

The Consequences of Hospitalization on Physical and Mental Dimensions of Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study

Salehpour Gh^{1*}, Sahraeian Jahromi Z², Aghighi A³

¹Ph.D. Candidates in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

²M.A. in Psychology, NIOC Health Organization, Shiraz, Iran

³Ph.D. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: Hospitalization is one of the outcomes of multiple sclerosis (MS) that can have different effects on the quality of life of patients. Therefore, the aim of the present study was to evaluate the consequences of hospitalization on physical and mental dimensions of quality of life in patients with MS.

Methods: In a cross-sectional study, 162 patients with MS (in three groups: non-hospitalization, 1-2 times of hospitalization, and ≥ 3 times of hospitalization) were selected by consecutive sampling and they were examined using clinical and demographic variables inventory and the Health Survey questionnaire (SF-36). The data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA), and post hoc test of Fisher least significant difference (LSD).

Results: The analyses showed that the effects of hospitalization were significant in vitality, mental health, and mental component summary ($P < 0.05$). Following the difference between means in hospitalization groups showed that patients with ≥ 3 times of hospitalization in all identified significant variables have lower mean scores ($P < 0.05$). In the meantime, significant differences were not observed between different groups of hospitalization in terms of physical dimensions of quality of life ($P > 0.05$).

Conclusions: The consequences of hospitalization in MS patients leads to reduced psychological dimensions of quality of life in such patients and its effects in patients with high hospitalization rate is significant/noticeable .

Keywords: Hospitalization, Multiple Sclerosis, Quality of Life

Sadra Med Sci J 2020; 8(4): 335-346.

Received: Nov. 4th, 2019

Accepted: Aug. 21st, 2020

*Corresponding Author: Salehpour Gh. Ph.D. Candidates in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, msalehpour.clinpsy@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۸، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۹، صفحات ۳۳۵ تا ۳۴۶

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۳۱ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۳

مقاله پژوهشی
(Original Article)

پیامدهای حاصله از دوره بستری بر ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه مقطعی

قاسم صالح پور^{۱*}، زهرا صحرائیان جهرمی^۲، آرش عقیقی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی، سازمان بهداشت شرکت ملی نفت ایران، شیراز، ایران

^۳ دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: بستری شدن یکی از پیامدهای بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) می باشد که می تواند اثرات مختلفی را بر کیفیت زندگی بیماران نهند. از این رو، هدف از مطالعه حاضر بررسی اثرات پیامدهای حاصله از دوره بستری بر ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS می باشد.

روش ها: در یک پژوهش مقطعی، ۱۶۲ بیمار مبتلا به MS (در سه گروه فاقد بستری، ۱-۲ بار بستری و ≥ 3 بار بستری) توسط نمونه گیری پیاپی انتخاب و با استفاده از سیاهه متغیرهای بالینی و جمعیت شناختی و پرسشنامه زمینه یابی سلامت (SF-36) مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنادار فیشر (LSD) تحلیل شدند.

یافته ها: تحلیل ها نشان داد که اثرات دوره بستری بر سرزندگی، سلامت روانی و مجموع مولفه روانی کیفیت زندگی معنی دار است ($P < 0/05$). پیگیری تفاوت بین میانگین ها در گروه های بستری حاکی از آن بود که در کلیه متغیرهای معنی دار شناسایی شده، بیماران با ≥ 3 بار بستری از نمرات میانگین پایین تری برخوردار بودند ($P < 0/05$). در این میان، تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف بستری از نظر ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: پیامدهای حاصله از بستری در MS منجر به کاهش ابعاد روان شناختی کیفیت زندگی بیماران می گردد و اثرات آن در بیماران با فراوانی بستری بیشتر برجسته است.

واژگان کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، بستری، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول: قاسم صالح پور، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
msalehpoor.clinpsy@gmail.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS, Multiple Sclerosis) نوعی بیماری پیچیده با تظاهر بالینی مختلف و پیش‌آگهی و دوره زمانی غیرقابل پیش‌بینی می‌باشد (۱). به دنبال اولین اپیزود بالینی MS، ۸۰ درصد از بیماران سیری عودکننده - بهبود یابنده را طی می‌کنند. از این رو، عمده بیماران پس از نخستین بستری ناشی از تشخیص MS، چندین بستری را به دلیل حملات مکرر بیماری تجربه می‌کنند (۲). به طور متوسط بعد از دوره‌ای ۲۰ ساله، ۴۲ درصد از بیماران وارد فاز پیشرونده ثانویه می‌شوند و با گذشت زمان این میزان به ۶۵ درصد افزایش یافته (۳) و بی‌تردید دوره‌های بستری متعددی را از سر خواهند گذراند (۴). بطور کلی، دو سوم از تشخیص‌های MS بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال رخ داده (۵) و این بستری شدن‌های مکرر افراد، خانواده و جامعه را متاثر می‌سازد (۶).

تحقیقات نشان داده‌اند که پیامدهای بستری اغلب قویاً پس از ترخیص از بستری تظاهر می‌یابند و معمولاً نیز پس از آن بیماران را مقهور می‌سازند (۷). چنین پیامدهایی با توجه به فرآیند بیماری MS و سیر غیرقابل پیش‌بینی آن و متعاقباً کاهش احساس کنترل در بیماران برجسته‌تر هم خواهند گردید. در این زمینه، هوقس (Hughes) و همکاران دریافتند که یکی از ترسناک‌ترین ویژگی‌های ابتلا به بیماری مزمن برای بسیاری از بیماران و خانواده‌ها، تجربه بستری شدن بود (۸). در حقیقت، استراحت در رختخواب در طی دوره بستری می‌تواند ماشه‌چکان تغییراتی در سیستم‌های متفاوت بدن و ظرفیت کارکردی گردد که در نتیجه قادر است به کاهش توانمندی عضلانی، تقلیل کیفیت زندگی و نقص تعادل وضعی بدن منجر شود (۹). به طور مثال، در بسیاری از بیماران با کاهش قدرت اندام‌های پایینی در نتیجه فرآیندهای مکرر بستری، بدکارکردهای دفعی، ادراری و جنسی رخ می‌دهد (۱۱)، (۱۰). با این وجود، تا این تاریخ مطالعه درخوری در این خصوص بر روی بیماران مبتلا به MS صورت نگرفته و مطالعات معدود انجام شده نیز بر سالمندان (۱۲، ۹)، افراد

دچار نارسایی قلبی (۱۳) و بیماران مبتلا به فیبرلاسیون دهلیزی (atrial fibrillation) (۱۴) تمرکز یافته‌اند. با این وصف، انجام مطالعه حاضر از دو جهت ضرورت می‌یابد: نخست آنکه محرک اجرای مطالعات مشابه بر روی MS در آینده خواهد گردید و دیگر اینکه به بهبود کیفیت خدمت‌رسانی به این بیماران منجر شده و در تدوین مدل‌های درمانی مختص بیماران MS اطلاعات ارزنده‌ای را در اختیار متخصصان سلامت خواهد نهاد؛ چرا که پرسنل بیمارستانی در صورت شناسایی تجربیات شخصی بیماران MS از بیماری‌شان و توجه به نگرانی‌های خاص و تاثیرات اجتماعی تنظیمات بیمارستان بر روی شرایط زندگی آنها، خدمات بهتری به آنان خواهند داد (۱۵) و بی‌تردید آگاهی از تجربیات بیماران درباره بستری نیز کیفیت مراقبت متخصصین مراقبت‌های بهداشتی را ارتقا می‌دهد (۱۶، ۲). در تایید این مطلب، پژوهش‌های کونگ، جورج و تیتوس (Koenig, George & Titus) (۱۷)، سیمنس (Siemens) (۱۸) و اکداهل، ادرسون و فریدرچسن (Ek Dahl, Andersson & Friedrichsen) (۱۹) نیز نشان دادند که بررسی تجربیات بیماران از بستری در طراحی یک مدل درمانی جامع برای بیماران مزمن در بیمارستان ضروری می‌باشد. از این رو، هدف از مطالعه بررسی پیامدهای برآمده از دوره‌های بستری بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS می‌باشد.

روش کار

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به MS شناسایی شده در استان گیلان بودند (حدود ۶۰۰ نفر). طرح پژوهش نیز از نوع مقطعی (Cross-sectional) بود که بر روی ۱۶۲ بیمار تحت پوشش انجمن MS استان گیلان اجرا شد. جهت تعیین حجم نمونه، فرمول حجم نمونه کوکران برای مواقعی که حجم نمونه جامعه مشخص می‌باشد ($N = 600$) بکار رفت که با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، میزان

ورود در پژوهش تأثیری در روند بعدی درمان آنان نخواهد داشت. در نهایت نیز ورود بیماران به پژوهش با اخذ رضایت آگاهانه از آنها یا همراهان وی صورت پذیرفت. ابزارهای پژوهش

سیاهه خودگزارشی متغیرهای بالینی و جمعیت شناختی: در این مطالعه ارزیابی و گردآوری اطلاعاتی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، تحصیلات (به سال) و دفعات وقوع بستری توسط یک سیاهه متغیرهای بالینی و جمعیت‌شناختی صورت گرفت. در این میان دوره بالینی هر بیمار (نوع MS) با توجه به پرونده‌های بایگانی شده آنها در انجمن مربوطه، از آن استخراج گردیده و در سیاهه مورد نظر ثبت می‌شد.

پرسشنامه فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت (SF-36, Short-Form Health Survey Questionnaire): این پرسشنامه که به وسیله ویر و شربورن (Ware & Sherbourne) ساخته شد (۲۱)، دارای ۳۶ سوال بوده و براساس ۸ خرده‌مقیاس مربوطه، سلامت جسمی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۸ خرده‌مقیاس عبارتند از: کارکرد فیزیکی، نقش محدودیت‌های ناشی از مشکلات فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی و سلامت روانی. به علاوه این وسیله دو سنجش کلی از کارکرد را نیز فراهم می‌آورد؛ مجموع مولفه فیزیکی و مجموع مولفه روانی (۲۲). در SF-36 هر سوال از ۱ تا ۱۰۰ امتیاز می‌گیرد و هر معیار با جمع نمرات سوالات و تعیین میانگین آن برآورد می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار نیز در ایران توسط صالح‌پور و همکاران در بیماران MS مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصل از آن نشان داد، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های SF-36 به استثنای دو خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی و نقش محدودیت‌های ناشی از مشکلات

خطای ۰/۰۷ و میزان افت (drop out) ۱۰٪، حجم نمونه نهایی ۱۶۲ نفر در نظر گرفته شد.

کلیه بیماران به شیوه نمونه‌گیری پیاپی و غیراحتمالی (nonprobability and consecutive sampling) انتخاب شدند و معیارهای ورود به پژوهش نیز عبارت از داشتن بیماری MS براساس معیارهای مک دونالد (McDonald) (۲۰) با تایید تشخیص توسط نورولوژیست بود. تشخیص MS مبتنی بر علائم و مشخصات کلینیکی بیمار و وجود شواهد کلینیکی آسیب در دو مکان یا بیشتر در CNS می‌باشد که برای اثبات موارد ذکرشده از اقدامات پاراکلینیکی شامل تصویرنگاری رزونانس مغناطیسی (MRI, Magnetic Resonance Imaging)، پتانسیل فراخوانده شده و بررسی مایع مغزی نخاعی (CSF, Cerebro-Spinal Fluid) کمک گرفته شده است و بیمارانی که در انجمن مربوطه پرونده ثبت شده داشتند، براساس یافته‌های یاد شده تشخیص قطعی بیماری دریافت نموده بودند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از (۱) وجود علائم شدید جسمانی بیماری MS به نحوی که فرد مبتلاً عملاً از توانایی کافی برای شرکت در مطالعه برخوردار نبود (۲) مشکلات شناختی شدید به حدی که بیمار قادر به تکمیل ابزارها و پاسخ به آزمونگر نباشد و (۳) وجود هرگونه بیماری ناتوان کننده همراه با MS.

مکان اجرای این پژوهش انجمن MS استان گیلان و کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) در شهر رشت بود؛ در این مرحله به واسطه بررسی پرونده بیماران واجد شرایط برای ورود به مطالعه و تماس تلفنی با آنها، افراد مبتلاً به مراکز مذکور مراجعه می‌نمودند. در خصوص ملاحظات اخلاقی نیز می‌بایست یادآور شد که در حین ارزیابی اولیه با فرد بیمار و خانواده یا همراهان وی به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای آنان پرداخته می‌شد. به بیماران اطمینان داده شد که سنجش‌های صورت گرفته بر روی آنها محرمانه خواهد ماند و امتناع از

برای تعیین معنی‌داری اثرات چند متغیری استفاده گردد (۲۶، ۲۵). همچنین به منظور پی بردن به کیفیت تفاوت میانگین‌ها در بین گروه‌های مختلف بستری از آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنی‌دار فیشر (LSD, Fisher Least Significant Difference) استفاده شد. سرانجام، در تمامی تحلیل‌های صورت گرفته، سطح معنی‌داری آماری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی نشان داد که میانگین سنی بیماران مبتلا به MS برابر با $9/45 \pm 34/01$ سال (دامنه ۵۸-۱۶) و متوسط سطح تحصیلات (به سال) در مبتلایان معادل $11/72 \pm 3/49$ سال بود که در دامنه بین ۰ تا ۱۹ سال قرار داشت. ترکیب جنسیتی بدست آمده در این مطالعه به ترتیب برابر بود با ۴۸ (۲۹/۶٪) مرد و ۱۱۴ (۷۰/۴٪) زن که از میان آنها ۳۹ (۲۴/۱٪) نفر مجرد و ۱۲۳ (۷۵/۹٪) مورد متأهل بوده‌اند. همچنین، ۵۱ (۳۱/۵٪) و ۱۱۱ (۶۸/۵٪) نفر از بیماران MS را نیز به ترتیب افراد شاغل و بیکار تشکیل دادند و سرانجام، ۱۱۸ (۷۲/۸٪) و ۴۴ (۲۷/۲٪) مورد از بیماران MS نیز به ترتیب در دوره‌های بالینی عودکننده-بهبودیابنده و پیشرونده قرار داشتند. نمودار ۱ نمایانگر زوایای تصویری مقایسه میانگین سه گروه از بیماران از MS فاقد بستری، ۱-۲ بار بستری و ≥ 3 بار بستری از نظر مولفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی و دو مجموع مولفه فیزیکی و روانی آن می‌باشد.

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات کلیه ابعاد کیفیت زندگی و دو مجموع مولفه فیزیکی و روانی آن در بیماران با سه یا بیش از سه بار بستری نسبت به سایر گروه‌ها در سطح پایین‌تری قرار دارد و بیماران فاقد بستری نیز از بیشترین میانگین نمرات در تمامی مولفه‌های مورد بررسی برخوردارند.

به منظور ارزیابی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی در گروه‌های

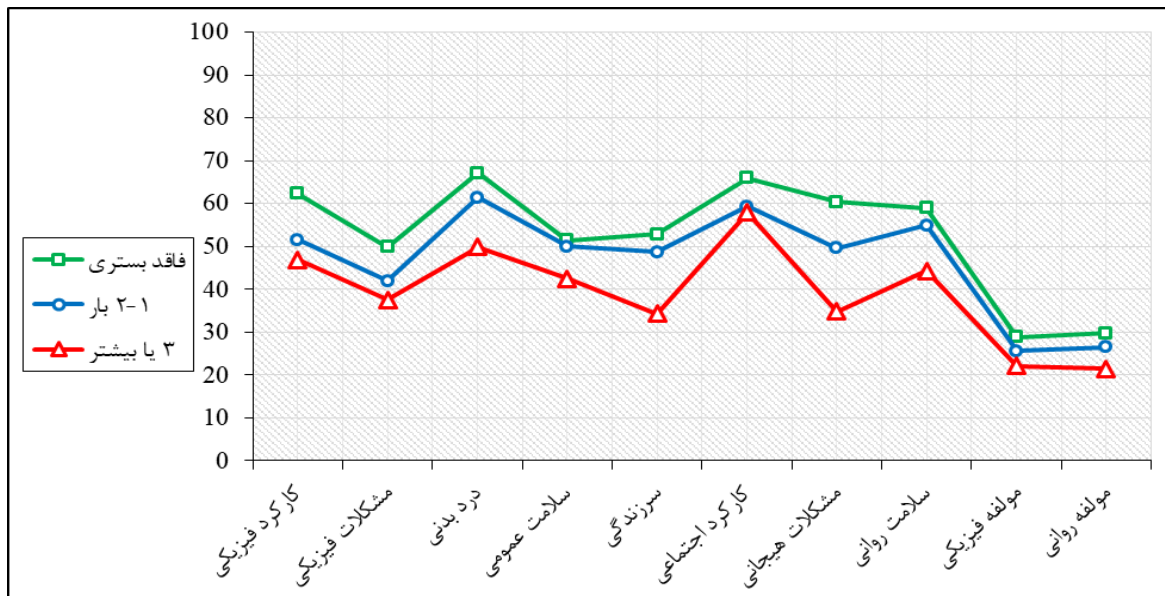
هیجانی مطلوب بود ($0/93$ تا $0/42$ α). همچنین نتایج بدست آمده از بررسی اعتبار سازه (ضریب همبستگی گویه - نمره کل در دامنه $0/48$ تا $0/95$)، همزمان، پیش بین و افتراقی این پرسشنامه نیز نشان داد که نسخه فارسی SF-36 می‌تواند به منظور سنجش تأثیر پیامدهای MS بر روی کیفیت زندگی بیماران به کار رود (۲۳).

تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌های پژوهش، اطلاعات حاصل از آنها به نرم افزار (SPSS V.24) منتقل گردیده و بیماران MS برحسب فراوانی وقوع بستری به سه گروه فاقد بستری ($n = 62$)، ۱-۲ بار بستری ($n = 78$) و ≥ 3 بار بستری ($n = 22$) تقسیم شدند. برای توصیف متغیرهای پژوهش در گروه‌های مختلف بستری از نمودار استفاده شد. در مرحله بعد نیز به منظور بررسی پیامدهای حاصله از دوره‌های بستری بر ابعاد کیفیت زندگی، تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) بکار گرفته شد. هشت خرده مقیاس و دو مولفه کلی (فیزیکی و روانی) SF-36 هر کدام در یک تحلیل واریانس چندمتغیره جداگانه مورد تحلیل قرار گرفتند چرا که مولفه‌های فیزیکی و روانی از شیوه نمره‌گذاری نامتجانسی نسبت به هشت خرده‌مقیاس دیگر برخوردار بودند. در تحلیل واریانس / کوواریانس چندمتغیره پیش فرض اصلی استفاده از آن، این است که بردار (vector) متغیرهای وابسته، از یک توزیع نرمال چندمتغیری تبعیت کند و ماتریس واریانس-کوواریانس در بین سلول‌هایی که براساس اثرات بین آزمودنی‌ها تشکیل شده‌اند، برابر باشند (۲۴). بنابراین به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آماره ام-باکس (Box' M) استفاده شد. هنگامی که این آزمون معنی‌دار نباشد مفروضه همگنی ماتریس‌ها برقرار است و می‌توان از آزمون لاندای ویلکز (λ , Wilks lambda) برای بررسی معنی‌داری اثرات چندمتغیری استفاده نمود. در زمانی که رعایت این مفروضه امکان‌پذیر نباشد توصیه شده است از آزمون پیلایی تریس (V , Pillai's Trace)

مختلف بستری آماره ام باکس محاسبه شد که نتیجه خرده‌مقیاس‌های SF-36 معنی‌دار نبود ($F=1/0.33$ ؛ $P=0/4.02$)؛ این موضوع بدان معناست که ماتریس‌های کواریانس مشاهده‌شده هشت خرده‌مقیاس کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف بستری برابر می‌باشد. جدول ۱ نیز نمایانگر نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا (Leven's test of equality of error variances) برای متغیرهای وابسته می‌باشد. بر مبنای اطلاعات حاصل از جدول ۱ سطح معنی‌داری آماره F برای کلیه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بزرگتر از

۰/۰۵ است. بنابراین واریانس خطای مولفه‌های کارکرد فیزیکی، نقش محدودیت‌های ناشی از مشکلات فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی و سلامت روانی در گروه‌های مختلف بستری با یکدیگر برابر بوده و تفاوت معنی‌داری از این نظر بین آنها وجود ندارد. در ادامه جدول ۲ به بررسی اثر پیامدهای برآمده از دوره بستری بر مولفه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی می‌پردازد و معنی‌داری کل مدل تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. مقایسه میانگین سه گروه از افراد فاقد بستری، ۱-۲ بستری و ≥ 3 بستری برحسب خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانه و دو مجموع

مولفه فیزیکی و روانی SF-36 در نمونه‌ای از بیماران MS

جدول ۱. نتایج حاصل از آزمون لون جهت برابری واریانس‌های خطا

متغیرها	F	df۱	df۲	سطح معنی‌داری
کارکرد فیزیکی	۰/۱۷	۲	۱۵۹	۰/۸۴۳
مشکلات فیزیکی	۰/۳۱	۲	۱۵۹	۰/۷۳۶
درد بدنی	۱/۳۶	۲	۱۵۹	۰/۲۵۹
سلامت عمومی	۲/۸۷	۲	۱۵۹	۰/۰۶۰
سرزندگی	۲/۸۲	۲	۱۵۹	۰/۰۶۳
کارکرد اجتماعی	۲/۲۵	۲	۱۵۹	۰/۱۰۹
مشکلات هیجانی	۱/۱۷	۲	۱۵۹	۰/۳۱۳
سلامت روانی	۱/۹۵	۲	۱۵۹	۰/۱۴۶

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) جهت بررسی اثرات پیامدهای دوره بستری بر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
دوره بستری	کارکرد فیزیکی	۵۷۳۹/۳۲۳	۱	۲۸۶۹/۶۶۲	۲/۶۹۷	۰/۰۷۰
	مشکلات فیزیکی	۳۳۳۵/۳۹۷	۱	۱۶۶۷/۶۹۹	۱/۰۶۹	۰/۳۴۶
	درد بدنی	۴۸۸۸/۲۶۳	۱	۲۴۴۴/۱۳۲	۲/۴۱۲	۰/۰۹۳
	سلامت عمومی	۱۳۴۹/۹۱۶	۱	۶۷۴/۹۵۸	۱/۳۸۹	۰/۲۵۲
	سرزندگی	۵۶۲۴/۱۵۴	۱	۲۸۱۲/۰۷۷	۴/۹۶۴	۰/۰۰۸
	کارکرد اجتماعی	۱۸۶۷/۴۴۹	۱	۹۳۳/۷۲۴	۱/۲۵۸	۰/۲۸۷
	مشکلات هیجانی	۱۱۱۹۵/۹۹۹	۱	۵۵۹۷/۹۹۹	۲/۳۹۶	۰/۰۹۴
	سلامت روانی	۳۵۰۸/۰۶۴	۱	۱۷۵۴/۰۳۲	۳/۵۹۹	۰/۰۳۰

همان گونه که در جدول ۲ انعکاس یافته است نسبت‌های F محاسبه شده در مورد اثر دوره بستری برای مولفه‌های سرزندگی و سلامت روانی معنی دار می‌باشد ($P < 0.05$)؛ پس از پیگیری کیفیت تفاوت بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون LSD نیز نشان داده شد بین بیماران با ≥ 3 بار بستری و بدون بستری ($P = 0.002$) و بیماران با ≥ 3 بار بستری و ۱ تا ۲ بستری ($P = 0.014$) در متغیر سرزندگی و میان بیماران با ≥ 3 بار بستری و بدون بستری ($P = 0.008$) و بیماران با ≥ 3 بار بستری و ۱ تا ۲ بستری ($P = 0.047$) در متغیر سلامت روانی تفاوت‌های معنی داری وجود دارد و این تفاوت‌ها به ضرر بیماران با ≥ 3 بار بستری در مقایسه با گروه‌های دیگر بدست آمده است. این موضوع نشان می‌دهد که افراد با ≥ 3 بار بستری در دو متغیر معنی دار شناسایی شده از میانگین نمرات پایین‌تری برخوردار بوده‌اند ($F = 1/120$ ؛ $P = 0.335$ ؛ $\lambda = 0.892$). برای مقایسه نمرات حاصل از اجرای مجموع مولفه فیزیکی و مجموعه مولفه روانی SF-36 در گروه‌های مختلف بستری نیز از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا)

استفاده گردید. به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس این دو مولفه آماره ام باکس محاسبه شد که نتیجه آن معنی دار نبود ($F = 0.554$)؛ $P = 0.821$ ؛ این موضوع بدان معناست که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (مجموع مولفه فیزیکی و مجموع مولفه روانی) در گروه‌های بستری برابر می‌باشد. برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مورد متغیرهای وابسته نیز از آزمون لون استفاده شد که بر مبنای اطلاعات حاصل از این آزمون سطح معنی داری آماره F در مجموع مولفه فیزیکی ($P = 0.354$ ؛ $F = 1/0.46$) و مجموع مولفه روانی ($P = 0.077$ ؛ $F = 2/6.00$) و بزرگتر از 0.05 بدست آمد. از این رو، واریانس خطای این متغیرها در گروه‌های مختلف تحت مطالعه با یکدیگر برابر بوده و از این حیث تفاوتی بین آنها وجود ندارد. در ادامه جدول ۳ به بررسی اثر پیامدهای برآمده از دوره بستری بر دو مولفه فیزیکی و روانی SF-36 می‌پردازد و معنی داری کل مدل تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) جهت بررسی اثرات پیامدهای دوره بستری بر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
دوره بستری	مولفه فیزیکی	۸۲۹/۰۱۷	۲	۴۱۴/۵۰۸	۲/۶۸۷	۰/۰۷۱
	مولفه روانی	۱۱۷۱/۷۴۳	۲	۵۸۵/۸۷۱	۳/۹۱۴	۰/۰۲۲

براساس اطلاعات جدول ۳، نسبت‌های F محاسبه شده در مورد اثر دوره بستری برای مجموع مولفه روانی معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$)؛ پس از پیگیری کیفیت تفاوت بین میانگین‌ها با استفاده از آزمون LSD نیز نشان داده شد بین بیماران با ≥ 3 بار بستری و بدون بستری از نظر مجموع مولفه روانی SF-36 تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد ($P = 0/007$) و این تفاوت‌ها به ضرر بیماران با ≥ 3 بار بستری در مقایسه با گروه مقابل بدست آمده است. این یافته بیانگر آن است که افراد با ≥ 3 بار بستری در مجموع مولفه روانی کیفیت زندگی از میانگین نمرات پایین‌تری برخوردار بوده‌اند ($F = 2/073$ ؛ $P = 0/084$ ؛ $\lambda = 0/950$).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که دوره بستری در MS اثرات معنی‌داری بر دو بعد کیفیت زندگی بیماران شامل سرزندگی و سلامت روانی و همچنین مجموع مولفه روانی دارد. یافته‌های برآمده از پیگیری این تفاوت‌ها در گروه‌های مختلف نیز حاکی از آن بود که بیماران با ≥ 3 بار بستری در مقایسه با سایر گروه‌ها از کیفیت زندگی ضعیف‌تری با توجه به مولفه‌های اشاره شده برخوردارند. اگرچه مطالعات مشابهی در بیماران MS در دسترس نیست، اما نتایج پاره‌ای مطالعات همسو با این یافته‌ها می‌باشد. در این باره، آئودی (Audi) و همکاران در پژوهش خود دریافتند که بیماران دچار نارسایی قلبی با سابقه بستری در قیاس با افراد فاقد بستری کیفیت زندگی ضعیف‌تری را نشان می‌دهند؛ به طوری که بیماران با سابقه قلبی بستری از شرایط پایین‌تری براساس وضعیت فیزیکی و روانی مرتبط با کیفیت زندگی برخوردار بودند (۱۳). میرا (Meira) و همکاران در مطالعه‌ای مقطعی نشان دادند که دوره بستری منجر به کاهش کیفیت زندگی در بزرگسالان و افراد مسن می‌شود. نتایج این پژوهشگران گویای آن بود که وضعیت بیماران در زمان ترخیص از بیمارستان نسبت به مرحله پذیرش وخیم‌تر بوده و این شرایط تا یک ماه پس از بستری نیز برقرار بود (۹). غفاری (Ghafari) و همکاران

نیز در پژوهشی کیفی اظهار داشتند که تجربیات بستری (بیش از دوبرار) بیماران MS تغییراتی را در کیفیت و سبک زندگی آنها (از جمله واکنش‌های هیجانی، جستجوی حمایت و احساسات شخصی) را ایجاد می‌کند (۲۷). با این حال در مغایرت با یافته‌های بدست آمده از مطالعه حاضر، رینولدز، مورایس و زیمتباوم (Reynolds, Morais & Zimetbaum) با بررسی تاثیر دوره بستری بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرلاسیون دهلیزی دریافتند که بستری شدن با کاهش ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی در ارتباط می‌باشد (۱۴) و برآوردهای کاروالهو (Carvalho) و همکاران هم حاکی از آن بود که ظرفیت کارکردی بیماران سالمند در زمان ترخیص نسبت به قبل از بستری وخیم‌تر بوده و این وضعیت تا یک ماه پس از ترخیص نیز تداوم داشت (۱۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که تجربه بستری عمدتاً آسیب‌زا و محرک اضطراب می‌باشد و می‌تواند به مشکلات رفتاری و روان‌شناختی گذرا یا طولانی مدت بینجامد (۲۸). آمارها از نرخ بالای بروز مشکلات هیجانی ناشی از بستری بیمارستانی به میزان ۱۰ تا ۳۰ درصد برای پریشانی روان‌شناختی شدید تا ۹۰ درصد برای ناراحتی عاطفی جزئی حکایت دارند (۲۹).

تجربه بستری مکرر محدودیت‌هایی نظیر کاهش مشارکت در محیط‌های خانوادگی یا بیرونی و در نتیجه از کاستن از تعاملات اجتماعی را بر زندگی بیماران MS اعمال می‌سازد که در شرایط عادی به عنوان نوعی عامل حفاظتی در برابر تنش‌های تهدیدکننده سلامت روان عمل می‌کنند. افزون بر این، با توجه به شروع MS در سنین جوانی و مولد بیمار، تجربه بستری مکرر می‌تواند نگرش وی را متاثر ساخته و احساس او را از دنیا در وضعیت تهدیدکننده‌ای قرار دهد که در نتیجه به کاهش سلامت روانی منجر می‌شود. همچنین ممکن است بیماران در نتیجه تجربیات فراوان بستری دچار تحریف در تصویر بدنی گردیده و احساس خودکارآمدی و خودارزشمندی آنها کاهش یابد و سرانجام اینکه ویژگی‌های MS و درمان آن باعث می‌شود

چنین تغییراتی می‌تواند شامل تمرینات فیزیکی مناسب با توصیه متخصصان مراقبت سلامت، مدیریت علائم روان-شناختی بویژه استرس، تنظیم برنامه خواب به منظور بهبود کیفیت استراحت، تغذیه سالم بویژه مصرف فیبر و موارد مشابه دیگر گردد.

از عمده محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ماهیت خودگزارشی بودن داده‌ها اشاره کرد که ممکن است احتمال افزایش سوگیری و مخدوش شدن پاسخ‌ها را فراخوانی نماید. هر چند که سنجش سازه‌های کیفیت زندگی نیز غالباً تنها از طریق خودگزارشی میسر است. همچنین مطالعه حاضر مقطعی بوده و داده‌ها در یک نقطه از زمان جمع‌آوری شدند و فقدان اهداف پیگیرانه اجازه استنتاج یا بررسی تغییرات در طول زمان را به ما نمی‌دهد. مضافاً بر این ارزیابی‌های مقطعی مانع ترسیم یک رابطه علی بین کیفیت زندگی و متغیرهای بالینی - بیمارستانی می‌گردد و سرانجام تغییرات رخ داده در مولفه‌های کیفیت زندگی در اثر الگوهای بستری ناشی از MS ممکن است با تغییرات ابعاد مشابه در دیگر بیماری‌های مزمن متفاوت باشد و از این رو می‌بایست در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های بیمار جانب احتیاط را رعایت نمود. با این همه، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با طرح بررسی‌های طولی و امکان کنترل بالاتر بر دقت و صحت یافته‌های بدست آمده بیفزایند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در بیماران MS تفاوت معنی‌داری میان گروه‌های مختلف بستری از نظر مولفه‌های سرزندگی و سلامت روانی و همچنین مجموع مولفه روانی در کیفیت زندگی وجود دارد و این تفاوت در بیماران با دوره‌های بستری بیشتر برجسته می‌باشد. با این حال در بین گروه‌ها از نظر ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی تفاوتی مشاهده نشد.

که هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی آن در مقایسه با دیگر بیماری‌های عصب‌شناختی بطور سرسام‌آوری بالا رود؛ چرا که MS نوعی بیماری مزمن بوده که با وجود شروع زودرس آن در جوانی، اما کاهش قابل توجه امید به زندگی را در پی ندارد. بلکه در عوض بطور فزاینده‌ای به زوال جنبه‌های روان‌شناختی زندگی در قیاس با بسیاری از بیماری‌های دیگر می‌انجامد (۳۱، ۳۰). با این وجود، در تبیین تفاوت‌های حاصله از مطالعات مختلف نخست می‌توان به کیفیت نمونه‌های مورد بررسی اشاره کرد که تمامی مطالعات بر روی گروه‌هایی غیر از MS تمرکز یافته‌اند و تا این تاریخ مطالعه مشابهی بر روی این بیماران در دسترس نیست و این امر می‌تواند در یافته‌های بدست آمده موثر بوده باشد. دوم اینکه، سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی MS پیچیده و چند عاملی بوده و تحت تاثیر عوامل مختلف ژنتیکی و محیطی می‌باشد و تبیین پیامدهای حاصل از آن نظیر دوره‌های مکرر بستری مستلزم مطالعات بیشتری می‌باشد. سوم آنکه تمایز بیماران به صورت فاقد بستری، ۱-۲ بار و ≥ 3 ، علی‌رغم افزودن جزئیات و دقت در دستیابی به کیفیت تفاوت در این بیماران می‌تواند کمی سختگیرانه بوده و متعاقباً پیدایی نتایج معنی‌دار را با مشکل مواجه سازد. در این خصوص عمده مطالعات اشاره شده بر ارزیابی بیماران در سه مرحله پذیرش، ترخیص و یک‌ماه پس از ترخیص تمرکز یافته (۹، ۱۲) و یا تنها به مقایسه دو گروه از بیماران با و بدون سابقه بستری پرداخته‌اند (۱۳). از این رو، شاید دستیابی به تفاوت در دیگر ابعاد کیفیت زندگی (بویژه ابعاد فیزیکی آن) با انجام روش‌های مشابه میسر می‌گردد و سرانجام، برخی از مطالعات ذکر شده بر ظرفیت کارکردی نمونه‌ها تمرکز یافته‌اند که سنجش آن با ابزاری متفاوت از SF-36 بوده است و می‌تواند دلیلی بر تفاوت‌های بدست آمده باشد. با توجه به آنچه اشاره شد تغییر در سبک زندگی با هدف کاهش علائم منجر به بستری در بیماران MS می‌تواند به عنوان یک هدف درمانی در اولویت قرار گیرد.

79.

6. Patwardhan MB, Matchar DB, Samsa GP, McCrory DC, Williams RG, Li TT. Cost of multiple sclerosis by level of disability: A review of the literature. *Mult Scler.* 2005;11(2):232-9.
7. Thompson RH, Vernon DT. Research on children's behavior after hospitalization: a review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr.* 1993; 1: 28-35.
8. Hughes JW, Tomlinson A, Blumenthal JA, Davidson J, Sketch Jr MH, Watkins LL. Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Ann Behav Med.* 2004;28(3):179-85.
9. Meira D, Lavoura P, Ferreira D, Curiati JA, Lichtenstein A, Carvalho C, et al. Impact of hospitalization in the functionality and quality of life of adults and elderlies. *ERJ.* 2015; 46: PA3547.
10. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA. Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *J Neurol.* 1999;246(11):1027-32.
11. Marrie RA, Cutter G, Tyry T, Vollmer T, Campagnolo D. Disparities in the management of multiple sclerosis-related bladder symptoms. *Neurology.* 2007;68(23):1971-8.
12. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VF, Boas PJ. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*

تقدیر و تشکر

طرح این مطالعه توسط کمیته اخلاقی و پژوهشی دانشگاه گیلان به شماره مصوب ۱۳۹۰/۱/۱۵ - ۱/۱۵ به تایید رسیده است. بدین وسیله نویسندگان این مطالعه لازم می-دانند که قدردانی خود را از انجمن مولتیپل اسکلروزیس استان گیلان، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) در شهر رشت و همچنین کلیه بیماران مولتیپل اسکلروزیس که کمال مساعدت و همکاری را در اجرای این پژوهش داشته‌اند، اعلام دارند.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Clarke CE, Howard R, Rosser M, Shorvon S. London: Wiley Blackwell; 2009. *Neurology a queen square textbook.*
2. Jennum P, Wanscher B, Frederiksen J, Kjellberg J. The socioeconomic consequences of multiple sclerosis: A controlled national study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012;22(1):36-43.
3. Compston A, Coles A. Multiple Sclerosis. *Lancet.* 2008;372(9648):1502-17.
4. Murray TJ. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ.* 2006;332(7540):525-7
5. Naci H, Fleurence R, Birt J, Duhig A. Economic burden of multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Pharmacoeconomics.* 2010;28(5):363-

- for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Couns.* 2010;80(2):233–40.
20. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol.* 2001; 50(1): 121-7.
 21. Ware JE JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30(6): 473–83.
 22. Taillefer SS, Kirmayer LJ, Robbins JM, Lasry JC. Psychological correlates of functional status in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res.* 2002; 53(6): 1097–106.
 23. Salehpoor Gh, Kafi SM, Salehi I, Rezaei S. Psychometric Characteristics of the Health Survey Questionnaire (SF-36) for Evaluation of Multiple Sclerosis: Psychometric Evaluation in Iranian Patients. *Jundishapur Sci Med J.* 2015; 14(4): 367-84 (Persian)
 24. Habibpoor K, Safari R. comprehensive manual for using SPSS in survey researches. Tehran: looyeh & motefakkeran publication; 2010. p. 565. (Persian)
 25. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation: Sage; 2006.
 26. Gall JP, Gall MD, Borg WR. Applying educational research: A practical guide 2018;21(2):134-42.
 13. Audi G, Korologou A, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Karakostas K, Makrygianaki K, et al. Factors Affecting Health Related Quality of Life in Hospitalized Patients with Heart Failure. *Cardiol Res Pract.* 2017;2017.
 14. Reynolds MR, Morais E, Zimetbaum P. Impact of hospitalization on health-related quality of life in atrial fibrillation patients in Canada and the United States: results from an observational registry. *Am Heart J.* 2010; 160(4):752-8.
 15. Buecken R, Galushko M, Golla H, Strupp J, Hahn M, Ernstmann N, et al. Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: How do patients want to communicate about end-of-life issues?. *Patient Educ Couns.* 2012; 88(2):318–24.
 16. McCrone P, Heslin M, Knapp M, Bull P, Thompson A. Multiple sclerosis in the UK: Service use, costs, quality of life and disability. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(10):847–60.
 17. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(4):554–62.
 18. Siemens VM. The experience of hospitalization for orthopedic surgery: Individuals with rheumatoid arthritis. *J Orthop Nurs.* 2001;5(3):142–8.
 19. Ekdahl WA, Andersson L, Friedrichsen M. “They do what they think is the best

- and surgery on children: A critical review. *J Appl Dev Psychol.* 1988; 9(3): 349-58.
30. Whetten-Goldstein K, Sloan FA, Goldstein LB, Kulas ED. A comprehensive assessment of the cost of multiple sclerosis in the United States. *Mult Scler.* 1998; 4(5): 419–425.
31. Green G, Todd J. ‘Restricting choices and limiting independence’: social and economic impact of multiple sclerosis upon households by level of disability. *Chronic Illn.* 2008; 4(3): 160–172.
- (8th Edition). Pearson/Allyn & Bacon, 2007.
27. Ghafari S, Fallahi-Khoshknab M, Norouzi K, Mohamadi E. Experiences of hospitalization in patients with multiple sclerosis: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(3):255-61.
28. Hägglöf B. Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta Paediatr Suppl.* 1999; 88:72-8.
29. Yap JN. The effects of hospitalization

Cite this article as:

Salehpour Gh, Sahraeian Jahromi Z, Aghighi A. The Consequences of Hospitalization on Physical and Mental Dimensions of Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study. *Sadra Med Sci J* 2020; 8(4): 335-346.