

# رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون

نویسندگان: زیبا برقی ایرانی<sup>۱\*</sup>، مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۲</sup>، حسین زارع<sup>۳</sup>، احمد علی پور<sup>۴</sup> و غلامعلی شهیدی<sup>۵</sup>

## روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور  
رشتار

- ۱- استادیار روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۲- دانشیار روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۳- استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۴- استاد روانشناسی دانشگاه پیام نور.
- ۵- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران.

\*Email: z\_irani@pnu.ac.ir

### چکیده

بیماری پارکینسون نوعی اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون اجرا شد. روش پژوهش در این مطالعه علی-همبستگی، جامعه آماری را کلیه بیماران سالمند مبتلا به پارکینسون تشکیل می‌دادند که ۱۰۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان آنها انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: (۱) پرسشنامه دموگرافیک (محقق ساخته) (۲) مقیاس کیفیت زندگی (۳) پرسشنامه ادراک بیماری (Brief IPQ) (۴) پرسشنامه پیروی دارویی. نتایج حاکی از ارزیابی الگوی رابطه پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری است و تحلیل‌ها نشان دادند که داده‌ها به خوبی با مدل از لحاظ شاخص‌های برازندگی، برآزش دارند ( $IFI=0/91$  و  $CFI=0/91$ ). تحلیل نشان داد که ادراک بیماری ( $r=0/95$ ) و پیروی دارویی ( $r=0/86$ ) با کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون رابطه مستقیم دارد ولی بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه مستقیمی وجود ندارد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد و از طرفی عوامل روانشناختی چون ادراک بیماری و پیروی دارویی و کیفیت زندگی با هم رابطه دارند. به طوری که عوامل روانشناختی روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند که می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری در سالمندان مبتلا به پارکینسون گردد.

• دریافت مقاله: ۹۲/۵/۹

• پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۲۴

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-first Year, No.10  
Spring & Summer  
2014

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و یکم - دوره

جدید شماره ۱۰

بهار و تابستان ۱۳۹۳

کلیدواژه‌ها: ادراک بیماری، پیروی دارویی، کیفیت زندگی، بیماری پارکینسون

## مقدمه

کیفیت زندگی عبارتست از باورهای فرد در وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این باورها با انتظارات، معیارها و اولویت‌های در نظر افراد [۱]. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، بسته به دوره زمانی و شرایط فرهنگی متفاوت است ولی بطور کلی مؤلفه‌های کیفیت زندگی را می‌توان بر اساس ارزش‌های فردی و اجتماعی و فرهنگ ملی خاص تعریف کرد [۲]. البته بدون شک و تردید شرایط حاکم بر جامعه و وضعیت اقتصادی فرد نیز در کیفیت زندگی نقشی تعیین‌کننده دارند و یکی از این شرایط سالمندی و بخصوص ابتلا به بیماریهای مزمن دوره سالمندی است.

در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع، هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌آید و هم چالش فرا روی این جوامع است. طبق آمارهای جدید سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۱ برآورد شده که جمعیت سالمندان جهان در ۵۰ سال سه برابر افزایش خواهد داشت یعنی جمعیت ۶۰۶ میلیون نفری فعلی به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ می‌رسد [۳].

سالمندان از تمام گروههای سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌های آنها بیشتر از شباهتهایشان است [۴ و ۵]. در سالمندان احتمال شکل‌گیری یک بیماری مزمن جسمی با افزایش سن فرد بیشتر می‌شود. براساس زمینه‌یابی عمومی مربوط به خانواده که در سال ۱۹۹۸ در بریتانیا صورت گرفت، ۵۹ درصد افراد بین ۶۵ تا ۷۴ ساله و ۶۶ درصد افراد ۷۵ ساله و بالاتر تجربه ابتلا به یک بیماری و ناتوانی دیرپا معلولیت را گزارش کردند. رایج‌ترین بیماریهای مزمن بیماریهای عضلانی-اسکلتی، بیماریهای مربوط به گردش خون، بیماریهای قلبی و بیماریهای نورولوژیک هستند که با افزایش سن بیشتر می‌شود [۶].

بیماری پارکینسون نیز نوعی اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است. علائم حرکتی این

بیماری در نتیجه مرگ سلول‌های تولیدکننده دوپامین در منطقه‌ای از مغز میانی به نام جسم خاکستری<sup>۲</sup> ایجاد می‌شود. که علت این مرگ سلولی هنوز مشخص نیست [۷].

اکثر این بیماران به نوع ایدیوپاتیک<sup>۳</sup> (بدون هیچ علت شناخته شده) به پارکینسون مبتلا می‌شوند. پارکینسون بطور معمول به عنوان یک بیماری غیر ژنتیکی در نظر گرفته می‌شود [۸].

بیماری پارکینسون دومین اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی<sup>۴</sup> شایع بعد از بیماری آلزایمر است. میانگین سن شروع این بیماری ۶۰ سالگی است، اگرچه در ۵ تا ۱۰ درصد موارد که به عنوان پارکینسون با شروع در دوره جوانی اطلاق می‌شود، در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی آغاز می‌گردد. شیوع این بیماری در میان کشورهای اروپایی در حدود ۱۰۸ تا ۲۵۷ مورد در هر صد هزار نفر (۱/۰ تا ۲۵/۰ درصد) گزارش شده است [۹]. پارکینسون در میان سالمندان بسیار شایع بوده و شیوع آن از ۱ درصد در افراد بیش از ۶۰ سال به ۴ درصد در افراد بالای ۸۰ سال افزایش پیدا می‌کند [۱۰]. شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی ایران ۲ در صد هزار نفر است که این میزان در افراد بالای ۶۵ سال به ۲ در صد هزار نفر (۱۰ برابر) افزایش می‌یابد. بر همین اساس و با احتساب جمعیت ۷۵۱۴۹۶۶۹ میلیون نفری کشور در سال ۱۳۹۰، پیش بینی می‌شود بین ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر بیمار مبتلا به پارکینسون در کشور وجود داشته باشد [۱۱].

بیماری پارکینسون حرکات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب ایجاد اختلالات حرکتی می‌شود. بارزترین علائم حرکتی در شروع بیماری عبارتند از لرزش یا ترمور<sup>۵</sup>، سفتی<sup>۶</sup>، برادی کینزی<sup>۷</sup> یا کندی حرکت و اختلال در راه رفتن یا عدم تعادل وضعیتی<sup>۸</sup>. علائم غیر حرکتی

2. Substantia Nigra
3. Idiopathic
4. Neurodegenerative
5. Tremor
6. Rigidity
7. Slowness of Movement
8. Postural Instability

1. Parkinson's Disease

ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی [۱۴] و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی، توانایی کارکردن است [۱۵].

بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارزشی است که فرد علی رغم تأثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنش وی، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی او دارند، برای زندگی قایل است. کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیتهای روزمره باشد و بیمار نیز از کارایی درمان، کنترل بیماری و یا بازتوانی احساس رضایت نماید. کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان «ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل مشغولی‌ها» تعریف کرده است. کیفیت زندگی به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌شود که نیازها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه‌ی فرد تأکید دارند، دربرمی‌گیرد [۱۶].

اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد. بر اساس نظریه لونتال<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۸) بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند. ادراک بیماری<sup>۶</sup> شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: یعنی پرچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند،

شامل اختلال عملکرد اتونومیک، مشکلات عصبی- روانی (خلق، شناخت، رفتار یا تغییرات فکری) و مشکلات حسی، کیفیت زندگی و خواب می‌باشد [۷]

مشکلات پیش روی مبتلایان به پارکینسون با کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان و مراقبین آنها، افزایش مرگ و میر و افزایش احتمال نیاز به پرستار در منزل همراه است [۱۱].

رفتارهای برانگیزی از قبیل مصرف و تمایل<sup>۱</sup> بیش از حد دارو، شرابخواری<sup>۲</sup>، تمایل جنسی بیش از حد<sup>۳</sup> و قماربازی مرضی<sup>۴</sup> می‌تواند در بیماران مبتلا به پارکینسون دیده شود و با مصرف داروهایی که برای کنترل این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، ارتباط دارند [۷].

کیفیت زندگی مربوط به سلامت، جنبه‌هایی از زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می‌باشند [۱۲] در یک تعریف کلی می‌توان گفت که کیفیت زندگی مربوط به سلامت بستگی به میزان تأثیر پذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد. در این تعریف بر ذهنیت فرد و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می‌شود. کیفیت زندگی مربوط به سلامت معرف نوعی برداشت ذهنی از بیماری یا درمان آن است. به همین دلیل، بیماران با وضعیت سلامت مشابه، به علت تفاوت‌های فردی مربوط به توقعات و راهبردهای مقابله‌ای، ممکن است کیفیت زندگی همسان نداشته باشند. حیطة جسمانی به درک بیمار به توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و انرژی بیمار بستگی دارد. حیطة اجتماعی به انزوا، وابستگی، سطح روابط با خانواده و بستگان و شرایط دیگر محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و بالاخره حیطة روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجان است و مسائلی چون ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می‌شود [۱۳].

ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی،

1. Craving
2. Binge Eating
3. Hypersexuality
4. Pathological Gambling

5. Levental  
6. Illness Perception

می دهد که گرچه برخی مطالعات بر نقش ادراک بیماری به عنوان پیش بینی کننده پیامدهای بیماری تأکید نموده اند اما مطالعات کافی در مورد ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون انجام نگرفته است یا این ارتباط به خوبی روشن نیست.

یکی از اساسی ترین نمونه‌ها و دل مشغولی‌های اغلب سالمندان مبتلا به پارکینسون و خانواده‌های آنان رسیدن به حد مطلوب زندگی که ممکن است ناشی از ادراک بیماری، کیفیت زندگی، پیروی دارویی، باشد در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روانشناختی و تأثیر آن در بهبود عملکرد بیماری پارکینسون و با توجه به نقش عوامل و اهمیت روان‌شناختی در بروز این بیماری‌ها به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به پارکینسون این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود.

بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین برآزش مدلی برای رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون می باشد.

## روش

### آزمودنی

باتوجه به اینکه سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌هایشان بیشتر از شباهت‌هایشان است [۲و۳]. جامعه مطالعه حاضر افراد ۵۰ تا ۷۰ سال مبتلا به پارکینسون بود، که تعداد ۱۰۰ نفر را که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و می‌توانستند تجربیات خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده و در روند درمان مداخله ای قرار گیرند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به روش نمونه‌گیری عبارت بودند از:  
۱- طبق نظر متخصص مغز و اعصاب مبتلا به بیماری پارکینسون تشخیص داده شده باشند؛ ۲- بیشتر از یک ماه تحت درمان دارویی لوودوپا، آگونیست‌های دوپامین قرار داشته باشند؛ ۳- پیشرفت بیماری به مرحله دمانس نرسیده باشد؛ ۴- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به پارکینسون

ماهیت<sup>۱</sup> یا باور در مورد علل مسبب آغاز خستگی و ضعف)، علت<sup>۲</sup> یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری<sup>۳</sup>، مدت زمان بیماری بر حسب این که حاد، دوره ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرهای کنترل، اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، و مؤثر بودن<sup>۴</sup> درمان و بهبود. ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتروز روماتوئید، بیماری هانتینگتون [۱۷]، دیابت [۱۸]، سکته قلبی [۱۹]، کلیوی [۲۰] و سرطان سر و گردن [۲۱] است.

از سویی دیگر عدم پیروی از رژیم درمانی که بصورت میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی تعریف می‌شود یک فرایند رفتاری پیچیده بوده و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تأثیر می‌گذارد [۲۲و۲۳].

مطالعات اکانوراک<sup>۵</sup> و همکاران در تایلدن نشان داد که که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با پذیرش درمان بهتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۲۴]. عدم پذیرش درمان از سوی بیماران یک مشکل مهم در کنترل بیماری و پیشگیری از مقاومت دارویی است [۲۵].

مطالعات فراوانی درباره عدم پیروی از رژیم درمان در سایر کشورها انجام گرفته است اما تحقیقات در این زمینه در کشور ما اندک بوده و با توجه به بار ارزشی ناشی از بیماری پارکینسون بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان جامعه لزوم انجام مطالعات در این زمینه محسوس می‌باشد.

نظر به اینکه جمعیت سالمندان کشور تا ۳۰ سال آینده رشد چشمگیری خواهد داشت، بنابراین تعداد بیماران مبتلا به پارکینسون نیز رشد فزاینده‌ای خواهد یافت.

جمع‌بندی کلی از مرور متون مربوط به موضوع نشان

1. Identity
2. Cause
3. Timeline
4. Consequences
5. Okanurak

زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت [۲۸].

ج) پرسشنامه جهت ارزیابی پیروی دارویی: پرسشنامه پیروی ماریسکی<sup>۱</sup> در ۱۹۹۲ که شامل ۵ سوال می‌باشد که هر سوال دارای پاسخ مثبت و منفی است. به هر پاسخ مثبت یک امتیاز و به هر پاسخ منفی نمره صفر داده می‌شود. در این ابزار سوالات بگونه‌ای طراحی شده‌اند که امتیازات بالاتر به معنی پیروی بیشتر می‌باشد، به این ترتیب امتیازات ۱-۰ نشان دهنده پیروی خوب و ۵-۲ موید پیروی ضعیف می‌باشد [۲۹].

### نتایج

از ۱۰۰ نفر نمونه پژوهش، ۵۰ نفر بیمار زن و ۵۰ نفر بیمار مرد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان، ۵۷/۸ سال و میانگین سنی مردان ۵۳/۷ سال و میانگین زمان ابتلا به بیماری ۳/۲ سال بوده است. میانگین انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات پیروی دارویی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در جدول ۱ آمده است.

تحلیل داده‌ها در جدول ۱ نشان داد که ادراک بیماری ( $r=0/95$ ) و پیروی دارویی ( $r=0/86$ ) با کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون در سطح  $p<0/001$  رابطه مستقیم دارد ولی بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه مستقیمی وجود ندارد.

جدول ۲، شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد. مطابق با مندرجات جدول ۲ برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با داده‌ها از چند شاخص برازندگی استفاده شد.

دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛  
۵- عدم ابتلا به بیماری مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی تا قبل از ابتلا به پارکینسون؛  
۶- سن بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۷۰ سال؛  
۷- عدم سوء مصرف مواد؛  
۸- مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱ تا ۵ سال باشند.

### ابزارهای پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات لازم علاوه بر پرسشنامه دموگرافیک ۲، پرسشنامه‌های زیر نیز استفاده شده است:

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جمعی (WHO): این پرسشنامه دارای ۲۶ عنوان است و ۴ بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی را می‌سنجد. در ایران نیز نصیری و همکاران در ۱۳۸۵ این مقیاس را به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن را گزارش کرده است [۲۶]. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس که نشان دهنده همسانی درونی است ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران همسانی درونی مقیاس در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. همچنین آزمون پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته، ۰/۷۵ گزارش شده است [۲۷].

ب) پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (brief IPQ) یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است [۲۷]. سؤال‌ها به ترتیب پی آمده‌ها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲
۱. کیفیت زندگی	۶۷/۷۴	۱۹/۲۲		
۲. پیروی دارویی	۱۱۹/۳۶	۱۶/۸۶	*۰/۸۵۷	
۳. سادراک بیماری	۶۸/۴۵	۱۹/۱۳	*۰/۹۵۳	*۰/۰۷۳

\* (p<۰/۰۰۰۱) و \*\* (p<۰/۰۰۱) و NS عدم معنی‌داری

جدول ۲: برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص	2χ	Df	χ <sup>2</sup> /df	IFI	CFI	RMSEA
الگوی اولیه پیشنهادی	۴۸۹/۳۴	۲۶	۱۸/۱۵	۰/۶۳۴	۰/۶۲۵	۰/۴۲۴
الگوی اصلاح شده	۱۳۲/۲۵	۲۳	۵/۸۰	۰/۸۷۳	۰/۹۱۳	۰/۲۱۷

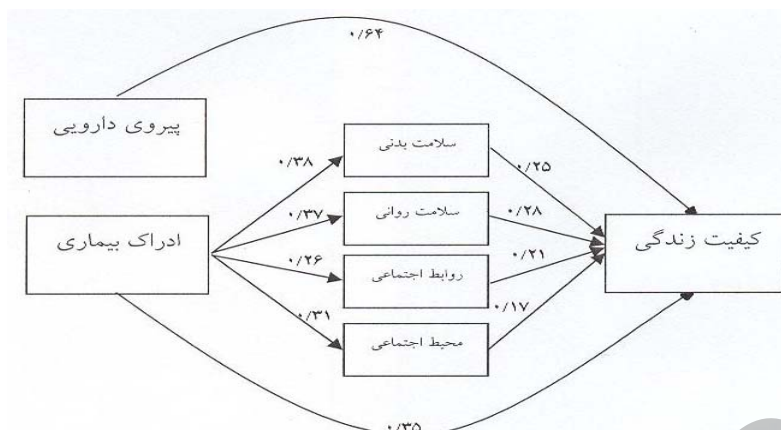
برازندگی مقایسه‌ای<sup>۵</sup> و شاخص برازندگی افزایشی<sup>۶</sup> شاخص‌هایی هستند که برازش یک مدل معین را با مدل پایه نشان می‌دهند [۳۱]. هر چه این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، برازش مدل بهتر است. براساس مندرجات جدول ۲ مقدار شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی نزدیک به ۱ است که حاکی از برازش خوب مدل پژوهش حاضر است. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۷</sup> یکی دیگر از شاخص‌های برازندگی است، که ریشه دوم میانگین مجذورات باقی مانده می‌باشد که به عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می‌شود [۳۰]. مقادیر شاخص هرچه به یک نزدیک‌تر باشد، برازش بهتری را نشان می‌دهد. براساس مندرجات جدول ۲ این مقدار ۰/۲۱۷ است که باز نشانگر برازش خوب مدل است. شکل ۱ ضرایب مسیر مربوط به رابطه علی ادراک بیماری و پیروی دارویی را با کیفیت زندگی نشان می‌دهد. بر اساس این مدل پیروی دارویی بر کیفیت زندگی اثر مثبت و ادراک بیماری بر آن اثر منفی دارد. هم‌چنین، بین ادراک بیماری و پیروی دارویی رابطه ناچیزی دیده شد.

شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هر چه به صفر نزدیک‌تر باشد و به لحاظ آماری معنی‌دار نباشد، مدل برازنده‌تر خواهد بود. وقتی حجم نمونه برابر ۷۵ تا ۲۰۰ باشد مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برازندگی است، اما برای مدل‌های با N بزرگتر، مجذور کای تقریباً همیشه از نظر آماری معنی‌دار است و این موجب می‌شود که آماره مجذور کای تقریباً همیشه برازش مدل را رد کند از این رو بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن (یعنی، مجذور کای نسبی) می‌سنجند (جورسکوک و سوربوم<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند، چنانچه این شاخص کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی<sup>۲</sup> و بین ۲ تا ۵ برازندگی خوب<sup>۳</sup> و بزرگ‌تر از ۵ برازندگی ضعیف<sup>۴</sup> و نامقبول الگو را نشان می‌دهد. [۳۰]

در مدل پیشنهادی اولیه مقدار مجذور کای نسبی ۱۸/۱۵ به دست آمد، لذا از اصلاحات پیشنهاد شده در الگو استفاده شد و مدل بازسازی گردید و سپس برازش مدل جدید مورد تحلیل قرار گرفت، مندرجات جدول ۲ مقدار مجذور کای نسبی مدل اصلاح شده را ۵ نشان می‌دهد که حاکی از برازش خوب مدل است. شاخص

5. Comparative Fit Index (CFI)  
 6. Incremental Fit Index (IFI)  
 7. Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

1. Joreskog & Sorbom  
 2. Excellent fit  
 3. Okay fit  
 4. Poor fit



## بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر مبنایی برای گسترش مبنای نظری و همچنین تعیین رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی بر سالمندان مبتلا به پارکینسون در قالب یک مدل معادلات ساختاری بود. نتایج نشان داد ادراک بیماری، پیروی دارویی با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارند. این نتایج با یافته‌های برخی پژوهش‌ها [۲۵، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۲، ۷] همسو است.

از یکسو نظر به اینکه علائم بیماری پارکینسون در سالهای اولیه ابتلا از نوع ایدیوپاتیک می‌باشد مبتلایان به بیماری خود اهمیت چندانی نداده و آن را غیر حاد در نظر می‌گیرند و این امر موجب ادراک نادرست و برآورد کم از وخامت بیماری شده و عدم پیروی دارویی را بدنبال دارد که این موجب کاهش کیفیت زندگی مبتلایان به پارکینسون می‌گردد. نتایج حاضر با برخی پژوهش‌ها [۲۵ و ۱۲] همسو می‌باشد.

ازسوی دیگر در این بیماران پیشرفت بیماری در صورت عدم اقدامات درمانی سرعت گرفته و تمام جنبه‌های جسمانی، حرکتی و عصبی روانی را درگیر می‌کند، فرد درمورد ادراک بیماری خود دچار بیش برآورد شده و اقدام به مصرف بیش از حد دارو می‌نماید و هر دو این شرایط موجب کاهش کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون می‌گردد. نتایج حاضر با برخی پژوهش‌ها [۲۳، ۲۲ و ۲۴] همسو می‌باشد.

با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت

عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تأثیر می‌گذارند [۳۰]. بنابراین می‌توان گفت علائم روانی و حرکتی در بیماری پارکینسون من جمله لرزش، سفتی عضلانی، کندی حرکتی و مشکلات روانشناختی چون افسردگی، اضطراب و وحشتزدگی، اختلالات حافظه و شناختی موجب می‌شود که بیمار از بیماری خود برآورد نادرست و ادراک غیر واقعی داشته بیش برآورد یا کم برآورد کند که طبیعتاً عدم درک درست از بیماری موجب مواجهه غیر منطقی با بیماری شده و باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی-روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود [۳۱]. ازسوی دیگر عدم پیروی دارویی صحیح نتنها موجب بهبود علائم بیماری نمی‌شود بلکه عوارض داروهایی که همگی مشتقاتی از دوپامین هستند موجب عوارض دارویی چون اضطراب، فوبی‌ها و اختلالات وحشتزدگی [۸] می‌شود.

بنابراین می‌توان گفت علایم جسمانی، حرکتی در بیماری پارکینسون و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران مانند اختلالات خلقی و شناخت، اختلالات خواب و مشکلات حسی می‌تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی شود [۳۰] همانگونه که در پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده شده است افرادی که از یک بیماری روانی رنج می‌برند دارای کیفیت زندگی عینی و ذهنی

حاضر نیز حاکی از تأیید این تبیین است.

ازسویی دیگر پژوهش نشان داد پیروی دارویی پیش بین قوی (۰/۶۴) برای کیفیت زندگی است و چون بیماری پارکینسون یک اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی است درمانهای دارویی موجب پیشگیری از روند روبه پیشرفت بیماری و بهبود پاره‌ای از علایم بیمار شده و شرایطی را برای بیمار فراهم می‌کند مجدد بتواند به فعالیت‌های روزمره اجتماعی بپردازد و این امر طبیعتاً موجب ارتقاء کیفیت زندگی خواهد شد.

لذا با توجه به شیوع و بروز بیماری پارکینسون در سالمندان و افزایش جمعیت سالمندان در جامعه و با عنایت به ویژگی‌های روانشناختی این بیماران و تأثیر بیماری بر روند زندگی مبتلایان لازم است تا به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای ارزیابی برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌های بیماری‌ها و درمان آن‌ها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته اند، پرداخته شود.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی سالمندان مبتلا به پارکینسون گام‌های اساسی در جهت کاهش سرعت پیشرفت بیماری و تسریع روند بهبودی بیماران برداشت.

در راستای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد عوامل موثر دیگر بر ارتقاء کیفیت سالمندان بخصوص مبتلایان به پارکینسون شناسایی گردد. از آنجایی که جلسات گروه درمانی می‌تواند بر احساس همدردی و افزایش اطلاعات افراد در خصوص بیمارشان منجر شود پیشنهاد می‌گردد غیر از درمانهای دارویی جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری برگزار گردد.

باتوجه به دستاوردهای پژوهش حاضر انجام این گونه پژوهش‌ها در میان بیماران دچار بیماریهای جسمی مزمن دیگری همچون دیابت، ایدز و ... توصیه می‌گردد و سپس بررسی و مقایسه‌ای میان این گروه‌های بیمار،

ضعیفی هستند [۳۲ و ۳۳]. در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از سوی دیگر میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشان‌های جسمانی و روانی در آنها بیشتر می‌باشد [۳۵]. بیماران خلق ضعیف‌تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و رضایت از زندگی کمتری دارند. با توجه به این که کیفیت زندگی به عنوان قضاوت‌های شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری‌های مزمن می‌شود، علائم فیزیولوژیکی پیش‌آگهی درمان، رژیم غذایی و موضوعات مرتبط می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند.

ادراک بیماری شامل برآورد فرد از شدت و ضعف و تأثیر بیماری در فرد است [۱۳]، لذا اقدامات دارویی انجام شده در راستای کنترل و بهبود بیماری در ابعاد متعدد بر کیفیت زندگی موثر می‌باشد و انسان‌ها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بطوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی نیز بر کیفیت زندگی موثرند.

باتوجه به نتایج تحلیل آماری و برازش مدل که نشانگر تأثیر ادراک بیماری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی من جمله سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی است، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که تصور فرد از بیماری که چقدر بیماری خطرناک و ناتوان‌کننده است موجب انزوای فرد از اجتماع و محدود ساختن روابط اجتماعی فرد می‌شود و متعاقباً کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره اجتماعی برا فرد بزرگسالی که تا قبل از ابتلا به این بیماری فردی خبیره و باتجربه در جامعه شناخته شده بود موجبات ناکامی و افسردگی می‌شود و تبعاً افت کیفیت زندگی را در فرد بدنبال دارد، پژوهش



- 4- Steuer, J.L. & Hammen, C.L. (1983). Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- 5- Fatterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology, and treatment. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2<sup>nd</sup> edn). New York: Guilford Pres.
- ۶- لایدلواو، کن؛ تامپسون، لاری. (۱۳۸۷). شناخت رفتار درمانگری سالمندان، ترجمه: کافی، سید موسی؛ احمدی ازغندی، علی. تهران: سمت.
- 7- Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79, 368.
- 8- Samii, Nuttgj & Ransombr. (2004). Parkinson's disease. *Lancet*, 363, 1783-93.۶
- 9- Lindgren, P., Von Campenhausen, S., Spottke, E., Siebert, U. & Dodel, R. (2005). Cost of Parkinson's disease in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 68-73.
- 10- Delau, L. M. L. & Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 5, 525-535
- 11- Shahidi, G. A. (2012). prevalence parkinson's disease in iranian population. Tehran: Iranian Neurological Research Center.
- 12- Caballol, N., Marti, M. J. & Tolosa, E. (2007). Cognitive dysfunction and dementia in Parkinson disease. *Movement Disorders*, 22, S358-S366.
- 13- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (2004). LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS command language. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- 14- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Application and issues in assessment. *Bio Med J*; 305: 1074-77.
- 15- Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D. (2004). Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. *Inflammation Research*. 53 (Suppl. 2):36-S141.

صورت پذیرد تا میزان تاثیر گذاری روش های مشاوره ای گوناگون در این گونه بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد. گفتنی است که شمار کم آزمودنی ها و روش نمونه گیری در دسترس، برای تعمیم یافته های به دست آمده، لزوم انجام پژوهش های مشابه با نمونه های بزرگتر در پژوهش های گسترده را ضروری می نماید. همچنین بررسی سایر عوامل اجتماعی و روانشناختی موثر بر کیفیت زندگی و استفاده از برنامه های درمانی مبتنی بر شیوه های روانشناختی جهت تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران از جمله پیشنهادهایی است که می توان در رابطه با پژوهش حاضر ارائه نمود. با توجه به مسأله تعمیم پذیری پیشنهاد می شود، پژوهشگران بعدی روی جمعیت های مختلف با سطح تحصیلات و طبقات اجتماعی مختلف به پژوهش بپردازند. هم چنین، با توجه به این که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیروی دارویی یکی از عوامل روانشناختی است که نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران ایفا می کند، پیشنهاد می شود که کارگاه های آموزشی برای کلیه افراد بخصوص سالمندان در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی در تهران انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش بخصوص سالمندان مبتلا به پارکینسون و اساتید مساعدت ها و راهنمایی های لازم را فراهم کرده اند تشکر و قدردانی می شود.

### منابع

- 1- Wimberly, D. (2010). Quality of life trends in the southern black belt, 1980- 2008: A research note. *Journal of Rural Social Sciences* 25(1): 103-118.
- 2- Eack, S.M. & Newhill, C.E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-7.
- 3- World Health Organization. (1983). Health education in self-care: Possibilities and limitations. Report of a scientific consultation. Geneva: World Health Organization, 21-25. Oct;12(10):1160-5

- ۲۷- آقا محمدی، سمیه. کجباف، محمد باقر. نشاطدوست، حمید طاهر. عابدی، احمد. کاظمی، زینب. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی دختران فراری: پژوهش مورد منفرد. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۹.۶(۵۷).
- 28- Bardbent, E., petrie, k.J., main, J., & weinman, J.(2006). The brief illness perception questionnaire. Journal of psycho somatic Research, Go, 631-G370
- ۲۹- عباسی، محمد. سالمی، صدیقه. سید فاطمی، نعیمه. حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی چگونگی پیروی از رژیم دارویی و ارتباط آن با باورهای بهداشتی در مبتلایان به پرفشاری خون. پرستاری ایران. ۴۲.۴۱(۶۱).
- ۳۰- هومن حیدری، علی. (۱۳۸۵). مدل سازی ساختاری با نرم افزار لیزرل. انتشارات سمت، تهران.
- 31- Bollen, K. A. (1990). Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects. Psychological Bulletin. 107(2), 256-259.
- 32- Chao SY, Liu HY, Wu CY, Jin SF, Chu TL, Huang TS, Clark MJ. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. J Nurs Res. 14(1): 36-45.
- ۳۳- نائینیان، رضا. باباپور، جلیل. گروسی فرشی، تقی. شعیری، محمد رضا. رستمی، رضا. (۱۳۹۰). مقایسه تاثیر آموزش نوروفیدبک و دارو درمانی بر کاهش نشانه های اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۹.۷(۱).
- 34- Li, R., Yan, B. P., Dong, M., Zhang, Q., Wai-Kwok Yip, G., Chan, C., and et al. (2012). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. International Journal of Cardiology, in press.
- ۱۶- گشتاسبی، آزیتا (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.
- 17- Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, et al. Illness perceptions and coping explain well being in patients with Huntington's disease. Psychol Health (2006); 21(4):431-446.
- 18- Ponzio MG, Gucciardi E, Weiland M, et al. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. Behav Med (2006); 31(4):153-160.
- 19- Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. J Psychosom Res (2005); 58(5):403-415.
- 20- Fowler C, Baas LS. Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. Nephro INurs J 2006; 33(2):173-186.
- 21- Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, et al. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. Head Neck. (2005); 27(10):857-863
- 22- Black well B, Gutran MC. Compliance In: Bulpitt CJ, editor. Hand Book of Hypertension, Vol G: Epidemiology of Hypertension. Elsevier Science; (1985). p.453.
- 23- Miller NH, Hill M, Kottke T, et al. The multilevel challenge: recommendations for a call to action circulation. (1997); 95: 1085-1090.
- 24- Mirhaghani L, Nasehi M. [National Tuberculosis Program in Iran, Ministry of health]. Tehran: Nashre Seda. (2002); pp:15-20.
- 25- Khalili H, Dashti-khavidaki S, Sajadi S, Hajiabolbaghi M. Assessment of adherence to tuberculosis drug regimen. DARU. (2008); 16(1): 47-50.
- ۲۶- نصیری، حبیب الله؛ هاشمی، لادن؛ حسینی، سیده مریم (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ۳۶۵-۳۶۸.