



سلامت روانی سالمندان دارای بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی

دکتر محمدجواد هادیانفر^{*}، دکتر حبیب هادیانفر^{**}

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی (گروه آزمایشی) و مقایسه‌ی آن با گروه گواه انجام شده است.

روش: آزمودنی‌های گروه آزمایشی را ۶۰ بیمار (۴۹ زن و ۱۱ مرد) سالمند سرپایی مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی ارجاع شده به درمانگاه توانبخشی بیمارستان شهید فقیهی شهر شیراز در طی دو ماه تشکیل داده‌اند. بیمارانی که با تشخیص پزشک مشکوک به ضایعه‌ی مغزی بودند از نمونه حذف شدند. آزمودنی‌های گروه گواه را ۶۰ نفر سالمند عادی که بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی نداشتند تشکیل دادند. این افراد پس از هماهنگ‌سازی با گروه آزمایشی انتخاب شدند. وضعیت سلامت روانی با فرم تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سوالی ارزیابی شد.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایشی بالاترین نمره‌ها را در ابعاد شکایت‌های جسمی، افکار پارانوئیدی، افسردگی و اضطراب به دست آورده‌اند. بین گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری در بیشتر مقیاس‌ها وجود داشت. هم‌چنین نمره زنان در بیشتر مقیاس‌ها به‌طور معنی‌داری بالاتر از مردان بود. یافته‌ها گویای آن هستند که در هیچ‌کدام از مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری بین دهه‌های مختلف سالمندی وجود ندارد.

نتیجه: وضعیت سلامت و بهداشت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی، پایین‌تر از وضعیت روانی سالمندانی است که مبتلا به بیماری‌های حرکتی نیستند و مشکلات روان‌شناختی زنان مورد بررسی بیشتر از مردان بوده است. با توجه به یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد هر نوع برنامه‌ی درمانی یا توانبخشی برای این بیماران باید با توجه به وضعیت روانی آنها طراحی شود.

کلیدواژه: بهداشت روانی، سالمندی، بیماری‌های حرکتی، SCL-90-R

* پزشک متخصص پزشکی فیزیکی، توان‌بخشی و الکترومیوگرافی، استادیار بخش پزشکی فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، خيابان زند، بیمارستان شهید فقیهی، دفتر بخش پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی (نویسنده مسئول).
E-mail: HADIANJ@SUMS.AC.IR

** دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار بخش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، دانشگاه شیراز، بخش روانشناسی بالینی.

مقدمه

تمامی زنان بالاتر از ۹۰ سال به شکلی دچار پوکی استخوان هستند (راجرز^{۲۵} و لویتین^{۲۶}، ۱۹۸۷؛ زیمرمن^{۲۷}، فوکس^{۲۸} و مگزینر^{۲۹}، ۱۹۹۴). بیماری‌های ماهیچه‌ای - استخوانی روندی تدریجی دارند و سبب ناتوانی در اندام‌ها و درد به‌ویژه در ناحیه زانو، کمر و آرنج می‌شوند. تغییرات مفاصل، ماهیچه‌ها و استخوان‌ها در دوران پیری باعث محدودیت‌های حرکتی می‌گردند تا آن‌جا که ممکن است برای روزها یا هفته‌ها ناگزیر از ماندن بر روی تخت، صندلی یا حتی در فضای محدودی مانند یک اتاق یا یک خانه باشند. این محدودیت حرکتی عموماً با نوعی محرومیت از محرک‌ها، فضای اجتماعی و طبیعی همراه است. با افزایش سن و مزمن شدن بیماری‌ها این محدودیت‌ها چشمگیرتر شده و فرد بیشتر در انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد (بروس^{۳۰}، ۱۹۹۹؛ دیماتیو^{۳۱}، ۱۹۹۱؛ جارویک^{۳۲} و اسمال^{۳۳}، ۱۹۸۸). انزوای اجتماعی خود پدید آمدن حالت‌های هیجانی گوناگون از جمله احساس بی‌کفایتی، بی‌ارزشی و افسردگی را در پی دارد. از سوی دیگر بیماری‌های مزمن ماهیچه‌ای - استخوانی عموماً با درد همراه هستند و درد یک پدیده هیجانی منفی است (فورديس^{۳۴} و ملفی^{۳۵}، ۱۹۶۸).

یکی از ویژگی‌های مهم جمعیت‌شناختی در دهه‌های اخیر افزایش امید به زندگی و شمار سالمندان است (کاوآناف^۱، ۱۹۹۷؛ فریس^۲، ۱۹۸۰؛ اسپنسر^۳، ۱۹۸۹؛ کیمل^۴، ۱۹۹۰ و بلسکی^۵، ۱۹۹۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان سالمندی در دو جنس یکسان نیست و شمار زنان سالمند بیشتر است (بلسکی، ۱۹۹۹؛ کاواناف، ۱۹۹۷).

با افزایش سن، بیماری‌های مزمن^۶ و محدودیت فعالیت^۷ افزایش می‌یابد. بر اساس بررسی‌های همه‌گیرشناسی، شیوع بیماری‌های ساییدگی مفصلی^۸ در سنین بالای ۶۵ سال حدود ۴۷٪ و میزان شیوع آسیب‌های ارتوپدی نزدیک به ۱۷٪ برآورد می‌شود. این در حالی است که میزان شیوع محدودیت‌های حرکتی در ۷۶ سالگی و بالاتر حتی به ۵۰٪ در صد نیز می‌رسد. به‌طور کلی می‌توان گفت که پیری با تغییرات تدریجی و پیوسته‌ای همراه است که باعث افزایش ناراحتی‌های مزمن و محدودیت‌های حرکتی می‌شود (دیلیسا^۹، ۱۹۹۳؛ بیرن^{۱۰} و اسکای^{۱۱}، ۱۹۹۰). این محدودیت‌ها به نوبه خود سبب وابستگی افراد سالمند می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نسبت افراد وابسته در میان سالمندان سه برابر بزرگسالان است. وابستگی نیز به نوبه خود برخی مشکلات روانی را در پی دارد (فولتون^{۱۲}، کاتز^{۱۳} و جک^{۱۴}، ۱۹۸۹؛ گودگلد^{۱۵}، ۱۹۸۸؛ ویلیامز^{۱۶} و هادلر^{۱۷}، ۱۹۸۳؛ گرانگر^{۱۸}، هایس^{۱۹} و جانستون^{۲۰}، ۱۹۹۶؛ کلارک^{۲۱}، بلو^{۲۲} و بیرر^{۲۳}، ۱۹۸۳).

یکی از مهم‌ترین ناراحتی‌های مزمن در دوران پیری، بیماری‌های دستگاه ماهیچه‌ای استخوانی است. با افزایش سن حجم بافت ماهیچه‌ای در بدن کاهش می‌یابد. هم‌چنین فرایند سالمندی با کاهش بافت استخوانی^{۲۴} نیز همراه است. سرعت کاهش حجم بافت استخوانی در زن‌ها تقریباً دو برابر مردان است (بیرن و اسکای، ۱۹۹۰). بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که دست کم ۶۵٪ زنان بالاتر ۶۰ سال و تقریباً

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1- Cavanaugh | 2- Fries |
| 3- Spencer | 4- Kimmel |
| 5- Belsky | 6- chronic conditions |
| 7- activity limitation | 8- osteoarthritis |
| 9- Delisa | 10- Birren |
| 11- Schaie | 12- Fulton |
| 13- Katz | 14- Jack |
| 15- Good Gold | 16- Williams |
| 17- Hadler | 18- Granger |
| 19- Hayes | 20- Johnston |
| 21- Clark | 22- Blue |
| 23- Bearer | 24- osteoporosis |
| 25- Rogers | 26- Levitin |
| 27- Zimmerman | 28- Fox |
| 29- Magaziner | 30- Bruce |
| 31- DiMatteo | 32- Jarvik |
| 33- Small | 34- Fordyce |
| 35- Melfi | |

و ویلیامز^{۲۵}، ۱۹۸۳). کرایگ^{۲۶} (۲۰۰۰) در بررسی ۶۱۳۹ فرد سالمند در عربستان سعودی نشان داد که در ۳۴٪ آنها آسیب‌شناسی روانی قطعی^{۲۷} وجود دارد. این مشکلات با پیشترشدن سن افزایش می‌یابد و در زنان بیش از مردان است. در بررسی انجام‌شده توسط پالوسکو^{۲۸} و اسکونک^{۲۹} (۲۰۰۰) نشان داده شده است که فعالیت‌های بدنی می‌توانند در بهبود شرایط بهداشت روانی (به‌ویژه افسردگی و اضطراب) مؤثر باشند.

هدف پژوهش حاضر، بررسی وضعیت روانی سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن دستگاه حرکتی و مقایسه آن با گروه گواه است. روشن است که درمان این بیماران بدون توجه به وضعیت روانی آنان با موفقیت همراه نخواهد بود. هدف‌های دیگر پژوهش حاضر اثر تعاملی جنسیت، تحصیلات و شغل بر روی بهداشت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های دستگاه حرکتی است.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است و با دو گروه آزمایشی و گواه انجام شده است. گروه آزمایشی در سه متغیر سن، جنس و میزان تحصیلات با گروه گواه هم‌تاسازی شد. آزمودنی‌های گروه آزمایشی را ۶۰ نفر بیماران ۵۰ تا ۷۷ ساله مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی (از قبیل ساییدگی مفاصل، روماتیسم مفصلی، پسوکی

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن ناتوان کننده مشکلات روانی گوناگونی را تجربه می‌کنند. لیوید^۱، دیر^۲ و بارت^۳ (۲۰۰۰) در پژوهشی بر روی بیماران مزمن مبتلا به دیابت، نشان دادند که ۲۸٪ آزمودنی‌ها به خاطر محدودیت در فعالیت‌های زندگی روزانه ناشی از این بیماری علائم متوسط و یا شدید اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند. استروپ-بنهام^۴، مارکیدز^۵، بلک^۶ و گودوین^۷ (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی نشان دادند علائم افسردگی با محدودیت در فعالیت‌های زندگی روزانه ناشی از کاهش فشار خون همبسته است. راول^۸ (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی مشابه نشان داد که در سال‌های اولیه پس از سکنه مغزی^۹ همراه با محدودیت در فعالیت‌های زندگی روزانه افسردگی افزایش می‌یابد. یافته‌های پژوهش هربرت^{۱۰}، برین^{۱۱} و سپیگل‌هالتر^{۱۲} (۱۹۹۹) که بر روی گروهی از سالمندان انجام شد نشان داد که میزان ناتوانی در فعالیت، رابطه‌ای معکوس با میزان عملکردهای شناختی و خلقی سالمندان دارد (بروس، ۱۹۹۹؛ شاناز^{۱۳}، ۱۹۸۶؛ کمپ^{۱۴}، ۱۹۸۶؛ فیشر^{۱۵}، ۱۹۸۸؛ لیو^{۱۶}، لیانگ^{۱۷} و موراماتسو^{۱۸}، ۱۹۹۵).

الیسون^{۱۹} و مالینوفسکی^{۲۰} (۱۹۹۴) در بازبینی چند پژوهش، علائم بالینی روانپزشکی را در سالمندان مبتلا به بیماری‌های جسمی، شایع گزارش نمودند که افسردگی مهم‌ترین آنها بود و در برخی موارد احتمال خودکشی را نیز در این افراد بالا دانستند. ولز^{۲۱} و استوارت^{۲۲} (۱۹۸۹) نیز افسردگی را یکی از پیامدهای متداول ناتوانی در سالمندان گزارش نموده‌اند. توماس^{۲۳} (۱۹۹۷) بر این باور است که کاهش هوش در سالمندان عادی اندک است و بسیاری از مشکلات حافظه‌ای که سالمندان از آن در رنج هستند به‌خاطر پیری نیست، بلکه به‌خاطر عوامل همراه با پیری مانند افسردگی، کمی فعالیت، مشکلات تغذیه‌ای، فشارهای روانی ناشی از ازدست دادن همسر، برخی اعضای خانواده و دوستان، هم‌چنین شغل و استقلال شخصی، برخی بیماری‌های مزمن و تأثیرات جانبی داروهاست (فیلنر^{۲۴}

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1- Lioyd | 2- Dyer |
| 3- Barnett | 4- Stroup-Benham |
| 5- Markides | 6- Black |
| 7- Goodwin | 8- Rao |
| 9- stroke | 10- Herbert |
| 11- Braync | 12- Spiegelhalter |
| 13- Shanas | 14- Kemp |
| 15- Fisher | 16- Liu |
| 17- Liang | 18- Muramatsu |
| 19- Ellison | 20- Malinofsky |
| 21- Wells | 22- Stewart |
| 23- Thomas | 24- Filner |
| 25- Williams | 26- Craig |
| 27- definite psychopathology | |
| 28- Palusko | 29- Schwenk |

استخوان و درد در اندام‌ها) با شرح حال بیش از ۶ ماه بیماری و وجود علائم بیماری در طول شش ماه اخیر که هیچ‌گونه سابقه یا علائم بالینی بیماری‌های مغزی (از قبیل سکتة مغزی، تومور مغزی، دمانس پیری و پارکینسونیسم) نداشتند، تشکیل دادند. این افراد در ماه‌های دی و بهمن سال ۱۳۸۰ به درمانگاه توانبخشی بیمارستان شهید فقیهی شهر شیراز مراجعه نموده و داوطلب همکاری در پژوهش بودند. آنان پس از معاینه و تشخیص بیماری اولیه، از نظر وجود علائم بیماری‌های مغزی مورد معاینه قرار گرفتند و موارد مشکوک به این بیماری‌ها از نمونه حذف شدند. آزمودنی‌های گروه گواه ۶۰ نفر سالمند بهنجار بدون بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی مراجعه‌کننده به مرکز روزانه جهاندیدگان (مراجعه‌کنندگان این مرکز سالمندان بهنجاری هستند که در کلاس‌های فرهنگی، هنری، ورزشی و مذهبی شرکت می‌کنند) بودند که پس از هم‌سازی با گروه آزمایشی انتخاب شدند. از کل آزمودنی‌ها ۹۸ نفر (۸۱/۷٪) زن و ۲۲ نفر (۱۸/۳٪) مرد بودند. میانگین سن آنان ۶۱ سال بود. ۶۰ آزمودنی در گروه سنی ۵۰ تا ۵۹، ۴۸ نفر در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ و ۱۲ نفر در گروه سنی ۷۰ سال به بالا بودند. حداکثر تعداد فرزندان ۱۶ نفر و حداقل صفر با میانگین ۶ فرزند بوده است. دو نفر (۱/۷٪) از آزمودنی‌ها مجرد، ۸۸ نفر (۷۳/۳٪) متأهل، ۲ نفر (۱/۷٪) مطلقه و ۲۸ نفر (۲۳/۳٪) همسر از دست داده بودند. بیشتر آزمودنی‌ها از سطح تحصیلات پایین برخوردار بودند. ۶۶ نفر (۵۵٪) بی‌سواد، ۳۸ نفر (۳۱/۷٪) در حد آموزش ابتدایی، ۱۲ نفر (۱۰٪) راهنمایی و ۴ نفر (۳/۳٪) دیپلم بودند و هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها دارای مدارک بالاتر از دیپلم نبودند.

مشاغل از نظر منزلت اجتماعی برپایه پژوهش خیر (۱۳۷۶) به ده گروه تقسیم شدند. گروه صفر کمترین و گروه نه بیشترین منزلت اجتماعی را دارا بودند. اکثریت زنان (۶۸/۳٪) خانه‌دار بودند. مردان و زنان شاغل نیز بیشتر از مشاغل با منزلت پایین اجتماعی برخوردار

بودند، به‌نحوی که به‌ترتیب ۳/۳٪ در گروه دو، ۱۶/۷٪ در گروه سه و ۱۱/۷٪ در گروه چهارشغلی بودند. هیچ موردی در گروه‌های شغلی بالاتر وجود نداشت.

در این پژوهش دو ابزار سنجش به‌کار گرفته شد. ۱- پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی که دارای پرسش‌هایی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات و سابقه بیماری بود. ۲- فرم تجدیدنظرشده‌ی فهرست علائم ۹۰ سؤال^۱ (SCL-90-R) که میزان شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده‌ی پرسش‌نامه پنج گزینه‌ی هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن این که چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است مشخص می‌کند. این پرسش‌نامه دارای نه بعد و سه شاخص است. بعدهای نه‌گانه‌ی این آزمون عبارتند از: ۱- شکایت‌های جسمانی ۲- وسواس- اجبار ۳- حساسیت در رابطه‌های متقابل ۴- افسردگی ۵- اضطراب ۶- پرخاشگری ۷- ترس مرضی ۸- افکار پارانوئیدی ۹- روان‌پریشی. سه شاخص کلی ناراحتی، عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می‌دهند این شاخص‌ها عبارتند از: ۱- شاخص کلی بیماری^۲: نمره این شاخص میانگین نمره‌های تمام پرسش‌های آزمون است (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا چهار می‌تواند در نوسان باشد). ۲- تعداد علائم مثبت^۳: تعداد علائمی (پرسش‌هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا نود می‌تواند نوسان داشته باشد). ۳- شدت علائم مثبت^۴: میانگین تعداد علائمی (پرسش‌هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌کند (این نمره در دامنه‌ای بین صفر تا چهار می‌تواند در نوسان باشد). ضریب پایایی این آزمون به کمک آزمون-بازآزمون^۵ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰

1- Symptom Check List-90-Revised
2- global severity index
3- positive symptom total
4- positive symptom distress
5- test-retest

گزارش شده است. روایی آزمون با انجام بررسی هایی که بر روی گروه های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که در شرایط پرفشار روانی بوده اند انجام شده، رضایت بخش گزارش گردیده است (دروگاتیس^۱، ۱۹۸۳؛ لزاک^۲، ۱۹۹۵). پایایی و روایی این آزمون در ایران در حد قابل قبول گزارش شده است (اسماعیلی، ۱۳۷۷ و میرزائی، ۱۳۵۹).

تحلیل داده ها به کمک روش های آماری توصیفی، آزمون آماری t و تحلیل واریانس انجام شده است.

یافته ها

بر اساس تشخیص پزشکی، آزمودنی های گروه آزمایشی در سه گروه تشخیصی اصلی (با یک بیماری مزمن دستگاه حرکتی) و چهار گروه تشخیصی ترکیبی (با چند بیماری مزمن دستگاه حرکتی) تقسیم بندی شدند. هفت نفر (۱۱/۷٪) در گروه بیماری های استخوانی، ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) در گروه بیماری های مفاصل، ۱۰ نفر (۱۶/۷٪) در گروه بیماری های عصبی - ماهیچه ای، ۲۳ نفر (۳۸/۳٪) در گروه بیماری های توأم استخوانی و مفصلی، یک نفر (۱/۷٪) در گروه توأم

بیماری های استخوانی و عصبی، ۳ نفر (۵٪) در گروه بیماری های توأم مفصلی و عصبی - ماهیچه ای و ۲ نفر (۳/۳٪) همزمان هر سه دسته بیماری را داشته اند.

مقایسه ی نمره های آزمودنی های پژوهش در ابعاد نه گانه ی آزمون SCL-90-R در زنان و مردان در جدول ۱ نشان داده شده است. همان گونه که جدول نشان می دهد، نمره های زنان در همه ی بعدها بیشتر از نمره های مشابه در مردان بوده است. آزمون t تفاوت معنی داری بین نمره های زنان و مردان در همه ی بعدها به جز بعدهای شکایت های جسمانی، پرخاشگری و روان پریشی نشان داد.

در جدول ۲ نمره های آزمودنی ها در بعدهای نه گانه ی آزمون SCL-90-R در دو گروه آزمایشی و گواه نشان داده شده است. همان گونه که جدول نشان می دهد نمره آزمودنی های گروه آزمایشی بیش از گروه گواه است و با آزمون t تفاوت معنی داری بین دو گروه در تمام مقیاس ها به جز ترس مرضی و افکار پارانوییدی وجود دارد.

تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه های مختلف سنی تفاوت معنی داری در هیچ کدام از مقیاس ها نشان نداد.

جدول ۱- نمره های آزمودنی های دو گروه مورد بررسی در بعدهای نه گانه و شاخص های سه گانه ی آزمون SCL-90-R بر حسب جنس، نمره آزمون t و سطح معنی داری

بعدهای آزمون	کل	مرد	زن	آزمون t	سطح معنی داری
شکایت های جسمانی	۱/۲۶	۱/۰۱	۱/۳۲	۱/۸۱	N.S.
وسواس	۱/۱۲	۰/۷۷	۱/۲۰	۲/۵۳	۰/۰۱
حساسیت در رابطه های متقابل	۱/۰۶	۰/۶۵	۱/۱۵	۲/۶۷	۰/۰۱
افسردگی	۱/۲۵	۰/۸۲	۱/۳۴	۲/۹۹	۰/۰۱
اضطراب	۱/۱۱	۰/۶۶	۱/۲۱	۲/۴۴	۰/۰۵
پرخاشگری	۰/۶۵	۰/۴۰	۰/۷۱	۱/۸۴	N.S.
ترس مرضی	۰/۶۳	۰/۳۵	۰/۷۰	۲/۴۰	۰/۰۵
افکار پارانوییدی	۱/۳۰	۰/۹۶	۱/۳۸	۲/۰۳	۰/۰۵
روان پریشی	۰/۷۳	۰/۵۰	۰/۷۸	۱/۸۵	N.S.
شاخص کل بیماری	۱/۰۷	۰/۷۳	۱/۱۴	۲/۷۷	۰/۰۱
تعداد علائم مثبت	۴۶/۷۸	۳۴/۷۳	۴۹/۴۹	۳/۴۳	۰/۰۱
شدت علائم مثبت	۱/۹۵	۱/۸۰	۱/۹۸	۱/۳۴	N.S.

جدول ۲- نمره آزمودنی‌های دو گروه مورد بررسی برحسب نمره ۱ و سطح معنی‌داری

بعدهای آزمون	آزمودنی‌های آزمایشی	آزمودنی‌های گواه	آزمون t	سطح معنی‌داری
شکایت‌های جسمانی	۱/۵۱	۱/۰۱	۳/۹۴	۰/۰۰۱
وسواس	۱/۳۱	۰/۹۲	۳/۰۱	۰/۰۱
حساسیت در رابطه‌های متقابل	۱/۲۵	۰/۸۷	۲/۵۷	۰/۰۵
افسردگی	۱/۴۱	۱/۰۷	۲/۵۲	۰/۰۵
اضطراب	۱/۳۸	۰/۸۳	۳/۲۶	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۰/۸۹	۰/۴۴	۳/۲۹	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۰/۶۷	۰/۶۰	۰/۶۱	N.S.
افکار پارانوییدی	۱/۴۲	۱/۱۸	۱/۵۵	N.S.
روان‌پریشی	۰/۸۸	۰/۵۶	۲/۸۲	۰/۰۱
شاخص کل بیماری	۱/۲۵	۰/۸۸	۳/۳۱	۰/۰۱
تعداد علائم مثبت	۴۹/۷۷	۴۳/۶۹	۱/۷۶	N.S.
شدت علائم مثبت	۲/۱۶	۱/۷۳	۴/۴۶	۰/۰۰۱

هم‌چنین تحلیل واریانس یک‌طرفه از نظر مدت بیماری تفاوت معنی‌داری در هیچ‌کدام از مقیاس‌ها نشان نداد.

جدول ۳ توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش را برحسب شدت بیماری نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود فراوانی مشکلات روانی در گروه سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن حرکتی بیشتر از گروه گواه است و در حالی که ۸/۳٪ آزمودنی‌های گروه گواه دچار مشکلات متوسط بوده‌اند، ۱۶٪ آزمودنی‌های گروه آزمایشی شدت بیماری بالاتر از متوسط را گزارش کرده‌اند.

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های دو گروه مورد بررسی برحسب شدت بیماری

شدت بیماری	کل آزمودنی‌ها		گروه گواه
	فراوانی (%)	فراوانی (/)	
سالم	۴۳ (۳۵/۸)	۱۸ (۳۰/۰)	۲۵ (۴۱/۷)
خفیف	۵۶ (۴۶/۷)	۲۶ (۴۳/۳)	۳۰ (۵۰/۰)
متوسط	۱۸ (۱۵/۰)	۱۳ (۲۱/۷)	۵ (۸/۳)
شدید	۱ (۸/۰)	۱ (۱/۷)	۰ (۰/۰)
خیلی شدید	۲ (۱/۷)	۲ (۳/۳)	۰ (۰/۰)
جمع	۱۲۰ (۱۰۰)	۶۰ (۱۰۰)	۶۰ (۱۰۰)

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید این فرضیه است که وضعیت سلامت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگام حرکتی با گروه گواه در مقیاس‌های مختلف تفاوت دارد و این تفاوت در بعدهای شکایت‌های جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت در رابطه‌های متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، روان‌پریشی، شاخص کل بیماری و شدت علائم مثبت معنی‌دار است. به بیان دیگر سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن حرکتی بیش از سالمندان سالم دارای مشکلات روانی بوده‌اند. این فرضیه برای ترس مرضی، افکار پارانوییدی و تعداد علائم مثبت مورد تأیید قرار نگرفت.

فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر تفاوت بودن وضعیت سلامت روانی زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند، در بیشتر مقیاس‌ها مورد تأیید قرار گرفت (به‌جز روان‌پریشی، پرخاشگری و شکایت‌های جسمانی). به بیان دیگر زنان بیش از مردان دارای مشکلات اعصاب و روان بوده‌اند.

فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر تأثیر طول مدت بیماری بر وضعیت سلامت روانی سالمندان، در

هیچ کدام از مقیاس‌های آزمون SCL-90-R مورد تأیید قرار نگرفت.

هم چنین این فرضیه پژوهش که بیان می‌داشت وضعیت سلامت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی در دهه‌های مختلف سالمندی (دهه ۵۰، ۶۰، ۷۰ و بالاتر از آن) متفاوت است، برای هیچ یک از مقیاس‌های آزمون یادشده مورد تأیید قرار نگرفت. یعنی در دهه‌های سنی مختلف پس از ۵۰ سالگی از نظر بهداشت روانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. برای تبیین این یافته شاید بتوان گفت که اگرچه با افزایش سن، بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی افزایش می‌یابند، هم‌زمان با آن آستانه‌ی تحمل سالمندان نیز افزایش می‌یابد. شاید افزایش آستانه‌ی تحمل نسبت به درد بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی، سبب کاهش تأثیر طول مدت بیماری و افزایش سن در تشدید مشکلات روانی شده باشد.

از سوی دیگر یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که شیوع اختلال‌های روان‌شناختی را در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان در سنین مختلف گزارش کرده‌اند هم‌سو است. برای نمونه عکاشه (۱۳۷۹) در بررسی میزان اختلال‌های روانی در زنان دانشجویان دانشگاه زاهدان، مکارمی^۱ (۱۹۸۹) در بررسی میزان اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان و مرادی و مجید محمود علیلو (۱۳۸۰) میزان اختلال‌های یادشده را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند.

مقایسه‌ی میانگین نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش حاضر با داده‌های هنجاری دراگوتیس (۱۹۸۳) و جاویدی (۱۳۷۲) نشان می‌دهد که آزمودنی‌های پژوهش حاضر در بیشتر مقیاس‌ها نمره‌ای بالاتر از نقطه برش در هر دو بررسی یادشده به دست آورده‌اند. این موضوع برای گروه سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن حرکتی نسبت به گروه گواه نیز صادق است.

با توجه به وجود هم‌زمان چند بیماری ناتوان‌کننده در تابلوی بالینی سالمندان که شماری از آنها ناشی از تغییرات بدنی سالمندی و شماری از آنها مانند مشکلات روان‌شناختی با یک برنامه‌ریزی مناسب قابل پیشگیری است (فریس، ۱۹۸۰؛ اولشانسکی^۲، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶)، هم چنین افزایش سن افراد اجتماع در دهه‌های اخیر و افزایش هزینه‌های سرانه‌ی درمان و نگهداری از سالمندان دچار اختلال‌های جسمی و روانی (اشنایدر^۳ و گورال‌نیک^۴، ۱۹۹۰؛ هینگ^۵، ۱۹۸۷)، پیشگیری و درمان به موقع اختلال‌های اعصاب و روان افزون بر کاهش هزینه‌های سرانه‌ی درمان، بر بهبود کیفیت زندگی^۶ آنها نیز تأثیر دارد (کاتز، برنج^۷ و براتسون^۸، ۱۹۸۳). از سوی دیگر باید در نظر داشت که هرگونه طرح در ارتباط با پیشگیری، درمان و توان‌بخشی بیماران مزمن حرکتی باید با توجه به وضعیت بدنی و روانی آنها برنامه‌ریزی شود. هم چنین به دلیل وجود مشکلات روان‌شناختی در این افراد، درمان باید توسط یک تیم تخصصی مرکب از متخصص توان‌بخشی، روانپزشک و روانشناس انجام پذیرد.

منابع

- اسماعیلی، غلامعلی (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور آرایه خدمات مشاوره‌ای مناسب*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- ترکان، علی (۱۳۷۳). *بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان پزشکی زاهدان*. پایان‌نامه دکتری پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- جاویدی، حجت‌الله... (۱۳۷۲). *بررسی شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی شهرستان مرودشت*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1- Makaremi | 2- Olshansky |
| 3- Schneider | 4- Guralnik |
| 5- Hing | 6- quality of life |
| 7- Branch | 8- Branson |

- therapist's guide to neuropsychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Filmer, B., & Williams, T.F. (1983). Health promotion for the elderly: reducing functional dependency. In: A.R. Somers, & D.R. Fabian (1983). *The geriatric imperative: an introduction to gerontology and clinical geriatrics*. New York: Appleton-Century-Crofts, (p.p. 187-204).
- Fisher, S.H. (1988). Psychiatry and rehabilitation. In: J. Good Gold, (Ed.) *Rehabilitation medicine*. New York: Mosby Company, (p.p. 898-902).
- Fordyce, W.E., & Melfi, R.S. (1968). Some implications of learning in problems of chronic pain. *Journal of Chronic Disease*, 21, 179-183.
- Fries, J.F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Fulton, J.P., Katz, S., & Jack, S.S. (1989). *Physical functioning of the aged*. USA Public Health Service, Vital and Health Statistics, no. 10, (p. 167).
- Good Gold, J. (1988). *Rehabilitation medicine*. New York: Mosby Company.
- Granger, C.V., Hayes, M.K., & Johnston, M. (1996). Quality and outcome measures for medical rehabilitation. In: R.L. Braddom, (Ed.). *Physical medicine and rehabilitation textbook*. Philadelphia: Saunders Company, (p.p. 249-252).
- Herbert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150, 501-510.
- Hing, E. (1987). *Use of nursing homes by the elderly: Preliminary data from the 1985 national nursing home survey*. United States Department of Health and Human Services Publication, 87-1250. Advance data from vital and health statistics, no. 135. Hyattsville, MD: U.S. Government Printing Office.
- خیر، محمد (۱۳۷۶). بررسی رابطه برخی از شاخصهای طبقه اجتماعی با پیشرفت تحصیلی در گروهی از دانش آموزان سال اول دبیرستان نظام جدید. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز* دوره ۱۲، شماره ۲، ۷۷-۱۱۴.
- عکاشه، گودرز (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴، ۱۱-۱۶.
- مرادی، ع.ر؛ محمود علیلو، مجید (۱۳۸۰). بررسی سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه‌های کشور. *اولین همایش بهداشت روانی دانشجویان*. تهران.
- میرزائی، رفیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایانی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.
- Belsky, J. (1999). *The psychology of aging*. California, Brooks-Cole Publishing Company.
- Birren, J.E., & Schaie, K. W. (1990). *Handbook of psychology of aging*. San Diego: Academic Press, (p.p. 183-200).
- Bruce, M.L. (1999). The association between depression and disability. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 8-11.
- Cavanaugh, J.C. (1997). *Adult development and aging*. USA: Brooks-Cole Publishing Company.
- Clark, G.S., Blue, B., & Bearer, J.B. (1983). Rehabilitation of the elderly amputee. *Journal of American Geriatrics Society*, 31, 439-448.
- Craig, G.J. (2000). *Human development*. New Jersey, Prentice Hall.
- Delisa, J.B. (1993). *Rehabilitation medicine*. Philadelphia, Lippincott Company.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures*. Manual 2. Baltimore: Clinical Psychometric Research, (p.p. 1-43).
- DiMatteo, M.R. (1991). *The psychology of health, illness and medical care*. California, Brooks-Cole Publishing Company.
- Ellison, J.M., & Malinofsky, T.H. (1994). *The psycho-*

ville, MD: USA Public Health Service.

Jarvik, L. & Small, G. (1988). *A common sense guide for adult children*. New York: Crown.

Katz, S., Branch, L. G., & Branson, M. H. (1983). Active life expectancy. *The New England Journal of Medicine*, 309, 1218-1224.

Kemp, B. (1986). Psychosocial & mental health issues in rehabilitation of older person. In: S. J. Brody, & G. E. Ruff (Eds.). *Aging and rehabilitation: advances in the state of the art*. New York: Springer-Verlag, (p.p.122-158).

Kimmel, D. C. (1990). *Adulthood and aging*. New York: John Wiley & Sons.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press, (p.p. 788-789).

Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in diabetes clinical population. *Diabet Medicine*, 17, 198-202.

Liu, X., Liang, J., & Muramatsu, N. (1995) Transitions in functional status and active life expectancy among people. *Journal of Gerontology*, 50B, 383-394.

Makaremi, A. (1989). Mental health of Iranian high school & college students. *Psychological Report*, 64, 19-22.

Olshansky, S. J. (1985). Pursuing longevity, delay VS. elimination of degenerative diseases. *American Journal of Public Health*, 75, 754-757.

Palusko, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sport Medical*, 29, 167-180.

Rao, R. (2000). Cerebrovascular disease and late life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 419-433.

Rogers, C. S., & Levitin, P. M. (1987). *Managing chro-*

nic disease. Oradell: Medical Economics Press.

Schneider, E. L., & Guralnik, J. M. (1990). The aging of America: impact of health care costs. *Journal of American Medical Association*, 263, 2335-2340.

Shanas, E. (1986). Social myth as hypothesis: the case of family relations of old peoples. In: S. J. Brody, & G. E. Ruff (Eds.). *Aging and rehabilitation: advances in the state of the art*. New York: Springer-Verlag, (p.p.87-103).

Spencer, G. (1989). *Projections of the population by age, sex, and race 1988 to 2080*. Current population report, series P-25, no. 1018. Washington, DC: United States Bureau of the Census. Government Printing Office.

Stroup-Benham, C. A., Markides, K. S., Black, S. A. & Goodwin, J. S. (2000). Relationship between low blood pressure and depression symptomatology in older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 250-255.

Thomas, V. N. (1997). *Pain its nature and management*. London: Baillior Tindall.

Wells, K. B., & Stewart, A. (1989). The function and well-being of depression. *Journal of American Medical Association*, 262, 914-919.

Williams, M. E., & Hadler, N. M. (1983). The illness as the focus of geriatric medicine. *The New England Journal of Medicine*, 308, 1357-1360.

Zimmerman, S. I., Fox, K., & Magaziner, J. (1994). Demography and epidemiology of disabilities in the aged. In G., Felsenthal, S. J. Garrison, & F. U. Steinberg, (Eds.): *Rehabilitation of the aging and elderly patient*. Baltimore, Williams & Wilkins, (p.p. 11-20).