

مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با و بدون علائم خستگی

عزیزاله دهقان^۱ هاله قائم^۱ دکتر افشین برهانی حقیقی^۲ دکتر سیدمنصور کشفی^۳ دکتر بهرام ضیغمی^۴
^۱ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ^۲ دانشیار گروه مغز و اعصاب، ^۳ مربی گروه بهداشت عمومی، ^۴ استاد گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
مجله پزشکی هرمزگان سال پانزدهم شماره اول بهار ۹۰ صفحات ۵۵-۴۹

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن و ارزیابی آن در بیماران با ویژگیهای متفاوت جهت مداخله‌های مناسب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه با هدف به ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه بیماران با و بدون علائم خستگی انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه تحلیلی، ۱۰۸ بیمار مبتلا به پارکینسون مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید مطهری شیراز در این مطالعه شرکت داشتند. خستگی بوسیله مقیاس شدت خستگی (FSS)، کیفیت زندگی بوسیله ابزارهای (PDQL) و (SF-36) سنجیده شد. شاخص Hohen & Yahr نیز برای سنجش شدت و مرحله بیماری استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS 13 و آزمونهای مجذور کای، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد.

نتایج: ۶۷ نفر (۶۲٪) از بیماران مرد و ۴۱ نفر (۳۸٪) زن بودند. بیشترین بیماران در مرحله دوم بیماری با ۴۲ نفر (۳۸/۹) و کمترین بیماران در مرحله پنجم ۲ نفر (۱/۹٪) قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران ۶۴/۴۹±۱۱/۷۳ بود. ۳۶ نفر (۳۳/۳۳٪) دارای علائم خستگی و ۷۲ نفر (۶۶/۶۶٪) بدون علائم خستگی بودند. بیماران با علائم خستگی از شدت بیشتری از بیماری رنج می‌بردند و در مراحل بالاتر بیماری قرار می‌گرفتند. بین دو گروه در همه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/05$). از سوی دیگر بین کیفیت زندگی و مرحله بیماری با خستگی همبستگی معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران با علائم خستگی به طور چشمگیری از بیماران بدون علائم خستگی پایین‌تر است و لازم است در این گروه از بیماران تلاش بیشتری در جهت ارتقاء کیفیت زندگی انجام داد.

کلیدواژه‌ها: خستگی - بیماری پارکینسون - کیفیت زندگی

نویسنده مسئول:

عزیزاله دهقان

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

لارستان، دانشگاه علوم پزشکی

شیراز

فارس - ایران

تلفن: ۰۵۵ ۲۲۴۸۰۰۵ ۰۹۸ ۷۸۱

پست الکترونیکی:

Dehghan.aziz@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۸/۱۰/۲۲ اصلاح نهایی: ۸۹/۶/۲۹ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۱۲

مقدمه:

پارکینسون یک اختلال تخریب‌کننده عصبی مزمن و شایع است که حدود ۱٪ از افراد بالای ۶۵ سال را گرفتار می‌کند. پارکینسون با علائمی چون سفتی عضلات، کندی حرکات، لرزش در حالت سکون و بی‌ثباتی وضعیتی شناخته می‌شود و درمانهای پزشکی و مدیریتی تنها در جهت کاهش ناتوانی‌های به جای مانده از این بیماری می‌باشد. پارکینسون می‌تواند در سطح وسیعی بر زندگی بیماران تأثیر بگذارد. در سالهای گذشته تلاشهای زیادی در جهت ارزیابی منظم

دامنه‌های کمی بار بیماری بوسیله اندازه‌گیری‌های کیفیت زندگی انجام شده است (۱،۲). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات استانداردها و اولویتهایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۳).

اگرچه علائم حرکتی در بیماران پارکینسونی مهم می‌باشد ولی مشکلات غیرحرکتی مختلف نیز می‌توانند بر کیفیت زندگی

اندازه می‌گیرد. هر سؤال یک اظهارنظر در خصوص خستگی می‌باشد و جهت جواب، طیفی متغیر از ۱ تا ۷ در نظر گرفته شده است که ۱ حاکی از مخالفت کامل با آیتم و ۷ حاکی از موافقت کامل با آیتم می‌باشد. بیمارانی که در مجموع نمره ۳۶ و بالاتر و یا میانگین ۴ و بالاتر را کسب کنند، به عنوان بیماران با علائم خستگی و بیمارانی که نمره زیر ۳۶ و یا میانگین پائین‌تر از ۴ کسب کنند، بدون علائم خستگی شناخته می‌شوند (۷). مرحله بیماری نیز بوسیله شاخص Hohen and Yahr که بیماران را از نظر شدت بیماری در ۵ مرحله قرار می‌دهد، توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب مشخص گردید. کیفیت زندگی نیز با ابزارهای SF-36 و PDQL اندازه‌گیری شد. SF-36: یک پرسشنامه عمومی می‌باشد که بصورت گسترده‌ای جهت بررسی کیفیت زندگی به کار می‌رود و ویژه هیچ گروه یا بیماری خاصی نمی‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط ویر و همکاران طراحی شده است و شامل ۳۶ سؤال می‌باشد که وضعیت سلامتی را در ۸ بعد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد جسمی (۷/۸)، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی (۶/۱۰)، نقش عاطفی و سلامت روانی اندازه‌گیری می‌کند. به پاسخ‌های داده شده بر اساس دستورالعمل پرسشنامه امتیاز داده شد. سپس در هر بعد امتیاز سؤالات با هم جمع می‌گردد و بر تعداد سؤالات تقسیم می‌گردد و بدین صورت امتیاز هر بعد که مقیاسی از صفر (بدترین وضعیت سلامتی) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت سلامتی) می‌باشد، بدست آمد. کلیه سؤالات پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی به دو مؤلفه سلامت جسمی و سلامت روانی خلاصه می‌گردد. سؤالات این پرسشنامه هم جنبه‌های مثبت و هم جنبه‌های منفی سلامتی را مشخص می‌کند (۸). نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران دارای روایی و پایایی لازم می‌باشد (۹).

PDQL: یک ابزار اختصاصی جهت سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پارکینسون می‌باشد. این ابزار شامل ۳۷ سؤال می‌باشد و کیفیت زندگی را در ۴ بعد علائم پارکینسون، علائم سیستمیک، عملکرد عاطفی و عملکرد اجتماعی اندازه می‌گیرد. امتیاز هر سؤال از ۱ برای گزینه «همیشه» تا ۵ برای گزینه «هرگز» متغیر می‌باشد و محدوده نمرات ابعاد و کل پرسشنامه از جمع نمره کل سؤالات هر بعد و

این دسته از بیماران تأثیرگذار باشند. طی سالهای نه چندان دور گذشته تلاشهای زیادی در خصوص ارزیابی این مشکلات گسترش یافته است. در این میان خستگی یکی از این علائم می‌باشد که نیاز به توجه ویژه دارد (۴). اولین گزارش از خستگی در بیماران پارکینسونی در سال ۱۹۹۳ توسط Hohen and Yahr ارائه شد (۵).

خستگی یکی از علائم شایع و ناتوان کننده در بیماران مبتلا به پارکینسون می‌باشد و به عنوان فقدان انرژی، احساس بی‌حالی یا احساس فرسودگی توصیف می‌شود (۴،۶). خستگی می‌تواند بار حاصل از بیماری را بر زندگی بیمار افزایش دهد و همچنین تأثیرات منفی بر کار و فعالیتهای اجتماعی آنان داشته باشد. علی‌رغم این موضوع، مطالعات بسیار محدودی به بررسی شیوع خستگی در بیماران مبتلا به پارکینسون و ارزیابی کیفیت زندگی در این گروه از بیماران پرداخته است (۵) و چون تا کنون در این خصوص مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه بیماران با و بدون علائم خستگی در شیراز انجام شده است.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی - تحلیلی می‌باشد که در درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهید مطهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. ۱۰۸ بیمار مبتلا به پارکینسون به روش آسان و در دسترس وارد مطالعه شدند. از کلیه بیماران رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه گرفته شد و کلیه توضیحات در خصوص طرح به بیماران ارائه گردید. همچنین کلیه بیماران توسط 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. خستگی بوسیله مقیاس شدت خستگی (FSS) ارزیابی شد. این ابزار شامل ۹ آیتم می‌باشد که تأثیر خستگی را روی زندگی روزانه فرد

آماري تفاوتی نداشتند ($P=0/075$). بیشتر بیماران خسته در مراحل بالاتری از بیماری پارکینسون بودند ($P=0/031$). مشخصات بالینی و دموگرافی بیماران در جدول شماره ۱ بصورت کامل به نمایش گذاشته شده است.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های فردی بیماران مبتلا به

پارکینسون در شیراز

کل بیماران (n=108)	بیماران با	
	بیماران بدون خستگی (n=72)	بیماران با خستگی (n=36)
جنس		
مرد	۶۷ (۶۳/۸)	۲۱ (۵۸/۳)
زن	۴۱ (۳۶/۱)	۱۵ (۴۱/۷)
مرحله ۱	۱۸ (۱۶/۷)	۳ (۸/۳)
مرحله ۲	۴۲ (۳۸/۹)	۱۰ (۲۷/۸)
مرحله ۳	۳۳ (۳۰/۶)	۱۵ (۴۱/۷)
مرحله ۴ و ۵	۱۳ (۱۲)	۷ (۱۹/۴)
میانگین سن شروع بیماری	۶۷/۶۴ (۱۱/۳۶)	۶۱/۹۷ (۱۲/۰۵)
و انحراف معیار	۶۰/۶۷ (۱۱/۰۹)	۵۷/۹۴ (۱۲/۰۲)
مدت بیماری	۴/۱۲ (۴/۰۰)	۴/۰۴ (۳/۶۶)

* آزمون χ^2 $P < 0/05$ ** آزمون t $P < 0/05$

جدول شماره ۲، میانگین نمرات کیفیت زندگی بدست آمده بوسیله ابزارهای SF-36، PDQL را در دو گروه بیماران با علائم خستگی و بیماران بدون علائم خستگی نشان می‌دهد و چنانچه دیده می‌شود، بیماران خسته در تمامی ابعاد هر دو پرسشنامه و نمره کلی کیفیت زندگی هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی پائین‌تری داشته‌اند.

در نهایت کل سؤالات محاسبه می‌گردد. به گونه‌ای که نمرات کل پرسشنامه از ۳۷ تا ۱۸۵ متغیر می‌باشد که نمره بیشتر حاکی از کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد (۱۰-۱۲). لازم به توضیح است که نسخه فارسی این پرسشنامه توسط مجریان طرح با کمک بخش زبان دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از روشهای ترجمه، و ترجمه و سنجش استقامت تهیه گردید.

همزمان تطبیق فرهنگی نیز انجام شد. سپس روایی و پایایی پرسشنامه هم در یک مطالعه پایلوت اندازه‌گیری شد و در نهایت نسخه فارسی پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون فارسی زبان مناسب دیده شد (۱۳). آنالیز اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمونهای آماری t-test، مجذور کای، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

نتایج:

از ۱۱۷ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید مطهری شیراز، ۴ بیمار به خاطر عدم رضایت، ۲ نفر فراموشی، ۳ نفر سکنه مغزی وارد مطالعه نشدند و ۱۰۸ بیمار باقیمانده به مطالعه وارد شدند.

(۳۳/۳۳) ۳۶ نفر از بیماران نمره ۳۶ و بالاتر که بیان‌کننده علائم خستگی می‌باشد، گرفتند و (۶۶/۶۶) ۷۲ نفر از بیماران نمراتی کمتر از ۳۶ از خود مبنی بر عدم وجود علائم خستگی کسب کردند. میانگین سن، سن شروع بیماری و مدت ابتلا به بیماری در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. توزیع جنسی هم در هر دو گروه به صورت یکسان بود و از نظر

جدول شماره ۲- مقایسه نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف پرسشنامه‌های PDQL و SF-36 بر حسب خستگی

P-value	کل بیماران (n=۱۰۸)	بیماران بدون خستگی (n=۷۲)	بیماران با خستگی (n=۳۶)	
<۰/۰۰۱	(۱۱/۴۶) ۴۵/۷۶	(۱۱/۲۱) ۴۸/۹۴	(۱۹/۱۷) ۳۹/۳۹	علائم پارکینسون
<۰/۰۰۱	(۵/۹۴) ۲۱/۵۵	(۵/۷۲) ۲۳/۵۷	(۴/۰۴) ۱۷/۵۰	علائم سیستمیک
<۰/۰۰۱	(۷/۰) ۲۹/۷۳	(۷/۲۵) ۳۲/۱۸	(۵/۸۵) ۸۳/۲۴	ابعاد PDQL
<۰/۰۰۱	(۶/۹۸) ۲۲/۶۲	(۶/۷۲) ۲۴/۴۶	(۵/۸۲) ۱۸/۶۳	عملکرد عاطفی
<۰/۰۰۱	(۲۹/۶۲) ۱۲۱/۰۵	(۳۷/۴۳) ۱۳۰/۶۵	(۳۳/۰۲) ۱۰۰/۳۷	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	(۳۱/۸۴) ۵۵/۸۳	(۳۶/۵۹) ۶۴/۴۰	(۲۵/۱۱) ۴۴/۰۹	نمره کل
<۰/۰۰۱	(۲۹/۲۸) ۵۸/۱۳	(۲۹/۱۱) ۵۳/۳۸	(۲۲/۱۷) ۲۸/۶۴	عملکرد جسمانی
<۰/۰۰۱	(۳۰/۵۴) ۵۸/۳۵	(۲۸/۵۵) ۶۷/۳۶	(۲۴/۳۵) ۳۸/۵۴	نقش فیزیکی
<۰/۰۰۱	(۲۴/۲۸) ۴۸/۸۴	(۲۱/۱۲) ۵۶/۱۸	(۳۳/۷۹) ۳۴/۱۶	درد جسمی
<۰/۰۰۱	(۲۰/۱۴) ۴۳/۷۸	(۱۹/۰۲) ۴۹/۵۳	(۱۷/۳۹) ۳۲/۲۹	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	(۲۷/۸۶) ۵۷/۶۳	(۳۱/۵۲) ۶۳/۴۷	(۲۶/۹۰) ۴۰/۵۵	ابعاد SF-36
<۰/۰۰۱	(۳۰/۷۴) ۵۶/۲۵	(۲۶/۱۲) ۶۷/۰۱	(۲۷/۰۵) ۳۴/۷۳	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	(۱۹/۳۷) ۵۴/۲۱	(۱۸/۱۷) ۵۹/۱۶	(۱۷/۳۳) ۴۴/۳۰	نقش عاطفی
<۰/۰۰۱	(۲۰/۶۵) ۵۲/۵۰	(۱۸/۰۷) ۶۰/۱۷	(۱۶/۶۶) ۳۷/۱۶	سلامت روانی
				نمره خلاصه SF-36

جدول شماره ۳ هم بیانگر همبستگی بین شدت خستگی و کیفیت زندگی می‌باشد.

جدول شماره ۳- همبستگی بین خستگی و نمره کیفیت زندگی در ابعاد پرسشنامه‌های PDQL و SF-36

P-value	ضریب همبستگی اسپیرمن	
<۰/۰۰۱	-۰/۵۰۶	علائم پارکینسون
<۰/۰۰۱	-۰/۶۱۴	علائم سیستمیک
<۰/۰۰۱	-۰/۵۵۷	ابعاد PDQL
<۰/۰۰۱	-۰/۵۳۳	عملکرد عاطفی
<۰/۰۰۱	-۰/۶۵	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	-۰/۶۵	نمره کل
<۰/۰۰۱	-۰/۵۹۷	عملکرد جسمانی
<۰/۰۰۱	-۰/۵۴۹	نقش فیزیکی
<۰/۰۰۱	-۰/۵۰۶	درد جسمی
<۰/۰۰۱	-۰/۴۶۲	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	-۰/۵۸۶	سرزندگی
<۰/۰۰۱	-۰/۳۹۶	ابعاد SF-36
<۰/۰۰۱	-۰/۳۹۶	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	-۰/۵۸۸	نقش عاطفی
<۰/۰۰۱	-۰/۵۴۱	سلامت روانی
<۰/۰۰۱	-۰/۶۲۹	نمره خلاصه SF-36
<۰/۰۰۱	-۰/۴۰۷	مرحله بیماری

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با و بدون علائم خستگی در شیراز انجام شد. ۲۳/۳۳٪ بیماران دارای علائم خستگی بودند که شیوع در

مردان ۵۸/۳٪ و در زنان ۴۱/۷٪ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه هرلفسون و همکاران (۱) ۵۰٪ از بیماران علائم خستگی از خود نشان داده بودند. در مطالعه کارلسن و همکاران (۵) نیز ۴۴/۲٪ از بیماران علائم خستگی داشتند و این بیانگر آن است که شیوع خستگی در بیماران مبتلا به پارکینسون بالا می‌باشد و بیماران زیادی با آن درگیر هستند. اکثریت بیماران خسته در مراحل بالاتر بیماری قرار داشتند که این توزیع بیماران خسته در مراحل بیماری نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۱).

نمره کیفیت زندگی در تمامی ابعاد و نمره کل هر دو پرسشنامه PDQL و SF-36 در هر دو گروه بیماران با علائم خستگی و بیماران بدون علائم خستگی تفاوت معنی‌دار داشتند ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول شماره ۲). این بدان معناست که بیماران دارای علائم خستگی در تمام جنبه‌های زندگی کیفیت پائین‌تری دارند. در مطالعه هرلفسون (۱) نیز کیفیت زندگی در دو گروه بیماران در ابعاد عملکرد فیزیکی، نقش عاطفی، نقش فیزیکی، عملکرد اجتماعی و سرزندگی و نمره کلی کیفیت زندگی پرسشنامه SF-36 و ابعاد تحرک، سلامت عاطفی و ناخوشی بدنی و نمره خلاصه پرسشنامه PDQ-39 تفاوت معنی‌دار وجود داشت و در ابعاد درد بدنی و سلامت روانی پرسشنامه SF-36 و ابعاد ننگ، حمایت اجتماعی، ارتباطات و شناخت پرسشنامه PDQ-39 بین دو گروه بیماران تفاوت وجود

نداشته است که تقریباً با مطالعه ما همخوانی دارد و شاید اختلاف در ابعاد ذکر شده ناشی از مراقبتهای درمانی متفاوت و شاید هم استفاده از ابزارهای متفاوت باشد. در مطالعه کارلسن نیز بیماران دارای علائم خستگی کیفیت زندگی پائینتری داشتند (۵).

علاوه بر اختلاف در نمره کیفیت زندگی در دو گروه بیماران دارای علائم خستگی و بدون علائم خستگی و ارتباط کیفیت زندگی با وضعیت خستگی بیماران بین شدت خستگی و کیفیت زندگی هم همبستگی معکوس و معنی‌دار در تمامی ابعاد هر دو پرسشنامه PDQL و SF-36 وجود داشت (جدول شماره ۳). در مطالعه هرلفسون (۱) نیز بین خستگی و ابعاد دو پرسشنامه کیفیت زندگی PDQ-39 و SF-36 همبستگی معکوس معنی‌دار دیده شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران با علائم خستگی به طور چشمگیری از بیماران بدون علائم خستگی پائین‌تر است و تلاش مضاعف در جهت ارتقاء کیفیت زندگی در این گروه از بیماران پارکینسونی ضروری به نظر می‌آید. با توجه به اینکه درمانگاه شهید مطهری دولتی می‌باشد

و اکثر بیماران مراجعه‌کننده از اقشار کم درآمد جامعه می‌باشند و بیمارانی را که از نظر اقتصادی در وضعیت بهتری قرار دارند را شامل نمی‌گردد، به عزیزی که قصد انجام مطالعات مشابه را دارند، پیشنهاد می‌گردد که از بیماران بخش خصوصی نیز استفاده کنند. همچنین با توجه به ارتباط بین افسردگی و خستگی (۱،۴،۵) پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات مشابه خستگی در دو گروه بیماران افسرده و غیر افسرده جداگانه مورد مطالعه قرار گیرد تا اثر افسردگی خنثی گردد.

سپاسگزاری:

این طرح با شماره ۲۸۶۹-۸۶ به تصویب معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز رسیده که بدینوسیله از این معاونت تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین بدین وسیله از پرسنل محترم درمانگاه شهید مطهری شیراز که در انجام این طرح ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

منابع

1. Herlofson K, Larsen JP. The influence of fatigue on health-related quality of life in patients with parkinsons disease. *Acta Neurol Scand.* 2003;107:1-6.
2. Tandberg E, Larsen JP, Nessler EG, Riise T, Aarli JA. The Epidemiology of Parkinson's disease in the country of Rogaland, Norway. *Mov Disord.* 1995;10:541-549.
3. Hassan Pour Dehkordi A, Shaban M. Relationship between cancer characteristics and quality of life in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal.* 2005;6:63-71. [Persian]
4. Zenzola A, Masi G, De mari M, Defazio G, Livrea P, Lamberti P. Fatigue in Parkinson's disease. *Neurol Sci.* 2003;24:225-226.
5. Karlsen K, Larsen JP, Tandberg E, Jørgensen K. Fatigue in patients With Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1999;14:237-241.
6. Friedman JH. Fatigue in Parkinson's disease patients. *Curr Treat options Neurol.* 2009;11:186-190.
7. Vickrey BG, Hays RD, Harooni R, Myers LW, Ellison GW. A health-related quality of life measure for multiple Sclerosis. *Qual Life Res.* 1995;4:187-206.
8. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:903-912.
9. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi- Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediterr Health J.* 2005;11:349-357.
10. De Boer AG, Wijker W, Speelman JD, De Haes JC, Quality of life in patient With Parkinson's disease: Development of a questionnaire. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;61:70-74.
11. Serrano-Dueñas M, Martinez-Martin P, Vaca-Baquero V, Validation and cross-cultural adjustment of PDQL-questionnaire, Spanish version (Ecuador) (PDQL-Ev). *Parkinsonism Relat Disord.* 2004;10:433-437.
12. Hobson P, Holden A, Meara J. Measuring the impact of Parkinson's disease With the Parkinson's disease Quality of life questionnaire. *Age Ageing.* 1999;28:341-346.
13. Ghaem H, Borhani Haghghi A, Zeighami B, Dehghan A. Validity and Reliability of the Persian Version of the Parkinson Disease Quality of Life (PDQL) Questionnaire. *Journal of Kerman University of Medical Sciences.* 2010;17:49-58. [Persian]

Comparison of quality of life in Parkinson's patients with and without fatigue

A. Dehghan, MSc¹ H. Ghaem, MSc¹ A. Borhani Haghghi, MD² M. Kashfi, MD³ B. Zeyghami, PhD⁴

Master of Epidemiology¹, Associate Professor Department of Neurology², Instructor Department of Public Health³, Professor Department of Epidemiology⁴, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

(Received 12 Jan, 2010 Accepted 3 Nov, 2010)

ABSTRACT

Introduction: Quality of life in patients with chronic diseases and its evaluation is important for suitable intervention actions. This study is designed to evaluate and compare quality of life in patients with and without fatigue.

Methods: This is an analytic study. 108 referential patients with Parkinson's disease in Shiraz Motahari clinic, participated in this study. Fatigue was measured by fatigue severity Scale (FSS), quality of life by the PDQL and (SF-36) tools. Hohen & Yahr index for assessing the severity and stage of disease were used. Data was analyzed by SPSS software and Chi square, t test, Mann-Whitney and Spearman correlation coefficient.

Results: 67 (62%) of the patient were men and 41 (38%) women. Most of the patients (38.9%) were in the second stage and Mean±SD age of the patients was 64/49 ± 11/73. 36 (33/33%) persons had symptoms of fatigue, 72 (66.66%) had no symptoms of fatigue. Patients with higher severity of fatigue were more suffering from disease and stage of their disease was higher. Quality of life score obtained with both PDQL and SF-36 had significance difference in both groups of the patients (P<0.05). Quality of life and fatigue showed a significant inverse correlation in all dimensions of the two questionnaires (P<0.05).

Conclusion: The results showed that quality of life in patients with symptoms of fatigue is significantly lower than patients without symptoms of fatigue. More effort is necessary to improve quality of life of these patients.

Key words: Fatigue – Parkinson Disease - Quality of Life

Correspondence:

A. Dehghan, MSc.

Larestan Health Network,
Shiraz University of Medical
Sciences.

Fars, Iran

Tel: +98 781 2248085

Email:

Dehghan.aziz@yahoo.com