

## رابطه افسردگی و استرس با کیفیت زندگی بیماران آلزایمر

مریم مه‌ری آدریانی<sup>۱</sup>

دکتر نسترن مجددی نسب<sup>۲</sup>

دکتر ناصر شرف‌الدین زاده<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر سنجش رابطه افسردگی و استرس با کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر شهر اهواز بود. نمونه پژوهش، شامل ۴۰ نفر از بیماران آلزایمر بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش شامل مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر (QOL-AD)، مقیاس افسردگی بک و مقیاس استرس هولمز-راهه بود. نتایج تحقیق نشان داد بین افسردگی و کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه منفی وجود دارد. اما بین استرس و کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه معنی‌داری به دست نیامد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، تنها افسردگی پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، استرس، آلزایمر

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دانشیار گروه مغز و اعصاب، اهواز، ایران.

## مقدمه

با افزایش سن و رسیدن به دوران سالمندی بروز برخی اختلالات جسمی و روانی دور از انتظار نیست. ازدست رفتن پیشرونده عملکرد شناختی که اغلب در سنین پیری روی می‌دهد با اصطلاح دمانس شناسایی می‌شود. شایعترین شکل دمانس بیماری آلزایمر<sup>۱</sup> است، اختلال مغزی که ویژگی آن اضمحلال توجه و شخصیت است (روزنهان و سیلگمن<sup>۲</sup>، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶) بیماری آلزایمر از جمله بیماریهای مزمن است که غالباً در سالمندی بروز می‌کند، عملکرد شناختی افراد مبتلا به آلزایمر به تدریج زایل می‌شود. احتمالاً حیاتی‌ترین عملکردهایی که در ابتدا از بین می‌رود دقت در کار و حافظه است. اختلالات عمده به تواناییهای ذهنی و حافظه مربوط می‌شود. تغییرات شخصیتی اغلب به شکل اتکای کمتر به خود، بی‌اعتنایی و انزوای بیشتر تظاهر می‌کند، مراقبت از خود تضعیف می‌شود و مشکلات رفتاری بروز می‌کند. این بیماری یکی از نگران‌کننده‌ترین اختلالات موجود است، چون دارای عواقب تاسف‌باری برای بیمار و خانواده وی می‌باشد. به طوری که اصطلاحاً از آن به عنوان «مراسم تدفین بی‌پایان» یاد می‌شود (اسملترز و برنداجی، ترجمه مشتاق، ۱۳۸۶). به دلیل اهمیت تحت‌تأثیر قرار گرفتن سلامت جسمی، روحی، رفاه اجتماعی فرد در اثر بیماریهای مزمن، مفهوم کیفیت زندگی<sup>۴</sup> اهمیت خاص می‌یابد. این مفهوم در زندگی افراد سالم یا بیمار تحت تأثیر شرایط مختلف قرار گرفته و تغییر می‌کند. واژه کیفیت زندگی وابسته به سلامت به محدوده فیزیکی، روانی و اجتماعی سلامت اشاره می‌کند که تحت تأثیر تجربیات، عقاید، انتظارات و ادراکات افراد قرار می‌گیرد و در واقع یکی از نشانگرهایی است که برای اندازه‌گیری سلامتی مطرح شده است (درویش پور کاخکی، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی برداشت و پنداری است که فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه فرهنگی و ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق دارد (نجات، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی تمام ابعاد و فاکتورهای موثر بر زندگی شخص را دربرمی‌گیرد و فراتر از سلامت جسمانی است و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل سنجیده شود (حمیدی زاده، ۱۳۸۳). تحقیقات نشان می‌دهد از جمله عواملی که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد افسردگی<sup>۵</sup> است (حضرتی، ۱۳۸۴). بروز نشانه‌های خفیف افسردگی، در واقع پاسخ آدمی به فشارهای متعدد در زندگی است. اکثر ما گاهی وقتها احساس غم و رخوت می‌کنیم و به هیچ کار و فعالیتی رغبت نداریم، حتی به فعالیتهای لذت بخش. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن عزیزان یا آگاهی از اینکه بیماری یا پیری، توان آدمی را تحلیل می‌برد از جمله موقعیتهایی است که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شود. افسردگی تنها زمانی ناهنجار تلقی می‌شود که در عملکرد بهنجار اختلال کند و هفته‌ها بدون وقفه ادامه یابد. اختلالهای افسردگی نسبتاً شایع هستند و حدود ۱۷ درصد مردم در طول زندگانی یک دوره افسردگی حاد

1. Alzheimer
2. Roznhan, selegman
3. Smlterz & Barndje
4. quality of life
5. depress

پیدا می‌کنند. (اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران، به نقل از اتکینسون و هیلگارد، ترجمه رفیعی و همکاران، ۱۳۸۶). افسردگی در سالمندان شایعتر از جمعیت کلی است. مطالعات مختلف میزان افسردگی را بین ۳۵ تا ۵۰ درصد گزارش کرده‌اند، همچنین افسردگی در سالمندان با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، از دست دادن همسر، بیماری جسمی هم‌زمان و کناره‌گیری اجتماعی رابطه دارد (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵). این اختلال در نتیجه فشار روانی<sup>۳</sup> و رویدادهای استرس‌زا<sup>۴</sup> نیز ایجاد می‌شود. در واقع فشار روانی می‌تواند موجب هیجانهای ناخوشایندی مانند اضطراب، افسردگی و همچنین بیماریهای جسمی عمده و کوچک، شود. باید به خاطر داشت اگر استرس به طور صحیح اداره شود؛ جنبه‌های مثبت و سودمندی رادر برمی‌گیرد و به انگیزه ما کمک می‌کند تا توانایی ما به بهترین شکل ایفا گردد (هارتلند<sup>۵</sup>، ترجمه، باغبان، ۱۳۸۴). مردم در برابر رویدادهای تنش‌زا واکنشهای گوناگون از خود نشان می‌دهند. برخی در مقابل گرفتاریها، دچار اختلالات وخیم روانی یا جسمی می‌شوند، درحالیکه مردم دیگر دچار اختلال نمی‌شوند و چنین رویدادی را فرصت و چالش می‌دانند. وقتی شخص با رویدادی روبرو می‌شود که آن را برای سلامت جسم و روان خود مخاطره‌آمیز بداند، این رویداد، رویداد تنش‌زا است و واکنش مردم به آنها را، پاسخهای تنش‌زا می‌نامند (اتکینسون<sup>۶</sup> و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). از جمله عواملی که جزء استرس‌زاهای بالقوه معرفی می‌شود وقایع زندگی است. در بین رویدادهای مختلفی که در زندگی اتفاق می‌افتد و بر فرد فشار روانی اعمال می‌کند بیماری و از دست دادن سلامتی است، موضوعی که مورد توجه تحقیقات مختلف قرار گرفته است. محدودیت فعالیت در بیماریها مخصوصا بیماریهای مزمن بر کل شیوه زندگی بیماران اثر سوء دارد. بیماریهای مزمن افراد را مستعد ابتلا به استرس و اختلالات خلقی می‌کند و سبب پایین آمدن کیفیت زندگی در افراد می‌گردد. امروزه پرداختن به کیفیت زندگی بیماران مزمن به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات مناسب و شناخت اثرات بیماری بر جنبه‌های مختلف زندگی بر اساس نیازهای انفرادی آنان ضروری و از نیازهای بیماران است. بیماری مزمن شامل طیف وسیعی از بیماریها می‌شود، که دستگاههای مختلف بدن را گرفتار می‌سازد و به دلیل طولانی بودن و مادام‌العمر بودن از زوایای مختلف، زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد (اطهری زاده، ۱۳۸۲).

لاگسدون<sup>۷</sup> و همکاران (۱۹۹۸) به بررسی کیفیت زندگی بیماران آلزایمری و افسردگی و وضعیت روانی آنان پرداختند. در این پژوهش ۷۷ بیمار مبتلا به آلزایمر انتخاب شد. نتایج نشان

1. Smith
2. Kaplan & Sadok
3. stress
4. stressor
5. Hartland
6. Atkinson
7. Logsdon

داد که کیفیت زندگی با افسردگی بیماران آلزایمر رابطه منفی دارد. آندرو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی و مطالعه طولی کیفیت زندگی بیماران پیشرفته آلزایمر پرداختند، تعداد بیماران در این بررسی ۱۵۰ نفر بودند که به مدت ۵ سال ارزیابی شدند و سلامت کیفیت زندگی بیماران هر ۶ ماه بررسی شد. نتایج نشان داد بین دمانس شدید و دامنه دسترسی به سلامت کیفیت زندگی ارتباط معکوس وجود دارد. بیماران مبتلا به آلزایمر پیشرفته نسبت به پیشروی بیماری حساسیت دارند و این حساسیت برای جلوگیری از پیشرفت بیماری مفید است. کارلسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) پژوهشی در مورد توجه بنیادی به کاهش استرس و ارتباط آن با کیفیت زندگی، خلق، علائم استرس در بیماران مبتلا به سرطان سینه و پروستات انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که کاربرد همزمان چند برنامه کاهش استرس با بالا رفتن کیفیت زندگی، کاهش علائم استرس و بهبود کیفیت خواب ارتباط معنی داری دارد. پژوهشکده مرکز سرطان آندرسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) تاثیر مدیریت استرس را بر افزایش خلق و کیفیت زندگی بررسی کرد. نتایج نشان داد افراد شرکت کننده در جلسات مدیریت استرس در کوتاه مدت و بلند مدت، کیفیت زندگی بهتری را گزارش کردند. ونگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی تاثیر مداخله آموزش را در کاهش استرس و افسردگی بیماران آلزایمر را بررسی کردند. در این مطالعه ۱۸۴ نفر از میانسالان که ۹۵ فرد مسن غیراسپانیایی و ۸۹ اسپانیایی مبتلا به آلزایمر بودند در برنامه آموزشی که به مدت ۸ هفته به طول انجامید شرکت کردند و در پایان برنامه آموزش، این گروه با گروه هم‌تا مقایسه شدند و نتیجه نشان داد تغییر در مهارت‌های ادراکی و رفتاری ناشی از آموزش باعث کاهش استرس و افسردگی در بیماران شد. سرجیو<sup>۵</sup>، تارکستی و مارهی (۲۰۰۶) بر اساس بررسی‌هایی در مورد بیماران آلزایمری دریافتند که افسردگی از متداولترین اختلال روانی این بیماران است و با کیفیت زندگی ضعیف و ناتوانی در فعالیتهای روزانه زندگی ارتباط دارد. رونر<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۸۹) به بررسی ۱۴۴ بیمار مبتلا به آلزایمر پرداختند. شیوع افسردگی در این افراد ۱۷ درصد و افسردگی این بیماران با ضعف شناختی و ناتوانی بیشتر همراه بود. تامپسون و لثرنمن<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای بر روی ۱۶۴ بیمار آلزایمری به بررسی تأثیر داروهای ضدافسردگی و پلاسیبو پرداختند. ۶۳ بیمار داروهای ضد افسردگی و ۶۴ نفر پلاسیبو دریافت کردند. این مطالعه نشان داد درمان با داروهای ضدافسردگی در بیماران آلزایمر مؤثر است. همچنین افسردگی در بیماران آلزایمر با کاهش کیفیت زندگی، کاهش در فعالیتهای زندگی روزانه و افزایش مرگ و میر همراه است. از آنجا که بیماری آلزایمر تاثیر منفی در وضعیت خلقی بیمار دارد و از متداولترین اختلالات روانی در بیماران آلزایمر، افسردگی است که با کیفیت زندگی ضعیف و ناتوانی در فعالیتهای

1. Androw
2. Carlson
3. Andron Cancer Center
4. Wang
5. Sergio, Tarkstein & Mizrahi
6. Rovner
7. Thompson & Ieterman

روزانه زندگی، تحلیل شناختی ضعیف، مرگ و میر نسبتاً بالاتر بیماران، میزان بالایی از ناامیدی و فشار روانی بر مراقبان، ارتباط دارد، بنابراین سوال پژوهش این است که آیا افسردگی و استرس با کیفیت زندگی در مبتلایان به آلزایمر رابطه دارد؟

### فرضیه های پژوهش

بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر رابطه منفی وجود دارد.  
 بین استرس و کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر رابطه منفی وجود دارد.  
 افسردگی و استرس با کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر رابطه چندگانه دارد.

### روش پژوهش

در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه بیماران آلزایمری شهر اهواز بود. نمونه پژوهشی با حجم ۴۰ نفر (۲۰ زن و ۲۰ مرد) که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. نحوه انتخاب این افراد به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به دفتر انجمن بیماران آلزایمر، اسامی بیماران و مشخصات آنها در دسترس محقق قرار گرفت. بیمارانی که از نظر شناختی آسیب کمتری دیده بودند و قادر به تکمیل فرم بیمار بودند انتخاب شدند. تماس با بیماران و خانواده آنها به صورت تلفنی یا مستقیم صورت گرفت و آنها برای تکمیل پرسشنامه ترغیب و توجیه شدند، در مرحله بعد پرسشنامه به آدرس بیماران ارسال شد و جهت تکمیل پرسشنامه و رفع مشکل تماسهای تلفنی دیگری با مراقب بیمار صورت گرفت، که در صورت وجود ابهام یا اشکال در تکمیل پرسشنامه با ارائه توضیحات کافی از سوی محقق مشکل رفع می شد. تعدادی از آزمودنیها نیز به هنگام مراجعه به مطب، پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفته و تکمیل شد. قابل ذکر است برای افزایش حجم نمونه پژوهش اقداماتی نظیر مراجعه به مطب پزشکان مغز و اعصاب و کلینیکهای مربوطه انجام شد، اما بیماران آلزایمر در این مکانها اکثر اعضا انجمن آلزایمر بودند یا در مراحل ابتدایی تشخیص بیماری به سر می بردند. همچنین نشانی محل سکونت یا تلفن تماس اکثر بیماران عضو در انجمن بیماران آلزایمر دقیق نبود در نتیجه امکان افزایش حجم نمونه میسر نشد.

### ابزار اندازه گیری

#### مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر (QOL-AD)

این مقیاس توسط لاگسدون<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته و اعتباریابی شد. این مقیاس بر بیماران مبتلا به زوال عقل نوع آلزایمر اجرا می شود و یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۳ آیتمی است که کیفیت زندگی بیماران آلزایمری را می سنجد. این پرسشنامه دو فرم دارد: یک فرم از پرسشنامه توسط بیمار تکمیل می شود و فرم دیگر توسط مراقب کامل می گردد و در نهایت نمره ها با هم

1. Quality Of Life Alzheimer Disease

2. Lagsdon

جمع می‌شوند و نمره کل کیفیت زندگی به دست می‌آید. لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸) این پرسشنامه را همراه با مقیاس‌های وضعیت عقلی (MMSE)، فعالیت‌های روزانه زندگی، مقیاس افسردگی همیلتون<sup>۱</sup>، مقیاس افسردگی مربوط به پیری<sup>۲</sup> و فهرست رویدادهای مطلوب بکار برد، پایایی درونی مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد. در مطالعات گذشته پایایی درونی این مقیاس توسط لاگسدون و همکاران (۱۹۹۹)، ماتسویی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲ دست آمد. لاگسدون و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر، با مقیاس افسردگی همیلتون، فراوانی وقایع خوب و عملکرد روزانه را ارزیابی کردند. نتیجه این بررسی همبستگی بین این مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۱۸، ۰/۴۱- نشان داد. هروی (۲۰۰۶) اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر با مقیاس شدت دمانس را برابر با ۰/۷۹ به دست آورد. با توجه به این که با جستجوهای صورت گرفته از این پرسشنامه اعتبار و پایایی در ایران به دست نیامد، این پرسشنامه برای اولین بار مورد استفاده قرار گرفت و اعتباریابی شد. در پژوهش حاضر برای تعیین اعتبار همزمان مقیاس کیفیت زندگی بیماران آلزایمر (QOL-AD) این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت روان SCL-25 همبسته شد و میزان همبستگی ۰/۷۸ = r به دست آمد که این میزان در سطح ۰/۰۰۱ < p معنی دار است. برای تعیین اعتبار ملاک نمره کلی آزمون کیفیت زندگی با سوال ملاک همبسته شد و میزان همبستگی ۰/۸۲ = r به دست آمد که این مقدار نیز در سطح ۰/۰۰۱ < p معنی دار است. پایایی این مقیاس به روش‌های آلفای کرونباخ برای فرم بیمار به ترتیب ۰/۸۶ و برای فرم مراقب به ترتیب ۰/۸۷ بدست آمد. ضریب همبستگی بین گزارش بیمار و مراقب ۰/۸۲ به دست آمد.

#### پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup>

اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد. در سال ۱۹۷۱ فرم تجدید نظر شده آن به مراکز شناخت درمانی دانشگاه پنسیلوانیا معرفی و جایگزین نسخه اصلی گردید و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روانپزشکی همیلتون<sup>۵</sup> برای افسردگی ۰/۷۳، با مقیاس خود سنجی افسردگی زونگ<sup>۶</sup> ۰/۷۶ است. و با مقیاس افسردگی<sup>۷</sup> MMPI ۰/۷۴ است. بک در سال ۱۹۷۲ گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن براون<sup>۸</sup> در حدود ۰/۹۳ می‌باشد (کارگزارده، ۱۳۸۵). در تحقیق حاضر از فرم ۲۱ سوالی استفاده شده است. در پژوهش حاضر پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

1. Mini Mental State Exam
2. Hamhlton Depression Scale
3. Geviatric Depression Scale
4. Matsui
5. Back Depression Scale
6. Hamilton
7. Zoung
8. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
9. Speirman Broun

## پرسشنامه استرس

مقیاس هولمز - راهه<sup>۱</sup> برای اندازه گیری درجه اهمیت وقایع زندگی ساخته شد. در تحقیق حاضر از فرم ۴۳ سوالی استفاده شد. آزمودنی با خواندن هر سوال در صورتی که اگر آن مورد را در ۲ سال گذشته تجربه کرده علامت می زند. حاصل جمع نمرات در نهایت نشان دهنده میزان استرسی است که فرد تجربه می کند. سازندگان جهت سنجش ضریب پایایی این مقیاس، آن را از بین ۳۹۴ نفر آزمودنی در دو زمان T<sub>1</sub> و T<sub>2</sub> به فاصله ۹ ماه در سالهای ۱۹۵۷، ۱۹۶۰، ۱۹۶۳ اجرا نمودند، همبستگی گشتاوری پیرسون برای سالهای فوق به ترتیب  $r = 0/66$ ،  $r = 0/63$  و  $r = 0/74$  گزارش شد، این همبستگی ها در سطح  $0/005$  معنی دار بودند. کایوانی و همکاران (۱۳۸۷)، ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ،  $0/89$  گزارش کردند. همچنین همبستگی این پرسشنامه با مقیاسهای اضطراب، افسردگی و پرخاشگری فرم کوتاه SCL<sub>90</sub> به ترتیب برابر با  $r = 0/49$ ،  $r = 0/70$ ،  $r = 0/14$  بود که ضریب به دست آمده در همه موارد معنی دار بود.

## یافته های پژوهش

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره کیفیت زندگی، افسردگی و استرس در کل نمونه

متغیر	تعداد نمونه	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار	۴۰	۳۴	۷۶	۵۴/۵۵	۱۳/۷۹
کیفیت زندگی از دیدگاه مراقب	۴۰	۳۷	۸۵	۵۵/۴۰	۱۲/۵۲
کیفیت زندگی به طور کلی	۴۰	۱۱/۳۳	۲۶/۳۳	۱۷/۸۲	۴/۱۸
افسردگی	۴۰	۶	۴۷	۲۶/۹۶	۱۲/۲۰
استرس	۴۰	۴۱	۱۷۹۲	۲۱۹/۵۱	۲۸۳/۴۲

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد مربوط به هریک از متغیرهای پژوهش قابل ملاحظه است. میانگین و انحراف استاندارد نمره های کیفیت زندگی از دیدگاه مراقب و بیمار (به طور کلی)  $17/82$  و  $4/18$  است. شاخص های توصیفی مربوط به هریک از متغیرهای کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار و از دیدگاه مراقب به طور مجزا نیز گزارش شده است. میانگین و انحراف استاندارد نمره های افسردگی در این پژوهش به ترتیب  $26/96$  و  $12/20$  و متغیر استرس به ترتیب  $219/51$  و  $283/42$  می باشد

## جدول ۲: ضرایب همبستگی ساده بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیر پیش بین	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
کیفیت زندگی	افسردگی	$-0/63$	$0/001$	۴۰

\*\*  $\alpha < 0/001$

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود بین افسردگی و کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه منفی معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$  و  $r = -0/63$ ) بنابراین فرضیه اول این پژوهش مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی ساده بین استرس و کیفیت زندگی در بیماران آلزایمر

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیر پیش بین	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری (p)	تعداد نمونه (n)
کیفیت زندگی	استرس	-۰/۳۰	۰/۰۶	۴۰

\*\*  $\alpha < 0/001$

نتایج جدول ۳ حاکی از عدم رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و میزان استرس بیماران می باشد. به عبارت دیگر فرضیه دوم پژوهش تأیید نشد.

جدول ۴: ضرایب همبستگی چندگانه بین افسردگی و استرس

با کیفیت زندگی به روش Stepwise

شاخصهای آماری متغیرهای پیش بین	همبستگی چندگانه MR	ضریب تعیین A (RS)	نسبت F احتمال P		ضرایب رگرسیون (b)	
			افسردگی	استرس	افسردگی	استرس
افسردگی	-۰/۶۳	۰/۳۷	$F = 14/045$ $p = 0/001$	$b = -0/63$ $t = -3/37$ $p = 0/001$	$b = -0/06$ $t = -0/36$ $p = 0/972$	کیفیت زندگی

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است، طبق نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش مرحله ای، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی افسردگی و کیفیت زندگی بیماران آلزایمر برابر با  $MR = 0/63$  و  $RS = 0/37$  می باشد که در سطح  $p = 0/001$  معنی دار است، بنابراین فرضیه سوم پژوهش تایید می شود. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴ تنها یکی از متغیرهای پیش بین، یعنی افسردگی در پیش بینی متغیر ملاک نقش معنی داری ایفا می کند اما استرس نقش معنی دار و موثری در پیش بینی کیفیت زندگی به عهده ندارد، این متغیر ۳۷ درصد واریانس کیفیت زندگی را تعیین می کند.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده از این پژوهش، بین افسردگی با کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه منفی وجود دارد ( $p < 0/001$  و  $r = -0/63$ ). بنابراین فرضیه اول این پژوهش تایید شد. نتیجه حاصل از فرضیه اول با نتایج تامپسون و لترمن (۲۰۰۷)، ونگ و همکاران (۲۰۰۶)، سرجیو و همکاران (۲۰۰۶)، لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸) و رونر (۱۹۸۹) همخوان است.

افسردگی بر نحوه تفکر، چگونگی احساس، سطح انرژی، تمرکز حواس، خواب حتی علائق جنسی تأثیر می گذارد. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن عزیزان یا آگاهی از اینکه



بیماری یا پیری توان آدمی را تحلیل می‌برد از جمله موقعیتهایی است که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شود. در فرایند بیماری علاوه بر درگیر شدن جسم و تحلیل قوای جسمی و توانایی فرد، بیمار از نظر روحی و اجتماعی نیز آسیب پذیر می‌شود و به بیان بهتر سطح کیفیت زندگی بیمار به علت بیماری و ادامه آن، پایین می‌آید. در نتیجه چنین تغییراتی، بیمار افسردگی را تجربه می‌کند. این اختلال از متداولترین اختلالات روانی در بیماران آلزایمر است و به طور چشمگیر در این بیماران تشخیص داده می‌شود. مفهوم کیفیت زندگی با ادراک فرد از زندگی و جایگاهش در زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و ارزشی مشخص می‌شود. کیفیت زندگی مفهوم مورد توجه علوم مختلف است. اهمیت این مفهوم با نگاهی عمیق به تاثیر پذیری کیفیت زندگی از عوامل مختلف مشخص می‌شود، از عوامل موثر بر کیفیت زندگی که مورد توجه زمینه‌های پزشکی، روانشناسی، جامعه‌شناسی و... قرار گرفته، بیماری است به خصوص بیماریهای مزمن. باید توجه داشت که اثر بیماری بر کاهش کیفیت زندگی و افزایش افسردگی در بیماریهای مزمن شدیدتر و عمیقتر است. بیماریهای مزمن علاوه بر افسردگی، افراد را مستعد ابتلا به اختلالات خلقی دیگر نیز می‌کند و شدت این اختلالات به وخامت بیماری بستگی دارد. بنابراین بیماری آلزایمر، با تاثیرات شدید و مخرب بر جنبه‌های شناختی، جسمی و روانی بیمار باعث کاهش کیفیت زندگی و افزایش افسردگی می‌شود. داده‌ها نشان داد بین استرس با کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه معنی‌داری وجود ندارد ( $p < 0.05$  و  $r = -0.30$ ). در نتیجه فرضیه دوم تایید نگردید. نتیجه حاصل از این فرضیه با یافته‌های تحقیقات پژوهشکده آندرسون (۲۰۰۹)، کارلسون و همکاران (۲۰۰۳) و ونگ (۲۰۰۶) همخوانی ندارد. هرگونه نگرانی و استرس به صورت مشخصی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، به خصوص اگر این استرس، بیماری و از دست دادن سلامتی در دوران پیری باشد. فرد کهنسال با گذر زمان شاهد از دست دادن توان جسمی خود است. با ابتلاء به بیماری مزمن مانند آلزایمر استرس بیشتری در مورد روند بیماری، نوع درمانها، هزینه‌ها و... تجربه می‌شود، این شرایط زمینه را برای کاهش کیفیت زندگی فراهم می‌کند. قابل ذکر است که در پژوهش حاضر رابطه استرس با کیفیت زندگی با اختلاف کمی رد شد. کیفیت زندگی مراقب با کیفیت زندگی بیمار همستگی بالایی دارد، اما فرم مراقب در مقایسه با فرم بیمار ضعیفتر کیفیت زندگی را می‌سنجد و این به علت تفاوت در دیدگاه بیمار و مراقب قابل تبیین است. در این پژوهش به علت محدودیت در انتخاب ابزار برای سنجش میزان استرس بیماران آلزایمر از پرسشنامه هولمز - راهه برای سنجش استرس این بیماران استفاده شد. در این پرسشنامه حوادث استرس‌زایی که در دو سال اخیر برای فرد روی داده بررسی می‌شود، از طرفی بیماران آلزایمر در این پژوهش تا حدودی با فراموش کردن وقایع گذشته روبرو بودند، در نتیجه با این ابزار میزان استرسی که تجربه کرده‌اند، به صورت دقیق سنجیده نمی‌شود. قابل ذکر است بیمارانی که در مراحل ابتدای بیماری هستند در تکمیل این پرسشنامه مشکل ندارند، اما در مورد بیماران آلزایمری شدید این مشکل وجود دارد. اگر این مقیاس توسط مراقب تکمیل می‌شد احتمالاً نتیجه بهتری به دست می‌آمد. باید یاد آوری شود که بیماران آلزایمر که دچار تحلیل شناختی می‌شوند در مواجهه با عوامل استرس‌زا مانند یک فرد

سالم، استرس را تجربه نمی‌کنند. با پیشرفت بیماری و ضعف شناختی بیشتر، فرد دچار نوعی بی‌تفاوتی نسبت به محیط و رویدادها می‌شود و عوامل استرس‌زا او را آشفته نمی‌کند.

از یافته‌های دیگر پژوهش این است که، استرس و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران آلزایمر رابطه چند گانه وجود دارد ( $r=0/63$ ،  $p<0/001$ ). از متغیرهای پیش بین افسردگی و استرس، تنها افسردگی پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آلزایمر می‌باشد. نتیجه به دست آمده با نتایج تامپسون و لترمن (۲۰۰۷)، سرجیو و همکاران (۲۰۰۶)، لاگسدون و همکاران (۱۹۹۸) و رونر (۱۹۸۹) همخوان است. از عوامل موثر در ایجاد افسردگی، بیماریهای خاص و درد مزمن است که گستره وسیعی از بیماریها را شامل می‌شود با طولانی شدن روند بیماری و در برخی موارد غیر قابل درمان بودن بیماری، زندگی بیماران در زمینه‌های متفاوت تحت تاثیر قرار می‌گیرد. در این بیماریها اغلب توجه خاصی به بیماری جسمی می‌شود و اطرافیان و فرد بیمار تلاش می‌کنند جسم را از بیماری رها کنند، اما کمتر به مسائل روانی بیماران توجه شده و در پی درمان اختلالات خلقی ناشی از بیماری نیستند. مشکلات فیزیکی و ضعف‌های اجتماعی و عملی بر شیوه زندگی بیمار اثر منفی گذاشته و سلامت جسمی روانی و رفاه بیماران را به خطر می‌اندازد. در بیماری مزمنی مانند آلزایمر، افسردگی از اختلالات شایع است که با مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی به صورت قابل توجهی ارتباط دارد. بیمار آلزایمری در مراحل اولیه بیماری با آگاهی از روند نزولی کاهش تواناییهای خود در جنبه‌های شناختی، جسمی، اجتماعی و روانی به افسردگی مبتلا می‌شود. پس همزمان با رشد بیماری آلزایمر و بروز افسردگی در فرد مبتلا، کاهش کیفیت زندگی به صورت بارز دیده می‌شود. به این علت افسردگی به عنوان پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آلزایمر مشخص شد. در بیماری آلزایمر فرد دچار فراموشی در مورد وقایع گذشته می‌شوند و همچنین نوعی بی‌تفاوتی در مقابل وقایع استرس‌زا نشان می‌دهند به عبارت دیگر تاثیر منفی رویدادهای استرس‌زا بر فرد مبتلا به آلزایمر به شدت افراد سالم نیست. به این علت استرس به عنوان پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آلزایمر مشخص نشد.

## منابع

- اتکینسون، ال. اتکینسون، سی. اسمیت، ای. بی. جی. هوکسما، اس (۱۳۸۵). زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه محمد تقی براهنی، بهروزبیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهر آرای، یوسف کریمی، نسیان گاهان، مهدی محی الدین، کیانوش هاشمیان، تهران، رشد.
- اسملترز، سوزان، س. و براندجی، بیر (۲۰۰۴). پرستاری داخلی و جراحی بروئر و سودارث، ترجمه: زهرا، مشتاق (۱۳۸۶). تهران، رشد.
- اسمیت، ای. هوکسما، اس. ریکسون، وی. و لافتوس، بی. جفری، ر. (۱۳۸۵) زمینه روانشناسی اتکینسون و هیلگارد، جلد ۲، ویرایش ۱۴، ترجمه: حسن رفیعی، محسن ارجمند: تهران: ارجمند.
- اطهری زاده، ش. (۱۳۸۲). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و پیوند کلیوی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده پرستاری مامایی.
- حمیدی زاده، ص. (۱۳۸۳). تاثیر درمان بر کیفیت زندگی. نشریه کیفیت زندگی، شماره ۲۳، ۲. حضرتی، م. زحمتکشان، ن. دژبخش، ط. (۱۳۸۴). تاثیر فرایند ناتوانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتپل اسکلروزیس. مجله ارمان دانش، شماره ۵۴، ۳.
- درویش پور کاخکی، ع. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی و ابزار اندازه گیری سازمان بهداشت جهانی. نشریه کیفیت زندگی، شماره ۲۲-۲۵، ۲.
- روزنهان، دیوید ال، سیلگمن، مارتین ای. پی. (۱۳۸۷). آسیب شناسی روانی (جلد ۲)، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران، نشر ویرایش.
- کاپلان، بی. سادوک، جی. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت ا. پور افکاری، تهران، آینده سازان.
- کاویانی، حسین، حاتمی، ندا، شفیق آبادی، عبدا... (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده، مجله تازه های علوم شناختی، شماره ۴.
- کارگرزاده، مرجان (۱۳۸۵). تاثیر عمل جراحی قلب باز بر افسردگی، سازگاری اجتماعی بیماران قلبی زن و مرد بیمارستان شهید مدرس تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۵۷-۶۲.
- هارتلند، دیلیس (۱۹۹۴). استرس، پیشگیری و درمان. ترجمه طلعت باغبان، تهران درمانی.

Anderson, C. (2009). Pre-surgical Stress Management Improves Mood. Quality Of Life, Science-Daily. British Medical Journal, 329, 181

Andrew, R. Grace, C. Sherry, W. Schaie, K. (2001). Factor Structure and Invariance of the Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) Scale. Experimental Aging Research, 35, 2, 250-267.

- Carlson, E. Speca, M. Patel, K. Goodey, E. (2003). Mindfulness- Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life. Mood Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatient. *American psychosomatic Society psychosomatic Medicine*, 65, 571-581
- Harvey, P.J. Kleinman, L. Coyne, K. Sadowsky, C.H. Chen, M. Mirski, D.F. (2006). The validation of a caregiver assessment of dementia: the Dementia Severity Scale, Alzheimer Disease and Associated Disorders, 186-194
- Logsdon, R.G. Gibbons, L.E. McCurry, S.M. Teri, L. (1998). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 1, 21-32.
- Logsdon, R.G. Gibbons, L.E. McCurry, S.M. Teri, L. (2002). Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519
- Matsui T. Nakaaki, S. Murata, Y. Sato, J. Shinagawa, Y. Tatsumi, H. Furukawa, T.A. (2006). Determinants of the quality of life in Alzheimer's disease patients as assessed by the Japanese version of the Quality of Life- Alzheimer's Disease Scale. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21, 182-191
- Rovner, J. Broudehead, M. Spencer, K. Carson, F. (1989). Depression and Alzheimer's Disease. *American Psychiatric Association*, 146, 350- 353
- Sergio, S. Tarkstein, Mizrahi, R. (2006). Depression in Alzheimer's disease. *Expert Review Of Neurotherapeutics*
- Thompson, S. Itermann, N. (2007). Efficacy and Safety Of Antidepressant and Disease Ametaanalysis. *Journal psychiatry Canadienne*, 52, 248
- Wang, F. Brookhart, A. Setoguchi, S. Patrick, A. Schneeweiss, S. (2006). Psychotropic Medication Use for Behavioral Symptoms of Dementia Department of Psychiatry and Division of Pharmacoeconomics. Brigham and Women's Hospital Harvard Medical School. Boston, USA. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 6, 490- 495