





دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی بالینی

بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان

استادان راهنما:

دکتر کریم عسگری

دکتر حسین مولوی

استاد مشاور:

دکتر احمد چیت ساز

پژوهشگر:

فرزانه مشفقی

شهریور ماه ۱۳۸۸

کلیه حقوق مادی مرتب بر نتایج
مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های
ناشی از تحقیق موضوع این پایان‌نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی

خانم فرزانه مشفق

تحت عنوان

بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان

در تاریخ ۸۸/۶/۳۱ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضاء	با مرتبه‌ی علمی استادیار	۱- استادان راهنمای پایان‌نامه دکتر کریم عسگری
امضاء	با مرتبه‌ی علمی استاد	دکتر حسین مولوی
امضاء	با مرتبه‌ی علمی استادیار	۲- استاد مشاور پایان‌نامه دکتر احمد جیت‌سار
امضاء	با مرتبه‌ی علمی دانشیار	۳- استاد داور داخل گروه دکتر مهرداد کلانتری
امضاء	با مرتبه‌ی علمی استاد	۴- استاد داور خارج از گروه دکتر سیداحمد احمدی
امضای مدیر گروه		

به نام حضرت دوست که هر چه دارم از اوست

با تشکر و سپاس از زحمات استیلا به جانب آقای دکتر کریم عسکری و جناب آقای دکتر

حیدر که موالاتی پایان رساندن این پژوهش یاری رسانند و با تشکر از جناب آقای دکتر احمد چیت ساز که

گردآوری به ما را انجام داد و فی به من کمک فراوان نمود و همچنین با سپاس و قدردانی از زحمات برادر بزرگوار

عزیزم آقای دکتر کامران مشفق که وجودش همه چیز را در من زود فی در تمام زندگام بوده و هست.

تقدیرم به

بدر روز

و

همه بازم که املا آنها زودند عشق به تلاش و تحصیل در وجودم زنده بماند

تقدیرم بہ

ہمراہ مرہبربان و عزیزمہناب آقای مہندس ذابھکر آدوتم من مرہ مرزندگی ہمراہی و رتودہ

رودہ ارت

و

تقدیرم بہ تنہا عتق م و دت مرد لہندم

«طلوع»

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون شهر اصفهان بود. بدین منظور ۲۰ بیمار مبتلا به پارکینسون به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی-رفتاری، طی ۸ جلسه هفته‌ای ۲ جلسه در اتاقی مجزا در مطب پزشک انجام شد. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی در بیماران پارکینسونی، مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در ۲ مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون، کاهش معناداری پیدا کرده است ($P < 0/0001$). نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات مقیاس کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون افزایش معناداری پیدا کرده است ($P < 0/0001$). همچنین میانگین نمرات نگرش‌های ناکارآمد اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون، کاهش معناداری پیدا کرده است ($P < 0/0001$).

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی شناختی-رفتاری، افسردگی، کیفیت زندگی، نگرش‌های ناکارآمد، پارکینسون

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

۵

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	بیان مسئله	۳
۳-۱	اهمیت تحقیق	۶
۴-۱	اهداف پژوهش	۷
۵-۱	فرضیات پژوهش	۷
۶-۱	متغیرهای پژوهش	۷
۷-۱	تعریف اصطلاحات و مفاهیم	۸
۱-۷-۱	تعاریف نظری (مفهومی)	۸
۲-۷-۱	تعاریف عملیاتی	۹

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲	مقدمه	۱۰
۲-۲	بیمای پارکینسون	۱۱
۱-۲-۲	واژه‌های تخصصی کلیدی در توصیف پارکینسون	۱۱
۲-۲-۲	همه‌گیرشناسی بیماری پارکینسون	۱۳
۳-۲-۲	فیزیوپاتولوژی	۱۴
۴-۲-۲	سبب‌شناسی و پاتوژنز	۱۵
۵-۲-۲	علائم بالینی	۱۵
۶-۲-۲	روشهای تشخیص و تشخیصهای افتراقی	۱۷
۷-۲-۲	آشنایی با دوپامین	۱۸
۸-۲-۲	مراحل بیماری پارکینسون	۲۴
۹-۲-۲	تغییرات جسمانی در بیماری پارکینسون	۲۵
۳-۲	درمان	۲۶
۱-۳-۲	داروها	۲۷
۲-۳-۲	جراحی	۸
۴-۲	افسردگی	۲۹

عنوان

صفحه

۵

۱-۴-۲	نشانه‌شناسی افسردگی	۳۰
۲-۴-۲	افسردگی در پارکینسون	۳۱
۳-۴-۲	تظاهرات افسردگی	۳۲
۴-۴-۲	ارزیابی افسردگی	۳۲
۵-۴-۲	مدل سبب‌شناسی اختلال افسردگی	۳۳

۳۳	مدل بیولوژیکی و عوامل زیستی در افسردگی
۳۴	مدل روان پویایی افسردگی
۳۵	مدل اجتماعی و حوادث زندگی افسردگی
۳۶	مدل شناختی افسردگی
۴۰	سبب شناسی افسردگی در پارکینسون
۷-۴-۲	یک مدل آسیب‌پذیری شناختی برای تبیین افسردگی در پارکینسون
۴۱	پارکینسون
۴۲	درمان‌های افسردگی
۴۲	درمان‌های زیستی افسردگی
۴۳	درمان‌های شناختی-رفتاری
۴۶	کیفیت زندگی
۴۶	تاریخچه و هدف
۴۸	مولفه‌های کیفیت زندگی
۵۰	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۵۱	کیفیت زندگی در پارکینسون
۵۱	بهداشت روانی
۵۲	مشکلات شناختی
۵۲	استرس‌زاهای مرتبط با پارکینسون
۵۲	سلامت جسمانی
۵۳	پژوهش‌های داخلی
۵۳	پژوهش‌های خارجی
۸۴	جمع‌بندی

فصل سوم: روش پژوهش

۵۶	۱-۳ مقدمه
----	-----------

عنوان

صفحه

	ب	۵
۵۶	طرح کلی پژوهش	۲-۳
۵۷	متغیرهای پژوهش	۳-۳
۵۷	جامعه آماری	۴-۳
۵۷	حجم نمونه و روش نمونه‌گیری	۵-۳
۵۹	ابزار پژوهش	۶-۳
۵۹	۱-۶-۳ مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (HRSD)	
۶۰	۱-۶-۳-۱ توصیف HRSD	
۶۱	۲-۱-۶-۳ روایی و پایایی مقیاس HRSD	
۶۱	۲-۶-۳ پرسشنامه کیفیت زندگی در پارکینسون (PDQ-39)	
۶۲	۱-۲-۶-۳ محتوای (PDQ-39)	

۶۲	۲-۲-۶-۳ راهنمای نمره گذاری
۶۲	۳-۲-۶-۳ روایی و پایایی مقیاس PDQ-39
۶۴	۳-۶-۳ مقیاس‌های ناکارآمد DAS
۶۴	۱-۳-۶-۳ روایی و پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد DAS
۶۵	۷-۳ شیوه اجرای پژوهش
۶۹	۸-۳ روش‌های تجزیه و تحلیل آماری

فصل چهارم: نتایج پژوهش

۷۰	۱-۴ مقدمه
۷۱	۲-۴ بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی
۷۵	۳-۴ شاخصهای توصیفی متغیرهای وابسته
۷۸	۴-۴ آمار استنباطی و بررسی فرضیه‌ها
۷۹	۱-۴-۴ فرضیه اول
۷۹	۲-۴-۴ فرضیه دوم
۸۱	۳-۴-۴ فرضیه سوم
۸۱	۴-۴-۴ فرضیه چهارم
۸۲	۵-۴-۴ فرضیه پنجم
۸۲	۶-۴-۴ فرضیه ششم
۸۳	۵-۴ یافته‌های کیفی

عنوان

صفحه

ج

ه

۸۴	۱-۵-۴ بیانات منفی و سازگاری ضعیف با بیماری
۸۵	۲-۵-۴ نگرش‌های مثبت و سازگارانه در بعضی از بیماران
۸۶	۳-۵-۴ دید بیمار در مورد تجربه ابتلا به پارکینسون
۸۶	۱-۳-۵-۴ به عنوان یک پدیده کاملاً منفی
۸۶	۲-۳-۵-۴ ابتلا به پارکینسون به عنوان یک تجربه نه چندان بد
۸۶	۳-۳-۵-۴ ابتلا به پارکینسون به عنوان یک تجربه مثبت
۸۷	۶-۴ سایر یافته‌های کیفی

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۸۸	۱-۵ مقدمه
۸۸	۲-۵ بحث دریافته‌های پژوهش
۸۸	۱-۲-۵ فرضیه‌های پژوهش
۹۲	۲-۲-۵ بحث دریافته‌های جانبی پژوهش
۹۵	۳-۵ محدودیتهای پژوهش
۹۶	۴-۵ پیشنهادات پژوهشی
۹۶	۵-۵ پیشنهادات کاربردی

٩٨	.....	١	پیوست
١٠٨	.....	٢	پیوست
١١٣	.....	٣	پیوست
١١٥	.....	٤	پیوست
١١٧	.....		منابع و ماخذ

فهرست شکلها

عنوان

صفحه	عنوان
۱۹	شکل ۱-۲ نمادین برای نشان دادن سیناپس‌های دویامنیرژیک ..
۲۰	شکل ۲-۲ ارتباط قسمتهای مختلف هسته‌های قاعده‌های ..
۲۱	شکل ۳-۲ نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین قسمت‌های مختلف هسته‌های قاعده ..
۲۲	شکل ۴-۲ ساختمان تشریحی مغز میانی ..
۲۳	شکل ۵-۲ نمای میکروسکوپی اجسام لویی ..
۴۰	شکل ۶-۲ مدل شناختی افسردگی به نقل از موریس ..
۷۱	شکل ۱-۴ هیستوگرام مقایسه متغیر جنیست ..
۷۲	شکل ۲-۴ هیستوگرام توزیع متغیر تحصیلات ..
۷۳	شکل ۳-۴ هیستوگرام توزیع متغیر تحصیلات پدر ..
۷۴	شکل ۴-۴ هیستوگرام توزیع متغیر تحصیلات مادر ..
۷۵	شکل ۵-۴ هیستوگرام توزیع متغیر مدت ابتلا به بیماری ..
۷۶	شکل ۶-۴ هیستوگرام توزیع متغیر نمرات افسردگی ..
۷۷	شکل ۷-۴ هیستوگرام توزیع متغیر نمرات آزمون کیفیت زندگی ..
۷۷	شکل ۸-۴ هیستوگرام توزیع متغیر نمرات آزمون نگرش‌های ناکارآمد ..

فهرست جدول‌ها

عنوان

صفحه	عنوان
۵	جدول ۱-۳ سیمای کلی طرح پژوهش..... ۵۶
۵۹	جدول ۲-۳ ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه ۵۹
۶۰	جدول ۳-۳ محتوای گویه‌های مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون ۶۰
۶۲	جدول ۴-۳ محتوای گویه‌های مقیاس درجه بندی کیفیت زندگی بیماران پارکینسون ۶۲
۷۱	جدول ۱-۴ میانگین و انحراف معیار توزیع سنی دو گروه ۷۱
۷۱	جدول ۲-۴ فراوانی و درصد توزیع متغیر جنسیت در دو گروه ۷۱
۷۲	جدول ۳-۴ فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات در دو گروه ۷۲
۷۳	جدول ۴-۴ فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات پدر در دو گروه ۷۳
۷۴	جدول ۵-۴ فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات مادر در دو گروه ۷۴
۷۵	جدول ۶-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی در دو گروه ۷۵
۷۵	جدول ۷-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات کل کیفیت زندگی دو گروه ۷۵
۷۶	جدول ۸-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش‌های ناکارآمد ۷۶
۷۷	جدول ۹-۴ آزمون شایپرو ویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها ۷۷
۷۸	جدول ۱۰-۴ آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها ۷۸
۷۹	جدول ۱۱-۴ تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان علائم افسردگی دو گروه ۷۹
۸۰	جدول ۱۲-۴ تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات کیفیت زندگی دو گروه ۸۰
۸۱	جدول ۱۳-۴ تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات نگرش‌های ناکارآمد دو گروه ۸۱
۸۳	جدول ۱۴-۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم تست DAS دو گروه ۸۳

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

نام بیماری پارکینسون^۱، اولین بار در سال ۱۸۱۷ میلادی از جیمز پارکینسون^۲ گرفته شد. او ابتدا بیماری را به نام فلج رعشه‌ای^۳ توصیف کرد که شامل حرکات لرزشی غیرارادی است که در فعالیت وجود ندارد ولی حتی موقعی که اندام به جایی تکیه دارد نیز دیده می‌شود که همراه با کاهش قدرت عضلانی و خم شدن بدن به سمت جلو به هنگام حرکت بدون آسیب حس و آگاهی می‌باشد. در این بیماری، راه رفتن بیمار از قدم زدن به حالت دویدن تغییر می‌کند (فولیتنی^۴ و لوئیس^۵ ۲۰۰۵).

متعاقباً پزشکان دیگر خصوصاً نورولوژیست فرانسوی شارکو عنوان کرد که درجاتی از اختلال تفکر همراه با این بیمار وجود دارد و فرم‌های مختلفی از آن وجود داشت که اصطلاحاً فرم‌های ناکامل بیماری پارکینسون نامیده شد. بعضی اعتقاد داشته‌اند که بیماری قبل از جیمز پارکینسون تعریف شده است، گرچه در مورد آن که چه کسی اولین بار آن را توصیف کرده اختلاف نظر وجود دارد (بارکر^۶، ۲۰۰۵). گالن^۷ لرزش را در فرد در حال استراحت و یا در هنگام فعالیت عضلانی توصیف کرده است. گرچه معلوم نیست که وی بیماری پارکینسون را عنوان کرده باشد. عده‌ای دیگر نیز معتقد بودند که اولین بار لئونارد داوینچی^۸ بیماری را توصیف کرده است کتابه‌ای

-
1. Parkinson's disease
 2. Janzes Parkinson
 3. paralysis agitans
 4. Foltynie
 5. Loyyise
 6. Barker
 7. Galene
 8. Leonard davinci

پزشکی باستانی هندوستان پیشنهاد کننده این است که ممکن است بیماری سالهای زیادی قبل از هر توصیف اولیه‌ای اتفاق افتاده باشد (فولیتنی، ۲۰۰۵)

عوارض بیماری پارکینسون به خاطر ماهیت نسبتاً ناتوان‌کننده آن، تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی بیماری را مختل می‌کند. همانند دیگر بیماریهای مزمن، در مبتلایان به پارکینسون نیز واکنش‌های روانشناختی نظیر واپس روی افکار، اضطراب، خشم و افسردگی بسیار شایع است. در ابتدا این واکنشها همگی طبیعی بوده و حتی در بسیاری از موارد به بیمار کمک می‌کند تا با موقعیت جدید که همان ابتلا به بیماری است، سازگار شود. اما اگر این واکنشها ادامه یابد و در فرد تثبیت شود لزوم پیگیری و توجهات ویژه مطرح می‌شود.

در این میان افسردگی از سایر واکنش‌های روانشناختی عمومیت بیشتری دارد.

افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار داده و بیمار را از پیگیری درمان‌های طبی برای بیماری اش دلسرد نماید و همین مسئله شدت بیماری را افزایش دهد. از تبعات بسیار خطرناک افسردگی در بیماران مزمن، افزایش گرایش به خودکشی است که این خود لزوم توجهات قابل ملاحظه بالینی را مطرح می‌نماید. علاوه بر این، افسردگی بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید تاثیر سوء را دارد. بنابراین در چنین شرایطی هر گونه اقدام عملی برای افزایش خلق و کاهش افسردگی بیماران می‌تواند مستقیماً در پیشبرد درمان‌های طبی و کنار آمدن بیمار با شرایط جدید کارساز باشد، کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد و مسائل منفی کمتری را متوجه اجتماع سازد.

ارزیابی و درک تاثیر پارکینسون بر کیفیت زندگی بیمار، به عنوان یک مولفه مهم و قابل ملاحظه بالینی توجه پژوهشی روز افزونی را به خود جلب نموده است. پارکینسون می‌تواند طیف وسیعی از حوزه‌های روانشناختی و عملکردی بیمار را در بر بگیرد و بررسی کیفیت زندگی بیمار، یک شیوه مهم برای ارزیابی این تاثیر است.

هدف از تمام تحولات علمی و عملی در این حیطه، فراهم نمودن شرایطی است که تا حد امکان کیفیت زندگی بیماران دچار افت نشود و حداقل آسیب متوجه خانواده، بیمار و جامعه گردد.

۲-۱ بیان مساله

بیماری پارکینسون (PD) شایع‌ترین نمونه از خانواده بیماری‌های دژنراتیو عصبی است که با تجمع نورون‌های پروتئین α -سینوکلئین پیش‌سیناپسی و درجات متغیری از پارکینسونیسم (کاهش و آهسته شدن حرکات، برادی‌کینری) لرزش زمان استراحت، سفتی، کشیده شدن پاها بر روی زمین در هنگام راه رفتن، خم شدن قامت، شناخته می‌شود (هاریسون، ۲۰۰۵).

شروع بیماری پارکینسون بین ۴۰ و ۷۰ سالگی است، میانگین سن شروع ۵۵ سال است و قبل از ۳۰ سال شایع نیست. شروع کمتر از ۲۰ سال را پارکینسون جوانی گویند. بیماری پارکینسون در مردان به نسبت ۳ به ۲ شایع‌تر است، شیوع ۲۰ درصد هزار است که با افزایش سن شیوع زیادتر شده و به ۵۵ درصد هزار می‌رسد

(ضیایی و شیرزادی، ۱۳۸۱).

مسیر این بیماری ۱۰ تا ۲۵ سال طول می‌کشد. مجموعه‌های فامیلی اتوزومی غالب و مغلوب PD، حدود ۵ درصد موارد را تشکیل می‌دهند. این موارد با سن پایین‌تر شروع (به طور معمول قبل از ۵۰ سالگی) و مسیر طولانی‌تری نسبت به PD «تک‌گیر» تیپیک‌تر مشخص می‌شوند. اگرچه به نظر می‌آید در اکثر بیماران مبتلا به PD شاخص ژنتیکی قدرتمندی وجود ندارد. شواهد اپیدمیولوژیک حاکی از وجود تعامل پیچیده‌ای میان آسیب‌پذیری ژنتیکی و عوامل محیطی هستند. بیمار پارکینسون در تمام کشورها، تمام گروه‌های نژادی و در تمام طبقات اجتماعی دیده می‌شود. شیوع در سیاهان $\frac{1}{4}$ شیوع در

سفیدپوستان است و در آسیا شیوع کمتری دارد. فقدان بروز همزمان بیماری پارکینسون در بین دو قلوها رد کننده نقش فاکتورهای ژنتیک است. موارد فامیلیان بطور نادر رخ می‌دهد (ضیایی و شیرزادی، ۱۳۸۱).

حدود ۲۵ درصد تا ۴۰ درصد بیماران نهایتاً دچار دمانس می‌شوند. مشخص نیست که آیا دمانس در این مرحله مجزا از بیماری پارکینسون است و یا حالتی از خود بیماری است. بعضی بیماران شکایت از اختلال حافظه و یا ناتوانی در انجام فرایندهای ذهنی دارند، که نیاز به ارزیابی مطمئن برای مشخص کردن میزان آسیب حافظه دارد. هنگامی که به اختلال حافظه در افراد با بیماری پارکینسون مشکوک شدیم، مهم است که

سایر علل احتمالی مانند افسردگی نیز در نظر گرفته شود (فولتینی، لوئیس ۲۰۰۵).

اغلب بیماران پارکینسونی افسرده به نظر می‌رسند و علت آن کاهش حرکات صورت است. اختلال خلق و خو در بیماری پارکینسون با سایر اختلالهای بیماری روانی فرقی ندارد (بارکر، ۲۰۰۵).

افسردگی در سراسر جهان، چهارمین علتی است که منجر به ناتوانی می‌شود و پیش‌بینی می‌شود که در سالهای آینده حتی شیوع بیشتری نیز پیدا کند. (بایر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳ به نقل از انیل^۲، ۲۰۰۵).

مطابق با آمار منتشر شده توسط موسسه پژوهش و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (۲۰۰۶) به نقل از ابراهیمی، (۱۳۸۶) به علاوه بر تبعات فردی وسیعی مانند میزان بالاترین مرگ و میر آسیب‌چندگان در حوزه‌های عملکرد، کل هزینه‌های اقتصادی تخمین زده شده برای افسردگی، بالغ بر ۴۴ میلیون دلار در هر سال است.

مبتلایان به اختلالات پزشکی مزمن بطور قابل ملاحظه در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی هستند بطوری که در جمعیت این بیماران، افسردگی عمده با میزان شیوع ۲۳-۱۵ درصد و شیوع نشانه‌های افسردگی حقیقی نیز ۲۷-۱۵ درصد گزارش شده است. (بورگ^۳ و آبرامز^۴، به نقل از لی^۵، ۲۰۰۷) علاوه بر این، مبتلایان به ناتوانی‌های جسمانی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کمتری را نسبت به افراد بدون ناتوانی گزارش می‌کنند. (لیونه^۶، ۲۰۰۳) افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی همراه با پارکینسون مورد توجه بوده است. اما به جز موارد محدود، غالباً مورد غفلت واقع شده و تلاشی برای درمان آن صورت نمی‌گیرد. (بارکر، ۲۰۰۵). میزان شیوع افسردگی در طول زندگی در جمعیت عادی، ۳۹ درصد تخمین زده می‌شود در حالی که در بیماران پارکینسونی، این رقم افزایش یافته است. پارکینسون هنگامی که با افسردگی توأم می‌شود، تأثیرات عمیقی بر جای می‌گذارد و افت عملکرد روزانه و تنزل کیفیت زندگی بیمار، مرگ و میر بالاتر و افزایش نیاز به درمان‌های پزشکی را سبب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳).

-
1. Bair
 2. O'Neill
 3. Burg
 4. Abrams
 5. Lee
 6. Lirneh

افسردگی خواه مقدم بر بیماری پارکینسون باشد، خواه در طول ابتلا به بیماری پارکینسون به وجود آید، کیفیت زندگی بیماران را بطور منفی و به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می‌دهد. (ضیائی و شیرزادی، ۱۳۸۱)

به نظر می‌رسد، آن چه سبب افسردگی در بیماری پارکینسون می‌گردد، به علت کاهش فعالیت سروتونین^۱ (5-HT) مغز است. دوپامین^۲ و سروتونین به عنوان میانجی‌های عصبی در مسیر یا راه‌های عصبی نقش نزدیکی به هم دارند (فولیتنی و لوئیس، ۲۰۰۵).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است، ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک براساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آنها می‌باشد. (گروه تهیه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸ به نقل از حقایق، ۱۳۸۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به ارزیابی و برداشت بیمار از میزان تاثیری که نقص‌ها، بیماری‌ها مصدومیتها و درمان آنها بر کارکردهای روزانه و فرصتهای اجتماعی وی گذاشته است، تعریف شده است. (پاتریک^۳ و اریکسون^۴، ۱۹۹۳). کیفیت زندگی عموماً به ادراک عملکرد کلی فرد اشاره دارد. در بیماران پارکینسونی حوزه‌های مورد تمرکز کیفیت زندگی، تحت ۴ مقوله اصلی قرار می‌گیرند.

۱- بهداشت روانی

۲- مشکلات شناختی

۳- استرس‌زاهای مربوط به بیماری

۴- سلامت جسمانی (آنیل، ۲۰۰۵).

افسردگی در بیماران پارکینسونی با تجویز ترکیبات سه حلقه‌ای اغلب به بهبودی منجر می‌شود و همچنین به علت اثر خواب‌آوری دارو به درمان بی‌خوابی کمک می‌کند. گرچه ممکن است سبب اختلال هوشیاری خصوصاً در افراد پیر و یا خشکی دهان و اختلال ادراری گردد. مهارکننده‌های جذب سروتونین انتخابی^۵ (SSRI) در درمان افسردگی بیماران پارکینسونی موثر است. ولی اگر هم زمان با آن داروهای آنتی پارکینسون تجویز نگردد

1. serotonin

2. dopamine

3. Patrick

4. Erickson

5. serotonin – specific reuptake inhibitors