MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

Effect of Fatigue, Depression and Cognitive Dysfunction on Participation in Leisurely Activities among People with Multiple Sclerosis

Seyed Mohammad Sadegh Hosseini[1], Mehdi Rassafiani[2], Mehrdokht Mazdeh [3], Hojjat Allah Haghgoo[4], *Sahar Nurani gharaborghe[5]

Author Address
1. PhD Candidate, Dept. of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Dept. of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Dept. of Neurology, School of Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran;
4. Associate Professor, Dept. of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
5. Faculty Member, Department of occupational therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
***Corresponding Author Address**: Department of occupational therapy, faculty of rehabilitation sciences, Hamedan University of Medical Sciences, Shahid Fahmideh Avenue, Hamedan, Iran.
***Tel**: +98 (81)38381571; ***E-mail**: saharnurani@yahoo.com

Received: 2015 October 19**; Accepted:** 2016 May 7.

Abstract
Objective: Leisure as one of the most important aspects of life among people with multiple sclerosis may be influenced by several factors. This study examined the effects of fatigue, depression and cognitive impairment on the individual's leisure.
Methods: This is an analytical cross – sectional study. Convenience sampling was used to recruit 35 participants with multiple sclerosis aged 21-55 from among the patients treated at an occupational therapy clinic in Hamadan. The research instruments were Tondnevis leisure Questionnaire, Fatigue Severity Scale, Beck Depression Inventory test and Mini-Mental Status Examination. SPSS software was used to analyze the data.
Results: A significant relationship was found between leisure time and depression (r=0.385) and fatigue (r=0.499), but no significant relationship was found between leisure and cognitive dysfunction (r=0.226).
Conclusions: Results suggested a strong positive association between depression, fatigue and Leisure, indicating that elevated levels of fatigue and depression reduce leisure time among patients with multiple sclerosis.
Keywords: Multiple Sclerosis, Leisure Activities, Fatigue, Depression, Cognition.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر خستگی، افسردگی و اختلالات‌شناختی بر مشارکت در اوقات‌فراغت افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس

سیدمحمدصادق حسینی[۱]، مهدی رصافیانی[۲]، مهردخت مزده[۳]، حجت‌الله حقگو[۴]،*سحر نورانی قرابرقع[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی‌وتوان‌بخشی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار کاردرمانی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار مغزواعصاب، گروه آموزشی مغزواعصاب، دانشکدۀپزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران؛

۴. دانشیار علوم‌اعصاب، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی‌وتوان‌بخشی، تهران، ایران؛

۵. عضو هیئت‌علمی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکدۀ علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، همدان، ایران.

.*آدرس نویسندۀ مسئول: همدان، بلوار شهید فهمیده، دانشگاه علوم‌پزشکی همدان، دانشکدۀ علوم توان‌بخشی، گروه آموزشی کاردرمانی.

*تلفن: ۳۸۳۸۱۵۷۱ـ۰۸۱؛ *رایانامه: saharnurani@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ مهرماه۱۳۹۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۸اردیبهشت ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: اوقات‌فراغت به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم زندگی در افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس تحت‌تأثیر عوامل متعددی می‌تواند قرار گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر خستگی، افسردگی و اختلالات‌شناختی بر اوقات‌فراغت این افراد است.

روش‌بررسی: دراین مطالعۀ تحلیلی‌مقطعی ۳۵ نفر از افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس در محدودۀ سنی ۲۱تا۵۵ سال از کلینیک‌های کاردرمانی شهر همدان به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. افراد شرکت‌کننده پرسشنامه‌های اوقات‌فراغت تندنویس و مقیاس شدت خستگی، تست افسردگی بک و آزمون کوتاه وضعیت روانی را تکمیل کردند. داده‌ها نیز بااستفاده از SPSS نسخۀ ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که بین میزان شرکت در اوقات‌فراغت با شدت خستگی (p=۰/۰۲۲، r=ـ۰/۳۸۵) و همچنین بین میزان اوقات‌فراغت با مقدار افسردگی (p=۰/۰۰۲، r=ـ۰/۴۹۹) همبستگی مشاهده شد؛ اما بین میزان مشارکت در اوقات‌فراغت با مقدار شناخت (r=۰/۲۲۶) همبستگی دیده نشد.

نتیجه‌گیری: رابطۀ معنادار بین اوقات‌فراغت با افسردگی و خستگی، نشان می‌دهد که افزایش میزان خستگی و افسردگی موجب کاهش زمان اوقات‌فراغت در بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل‌اسکلروزیس، فعالیت‌های اوقات‌فراغت، خستگی، افسردگی، شناخت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

حق انتشار محفوظ است © ، **مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوزhttps://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa

۱ مقدمه

انسان سیستم پیچیده‌ای درنظر گرفته می‌شود که با محیطش درارتباط است. «کار» برون‌داد سیستم است که شامل: اشتغال، فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی و اوقات‌فراغت است (۱). اوقات‌فراغت به‌عنوان یکی از جنبه‌های مشارکت و همین‌طور یکی از حوزه‌های «کار» همیشه بسیار حائزاهمیت بوده و پژوهشگران زیادی آن را تعریف کرده‌اند. در سال ۱۹۸۰ گانتر و گانتر اوقات فراغت را به‌عنوان «ارتباط بین فعالیت (یا زمان) با فرد که همراه با تأثیرها و درگیری‌های مثبت و آزادی از محدودیت‌ها است» تعریف کردند (۲). برد و راقب در سال۱۹۸۰ تعریف اوقات‌فراغت را «فعالیت‌های غیرشغلی که در آن فرد انتخاب آزادانه دارد که مشارکت کند یا نکند» بیان کردند (۳). این تعریف با تعریف لیتنر و لیتنر مشابهت دارد که می‌گویند «اوقات‌فراغت به‌عنوان زمان غیراجباری یا آزادانه است که درطی آن فرد کار حرفه‌ای یا عملکرد نگهدارندهٔ زندگی دیگری را انجام نمی‌دهد؛ بنابراین ویژگی‌های معمول اوقات‌فراغت شامل: زمان غیراجباری آزاد، فعالیت‌های غیرشغلی و فعالیت‌های انتخاب شده است» (۴).

از عمده‌ترین تأثیراتی که ام.اس بر بیماران می‌گذارد تغییراتی است که در سبک زندگی آن‌ها به‌وجودآورده و باعث درک تغییریافته‌ای از تصویر بدنی و نقش‌ها می‌شود. همچنین جنبه‌های زیادی از زندگی، خانواده، ارتباط‌های نزدیک، وضعیت شغلی، مالی، اعتمادبه‌نفس، خلق، اخلاق و حس کنترل فردی را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد (۵)؛ به‌گونه‌ای که استقلال و انجام فعالیت‌های مختلف آن‌ها دچار اختلال می‌شود (۶). یکی از فعالیت‌هایی که در این بیماران بیش از سایر فعالیت‌ها به‌شدت کاهش‌یافته و اولویت خود را از دست می‌دهد اوقات‌فراغت آن‌هاست که می‌تواند جنبهٔ بسیار مهمی در فرآیند درمانی آن‌ها نیز داشته باشد و منجربه بهبود کیفیت زندگی و سلامتی در آن‌ها می‌شود (۷).

شناخت اوقات‌فراغت و جنبه‌های آن برای کاردرمان‌گران اهمیت بسیاری دارد که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و تندرستی افراد منجر شود. مشارکت در اوقات‌فراغت به‌عنوان بخشی از مشارکت، ارتباط مستقیم با سلامت دارد (۸). ازطرفی‌دیگر اوقات فراغت یکی از اولین حیطه‌های کاری است که از طرف بیمار نادیده گرفته شده یا ترک می‌شود این مسئله دلایل متفاوتی می‌تواند داشته باشد، ازجمله می‌توان به ماهیت غیراجباری و اختیاری‌بودن اوقات‌فراغت اشاره کرد. بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس نیز از این مسئله مستثنی نیستند. شناخت و ارزیابی دقیق مشارکت در اوقات‌فراغت در این قشر از بیماران از اولویت‌های مداخلهٔ همه‌جانبهٔ کاردرمانی برای آن‌ها است (۹،۱۰). اکثر پژوهش‌ها درزمینهٔ اوقات‌فراغت بیماران اماس به جنبه‌های جسمانی اوقات‌فراغت در این بیماران پرداخته است (۱۱،۱۵) و نه تمامی ابعاد اوقات‌فراغت که می‌تواند مربوط به جنبه‌های اجتماعی، انفرادی، معنوی یا دیگر ابعاد آن باشد. یافته‌های اندکی دربارهٔ اوقات‌فراغت به‌صورت کلی وجود دارد. تنها پژوهشی که یافت شد هدف از آن بررسی تمامی ابعاد زندگی این بیماران بوده که اوقات‌فراغت را براساس ۳ سؤال در پرسشنامه سنجیده است (۱)؛ بنابراین دانش ما درزمینهٔ مشارکت در اوقات‌فراغت بیماران اماس اندک است.

اختلال‌های خلقی که مربوط به کارکرد عاطفی است در بیش از ۵۰درصد بیماران دیده می‌شود . افسردگی معمول‌ترین آن‌هاست و می‌تواند به‌صورت اولیه و ثانویه ایجاد شود. خطر خودکشی در این بیماران ۷ برابر افراد سالم است. افسردگی عامل اصلی در کاهش کیفیت زندگی بیماران اماس بوده (۱۶) و علت آن می‌تواند دلایل زیر باشد:

۱. در پاسخ به فرآیند بیماری، یعنی خود بیماری به‌صورت اولیه عامل آن است و پلاک‌ها در مناطقی از مغز ایجاد می‌شوند که این علائم را به همراه دارند

۲. روان‌شناختی در پاسخ به تشخیص، یعنی در زمانی‌که فرد از تشخیص خود آگاه‌شده دچار افسردگی می‌شود.

۳. عوارض جانبی داروهای اصلاح‌کنندهٔ بیماری که خود این داروها سبب افسردگی در فرد می‌شوند. افسردگی در این بیماران می‌تواند با خستگی، توانایی مقابله و تطبیق مرتبط باشد (۱۷).

چواستیاک و همکاران در پژوهشی اپیدمیولوژیک با نمونهٔ جامعهٔ بزرگ نشان دادند که بین افسردگی و شدت بیماری ارتباط قوی وجود دارد؛ اما بین افسردگی و الگوی پیشرفت بیماری چنین رابطه‌ای یافت نشد. آن‌ها عنوان داشتند که بیماران تازه تشخیص داده‌شده و افرادی که تغییرات وسیعی در کارکردشان دارند و آن‌هایی که حمایت‌های اجتماعی محدودشده دارند نیز باید ارزیابی افسردگی شوند (۱۸).

مشکلات شناختی نیز به‌عنوان پیامد دیگر در این بیماران، به‌دلیل آنکه حدود ۴۵ الی ۶۵درصد آن‌ها را درگیر می‌کند (۱۹)، حائز اهمیت است. در پژوهشی که زیوادینوف و همکاران درطی مطالعه‌ای طولی، به بررسی حجم مغزی بیماران اماس با نوع عود و فروکش پرداختند. نتایج نشان داد که تصویربرداری الکترومغناطیس، آتروفی‌شدن حجم پارانشیم مغز را تأیید می‌کند (۲۰)، بنابراین همیشه باید به اختلالات‌شناختی در این بیماران توجه کرد. پیش‌از دههٔ۱۹۸۰ متخصصان فکر می‌کردند بیماری‌اماس به‌ندرت روی شناخت تأثیرگذار است؛ اما اکنون کژکاری‌های شناختی به‌عنوان فاکتوری مهم بوده و بر فرصت‌های شغلی فرد و تطبیق‌های اجتماعی و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر زیادی دارد. ممکن است این اختلال خیلی زودهنگام رخ دهد و به‌طور مستقل از ناتوانی جسمانی ایجاد شود. یعنی فرد با اختلال جسمانی کم، اما اختلال شناختی زیاد باشد (۱۶) و ممکن است این اختلال شناختی بر اوقات‌فراغت بیماران تأثیرگذار بگذارد (۲۱).

مهم‌ترین اختلال در کارکردهای تمایلی و انرژی در افراد مبتلا به اماس، خستگی است و از علامت‌های بسیار رایجی است که بیماران اماس گزارش می‌دهند. خستگی می‌تواند بر پیشرفت درمان‌های جسمانی و شناختی آن‌ها تأثیرگذار باشد. «کمبود انرژی روانی و جسمانی که به‌وسیلهٔ فرد یا مراقب درک می‌شود و در فعالیت‌های معمول و موردعلاقهٔ فرد تداخل ایجاد می‌کند» را خستگی گویند (۲۲،۲۳). علت فیزیولوژیک آن در افراد اماس پیچیده و مکانیزم‌های دقیق آن مشخص نشده است. خستگی ممکن است به‌صورت اولیه باشد که مربوط به خود فرآیند بیماری است یا ممکن است به‌طور ثانویه درنتیجهٔ فاکتورهایی چون اختلال خواب یا افسردگی دیده شود (۲۴). هرچند خستگی ممکن است مستقل از کژکاری‌های شناختی و افسردگی باشد، اما این سه نوع علامت اغلب به‌طور همزمان و درارتباط با افزایش

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

مقدار ناتوانی اتفاق می‌افتند (۱۶).
همان‌طورکه در بالا ذکر شد بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس پیامدهای ناتوان‌کننده‌ای از قبیل افسردگی، خستگی و اختلالات‌شناختی دارد که به‌نظر می‌رسد مشارکت در اوقات‌فراغت را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. در وضعیت روان‌شناختی پس از اطلاع از بیماری و علائمی همچون افسردگی، اختلال‌شناختی و خستگی، فرد ترجیح می‌دهد انرژی خود را صرف فعالیت‌های اجباری کند. تعیین فاکتورهای تأثیرگذار بر اوقات‌فراغت، می‌تواند به درمانگران کمک کند که چطور از فواید درمانی اوقات‌فراغت در برنامه‌های توان‌بخشی استفاده کنند (۱۲)، اما نقش و میزان اثرگذاری این پیامدها بر مشارکت در اوقات‌فراغت ناشناخته مانده است؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر خستگی، افسردگی و اختلالات‌شناختی بر مشارکت در اوقات‌فراغت افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس است.

۲ روش‌بررسی

این تحقیق به‌صورت تحلیلی‌مقطعی انجام شد. جامعهٔ آماری شامل بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس شهر همدان بود که به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم‌پزشکی همدان در تابستان ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند. پس از مطالعهٔ پرونده‌های کلینیکی بیماران و باتوجه به ملاک‌های پژوهش، ۳۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: داشتن‌بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس، داشتن‌سواد خواندن‌ونوشتن و ملاک‌های خروج تمایل‌نداشتن به شرکت در پژوهش، داشتن‌بیماری نورولوژیک دیگر غیراز مولتیپل‌اسکلروزیس، داشتن مشکل ارتوپدیکی تأثیرگذار در انجام فعالیت‌های روزانه بود. در ابتدا بعد از توضیح‌دادن دربارهٔ پژوهش و هدف از انجام آن، رضایت از حضور مُراجع در پژوهش به‌صورت کتبی اخذ شد. در ادامه از شرکت‌کنندگان در پژوهش درخواست شد پرسشنامهٔ اوقات‌فراغت، پرسشنامه‌های افسردگی بک، پرسشنامهٔ مقیاس شدت خستگی[1] و آزمون کوتاه وضعیت روانی[2] را تکمیل کنند.
ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم خودگزارشی ۴گزینه‌ای از صفر تا سه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بیشتر از ۱۳ سال است. این تست از ابزارهای شناسایی بسیار پذیرفته‌شده برای شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند. این آزمون شدت علائم انگیزشی، شناختی، هیجانی، عاطفی و جسمانی را می‌سنجد (۲۵). بک در سال ۱۹۷۲، پایایی آزمون را ۰/۹۳ و بلاک و هرسن در سال ۱۹۸۸، پایایی آن را با روش کودر ریچاردسون ۰/۷۸ و با بازآزمایی ۰/۷۵ اعلام کردند (۲۶). این تست در ایران استاندارد شده و همخوانی درونی آن ۰/۸۷ و بازآزمایی آن r=۰/۷۴ گزارش شده است (۲۷)
ـ مقیاس شدت خستگی: یکی از پیامدهای شایع مولتیپل‌اسکلروزیس، خستگی است که بر کیفیت زندگی و انجام کارهای آن‌ها تأثیر زیادی دارد. از مقیاس‌های سنجش خستگی بسیار رایج، مقیاس شدت خستگی است. پرسشنامه‌ای با ۹ سؤال دارد و به‌طریق لیکرت (خسته‌نبودن نمرهٔ صفر تا خستگی شدید نمرهٔ ۷) که به‌صورت گزارش‌ازخود پر می‌شود. درصورت بیشتربودن نمرهٔ حاصل از پرسشنامهٔ FSS از عدد ۴۰، شدت خستگی شدید و چنانچه نمره کمتر از عدد ۴۰ بود، شدت خستگی خفیف طبقه‌بندی می‌شود (۲۸). عظیمیان و همکاران به روایی و پایایی نسخهٔ فارسی آن در ۵۰ بیمار مولتیپل‌اسکلروزیس و ۳۰ فرد سالم پرداختند که براساس پژوهش آن‌ها پایایی با همخوانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد . روایی ملاک آن با پرسشنامهٔ SF36 بالا تا متوسط تعیین شد. نتیجه‌ها نشان داد که این ابزار برای بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس ایرانی روایی و پایایی پذیرفتنی دارد. ضریب ICC برای بررسی تکرارپذیری نسبی نسخهٔ فارسی مقیاس سنجش شدت خستگی درچندین‌بار آزمون ۰/۹۳ و بیشتر از مقدار پذیرفتنی ۰/۷ بود. پرسشنامهٔ FSS و مقیاس قیاس چشمی خستگی با زیرمقیاس سرزندگی SF۳۶ همبستگی زیادی داشتند (p=۰/۰۰۰۱ و r= ۰/۷۳ و r=۰/۶۹). ضریب همبستگی با سایر زیرمقیاس‌های SF۳۶ متوسط بود (p=۰/۰۰۰۱ و r=-۰/۶۵ تا r=۰/۴۳). جهت بررسی روایی افتراقی، شدت خستگی افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس با خستگی معمول افراد سالم فارسی‌زبان مقایسه شد. نمرهٔ‌کلی نسخهٔ فارسی معادل‌سازی‌شده پرسشنامهٔ FSS در افراد سالم (M=۳/۲۳) در مقایسه با افراد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس (M=۵/۰۳) کمتر است (۲۹).
ـ آزمون کوتاه وضعیت روانی: این تست در کشورهای غربی به‌عنوان ابزاری برای تشخیص و غربالگری دمانس به کار می‌رود. این پرسشنامه در معاینه‌های روانی جهت اختلالات‌شناختی استفاده می‌شود و پنج محدوده از عملکرد شناختی را آزمایش می‌کند، ازجمله جهت‌یابی، ثبت، توجه و محاسبه، یادآوری و طراحی. حداکثر نمرهٔ آن ۳۰ بوده و نمره‌های ۲۳ یا کمتر نشان‌دهندهٔ اختلال‌شناختی است. اختلال شدید= ۱۷ـ۰، اختلال خفیف تا متوسط= ۲۳ـ۱۸، نرمال=۳۰ـ۲۴ طبقه‌بندی می‌شوند (۳۰). در تعیین پایایی با آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۸۱ به دست آمد. نمرهٔ ۲۲ بهعنوان نقطه برش درنظر گرفته شد که آزمون در این نمره حساسیت ۹۰درصد و تشخیص[3] ۹۳/۵درصد داشت. نتیجه گرفته شد این تست توانایی و پایایی مناسبی دارد و با نمرهٔ۲۲ بین افراد سالم و مبتلا به دمانس افتراق می‌گذارد (۳۱).
ـ پرسشنامهٔ اوقات‌فراغت تندنویس: تندنویس این پرسشنامهٔ را در سال ۱۳۸۰ طراحی کرد. ابزاری خودگزارش‌دهی شامل ۲۷ فعالیت اوقات‌فراغت با نمره‌دهی لیکرتی هرگز تا به‌طور منظم است که نمرهٔ مجموع آن فراوانی اوقات‌فراغت فرد را بیان می‌دارد. آلفای کرونباخ[4] آن را صفانیا در سال ۲۰۰۰ مقدار ۰/۹۵ و فتاحی مسرور سال ۱۳۹۱مقدار ۰/۸۵ به دست آوردند. ایشان در پژوهش خود، روایی محتوایی آن را نیز بیان کردند (۳۲،۳۳). همین‌طور در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ آن برای بیماران اماس ۰/۸۲ محاسبه شد.
به‌منظور تجزیه‌وتحلیل متغیرها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شد. آمار توصیفی مربوط به متغیرها شامل میانگین، انحراف معیار، بیشینه و کمینه انجام گرفت. در انجام آمار تحلیلی ابتدا نوع توزیع متغیرها با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف معین شد. بنابر نوع توزیع متغیرها که

[1]. Fatigue Severity Scale
[2]. Mini-Mental Status Examination
[3]. Specificity
[4]. Cronbach alpha

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

نرمال بود، به‌منظور بررسی میزان ارتباط از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

۳ یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵ فرد مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس ۱۳ مرد و ۲۲ زن با میانگین سنی ۳۶/۹۴ شرکت کردند. همان‌طورکه در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین میزان افسردگی در شرکت‌کنندگان ۱۳/۰۸ بوده که اکثر آن‌ها دچار افسردگی خفیف بودند . ۳ نفر از آن‌ها نمره بیشتر از ۱۷ را به‌دست آوردند. میانگین خستگی در آن‌ها ۴۱/۲۰ بوده که ۲۱ نفر از آن‌ها نمرهٔ بیشتر از ۴۰ را کسب کردند. میانگین وضعیت شناختی ۲۴/۱۷ بوده که ۹ نفر نمرهٔ کمتر از ۲۴ را گرفتند و میانگین زمان اختصاص داده‌شده به اوقات‌فراغت آن‌ها برحسب دقیقه ۱۴۵/۸۳ گزارش شد.

جدول ۱. توزیع متغیرهای مطالعه‌شده

متغیرها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
سن	۳۵	۳۶/۹۴	۱/۲۱	۵۵	۲۱
افسردگی	۳۵	۱۳/۰۸	۳/۶۹	۲۰	۲
خستگی	۳۵	۴۱/۲۰	۹/۰۹	۵۸	۱۵
شناخت	۳۵	۲۴/۱۷	۳/۴۸	۳۰	۱۷
اوقات‌فراغت	۳۵	۱۴۵/۸۳	۴۲/۸۰	۲۴۵	۳۶

یافته‌های جدول ۲ همبستگی بین متغیرهای مطالعه‌شده با اوقات‌فراغت را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که بین اوقات‌فراغت با متغیرهای سن (p=۰/۰۲۷)، خستگی(p=۰/۰۲۲) و افسردگی (p=۰/۰۲۲) ارتباط منفی و معنادار وجود دارد؛ یعنی با افزایش سن، اوقات‌فراغت کاهش می‌یابد و با کاهش اوقات‌فراغت خستگی و افسردگی افزایش می‌یابد؛ اما این ارتباط با متغیر شناخت معنادار نبود.

جدول ۲. ضریب همبستگی متغیرهای مطالعه‌شده با اوقات‌فراغت

متغیرها	حجم نمونه	همبستگی	مقدار p
سن	۳۵	ـ۰/۳۷۵	۰/۰۲۷
خستگی	۳۵	ـ۰/۳۸۵	۰/۰۲۲
افسردگی	۳۵	ـ۰/۴۹۹	۰/۰۰۲
شناخت	۳۵	۰/۲۲۶	۰/۱۹۲

براساس جدول شماره ۳ بین خستگی و افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱) یعنی میزان افسردگی و خستگی ارتباط مستقیم با یکدیگر دارند و به‌عبارتی با افزایش یکی از آن‌ها میزان دیگری نیز افزایش می‌یابد. بین متغیرهای شناخت با دو متغیر خستگی (p=۰/۳۱۰) و افسردگی (p=۰/۱۹۷) ارتباط معنادار مشاهده نشد.

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای مطالعه‌شده با یکدیگر

متغیرها	حجم نمونه	همبستگی	مقدار p
خستگی و افسردگی	۳۵	۰/۸۵۷	<۰/۰۰۱
افسردگی و شناخت	۳۵	۰/۲۲۴	۰/۱۹۷
خستگی و شناخت	۳۵	۰/۱۷۷	۰/۳۱۰

٤ بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که اوقات‌فراغت بیماران اماس با خستگی و افسردگی ارتباط معناداری داشت؛ اما با میزان شناخت این بیماران همبستگی نشان نداد. همچنین بین خستگی و افسردگی همبستگی مشاهده شد؛ اما بین خستگی و افسردگی با شناخت، همبستگی معناداری به دست نیامد. ازطرفی اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش دچار افسردگی بودند. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعه‌های دیگر که میزان شیوع فراوان افسردگی در این بیماران را گزارش کردند همخوانی دارد (۳۴،۳۵). همین‌طور، اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعهٔ حاضر براساس مقیاس شدت خستگی دچار خستگی شدید بودند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته که وجود خستگی را در تمامی این بیماران تأیید می‌کند نیز همخوانی نشان می‌دهد (۳۶).

ازنظر وضعیت شناختی حدود ۲۶درصد از شرکت‌کنندگان اختلالات‌شناختی را نشان دادند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته همخوانی نداشت (۱۹). باتوجه به مطالعه‌های گذشته انتظار می‌رفت اختلالات‌شناختی در حدود ۵۰درصد از افراد مبتلا مشاهده شود (۱۹). این اختلاف ممکن است به‌دلیل تفاوت در نوع ابزار ارزیابی باشد. در مطالعات پیشین از ابزاری همچون تست یادگیری طرح بینایی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

ری[1] و تست یادگیری زبانی کالیفرنیا[2] استفاده شده است (۳۷)؛ ولی در مطالعهٔ حاضر از آزمون کوتاه وضعیت روانی استفاده شد که به نظر می‌رسد دقت کافی برای سنجش وضعیت شناختی را نداشته باشد بلکه بهتر است به‌عنوان ابزاری جهت غربالگری استفاده شود.

براساس یافته‌های این مطالعه، ارتباط معناداری بین اوقات‌فراغت با خستگی و افسردگی وجود داشت؛ یعنی با افزایش خستگی و افسردگی میزان زمان اختصاص‌دادن به اوقات‌فراغت کاهش می‌یابد. براساس جستجوهای انجام‌شده، تحقیقی دربارهٔ بررسی اوقات‌فراغت در بین افراد مبتلا به اماس یافت نشد این امر بحث در این زمینه را با دشواری همراه کرد؛ اما مطالعاتی یافت شد که به ارتباط بین حوزهٔ جسمانی اوقات‌فراغت با خستگی و افسردگی پرداخته‌اند (۱۵،۳۸). برای نمونه فجلدستاد و همکارانش ارتباط بین خستگی و حوزهٔ جسمانی اوقات‌فراغت را بررسی کردند. در این پژوهش از مقیاس شدت خستگی و پرسشنامهٔ GLTEQ[3] به‌منظور بررسی حوزهٔ جسمانی اوقات‌فراغت استفاده شده بود (۳۸). نتایج این پژوهش ارتباط معنادار منفی متوسط بین این دو متغیر را مشخص کرد.

همچنین در مطالعه‌ای که وانر و همکارانش انجام دادند ارتباط معنادار بین افسردگی و حوزهٔ جسمانی اوقات‌فراغت معین شد. دراین مطالعه از ابزار PADS[4] برای بررسی اوقات‌فراغت و CMDI[5] برای بررسی افسردگی استفاده کردند.مشخص شد با افزایش سطح افسردگی میزان فعالیت جسمانی فرد کاهش می‌یابد. نتیجهٔ این پژوهش‌ها با نتایج مطالعهٔ حاضر دررابطه‌با ارتباط بین اوقات‌فراغت با خستگی و افسردگی همسوست. ارتباط معناداری که بین متغیر خستگی و افسردگی با اوقات‌فراغت مشاهده شد، می‌تواند به‌دلیل مزمن‌بودن و درمان‌نشدن و اغلب ناتوان‌کننده‌بودن بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس باشد که با افزایش سن شرایط بیمار ازنظر وضعیت فیزیکی و روانی بدتر می‌شود و به روش‌های مختلفی در سبک زندگی ایشان اختلال ایجاد می‌کند.

اما دررابطه با نداشتن ارتباط بین شناخت و اوقات‌فراغت که در این مطالعه مشخص شد، با نتایج مطالعات پیشین همچون پژوهش وانر که از مقیاس RAVELT[6] و SDMT[7] به‌منظور بررسی شناخت افراد مولتیپل‌اسکلروزیس استفاده شده بود، همخوانی نداشت (۱۵). همان‌طور که در بالا ذکر شد دلیل این اختلاف می‌تواند وابسته به نوع ابزار باشد که نداشتن کفایت لازم ابزار MMSE را برای بررسی شناخت بیان می‌دارد. از دیگر نکته‌ای که احتمال دارد بر نتایج تحقیق تأثیرگذار بوده حجم نمونهٔ پژوهش است. امکان دارد حجم نمونهٔ بیشتر یافته‌های متفاوتی را بدهد.

به‌دلیل وجود ناتوانایی‌های جسمانی برخی از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همین‌طور اجرای این طرح در فصل تابستان، مراجعهٔ بیماران را به کلینیک با مشکل مواجه می‌کرد. در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود جهت بررسی شناخت در این بیماران از ابزاری استفاده شود که دقت کافی در سنجش وضعیت‌شناختی را داشته باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود ارتباط بین اوقات فراغت با دیگر علائم بیماران نیز بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

این مطالعه جزو محدود مطالعه‌هایی است که در آن به بررسی ارتباط بین اوقات‌فراغت با افسردگی و خستگی و شناخت در بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس پرداخته شده است. نتیجهٔ این مطالعه نشان می‌دهد که بین اوقات‌فراغت با افسردگی و خستگی رابطهٔ معنادار وجود دارد یعنی با افزایش میزان خستگی و افسردگی مدت‌زمان پرداختن به اوقات‌فراغت کاهش می‌یابد؛ اما این رابطه بین اوقات‌فراغت با شناخت معنادار نیست.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری و همراهی مسئولان و کارکنان کلینیک‌های مربوط و تمامی شرکت‌کنندگان قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته‌از طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم‌پزشکی همدان است.

1. Rey visual design learning test
2. California verbal learning test
3. Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire
4. Physical Activity Disability Scale
5. Chicago Multiscale Depression Inventory
6. Rey Auditory-Verbal Learning Test
7. Symbol Digit Modalities Test

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

References

1. Finlayson M, Impey MW, Nicolle C, Edwards J. Self-care, productivity and leisure limitations of people with multiple sclerosis in Manitoba. Can J Occup Ther. 1998;65(5):299–308. [Link]
2. Gunter BG, Gunter NC. Leisure styles: A conceptual framework for modern leisure. Sociol Q. 1980 ;21(3):361–74. [Link]
3. Beard JG, Ragheb MG. Measuring leisure satisfaction. J Leis Res. 1980;12(1):20–33. [Link]
4. Leitner MJ, Leitner SF. Leisure enhancement. 4th ed. Urbana: Sagamore Publishing. 2012. [Link]
5. De Villiers L. The lived experiences of women suffering from multiple sclerosis [Ph.D. dissertation in Arts in Heaith Studies]. [Petoria, South Africa]: University of South Africa; 2009. [Link]
6. Fraser RT, Clemmons DC, Bennett F. Multiple sclerosis: Psychosocial and Vocational Interventions. New York: Demos Medical Pub; 2002. [Link]
7. Petajan JH, White AT. Recommendations for physical activity in patients with multiple sclerosis. Sports Med. 1999;27(3):179–91. [Link]
8. Agahi N, Ahacic K, Parker MG. Continuity of leisure participation from middle age to old age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006;61(6):S340–6. [Link]
9. Bier N, Dutil E, Couture M. Factors affecting leisure participation after a traumatic brain injury: an exploratory study. J Head Trauma Rehabil. 2009;24(3):187–94. [Link]
10. Morgan D, Jongbloed L. Factors influencing leisure activities following a stroke: An exploratory study. Can J Occup Ther. 1990;57(4):223–9. [Link]
11. Romberg A, Virtanen A, Aunola S, Karppi SL, Karanko H, Ruutiainen J. Exercise capacity, disability and leisure physical activity of subjects with multiple sclerosis. Mult Scler. 2004;10(2):212–8. [Link]
12. Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. Ann Neurol. 1996;39(4):432–41. [Link]
13. Mostert S, Kesselring J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. Mult Scler. 2002;8(2):161–8. [Link]
14. Learmonth YC, Paul L, Miller L, Mattison P, McFadyen AK. The effects of a 12-week leisure centre-based, group exercise intervention for people moderately affected with multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study. Clin Rehabil. 2012;26(7):579–93. [Link]
15. Vanner EA, Block P, Christodoulou CC, Horowitz BP, Krupp LB. Pilot study exploring quality of life and barriers to leisure-time physical activity in persons with moderate to severe multiple sclerosis. Disabil Health J. 2008;1(1):58–65. [Link]
16. Burks JS, Bigley GK, Hill HH. Rehabilitation challenges in multiple sclerosis. Ann Indian Acad Neurol. 2009;12(4):296. [Link]
17. Radomski MV, Latham CAT, editors. Occupational therapy for physical dysfunction. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. [Link]
18. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD, Kraft GH. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. Am J Psychiatry. 2002;159(11):1862–8. [Link]
19. Bradshaw J, Rose A. Cognition, depression and fatigue in multiple sclerosis. ACNR. 2008;8(4):15–17. [Link]
20. Zivadinov R, Sepcic J, Nasuelli D, De Masi R, Bragadin LM, Tommasi MA, et al. A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatr. 2001;70(6):773–80. [Link]
21. Wang H-X, Xu W, Pei J-J. Leisure activities, cognition and dementia. Biochim Biophys Acta. 2012;1822(3):482–91. [Link]
22. Kos D, Kerckhofs E, Nagels G, D'hooghe MB, Ilsbroukx S. Origin of fatigue in multiple sclerosis: review of the literature. Neurorehabil Neural Repair. 2008;22(1):91–100. [Link]
23. Trojan DA, Arnold D, Collet J-P, Shapiro S, Bar-Or A, Robinson A, et al. Fatigue in multiple sclerosis: association with disease-related, behavioural and psychosocial factors. Mult Scler. 2007;13(8):985–95. [Link]
24. Stroud NM, Minahan CL. The impact of regular physical activity on fatigue, depression and quality of life in persons with multiple sclerosis. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:68. [Link]
25. Wan Mahmud WMR, Awang A, Herman I, Mohamed. MN. Analysis of the Psychometric properties of the malay version of Beck Depression Inventory II (BDI-II) among postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. Malays J Med Sci. 2004;11(2):19–25. [Link]
26. Gallagher D, Nies G, Thompson LW. Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. J Consult Clin Psychol. 1982;50(1):152–3.[Link]
27. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. Depress Anxiety. 2005;21(4):185–92. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]

28. Basampour SS, Nikbakht Nasrabadi AR, Faghihzadeh S, Monjazebi F. Assess the using and efficacy of fatigue reducing strategies in patients referred to multiple sclerosis association of IRAN. Journal of hayat. 2006;11(4):29–37. [Persian] [Link]
29. Azimian M, Shahvarughi Farahani A, Dadkhah A, Fallahpour M, Karimlu M. Fatigue severity scale: the psychometric properties of the Persian-version in patients with multiple sclerosis. Research Journal of Biological Sciences. 2009;4(9):974–7. [Link]
30. Malloy PF, Cummings JL, Coffey CE, Duffy J, Fink M, Lauterbach EC, et al. Cognitive screening instruments in neuropsychiatry: a report of the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1997;9(2):189–97. [Link]
31. Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh HA. Validity of the Farsi version of mini-mental state examination. Journal Of Medical Council Of I.R.I. 2008.25(4):408–14. [Persian] [link]
32. Masrour FF, Tondnevis F, Mozaffari AA. Investigating of leisure time activities in female students at Iran's Islamic Azad University. European Journal of Experimental Biology. 2012;2(4):1062–1070. [Link]
33. Tondnevis F. The Physical acitivities in leisure time of the Iranian women. HARAKAT. 2002;12:87–105. [Persian] [Link]
34. Siegert R, Abernethy D. Depression in multiple sclerosis: a review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005;76(4):469–75. [Link]
35. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. Can J Psychiatry. 2004;49(3):157–63. [Link]
36. Lee D, Newell R, Ziegler L, Topping A. Treatment of fatigue in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. Int J Nurs Pract. 2008;14(2):81–93. [Link]
37. Ferreira MLB. Cognitive deficits in multiple sclerosis: a systematic review. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2010;68(4):632–41. [Link]
38. Fjeldstad C, Brittain DR, Fjeldstad AS, Pardo G. Fatigue and thermo sensitivity affect physical activity in multiple sclerosis. Journal of Applied Research. 2010;10(3):109. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.12.0]