

مقایسه کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و سالم شهر اصفهان

فریماه افشار زاده *

سید محمدرضا صمصام شریعت

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه هم کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و عادی شهر اصفهان بود. این تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری کلیه ی مردان مبتلا به پارکینسون و مردان عادی ساکن در شهر اصفهان بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به پارکینسون و ۳۰ مرد عادی در گروه گواه بودند. ابزار تحقیق پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون (PDQ-۳۹) بود. داده های حاصل از پرسشنامه ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج نشان داد؛ نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن؛ حرکت، شناخت، ارتباط و ناراحتی جسمانی در بیماران مبتلا به پارکینسون به طور معنی داری بالاتر از افراد عادی و سالم بود. بنابراین در مجموع کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون پایین تر بوده که می تواند موجب تسریع علائم بیماری ایشان نیز باشد.

کلید واژه: کیفیت زندگی، پارکینسون.

مقدمه

بیماری پارکینسون عارضه ای است مزمن و پیشرونده که بیشتر متمرکز بر گروه سنی سالمندان است و از علل شایع ناتوانی در این دوران محسوب می شود (گیروکس^۲، ۲۰۰۷؛ مارک و سیگ^۳، ۲۰۰۰). به دلیل گستردگی اختلالات و عوارض ناشی از این بیماری، مبتلایان به آن با مشکلات زیادی روبه رو می شوند (کوپیو^۴، ۲۰۰۰؛ موریس^۵، ۲۰۰۰). با افزایش سن و کاهش سطوح فعالیت بدنی، توانایی و عملکرد در بیماران پارکینسون کمتر می شود (دیبل و همکاران^۶، ۲۰۰۶). زنجیره به هم پیوسته اختلالات و ناتوانایی های ناشی از این بیماری، بیماران را به سوی میل به بی تحرکی، انزوای اجتماعی، افسردگی و اضطراب، عدم استقلال در وظایف ساده روزانه، و وابستگی به دیگران سوق می دهد و نهایتاً به کاهش کیفیت زندگی آنان می انجامد (کیوس و همکاران^۷، ۲۰۰۷). علائم اصلی بیماری عبارت اند از ناپایداری وضعیتی، کندی حرکت، رعشه استراحتی، و سفتی و سختی حرکات بدن، که می توانند مشکلات ثانویه دیگری در ابعاد مختلف نیز برای بیماران در پی داشته باشد، برخی از این مشکلات عبارت اند از دشواری در راه رفتن، گام برداشتن، و تغییر جهت دادن و جابه جایی، که عدم تعادل و قامت خمیده بر اعمال روزانه بیماران مانند نشستن و برخاستن، لباس پوشیدن و بهداشت فردی بیمار تأثیر منفی دارند، بنابراین می توان انتظار داشت که به عنوان یک نتیجه از تداخل بیماری پارکینسون، فقر حرکتی و سالمندی، این بیماران به مسیر نزولی از نبود تحرک وارد میشوند که به تدریج و نهایتاً باعث افزایش ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی آنها می شود (موریس^۵، ۲۰۰۰). با پیشرفت مراحل و وضعیت بالینی شدید، ظرفیت عملکردی کاهش می یابد (پایپتروپوس و همکاران^۸، ۲۰۰۶). کاهش فعالیت های بدنی و اعتماد به نفس و کندی حرکات باعث می شود که بیماران در انجام کارهای خود به دیگران وابسته شوند، در نتیجه با محدود شدن فعالیتها و کاهش عملکرد حرکتی در بیماران منجر به انزوای اجتماعی آنها می شود (هیرچ، تول، ماتیلند، ریدر^۹، ۲۰۰۳). این بیماران آمادگی جسمانی خود را خیلی سریع تر از دست می دهند و کاهش اعتماد به نفس و هماهنگی نیز در آنان دیده می شود (هرمان، گیلدی، هاسدورف^{۱۰}، ۲۰۰۹). در سالهای اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به صورت یک هدف در آمده است. کیفیت زندگی ساختاری

* ۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان)

دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه اصفهان

- ۲ . Giroux
- ۳ . Mark & Sage
- ۴ . Kuopio
- ۵ . Morris
- ۶ . Dibble et al.
- ۷ . Keus et al.
- ۸ . Papapetropoulos et al.
- ۹ . Hirsch, Toole, Maitland, Rider
- ۱۰ . Herman, Giladi, Hausdorff

چندبعدی است که با ارزیابی آن، مفهوم کلی از سلامت در حیطه های گوناگون از جمله عملکرد فیزیکی، تعاملات اجتماعی، حس پیکری (سوماتیک)، شناخت و عملکرد اجتماعی و عاطفی به دست می آید (شلی و همکاران ۲۰۰۸، ۱).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می داند. در حقیقت کیفیت زندگی ارزیابی بیمار از شرایط و وضعیت خود را به جای ارزیابی متخصصین مورد توجه قرار میدهد (داول^۲، ۲۰۱۰). علایم بیماری، ویژگیهای فردی-اجتماعی و اقتصادی از متغیرهای مهم مطرح در کیفیت زندگی می باشند (هیدر، اگمیر، وینکلر^۳، ۲۰۰۷). داول (۲۰۱۰) نیز متغیرهای مکان و شرایط زندگی فرد را بر درک بیمار از کیفیت زندگی موثر می داند.

از آنجا که این بیماری پارکینسون را می توان عارضه ای چندوجهی دانست که آثار آن در جنبه های مختلف زندگی بیماران گسترش می یابد، تلاش ها برای کنترل عوارض ناشی از آن نیز بر رویکردهای چندجانبه درمان و کنترل استوار است؛ رویکردهایی که در آن ها جدای از درمان های معمول دارویی و پزشکی، از روش های مکمل مبتنی بر توانبخشی، فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی، و حرکت درمانی استفاده می شود (سلطان زاده، ۱۳۸۶). تحقیقاتی در جهت ارزیابی منظم دامنه های کمی بار بیماری بوسیله اندازه گیری های کیفیت زندگی انجام شده است (هرلوفسون و لارسن^۴، ۲۰۰۳). مطالعات بسیاری تأثیر افسردگی بر کاهش عملکرد حرکتی و افزایش ناتوان سازی به دنبال پیشرفت بیماری را بیان کرده اند (لئوناردی و همکاران^۵، ۲۰۱۲). شواهد تحقیقی بیانگر آن است که مبتلایان به پارکینسون در مقایسه با دیگر افراد جامعه کیفیت زندگی پایین تری دارند و با تشدید بیماری و عوارض ناشی از آن کیفیت زندگی آنان کاهش بیشتری نیز می یابد (سارگ، جهانشاهی، کوین^۶، ۲۰۰۰). مطالعات بسیاری تأثیر افسردگی بر کاهش عملکرد حرکتی و افزایش ناتوان سازی به دنبال پیشرفت بیماری پارکینسون را بیان کرده اند (لئوناردی و همکاران^۷، ۲۰۱۲).

مطالعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با استفاده از ابزارهای سنجش مختلفی انجام شده و تعدادی از این مطالعات عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی را نیز بررسی کرده اند (چوو^۸، ۲۰۰۸؛ فورسا و لارسن^۹، ۲۰۰۸). همچنین رودریگز و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۶) اثر مثبت یک برنامه تمرینی مرکب از تمرینات هوازی، مقاومتی و کششی را بر شاخصهای جسمانی، عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران پارکینسونی گزارش کرده اند. دهقان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که همه ابعاد کیفیت زندگی در بیماران پارکینسون به طور معناداری پایین تر است. همچنین نتایج پژوهش مصطفویان و همکاران (۱۳۹۱)، نشان دهنده تأثیر کلی بیماری پارکینسون بر کیفیت زندگی بیماران بود، در این مطالعه نشان داده شد، مرحله بالینی و طول مدت بیماری تأثیر واضحی بر کیفیت زندگی بیماران دارند. مطالعه کوپو^{۱۱} (۲۰۰۰) که جهت بررسی ارتباط متغیر های سن، سن شروع بیماری، طول مدت بیماری، مرحله بالینی، افسردگی و زوال عقل با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون انجام شد، نشان داده است که افسردگی مهم ترین عامل مرتبط با کیفیت زندگی بوده و در عملکرد فیزیکی، تنها مرحله بالینی بیماری ارتباط معنا دار تری نسبت به افسردگی دارد. پژوهش کارو و وارگاس^{۱۲} (۲۰۰۷) که در مورد تعیین کننده های کیفیت زندگی در یک گروه از بیماران برزیلی مبتلا به پارکینسون صورت گرفت، نشان داد کیفیت زندگی به طور معناداری با پیشرفت معیارهای بالینی بیماری کاهش می یابد و افسردگی، ناتوانی، عوارض حرکتی به ترتیب مهم ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون بوده اند. همچنین ویسر و ون رودن^{۱۳} (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند، فاکتور های متعددی از جمله ناتوانی ها، علایم غیر حرکتی و علایم حرکتی محوری را تأثیر گذارنده بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون بر شمرده اند و ناتوانی ها و اختلال سلامت روانی اجتماعی اثر بیشتری نسبت به اختلال عملکرد فیزیکی بر کیفیت زندگی این بیماران داشته است. افسردگی، علایم حرکتی محوری، علایم گوارشی و ادراری به ترتیب دارای بیشترین تأثیر بر کیفیت زندگی این بیماران بوده اند. کارسن و تاندربرگ^{۱۴} (۲۰۰۰) در اولین مطالعه آینده نگری که در این راستا صورت گرفت، گزارش دادند، با گذشت زمان بیماران کاهش واضحی در حیطه های متعدد کیفیت زندگی را نشان دادند. این کاهش محدود به تحرک فیزیکی بیماران نبوده و بیماران مورد مطالعه در حیطه های درد، افزایش نا آرامی، انزوای اجتماعی و واکنش های عاطفی را داشته اند. همچنین فورسا و لارسن^{۱۵} (۲۰۰۸) در پژوهشی که در مورد تغییرات

۱. Shelly et al.
۲. Duval
۳. Heider, Angermeyer, Winkler
۴. Herlofson, Larsen
۵. Leonardi et al.
۶. Schrag, Jahanshahi & Quinn
۷. Leonardi et al.
۸. Chou
۹. Forsaa, Larsen
۱۰. Rodrigues et al.
۱۱. Kuopio
۱۲. Carod, Vargas
۱۳. Veisser, Van Rooden
۱۴. Karlsen, Tandberg
۱۵. Forsaa, Larsen

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون در طول زمان انجام داده اند، به این نتیجه رسیدند که در طول مدت پیگیری، بدتر شدن وضعیت جسمی مهم ترین فاکتور در کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون بوده است. پژوهش خلجی، بهرامی، نوروزیان، محمدزاده هروی (۱۳۹۳) نشان داد فعالیت‌های کارکردی در بهبود آمادگی کارکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون را تاثیر معناداری دارد. این تمرینات به طرز مثبتی در استقلال این افراد جهت انجام تکالیف روزانه و بهره مندی از زندگی بهتر، مؤثر است شده که این امر به نوبه خود موجب افزایش اعتماد به نفس، استقلال، رضایت مندی و کیفیت زندگی آنان گردیده است. کیوس و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که تمرینات کششی و قدرتی اثر مثبتی بر توان عضلانی، دامنه حرکتی، عملکرد روزانه و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون دارد. اندازه گیری کیفیت زندگی می تواند در به تصویر کشیدن هر چه واقعی تر احساسات بیماران و زمینه های دارای مشکل در خصوص درک نیازها و توزیع مراقبت های سلامت کمک کند. همچنین تأثیر این دیدگاه به عنوان یک هدف و مقصود نهائی در تمام مداخلات پیشگیری کننده و ارتقای سلامت باید در نظر گرفته شوند (ویلیامز، ۲۰۰۹). به طور کلی هدف از درمان بیماری، حفظ استقلال بیمار و ارتقای کیفیت زندگی است (پالون، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن و ارزیابی آن در بیماران با ویژگیهای متفاوت جهت مداخله های مناسب از اهمیت ویژه ای برخوردار است، بنابراین با توجه به مشکلات و محدودیتهای عمده این بیماران و با توجه به مطالعات محدود در این حوزه و چالش های موجود، سؤال اساسی این پژوهش آن است که آیا تفاوت معناداری در کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و مردان سالم شهر اصفهان وجود دارد؟

فرضیه تحقیق: بین کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و سالم شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد.

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: از آنجایی که در این مطالعه هدف مقایسه بین کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و مردان سالم است، از روش پژوهش علی-مقایسه ای^۵ استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان مبتلا به پارکینسون و مردان سالم می باشد که ساکن در شهر اصفهان بودند. نمونه آماری را در گروه قابل مطالعه ۳۰ نفر مردان مبتلا به پارکینسون که مراجعه کننده به پزشک متخصص مغز و اعصاب تشخیص قطعی مبنی بر پارکینسون داده شده بودند و همزمان به بیماریهای دیگری نظیر اسکروزیس منتشر، سکتة مغزی و آلزایمر مبتلا نبودند. جهت گردآوری اطلاعات لازم از چندین ابزار استفاده گردید. بوسیله یک پرسشنامه ویژگیهای فردی و بالینی بیماران نظیر سن، سن شروع بیماری، جنس و مدت ابتلا به بیماری بیماری گردآوری شد. گروه گواه را ۳۰ نفر از مردان سالم تشکیل دادند که شامل گروه شاهد از میان همراهان سایر بیماران مراجعه کننده به کلینیک دکتر متخصص مغز و اعصاب که از نظر سن، و سایر مشخصات جمعیت شناختی با گروه مورد همسان بودند و بیماری های فوق الذکر را نداشتند، پس از توضیح اهداف مطالعه، در صورت تمایل به همکاری وارد مطالعه شدند. نمونه پژوهش برای هر متغیر و زیر متغیر، حداقل ۱۵ نفر گروه نمونه در نظر گرفته می شود (فراهانی، عریضی، ۱۳۸۸). برای دستیابی به نمونه مکفی، به شیوه نمونه گیری در دسترس^۱، پرسشنامه ها در میان مردان مبتلا به پارکینسون و مردان سالم توزیع گردید.

ابزار تحقیق:

پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون (PDQ-۳۹): این آزمون دارای ۳۹ سوال در هشت بعد جداگانه می باشد که این ابعاد شامل: حرکت (۱۰ سوال)، فعالیت های زندگی روزانه (۶ سوال)، احساس خوب داشتن (۶ سوال)، انگ (۴ سوال)، حمایت اجتماعی (۳ سوال)، شناخت (۴ سوال)، ارتباط (۳ سوال)، ناراحتی جسمانی (۳ سوال) می باشند. هر سوال این پرسشنامه، دارای پنج گزینه در مقیاس لیکرت است که تنها یک گزینه علامت زده می شود. گزینه اول نشانه بهترین وضعیت (نمره ۰) و گزینه پنجم نشانه بدترین وضعیت (نمره ۴) می باشد. طیف نمرات هر بعد ۰-۱۰۰ گزارش می گردد که عدد صفر به معنای عدم وجود مشکل و عدد ۱۰۰ نشان دهنده بدترین وضعیت سلامتی است. نمره هر بعد به این صورت محاسبه می گردد: مجموع نمرات خام سوالات هر بعد تقسیم بر مجموع حداکثر نمره خام ممکن سوالات آن بعد که حاصل کسر در عدد ۱۰۰ ضرب می گردد. پر کردن پرسشنامه فوق، به صورت خود ایفا بوده و زمان کامل کردن آن به طور متوسط ۱۰ دقیقه به طول می انجامد. لازم به ذکر است که پرسشنامه مذکور در ایران ترجمه و روایی و پایایی نسخه فارسی آن انجام شد. نتایج بیانگر آن است که نسخه فارسی آن از کیفیت لازم جهت سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون در ایران برخوردار است (نجومی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته ها

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه بیمار و سالم، در جدول ۱ ارائه شده است.

۱ . Keus et al.
۲ . Williams
۳ . Pallone
۴ . causal comparative
۵ . convenience sampling

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه بیمار و سالم

پس آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار	پس آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	بیمار	۲۰,۱۰	۳,۶۰	حمایت اجتماعی	بیمار	۱,۴۰	۰,۸۹
	سالم	۱۵,۳۰	۴,۷۵		سالم	۱,۲۳	۱,۰۷
حرکت	بیمار	۳,۲۷	۰,۷۸	شناخت	بیمار	۲,۰۷	۱,۳۱
	سالم	۲,۰۷	۱,۱۷		سالم	۱,۳۳	۱,۱۵
فعالیت های زندگی روزانه	بیمار	۴,۰۰	۱,۷۴	ارتباط	بیمار	۱,۹۰	۱,۰۳
	سالم	۳,۱۷	۱,۵۱		سالم	۱,۰۳	۰,۷۲
احساس خوب داشتن	بیمار	۳,۷۳	۱,۷۸	ناراحتی جسمانی	بیمار	۲,۰۳	۱,۱۶
	سالم	۲,۹۷	۱,۶۵		سالم	۱,۳۰	۱,۱۲
انگ	بیمار	۱,۷۰	۱,۲۹				
	سالم	۲,۲۰	۱,۲۷				

همانطور که در جدول ۱ مشاهده شد، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در دو گروه بیمار و سالم به ترتیب در کیفیت زندگی (۲۰,۱۰) و (۱۵,۳۰) و ابعاد آن ؛ حرکت (۳,۲۷) و (۲,۰۷) ، فعالیت های زندگی روزانه (۴,۰۰) و (۳,۱۷) ، احساس خوب داشتن (۳,۷۳) و (۲,۹۷) ، انگ (۱,۷۰) و (۲,۲۰) ، حمایت اجتماعی (۱,۴۰) و (۱,۲۳) ، شناخت (۲,۰۷) و (۱,۳۳) ، ارتباط (۱,۹۰) و (۱,۰۳) و ناراحتی جسمانی (۲,۰۳) و (۱,۳۰) می باشد. برای بررسی همسانی واریانس دو گروه از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون پیش فرض همسانی واریانس ها

سطح معنی داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	
.۲۶۳	۵۸	۱	۱,۲۷۶	کیفیت زندگی
.۰۳۴	۵۸	۱	۴,۶۸۹	حرکت
.۸۳۶	۵۸	۱	.۰۴۳	فعالیت های زندگی روزانه
.۸۵۲	۵۸	۱	.۰۳۵	احساس خوب داشتن
.۷۳۲	۵۸	۱	.۱۱۹	انگ
.۳۰۹	۵۸	۱	۱,۰۵۳	حمایت اجتماعی
.۳۴۱	۵۸	۱	.۹۲۲	شناخت
.۰۲۳	۵۸	۱	۵,۴۳۶	ارتباط
.۷۲۵	۵۸	۱	.۱۲۵	ناراحتی جسمانی

نتایج جدول ۲ نشان داد، پیش فرض همسانی واریانس دو گروه در همه متغیرها به جزء مقیاس حرکت و ارتباط، تأیید می گردد ($P > 0,05$).

جدول ۳. نتایج تحلیل مانوا (MANOVA) مربوط به مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه

اثر اصلی	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	اتا
گروه	اثر پیلایی	.۴۴۸	۵,۱۷۹ ^a	۸,۰۰۰	۵۱,۰۰۰	.۰۰۰	.۹۹۷
	لامبدای ویلکز	.۵۵۲	۵,۱۷۹ ^a	۸,۰۰۰	۵۱,۰۰۰	.۰۰۰	.۹۹۷
	اثر هتلینگ	.۸۱۲	۵,۱۷۹ ^a	۸,۰۰۰	۵۱,۰۰۰	.۰۰۰	.۹۹۷
	بزرگترین ریشه دوم	.۸۱۲	۵,۱۷۹ ^a	۸,۰۰۰	۵۱,۰۰۰	.۰۰۰	.۹۹۷

همانطور که در جدول ۳ مشاهده شد، نتایج تحلیل مانوا نشان داد تأثیر گروه در تفاوت نمرات مقیاس های پژوهش بین گروه سالم و بیمار، معنی

دار بوده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس

اثر	متغیروابسته	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	توان آماری
گروه	کیفیت زندگی	۳۴۵,۶۰۰	۱	۳۴۵,۶۰۰	۱۹,۴۴۲	.۰۰۰	.۹۹۱
	حرکت	۲۱,۶۰۰	۱	۲۱,۶۰۰	۲۱,۷۰۰	.۰۰۰	.۹۹۶
	فعالیت های زندگی روزانه	۱۰,۴۱۷	۱	۱۰,۴۱۷	۳,۹۱۹	.۰۵۲	.۴۹۵
	احساس خوب داشتن	۸,۸۱۷	۱	۸,۸۱۷	۲,۹۹۳	.۰۸۹	.۳۹۸
	انگ	۳,۷۵۰	۱	۳,۷۵۰	۲,۲۸۷	.۱۳۶	.۳۱۹
	حمایت اجتماعی	.۴۱۷	۱	.۴۱۷	.۴۲۷	.۵۱۶	.۰۹۹
	شناخت	۸,۰۶۷	۱	۸,۰۶۷	۵,۲۸۵	.۰۲۵	.۶۱۸
	ارتباط	۱۱,۲۶۷	۱	۱۱,۲۶۷	۱۴,۳۰۹	.۰۰۰	.۹۶۱
	ناراحتی جسمانی	۸,۰۶۷	۱	۸,۰۶۷	۶,۲۱۶	.۰۱۶	.۶۸۹

همانطور که در جدول ۴ مشاهده شد، نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر گروه در کیفیت زندگی ($F=19,442, P<0,01$)، حرکت

($F=21,700, P<0,01$)، شناخت ($F=5,285, P<0,05$)، ارتباط ($F=14,309, P<0,01$) و ناراحتی جسمانی ($F=6,216, P<0,05$) بین گروه سالم و

بیمار، معنی دار بوده است. نتایج آزمون پیگیری در موارد معنی دار در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون پیگیری LSD

گروه	تفاوت میانگین	خطا	سطح معنی داری
کنترل	۴,۸۰۰*	۱,۰۸۹	.۰۰۰۰
کنترل	۱,۲۰۰*	۰,۲۵۸	.۰۰۰۰
کنترل	.۷۳۳*	۰,۳۱۹	.۰,۰۲۵
کنترل	.۸۶۷*	۰,۲۲۹	.۰,۰۰۰
کنترل	.۷۳۳*	۰,۲۹۴	.۰,۰۱۶

همانطور که در جدول ۵ مشاهده شد و براساس جدول ۱، نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن؛ حرکت، شناخت، ارتباط و ناراحتی جسمانی در

بیماران مبتلا به پارکینسون به طور معنی داری بالاتر از افراد عادی و سالم است، که به معنی وخامت بیشتر این ابعاد در بیماران می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه هم کیفیت زندگی مردان مبتلا به پارکینسون و عادی شهر اصفهان بود. نتایج تحلیل مانوا نشان داد تأثیر گروه در

تفاوت نمرات مقیاس های پژوهش بین گروه سالم و بیمار، معنی دار بوده است. نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد تأثیر گروه در کیفیت زندگی ($P<0,01$)،

حرکت ($P<0,01$)، شناخت ($P<0,05$)، ارتباط ($P<0,01$) و ناراحتی جسمانی ($P<0,05$) بین گروه سالم و بیمار، معنی دار بوده است. بنابراین نمرات

کیفیت زندگی و ابعاد آن؛ حرکت، شناخت، ارتباط و ناراحتی جسمانی در بیماران مبتلا به پارکینسون به طور معنی داری بالاتر از افراد عادی و سالم

است، که به معنی وخامت بیشتر این ابعاد در بیماران می باشد.

این یافته ها با نتایج لئوناردی و همکاران (۲۰۱۲) و نیز سارگ، جهانشاهی، کوبن (۲۰۰۰) که کاهش عملکرد حرکتی و افزایش ناتوان سازی به دنبال پیشرفت بیماری پارکینسون را بیان کرده اند، همچنین با یافته های ویسر و ون رودن (۲۰۰۸)، فورسا و لارسن (۲۰۰۸)، کارسن و تاندبرگ (۲۰۰۰)، دهقان و همکاران (۱۳۹۰) و مصطفویان و همکاران (۱۳۹۱) که نشان دادند که همه ابعاد کیفیت زندگی در بیماران پارکینسون به طور معناداری پایین تر است و نیز کوپیو (۲۰۰۰) و کارو و وارگاس (۲۰۰۷) که افسردگی، ناتوانی، عوارض حرکتی به ترتیب مهم ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون معرفی نموده اند، هماهنگ است.

همانطور که بیان شد به دلیل گستردگی اختلالات و عوارض ناشی از این بیماری، مبتلایان به آن با مشکلات زیادی روبه رو می شوند (کوپیو، ۲۰۰۰؛ موریس، ۲۰۰۰) و با افزایش سن و کاهش سطوح فعالیت بدنی، توانایی و عملکرد در بیماران پارکینسون کمتر می شود (دیبیل و همکاران، ۲۰۰۶). زنجیره به هم پیوسته اختلالات و ناتوانی های ناشی از این بیماری، بیماران را به سوی میل به بی تحرکی، انزوای اجتماعی، افسردگی و اضطراب، عدم استقلال در وظایف ساده روزانه، و وابستگی به دیگران سوق می دهد و نهایتاً به کاهش کیفیت زندگی آنان می انجامد (کیوس و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین از آنجا که این بیماری پارکینسون را می توان عارضه ای چندوجهی دانست که آثار آن در جنبه های مختلف زندگی بیماران گسترش می یابد، تلاش ها برای کنترل عوارض ناشی از آن نیز بر رویکردهای چندجانبه درمان و کنترل استوار است؛ رویکردهایی که در آن ها جدای از درمان های معمول دارویی و پزشکی، از روش های مکمل مبتنی بر توانبخشی، فیزیوتراپی، کار درمانی، گفتار درمانی، و حرکت درمانی استفاده می شود (سلطان زاده، ۱۳۸۶). در مجموع توجه به کیفیت زندگی و ابعاد آن؛ حرکت، شناخت، ارتباط و ناراحتی جسمانی که بنابر نتایج این تحقیق نیز در وضعیت نامناسبی قرار دارد، در فرایند درمان پزشکی، توسط متخصصین و با بهره گیری و کمک از روانشناس و مشاور می تواند تأثیر متقابل ناشی از این عوامل را در افزایش تسریع بیماری کند نموده و اثربخشی درمانهای دارویی را نیز بهبود بخشد.

منابع

خلجی، ح. بهرامی، ع. نوروزیان، م. محمدزاده هروی، ص. (۱۳۹۳). تأثیر فعالیت جسمانی بر آمادگی کارکردی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به پارکینسون، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال پنجاه و هفتم، شماره ۳، صفحه ۵۵۴-۵۴۲.

دهقان، ع. قائم، ه. برهانی حقیقی، ا. کشفی، م. ضیغمی، ب. (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با و بدون علائم خستگی، مجله پزشکی هرمزگان، سال پانزدهم، شماره اول، صفحات ۴۹-۵۵.

مصطفویان، ز. گوهردهی، ف. شاکریان، س. نجومی، م. کیایی، ع. غلامی پور، آ. رضوانی، م. (۱۳۹۱). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون: ارزیابی با استفاده از ابزار اختصاصی سنجش کیفیت زندگی پارکینسون (PDQ-۳۹)، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۱۹، شماره ۹۴.

Carod-Artal FJ, Vargas AP. (۲۰۰۷). Determinants of quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Mov Disord*. ۳۰; ۲۲(۱۰): ۱۴۰۸-۱۵.

Chou KL. (۲۰۰۸). Adverse events from the treatment of Parkinson's disease. *Neurol Clin*. ۲۶ (Suppl ۳): S۶۵-۸۳.

Davis E, Waters E, Mackinnon A, Reddihough D, Boyd R, et al. (۲۰۰۸). The relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. ۵۰(۳): ۱۹۹-۲۰۳.

Dibble LE, Hale TF, Marcus RL, Droge J, Gerber JP, LaStayo PC. (۲۰۰۶). High-intensity resistance training amplifies muscle hypertrophy and functional gains in persons with Parkinson's disease. *Mov Disord*. ۲۱(۹): ۱۴۴۴-۵۲.

- Dibble LE, Hale TF, Marcus RL, Droge J, Gerber JP, LaStayo PC.(۲۰۰۶). High-intensity resistance training amplifies muscle hypertrophy and functional gains in persons with Parkinson's disease. *Mov Disord* . ۲۱(۹): ۱۴۴۴-۵۲.
- Duval HM. (۲۰۱۰).Quality of life and severe and persistent mental illness: A pilot study [dissertation]. New England: Antioch University.
- Forsaa EB, Larsen JP.(۲۰۰۸). Predictors and course of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* . ۳۰; ۲۳(۱۰): ۱۴۲۰-۷.
- Giroux, ML. (۲۰۰۷). "Parkinson disease: managing a complex, progressive disease at all stages". *Cleve Clin J Med*. ۷۴(۵):۳۱۳-۴, ۳۱۷-۸, ۳۲۰-۲.
- Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, et al. (۲۰۰۷).A prospective study of quality of life in schizophrenia in three european countries. *Schizophr Res J* .۹۳(۱-۳): ۱۹۴-۲۰۲.
- Herlofson K, Larsen JP. (۲۰۰۳).The influence of fatigue on health-related quality of life in patients with parkinsons disease. *Acta Neurol Scand*.۱۰۷:۱-۶.
- Herman T, Giladi N, Hausdorff JM.(۲۰۰۹). Treadmill training for the treatment of gait disturbances in people with Parkinson's disease: a mini-review. *J Neural Transm* . ۱۱۶(۳): ۳۰۷-۱۸.
- Hirsch MA, Toole T, Maitland CG, Rider RA. (۲۰۰۳).The effects of balance training and high-intensity resistance training on persons with idiopathic Parkinson's disease. *Arch Phys Med Rehabil* . ۸۴(۸): ۱۱۰۹-۱۷.
- Karlsen KH, Tandberg E.(۲۰۰۰). Health-related quality of life in Parkinson's disease: a prospective longitudinal study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Nov; ۶۹(۵): ۵۸۴-۹.
- Keus SH, Bloem BR, Hendriks EJ, Bredero-Cohen AB, Munneke M.(۲۰۰۷). Practice Recommendations Development Group. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. *Mov Disord* . ۱۵;۲۲(۴):۴۵۱-۴۶۰.
- Kuopio AM, Marttila RJ, Helenius H, Toivonen M, Rinne UK. (۲۰۰۰). "The quality of life in Parkinson's disease". *Mov Disord*. ۱۵(۲):۲۱۶-۲۳.
- Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A, et al. (۲۰۱۲).Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* .۱۸(۱): ۳۵-۹.
- Mark M, Sage J. (۲۰۰۰). *Young Parkinson's Handbook*. Staten Island, NY: APDA Publications.
- Morris ME. (۲۰۰۰). "Movement disorders in people with Parkinson disease: a model for physical therapy". *Phys Ther*. ۸۰(۶):۵۷۸-۹۷.

- Nojomi M, Mostafavian Z, Shahidi GA, Jenkinson C.(۲۰۱۰). [Quality of life in patients with Parkinson's disease: translation and psychometric evaluation of the Iranian version of PDQ-۳۹] JRMS . ۱۵(۲): ۶۳-۶۹. [Persian].
- Pallone JA.(۲۰۰۷). Introduction to Parkinson's disease. Dis Mon . ۵۳(۴): ۱۹۵-۹.
- Papapetropoulos S, Ellul J, Argyriou AA, Chroni E, Lekka NP.(۲۰۰۶). The effect of depression on motor function and disease severity of Parkinson's disease. Clin Neurol Neurosurg . ۱۰۸(۵): ۴۶۵-۹.
- Rodrigues de Paula F, Teixeira-Salmela LF, Coelho de Morais Faria CD, Rocha de Brito P, Cardoso F.(۲۰۰۶).Impact of an exercise program on physical, emotional, and social aspects of quality of life of individuals with Parkinson's disease. Mov Disord . ۲۱(۸):۱۰۷۳-۱۰۷۷.
- Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. (۲۰۰۰). “How does Parkinson's disease affect quality of life? A comparison with quality of life in the general population”. Mov Disord. ۱۵(۶):۱۱۱۲-۸.
- Soltanzadeh A.(۲۰۰۶).Neurologic disorders. ۴th ed. Tehran, Iran: Jafari Publications. [In Persian].
- Veisser M, Van Rooden SM.(۲۰۰۸). A comprehensive model of health-related quality of life in Parkinson's disease. J Neurol . ۲۵۵(۱۰):۱۵۸۰-۷. Epub ۲۰۰۸ Sep ۲۴.
- Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV.(۲۰۰۹). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. Maturitas. ۶۲(۲):۱۵۳-۹.