

اثر افسردگی بر عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران

مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

مقدمه: پژوهش‌های متعدد، آسیب‌دیدگی در عملکرد حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. را تأیید کرده‌اند. اما علت‌شناسی چند عاملی و پیچیده‌ی این آسیب‌ها سبب شده که نوع و وسعت آنها از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. در این میان، علاوه بر عوامل نورولوژیک، عوامل روان‌شناختی همچون افسردگی نیز می‌تواند در این علت‌شناسی دخیل باشد. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر افسردگی بر عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. است. روش: در پژوهش علی-مقایسه‌ای حاضر، ۵۲ بیمار مبتلا به ام.اس. (۲۶ بیمار افسرده و ۲۶ بیمار غیرافسرده) مراجعه‌کننده (۱۳۹۱ و ۱۳۹۲) به کلینیک ام.اس. بیمارستان آیت‌الله کاشانی اصفهان و ۲۶ فرد سالم به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI-II)، حافظه‌ی روزمره (EMQ) و حافظه‌ی آینده‌نگر و گذشته‌نگر (PRMQ) پاسخ دادند. اطلاعات به دست آمده با روش کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار (۰/۰۰۸) بین عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده با دو گروه بیماران مبتلا به ام.اس. غیر افسرده و سالم بود، در حالی که بین عملکرد دو گروه بیماران غیرافسرده و افراد سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: عوامل روان‌شناختی همچون افسردگی می‌تواند بر عملکرد ابعاد مختلف حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس.، از جمله حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر تأثیر بگذارد و سبب ایجاد یا تشدید آسیب‌های حافظه‌ی این بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: مالتیپل اسکلروزیس، حافظه‌ی گذشته‌نگر، حافظه‌ی روزمره، حافظه‌ی آینده‌نگر، افسردگی.

مریم شریفی*

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه

اصفهان

حمیدطاهر نشاط‌دوست

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

ماه‌گل توکلی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه

اصفهان

وحید شایگان‌نژاد

استاد گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان

*نشانی تماس: دانشگاه اصفهان، دانشکده

روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی

رایانامه: masharifi87@yahoo.com

Investigating the Effects of Depression on Retrospective, Everyday and Prospective Memory in Patients with Multiple Sclerosis

Introduction: Several research has approved deficits in memory performance of patients with Multiple Sclerosis. Since the cause of the injury is multifaceted and complex, the type and extent varies from person to person. In addition to neurological factors, psychological factors, such as depression, may also be involved in the etiology. Therefore the purpose of this study was to investigate the effect of depression on retrospective, everyday and prospective memory performance of patients with MS. **Method:** In this Causal-Comparative research 52 patients with MS (26 depressed and 26 non-depressed patients) from Kashani hospital in Isfahan in 1391 & 1392 and 26 healthy controls were selected and were assessed through the Beck Depression Inventory (BDI-II), Everyday Memory Questionnaire (EMQ) and Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). The data were analyzed through using covariance. **Results:** The results indicated significant ($p < 0/008$) differences in retrospective, everyday and prospective memory performance between depressed patients with MS and two other groups. But there was no significant difference between non-depressed patients with MS and healthy group. **Conclusion:** Psychological factors such as depression can influence on retrospective, everyday and prospective memory performance of MS patients. Depression can intensify memory deficits of patients with MS.

Keywords: Multiple Sclerosis, Retrospective Memory, Everyday Memory, Prospective Memory

Maryam Sharifi*

Ph.D student of psychology, department of psychology, school of psychology and educational sciences, university of Isfahan

Hamid Taher Neshatdoost

Professor of psychology, department of psychology, school of psychology and educational sciences, university of Isfahan

Mahgol Tavakoli

Assistant professor of psychology, department of psychology, school of psychology and educational sciences, university of Isfahan

Vahid Shayannejad

Professor of neurology, department of neurology, school of medicine, Isfahan university of medical sciences

*Corresponding Author:

Email: masharifi87@yahoo.com

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس^۱ یا ام.اس. یک بیماری خودایمنی سیستم اعصاب مرکزی است که تظاهرات بالینی متعددی دارد (۱). این بیماری علاوه بر اینکه طیف وسیعی از علائم جسمی را سبب می‌شود، می‌تواند اختلالات شناختی مختلفی به همراه داشته باشد (۲-۴) که در بین آنها، اختلال حافظه به دلیل اهمیت آن در زندگی افراد، بیش از سایر اختلالات شناختی توجه متخصصان و پژوهشگران را به خود جلب کرده (۵) و پژوهش‌های متعدد با هدف شناسایی دقیق مشکلات حافظه‌ی این بیماران را در پی داشته است. با این حال، علیرغم انجام پژوهش‌های متعدد، هنوز الگوی نوعی^۲ مشخصی از آسیب‌های حافظه‌ی این بیماران به دست نیامده است (۶)، زیرا نتایج پژوهش‌های مختلف در بسیاری از موارد مؤید هم نبوده‌اند. به عبارت دیگر، نوع و شدت آسیب گزارش شده در پژوهش‌های مختلف متفاوت و گاه متناقض بوده‌اند که دلیل آن علت‌شناسی چندعاملی و پیچیده‌ی این آسیب‌هاست که باعث می‌شود نوع و وسعت آنها از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد (۷-۹). از این رو، گروه دیگری از پژوهش‌ها، عوامل مؤثر بر عملکرد بیماران مبتلا به ام.اس. را بررسی کرده‌اند. اولین گروه از این عوامل که توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده، عوامل نورولوژیک همچون وسعت و محل آسیب‌های مغزی ناشی از بیماری است. نتایج پژوهش‌هایی که در این زمینه شده حاکی از آن است که اگر چه آسیب‌های قابل مشاهده در ام.آر.آی این بیماران، به تنهایی، نمی‌تواند عملکرد حافظه‌ی آنها را توجیه کند و اختلال در عملکرد حافظه حتی در زمان فقدان هر گونه آتروفی مغزی و از کار افتادگی نورولوژیک نیز دیده می‌شود (۱۰، ۱۱)، اما وجود پلاک‌های متعدد در نواحی آناتومیک مربوط به حافظه می‌تواند با ضعف شدیدتر حافظه در این بیماران همراه باشد. به طوری که آسیب‌های نورولوژیک در لوب گیجگاهی میانی، هیپوکامپ و آمیگدال با اختلال در حافظه‌ی این بیماران مرتبط است و هر چه شدت بیماری بیشتر می‌شود،

آسیب‌های حافظه نیز افزایش می‌یابد (۸، ۹، ۱۲، ۱۳). طول بیماری و شدت ناتوانی جسمی ناشی از بیماری نیز از دیگر عواملی است که اثر آنها بررسی شده و بر اساس گزارش اکثریت قریب به اتفاق آنها بین این دو عامل و عملکرد حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (۱۴-۱۶، ۱۲).

گروه دیگری از عوامل مؤثر بر عملکرد حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. عوامل و مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی است که کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، در حالی که شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به ام.اس. بیشتر و حتی بیشتر از سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های نورولوژیک مزمن است (۱۷). بنابر یک گزارش، میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به ام.اس. سه برابر شیوع آن در جمعیت عمومی است (۱۸). از طرف دیگر، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند عملکرد شناختی افراد مبتلا به اختلالات نورولوژیک را با مشکل مواجه کند (۱۹). از آنجا که پژوهش‌های مختلف اثر منفی افسردگی بر سرعت پردازش اطلاعات را در بیماران مبتلا به ام.اس. تأیید کرده‌اند (۱۲، ۱۹)، بررسی اثر افسردگی بر عملکرد حافظه‌ی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. همچنین لازم است اثر افسردگی نه فقط بر عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، که در بیشتر پژوهش‌های مربوط به حافظه به آن پرداخته شده، بلکه بر عملکرد حافظه‌ی روزمره و آینده‌نگر نیز بررسی شود، چون شکایت‌های رایج افراد از حافظه‌شان به عملکرد حافظه در دنیای واقعی و در متن زندگی روزمره مرتبط است (۲۰، ۲۱) و در زندگی روزمره نیز علاوه بر حافظه‌ی گذشته‌نگر، دو حافظه‌ی روزمره^۳ و آینده‌نگر^۴ نیز نقش مهمی دارند.

حافظه‌ی روزمره در واقع کاربرد حافظه در زندگی هر روزی افراد است و کارکردهای آن شامل مواردی همچون به خاطر آوردن فهرست خرید، دستور پخت

1- Multiple Sclerosis

2- Typical pattern

3- Everyday Memory

4- Prospective Memory

غذا و پیدا کردن اشیا می شود. حافظه‌ی روزمره همچنین با ارتباطات اجتماعی افراد ارتباط تنگاتنگ دارد (۲۲). حافظه‌ی آینده‌نگر نیز به توانایی افراد در به خاطر آوردن و انجام دادن اعمالی مربوط می شود که از قبل قصد انجام آن را کرده‌اند. این بُعد از حافظه، نقش مهمی در زندگی حرفه‌ای و اجتماعی افراد و نیز در فعالیت‌های روزانه‌ی آنها ایفا می کند (۲۳). به طور کلی، این دو بُعد از حافظه در تعاملات انسانی، زندگی حرفه‌ای، حفظ سلامت و امنیت و نیز انجام وظایف دنیای واقعی اهمیت بسزایی دارند (۲۴). به همین دلیل لازم است در پژوهش‌های مربوط به حافظه، علاوه بر حافظه‌ی گذشته‌نگر به این ابعاد حافظه نیز پرداخته شود.

با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر افسردگی بر عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. است و در جهت نیل به این هدف عملکرد این سه نوع حافظه در بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده، غیرافسرده و افراد سالم با یکدیگر مقایسه شده است.

روش

جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی این پژوهش پس‌رویدادی (از نوع علی - مقایسه‌ای)، آن دسته از بیماران مبتلا به ام.اس

است که از اسفند ۱۳۹۱ تا خرداد ۱۳۹۲ به کلینیک ام.اس. بیمارستان آیت‌الله کاشانی اصفهان مراجعه کرده بودند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا از حدود ۱۵۰ بیمار درخواست همکاری و سپس روند و هدف اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد. پس از آن از بین بیمارانی که برای همکاری با پژوهشگر اعلام آمادگی و پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک را تکمیل کرده و دارای ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص قطعی ام.اس. توسط متخصص مغز و اعصاب بودند و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند و ۲۰ تا ۶۰ سال داشتند و نیز فاقد سابقه‌ی بیماری روانی به جز افسردگی بودند، ۲۶ بیمار مبتلا به ام.اس. افسرده و ۲۶ بیمار مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و نیز فاقد سابقه‌ی افسردگی به روش در دسترس و به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد از نظر طول دوره‌ی بیماری، جنس و سن با گروه اول همتا و با ۲۶ فرد بدون سابقه‌ی ابتلا به ام.اس. و افسردگی مقایسه شدند. گروه اخیر به روش در دسترس، از بین همراهان بیماران که حاضر به همکاری شدند و نیز سایر افراد غیربیمار که از لحاظ جنس و سن مشابه بیماران بودند انتخاب شدند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیرهای جمعیت شناختی	ام.اس. افسرده	ام.اس. غیر افسرده	سالم
میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
سن	۳۴/۹۶ (۷/۹۸)	۳۳/۶۹ (۹/۵۹)	۳۱/۳۸ (۸/۹۳)
تحصیلات (بر حسب سال)	۱۱/۱۵ (۳/۳۰)	۱۳/۶۹ (۳/۱۳)	۱۳/۳۴ (۲/۷۸)
طول بیماری (بر حسب سال)	۶/۶۹ (۴/۸۹)	۶/۰۰ (۴/۲۷)	-

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر است:

ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۱: ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، شکل بازنگری‌شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که در سال ۱۹۷۴ برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این

پرسش‌نامه، همانند ویرایش نخست، از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که شدت علامت افسردگی‌اش را نشان می‌دهد، برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه به خود اختصاص می‌دهد و بدین ترتیب دامنه‌ی نمره‌ی کل

1- Beck Depression Inventory II

پرسش‌نامه، از صفر تا ۶۳ متغیر است. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ به دست آمده است (۲۵).

پرسش‌نامه‌ی حافظه‌ی روزمره^۱: این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی که بدلی، هاریس و ساندلرند (۱۹۸۳) آن را تدوین و کرمی نوری (۱۳۸۳) به فارسی ترجمه کرده، ارزیابی حافظه‌ی روزمره را ارزیابی می‌کند. سؤال‌ها از این قرار است: "آیا فراموش می‌کنید که چیزها را کجا گذاشته‌اید؟ آیا شده سؤالی را که به تازگی از کسی پرسیده‌اید، تکرار کنید؟ آیا یک کار روزمره و معمولی را به اشتباه تکرار کرده‌اید؟" آزمودنی به هر سؤال نمره‌ی یک تا نه می‌دهد. نمره‌ی یک به این معناست که آزمودنی در شش ماه گذشته لغزش حافظه نداشته است و نمره‌ی نه یعنی روزی بیش از یک لغزش داشته است. به عبارت دیگر، نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی آسیب بیشتر حافظه‌ی روزمره است (۲۲، ۲۶).

افکلیدس و همکاران، پایایی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون این پرسش‌نامه را بیش از ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد (۲۷).

پرسش‌نامه‌ی حافظه‌ی آینده‌نگر و گذشته‌نگر^۲: این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی ۱۶ آیتمی است که در سال ۲۰۰۰ اسمیت و همکاران آن را ساخته‌اند. این ابزار نقایص حافظه‌ی آینده‌نگر و گذشته‌نگر در زندگی روزمره را ارزیابی می‌کند. هر آیتم، یکی از این نقایص را مطرح کرده و از آزمودنی نمره‌ای بین یک

تا پنج می‌گیرد. نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی نقص بیشتر است. بر اساس گزارش اسمیت و همکاران، پایایی هر دو زیرمقیاس این پرسش‌نامه بالاست. پایایی حافظه‌ی آینده‌نگر ۰/۸۴ و پایایی حافظه‌ی گذشته‌نگر ۰/۸۰ محاسبه شده است (۲۸).

از آنجا که نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه وجود نداشت، پرسش‌نامه را پژوهشگر به فارسی ترجمه کرد و پس از مقابله‌ی ترجمه‌ی فارسی با متن انگلیسی به وسیله‌ی اساتید مسلط به زبان انگلیسی، از آن استفاده شد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ آیتم‌های مربوط به حافظه‌ی آینده‌نگر ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ آیتم‌های مربوط به حافظه‌ی گذشته‌نگر ۰/۷۶ به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با شاخص‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند و با نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها

با توجه به اینکه عملکرد حافظه از متغیرهای سن، میزان تحصیلات و طول دوره‌ی بیماری تأثیر می‌پذیرد، در این پژوهش برای کنترل اثر این سه متغیر، آزمودنی‌های سه گروه از نظر سن همتا شدند، آزمودنی‌های دو گروه بیمار نیز از لحاظ طول دوره‌ی بیماری همتا شدند و اثر میزان تحصیلات نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در سه گروه بررسی و در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در سه گروه تحت بررسی

متغیرهای جمعیت شناختی	ام.اس. افسرده	ام.اس. غیر افسرده	سالم
میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
حافظه‌ی گذشته‌نگر	۱۷/۷۶ (۵/۵۳)	۱۳/۴۲ (۳/۹۳)	۱۴/۰۰ (۴/۵۰)
حافظه‌ی روزمره	۹۸/۴۲ (۲۹/۱۲)	۷۰/۱۵ (۲۳/۶۷)	۶۴/۷۶ (۲۰/۷۲)
حافظه‌ی آینده‌نگر	۱۹/۷۶ (۶/۰۳)	۱۵/۸۸ (۵/۰۶)	۱۵/۶۱ (۴/۲۹)

1- Everyday memory Questionnaire

2- Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ)

در جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر آمده است.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در سه گروه تحت بررسی با کنترل اثر تحصیلات

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آزمون
گذشته‌نگر	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۵
روزمره	۳۲۷۲/۸۳	۱	۳۲۷۲/۸۳	۵/۶۷	۰/۰۲
آینده‌نگر	۶/۹۶	۱	۶/۹۶	۰/۲۵	۰/۰۷
گذشته‌نگر	۲۵۶/۳۲	۲	۱۲۸/۱۶	۵/۷۱	۰/۰۰۵
روزمره	۱۰۷۹۱/۱۸	۲	۵۳۹۵/۵۹	۹/۳۵	۰/۰۰۱
آینده‌نگر	۲۷۷/۲۲	۲	۱۳۸/۶۱	۵/۱۱	۰/۰۰۸

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر میزان تحصیلات، گروه‌های تحت بررسی در میانگین میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر تفاوت معنادار ($p < 0/008$) دارند. در جدول ۴، نتایج مقایسه‌ی زوجی میانگین گروه‌ها در میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر گزارش شده است.

جدول ۴- مقایسه‌ی زوجی خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در سه گروه تحت بررسی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
ام اس افسرده	ام اس غیرافسرده	۴/۳۶	۱/۳۸	۰/۰۰۲
حافظه گذشته‌نگر	سالم	۳/۷۸	۱/۳۷	۰/۰۰۷
ام اس غیرافسرده	سالم	-۰/۵۷	۱/۳۱	۰/۶۶۰
ام اس افسرده	ام اس غیرافسرده	۲۲/۸۳	۷/۰۴	۰/۰۰۲
حافظه روزمره	سالم	۲۸/۹۵	۶/۹۴	۰/۰۰۱
ام اس غیرافسرده	سالم	۶/۱۲	۶/۶۶	۰/۳۶۱
ام اس افسرده	ام اس غیرافسرده	۴/۱۳	۱/۵۲	۰/۰۰۸
حافظه آینده‌نگر	سالم	۴/۳۷	۱/۵۰	۰/۰۰۵
ام اس غیرافسرده	سالم	۰/۲۳	۱/۴۴	۰/۸۷۱

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر برای ارزیابی عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و نیز بررسی اثر افسردگی بر عملکرد حافظه‌ی این بیماران، میزان خطای این سه بُعد از حافظه در سه گروه بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده، بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و افراد سالم مقایسه شد. نتایج نشان دادند که میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر،

براساس یافته‌های جدول ۴، میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در گروه بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده و دو گروه بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و افراد سالم معنادار ($p < 0/008$) است، در حالی که میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر در گروه بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و افراد سالم معنادار نیست.

روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده، به طور معناداری از میزان خطای حافظه در بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و افراد سالم بیشتر است، درحالی که بین میزان خطای حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده و افراد سالم تفاوت معناداری وجود ندارد.

وجود تفاوت معنادار بین عملکرد حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده با دو گروه دیگر، با یافته‌های پژوهش فینستین که بیانگر اثر منفی افسردگی بر عملکرد حافظه و ایجاد اختلال حافظه در بیماران مبتلا به ام.اس. است و نیز با نتایج پژوهش بروس و آرنه که نشان‌دهنده‌ی اثر افسردگی بر خودگزارشی اختلال در حافظه‌ی روزمره‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده است هم‌سوست. این یافته با پژوهش بروس و همکاران که رابطه‌ی خودگزارشی‌های مشکلات حافظه با افسردگی را نشان می‌دهد نیز هم‌سوست، اما با نتایج پژوهش رائو و همکاران که بیانگر فقدان ارتباط معنادار بین آسیب حافظه و افسردگی را نشان می‌دهد، ناهم‌سوست (۳۰، ۱۶).

برای تبیین اثر افسردگی بر حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. و وجود تفاوت معنادار در عملکرد حافظه‌ی بیماران افسرده و غیرافسرده می‌توان گفت که افسردگی به دلیل آسیب‌هایی که به توجه (۳۱) و در نتیجه ورود اطلاعات به سیستم حافظه وارد می‌کند و نیز با محدود کردن راهبردهای بازیابی اطلاعات، می‌تواند بر ابعاد مختلف حافظه تأثیر بگذارد (۳۲-۳۴).

از طرف دیگر، از آنجا که عملکرد ابعاد مختلف حافظه، مخصوصاً حافظه‌ی آینده‌نگر، با انگیزه‌ی افراد برای یادآوری مطالب به خاطر سپرده شده رابطه دارد و با توجه به کاهش انگیزه‌ی افراد افسرده برای به خاطر سپاری و یادآوری مطالب و نیز کاهش انگیزه‌ی آنها برای دنبال کردن برنامه‌هایی که به حافظه‌ی آینده‌نگر سپرده شده است، می‌توان تفاوت معنادار در حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. افسرده با دو گروه بیماران غیرافسرده و افراد سالم را به مشکلات

انگیزشی ناشی از اثر افسردگی نسبت داد. همچنین علت این موضوع می‌تواند تشدید اختلالات شناختی از جمله اختلالات حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. در اثر افسردگی باشد؛ به طوری که اختلالات خفیف حافظه‌ی این بیماران که به تنهایی آسیبی در عملکرد فرد نشان نمی‌دهند، بر اثر افسردگی تشدید شده و به صورت نقیصی در عملکرد حافظه‌ی آنها آشکار شود (۱۲).

نکته‌ی دیگری که در این رابطه می‌توان به آن توجه کرد این است که علیرغم گزارش‌هایی مبنی بر نبود رابطه بین طول بیماری، شدت و نوع بیماری با افسردگی در بیماران مبتلا به ام.اس (۱۴، ۳۱)، نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از آن است که میزان افسردگی و نیز میزان نقایص شناختی در آن دسته از بیمارانی که آغاز بیماری آنها با آسیب‌هایی در مغز همراه بوده بیشتر از افسردگی و نقص شناختی بیمارانی است که آسیب‌های نخاعی در آغاز بیماری آنها گزارش شده است، از این رو افسردگی و نیز آسیب‌های شناختی را می‌توان معلول آسیب‌های مغزی دانست (۳۵).

بنابر آنچه تاکنون گفته شد، افسردگی به دلایل مختلف می‌تواند بر عملکرد حافظه اثر بگذارد و نبود ارتباط معنادار بین آسیب حافظه و افسردگی در پژوهش رائو و همکاران می‌تواند به شدت افسردگی بیماران شرکت‌کننده در آن پژوهش و شدت کم افسردگی آنها مربوط باشد، زیرا تفاوت بیشتر در میزان افسردگی دو گروه تحت بررسی، تفاوت بیشتر در عملکرد شناختی آنها را به همراه خواهد داشت (۱۶، ۳۱).

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر، نبود تفاوت معنادار در عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر، روزمره و آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده با گروه سالم است که با نتایج پژوهش رندل و همکاران مبنی بر نبود آسیب در حافظه‌ی گذشته‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. غیرافسرده در مقایسه با گروه کنترل، هم‌سوست. اما در سایر پژوهش‌هایی که به مقایسه‌ی عملکرد حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. با افراد سالم پرداخته‌اند، اثر افسردگی

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به اجرای پژوهش روی بیماران ۲۰ تا ۶۰ ساله و دارای حداقل سواد خواندن اشاره کرد که تعمیم نتایج به بیماران خارج از این دامنه‌ی سنی و نیز بیماران بی‌سواد را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. همچنین کم بودن طول بیماری شرکت‌کنندگان در پژوهش، امکان تعمیم نتایج به بیماران دارای سابقه‌ی بیماری طولانی مدت‌تر را محدود می‌کند. در نهایت پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مرتبط روی بیماران مبتلا به ام.اس. در گروه‌های سنی مختلف و نیز بیماران بی‌سواد و نیز دارای سابقه‌ی بیماری طولانی مدت‌تر اجرا شود. همچنین به پژوهشگران علاقه‌مند به پژوهش در زمینه‌ی بازتوانی حافظه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس. پیشنهاد می‌شود، اثر درمان افسردگی بر بهبود عملکرد شناختی این بیماران را نیز بررسی کنند.

دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۲۲؛ پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۳

بررسی یا کنترل نشده و نتایج آنها حاکی از وجود تفاوت معنادار بین عملکرد بیماران مبتلا به ام.اس. و افراد سالم است. در این راستا می‌توان به نتایج پژوهش‌های دیلوکا و همکاران و بیتی اشاره کرد که نشان دادند عملکرد حافظه‌ی گذشته‌نگر بین بیماران مبتلا به ام.اس. و افراد سالم تفاوت معنادار دارد. همچنین نتایج پژوهش رندل و همکاران و نیز پژوهش کاردیانمنس و همکاران بیانگر افزایش معنادار بین میزان خطای حافظه‌ی آینده‌نگر بیماران مبتلا به ام.اس. نسبت به افراد سالم است (۳۶-۳۸، ۲۳).

با توجه به اینکه در این پژوهش‌ها اثر افسردگی کنترل نشده، دلیل ناهم‌سویی نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر می‌تواند این باشد که همه یا تعدادی از افراد نمونه آن پژوهش‌ها نیز مبتلا به افسردگی بوده‌اند و معنادار شدن تفاوت بین گروه‌های آن پژوهش‌ها به افسرده بودن آزمودنی‌ها مربوط بوده است. علت دیگر این ناهم‌سویی می‌تواند ناشی از تفاوت شدت آسیب نورولوژیک بیماران مورد بررسی در آن پژوهش‌ها با بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر باشد.

منابع

- Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. Tehran: andishe rafie; 2008.[Persian].
- Jonsson A, Andresen J, Storr L, Tscherning T, Sorensen PS, Ravnborg M. Cognitive impairment in newly diagnosed multiple sclerosis patients: A 4-year follow-up study. *Journal of the Neurological Sciences* 2006;245:77 – 85.
- Wallin MT, Wilken JA, Kane R. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: Assessment, imaging, and risk factors. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2006;43(1):63–72.
- Patti F, Leone C, D'Amico E. Treatment options of cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurol Sciences* 2010;31(2):265–9.
- Clive P, Hawkins J, Wolinsky S. Principles of treatment in multiple sclerosis. *Pathogens and clinical subtypes of multiple sclerosis* 2000;2-7.
- Drew M, Tippet L.J, Starkey N.J, Isler R.B. Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: A descriptive study. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2008;23:1-19.
- RavanBakhsh A. pathology and diagnosis in MS. In: EtemadiFar M, editor. *Health enhancement in MS:Najafabad islamic azad university press*; 2010. 1-18 .[Persian].
- Parsaeian M, NajlRahim A, Karimlou M, Mozaffari M. the comparison of short term memory performance between patients with multiple sclerosis and healthy group. *Journal of rehabilitation* 2005;7(2):56-60.[Persian].
- Benedic R.H, Ramasamy D, Munschauer F, Weinstein-Guttman, B, Zivadirov R. Memory impairment in multiple sclerosis: correlation with deep grey matter and mesial temporal atrophy. *Journal of Neurosurg* 2009;80(2):201-2016.

10. Feinstein A. Mood disorders in multiple sclerosis and the effects on cognition. *Journal of the Neurological Sciences* 2006;245(1-2):63-6.
11. DeSousa EA, Albert RH, Kalman B. Cognitive impairments in multiple sclerosis: a review. *American Journal of Alzheimers, s Disease & Other Dementias* 2002;17(1):23-9.
12. Rogers J.M, Panegyres P.K, Cognitive impairment in multiple sclerosis: Evidence-based analysis and recommendations. *Journal of Clinical Neuroscience* 2007;14(10):919-927.
13. Shaygannejad V, Afshar H. the Frequency of Cognitive Dysfunction among Multiple Sclerosis Patients with Mild Physical Disability. *Journal of Isfahan medical school* 2011; 167:1-7.[Persian].
14. Defer G. Neuropsychological evaluation and psychopathology of multiple sclerosis. *Revue Neurologique (Paris)* 2001;157:1128-34.
15. Tinnefeld M, Treitz F.H, Haase C.G, Wilhelm H, Daum I, Faustmann P. Attention and memory dysfunctions in mild multiple sclerosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255:319-326
16. Rao SM, Leo GJ, St Aubin-Faubert P. On the nature of memory disturbance in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1989;11(5):699-712.
17. Giordano A, Granella F, Lugaresi A, MartinelliV, TrojanoM, Confalonieri P, et al. Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of the Neurological Sciences* 2011;307:86-91.
18. Minden Minden SL, Schiffer RB. Affective disorders in multiple sclerosis. Review and recommendations for clinical research. *Archives of Neurology* 1990;47:98- 104.
19. Landro, N.C, Elisabeth, G, Sletvold, H. Depressive symptoms account for efficient information processing speed but not for impaired working memory in early phase multiple sclerosis (MS). *Journal of the International Neurological Sciences* 2004; 217(2), 211-216.
20. Livner, A, Laukka EJ, Karlsson S, Backman L. Prospective and retrospective memory in alzheimers disease and vascular dementia: similar patterns of impairment. *Journal of neurological sciences* 2009;283:235-239.
21. Crawford JR, Henry JD, Ward AL, Blake J. The Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): latent Structure, normative data and discrepancy analysis for proxy-ratings. *British journal of clinicalpsychology* 2006;43:83-104.
22. Taraj Sh, Zare H, Kormi-Nouri R. the effect of premenstrual syndrome on the performance of everyday and episodic memory. *Research in psychological health* 2008; 2(2): 15-27.
23. Kardiasmenos KS, Clawson DM, Wilken JA, Wallin MT. Prospective memory and the efficacy of a memory strategy in multiple sclerosis. *Neuropsychology* 2008;22(6): 746-754.
24. Rendell PG, Henry JD, Phillips LH, Garcia XP, Booth P, Phillips P, et al. Prospective memory, emotional valence, and multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2012; 34:738-749.
25. Ghassemzadeh H, Mojtabaei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani H. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety* 2005;21(4):185-92.[Persian].
26. Kormi-Nouri R. psychology of memory and learning: a cognitive approach. Tehran: samt;2007.[Persian].
27. Efklides A, Yiultsi E, Kangellidou T, Kounti F, Dina F, Tsolaki M. Wechsler Memory Scale, Rivermead Behavioural Memory Test, and Everyday Memory Questionnaire in healthy adults and Alzheimer patients. *European Journal of Psychological Assessment* 2002;18:63-77.
28. Cuttler C, Graf P. Sub-clinical compulsive checkers show impaired performance on habitual, event- and time-cued episodic prospective memory tasks. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23:813-23.
29. Bruce J.M, Arnett P.A. Self-reported everyday memory and depression in patients with multiple sclerosis. *Journal of clinical and experimental neuropsychology* 2004; 200-214.
30. Bruce J.M, Bruce A.S, Hancock L, Lynch S. Self-reported Memory Problems in Multiple Sclerosis: Influence of Psychiatric Status and Normative Dissociative Experiences. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2009;1-9.
31. Diamond B.J, Johnson S.K, Kufman M, Graves

- L. Relationships between information processing, depression, fatigue and cognition in multiple sclerosis. *Archives of clinical Neuropsychology* 2008;23:189-199.
32. Hashemi T, Mahmoodaliloo M, Birami M, Esmaeli M, Arji A. Investigation of overgeneral Autobiographical memory and memories retrievals' time latency in patients with depression and anxiety disorders. *Tabriz university Journal of psychology* 2008; 3(4):98-113. [Persian].
33. Kuyken W, Howell R, Dalgleish T. Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with versus without a reported history of trauma. *Journal of abnormal psychology* 2006;115(3):387-396.
34. Spinhoven P, Bochetting C.L, Schene A.H, Koeter M.W, Wekking E.M, Williams J.M. Autobiographical Memory in the Euthymic Phase of Recurrent Depression. *Journal of abnormal psychology* 2006;115(3):590-600.
35. Benedict R.H.B, Carone D.A, Bakshi R. Correlating brain atrophy with cognitive dysfunction, mood disturbances, and personality disorder in multiple sclerosis. *Journal of Neuroimaging* 2004;14:36S-45S
36. Rendell P.G, Jensen F, Henry G.D. Prospective memory in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2007;13(3): 410-416.
37. Deluca J, Jaudino E.A, Diamond B.J, Christodoulou C, Enqel R.A. Acquisition and storage deficits in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 1998;20(3):376-90.
38. Beatty, W.W. RBANS analysis of verbal memory in multiple sclerosis. *Archive of Clinical Neuropsychology* 2004;19(6):825-34