyan Z, Azarbarzin M, Moosa FM, Hasanzadeh A. Effect of aquatic exercise on the multiple sclerosis patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res 2010;15(1):43. (Persian)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

16. Goshtasebi, Azita. To evaluate health related quality of life in Tehran. khlash 1st Conference on Global quality of life. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2004. (Persian)
17. Gill TM, Feinstein AR. Acritical appraisal of the quality of life Measurement. J Am Med Association 1994;27(2): 619-26.
18. Addington-Hall J, Kalra L. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? BMJ 2001;322(7299):1417.
19. Bakhshayesh AR. The relationship between personality types and general health with job satisfaction of Yazd Health Center staffs. J Payavard Salamat 2013;7(1):42–55. (Persian)
20. Mecacci L, Righi S, Rocchetti G. Cognitive failures and circadian typology. Pers Individ Dif 2004;37(8): 107-13.
21. Randler C. Gender differences in morningness–eveningness assessed by self-report questionnaires: A meta-analysis. Pers Individ Dif 2007;43(7):1667–75.
22. Song J, Stough C. The relationship between morningness–eveningness, time-of-day, speed of information processing, and intelligence. Pers Individ Dif 2000;29(6):1179–90.
23. Díaz Morales JF, Sánchez López MP. Morningness eveningness and anxiety among adults: a matter of sex/gender? Pers Individ Diff 2008; 44(18): 391-401.
24. Ziaei M, Amiri Sh, Molavei H. The Relationship between Scores of Boarding Brigades and Student Reaction Time in Two Days of Morning and Afternoon. J Cognitive Sci 2007;9(2): 47-52. (Persian)
25. Nasiri H, Hashemi L, Hosseini SM. Quality of life Shiraz University according to the world Health organization Quality of life scale 3rd seminar on mental health; 2006.p. 365-8. (Persian)
26. Isaiahdikan A, Sheikh S, Asadi S. Comparison of happiness and life satisfaction among boarding types. Urmia Med J 2013; 25(1): 12-20. (Persian)
27. De Young CG, Hasher L, Djikic M, Criger B, Peterson JB. Morning people are stable people: Circadian rhythm and the higher order factors of the big five. Pers Individ Dif 2009; 43(3): 267-76.
28. MuroA Goma, FreixanetM Adan A. Morningness eveningness, sex and the alternative five factor model of personality. Chronobiol Int 2009;26(6): 35-48.
29. Karimi Y. personality psychology. Tehran Publishing Ed; 2006. (Persian)
30. Willis TA, Oconnor DB, Smith L. The influence of morningness eveningness on anxiety and cardiovascular response to stress. Physiol Behav 2005; (58): 125-33.
31. Isaiahdikan A, Sheikh S, Ahmadian L. (1390). The study of the relationship between boarding type (Sabhi - Age) and anxiety in students, Urmia Medical J 2011;22(2): 137-45. (Persian)
32. Isazadegan A, Sheykhi S, Ahmadian L. Relationship between circadian types (morningnesseveningness) and stress in students. Urmia Med J 2011;22(2): 137-45. (Persian)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND ITS RELATIONSHIP WITH BOARDING RANGES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS (M.S.) M.S. COMMUNITY IN URMIA

*Seyed Hadi Azamy[1], Siamaksheikhi[2]**

Received: 16 Jul, 2017; Accepted: 26 Sep, 2017

Abstract

***Background & Aims*:** MS disease is one of the most common and most important neurological disorders and considering that quality of life as a mental sensation is a psychological phenomenon that may be associated with personality traits such as daily preferences and night rhythms one of the factors contributing to the quality of life of the patients is one day. Therefore, the present study was conducted to determine the quality of life and its relationship with the type of boarding in patients with multiple sclerosis (MS) MS in Urmia city.

***Materials & Methods*:** The final sample was 214 people (92 males and 122 females) who were selected by available sampling method. To collect relevant data, questionnaires were used: A) WHOQOL-BREF Short Life Questionnaire (WHOQOL-BREF); B) The standard questionnaire of Horn-Asterger type boarding ranges; and for data analysis and interpretation, correlation coefficient and multivariate regression were used.

***Results*:** The results of the study indicated that there is a significant relationship between quality of life and middle-time type, and the relationship between quality of life and other types of boarding is insignificant. Also, in assessing the predictability of power, the results indicated that mid-range boarding types with a 5.9% ability to predict the variable quality of life.

***Conclusion*:** The results of this study indicate that there is no significant relationship between quality of life and type of boarding (except midday type) in patients (MS).

***Keywords*:** Quality of Life, Boarding, M.S.

***Address*:** Urmia, Carve Road, Urmia University of Medical Sciences,
Tel: +989301470065
***Email*:** m.hadi1354@gmail.com

[1] *Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran*
[2] *Associate Professor of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]