

## کیفیت زندگی بیماران در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن

سیدابوالفضل قریشی<sup>۱\*</sup>؛ رضا ملائی<sup>۲</sup>؛ مهرزاد ناصری<sup>۳</sup>

### چکیده

در مطالعه توصیفی مقطعی حاضر، کیفیت زندگی بیماران ساکن در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن ارزیابی شد. کلیه بیماران با پرسشنامه کیفیت زندگی WHO و پرسشنامه اضطراب و افسردگی زونگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و عوامل محیطی به ترتیب ۱۷/۲۸، ۱۳/۶۹، ۱۴/۴۸ و ۱۶/۱۶ بود. به جز حیطه عوامل محیطی بین میانگین نمره کیفیت زندگی در تمام حیطه‌ها و میزان افسردگی رابطه معنادار وجود داشت. افسردگی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در بین سایر متغیرها است.

کلیدواژه‌ها: بیماران روانی مزمن، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی

«دریافت: ۱۳۹۲/۵/۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۱۷»

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی و عضو مرکز تحقیقات متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* عهده‌دار مکاتبات: زنجان، بیمارستان شهید دکتر بهشتی، گروه روانپزشکی. تلفن: ۰۹۱۲۳۱۹۹۵۱۹، دورنگار: ۰۲۴۱-۵۲۴۲۴۰۳

Email: sabgho@zums.ac.ir

### مقدمه

خصوص می‌توان اطلاعات لازم در خصوص نیازهای ضروری این افراد و ارایه حمایت‌های حقوقی، اقتصادی و اجتماعی آنها به دست آورد. بر این اساس، مطالعه حاضر به بررسی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران روانی مزمن می‌پردازد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که به روش مقطعی انجام شده است. نمونه آماری شامل کلیه بیماران روانی مزمن ساکن در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن باران زنجان (تعداد ۸۵ نفر) بود. کلیه بیماران و خانواده‌های آن‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی فراهم شده، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) و پرسشنامه اضطراب و افسردگی زونگ (Zung) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تی و کای اسکور (chi-square) و ضریب همبستگی پیرسون مورد آنالیز قرار گرفت.

اختلالات روانشناختی یکی از معضلات بهداشتی و اقتصادی پیش روی جوامع بشری است (۱). امروزه قضاوت درباره شیوه درمان و تأثیرات آن با نگرش بر کیفیت زندگی بیمار انجام می‌شود و کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین معیارهای ارزیابی نتایج درمان است (۲). تحقیقات نشان می‌دهد که مشارکت خانواده، پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده را ارتقاء می‌دهد (۳). اصلاح شرایط محیطی در کنار استفاده از حمایت‌های خانواده می‌تواند در کاهش رفتارهای بیمارگونه مبتلایان مؤثر باشد (۴). وجود یک بیمار روانشناختی در خانواده، فشار عمیقی را از جهات مختلف بر خانواده تحمیل می‌نماید (۵). مطالعات تا حدودی روشن‌کننده تأثیر ارتباط درمانگر، بیمار و خانواده در افزایش توانمندی بیمار روانشناختی در درازمدت می‌باشد (۶). بدیهی است که با توجه هدفمند و انجام مطالعات مناسب در این

## یافته‌ها

بودند. ۳۴/۷ درصد (۲۶ نفر) دچار افسردگی خفیف، ۱۴/۷ درصد (۱۱ نفر) دچار افسردگی متوسط و ۲/۷ درصد (۲ نفر) دچار افسردگی شدید بودند.

میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی ۱۷/۲۸ درصد، در حیطه سلامت روان ۱۳/۶۹ درصد، در حیطه روابط اجتماعی ۱۴/۴۸ درصد و در حیطه عوامل محیطی ۱۶/۱۶ درصد بود. بین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت جسمی و روابط اجتماعی با سابقه زندان یا بازداشت بیماران رابطه معنادار وجود داشت ( $P < ۰/۰۵$ ) ولی در سایر حیطه‌ها رابطه معنادار مشاهده نشد.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت روانی و روابط اجتماعی و عوامل محیطی با میزان اضطراب بیماران، رابطه معنادار وجود داشت ( $P < ۰/۰۵$ ). بین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و میزان افسردگی بیماران، رابطه معنادار وجود داشت ( $P < ۰/۰۵$ ) (جدول ۱).

از افرادی که برای شرکت در پژوهش ابراز تمایل کرده بودند ۷۵ نفر قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات بودند. از این میان ۲۵ نفر مرد و ۵۰ نفر زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مصاحبه ۳۶/۱۱ سال بود. بر اساس گفته‌های بیماران ۴۲/۷ درصد (۳۲ نفر) آنها اصلاً به‌طور داوطلبانه به منزل برده نمی‌شوند، در ۱۸/۷ درصد (۱۴ نفر) موارد، خانواده بیماران اصلاً به دیدارشان نمی‌آیند، ۴۲ درصد بیماران (۳۲ نفر) از زندگی در مرکز، رضایت زیاد و خیلی زیاد داشتند و ۱۳/۳ درصد (۱۰ نفر) از زندگی در مرکز ناراضی بودند. ۶۰ درصد (۴۵ نفر) از بیماران آرزو داشتند که بتوانند بار دیگر در کنار خانواده‌هایشان زندگی کنند. از بین شرکت‌کنندگان ۶۴ درصد (۴۸ نفر) از نظر نمره تست اضطراب نرمال بودند. ۳۳/۳ درصد (۲۵ نفر) درجه اضطراب خفیف تا متوسط داشتند و ۲/۷ درصد (۲ نفر) دچار اضطراب شدید بودند. ۴۸ درصد (۳۶ نفر) از نظر نمره تست افسردگی نرمال

جدول ۱- توزیع فراوانی میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران روانی مزمن ساکن زنجان برحسب میزان افسردگی بیماران

حیطه	وضعیت	تعداد	میانگین نمره کیفیت زندگی	P value
سلامت جسمی	نرمال	۳۶	۱۸/۶	> ۰/۰۰۱
	خفیف	۲۶	۱۶/۸	
	متوسط-شدید	۱۳	۱۴/۴	
	جمع	۷۵	۱۷/۲	
سلامت روانی	نرمال	۳۶	۱۵/۶	> ۰/۰۰۱
	خفیف	۲۶	۱۲/۵	
	متوسط-شدید	۱۳	۱۰/۷	
	جمع	۷۵	۱۳/۶	
روابط اجتماعی	نرمال	۳۶	۱۵/۷	۰/۰۰۸
	خفیف	۲۶	۱۳/۴	
	متوسط-شدید	۱۳	۱۲/۹	
	جمع	۷۵	۱۴/۴	
عوامل محیطی	نرمال	۳۶	۱۶/۹	۰/۰۶۱
	خفیف	۲۶	۱۵/۶	
	متوسط-شدید	۱۳	۱۴/۸	
	جمع	۷۵	۱۶/۱	

## بحث

در پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سؤالاتی که از بیماران و خانواده به‌عمل آمد حتی به نحوه نگاه این افراد به همدیگر و تمایل آن‌ها به درکنار هم بودن و پذیرش آن‌ها نسبت به هم نیز پرداخته شد. با نگاهی اجمالی به نتایج، به‌راحتی می‌توان به تعاملات آن‌ها و دینامیک حاکم پیرامونی پرداخت و از سوی دیگر رد پای آن‌ها در کیفیت زندگی افراد جستجو کرد. توجه به این نکته که نزدیک به نیمی از ساکنین مرکز (۴۲/۷٪) هیچ‌گاه به منزل و به جمع خانواده برده نمی‌شوند و این‌که در ۱۸/۷ درصد موارد، اعضای خانواده حتی برای ملاقات نیز سری به این افراد نمی‌زنند کاملاً همسو با ابراز رضایت آن‌ها از حضور در مرکز و حتی تنفرشان از خانواده می‌باشد و در واقع نشانگر واکنش دفاعی (هرچند ناکارآمد) شکل‌گرفته در مقابل بار هیجانی منفی تحمیل‌شده بر آنان در مقابل استرس کم‌توجهی خانواده است. باید به این نکته توجه کرد که علی‌رغم تمام برچسب‌هایی که در خصوص ناتوانی‌ها و کم‌بهرگی عقلی و قضاوتی بر آنان تحمیل می‌گردد قریب ۶۰ درصد آرزوی بازگشت به خانه و خانواده را در سر دارند که این نمایه آشکاری از هوشیاری افراد به محیطشان است. از بین شرکت‌کنندگان ۳۶ درصد دارای درجات مختلف اضطراب و ۵۲/۱ درصد دچار افسردگی بودند که قابل توجه است. در یک مطالعه مشابه که توسط Ohaeri JU و همکارانش در سال ۲۰۰۸ در کویت انجام گرفت، میانگین نمره سلامت جسمی ۱۴/۶، میانگین نمره و سلامت روان ۱۴/۲، میانگین نمره روابط اجتماعی ۱۵ و میانگین نمره عوامل محیطی ۱۴/۵ گزارش شد (۷). در مطالعه فوق میانگین نمره کیفیت زندگی به‌طور مشخص با جنسیت زن، سن بالا و نمره بالای اضطراب و

افسردگی ارتباط داشت. در مطالعه ما بر خلاف مطالعه فوق ارتباط بین میانگین نمره کیفیت زندگی با جنسیت و سن بالا وجود نداشت ولی رابطه معناداری بین تمام حیطه‌های کیفیت زندگی به جز عوامل محیطی با میزان افسردگی وجود داشت. در تمام حیطه‌ها به جز حیطه سلامت جسمی، میانگین نمره کیفیت زندگی در بیمارانی که درجاتی از اضطراب را داشتند در مقایسه با بیمارانی که از لحاظ نمره اضطراب نرمال بودند پایین‌تر بود. در مطالعه حاضر، ارتباط معناداری بین افسردگی و نمره پایین کیفیت زندگی وجود داشت. در یک مطالعه که به روش مقطعی توسط Cruz LN و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در برزیل انجام شد بیماران افسرده، نمره پایین‌تری از کیفیت زندگی را در مقایسه با بیماران غیرافسرده در همه حیطه‌ها کسب کرده بودند (۸).

## نتیجه‌گیری

افسردگی یکی از عوامل مهم تأثیرگذار کیفیت زندگی بیماران نگهداری‌شده در مرکز مورد مطالعه بود. این افراد عمدتاً تحت درمان‌های نگهدارنده سایکوپوتنت بودند و توجه عینی و عملی به فرایند خلقی و شرایط تأثیرگذار بسیار مهم است. استراتژی حمایت‌های محیطی پویا، توجه به دینامیک ارتباطی این افراد و ایجاد نگرش مناسب در ارتباط عمومی و درمانی این افراد می‌تواند به‌عنوان اولین گام مؤثر در پیشگیری و درمان فرایندهای خلقی مدنظر باشد. از طرفی طرد اجتماعی به مشکلات روحی روانی در شکل‌گیری و تشدید معطلات این افراد نقش مؤثر دارد. توجه عملی به کیفیت زندگی چنین افرادی با تفکر ارزش‌نگرانه به زندگی انسان‌ها می‌تواند اقدامی عملی در جهت ارتقاء زندگی این بیماران باشد.

## References

1. Carson RC. Abnormal Psychology and model Life. 10<sup>th</sup> ed. New York: Longman Company. 1998;444-83
2. Hesam zadeh A. [Comparative survey of quality of life in elder of house resident and shahr Tehran (Persian)]. PhD Thesis. Tehran: University of Social Welfare And Rehabilitation Sciences. 2002;2-10.
3. Ahmadi F, Ghofranipour F, Aabedi HA, Arif H, Faghizadeh S. [Continuous care model of coronary artery disease control (Persian)]. Modares Journal of Medical Sciences. 2001;4(2):97-104.

4. Navidian A, Salar A, Hashmynya A, Kykhayy A. [Psychiatric mental exhaustion of family caregivers of psychiatric patients (Persian)]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2001;4(12):33-8.
5. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):157-63.
6. Gasemi G, Najmi B, Asadolahi G. [Family education training and psychological and social functioning of patients with schizophrenia and mood disorders (Persian)]. *Research in Medical Sciences*. 2000;5(1):52-9.
7. Mary C, Maria O, Helen E, Stacey H. The relationship between clinical outcomes and quality of life for residents of aged care facilities. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2000;26(4):49-57
8. Cruz LN, Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(10):953-61.