



سلامت روانی سالمندان دارای بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی

دکتر محمدجواد هادیانفرد*، دکتر حبیب هادیانفرد**

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. بیماری‌هایی 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 هم‌تاسازی 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.

SCL-90-R

:

* پزشک متخصص پزشکی فیزیکی، توان‌بخشی و الکترومیوگرافی، استادیار بخش پزشکی فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. شیراز، خیابان 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.

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 پدیدآمدن 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).

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	

یکی از ویژگی‌های مهم جمعیت‌شناختی در دهه‌های اخیر افزایش امید به زندگی و شمار سالمندان است (کاواناف^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 درصد 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 دست‌کم ۶۵٪ زنان بالاتر ۶۰ سال و تقریباً

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 بیشتر شدن سن افزایش می‌یابد و در زنان بیش از مردان است. در بررسی انجام شده 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.

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، پوکی

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان کننده مشکلات روانی گوناگونی را تجربه می‌کنند. لیوید^۱، دیر^۲ و بارنت^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. راو^۸ (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی مشابه نشان داد که در سال‌های اولیه پس از سکتة 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^۴، ۱۹۸۶؛ فیشر^{۱۵}، ۱۹۸۸؛ لیو^{۱۶}، لیانگ^{۱۷} و موراماتسو^{۱۸}، ۱۹۹۵).

الیسون^{۱۹} و مالینوفسکی^{۲۰} (۱۹۹۴) در بازمینی چند پژوهش، علایم 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 (فیلتر^{۲۴}

1- Lioyd	2- Dyer
3- Barnett	4- Stroup-Benham
5- Markides	6- Black
7- Goodwin	8- Rao
9- stroke	10- Herbert
11- Brayne	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 سکته 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 هم‌تاسازی 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، به نحوی که به ترتیب 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 به کار 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. بعدها^۲ 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 پارانوییدی 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

بیماری‌های استخوانی و عصبی، ۳ نفر (۵٪) در گروه بیمارهای توأم مفصلی و عصبی - ماهیچه‌ای و ۲ نفر (۳/۳٪) همزمان هر سه دسته بیماری را داشته‌اند.

مقایسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش در ابعاد نه‌گانه‌ی آزمون SCL-90-R در زنان و مردان در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، نمره‌های زنان در همه‌ی بعدها بیشتر از نمره‌های مشابه در مردان بوده است. آزمون t تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های زنان و مردان در همه‌ی بعدها به‌جز بعدهای شکایت‌های جسمانی، پرخاشگری و روان‌پریشی نشان داد.

در جدول ۲ نمره‌های آزمودنی‌ها در بعدهای نه‌گانه‌ی آزمون SCL-90-R در دو گروه آزمایشی و گواه نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد نمره آزمودنی‌های گروه آزمایشی بیش از گروه گواه است و با آزمون t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در تمام مقیاس‌ها به‌جز ترس مرضی و افکار پارانوئیدی وجود دارد.

تحلیل واریانس یک طرفه بین گروه‌های مختلف سنی تفاوت معنی‌داری در هیچ‌کدام از مقیاس‌ها نشان نداد.

گزارش شده است. روایی آزمون با انجام بررسی‌هایی که بر روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که در شرایط پرفشار روانی بوده‌اند انجام شده، رضایت‌بخش 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 داده‌ها به‌کمک روش‌های آماری توصیفی، آزمون آماری t و تحلیل واریانس انجام شده است.

بر اساس تشخیص پزشکی، آزمودنی‌های گروه آزمایشی در سه گروه تشخیصی اصلی (با یک بیماری مزمن دستگاه حرکتی) و چهار گروه تشخیصی ترکیبی (با چند بیماری مزمن دستگاه حرکتی) تقسیم‌بندی شدند. هفت نفر (۱۱/۷٪) در گروه بیماری‌های استخوانی، ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) در گروه بیماری‌های مفصلی، ۱۰ نفر (۱۶/۷٪) در گروه بیماری‌های عصبی - ماهیچه‌ای، ۲۳ نفر (۳۸/۳٪) در گروه بیماری‌های توأم استخوانی و مفصلی، یک نفر (۱/۷٪) در گروه توأم

جدول ۱- نمره‌های آزمودنی‌های دو گروه مورد بررسی در بعدهای نه‌گانه و شاخص‌های سه‌گانه‌ی آزمون SCL-90-R برحسب جنس، نمره آزمون t و سطح معنی‌داری

بعدهای آزمون	کل	مرد	زن	آزمون t	سطح معنی‌داری
شکایت‌های جسمانی	۱/۲۶	۱/۰۱	۱/۳۲	۱/۸۱	N.S.
وسواس	۱/۱۲	۰/۷۷	۱/۲۰	۲/۵۳	۰/۰۱
حساسیت در رابطه‌های 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 پارانوئیدی	۱/۳۰	۰/۹۶	۱/۳۸	۲/۰۳	۰/۰۵
روان‌پریشی	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 بر حسب نمره ۱ و سطح معنی‌داری

شکایت‌های جسمانی و سواس حساسیت در رابطه‌های متقابل افسردگی اضطراب پرخاشگری ترس مرضی افکار پارانوئیدی روان‌پریشی شاخص کل بیماری تعداد علائم مثبت شدت علائم مثبت	بعدهای آزمون	آزمودنی‌های آزمایشی	آزمودنی‌های گواه	آزمون t	سطح معنی‌داری
شکایت‌های جسمانی	۱/۵۱	۱/۰۱	۳/۹۴	۰/۰۰۱	
وسواس حساسیت در	۱/۳۱	۰/۹۲	۳/۰۱	۰/۰۱	
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 پارانوئیدی	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	

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

شدت بیماری	کل آزمودنی‌ها	گروه آزمایشی	گروه گواه
	فراوانی (%)	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)

یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید این فرضیه است که وضعیت سلامت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه 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 پارانوئیدی و تعداد علائم مثبت مورد تأیید قرار نگرفت.

فرضیه دیگر پژوهش مبنی بر متفاوت بودن وضعیت سلامت روانی زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند، در بیشتر مقیاس‌ها مورد تأیید قرار گرفت (به جز 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

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

جدول ۳ توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش را بر حسب 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.

با توجه به وجود هم‌زمان چند بیماری ناتوان کننده 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)، هم‌چنین 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، برنچ^۷ و برانسون^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. هم‌چنین به دلیل وجود مشکلات روان‌شناختی در این افراد، درمان باید توسط یک تیم تخصصی مرکب از متخصصان توان‌بخشی، روانپزشک و روانشناس انجام پذیرد.

اسماعیلی، غلامعلی (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون SCL-90-R و مقایسه سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران به منظور ارائه 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، حجت‌ا... (۱۳۷۲). *بررسی شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی شهرستان مرودشت*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

1- Makaremi
3- Schneider
5- Hing
7- Branch

2- Olshansky
4- Guralnik
6- quality of life
8- Branson

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

هم‌چنین 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 هیچ‌یک 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.

ازسوی دیگر یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که شیوع اختلال‌های روان‌شناختی را در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان درسنین 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 به‌دست آورده‌اند. این موضوع برای گروه سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن حرکتی نسبت به گروه گواه نیز صادق است.

- therapist's guide to neuropsychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Filner, 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. Hyatts-
- 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، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایائی و اعتبار آزمون SCI-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). *SCI-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 chronic 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).