

بررسی رابطه بین میزان افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر کرمان در سال ۸۰-۱۳۷۹

دکتر جمیله عطاپور^۱، دکتر محمدرضا شکیبی^۲، دکتر قدرت ا... رجیبی زاده^۳ و دکتر معصومه ساروته ریگی^۴

خلاصه

افسردگی یکی از مشکلات اساسی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می باشد. در مطالعات انجام شده ارتباط بین افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و بالاتر بودن میزان افسردگی در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی به اثبات رسیده است. این مطالعه مقطعی آینده نگر به منظور تعیین ارتباط بین افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر کرمان طراحی شد. نمونه ها به صورت متوالی در درمانگاه روماتولوژی خصوصی جمع آوری شدند. مدل های آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید افسردگی یک عامل خطر در بروز ناتوانی ($OR=6/8$ و $P=0/009$) و همچنین ناتوانی یک عامل خطر در بروز افسردگی ($OR=7/2$ و $P=0/007$) می باشد. بر اساس یافته های این پژوهش، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ارتباط متقابل بین افسردگی و میزان ناتوانی وجود دارد و هر کدام از این عوامل عامل خطری برای بروز دیگری محسوب می شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، ناتوانی، آرتریت روماتوئید

مقدمه

این بیماران یک ارتباط مقطعی بین بیماری افسردگی، علائم افسردگی، اختلال کارکرد بیماران و وضعیت بالینی نشان داده شده است (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱). اختلاف زیادی بین وضعیت کارکردی بیماران آرتریت روماتوئید که افسردگی دارند و آنها که مبتلا به افسردگی نیستند وجود دارد (۱۵). همچنین ثابت شده است که افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید باعث ابراز شدت درد بیشتر نسبت به گروه بیماران غیرافسرده می گردد (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۹) و این خود باعث ناتوانی در انجام کارهای روزمره این بیماران می شود (۱۴، ۱۵، ۲۱). این

افسردگی یک مشکل اساسی در جوامع بشری است. میزان شیوع آن در مردان ۵ تا ۱۲ درصد و در زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد می باشد. شیوع افسردگی همراه با یک بیماری مزمن افزایش می یابد و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد در کل جمعیت متغیر است (۴، ۲۷). به نظر می رسد که شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نسبت به جمعیت عمومی زیادتر است (۱۶). مطالعات مختلف شیوع لحظه ای افسردگی را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ۱۷ تا ۲۷ درصد تخمین زده اند (۷، ۲۷). همچنین در

۱- استادیار داخلی، ۲- استادیار داخلی، فوق تخصص روماتولوژی، ۳- استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان،

۴- متخصص داخلی

(Clin-HAQ) Clinical Health Assessment Questionnaire استفاده گردید. پرسش نامه HAQ اولین بار در سال ۱۹۸۰ توسط مرکز روماتیسم استانفورد آمریکا توسط Fries و همکارانش تهیه و به زبان‌های گوناگون دنیا ترجمه شده و در مطالعات مختلف جهت ارزیابی بالینی بیماران روماتیسمی تحت ارزیابی پایایی و روایی قرار گرفته است (۸، ۱۲، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴). HAQ براساس سؤالاتی راجع به فعالیت روزمره زندگی تدوین شده که از ۸ گروه سؤال تشکیل شده و هر گروه شامل زیرگروه‌هایی است (۱۳، ۱۱). نحوه امتیازدهی به این صورت است که برای پاسخ بیمار به هر سؤال در موارد «بدون مشکل» امتیاز صفر، «با کمی مشکل» امتیاز یک، «با مشکل زیاد» امتیاز دو و «نمی‌توانم انجام بدهم» امتیاز سه تعلق می‌گیرد. امتیاز هر گروه در واقع بالاترین امتیاز هر کدام از زیرگروه‌های آن گروه می‌باشد. در نتیجه در کل ۸ امتیاز و نمره‌ای به دست می‌آید که با جمع کردن این ۸ امتیاز و سپس تقسیم بر عدد ۸ به نام شاخص ناتوانی خوانده می‌شود. این شاخص از ۰-۳ بوده و فرد با نمره صفر هیچ ناتوانی ندارد و فرد با نمره ۳ حداکثر ناتوانی را دارا می‌باشد. اگر بیمار به سؤالات یک گروه پاسخ ندهد اعداد به دست آمده تقسیم بر ۷ خواهد شد. اگر بیمار از یک وسیله کمکی یا شخصی دیگری کمک بگیرد حداقل نمره آن گروه ۲ خواهد شد. قبل از شروع مطالعه پرسش‌نامه Clin HAQ به فارسی برگردانده شد و تحت بررسی از نظر پایایی و روایی قرار گرفت. ضریب کلی پایایی برای پرسش‌نامه ۰/۷۵ به دست آمد. روایی پرسش‌نامه نیز توسط تعدادی از متخصصین و صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفت و بعد از اثبات روایی و پایایی پرسش‌نامه Clin-HAQ اقدام به تکمیل آن برای بیماران گردید. بعد از پرکردن پرسش‌نامه برای هر بیمار جهت بررسی میزان افسردگی از پرسش‌نامه Beck که در ایران نیز تحت ارزیابی روایی و پایایی قرار گرفته و استاندارد شده است (۱، ۲، ۳) استفاده شد. داده‌ها پس از ثبت متغیرهای دموگرافیک به کمک بسته نرم‌افزار آماری SPSS-10 تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا نرمالیت متغیرهای عددی با آزمون Kolmogorov-Smirnov سنجیده شد. تساوی واریانس و واریانس جامعه با Levene's test انجام گرفت. پس از به دست آوردن شرایط فوق و نرمال و هموزن بودن جمعیت، جهت تعیین همبستگی بین داده‌های عددی افسردگی‌ها و میزان ناتوانی از ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) استفاده گردید. برای مقایسه اعداد افسردگی و ناتوانی در دو گروه جنسی زن و مرد از two sample t-test استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای اسمی با آزمون مجذور مربعات (Chi square test)

ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید سبب افت پیش‌آگهی بیماران و افزایش هزینه‌های درمانی برای بیمار و جامعه می‌شود. به طوری که ثابت شده است بیماران شاغل مبتلا به آرتریت روماتوئید بعد از گذشت ۵ سال از تشخیص بیماری کارشان را از دست می‌دهند و این نسبت بعد از ده سال به ۴ افزایش می‌یابد (۹، ۲۱، ۲۳، ۲۸). با توجه به موارد فوق و با توجه به این که افسردگی و علائم افسردگی در بسیاری از بیماران قابل تشخیص و درمان می‌باشد و با این کار می‌توان از سیر سریع ناتوانی در این بیماران جلوگیری کرد، مطالعه حاضر طراحی شد. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین میزان ناتوانی و افسردگی بررسی این که آیا هر کدام از اینها عامل خطری در بروز دیگری می‌باشد، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر کرمان صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مقطعی آینده‌نگر (Prospective Cross Sectional Study) انجام گرفت. ابتدا طی یک مطالعه مقدماتی (pilot study) بر روی ۵۰۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی نسبت افراد ناتوان در بیماران RA ($p=50\%$) و دقت برآورد $d=20\%$ تعیین شد. با حداکثر قبول خطای نوع اول کمتر از ۰/۰۵، حجم نمونه حدود ۹۶ نفر محاسبه گردید که جهت افزایش دقت ۱۰۰ بیمار وارد مطالعه شده و مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران از بین مراجعه کنندگان مبتلا به آرتریت روماتوئید تنها درمانگاه فوق تخصصی خصوصی روماتولوژی در شهر کرمان به صورت غیراحتمالی متوالی انتخاب شدند. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید براساس معیارهای انجمن روماتیسم آمریکا (۱۹۸۷) و توسط فوق تخصص روماتولوژی تشخیص داده شدند (۵). بیماران با معیارهای اختلال عصبی، سابقه ضربه به سر، اختلال روانی شدید، سابقه مصرف داروهای اعصاب و روان، اختلال یا بیماری مزمن همراه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه کنار گذاشته شدند. متغیرهای طول مدت بیماری، جنس و سن بیمار، شغل، میزان درآمد، محل زندگی، سطح تحصیلات، میزان افسردگی، میزان ناتوانی، تعداد مفاصل فعال، خشکی صبحگاهی، فاکتور روماتیسمی برای هر بیمار ثبت شد. بعد از تشخیص بیماری توسط روماتولوژیست، بیمار به متخصص داخلی، معرفی شده و متغیرهای دموگرافیک فوق در فرم جمع‌آوری اطلاعات بیمار ثبت می‌گردید. جهت بررسی میزان ناتوانی از برگردان فارسی پرسش‌نامه

میزان افسردگی و شاخص ناتوانی وجود داشت (Person $r=0/56$ و $P<0/001$). اما بین میزان افسردگی و میزان ناتوانی بین دو گروه زن و مرد تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. ارتباط معنی دار آماری بین میزان افسردگی و میزان ناتوانی وجود داشت و میزان خطر Odds Ratio = ۱۲/۵۸ به دست آمد (جدول ۱). با توجه به مقطعی بودن مطالعه و اثرات متقابل افسردگی و میزان ناتوانی بر یکدیگر در بیماران آرتريت روماتوئید با توجه به Odds Ratio = ۱۲/۵ به دست آمده که در حد معنی دار آماری نیز بود اثرات افسردگی بر ناتوانی و اثرات ناتوانی بر روی افسردگی سنجیده شد. ابتدا ناتوانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و ارتباط آن با افسردگی در حضور متغیرهای دموگرافیک و بالینی سنجیده شد. میزان خطر هر یک از متغیرهای دموگرافیک بالینی در مقابل میزان ناتوانی سنجیده شد همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود متغیرهای شغل و جنس بر روی میزان ناتوانی اثری نداشته و Odds Ratio آنها در حد معنی داری نبود. متغیرهای مستقلی که با متغیر وابسته ارتباط مسعنی داری داشتند به روش stepwise وارد مدل Logistic regression شدند. مدل آماری نشان داد که در حضور دیگر متغیرها تنها افسردگی، سن بالای ۵۰ سال، تعداد مفاصل درگیر بیش از ۳ مفصل و فاکتور روماتوئید مثبت عوامل خطری در بروز ناتوانی در بیماران آرتريت روماتوئید محسوب می شوند. میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه و خشکی صبحگاهی معنی دار نبوده و از مدل خارج شدند (جدول ۴). بعد از آنالیز فوق در قسمت دوم افسردگی به عنوان متغیر وابسته فرض شد.

جدول ۱: فراوانی توصیفی متغیرهای دموگرافیک بیماران روماتیسمی تحت مطالعه

فراوانی	متغیر
۸۰٪	جنسیت زن
۶۳٪	گروه سنی ۴۱ تا ۷۰ سال
۱۶٪	تحصیلات دیپلم و بالاتر
۷۶٪	شهر نشین
۲۹٪	درآمد ماهانه بیش از ۵۰ هزار تومان
۳۲٪	شاغل
۴۵٪	تعداد مفاصل درگیر کمتر از ۳ مفصل
۶۱٪	فاکتور روماتیسمی مثبت
۴۸٪	خشکی صبحگاهی بیشتر از یک ساعت
۵۴٪	طول مدت بیماری کمتر از ۳ سال

سنجیده شد و جهت تعیین معنی دار بودن این ارتباط و Odds Ratio به دست آمده Mantel Haenzel test به کار برده شد. با توجه به دست آمدن Odd Ratio معنی دار در چندین متغیر، جهت پیشگویی هر یک از متغیرهای افسردگی و میزان ناتوانی بر روی هم به عنوان یک عامل خطر در حضور دیگر عوامل، آنالیز چند متغیره و مدل آماری Logistic regression غیرشرطی استفاده شد. جهت به دست آوردن شرایط استفاده از Logistic regression و validity مدل ارتباط متغیرها دوبه دو با هم سنجیده شد که ارتباطی وجود نداشت و به همین دلیل شرایط لازم جهت استفاده از مدل فراهم گردید. ابتدا ناتوانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و اثر دیگر متغیرهای مستقل روی آن سنجیده شد. سپس افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و میزان خطر ناتوانی به عنوان متغیر مستقل در حضور دیگر متغیرها سنجیده شد. جهت دقت و برآورد مدل روش stepwise بکار گرفته شد و OR برای هر یک از متغیرها در حضور دیگر متغیرها تعیین گردید و ضریب پیشگویی β محاسبه شد. P value کمتر از ۰/۰۵ در حد معنی دار تلقی گردید.

نتایج

از بین ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه همانطور که در جدول یک نشان داده شده است ۸۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد بودند که دامنه سنی بین ۱۹ تا ۸۰ سال داشتند. بیشترین فراوانی سنی بین ۴۱ تا ۷۰ سالگی بود (۶۳٪). اکثر افراد تحت مطالعه تحصیلات زیردیپلم داشتند (۸۴٪) و فقط ۸ نفر تحصیلات دانشگاهی لیسانس یا بالاتر داشتند و ۸ نفر هم دیپلم کامل بودند. ۲۹ نفر درآمد ماهیانه بالای ۵۰ هزار تومان و بقیه کمتر از این مقدار درآمد ماهیانه داشتند. ۲۴ نفر در روستا و ۷۶ نفر در شهر زندگی می کردند. ۶۸ نفر خانه دار یا بیکار و بقیه شاغل بودند. میانگین مدت بیماری آرتريت روماتوئید $6\pm6/5$ سال بود (mean \pm SD). از این تعداد ۴۵ نفر کمتر از ۳ مفصل درگیر فعال و بقیه ۳ یا بیشتر از ۳ مفصل فعال داشتند. ۶۱٪ افراد فاکتور روماتیسم مثبت و ۴۸٪ نیز خشکی صبحگاهی شدید بیش از یک ساعت را ذکر کردند.

میانگین نمره افسردگی Beck در کل جمعیت $19/8\pm9$ (mean \pm SD) بود که دامنه ای بین ۲ تا ۴۵ داشت و میانگین نمره شاخص ناتوانی HAQ در کل جمعیت $1/5\pm1$ (mean \pm SD) بود که دامنه ای بین ۰ تا ۳ داشت. بر اساس پرسش نامه افسردگی Beck ۸۳ نفر درجاتی از افسردگی را داشتند و بر طبق توزیع فراوانی نمرات شاخص ناتوانی HAQ ۵۴ نفر دارای درجات متوسط تا شدیدی از ناتوانی بودند. همبستگی معنی دار مثبتی بین

جدول ۵: Odds Ratio متغیرهای دموگرافیک و بالینی را در برابر افسردگی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود تنها سن، میزان تحصیلات، شغل و میزان درآمد ماهیانه Odds Ratio در حد معنی داری در رابطه با افسردگی داشتند. لذا بقیه متغیرها در مدل آنالیز رگرسیون لجستیک وارد نشدند. همانطور که مشاهده می‌شود ناتوانی و تحصیلات زیر دیپلم عوامل خطری در بروز افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید محسوب می‌شود و سن، میزان درآمد ماهیانه و شغل در مدل آماری وارد نشده (جدول ۶).

جدول ۲: فراوانی میزان افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت مطالعه

افسردگی \ ناتوانی	ندارد	دارد	کل موارد
ندارد	۱۵	۲	۱۷
دارد	۳۱	۵۲	۸۳
کل موارد	۴۶	۵۴	۱۰۰

Chi Square=۱۴/۷۰۹ df=۱ P<۰/۰۰۱
Odds Ratio=۱۲/۵۸۱ %۹۵CI(۲/۶۹۴-۵۸/۷۴۱)

جدول ۵: میزان خطر متغیرهای دموگرافیک و بالینی برای افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید تحت مطالعه

متغیر	میزان خطر افسردگی	Odds Ratio	حدود اطمینان %۹۵	P.Value
جنس		۰/۳۷	۰/۱۱-۱/۱۷	۰/۰۹
سن		۳/۸	۱/۱-۱۲/۸	۰/۰۲
طول مدت بیماری		۱/۴	۰/۵-۴	۰/۵
میزان تحصیلات		۰/۰۶	۰/۰۰۹-۰/۵۳	۰/۰۱
محل زندگی		۰/۴	۰/۰۸-۱/۸	۰/۲
میزان درآمد ماهانه		۰/۱۵	۰/۰۵-۰/۴۶	۰/۰۰۱
شغل		۰/۳۴	۰/۱۱-۰/۹۹	۰/۰۴
تعداد مفاصل دیگر		۲/۹۴	۰/۸۹-۷/۷	۰/۰۸
خشکی صبحگاهی		۱/۴	۰/۴۸-۴	۰/۵
فاکتور روماتوئید		۱/۹	۰/۷-۵/۷	۰/۲

جدول ۳: خطر بروز میزان ناتوانی برای هر متغیر اندازه گیری شده در مطالعه

متغیر	میزان ناتوانی	میزان خطر Odds Ratio	حدود اطمینان	PV
جنس		۰/۵	۰/۲-۱/۳	P=۰/۲۵
سن		۳/۵	۱/۵-۸	P=۰/۰۰۲
طول مدت بیماری		۲/۲	۰/۹۹-۴/۹	P=۰/۰۵
میزان تحصیلات		۰/۲۵	۰/۱-۰/۵۹	P<۰/۰۰۱
محل زندگی		۰/۳	۰/۱-۰/۹۹	P=۰/۰۵۲
میزان درآمد ماهانه		۰/۱۶	۰/۰۶-۰/۴	P<۰/۰۰۱
شغل		۰/۵	۰/۲-۱/۲	P=۰/۲۳۴
تعداد مفاصل دیگر		۵/۹	۲/۵-۱۴	P<۰/۰۰۱
خشکی صبحگاهی		۳/۸	۱/۶۸-۹	P=۰/۰۰۲
فاکتور روماتوئید		۲/۸	۱/۲-۶/۵	P=۰/۰۲۳

جدول ۶: مدل رگرسیون لجستیک به روش stepwise جهت برآورد میزان خطر افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت مطالعه

متغیر	میزان خطر افسردگی	B	انحراف معیار	Odds Ratio	P.Value
میزان ناتوانی		۲/۲	۰/۸	۷/۲	۰/۰۰۷
میزان تحصیلات		۲/۲۳۷	۱	۴/۳	۰/۰۳۷
عدد ثابت		۰/۳۷۵	۰/۳	۱/۲	۰/۲۷

متغیرهایی که وارد مدل نشده‌اند:

سن PV=۰/۶۴ میزان درآمد ماهیانه PV=۰/۱۲ شغل PV=۰/۳۹

جدول ۴: مدل رگرسیون لجستیک به روش stepwise جهت برآورد میزان خطر ناتوانی در بیماران آرتریت روماتوئید تحت مطالعه

متغیر	میزان ناتوانی	B	انحراف معیار	Odds Ratio	P.Value
میزان افسردگی		۲/۲۷	۰/۸۷	۶/۸	۰/۰۰۹
سن		۰/۹۹	۰/۵	۳/۸	۰/۰۴
تعداد مفاصل درگیر		۱/۷۹	۰/۵۱	۱۲/۱	۰/۰۰۰۵
فاکتور روماتوئید		۱/۲۹	۰/۵۳	۵/۹	۰/۰۱۴
عدد ثابت		-۴/۰۴	۱/۰۲	۱۵/۶	۰/۰۰۰۱

متغیرهایی که وارد مدل نشده‌اند:

میزان درآمد ماهیانه PV=۰/۱۴۸۳ خشکی صبحگاهی PV=۰/۰۷ میزان تحصیلات PV=۰/۱۸۵۷

بحث

ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید چند عاملی (multifactorial) می باشد. میزان ناتوانی بستگی به میزان درد، تغییر شکل مفاصل و دیگر تظاهرات بیماری دارد (۹). اما عوامل دیگری که مستقیماً ارتباط با بیماری نداشته اما در میزان ناتوانی بیماران مؤثرند نیز شناخته شده اند که از جمله این عوامل می توان میزان تحصیلات بیمار، حمایت های اجتماعی، عوارض همراه و وضعیت روانی بیمار را نام برد (۹). اهمیت عوامل روانی و وضعیت روحی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کاملاً مشخص شده است (۲۰).

افسردگی به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روانی در بیماران آرتریت روماتوئید می باشد میزان شیوع لحظه ای افسردگی اساسی در بین بیماران آرتریت روماتوئید ۱۷ تا ۲۷ درصد تخمین زده شده است (۷). در مطالعه حاضر نیز علایم افسردگی شدید در ۱۶ درصد افراد مشهود بود. مطالعات مختلف ارتباط بین افسردگی و میزان ناتوانی را مشخص کرده اند (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۵، ۲۶) اما هنوز بطور واضح روشن نشده است که افسردگی بر میزان ناتوانی مؤثر است یا ناتوانی باعث افسردگی در بیماران روماتیسمی می شود.

Hawley, Wolfe در سال ۱۹۸۸ و Newman و همکارانش در سال ۱۹۸۹، Peck و همکارانش در سال ۱۹۸۹ و Yelin و Kats در سال ۱۹۹۵ افسردگی را دلیل کاهش و تخریب عملکرد بیماران و وضعیت ضعیف بالینی آنها معرفی کرده اند (۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۱) اما Turner و Noh در سال ۱۹۸۸ و Hawley، Wolfe در سال ۱۹۹۳ طی مطالعه ای بیان داشتند که تغییرات عملکرد بیماران آرتریت روماتوئید منجر به تغییر خلق و بروز علایم افسردگی در آنها می شود (۲۵، ۲۶). بر اساس این یافته ها بدتر شدن عملکرد بیمار می تواند یک عامل خطر برای بدتر شدن وضعیت روانی بیمار باشد و یا بالعکس شاید وضعیت روانی بیمار باعث بدتر شدن عملکرد و ناتوانی بیمار گردد. هنوز مطالعات زیادی در این زمینه در حال انجام است و مطالعات طولی بیشتری را با کنترل عوامل مخدوش کننده و فاکتورهای همراه می طلبد.

در مطالعه حاضر که به صورت مقطعی انجام شد تجزیه و تحلیلی که با دو فرض جداگانه انجام گرفت نشان داد که با پیش فرض میزان ناتوانی به عنوان متغیر وابسته، فاکتورهای افسردگی، سن بالای ۵۰ سال، درگیری بیش از ۳ مفصل و فاکتور روماتوئید مثبت عوامل خطر برای افزایش ناتوانی بیمار محسوب می شوند. بر اساس مدل رگرسیون لجستیک میزان خطر افسردگی در حضور دیگر متغیرها برای بروز ناتوانی ۶/۸ برابر بیشتر از افراد غیرافسرده محاسبه شد. (جدول ۴). در این روش فرض و

محاسبه کاملاً مشخص است که افسردگی عامل خطر مهمی در بروز ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید محسوب می شود. با تغییر پیش فرض و در نظر گرفتن میزان افسردگی به عنوان متغیر وابسته، فاکتورهای میزان ناتوانی، سن بالای ۵۰ سال، میزان تحصیلات زیردیپلم و میزان درآمد ماهانه کمتر از ۵۰ هزار تومان عوامل خطر برای بروز افسردگی محسوب شدند و دیگر متغیرها عامل خطری برای بروز افسردگی نبودند. اما مدل آماری لجستیک رگرسیون به روش stepwise نشان داد که تنها ناتوانی و تحصیلات زیر دیپلم عوامل خطری در بروز افسردگی در بیماران آرتریت روماتوئید می باشد و سن و درآمد ماهانه وارد مدل آماری نشدند. نکته جالب توجه این که میزان ناتوانی خطر بروز افسردگی را در بیماران آرتریت روماتوئید در حضور دیگر متغیرها ۷/۲ برابر افزایش می دهد. (جدول ۶). نکته قابل توجه در مدل آماری رگرسیون لجستیک این است که در این مدل (مدل ۴) ناتوانی در حضور دیگر متغیرهایی که عامل خطر محسوب می شوند بطور معنی داری ۴/۳۵ برابر خطر بروز افسردگی را بیشتر می کرد. طبق مطالعات قبلی میزان افسردگی در خانم ها بیشتر از آقایان است (۴). اما در مطالعه حاضر بین افسردگی خانم ها و آقایان مبتلا به آرتریت روماتوئید تفاوت معنی داری وجود نداشت و حتی در مورد میزان ناتوانی نیز این تفاوت معنی دار نبود.

Wright و همکارانش در سال ۱۹۹۸ مشاهده کردند که بیماران جوانتر مبتلا به آرتریت روماتوئید، علایم و درجات افسردگی بیشتری نسبت به بیماران مسن تر نشان می دهند (۲۷) اما در مطالعه حاضر نه تنها بین سن و میزان افسردگی همبستگی آماری معنی داری وجود نداشت بلکه میانگین نمره افسردگی در دو گروه زیر ۵۰ سال و مساوی یا بالای ۵۰ سال تفاوت آماری معنی داری نداشت. حتی بعد از آنالیز در دو گروه دچار ناتوانی بالا و پایین نیز این تفاوت معنی دار نبود.

مطالعه حاضر که تأثیرات متقابل افسردگی و میزان ناتوانی را در هر دو جهت نشان می دهد جوابگوی سؤال وجود ارتباط بین این دو متغیر در بیماران آرتریت روماتوئید می باشد. این دو متغیر همبستگی بالایی با هم دارند و بنظر می رسد شرط کافی برای همدیگر می باشند و وجود یکی همراه با افزایش شدت دیگری می باشد.

پیشنهادات

پیشنهاد می شود جهت بررسی تأثیر متقابل میان افسردگی و ناتوانی مطالعات طولی با کنترل تمامی عوامل مخدوش کننده با ابزارهای گوناگون اندازه گیری افسردگی و ناتوانی انجام شود.

Summary

The Relationship between Depression and Disability in Patient with Rheumatoid Arthritis in Kerman
Atapoor J, MD.¹, Shakibi MR, MD.², Rajabizadeh Gh, MD.³ and Sarotehrigi M, MD.⁴

1. Assistant Professor of Internal Medicine, 2. Assistant Professor of Internal Medicine, 3. Assistant Professor of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran 4. Internalist

Depression is an important problem among persons with rheumatoid arthritis (RA). It appears to be more prevalent among persons with RA than in the general population. Moreover studies of individuals with RA have demonstrated cross-sectional relationships between depression and disability of RA patients. To examine the relationship between disability and depression in RA patients in Kerman a prospective cross sectional study with consecutive sampling in private rheumatology clinic was designed. Logistic regression models showed that depression is the risk factor for disability (Odds Ratio = OR = 6.8 P = 0.009) and for the depression (OR = 7.2 P = 0.007). The findings determined that disability and depression are interrelated, each of them is a risk factor for other.

Key words: Depression, Disability, Rheumatoid arthritis (RA)

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2002; 9(2): 79-85

منابع

۱. پرتو، داریوش: تعریف آزمون بک (Beck). مجله روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۱۲، ص ۱۰۵-۷۵.
۲. حمزه‌ای مقدم، اکبر، غفاری نژاد، علیرضا و بهرامپور، بابک: بررسی شیوع میگرن و افسردگی و رابطه آنها با یکدیگر در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، دوره چهارم، شماره ۲، ص ۸۵-۹۰.
۳. مهربار، امیر هوشنگ و تشکری، شکرالله: استاندارد کردن آزمون بک (Beck). مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شماره ۴، ص ۱۴۷-۱۳۸.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Washington DC. American psychiatric Association: 1994.
5. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31(3): 315-24.
6. Brown GK. A causal analysis of chronic pain and depression. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(2): 127-37 (Abst).
7. Creed F and Ash G. Depression in rheumatoid arthritis: aetiology and treatment. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 23-24 (Abst).
8. Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI and Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1988; 17(4): 263-71.
9. Escalante A and Del Rincon I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 1999; 42(8): 1712-21.
10. Fifield J, Tennen H, Reisine S and McQuillan J. Depression and the long term risk of pain, fatigue and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(10): 1851-57.
11. Fries JF. The assessment of disability: from first to future principles. *Br J Rheumatol* 1983; 22 (3 suppl): 48-58.
12. Fries JF, Spitz P, Kraines RG and Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23(2): 137-45.

13. Fries JF, Spitz PW and Young DY. The dimensions of health outcomes: The Health Assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982; 9(5): 789-93.
14. Hawley F and Wolfe DJ. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective of 400 patients. *J Rheumatol* 1988; 15: 932-41.
15. Katz PP and Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20(5): 790-6.
16. Katz PP and Yelin EH. The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis. The role of function. *Arthritis Rheum* 1995; 38(1): 49-56.
17. Kirwan JR and Reeback JS. Stanford Health Assessment Questionnaire modified to assess disability in British patients with rheumatoid arthritis. *British J Rheumatol* 1986; 25(2): 206-9 (Abst).
18. Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R and Shipley M. The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1989; 16(6): 740-44.
19. Nicassio PM and Wallston KA. Longitudinal relationships among pain, sleep problems and depression in rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol* 1992; 101(3): 514-20 (Abst).
20. Parker JC, Bradley LA, DeVellis RM, et al. Biopsychosocial contributions to the management of arthritis disability: Blueprints from an NIDRR-sponsored conference. *Arthritis Rheum* 1993; 36(7): 885-9.
21. Peck JR, Smith TW, Ward JR and Milano R. Disability and depression in rheumatoid arthritis: a multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis Rheum* 1989; 32(9): 1100-6.
22. Pincus T, Swearingen C and Wolfe F. Toward a multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ): assessment of advanced activities of daily living and psychological status in the patient-friendly health assessment questionnaire format. *Arthritis Rheum* 1999; 42(10): 2220-30.
23. Reisine S, McQuillan J and Fifield J. Predictors of work disability in rheumatoid arthritis patients. A five-year follow up. *Arthritis Rheum* 1995; 38(11): 1630-7.
24. Siegert CE, Vleming LJ, Vandenbroucke JP and Cats A. Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol* 1984; 3(3): 305-9 (Abst).
25. Turner RJ and Noh S. Physical disability and depression: a longitudinal analysis. *J Health Soc Behav* 1988; 29(1): 23-27 (Abst).
26. Wolfe F and Hawley DJ. The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20(12): 2032-7.
27. Wright GE, Parker JC, Smarr KL, Johnson JC, Hewett JE and Walker SE. Age, depressive symptoms and Rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41(2): 298-305.
28. Yelin E, Meenan R, Nevitt M and Epstein W. Work disability in rheumatoid arthritis: effects of disease, social and work factors. *Ann Intern Med* 1980; 93(4): 551-6 (Abst).