

بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتریت روماتوئید

*آرام عبید رحمانی^۱(M.Sc) - دکتر شهره قربان شیرویدی^۲(Ph.D) - دکتر جواد خلعتبری^۲(Ph.D) - دکتر اصغر حاجی عباسی^۲(M.D)

*نویسنده مسئول: رشت، چهار راه گلزار، کلینیک روماتولوژی دکتر حاجی عباسی

پست الکترونیک: aramabidrahmani@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۳

چکیده

مقدمه: آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی است. این بیماری با توجه به سیر مزمن، ابتدای مفاصل محیطی و علائم سیستمی، ناتوان کننده است. ابتلای همزمان به افسردگی یا اضطراب با تاثیر بر پیامدهای بیولوژی و نیز پیامدهای روانشناختی آرتریت روماتوئید در بروز یا تشدید ناتوانی حاصل از این بیماری موثر است.

هدف: تعیین فراوانی نسبی نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، به روش نمونه‌گیری آسان طی ۶ ماه (اول مهر تا آخر اسفند ۸۹) روی بیماران دچار آرتریت روماتوئید (با معیارهای ACR ۱۹۸۷) مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. شرایط خروج از مطالعه شامل بیماران با هرگونه شواهد نشاتگان ارگانیک مغزی، مبتلایان به فیبرومیالژی، کسانی که از بیش از ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون در روز استفاده می‌کردند، استفاده از داروهای ضد افسردگی، سابقه ابتلا به اختلال اضطراب و افسردگی و سایر بیماری‌های روانی پیش از ابتلای به آرتریت روماتوئید، ابتلا به هر بیماری کنترل نشده (مانند دیابت، میگرن و ...) و مبتلایان به آرتریت روماتوئید شدید (کلاس فعالیت ۴) بودند. ۱۸۰ بیمار پس از اخذ موافقت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند. برای همه بیماران حداکثر طی یک هفته پس از ویزیت روماتولوژیست، کارشناس ارشد روانشناسی به روش مصاحبه حضوری پرسشنامه‌های BECK-II برای افسردگی و زانگ (Zhung Self-Rating Anxiety Scale) برای اضطراب را تکمیل می‌کرد. برای پرسشنامه BECK نمره ۱۰ و کمتر به عنوان طبیعی، ۱۱-۱۶ کمی افسرده، ۲۰-۱۷ نیازمند مشاوره با روانپزشک، ۲۱-۳۰ به نسبت افسرده، ۴۰-۳۱ افسردگی شدید و بیش از ۴۰ افسردگی بیش از حد محسوب می‌شود و برای پرسشنامه زانگ، نمره ۴۴ و پائین‌تر میزان اضطراب نرمال ۵۹-۴۵، اضطراب خفیف تا متوسط، ۷۴-۶۰ اضطراب قابل توجه تا شدید و نمره ۷۵ و بالاتر اضطراب خیلی شدید محسوب می‌شود.

نتایج: از ۱۸۰ نفر مورد مطالعه ۱۶ نفر (۸/۹ درصد) کمی افسرده، ۱۴ نفر (۷/۸ درصد) نیازمند مشاوره روانپزشکی، ۴۲ نفر (۲۳/۳ درصد) نسبتاً افسرده، ۵۵ نفر (۳۰/۶ درصد) شدیداً افسرده و ۴۰ نفر (۲۲/۲ درصد) مبتلای به افسردگی بیش از حد بودند. توزیع فراوانی بیماران شرکت کننده در مطالعه از نظر اضطراب بدین صورت بود: ۱۲۷ نفر (۶۸/۹ درصد) اضطراب خفیف تا متوسط، ۲۴ نفر (۱۳/۳ درصد) قابل توجه تا شدید و هیچ موردی اضطراب خیلی شدید. در مطالعه ما هیچ موردی از ابتلا به اضطراب (بدون همراهی با افسردگی) وجود نداشت و همچنین همبستگی بارز و مثبت بین نمره پرسشنامه Beck-II و نمره پرسشنامه زانگ بدست آمد (P=۰/۰۰۰۱، r=۰/۷۸۷).

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی بالای افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتریت روماتوئید و با توجه به این که بسیاری از موارد تشدید دردهای مفصلی در بیمار منشا ارگانیک ندارد، لازم است بین روماتولوژیست و روانشناس و روانپزشک ارتباط تنگاتنگی در درمان اختلال‌های مذکور وجود داشته باشد تا در بسیاری موارد از تجویز داروهای اضافی جلوگیری شود.

کلید واژه‌ها: افسردگی / اضطراب / آرتریت روماتوئید

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و دوم شماره ۸۵، صفحات: ۱۵-۲۲

مقدمه

ناشناخته است که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و در نهایت تغییر شکل مفاصل است. از سوی دیگر این بیماری تظاهر خارج مفصلی متعددی نیز دارد که از آن جمله می‌توان به آنمی، خستگی، ندول‌های زیرجلدی، نوروپاتی، واسکولیت و همراهی شوگرن اشاره کرد.

آرتریت روماتوئید شایع‌ترین بیماری التهابی روماتیسمی است (۱) و در اکثر جوامع شیوع تقریبی ۱ درصد دارد. در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۰/۱۹ درصد و در نواحی روستائی ۰/۳۳ درصد برآورد شده است (۳ و ۲). آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان کننده و با سبب‌شناسی

۱. رشت، چهارراه گلزار، کلینیک روماتولوژی دکتر حاجی عباسی ۲. تنکابن، دانشگاه آزاد واحد تنکابن، گروه روانشناسی

۳. رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان آموزشی درمانی تحقیقاتی رازی، مرکز تحقیقات روماتولوژی ۱۵

بیماری‌ها و نیز تعیین همبستگی بین نمره پرسشنامه Beck-II و زانگ ((Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)) در کل و به تفکیک متغیرهای دموگرافی طراحی شده تا پایه‌ای برای طراحی مطالعه بعدی "تعیین عوامل خطر بروز افسردگی و اضطراب در بیماران آرتريت روماتوئید" باشد.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی، طی ۶ ماه (اول مهر تا آخر اسفند ۸۹) از بیماران دچار آرتريت روماتوئید (بر اساس معیار ACR ۱۹۸۷) مراجعه کننده به یک درمانگاه روماتولوژی، به روش نمونه‌گیری آسان و پس از لحاظ کردن معیار خروج و اخذ موافقت‌نامه کتبی، ۱۸۰ بیمار وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و در نظر گرفتن فراوانی بدست آمده در سایر مطالعات محاسبه شده است:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2}\right)^2 [p(1-p)]}{(d)^2}$$

معیار خروج در مطالعه‌ی ما شامل موارد زیر بوده است: بیماران با شواهدی از نشانگان ارگانیک مغزی، ابتلا به فیبرومیالژی، استفاده از بیش از ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون در روز، مصرف‌کنندگان داروهای ضدافسردگی، سابقه اختلال اضطراب، افسردگی و یا سایر بیماری‌های روانی پیش از ابتلا به آرتريت روماتوئید، ابتلا به هر بیماری کنترل نشده (مانند دیابت، میگرن و...) و ابتلا به آرتريت روماتوئید شدید (کلاس فعالیت ۴).

هر ۱۸۰ بیمار توسط کارشناس ارشد روانشناسی، حداکثر طی یک هفته پس از معاینه روماتولوژیست، ویزیت شدند. سه پرسشنامه یکی جهت اخذ مشخصات بیمار (شامل سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل و مدت ابتلا به آرتريت روماتوئید) و سپس دو پرسشنامه زانگ و Beck-II از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد.

پرسشنامه Beck-II در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۵-۱۳) و در ایران هم توسط دکتر قاسم‌زاده و همکاران گونه فارسی آن تدوین شده (۱۵)، که در ارزیابی وجود

از افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید تنها بخش کوچکی بهبود کامل پیدا می‌کنند و مابقی بیماری را برای همیشه ولی با شدت نوسان کننده به‌مراه خواهند داشت (۴). ابتلای به این بیماری از چند طریق سبب بروز ناتوانی می‌شود (۵). در ۳۳ درصد موارد مکانسیم بروز این ناتوانی علائم بیماری است. سایر مکانسیم‌های بروز ناتوانی عبارتند از: عوامل ناشناخته (در ۴۱ درصد موارد)، عواملی غیر از بیماری آرتريت روماتوئید، به عنوان مثال افسردگی و وضعیت روان‌شناختی بیماران و آموزش (در ۲۶ درصد موارد) (۶).

بروز افسردگی و اضطراب در بدترکردن پیامد بالینی آرتريت روماتوئید، که شامل دو بخش روانشناختی و بیولوژی است، تأثیرگذار است (۷). بعلاوه بروز همزمان افسردگی با یک بیماری مزمن دیگر در مقایسه با بروز همزمان دو بیماری مزمن دیگر (غیر از افسردگی) کاهش بیشتر در سطح سلامت بیمار ایجاد می‌کند (۸). وقوع افسردگی در بیمار مبتلا به یک بیماری مزمن نظیر آرتريت روماتوئید احتمال ازمان آن را زیادتیر می‌نماید (۹). اضطراب یا افسردگی از طریق کاهش تمایل به ویزیت روماتولوژیست، کاهش تبعیت بیمار از توصیه‌های دارویی و غیردارویی و کاهش علاقه وی به دستیابی به اطلاعات کافی در مورد بیماری آرتريت روماتوئید، بر پیامد بیولوژی این بیماری مؤثر خواهد بود (۶ و ۱۰).

بار مالی ناشی از توجه نکردن به تشخیص و درمان به‌موقع افسردگی و اضطراب بر سیستم بهداشتی - درمانی، بار دیگر نیاز به توجه بیشتر به این اختلالات خلقی را به ما یادآور می‌شود (۱۱).

تعیین فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتريت روماتوئید، نخستین و مهم‌ترین گام در ارائه راهنماهای تشخیصی افسردگی یا اضطراب در این بیماران بوده و ما را در انتخاب دقیق‌ترین روش برای بیماریابی یاری می‌کند (۱۲). این مطالعه برای تعیین فراوانی نسبی افسردگی و اضطراب در بیماران دچار آرتريت روماتوئید، ارزیابی رابطه متغیرهای دموگرافی شامل جنس، سن، تأهل، تحصیلات، شغل و مدت ابتلای به بیماری با بروز افسردگی و اضطراب و شدت این

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به آرتریت

روماتوئید مورد مطالعه		
متغیر	رده	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۱۲/۲۲ (۱۲/۲۲)
	زن	۸۷/۸ (۸۷/۸)
رده سنی (سال)	کمتر از ۲۵ سال	۳/۳ (۳/۳)
	۲۶-۳۵ سال	۱۰/۶ (۱۰/۶)
	۳۶-۴۵ سال	۱۶/۷ (۱۶/۷)
	۴۶-۵۵ سال	۳۱/۱ (۳۱/۱)
	۵۶ سال به بالا	۳۸/۳ (۳۸/۳)
میانگین سنی (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۵۰/۶ ± ۱۲/۴۶
	مدت زمان شروع بیماری (سال)	۴۰/۶ (۴۰/۶)
	بیشتر از ۱۰ سال	۲۸/۳ (۲۸/۳)
مدت زمان شروع بیماری (سال)	انحراف معیار ± میانگین	۸/۶۵ ± ۶/۴
	وضعیت تاهل	۵/۶ (۵/۶)
میزان تحصیلات	مجرد	۷۹/۴ (۷۹/۴)
	متاهل	۱۳/۹ (۱۳/۹)
	بیوه	۱/۱ (۱/۱)
	متارکه	۲/۲ (۲/۲)
شغل	بیسواد-ابتدایی	۵۴/۴ (۵۴/۴)
	زیر دیپلم-دیپلم	۳۷/۲ (۳۷/۲)
	تحصیلات دانشگاهی	۸/۳ (۸/۳)
	خانه دار	۷۰/۱ (۷۰/۱)
	کارمند	۱۲/۲ (۱۲/۲)
	آزاد	۳/۹ (۳/۹)
شغل	کارگر-کشاورز	۱۱/۱ (۱۱/۱)
	سایر	۲/۸ (۲/۸)

بر اساس پرسشنامه زانگ، ۸۲/۲ درصد مضطرب بوده‌اند. همانگونه که در جدول ۲ نشان داده شده، شدت اضطراب بیماران عمدتاً (۶۸/۹ درصد) خفیف تا متوسط بوده و هیچ موردی از اضطراب خیلی شدید گزارش نشده است و بر اساس پرسشنامه BECK-II، ۷/۲ درصد نرمال و ۹۲/۸ درصد افسرده بودند. بیماران مضطرب همگی افسردگی هم داشتند اما فقط ۸۸/۶٪ بیماران افسرده، مضطرب هم بودند (جدول ۲). فراوانی افسردگی یا اضطراب در زنان بیش از مردان بود. ۱۰۰ درصد بیماران کمتر از ۵ سال، ۵۰/۶٪ میانگین سنی بیماران ۵۰/۶ و میانگین مدت شروع بیماری ۸/۶۵ سال بوده است.

و شدت علائم افسردگی بکار می‌رود و شامل ۲۱ پرسش است که به هر پاسخ نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نحوه نمره‌بندی پرسشنامه BECK-II بدین گونه است که امتیاز ۱۰ و کمتر به عنوان طبیعی و ۱۱ و بالاتر افسرده تلقی می‌شود. در بیمارانی که نمره ۱۱ و بالاتر دارند شدت افسردگی بدین صورت تقسیم‌بندی می‌شود: ۱۱-۱۶ کمی افسرده، ۱۷-۲۰ نیازمند مشاوره با روانپزشک، ۲۱-۳۰ به نسبت افسرده، ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ افسردگی بیش از حد.

پرسشنامه زانگ برای اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است (۱۶). این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال است و به هر پاسخ نمره ۱ تا ۴ تعلق می‌گیرد. نحوه نمره‌بندی در پرسشنامه زانگ بدین گونه است: بیمارانی که نمره ۴۴ و پایین‌تر را به خود اختصاص دهند میزان نرمالی از اضطراب دارند و آنانی که مقادیر ۴۵ و بالاتر را کسب کنند اضطراب با شدتی بالاتر از نرمال دارند و شدت اضطراب در این گروه به صورت زیر تقسیم می‌شود: بیماران با نمره ۵۹-۴۵، اضطراب خفیف تا متوسط دارند. بیماران دارای نمره ۷۴-۶۰ دچار اضطراب قابل توجه تا شدید و سرانجام بیمارانی که نمره ۷۵ و بالاتر دارند دچار اضطراب خیلی شدید هستند.

اطلاعات آماری با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری T test, Correlation, ANOVA, Chi square, تجزیه تحلیل و بر حسب نوع متغیر، فراوانی نسبی یا میانگین محاسبه شد. P-Value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان نتیجه معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

مشخصه‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. از ۱۸۰ بیمار، ۸۷/۸ درصد زن، ۶۹/۴ درصد بالای ۴۶ ساله، ۷۹/۴ درصد متاهل، ۵۴/۴ درصد بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی و در ۴۶/۶ درصد مدت ابتلا به بیماری کمتر از ۵ سال بود، میانگین سنی بیماران ۵۰/۶ و میانگین مدت شروع بیماری ۸/۶۵ سال بوده است.

ساله، به ۸۴/۴ درصد در گروه سنی ۳۵-۲۶ ساله و ۷۵ درصد در سالگی است. گروه سنی ۶۶-۵۵ ساله می‌رسد. اما این فراوانی در سن بالای ۶۵ سالگی دوباره افزایش می‌یابد (۸۵/۵ درصد) هرچند باز هم فراوانی آن، کمتر از فراوانی این اختلال در سن کمتر از ۲۵ سالگی است. هیچ‌یک از بیماران مجرد یا متارکه کرده دچار افسردگی (بدون اضطراب) نبودند. با افزایش میزان تحصیلات از فراوانی افسردگی توأم با اضطراب کاسته می‌شود (جدول ۳).

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت درجات افسردگی و درجات اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

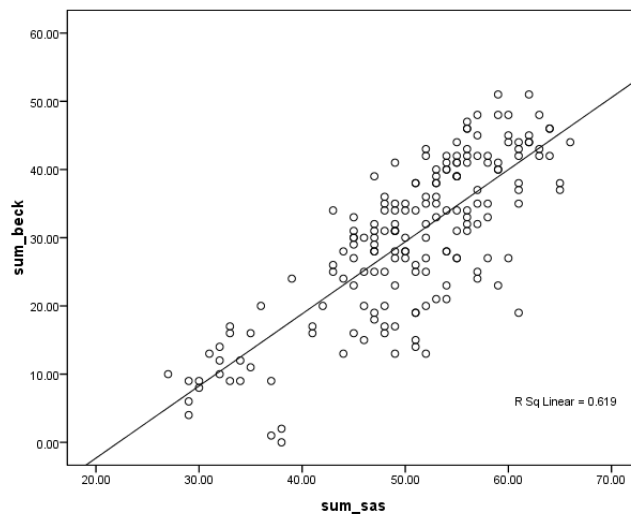
افسردگی	اضطراب	نرمال	اضطراب خفیف تا متوسط	اضطراب قابل توجه تا شدید	اضطراب خیلی شدید	جمع تعداد (درصد)
نرمال	۱۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۳ (۷/۲)
کمی افسرده	۹ (۵۶/۲)	۷ (۴۳/۸)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۶ (۸/۹)
نیازمند مشاوره پزشکی	۴ (۲۸/۶)	۹ (۶۴/۳)	۰ (۰)	۱ (۷/۱)	۰ (۰)	۱۴ (۷/۸)
نسبتاً افسرده	۵ (۱۱/۹)	۳۶ (۸۵/۷)	۱ (۲/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴۲ (۲۳/۳)
افسردگی شدید	۱ (۱/۸)	۴۹ (۸۹/۱)	۵ (۹/۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۵۵ (۳۰/۶)
افسردگی بیش از حد	۰ (۰)	۲۳ (۵۷/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴۰ (۲۲/۲)
جمع	۳۲ (۱۷/۸)	۱۲۷ (۶۸/۹)	۲۴ (۱۳/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۸۰ (۱۰۰)

جدول ۳: توزیع فراوانی افسردگی و یا اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	نرمال	افسرده	افسردگی توأم با اضطراب	مضطرب
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنسیت				
مرد	۴ (۱۸/۲)	۱ (۴/۵)	۱۷ (۷۷/۳)	۰ (۰)
زن	۹ (۵۷/۷)	۱۸ (۱۱/۴)	۱۳۱ (۸۲/۹)	۰ (۰)
رده‌های کمتر از ۲۵ سنی (سال)				
۲۶-۳۵	۱ (۵/۳)	۲ (۱۰/۵)	۱۶ (۸۴/۲)	۰ (۰)
۳۶-۴۵	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	۲۵ (۸۳/۳)	۰ (۰)
۴۶-۵۵	۶ (۱۰/۷)	۸ (۱۴/۳)	۴۲ (۷۵)	۰ (۰)
۵۶ به بالا	۴ (۵/۸)	۶ (۸/۷)	۵۹ (۸۵/۵)	۰ (۰)
وضعیت تاهل				
متاهل	۱۲ (۸/۴)	۱۶ (۱۱/۲)	۱۱۵ (۸۰/۴)	۰ (۰)
بیوه	۰ (۰)	۳ (۱۲)	۲۲ (۸۸)	۰ (۰)
متارکه	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۰۰)	۰ (۰)
میزان تحصیلات				
بیسواد ابتدایی	۴ (۴/۱)	۱۱ (۱۱/۲)	۸۳ (۸۴/۷)	۰ (۰)
زیر دیپلم - دیپلم	۷ (۱۰/۴)	۶ (۹)	۵۴ (۸۰/۶)	۰ (۰)
بیشتر از دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۱۱ (۷۳/۴)	۰ (۰)
مدت شروع بیماری (سال)				
کمتر از ۵	۵ (۶/۸)	۷ (۹/۶)	۶۱ (۸۳/۶)	۰ (۰)
۵-۱۰ سال	۶ (۱۱/۸)	۵ (۹/۸)	۴۰ (۷۸/۴)	۰ (۰)
بیشتر از ۱۰	۴ (۲/۱)	۷ (۷/۳)	۸۷ (۹۰/۶)	۰ (۰)
شغل				
خانه دار	۷ (۵/۶)	۱۳ (۱۰/۲)	۱۰۶ (۸۴/۱)	۰ (۰)
کارمند	۱ (۴۵/۵)	۴ (۱۸/۲)	۱۷ (۷۷/۳)	۰ (۰)
آزاد	۲ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۱۵ (۷۴/۱)	۰ (۰)
کارگر کشاورز	۲۰ (۱۰)	۲ (۱۰)	۱۶ (۸۰)	۰ (۰)
سایر	۲۰ (۱۰)	۰ (۰)	۴ (۸۰)	۰ (۰)

نمره پرسشنامه BECK-II در افراد مجرد ($P=0/031$) و نمره پرسشنامه BECK-II در متأهلان ($P=0/003$) اختلاف معنی دار دارد ولی اختلاف معنی دار بین میانگین نمره این پرسشنامه در افراد متارکه کرده با افراد مجرد، متأهل یا بیوه وجود نداشت. نمره پرسشنامه BECK-II همبستگی بارزی با نمره پرسشنامه زانگ داشت ($r=0/787, P=0/0001$) نمودار ۱. به علاوه متغیرهای جنس، تأهل، تحصیلات، مدت ابتلای به آرتریت روماتوئید (کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال، بیش از ۱۰ سال) نیز با نمره‌های پرسشنامه BECK-II و زانگ همبستگی داشت. همبستگی بین سن و نمره پرسشنامه BECK-II و نمره پرسشنامه زانگ بدست نیامد. به رغم همبستگی بین نمره پرسشنامه BECK-II و مدت ابتلا به آرتریت روماتوئید (بر حسب سال) ($r=0/17, P=0/023$)، بین پرسشنامه زانگ و این متغیر همبستگی وجود نداشت.

بین وجود و شدت افسردگی و وجود و شدت اضطراب و متغیرهای جنس، رده سنی، تأهل، تحصیلات، مدت ابتلا به آرتریت روماتوئید (کمتر از ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال، بیش از ۱۰ سال) و وضعیت اشتغال ارتباط معنی داری یافت نشد و همینطور پس از آنالیز داده‌ها با ANOVA (one way)، ارتباط معنی داری بین میانگین نمره‌های پرسشنامه BECK-II و نیز میانگین نمره پرسشنامه زانگ با جنس، رده سنی، تحصیلات، مدت ابتلا به آرتریت روماتوئید و وضعیت اشتغال مشاهده نشد. به جز یک استثناء و آن هم این که بین وضع تأهل بیماران و میانگین نمره پرسشنامه BECK-II ارتباط معنی دار بدست آمد ($P=0/006$)، برای تعیین این که کدام یک از متغیرهای تأهل (ازدواج نکرده، متأهل، بیوه، مطلقه) منجر به بروز این تفاوت معنی دار شده، آزمون تعقیبی LSD یا همان Post Hoc LSD بکار رفت و میانگین نمره پرسشنامه BECK-II در بیوه‌ها فقط با میانگین



نمودار ۱. بررسی همبستگی بین نمرات بدست آمده از پرسشنامه زانگ و Beck در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (sum_sas: میانگین نمره پرسشنامه زانگ و Sum_beck: میانگین نمره پرسشنامه BECK)

شکل بود: ۶۸/۹ درصد اضطراب خفیف تا متوسط، ۱۳/۳ درصد اضطراب قابل توجه تا شدید و هیچ مورد اضطراب خیلی شدید. در مطالعه مورد-شاهدی اهمیت و همکاران، در ۸۲ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید بر اساس پرسشنامه HAMILTON ANXIETY SCALE و HAMILTON DEPRESSION

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ما ۸/۹ درصد بیماران کمی افسرده بودند، ۷/۸ درصد نیازمند مشاوره روانپزشکی، ۲۳/۳ درصد نسبتاً افسرده، ۳۰/۶ درصد شدیداً افسرده و ۲۲/۲ درصد مبتلا به افسردگی بیش از حد بودند. توزیع فراوانی بیمارانمان از نظر اضطراب نیز بدین

II در بیمار بالاباشد، اگر وی پرسشنامه زانگ را نیز پر کنند، به احتمال قوی نمره‌ی این پرسشنامه نیز در او بالا خواهد بود و برعکس. به عبارتی ابتلای به افسردگی زنگ خطری جدی جهت بررسی ابتلا به اضطراب و برعکس است. بین نمره پرسشنامه BECK-II و زانگ با سن (سال) همبستگی مشاهده نشد. همانگونه که در جدول ۳ نشان داده شده با افزایش سن فراوانی مبتلایان به افسردگی - اضطراب تا ۶۵ سالگی کاهش و مجدداً در ۶۵ سالگی و بالاتر افزایش می‌یابد، لذا شاید نداشتن این همبستگی، ناشی از نبود ارتباط خطی بین سن با نمره پرسشنامه BECK-II یا نمره پرسشنامه زانگ باشد.

از نکته‌های دیگری که در درک درست مکانیسم بروز و یا تشدید افسردگی و اضطراب در مبتلایان به آرتریت روماتوئید باید بدان توجه کرد، نقش احتمالی ناتوانی فیزیکی این بیماران است که در مطالعات بعدی بدان خواهیم پرداخت. از دیگر محدودیت‌های مطالعه ما اینست که از پرسشنامه BECK-II برای اندازه‌گیری علائم افسردگی از جمله احساس کاهش انرژی، خستگی و کاهش اشتها، استفاده شده است. احساس کاهش انرژی و خستگی از علائم آرتریت روماتوئید نیز است و از سوی دیگر، بروز کاهش اشتها که از شکایت‌های افسردگی هست می‌تواند نه ناشی از بروز افسردگی، بلکه از عوارض مستقیم یا غیرمستقیم داروهای مصرفی کنترل آرتریت روماتوئید باشد (۱۹).

با توجه به فراوانی بالای افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و این‌که بسیاری موارد تشدید دردهای مفصلی در بیمار منشأ ارگانیک ندارد، لازم است که بین روماتولوژیست، روانشناس و روانپزشک ارتباط تنگاتنگی برای درمان اختلال‌های مذکور وجود داشته باشد تا در بسیاری موارد از تجویز داروهای اضافی جلوگیری شود.

SCALE، شیوع افسردگی ۴۱/۵ درصد و اضطراب ۱۳/۴ درصد بوده است (۱۷). در مطالعه دیگری توسط زیری یا نوآ و همکاران بر ۶۸ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، بر اساس پرسشنامه BECK-II، ۶۵ درصد بیماران افسردگی و ۴۴/۴ درصد اضطراب داشتند (۱۴). تفاوت در فراوانی افسردگی و اضطراب می‌تواند ناشی از این موارد باشد: اختلاف در خصوصیت‌های فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی جمعیت‌هایی که قرار است آماره‌های اندازه‌گیری شده بدان‌ها تعمیم داده شود، روش نمونه‌گیری (نمونه‌گیری از جمعیت عمومی یا بیماران مراجعه کننده به بیمارستان عمومی یا درمانگاه فوق تخصصی)، روش تشخیصی (مصاحبه ساختار یافته بر اساس ICD-10، پرسشنامه BECK-II، پرسشنامه همیلتون) و فصل نمونه‌گیری (شروع افسردگی در زمستان بیشتر مشاهده می‌شود) (۱۸)، وجود سیستم‌های حمایت اجتماعی نظیر بیمه‌های درمانی، سهولت دسترسی به پزشک معالج.

تشخیص و درمان آرتریت روماتوئید علاوه بر روماتولوژیست‌ها توسط متخصصان داخلی نیز انجام می‌شود. احتمالاً شدت آرتریت روماتوئید در جمعیت بیماران مراجعه‌کننده به روماتولوژیست‌ها بیشتر از متخصصان داخلی باشد و این نکته می‌تواند فراوانی بالاتر افسردگی و اضطراب را در بیمارانشان توضیح دهد. در مطالعه ما هیچ موردی از ابتلا به اضطراب (بدون همراهی با افسردگی) وجود نداشت که می‌تواند این فرضیه را مطرح کند که مکانیسم بروز اضطراب در این بیماران، بروز افسردگی است. فرضیه‌ای که بررسی صحت و سقم آن در این مطالعه مقطعی ممکن نبوده و نیازمند طراحی مطالعات بعدی است. همبستگی بارز و مثبت بین نمره پرسشنامه Beck-II و نمره پرسشنامه زانگ ($r=0.787$, $P=0.0001$) حاکی از همراهی قوی و رابطه‌ای خطی بین نمره‌های این دو پرسشنامه است و پزشک می‌تواند انتظار داشته باشد که اگر نمره پرسشنامه BECK-

منابع

1. Antony D, Woolf PF, Bruce PF. Burden of Major Musculoskeletal Conditions. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81(9): 646-656.

2. Fereydoun Davachi, Arash Tehrani Banihashemi, Jaleh Gholami, Seyedeh Tahereh Faezi, Mohammad Hossein Forouzanfar, Mansour Salesi, Mansour

- Karimifar, Kamal Essalatmanesh, Mojgan Barghamdi, Elham Noorolahzadeh, Saideh Dahaghin, Johannes J, Rasker. The Prevalence of Musculoskeletal Complaints in a Rural Area in Iran: a WHO-ILAR COPCORD Study (stage 1, rural study) in Iran, *J Rheu* 2009; 28:1267-1274.
3. Fereydoun Davachi, Ahmad-Reza Jamshidi, Arash Tehrani Banihashemi, Jaleh Gholami, Mohammad Hossein Forouzanfar, Massoomeh Akhlaghi, Mojgan Barghamdi, Elham Noorolahzadeh, Ali-Reza Khabazi, Mansoor salehi, Amir-Hossein Salari, Mansoor Karimifar, Kamal Essalat-Manesh, Mehrzad Hajjaliloo, Mohsen Soroosh, Farhad Farzad, Hamid-Reza Mousavi, Farideh Samadi, Koorosh Ghaznavi, Homa Asgharifard, Amir-Hossein Zangiabadi, Farhad Shahram, Abdolhadi Nadji, Mahmood Akbarian, Farhad Gharibdoost. WHO-ILAR COCORD Study (stage 1, urban study) in Iran. *J Rheu* 2008; 35:7:1384-1390.
4. PJW Venables, RN Maini. Clinical Features of Rheumatoid Arthritis. [Serial online] 2011. [24 Screen]. Available From:URL: www.Uptodate.com
5. Bern Lowe, Levek Willand, Wolfgang Eich, Stephan Zipfel, Anthony D, Wolfgang Herzog, Christoph Fiehn. Psychiatric Comorbidity and Work Disability in Patients with Inflammatory Rheumatic Diseases. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:395-402.
6. Edward D, Harris JR, Gary S Firestein. Clinical Feature of Rheumatoid Arthritis. In: Gray S Firestein, Ralph C Budd, Edward D Harris, Iain B McInnes, Shaun Ruddy, John S Sergent. *Kelley's Text book of Rheumatology*. 8th Edition. Philadelphia; SAUNDERS ELSEVIER, 2009:1087-1118.
7. W Neal Robert. Psychosocial Management of Rheumatic Diseases. In: Gray S Firestein, Ralph C Budd, Edward D Harris, Iain B McInnes, Shaun Ruddy, John S Sergent. *Kelley's Text book of Rheumatology*. 8th Edition. Philadelphia; SAUNDERS ELSEVIER, 2009:999-1007.
8. Saba Mousavi, Sanath Chattergi, Emese Verdes, Ajaya Tandon, Bedirhan Ustun. Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Survey. *Lancet* 2007; 370: 851-858.
9. Maloes M J G Gerrits, Nicole Vogelzangs, Patricia Van Oppen, Harm W J Van Marwijk, Henriette Van Der Host, Brenda W J H Penninx. Impact of Pain on the Course of Depressive and Anxiety Disorders. *J Pain* 2011:1-7.
10. M Robin DiMatteo, Heidi S Lepper, Thomas W Croghan. Depression is a Risk Factor For Noncompliance with Medical Treatment . Meta-Analysis of the Effect of Anxiety and Depression on the Patient Adherence. *Arch Inter Med* 2000; 160:2101-2107.
11. Arnov A B, Blasely C M, Janele Lee, Fireman B, Hunkeler E M, Dea R, Robinson R, Hayward C. Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs. *Psychiatr serv*. 2009 Mar; 60(3):344-50.
12. Travis O Bruce. Comorbid Depression in Rheumatoid Arthritis: Pathophysiology and Clinical Implications. *Current Psychiatry Reports* 2008; 10:258-264.
13. Masaya Kojima, Toshihisa Kojima, Sado Suzuki, Takeshi Pguhi, Michinari Oba, Hiroki Tsuchiya, Fumiaki Sugiura, Yasuhide Kanayama, Toshiaki A, Furukawa, Shinkan Tokudome, Naoki Ishiguro. Depression, Inflammation, and Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & research)* 2009; 61:1018-1024.
14. Y Zyrianova, BD Kelly, C Gallagher, MG Molloy, J Sheehan, TG Diant. Depression and Anxiety in Rheumatoid Arthritis: the Role of Perceived Social support. *Irish Journal of Medical Science*; 175:32-36.
15. Habibollah Ghsemzadeh, Ramin Mojtabei, Narges Karamghadiri, Narges Ebrahimkhani. Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety* 2005; 21:185-192.
16. William W K Zung. A Rating Instrument for Anxiety Disorders. *Journal of the Academy of Psychosomatic Medicine* 1971; 12:371-379.
17. Ahmet Isik, Suleyman Serdar Koca, Abdullah Ozturk, Osman Mermi. Anxiety and Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Clin Rheumatol* 2007; 26:872-878.
18. WHO. Searo. Sudhir Khandewel, Akmin Chowdhury, Shishir K Regmi, Nalaka Mendis, Phunnappa Kilirattanapiboon. *Conquering Depression*. [Serial Online] World Health Organization 2010 november 29 [24 Screens]. Available from:URL: www.searo.who.int
19. M Margaretten, E Yelin, J Imboden, J Graf, J Barton, P Katz, L Julian. Predictors of Depression in a Multiethnic Cohort of Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Arthritis Rheum* 2009; 61(11):1586-1591.

Survey of Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis

*Abid rahmani A. (M.Sc)¹ –Ghorbanshiroudi Sh. (Ph.D)² –Kalatbari J. (Ph.D)² – Hajiabbasi A. (M.D)³

*Corresponding Address: Dr. Hajiabbasi Rheumatologic Clinic, Golsar Square, Rasht, IRAN

Email: aramabidrahmani@yahoo.com

Received: 8/Jul/2012 Accepted: 13/Agu/2012

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA), is the most common inflammatory rheumatic disease. It is a chronic, systemic and disabling condition. Comorbid depression and/or anxiety worsen the biological and psychological outcomes of the disease.

Objectives: Determination of relative frequency of depression and anxiety in the patients with rheumatoid arthritis.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, during six months (September 22, 2011 - March 19, 2012), BECK-II and Zhung self-rating Anxiety Scale(SAS) questionnaires were completed for 180 randomly selected rheumatoid arthritis patients(based on 1987 ACR criteria), from Rheumatology clinic of Rheumatology Research Center of Guilan Medical University(during a week after rheumatologist visit). Based on the scoring system, if score of Beck –II questionnaire (21 items instrument to measure depression severity) is ≤ 10 , the severity of depression is normal, patients with score 11-16 are classified in mild depression, 20-17 in borderline clinical depression, 21-30 in severe depression, and 31 and higher in extreme depression group. If score of SAS questionnaire (20 items instrument to measure anxiety severity) is ≤ 44 , the severity of anxiety is normal, patients with score 45-59 are classified in mild to moderate depression, 74-60 in severe anxiety, 75 and higher in extreme anxiety group. Patients with brain organic syndromes, fibromyalgia, current users of more than 10 mg prednisolon per day, current users of antidepressant drugs, patients with previous history of mood disorders, any poor control medical conditions (including but not restricted to migraine headache and poor control diabetes mellitus,...) and patients in function class IV were excluded from the study.

Results: In this study, the relative frequency of depression was: 8.9%(16 patients) mild, 7.8%(14 patients) need psychologist consultation, 23.3%(42patients) moderate, 30.6%(55 patients) severe, and 22.2% (40 patients) extreme depression. As for the relative frequency of anxiety: 68.9% (126 patients) mild to moderate, and 13.3% (24 patients) were with severe anxiety. As shown, there was no anxious patient without depression. Also, a positive significant correlation was found between Beck-II and SAS scores ($p=0/0001$, $r=0/787$).

Conclusion: High relative frequency of depression and anxiety indicates the need for a close cooperation between rheumatologists, psychologists and psychiatrists if the best rheumatoid arthritis management is to be achieved.

Key words: Anxiety/ Depression/ Arthritis, Rheumatoid

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 85, Pages: 15-22

1. Dr. Hajiabbasi Rheumatologic Clinic, Golsar Square, Rasht, IRAN

2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, IRAN

3. Rheumatology Research Center, Razi Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN