

مقایسه میزان تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان و افراد مبتلا به درد

مزمن (مقاله پژوهشی)

سید محمود میرزمانی^۱، محمد تقی حلی ساز^۲ احمد سدید^۳، اکبر صفری^۴

چکیده

هدف: هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر درد بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان مبتلا به درد مزمن بود.

روش بررسی: ۵۸۵ نفر از افراد مبتلا به درد مزمن در ناحیه پاها، کمر، دستها، گردن و شانه در این پژوهش شرکت داشتند. این افراد شامل دو گروه بودند: (۱) افراد سالمند در سن ۶۰ سالگی و یا بالاتر (n=۷۷) (۲) افراد در سنین کمتر از ۶۰ سالگی (n=۵۰۸). ابزاری که به منظور بررسی ابعاد چند گانه درد مزمن تهیه شده پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون-بیل WHYMPI است.

یافته ها: دو گروه در سه مقیاس از ابعاد مهم تجربه درد تفاوت معنی داری با هم دارند. این سه مقیاس عبارتند از: تداخل درد در زندگی روزانه، حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی و شدت درد. افراد سالمند بطور معنی داری درد شدیدتری را تجربه می کنند و این موضوع باعث تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه و حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می شود. و در نهایت نتایج نشان داد دو گروه در سه مقیاس از مقایسه های ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت های متداول و معمولی زندگی تفاوت معنی داری با هم داشتند. این سه مقیاس عبارتند از: فعالیت های دور از خانه، فعالیت های اجتماعی و فعالیت های عمومی.

نتیجه گیری: شدت درد بیشتر در گروه سالمندان موجب تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه و میزان حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می شود. از طرف دیگر به نظر می رسد درد مزمن فعالیت های دور از خانه، فعالیت های اجتماعی و فعالیت های عمومی سالمندان مبتلا به درد مزمن را بیشتر از بیماران عادی مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر قرار می دهد. لذا در مراقبت از سالمندان مبتلا به درد مزمن باید بیشتر از افراد و بیماران عادی مبتلا به درد مزمن به فکر فعالیت های عمومی، اجتماعی و بیرون خانه آنها بود.

کلیدواژه ها: تأثیر، درد، ابعاد زندگی، سالمند

- ۱- PhD، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ...
(عج)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،
مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال
۲- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی
بقیه ... (عج)
۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی
بقیه ... (عج)
۴- کارشناس ارشد روانشناسی

مقدمه:

رنج می برند (۱). گرچه هنوز شیوه اثر و علت رابطه بین پریشانی های روان شناختی و درد مزمن بطور آشکار مشخص نیست، لیکن بررسی ها نشان می دهد که پریشانی های روان شناختی بطور غیر معمولی در جمعیت مبتلا به درد مزمن بالا است (۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰). دنیل و همکاران ۱۹۸۵، عنوان می کنند که: بسیاری از بیماران درد مزمن دارای اختلالات شخصیت، وابستگی به

بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی بخصوص خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روان شناختی را تجربه می کنند. گاسما در سال ۱۹۹۰، گزارش می دهد که بخش معناداری از جمعیت مبتلا به درد مزمن از افسردگی و ناسازگاری و استرس های اجتماعی و محیط خانوادگی

اینکه نشانه‌ها ۶ ماه یا بیشتر طول کشیده‌اند، اختلال درد حاد یا مزمن طبقه بندی می‌شود (۱۲).

در یک پژوهش ویلس، میکایل، دیدن، و مینس (۲۰۰۱) شیوع افسردگی بین بیماران به درد مزمن را ۳۵/۷٪ تخمین زده‌اند (۱۶). حتی برخی از گزارش‌ها حاکی از بالا بودن افکار اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد (۱۷). علاوه بر این، درد مزمن نه تنها فرد دردمند بلکه ظرفیت اطرافیان او را که برای حمایت وی به وجود می‌آورند، تحلیل می‌برد (۳ و ۴).

فیلیس (۱۹۸۷) الگوی تاثیر شناختها بر رفتار مربوط به درد را توصیف می‌کند، و بر انتظاری که بیماران درباره اعمال و باورهایی که آنان در باره کنترل رویدادهای درد دارند، تاکید می‌کند. درد ممکن است منشا جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبی یا روانی داشته باشد. درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر، محیط غیر بهداشتی خانواده در ارتباط است و می‌تواند بر روی درمان‌های جسمانی موثر باشد. لذا پیش نیاز درمانهای جسمانی درد مزمن می‌تواند درمان عاطفی و دیگر مشکلات روان شناختی باشد (۱۸).

روش بررسی:

ابزار و روش جمع‌آوری اطلاعات:

جامعه آماری:

جامعه آماری مورد پژوهش کلیه افراد دارای درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله (عج)، بیمارستان شهدای تجریش، بیمارستان طالقانی، و مطب خصوصی دو نفر از همکاران پژوهش می‌باشد.

نمونه

نمونه پژوهش، شامل ۵۸۵ نفر، از بیماران زن و مرد مبتلا به درد مزمن (در ناحیه پاها، کمر، دستها، گردن و شانه) در سنین ۱۸ سال به بالا می‌باشند. افراد اختلال درد را ۶ ماه یا بیشتر داشته‌اند، تا تحت عنوان اختلال درد مزمن طبقه بندی شوند (۱۲). با این حجم نمونه می‌توان یک بر آورد مکفی^۱، با ثبات^۲ و کارا را انجام داد و شناخت کامل را از پارامتر بوسیله آماره بدست آورد (۱۹). این افراد شامل دو گروه بودند: ۱) یک گروه افراد سالمند در سن ۶۰ سالگی و یا بالاتر ($n=77$)، ۲) و یک گروه افراد در

مواد مخدر، بی ثباتی در روابط خانوادگی، ناسازگاری شغلی و دعوای قانونی می‌باشند (۱۱). در کار پزشکی، درد شاید شایعترین شکایت باشد و سندرم‌های درد مقاوم به درمان نیز شایعند. کمر درد در ایالات متحده سالیانه ۷ میلیون نفر را ناتوان ساخته است و در سال بیش از ۸ میلیون ملاقات پزشکان به همین دلیل انجام می‌شود (۱۲). اختلال درد در زنان دو برابر بیشتر از مردان تشخیص داده می‌شود. شایعترین سن ابتلا، دهه چهارم و پنجم زندگی است، شاید به این دلیل که با افزایش سن تحمل درد کاهش می‌یابد. اختلال درد در طبقه کارگر شایعتر است که شاید علت آن احتمال بیشتر صدمات شغلی در این گروه باشد. احتمال توارث ژنتیک یا مکانیسم‌های رفتاری در انتقال این بیماری دخیل می‌باشد. در خانواده افراد مبتلا به درد، اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و سوء مصرف مواد نیز شایعتر از جمعیت کلی است (۱۲).

یکی از ابزارهایی که به منظور بررسی ابعاد چند گانه درد مزمن تهیه شده پرسشنامه چند بعدی درد وست‌هاون - میل WHYMPI است. این ابزار برای ارزیابی میزان مداخله درد در زندگی روزانه / میزان حمایت / شدت درد / احساس کنترل زندگی / پریشانی عاطفی / پاسخ و واکنش افراد مهم زندگی بیمار به درد / برداشت و ادراک فرد به ناتوانی او در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع طراحی شده است (۱۳ و ۱۴).

اختلال درد عبارتست از نشانه‌هایی از درد که بطور کامل با عوامل روانی مرتبط هستند و یا بر اثر این عوامل تشدید می‌شوند، و یکی از پنج اختلالات شبه جسمی شناخته شده می‌باشد. طبق تعریف متن باز بینی شده چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال درد عبارتست از وجود دردی که مرکز اصلی توجه بالینی است. عوامل روان شناختی نقش مهمی در این اختلال به عهده دارند (۱۵). نشانه اولیه احساس درد در یک یا چند نقطه بدن است و این درد با اختلالات غیر روانی طبی یا عصبی بطور کامل قابل توجه نیست. نشانه درد همراه با ناراحتی هیجانی و اختلال عملکرد است. شکایت درد باید تحت تاثیر چشمگیر عوامل روان شناختی ارزیابی شود و نشانه‌ها می‌بایست سبب اختلال کارکردی (مثلا در زمینه شغلی یا اجتماعی) و ناراحتی هیجانی قابل ملاحظه بیمار شوند. اختلال درد در وهله اول باید با عوامل روان شناختی مربوط باشد و یا تواما با عوامل روان شناختی و یک اختلال طبی عمومی همراه باشد. همچنین بسته به

^۱ - Sufficiente

^۲ - Consistent

پاسخ‌های منفی دریافت می‌کنند. تقریباً ۲۰٪ بیماران در این طبقه قرار دارند (۱۳).

محور نهایی، سازگاری^۴ است. افرادی که در این طبقه قرار دارند، سطح کمی از شدت درد دارند، همینطور سطح کمی از تداخل درد در فعالیت‌های زندگی، سطح کمی از پریشانی هیجانی، و سطح بالایی از کنترل بر روی زندگی را گزارش می‌دهند. این گروه تقریباً ۲۹ درصد بیماران یک مرکز درد را تشکیل می‌دهند. این طبقه بندی‌ها برای کمک کردن به توافقات درمانی، تعریف انواع نیازهای مداخله‌ای، و اسناد و مدارک بهبود بیماران طراحی شده است (۱۳).

WHYMPI شامل مقیاس‌هایی به شرح زیر است:

مداخله، حمایت، شدت درد، کنترل زندگی، پریشانی عاطفی، پاسخ‌های افراد مهم زندگی بیمار به درد، برداشت و ادراک فرد به ناتوانی او در موقعیت مربوط به خانه، کار و اجتماع.

موارد استفاده: این ابزار برای سنجش واکنش همسر، و دیگر افراد مهم زندگی بیمار مانند دامنه و وسعت برداشت و ادراک آنها از ناتوانی بیمار سودمند است. همچنین برای مدیریت خط سیر پیشرفت درمان در پریشانی عاطفی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

به لحاظ سودمندی این ابزار می‌توان بیماران با سطح بالایی از احساس ناتوانی، پریشانی عاطفی و آنهایی که مستعد بزرگ‌نمایی درد می‌باشند، را شناسایی کرد. همچنین این ابزار جهت استفاده در مدیریت درد به منظور بررسی خط سیر تغییرات در خلال دوره درمان و بر آورد نتایج درمان استفاده گردد. خصوصیت ویژه این آزمون ارزیابی ادراک و برداشت بیمار از پاسخ‌های افراد نزدیک و مهم زندگی فرد (پاسخ ادراکی همسر بیمار) است (۱۳). این آزمون دارای ۴۸ آیتم، و دارای ۱۲ مقیاس می‌باشد و ۲۰ دقیقه زمان برای اجرا لازم دارد. همچنین ارزش هر سؤال از صفر تا ۶ درجه بندی شده است. جهت بررسی روابط بین فردی، چگونگی حمایت افراد نزدیک زندگی، تداخل درد در زندگی روزانه از آزمون WHYMPI استفاده گردید.

این پرسشنامه دارای ۳ بخش به شرح زیر می‌باشد:

سنین کمتر از ۶۰ سالگی (n=۵۰۸). جامعه آماری مورد پژوهش کلیه افراد دارای درد مزمن مراجعه کننده به:

۱- بیمارستان بقیه الله (عج)

۲- بیمارستان شهدای تجریش

۳- بیمارستان طالقانی

و مطب خصوصی دو نفر از همکاران پژوهش بودند.

ابزار اندازه گیری:

پرسشنامه چند بعدی درد وست‌هاون ییل^۱ (WHYMPI) یکی از ابزارها مورد استفاده جهت شناسایی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی درد (یا ابعاد چند گانه درد مزمن) پرسشنامه چند بعدی درد وست‌هاون ییل (WHYMPI) می‌باشد (۱۳). سرچشمه این پرسشنامه از تئوری‌های مربوط به مفاهیم رفتاری و شناختی درد مزمن گرفته شده است. هدف این پرسشنامه تهیه گزارش مختصری از ادراکات، اظهارات، سنجش میزان درد مزمن می‌باشد. این پرسشنامه بر روی بیماران دارای درد، شامل: کمر درد مزمن، سر درد، درد مربوط به سرطان‌های جاری شده است. WHYMPI ابزاری موجز و مختصر می‌باشد و از این ابزار در مورد بیماران سرپایی در مراکز مدیریت درد استفاده می‌گردد (۱۳).

WHYMPI در سه محور عمده و بطور تجربی طبقه بندی شده است. محور اول بدکارکردی^۲ نامیده شده است. اشخاصی که در این محور قرار می‌گیرند، از یک سطح بالایی از شدت درد خبر می‌دهند. نمره بالا در این مقیاس، نشان از سطح بالایی از احساس درد می‌باشد که موجب تداخل در فعالیت عادی زندگی شده است، همچنین احساس رنج و فرسودگی هیجانی، یک حس کنترل کم بر روی زندگی را می‌توان مشاهده کرد. در یک نمونه عمومی از بیماران بستری شده در مرکز درد مزمن، تقریباً ۴۲٪ بیماران در این طبقه قرار گرفتند (۱۳).

دومین محور پریشانی بین فردی^۳ است. اشخاص با این وضعیت، حمایت اجتماعی کمی از افراد مهم زندگی خود یا همسر دریافت می‌کنند و زمانی که احساس درد دارند از طرف افراد مهم زندگی تنبیه می‌شوند یا به نوعی

^۱ - West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory

^۲ - Dysfunctional

^۳ - Interpersonally distressed

^۴ - Adaptive coping

I ابعاد مهم تجربه درد:

Interference in daily living	(INF)	تداخل درد در زندگی روزانه	۲،۳،۴،۸،۹،۱۳،۱۴،۱۷،۱۹	سؤالهای
Support	(SUP)	حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی	۵،۱۰،۱۵	سؤالهای
Pain severity	(PS)	شدت درد	۱،۷،۱۲	سؤالهای
Self-control	(SC)	درک کنترل زندگی	۱۱،۱۶	سؤالهای
Negative mood	(NEG)	پریشانی عاطفی	۶،۱۸،۲۰	سؤالهای

II ارزیابی و درک بیمار از درجه علاقمندی و دلواپسی که همسر و فرد مهم زندگی نشان می‌دهد:

Punishing reactions by other	(PUN)	واکنش‌های تنبیهی از طرف دیگران	۱،۴،۷،۱۰	سؤالهای
Solicitousness by others	(SOL)	علاقمندی از طرف دیگران	۲،۵،۸،۱۱،۱۳،۱۴	سؤالهای
Distraction by others	(DIS)	پریشانی و گیجی از طرف دیگران	۳،۶،۹،۱۲	سؤالهای

III ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول و معمولی زندگی

Household chores	(HC)	کارهای کوچک و متداول خانه	۱،۵،۹،۱۳	سؤالهای
Outdoor activities away from home	(OUT)	کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه)	۲،۶،۱۰،۱۴	سؤالهای
Activities away from home	(ACT)	فعالیت‌های دور از خانه	۳،۷،۱۱	سؤالهای
Social activities	(SOC)	فعالیت‌های اجتماعی	۴،۸،۱۲	سؤالهای
General activities	sum of all question in) (part III	فعالیت‌های عمومی		

ترکیبی از همه ۴ فعالیت دربخش ۳ می‌باشد. (توصیه شده در برخی موارد خاص)

(۶/۸٪) دانشجوی، ۳۹ نفر (۶/۷٪) بدون شغل یابیکار، ۴۵ نفر (۷/۷٪) دارای مشاغل نظامی، و دیگر موارد ۱۰۴ نفر (۱۷/۸٪). ۲۸۷ نفر (۴۹/۱٪) درد در ناحیه کمر، ۲ نفر (۰/۳٪) سر درد، ۴۹ نفر (۸/۴٪) درد گردن، ۲۳ نفر (۳/۹٪) درد شانه، ۴۱ نفر (۷٪) درد در ناحیه دست‌ها، ۱۵۲ نفر (۲۶٪) درد در ناحیه پا، و ۲۲ نفر (۳/۸٪) درد در ناحیه‌های دیگر را عنوان کرده‌اند. ۱۳۴ نفر (۲۲/۹٪) ۶ ماه درد، ۱۳۳ نفر (۲۲/۷٪) یک سال، ۶۵ نفر (۱۱/۱٪) دو سال و ۲۰۹ نفر (۳۵/۷٪) بیش از ۲ سال درد داشته‌اند. جدول شماره یک ویژگیهای آزمودنیها را با توجه به دو گروه مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول شماره یک - ویژگیهای آزمودنیها با توجه به دو

گروه مورد بررسی

جمع	گروه سنی		جنسیت
	زیر ۶۰ سال	۶۰ و بالاتر	
۲۱۹	۱۹۳	۲۶	مرد
۳۶۶	۳۱۵	۵۱	زن
۵۸۵	۵۰۸	۷۷	جمع

مقیاسهای مختلف پرسشنامه در دو گروه آزمودنیها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این بررسی در جداول دو تا چهار نشان داده شده است.

بخش اول پرسشنامه: درک و دریافت دخالت درد در

شغل، روابط اجتماعی، سرگرمی و کنش خانوادگی

بخش اول این پرسشنامه دارای بیست سؤال است که پاسخها بین صفر تا شش درجه بندی شده است. درجات بالاتر بیانگر شدت بالاتر در آن بخش می‌باشد. نتایج پاسخ به این سؤالات در جدول زیر خلاصه شده است.

میرزمانی و همکاران اعتبار این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۰) یافته‌های این تحقیق نشان داد: روایی^۱ بخش اول پرسشنامه بر اساس آزمون آلفا کرنباخ عدد ۰/۸۶ می‌باشد. روایی بخش دوم پرسشنامه بر اساس آزمون آلفا کرنباخ عدد ۰/۷۸ می‌باشد. روایی بخش سوم پرسشنامه بر اساس آلفای کرنباخ عدد ۰/۷۵ می‌باشد. از طرف دیگر روایی مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه بر اساس آزمون آلفای کرنباخ ۰/۹۱ می‌باشد.

شیوه اجرا

شیوه اجرای پرسشنامه WHYMPI:

این پرسشنامه، از فروردین ماه ۸۵ تا مهر ماه همان سال ۱۳۸۵ اجرا گردید. در اجرای این پرسشنامه ۵ نفر کارشناس در رشته روان شناسی شرکت داشتند، که آموزش‌های لازم در مورد نحوه اجرای پرسشنامه، به ایشان داده شده بود.

به منظور اجرا پرسشنامه پس از هماهنگی قبلی و کسب اجازه از پزشک، از بیمار در خواست می‌شد که در صورت تمایل، به تکمیل پرسشنامه، و پیوست‌های آن پردازند. همچنین در هنگام تکمیل پرسشنامه بطور دائم یک نفر مجری حضور داشت تا به پرسش‌های احتمالی بیماران پاسخ دهد.

یافته‌ها:

ویژگیهای آزمودنیها: ۵۸۵ آزمودنی زن و مرد با این پژوهش همکاری داشتند که ۲۱۹ نفر (۳۷/۴٪) از نمونه مورد تحقیق مرد، و ۳۶۶ نفر (۶۲/۶٪) زن بودند. دامنه سنی از سن ۱۳ ساله تا ۸۹ سال می‌باشد. میانگین سنی آزمودنیها ۴۲/۶۳ بود. ۱۳۹ نفر (۲۳/۸٪) مجرد، ۴۲۸ نفر (۷۳/۲٪) متاهل، ۳ نفر (۰/۵٪) مطلقه و ۱۵ نفر (۲/۶٪) بیوه بودند. ۲۰ نفر (۳/۴٪) بی سواد، ۶۱ نفر (۱۰/۴٪) ابتدایی، ۵۱ نفر (۸/۷٪) در سطح راهنمایی، ۱۹ نفر (۳/۲٪) در سطح دبیرستان، ۲۳۷ نفر (۴۰/۵٪) دیپلم، ۳۹ نفر (۶/۷٪) فوق دیپلم، ۱۳۰ نفر (۲۲/۲٪) لیسانس، ۲۰ نفر (۳/۴٪) فوق لیسانس و ۸ نفر (۱/۴٪) در مقطع دکترا بودند. ۹ نفر (۱/۵٪) کارگر، ۹۷ نفر (۱۶/۶٪) کارمند، ۲۳۹ نفر (۴۰/۹٪) خانه دار، ۱۲ نفر (۲/۱٪) متخصص، ۴۰ نفر

^۱ - Validity

جدول شماره دو - مقایسه دو گروه آزمودنیها در ابعاد مهم تجربه درد

ردیف	مقیاس	گروه سنی	M	SD	Sig
۱	تداخل درد در زندگی روزانه (INF) سؤالهای ۲،۳،۴،۸،۹،۱۳،۱۴،۱۷،۱۹	۶۰ و بالاتر	۳۲/۸	۱۱/۹۸	p=۰/۰۳
		زیر ۶۰ سال	۲۹/۱۶	۱۳/۲۴	
۲	حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی (SUP) سؤالهای ۵،۱۰،۱۵	۶۰ و بالاتر	۱۱/۶	۶/۵۸	p=۰/۰۰۲
		زیر ۶۰ سال	۱۴/۰۷	۵/۲۴	
۳	شدت درد (PS) سؤالهای ۱،۷،۱۲	۶۰ و بالاتر	۱۲/۴۷	۳/۶۵	p=۰/۰۹
		زیر ۶۰ سال	۱۱/۷	۴/۹۶	
۴	درک کنترل زندگی (SC) سؤالهای ۱۱،۱۶	۶۰ و بالاتر	۷/۶۲	۲/۱۷	p=۰/۰۳ Sig not
		زیر ۶۰ سال	۷/۸۸	۲/۴۵	
۵	پیشانی عاطفی (NEG) سؤالهای ۶،۱۸،۲۰	۶۰ و بالاتر	۹/۳۸	۳	p=۰/۰۷ Sig not
		زیر ۶۰ سال	۹/۲۶	۳/۱۶	

آوردند، اما تفاوت آنها در زمینه درک کنترل زندگی و پیشانی عاطفی معنی دار نبود.

بخش دوم پرسشنامه: ارزیابی و درک بیمار از درجه

دلواپسی و علاقمندی همسر یا فرد مهم زندگی خود

بخش دوم پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است که ارزیابی و درک بیمار از درجه دلواپسی و علاقمندی همسر یا فرد مهم زندگی خود را نشان می‌دهد. پاسخها بین صفر تا شش درجه بندی شده است. درجات بالاتر بیانگر شدت بالاتر در آن بخش می‌باشد. نتایج پاسخ به این سؤالات در جدول زیر خلاصه شده است.

همانگونه که نتایج فوق نشان می‌دهد دو گروه در سه مقیاس تفاوت معنی داری با هم دارند. این سه مقیاس عبارتند از: تداخل درد در زندگی روزانه، حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی و شدت درد. گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن در دو مقیاس تداخل درد در زندگی روزانه و شدت درد نسبت به بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال نمرات بیشتری به دست آوردند، ولی گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن در مقیاس حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی نسبت به بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال نمرات کمتری به دست

جدول شماره سه - مقایسه دو گروه آزمودنیها در ارزیابی و درک بیمار از درجه علاقمندی و دلواپسی که همسر و فرد مهم زندگی نشان می‌دهد.

ردیف	مقیاس	گروه سنی	M	SD	Sig
۱	واکنش‌های تنبیهی از طرف دیگران (PUN) سؤالهای ۱،۴،۷،۱۰	۶۰ و بالاتر	۴/۲۷	۶/۶۴	p=۰/۰۳ Sig not
		زیر ۶۰ سال	۳/۴۴	۵/۴۸	
۲	علاقمندی از طرف دیگران (SOL) سؤالهای ۲،۵،۸،۱۱،۱۳،۱۴	۶۰ و بالاتر	۲۱/۵۳	۱۱/۹۴	p=۰/۰۵ Sig not
		زیر ۶۰ سال	۲۲/۵۷	۱۰/۳۲	
۳	پیشانی و گنجی از طرف دیگران (DIS) سؤالهای ۳،۶،۹،۱۲	۶۰ و بالاتر	۱۱/۹۱	۸/۲۴	p=۰/۰۷ Sig not
		زیر ۶۰ سال	۱۲/۲۱	۷/۰۴	

بخش سوم پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال است که ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیتهای متداول و معمول در زندگی را نشان می‌دهد. پاسخها بین صفر تا شش درجه بندی شده است. درجات بالاتر بیانگر شدت بالاتر در آن بخش می‌باشد. نتایج پاسخ به این سؤالات در جدول زیر خلاصه شده است.

همانگونه که نتایج فوق نشان می‌دهد دو گروه در سه مقیاس فوق تفاوت معنی داری با هم ندارند. بخش سوم پرسشنامه: ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیتهای متداول و معمول در زندگی

جدول شماره چهار - مقایسه دو گروه آزمودنیها در ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیتهای متداول و معمولی زندگی

ردیف	مقیاس	گروه سنی	M	SD	Sig
۱	کارهای کوچک و متداول خانه (HC) سؤالهای ۱،۵،۹،۱۳	۶۰ و بالاتر	۱۳/۸۶	۷/۸۹	p=۰/۳
		زیر ۶۰ سال	۱۴/۶۷	۷/۱۳	not Sig
۲	کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه) (OUT) سؤالهای ۲،۶،۱۰،۱۴	۶۰ و بالاتر	۴/۸۴	۵/۰۵	p=۰/۱۹
		زیر ۶۰ سال	۵/۶۶	۴/۶۴	not Sig
۳	فعالتهای دور از خانه (ACT) سؤالهای ۳،۷،۱۱	۶۰ و بالاتر	۵/۷۳	۴/۵۷	p=۰/۰۰۱
		زیر ۶۰ سال	۷/۶۳	۴/۹۷	
۴	فعالتهای اجتماعی (SOC) سؤالهای ۴،۸،۱۲	۶۰ و بالاتر	۹/۸۷	۴/۹۸	p=۰/۰۰۳
		زیر ۶۰ سال	۱۱/۷۲	۴/۲۶	
۵	فعالتهای عمومی تمام سؤالهای بخش سوم (ترکیبی از همه ۴ فعالیت در بخش ۳ می‌باشد. (توصیه شده در برخی موارد خاص))	۶۰ و بالاتر	۳۲/۳۹	۱۶/۱۲	p=۰/۰۱
		زیر ۶۰ سال	۳۷/۴۲	۱۴/۸۷	

دارند. این سه مقیاس عبارتند از: تداخل درد در زندگی روزانه، حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی و شدت درد. اما تفاوت آنها در زمینه درک کنترل زندگی و پریشانی عاطفی معنی دار نبود. در واقع افراد سالمند بطور معنی داری درد شدیدتری را تجربه می‌کنند و این موضوع باعث تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه می‌شود و این در حالی است که حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی در آنان کاهش می‌یابد. این موضوع با نتایج تحقیقات قبلی همسو باشد که نشان داده بودند: درد مزمن نه تنها فرد دردمند بلکه ظرفیت اطرافیان او را که برای حمایت وی به وجود می‌آورند، تحلیل می‌برد (۳ و ۴).

همانگونه که نتایج فوق نشان می‌دهد دو گروه در سه مقیاس اخیر تفاوت معنی داری با هم دارند. این سه مقیاس عبارتند از: فعالتهای دور از خانه، فعالیتهای اجتماعی و فعالیتهای عمومی. لازم به ذکر است که گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن در این سه مقیاس نسبت به بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال نمرات کمتری به دست آوردند، اما تفاوت آنها در زمینه کارهای کوچک و متداول خانه کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه) معنی دار نبود. در مجموع نتایج جدول شماره چهار نشان داد که فعالیتهای عمومی در گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن بطور معنی داری کاهش یافته است.

بحث: همانگونه که نتایج فوق نشان می‌دهد دو گروه در سه مقیاس از ابعاد مهم تجربه درد تفاوت معنی داری با هم

زندگی معنی دار نبود. در واقع به نظر می رسد درد مزمن فعالیت‌های دور از خانه، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های عمومی سالمندان مبتلا به درد مزمن را بیشتر از بیماران عادی مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر قرار می دهد ولی کارهای کوچک و متداول خانه و کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه) از مقایسه‌های ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول و معمولی زندگی را چندان بیش از بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال تحت تأثیر قرار نمی دهد. بطور کلی از نتایج بخش سوم پرسشنامه چنین به نظر می آید که فعالیت‌های عمومی در گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن بطور معنی داری نسبت به گروه بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال کاهش یافته است.

نتیجه گیری:

در مجموع می توان اینچنین نتیجه گیری نمود که گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن شدت درد بیشتری را تجربه می کنند تا بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال. شدت درد بیشتر در گروه سالمندان موجب تداخل بیشتر درد در زندگی روزانه و میزان حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می شود. از طرف دیگر به نظر می رسد درد مزمن فعالیت‌های دور از خانه، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های عمومی سالمندان مبتلا به درد مزمن را بیشتر از بیماران عادی مبتلا به درد مزمن تحت تأثیر قرار می دهد. لذا در مراقبت از سالمندان مبتلا به درد مزمن باید بیشتر از افراد و بیماران عادی مبتلا به درد مزمن به فکر فعالیت‌های عمومی اجتماعی و بیرون خانه آنها بود.

و از طرف دیگر این تفاوت موجب نمیشود تا آنها از نظر درک کنترل زندگی و پریشانی عاطفی با بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال تفاوت معنی داری داشته باشند و لذا بطور خلاصه می توان نتیجه گرفت که هر چند شدت درد در سالمندان مبتلا به درد مزمن بیشتر از بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال می باشد و این موضوع موجب تأثیر پذیری زندگی روزانه آنها از درد مزمن خواهد شد، ولی میزان پریشانی عاطفی در سالمندان مبتلا به درد مزمن با بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال تفاوت چشمگیری نخواهد داشت.

همچنین نتایج نشان داد که دو گروه در سه مقیاس مربوط به "ارزیابی و درک بیمار از درجه علاقمندی و دلواپسی که همسر و فرد مهم زندگی نشان می دهد" تفاوت معنی داری با هم ندارند. همانگونه که قبلاً نتیجه گیری شد این در حالی است که حمایت از آنها کاهش یافته است ولی با این وجود ارزیابی و درک سالمندان مبتلا به درد مزمن از درجه علاقمندی و دلواپسی که همسر و فرد مهم زندگی نشان می دهد مشابه گروه بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال می باشد.

در نهایت نتایج نشان داد گروه سالمندان مبتلا به درد مزمن در سه مقیاس از مقایسه‌های ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول و معمولی زندگی نسبت به بیماران مبتلا به درد مزمن زیر ۶۰ سال نمرات کمتری به دست آوردند، این سه مقیاس عبارتند از: فعالیت‌های دور از خانه، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های عمومی. اما تفاوت آنها در زمینه کارهای کوچک و متداول خانه کار در هوای آزاد و بیرون از آپارتمان (حیاط خانه) از مقایسه‌های ارزیابی و گزارش بیمار از فعالیت‌های متداول و معمولی

منابع

- ۱- Gasma A. Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? pain, ۱۹۹۰: ۴۲، ۱۸۳-۱۹۵.
- ۲- Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression :Does the evidence support the relationship? Psychological Bulletin, ۱۹۸۵: ۹۷ (۱) , ۱۸-۳۴.
- ۳- Jamison RN, Rudy TE, Penzien DB, Mosley TH. Cognitive-behavioral classifications of chronic pain: replication and extension of empirically derived patient profiles. Pain, ۱۹۹۴: ۵۷, ۲۷۷-۲۹۲.
- ۴- Mirzamani SM, Sadidi A, Sahrai J, Besharat MA. Anxiety and depression in patients with lower back pain. Psychological Reports, ۲۰۰۵: ۹۶, ۵۵۳-۵۵۸.
- ۵- Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. The Lancet, ۲۰۰۰: (۳۵۳) ۱۸۶۵-۱۸۶۹.
- ۶- Gasma A. The role of psychological factors in chronic pain. I. A half century of study. Pain, ۱۹۹۴: (۵۷) ۵-۱۷.
- ۷- Robert K, Bronner V, Kings MK. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry, ۱۹۹۷: (۵۴) ۷۱-۸۰.
- ۸- Feldman SI, Downey G, Schaffer-neitz R. Pain, negative mood, and perceived support in chronic pain patients: A daily diary of people with Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrom. Journal of Consulting and Clinical psychology, ۱۹۹۹: ۶۷ (۵): ۷۷۶-۷۸۵.
- ۹- Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain; Aselective review. Journal of Psychosomatic Research, ۱۹۸۹: ۳۳ (۲): ۱۲۱-۱۳۱.
- ۱۰- Haythornthwaite JA, Sieber WJ, Kerns RD. Depression and the chronic pain experience. Pain, ۱۹۹۱: ۴۶: ۱۷۷-۱۸۴.
- ۱۱- Daniel MS, Long C, Hutcherson WL, Hunter S. Psychological factors and outcome of electrode implantation for chronic pain. Neurosurgery. ۱۹۸۵: ۱۷ (۵): ۷۷۳-۷۷۷.
- ۱۲- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. مترجم: نیکخو، محمد، آوادیس، - هامایاک و نقشبندی، سیامک (۱۳۷۴). تهران، انتشارات سخن.
- ۱۳- **Bernstein IH, Jaremko ME, Hinkley BS. "On the utility of the west haven-Yale multidimensional pain inventory "spine** ۱۹۹۵: ۲۰ (۸): ۹۵۶-۹۶۳.
- ۱۴- Gatchel RJ, Noe CE, Pulliam C, Robbins H. A preliminary study of multidimensional pain inventory profile differences in predicting treatment outcome in a heterogeneous cohort of patients with chronic pain "the clinical journal of pain, ۲۰۰۲: ۱۸:۱۳۹-۱۴۳.

- ۱۵- سیمز، اندرو (۱۳۷۸) علائم در ذهن، ترجمه اسماعیل شاهسونند، نشر چامه.
- ۱۶- Wilson KG, Mikail SF, D'Eon JL, Minns JE. Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain*, ۲۰۰۱: ۹۵: ۱۹۵-۱۹۹.
- ۱۷ - Fisher B, Haythomthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*. ۲۰۰۱: ۸۹ (۲-۳): ۱۹۹-۲۰۶.
- ۱۸- Kremer E, Atkinson JH. Pain measurement :construct validity of the affective dimensions of the McGill Pain Questionnaire with chronic benign pain patients. *pain*, ۱۹۸۱:۱۱: ۹۳-۱۱۰.
- ۱۹- دلاور، علی، روشهای تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی، چاپ دوم، (۱۳۷۶)، انتشارات ویرایش، تهران.
- ۲۰- میرزمانی، سید محمود؛ صفری، اکبر؛ حلی ساز، محمد تقی؛ سدید، احمد. (۱۳۸۶). ارزیابی اعتبار پرسشنامه چند بعدی درد وست هاون- ییل در بین بیمارانی مبتلا به درد مزمن، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، دوره اول - شماره ۳ - صفحات: ۲۵-۱۳.