مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳
صفحه: ۹۲۷-۹۲۰

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No. 1, Mar-Apr 2014
Pages: 920-927

درک از تردید در بیماران مولتیپل اسکلروزیس

بتول تیرگری[۱]، مریم توفیقی[*۲]، منصوره عزیزاده فروزی[۳]، صدیقه ایرانمنش[۴]، هادی طهرانی[۵]

۱،۴- استادیار گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
۳- مربی گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران
۵- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۸

چکیده

مقدمه: بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری غیرتروماتیک سیستم عصبی مرکزی است که بیماران به علت ماهیت ناتوان‌کننده و پیشرفت غیرقابل پیش‌بینی این بیماری، دارای شک و تردید زیادی در خصوص سلامتی و بهبودی در آینده هستند. این پژوهش با هدف تعیین میزان درک از تردید نسبت به بیماری و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و تردید میشل جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های t و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین تردید در افراد مبتلا ۱۲/۳۵±۶۷/۲۰ و میانگین ابعاد تردید: بعد ابهام ۷/۹۰±۳۲/۲۴، پیچیدگی ۳/۱۲±۱۱/۸۰، بی‌ثباتی ۲/۳۷±۴/۷۹، غیرقابل پیشگوئی بودن ۰/۹۷±۲/۷۸ بود. تنها بین متغیرهای سطح تحصیلات با درک از تردید و بعد ابهام و محل سکونت با درک از تردید و ابهام اختلاف معنی‌داری وجود داشت. به طوری که نمره کلی تردید و نمره ابهام در افرادی که در شهرستان زندگی می‌کردند بالاتر از افراد ساکن کرمان بود.

نتیجه‌گیری: بیماران این مطالعه سطوح بالایی از تردید را تجربه می‌کنند و بالا بودن تردید زمینه را برای ایجاد افسردگی و استرس در آنها فراهم می‌کند، لذا می‌توان با تأکید بر بررسی دقیق و همه جانبه سلامت بیمار و برگزاری کلاس‌های آموزشی مدیریت تردید، گام مؤثری در جهت کاهش تردید بیماران و پیشگیری از ایجاد استرس و افسردگی آنان برداشت.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، درک از تردید، ابهام

[*](نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۳۲۰۵۲۱۹ -۰۳۴۱، پست الکترونیکی: tofighi_m@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS: Multiple Sclerosis) یک بیماری مزمن غیرتروماتیک، اتوایمیون و دمیلینه کننده سیستم عصبی مرکزی است و غالباً در افراد بین سنین ۲۰ تا ۵۰ سال یا به عبارتی بیشتر در دهه‌های سوم و چهارم زندگی اتفاق می‌افتد(۱،۲). بیش از ۲/۵ میلیون نفر از افراد جهان مبتلا به این بیماری هستند(۱). در ایران از هر صد هزار نفر سی نفر درگیر این بیماری می‌باشند(۳). مولتیپل اسکلروزیس با علایم عودکننده ـ فروکش‌کننده، مانند ضعف و بی‌حالی، کرختی، سرگیجه، تغییرات شناختی، نابینایی و دوره‌های طولانی ناتوانی فیزیکی تشخیص داده شده است(۱). دوره بیماری منحصر به فرد و غیرقابل پیش‌بینی است و علت دقیق و درمان قطعی آن به خوبی شناخته نشده است(۴). با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده بیماری و تکامل غیرقابل پیش‌بینی آن، میزان زیادی از شک و تردید در مورد سلامتی و رفاه آینده در این بیماران وجود دارد(۵). سطوح بالایی از تردید در دو موقعیت، حوادث ناگهانی و جدید مربوط به بیماری و شرایط مزمن با دوره غیرقابل پیش‌بینی بیماری وجود دارد(۶). تردید یک بخش طبیعی از همه تجربیات بیماری است و می‌تواند در طول فرایند تشخیص، درمان و پیش‌آگهی دیده شود(۶،۷). شک و تردید هنگامی اتفاق می‌افتد که تصمیم گیرنده نمی‌تواند ارزش‌های قطعی برای اهداف و رویدادها را تعیین کرده و یا به علت کمبود دلایل کافی، قادر به پیش‌بینی دقیق نتایج نیست(۸). تردید به علت غیرقابل پیش‌بینی بودن علایم، ناآشنایی و کمبود اطلاعات درباره چگونگی مدیریت و کنترل آنها افزایش می‌یابد(۹). تردید در بیماران ممکن است شامل چهار عامل زیر می‌باشد: ابهام (Ambiguity): وضعیت جسمی درباره حالت بیماری، نامشخص یا در حال تغییر است و ممکن است با سایر مشکلات ناشی از بیماری اشتباه شود. پیچیدگی (Complexity): مشکل در درک مدیریت درمان یا سیستم مراقبت بهداشتی. بی‌ثباتی (Inconsistency): تغییر مداوم اطلاعات دریافتی یا عدم هماهنگی در اطلاعات قبلی.

غیرقابل پیش‌بینی (Unpredictability): عدم تطابق تجربه فعلی با تجربیات قبلی در مورد بیماری (تجربه کنونی بیماری با تجربیات قبلی بیماری موافق نیست)(۸). Brass و همکاران معتقدند که تردید ناشی از شرایط مزمن بیماری که غیرقابل پیش‌بینی است منجر به واکنش‌های روانی در بیمار از جمله افسردگی می‌شود(۱). مطالعات متعددی در زمینه درک از تردید بر روی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و سایر بیماری‌های مزمن در سایر کشورهای جهان صورت گرفته است. نتایج مطالعه McNulty و همکاران در بررسی رابطه بین تردید، سلامت معنوی و سازگاری روانی اجتماعی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس نشان داد که ارتباط معکوس معنی‌داری بین بعد وجودی و مذهبی سلامت معنوی با درک از تردید نسبت به بیماری در مبتلایان به این بیماری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش سلامت معنوی، درک از تردید نسبت به بیماری کاهش می‌یابد(۱۰). در پژوهشی مداخله‌ای که با هدف کاهش اضطراب و تردید مربوط به بیماری در زمان انتقال بیماران از بخش ویژه به یک بخش عمومی انجام شد، نتیجه گرفتند که تردید افراد به طور معنی‌داری با اضطراب موقت، نسبت فرد با بیمار و ماهیت غیرمنتظره پذیرش بیمار در ارتباط است و اضطراب به طور معنی‌داری با کاهش حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد و به دنبال انتقال، اضطراب به طور معنی‌داری در هر دو گروه (مداخله و کنترل) کاهش یافته، در حالی که تردید به طور معنی‌داری فقط برای گروه مداخله کاهش یافته است(۱۱). Anema و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۵۸ بیمار با سندرم فیبرومیالژیا نشان دادند که شرکت‌کنندگانی که سطوح بالاتری از سلامت وجودی داشتند قادر به سازگاری بهتر با تردید مربوط به سندرم فیبرومیالژیا هستند(۱۲). در مطالعه‌ای دیگر با هدف ارتباط تردید و اضطراب بر روی ۳۰ بیمار سرطانی (۷ زن و ۲۳ مرد) در رده سنی ۲۱ تا ۸۶ سال انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که اضطراب در بیماران سرطانی با سطوح بالاتری از تردید بالاتر است و ارتباط معنی‌داری بین ابهام و و بی‌ثباتی با دو حالت اضطراب (موقت و طولانی) وجود دارد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین دو حالت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

اضطراب با غیرقابل پیش‌بینی بودن و پیچیدگی یافت نشد(۱۳). به علت ماهیت ناتوان‌کننده و غیرقابل پیش‌بینی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در رابطه با علایم، دوره‌های عود و خاموشی و درمان دارد و همچنین به دلیل آنکه بیمار علت بروز علایم و چگونگی مدیریت بیماری را نمی‌داند، دچار تردید نسبت به بیماری و نهایتاً تردید به عنوان یک استرسور مهم و اساسی می‌گردد که در نهایت باعث ناراحتی‌های روانی و ناسازگاری روانی اجتماعی در این بیماران می‌شود. به همین علت بررسی تردید در این بیماران و مدیریت آن برای پیشگیری از بیماری‌های روحی و روانی بسیار حائز اهمیت است و تاکنون پژوهشی در مورد تردید در بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن با دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی، در ایران انجام نگرفته است. لذا این تحقیق با هدف بررسی درک از تردید نسبت به بیماری در مبتلایان مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی درک از تردید بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان انجام شد. حجم نمونه پس از انجام مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول زیر محاسبه گردید.

$$n=((z1-\alpha/2+ z1-\beta)2\times(1- r2) / r2) + 2$$

$$r=۰/۳,\ 1-\beta=90\%,\ \alpha=0.05\ ,\ z1-\alpha/2=1.96\ ,\ z1-\beta = 1.28$$

طبق مطالعه راهنما که بر روی ۲۰ نفر انجام شد، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳ به دست آمد که در نتیجه با اطمینان ۹۵ درصد و توان ۹۰ درصد تعداد نمونه ۱۰۸ نفر برآورد گردید که با توجه به در دسترس بودن جامعه پژوهش و نظر به اینکه محققین توانایی جمع‌آوری نمونه‌های بیشتری را داشتند و به منظور افزایش توان آماری مطالعه، تعداد نمونه از ۱۰۸ به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

در این مطالعه قبل از جمع‌آوری اطلاعات مجوزهای لازم اخذ شد و نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن یا انجام مصاحبه، آگاهی از نوع بیماری و تمایل به همکاری و معیارهای خروج نیز شامل مدت ابتلای کمتر از یک سال و ابتلا به اختلالات شناختی یا بیماری‌های مزمن دیگر بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه، اطلاعات جمعیت شناختی و درک از تردید بود؛ که اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، محل سکونت در نظر گرفته شد. جهت تعیین درک از تردید در بیماران مزمنی که بستری نیستند پرسشنامه ۲۳ گویه‌ای تردید میشل (MUIS-C) استفاده شد که شامل ۴ مقیاس فرعی (ابهام ۱۰ گویه، پیچیدگی ۵ گویه، کمبود اطلاعات ۷ گویه و غیرقابل پیش‌بینی ۱ گویه) بود(۱۴). این پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم(۱) تا کاملاً موافقم(۵) با حداکثر نمره ۱۱۵ و حداقل نمره ۲۳ (متوسط نمره ۶۹) دسته‌بندی شده است. مطابق با تحقیق میشل پرسشنامه از روایی محتوی بالایی برخوردار است و پایایی این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ گزارش شده است(۱۰،۱۴). ترجمه این پرسشنامه با روش Forward Backward انجام شد و روایی آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی رازی کرمان انجام شد. گویه‌های پرسشنامه از نظر سادگی، وضوح و مرتبط بودن مورد ارزیابی قرار گرفت و روایی محتوا ۰/۹۰ به دست آمد. پایایی هر یک از عوامل تردید نیز به روش آلفای کرونباخ در مطالعه مقدماتی، ۰/۷۷ برآورد گردید. پرسشنامه‌ها پس از توضیح هدف مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در طول مدت ۴ ماه از ابتدای دی ماه سال ۹۱ لغایت پایان فروردین ماه ۹۲ با مراجعه به بخش تزریقات مرکز بیماری‌های خاص و شرکت در جلسات ماهیانه این بیماران و با حضور در درمانگاه قبل از ویزیت، بین بیماران توزیع شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و به کمک آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، واریانس، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس یک راهه، و تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان، زن (۷۹/۵

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

درصد) بودند. میانگین سنی بیماران به طور متوسط ۳۳/۶۰ سال بود. در بین نمونه‌ها، ۶۷/۵ درصد متأهل و بیشتر نمونه‌ها (۳۸/۵ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان خانه‌دار (۴۱/۵ درصد) و ۸۴ درصد ساکن کرمان بودند. تقریباً نیمی از شرکت‌کنندگان از سینووکس استفاده می‌کردند (۴۹/۵ درصد). ۸۷ درصد از شرکت‌کنندگان سابقه این بیماری را در خانواده خود نداشته و مدت ابتلا در ۶۶ درصد از بیماران ۵-۱ سال بود (جدول ۱).

جدول۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

ویژگی‌های فردی		تعداد	(درصد)	ویژگی‌های فردی		تعداد	(درصد)
سن (سال)	۲۸ - ۱۶	۵۹	(۲۹/۵)	وضعیت استخدام	رسمی	۲۱	(۱۰/۵)
	۳۸-۲۹	۸۷	(۴۳/۵)		پیمانی	۸	(۲)
	۴۸ - ۳۹	۴۰	(۲۰)		قراردادی	۱۷	(۸/۵)
	۵۹ - ۴۹	۱۴	(۷)		خصوصی	۲	(۱)
جنس	مرد	۴۱	(۲۰/۵)		هیچکدام	۱۵۲	(۷۶)
	زن	۱۵۹	(۷۹/۵)	دوره از بیماری	۵-۱	۱۳۲	(۶۶)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲۹	(۶۷/۵)		۱۰-۵	۳۷	(۱۸/۵)
	مجرد	۷۱	(۳۲/۵)		۱۰<	۳۱	(۱۵/۵)
سطح تحصیلات	زیر سیکل	۱۲	(۶)	سابقه خانوادگی	بله	۲۶	(۱۳)
	سیکل و بالاتر	۲۶	(۱۳)		خیر	۱۷۴	(۸۷)
	دیپلم و بالاتر	۹۳	(۴۶/۵)	نوع درمان	سینووکس	۹۹	(۴۹/۵)
	لیسانس و بالاتر	۶۹	(۳۴/۵)		کوپامر	۱۴	(۷)
محل سکونت	کرمان	۱۶۸	(۸۴)		ربیف	۱۷	(۸/۵)
	شهرستان	۳۲	(۱۶)		آونکس	۶	(۳)
ویژگی‌های شغلی	کارمند	۳۸	(۱۹)		بتافرون	۲۴	(۱۲)
	آزاد	۱۵	(۷/۵)		اکشتاوبا	۱۰	(۵)
	خانه دار	۸۳	(۴۱/۵)		زیفرون	۵	(۲/۵)
	بیکار	۳۴	(۱۷)		رسیژن	۶	(۳)
	دانشجو	۱۴	(۷)		سایر	۱۹	(۹/۵)
	بازنشسته	۴	(۲)				
	محصل	۵	(۲/۵)				
	طلبه	۴	(۲)				
	کارگر	۳	(۱/۵)				

نتایج مربوط به تعیین وضعیت تردید نشان داد که میانگین±انحراف معیار نمره کل تردید (۱۲/۳۵±۶۷/۲۰) بود. نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل ابعاد تردید نشان داد که بیشترین میانگین نمره به ترتیب به ابهام (۷/۹۰±۳۲/۲۴)، پیچیدگی (۳/۱۲±۱۱/۸۰)، بی‌ثباتی(۲/۳۷±۴/۷۹)، غیرقابل پیش‌بینی بودن (۰/۹۷±۲/۷۸) تعلق گرفت. در بعد یا حیطه ابهام بیشترین میانگین نمره (۱/۰۲±۳/۷۸) مربوط به سؤال "دوره بیماری‌ام متغیر است. من روزهای خوب و بد دارم" تعلق گرفت. در بعد پیچیدگی بیشترین میانگین نمره (۱±۲/۷۲) مربوط به سؤال "وخامت بیماری‌ام مشخص شده است"، در بعد بی‌ثباتی بیشترین میانگین نمره (۱/۲۵±۳/۵۸) مربوط به سؤال "سؤالات بی‌جواب زیادی در مورد بیماری‌ام دارم" و در بعد غیرقابل پیش بینی بودن بیشترین میانگین نمره (۰/۹۷±۲/۷۸) مربوط به سؤال " مطمئنم که تیم درمانی هیچ مشکل دیگری

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

برای من پیدا نخواهند کرد." بود. در بعد یا حیطه ابهام کمترین میانگین نمره (۱/۱۸±۲/۷۱) مربوط به سؤال "درمانم اینقدر پیچیده است که درکش برایم سخت است"، در بعد پیچیدگی کمترین میانگین نمره(۰/۹۰±۲/۰۶) مربوط به سؤال "توضیحات پزشکان و پرستاران به زبان ساده و قابل درک است."، در بعد بی‌ثباتی کمترین میانگین نمره (۰/۹۳ ±۲/۳۰) مربوط به سؤال "تیم درمانی برای من تشخیص خاصی نداده‌اند."، بود.

نمرات درک از تردید بر حسب ویژگی‌های فردی افراد مورد مطالعه در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲: نمرات درک ازتردید بر حسب ویژگی‌های فردی

درک تردید	تحصیلات	وضعیت تأهل	جنسیت	سن	محل سکونت
	P-Value*	P-Value*	P-Value**	P-Value*	P-Value**
درک تردید	۰/۰۱۴	۰/۲۲۱	۰/۹۷۷	۰/۵۱	۰/۰۱۲
ابهام	۰/۰۴۳	۰/۳۶۲	۰/۲۸۶	۰/۲۶	۰/۰۲۶
پیچیدگی	۰/۲۱۳	۰/۷۵۸	۰/۷۵۵	۰/۵۱	۰/۱۰۵
بی ثباتی	۰/۰۶۳	۰/۰۷۴	۰/۷۶۲	۰/۴۵	۰/۰۸۰
غیرقابل پیش‌بینی بودن	۰/۶۵۳	۰/۴۵۰	۰/۶۲۱	۰/۰۵۲	۰/ ۱۹

* آزمون ANOVA ** آزمون T-test

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره درک از تردید نسبت به مولتیپل اسکلروزیس از نظر بیماران ۶۷/۲۰ است. بررسی میانگین نمره زیرگروه‌های تردید نیز نشان داد که بالاترین میانگین نمره مربوط به زیرگروه ابهام است(۳۲/۲۴). این یافته با نتایج مطالعه Veraدر مبتلایان به سرطان همخوانی داشت(۱۳). آنها نیز گزارش کردند که میانگین نمره کلی تردید در مبتلایان به سرطان ۸۶/۴ و میانگین نمره زیرگروه ابهام (۳۱/۱) می‌باشد که در مقایسه با سایر زیرگروه‌ها بالاتر است(۱۳). با توجه به این که دوره بیماری منحصر به فرد و غیرقابل پیش‌بینی است، علت دقیق آن به خوبی شناخته نشده است و درمان قطعی آن ناشناخته است(۴) و نظر به ماهیت ناتوان کننده بیماری، و پیشرفت غیرقابل پیش‌بینی آن، میزان بالایی از ابهام و تردید در مورد سلامتی و رفاه آینده در افراد مبتلا به MS وجود دارد(۵) و همچنین تردید و اضطراب توسط بسیاری از مبتلایان به سرطان به دلیل ناتوانی برای تعیین مفهوم حوادث مرتبط با بیماری و تهدید بالقوه تجربه می‌شود که امری طبیعی تلقی می‌شود. یافته‌ها نیز نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین درک از تردید با ویژگی‌های فردی و بیماری (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، سابقه خانوادگی بیماری، نوع درمان و زمان شروع بیماری) وجود ندارد. Veraو همکاران ارتباط معنی‌داری بین تردید و سن، جنس، تشخیص، مرحله بیماری، سطح تحصیلات و زمان تشخیص بیماری پیدا نکردند(۱۳). در صورتی که McNulty و همکاران نتیجه گرفتند، ارتباط معنی‌داری بین سن و تردید وجود دارد، به طوری که در بیماران گروه سنی ۵۵-۴۵ سال کاهش تردید را گزارش کردند(۱۰).بر اساس نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین محل سکونت با نمره کلی تردید و نمره ابهام یافت شد. به طوری که نمره کلی تردید و نمره زیرگروه ابهام در افرادی که در شهرستان زندگی می‌کردند بالاتر از افراد ساکن کرمان بود. مطالعه‌ای که نشان دهد بین تردید با محل سکونت ارتباط وجود دارد، یافت نشد، احتمالاً دلیل اصلی این نتیجه دور بودن مردم شهرستان از مرکز استان و شرکت کمتر آنها در جلسات آموزشی و مشاوره ماهیانه و کلاس‌های یوگا و آرام‌سازی برگزار شده در مرکز MS است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

همچنین تهیه کردن داروها و مراجعه به پزشک معالجشان برای آنها نسبت به بیماران ساکن در کرمان سخت تر است. بر اساس یافته‌ها بین سطح تحصیلات با میانگین نمره کلی تردید و نمره ابهام ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. به طوری که درک از تردید در افراد با مدرک سیکل و بالاتر بیشتر بود. یافته‌های مطالعه Ko و همکاران نشان داده است که سطح تحصیلات اثرات مستقیمی روی تردید در میان زنان بستری شده با بیماری‌های ژنیکولوژیکال دارد، به طوری که سطح تحصیلات را به عنوان منبعی برای کاهش تردید نام برده‌اند(۱۵). Bailey و همکاران نشان دادند که نمرات ابهام، بی‌ثباتی و پیچیدگی ارتباط منفی با سال تحصیلات داشتند(۸). نتایج مطالعه Vera و همکاران بر روی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط آماری معنی‌داری رابین تردید و سطح تحصیلات نشان ندادند(۱۳).بیماران با سطح تحصیلات بالاتر قادر به سازگاری مناسب‌تری با بیماری در مقایسه با بیماران با سطح تحصیلات پایین‌تر هستند(۱۶). طبق نتایج McNulty و همکاران بیمار با تردید پایین‌تر قادر به سازگاری بهتر با بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد(۱۰). بنابراین به طور غیرمستقیم سطح تحصیلات، تردید را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش اطلاعاتی را در زمینه ارتباط مولتیپل اسکلروزیس با درک از تردید در اختیار پرستاران، برنامه ریزان آموزشی و پژوهشگران قرار می‌دهد و نتایج حاصل از آنمی‌تواند در حیطه‌های مختلف پرستاری، آموزشی، درمانی و تحقیقاتی مورد استفاده و استناد قرار گیرد. با توجه به اینکه بیماران مبتلا به MS سطوح بالایی از تردید را تجربه می‌کنند که زمینه را برای ایجادافسردگی و استرس در آنها فراهم می‌کند لذا می‌توان با تأکید بر بررسی دقیق و همه جانبه سلامت بیمار و برگزاری کلاس‌های آموزشی مدیریت تردید خصوصاً در افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر،گام مؤثری در جهت کاهش تردید بیماران و پیشگیری از ایجاد استرس و افسردگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس برداشت. از آن جایی که ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات با میانگین نمره کلی تردید و نمره ابهام مشاهده شد، لذا باید سطح آموزش و تحصیلات در جهت کاهش تردید برای افزایش سازگاری را بالا برد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم تمایل برخی از بیماران برای شرکت در مطالعه بود، برای کاهش این محدودیت، ضمن آزاد گذاشتن واحدهای مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و همچنین با توضیح اهداف این پژوهش سعی گردید همکاری آنها جلب گردد. همچنین در جهت رفع عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و بی‌دقتی در تکمیل آنها و تکمیل پرسنامه توسط افراد دیگر به دلیل بی‌حوصلگی و خستگی این بیماران، پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر تکمیل گردید و پژوهشگر برای کاهش مشکل، در زمان ثابت شدن موقعیت جسمی و روحی، طبق رضایت پرستاران در زمانی دیگر مراجعه کرد.

References:

1- Brass SD, Duquette P, Proulx-Therrien J, Auerbach S. ***Sleep disorders in patients with multiple sclerosis.*** Sleep Med Rev 2010; 14(2): 121-9.

2- da Silva AM, Vilhena E, Lopes A, Santos E, Gonçalves MA, Pinto C, et al. ***Depression and anxiety in aPortuguese MS population: associations with physical disability and severity of disease.*** J Neurol Sci 2011; 306(1-2): 66-70.

3- Taraghi Z, Ilali E, Abedini M, Zarvani A, Khoshnama I, Mohammadpour RA, et al. ***Quality of life among multiple sclerosis patients.*** Iran J Nurs 2007; 20(50): 49-57. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

4- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. ***A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis.*** Clin Psychol Rev 2009; 29(2): 141-53.

*5-*McCabe MP, McKern S, McDonald E. ***Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis.*** J Psychosom Res 2004; 56(3): 355-61.

6- Mishel MH. ***Uncertainty in illness.*** Image J Nurs Sch 1988; 20(4): 225-32.

7- Mishel MH .***Reconceptualization of the uncertainty in illness theory.*** Image J Nurs Sch 1990; 22(4): 256-62.

8- Bailey DE, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel MH, Muir AJ, et al. ***Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C.*** Psychosomatics 2009; 50(2): 138-46.

9- Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. ***The Influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in Northeast Thailand.*** Cancer Nurs 2011; 34(6): 434-42.

10- McNulty K, Livneh H, Wilson LM. ***Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis.*** Rehabilitation Psychol 2004; 49(2): 91.

11- Mitchell ML, Courtney M. ***Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study.*** Intensive Criti Care Nurs 2004; 20(4): 223-31.

12- Anema C, Johnson M, Zeller JM, Fogg L, Zetterlund J. ***Spiritual well-beingin individuals with fibromyalgia syndrome: relationships with symptom pattern variability, uncertainty, and psychosocial adaptation.*** Res Theory Nurs Pract 2009; 23(1): 8-22.

13- Vera N. ***The relationship between uncertainty in illness andanxiety in patients with cancer.*** MS[thesis]: University of South Florida; 2009.

14- Mishel MH, Epstein D. ***Uncertainty in illness scales manual.*** Chapel Hill, NC: University of North Carolina; 1997.

15- Ko N, Hsu S. I***nformational needs, health locus of control and uncertainty among women hospitalized with gynecological diseases.*** Chang Gung Med J 2005; 28(8): 559.

16- Burker EJ, Madan A, Evon D, Finkel JB, Mill MR. ***Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates.*** Clin Transplant 2009; 23(2): 233-40.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Perceived Uncertaintyin Multiple Sclerosis Patients

Tiragari M(PhD)[1], Tofighi M(MSc)[*2], Azizzadeh Forozi M(PhD)[3], Iranmanesh S(PhD)[4], Tehrani H(PhD)[5]

[1-3]Department of Nursing Education, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
[4]Department of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
[5]Department of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 24 May 2013 ***Accepted:*** 19 Dec 2013

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis is the most common non - traumatic illness of central nervous system. Due to debilitating nature of the disorder, and its unpredictable progress, there is a great deal of uncertainty about the future health and well-being of MS sufferers. Therefore, this study aimed to assess the perceived uncertainty in patients with MS**.**

Methods: This is a cross-sectional descriptive study. The study population consisted of 200 non-hospitalized patients With Multiple Sclerosis. Convenience sampling was applied in this study and data was collected via a questionnaire including background information and MUIS-Community questionnaire consisting of 23 items about uncertainty. Data analysis was performed by T-test and ANOVA test.

Results: Results showed that the most active patients (5/79%) were females and 5/67% were married. Overall mean score of uncertainty scale was 67.20 (12/35). The results related to uncertainty dimensions revealed that mean score of ambiguity was 32.24, mean score of complexity was 11.80, mean score of inconsistency was 4.79 and unpredictability was 2.78. The results related to relationship between perceived uncertainty and demographic factors show significant difference between the education level and residence with perceived uncertainty and ambiguity.

Conclusions: Considering that MS patients experience the high levels of uncertainty that it will lead to depression and stress, therefore, with the emphasis on rigorous assessment of patient health and holding educational classes of uncertainty management especially for people with lower education level can be an effective step to reduce stress and depression in patients with Multiple Sclerosis.

Keywords: Ambiguity; Multiple Sclerosis; Perceived Uncertainty

This paper should be cited as:
Tiragari M, Tofighi M, Azizzadeh Forozi M, Iranmanesh S, Tehrani H. ***Perceived uncertaintyin multiple sclerosis patients***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(1): 920-27.

****Corresponding author: Tel: +98 341 3205219, Email: tofighi_m@yahoo.com***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]