

Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Lower Limb Amputation Compared with Controls in a 6-year Follow-up

Mehdi Davoodi¹,
Seyed Hamzeh Hosseini²,
Khadijeh Noorozi³,
Reza Ali Mohammadpour Tahamtan⁴

¹Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

²Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Centre, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³General Practitioner, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴Associate of Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Health Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 26, 2014 ; Accepted February 25, 2015)

Abstract

Background and purpose: Amputation is one of the oldest surgical procedures. The aim of this study was to investigate the level of anxiety and quality of life in patients with lower limb amputation.

Materials and methods: In a descriptive study a list of all patients with lower limb amputation (between 2003-2009) was provided from the records in Sari Imam Khomeini Hospital. They were called and asked about their willingness to participate in the study. Data was then collected using the 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). T-test and Chi-square test were applied in SPSS for data analysis.

Results: There were 41 patients and 41 individuals (control group) who were matched to patients based on demographic characteristics and underlying diseases. The mean HADS depression and anxiety scores in patients were 9.98 ± 4.8 and 9.8 ± 4.6 and in control group were 9.49 ± 4.22 and 10.34 ± 4.58 , respectively. There were significant differences in mean quality of life subscales including physical functioning, physical role, and pain between patient and control group ($P < 0.05$). But no significant differences were seen between the two groups in general health, emotional role, vitality, mental health and social activity ($P > 0.05$).

Conclusion: In this study, no significant association was found in prevalence of depression and anxiety after amputation among patients and the control group. The two groups showed similar results in mental components but different outcomes in physical dimensions. Therefore, it is important to focus on physical rehabilitation programs and using prostheses in such patients.

Keywords: Depression, anxiety, amputation, quality of life

بررسی افسردگی اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران با آمپوتاسیون اندام تحتانی در مقایسه با گروه کنترل در پی گیری ۶ ساله

مهدی داوودی^۱
سید حمزه حسینی^۲
خدیجه نوروزی^۳
رضاعلی محمد پور تهمتن^۴

چکیده

سابقه و هدف: آمپوتاسیون یکی از قدیمی ترین روش های جراحی است. هدف مطالعه حاضر بررسی افسردگی اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران با آمپوتاسیون اندام تحتانی در مقایسه با گروه کنترل در پی گیری ۶ ساله می باشد. **مواد و روش ها:** این تحقیق یک مطالعه توصیفی می باشد. با مراجعه به بایگانی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری، لیست تمام بیمارانی که از سال ۸۲ تا ۸۸ تحت آمپوتاسیون اندام تحتانی قرار گرفته بودند، استخراج و ضمن تماس تلفنی، آنان را به مصاحبه دعوت کرده تا پرسشنامه (SF12, HADS) را تکمیل نمایند. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و توسط آزمون های توصیفی و تحلیلی T-test و Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: شیوع افسردگی و اضطراب در ۴۱ بیمار آمپوته نسبت به ۴۱ فرد کنترل انتخاب شده متفاوت معنی دار نداشت ($p=0/77$, $p=0$). در گروه بیماران میانگین متوسط نمره HADS افسردگی $9/98 \pm 4/8$ و میانگین نمره اضطراب $9/8 \pm 4/6$ بوده و در گروه کنترل این مقدار به ترتیب $9/49 \pm 4/22$ و $10/34 \pm 4/58$ بوده است. از نظر کیفیت زندگی در اجراء عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی و درد بدن بیماران آمپوته با گروه کنترل اختلاف معنی دار بود ($p<0/05$)، اما در سایر اجزاء شامل سلامت عمومی، نقش عاطفی، سرزندگی، سلامت ذهنی و فعالیت اجتماعی با یکدیگر مشابه و اختلاف معنی دار نبود ($p>0/05$).

استنتاج: در مطالعه ما ارتباط معنی داری میان شیوع علائم افسردگی و اضطراب پس از آمپوتاسیون در میان بیماران در مقایسه با گروه کنترل وجود نداشته است. همان طوری که از نظر کیفیت زندگی در اجزاء روانی اجتماعی مشابه بودند و از نظر اجزاء جسمانی متفاوت بودند، بنابراین توجه به توانبخشی فیزیکی و رفع نواقص جسمانی مانند استفاده از پروتز اهمیت زیادی دارد.

واژه های کلیدی: افسردگی، اضطراب، قطع عضو، کیفیت زندگی

مقدمه

از دیگر علل آمپوتاسیون، تروما، حوادث، تومور و عفونت های ثانویه می باشد. بسیاری از آمپوته ها ممکن است عکس العمل های ناگهانی نسبت به تغییرات ظاهر

آمپوتاسیون یکی از قدیمی ترین روش های جراحی است که در دهه گذشته افزایش پیدا کرده است. از جمله علل قطع عضو عروقی مانند دیابت می باشد.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۵۱-۹۰ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأمین شده است.

E-mail: shhosseini@mazums.ac.ir

مؤلف مسئول: سید حمزه حسینی - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۱. استادیار، فوق تخصص عروق، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استاد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۵/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۲/۶

فیزیکی خود داشته باشند که در حقیقت این عکس العمل سایکولوژیست بیماران باعث می شود که در شیوه زندگی و گاهی اوقات تصور و مفهوم فرد از زندگی تاثیر بگذارد (۱). از جمله واکنش های روان شناختی طی آمپوتاسیون اضطراب و افسردگی می باشد که طی مطالعاتی شیوع علایم آن به ترتیب ۳۷ درصد و ۲۰ درصد گزارش شده است (۲). در بسیاری از کشورهای توسعه یافته با این که از پروتوزهای مختلف در دسترس استفاده می کنند ولی پاسخ های سایکولوژیک، به صورت کاهش عملکرد روان شناختی که می تواند در شیوه زندگی و حتی تصورشان از زندگی تغییر دهد، مشاهده می شود (۳). واکنش های روان شناختی زود هنگام به طور شایع بعد از آمپوتاسیون گزارش شده اند که از آن جمله اضطراب و افسردگی می باشد که به طور کلی اضطراب و افسردگی به دنبال آمپوتاسیون که پس از گذشت چندین ماه از آمپوتاسیون کاهش می یابد. افسردگی و اضطراب در این افراد ممکن است به دلیل نگرانی از آینده، ترس از بد جلوه داده شدن در نظر دیگران و قربانی ناتوانی های خویش شدن باشد (۴). با توجه به این که واکنش های روان شناختی به آمپوتاسیون بستگی به تعداد فاکتورهای دخیل مانند سن، جنس، مدت زمانی که با استرس کنار آمده اند و بیماری زمینه ای دارد. افسردگی اغلب با شرایط بهداشتی و شرایط اقتصادی اجتماعی پایین مرتبط است (۲). افسردگی به صورت احساس نهایت ناراحتی که بیش تر از ۲ هفته طول کشیده باشد، تعریف می شود که ایجاد اختلال در فعالیت روزانه فرد نیز می کند و اشخاص از افسردگی و احساس ناامیدی رنج می برند و حتی ممکن است افکار خودکشی نیز داشته باشند. افسردگی در جوامع مختلف شایع می باشد و می تواند در شرایط خاصی افزایش هم یابد. مخصوصاً در آن هایی که مراقبت های پزشکی مخصوصاً از دست دادن عضو را دارند، نسبت به جمعیت عمومی بیش تر می باشد (۴). با توجه به این که تحقیقات در ایران بر روی افراد آمپوته

اندام تحتانی و غیر جانباز، از لحاظ افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی نشده است و با توجه به این که با استفاده از کلید واژه های آمپوتاسیون، اندام تحتانی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی در سایت های pubmed، szd.Iv.Iran doc، medline، Google scholz در ایران در مورد افرادی که به دنبال حوادث یا بیماری های زمینه ای دچار آمپوتاسیون شده اند، انجام نشده است و نیز از طرفی در کارهای پژوهشی که در سایر کشورها انجام شده، به جنبه اختلالات روان پزشکی توجه نشده است و هم چنین تحقیقاتی که در این زمینه در ایران انجام شده، بر روی جانبازان با آمپوتاسیون اندام فوقانی (۵) و کیفیت زندگی در جانبازان با آمپوتاسیون تحتانی (۶) انجام شده و نیز مصاحبه بالینی روان پزشکی در این مطالعات نبوده و هم چنین آمارهای متفاوت و متنوع ناشی از واکنش های روان پزشکی نسبت به آمپوتاسیون و تاثیر اجتماعی و فرهنگی و شیوه زندگی بر روی اثرات روان شناختی ناشی از آن، ما را بر آن داشت با در نظر داشتن این نواقص و سعی در برطرف کردن آن و استفاده از مصاحبه بالینی نیم ساختاری بر اساس DSM و استفاده از پرسشنامه HADS و SF12، مطالعه ای جامع مبتنی بر بررسی توام افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی همراه با مصاحبه بالینی توسط روان پزشکی در آن هایی که HADS بالای ۷ دارند، در افراد قطع عضو مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۴ انجام دهیم و با استفاده از آن بتوانیم در جهت ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی این بیماران گام برداریم.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی با مراجعه به بایگانی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری، لیست تمام بیمارانی که از سال ۸۲ تا ۸۸ تحت آمپوتاسیون اندام تحتانی قرار گرفته بودند را تهیه کرده و با آن ها تماس تلفنی گرفته و دعوت به مصاحبه و پرکردن رمزهای تهیه شده گردیدند.

سری دیگری از بیماران با مراجعاتی که جهت پیگیری به پزشک داشته‌اند، در درمانگاه پرسشنامه‌های مربوط را پر نموده و یک سری از بیماران نیز پس از آمپوتاسیون در بیمارستان پرسشنامه‌های مورد نظر را پر نمودند. بدین ترتیب گروه بیماران ۴۱ نفر جمع‌آوری شده که گروه کنترل نیز از بین افراد مشابه سازی شده از لحاظ مسائل دموگرافیک مانند جنس، سن، شغل و بیماری زمینه‌ای با گروه بیماران از درمانگاه ارتوپدی و جراحی عروق انتخاب شدند. از همه بیماران نیز رضایت آگاهانه به صورت کتبی گرفته می‌شود و در صورت اعلام آگاهی در طرح شرکت می‌کنند. ابتدا اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، موقعیت اجتماعی، علت آمپوتاسیون، زمان آمپوتاسیون و سطح آمپوتاسیون توسط دانشجوی پزشکی ثبت شده و در طی مصاحبه برای هر بیمار پرسشنامه HADS استفاده شد که Validity آن در ایران سنجیده شده (۷) و جهت بررسی کیفیت زندگی پرسشنامه SF12 که آن نیز در ایران اعتبار سنجی شده است، تکمیل گردید (۸). موارد مشکوک به افسردگی و اضطراب جهت مصاحبه نیمه ساختاری به روانپزشک همکار مطالعه ارجاع شد تا تشخیص بالینی بر اساس DSM-IV داده شود ($HADS < 7$ ارجاع داده شد). پرسشنامه HADS یک ابزار سنجش افسردگی - اضطراب در بیماران مزمن جسمی می‌باشد که در ایران نیز اعتبارسنجی شده است و در تحقیقات بسیاری در مورد بیماری‌های مزمن استفاده شده است (۱۰).

HAD ۱۴ قسمت دارد که ۷ مورد آن به اضطراب عمومی و ۷ مورد به افسردگی مربوط بود و هر سؤال ۴ جواب داشته که از صفر تا ۳ امتیازبندی شده و $HADS > 7$ ارجاع جهت روان‌پزشک داده شده است. از مزایای مهم این ابزار این است که علایم جسمانی که می‌تواند مربوط به بیماری‌های جسمی و یا افسردگی یا اضطراب باشد را در نظر نمی‌گیرد و انحصاراً از علایم روانپزشک پرسش می‌کند. هم‌چنین پرسشنامه SF12 نیز

ابزاری است که کیفیت زندگی را در حیطه‌های مختلف شامل ارتباط با دیگران، توانایی انجام کار خویش و توانایی انجام شغل خاصی سنجش می‌کند و در ایران نیز اعتبارسنجی شده است (۱۱).

پس از مصاحبه بالینی با بیماران و تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها در Master sheet آماده و وارد نرم‌افزار Excel شده که با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ با آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی T-test و Chi-square نتایج ارزیابی شد.

یافته ها

تقریباً اختلاف قابل ملاحظه‌ای در جزئیات دموگرافیک گروه کنترل و بیمار نبوده و از این نظر با یکدیگر مشابه انتخاب شده‌اند که اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول شماره ۱ بیان شده است. مدت زمان گذشته از آمپوتاسیون به طور متوسط $6/7 \pm 13$ سال بوده که شیوع افسردگی و اضطراب با مدت زمان گذشته از قطع عضو ارتباط نداشته است ($p > 0/01$).

علت قطع عضو ۳۴ نفر (۸۲/۹ درصد)، بیماری و ۷ (۱۷/۱ درصد) نیز ناشی از حوادث بوده که از این میان ۱۹ نفر (۴۶/۳ درصد) اندام تحتانی راست، ۱۶ نفر (۳۹ درصد) اندام تحتانی چپ و ۶ نفر (۱۴/۶ درصد) بیماران هر دو پا قطع بوده است. از این میان ۱۴ نفر (۳۳ درصد) از پروتز استفاده نمودند و ۲۷ نفر (۶۶/۷ درصد) استفاده نکرده‌اند که بر اساس آزمون آماری chi-square افسردگی و اضطراب بر حسب علت قطع عضو و هم‌چنین استفاده یا عدم استفاده از پروتز با هم تفاوتی نداشته‌اند ($p > 0/05$). شیوع افسردگی و اضطراب در ۴۱ بیمار آمپوته نسبت به ۴۱ نفر کنترل انتخاب شده متفاوت معنی‌داری نداشت که جزئیات آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

بر طبق مصاحبه بالینی روانپزشک در بیماران و گروه کنترل با نمره $HADS > 7$ در اضطراب و افسردگی نتایج به دست آمده از آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک گروه بیماران و کنترل

	بیماران	کنترل		
شغل	دارد	ندارد	۲۵ (۶۱)	۲۲ (۵۳)
			۱۶ (۳۹)	۱۹ (۴۷)
سن	۵۵/۵±۱۳	۵۷/۵±۱۳		
جنس	مرد	زن	۳۰ (۷۵/۵)	۲۹ (۷۲/۵)
			۱۱ (۲۴/۵)	۱۲ (۲۷/۵)
وضعیت تاهل	متاهل	مجرد	۳۶ (۸۷/۲)	۳۹ (۹۲/۵)
		مطلقه	۲ (۵/۱)	۳ (۷/۵)
			۳ (۷/۷)	-
میزان تحصیلات	بی سواد	سیکل	۱۶ (۳۹)	۱۸ (۴۲/۵)
		دانشگاهی	۲۴ (۵۸/۵)	۲۲ (۵۵)
			۱ (۲/۴)	۱ (۲/۵)
محل زندگی	شهر	روستا	۲۵ (۶۱)	۲۲ (۵۳)
			۱۶ (۳۹)	۱۹ (۴۷)
وسيله نقلیه	دارد	ندارد	۱۱ (۲۷)	۱۲ (۲۹/۷)
			۳۰ (۷۳)	۲۹ (۷۰/۳)
منزل شخصی	شخصی	پدری	۳۴ (۸۴/۶)	۲۹ (۷۰)
		استجاری	۲ (۵/۱)	۶ (۱۵)
			۴ (۱۰/۳)	۶ (۱۵)

جدول شماره ۲: میانگین نمره HADS افسردگی و اضطراب در گروه بیماران و گروه کنترل

df	سطح معنی داری	کنترل	بیماران	
۳۷	۰/۲۲	۹/۴۹±۴/۲۲	۹/۹۸±۴/۸	میانگین نمره HADS در افسردگی
۳۷	۰/۴۵	۱۰/۳۴±۴/۵۸	۹/۸۸±۴/۶	میانگین نمره HADS در اضطراب
۳۱	۰/۷۷	(۵۰) ۲۷	(۵۰) ۳۷	درصد >۷ HADS در اضطراب
**۳۱	۰/۹۱	(۴۹/۲) ۳۰	(۵۰/۸) ۳۱	درصد >۷ HADS در افسردگی

*OR=1(95% C I (0/401, 20/9)

**OR=0/88 (%95 CI = (0/336, 2/37)

جدول شماره ۳: شیوع افسردگی و اضطراب بر اساس مصاحبه بالینی روان پزشکی

	بیماران	کنترل	
نرمال	۲۱ (۵۷/۹)	۲۶ (۶۳/۵)	
اختلال افسردگی مازور	۱۴ (۳۴/۲)	۱۰ (۲۵)	
افسردگی مینور	۴ (۵/۳)	-	
اختلال مخلوط افسردگی+اضطراب	۲ (۲/۶)	۵ (۱۱/۵)	

بر طبق >۷ HADS افسردگی و اضطراب در گروه

بیماران در جنس خانمها نسبت به آقایان به تفصیل در جدول شماره ۴ وارد شده است.

جدول شماره ۴: شیوع اضطراب و افسردگی به تفکیک جنس

df	سطح معنی داری	جنس		
		زن	مرد	
۱	۰/۹۱	۶۳/۶	۶۵/۵	اضطراب کنترل
۱	۰/۰۶۴	۹۰	۵۸/۱	بیمار
۱	۰/۰۳	۸۱/۸	۶۹	افسردگی کنترل
۱	۰/۰۱	۱۰۰	۶۷/۷	بیمار

کیفیت زندگی در گروه بیماران و کنترل با پرسشنامه SF12 سنجیده شده که بر اساس آن در ۸ جز سلامت عمومی (GH)، Physical functioning، (PF) Role emotional، (RE) Role Physical، (RF) Mental health، (BP) Body pain، (VT) Vitality (MH) و (SF) Social functioning گزارش داده شد که به تفصیل در جدول ۵ مطرح شده است. وضعیت GH، RE، VT، MH و SF در دو گروه مشابه بود اما PF متفاوت بود که در گروه کنترل وضعیت عملکرد فیزیکی و وضعیت جسمی بالاتر بود. وضعیت اختلال درد در گروه آمپوته‌ها بالاتر بود.

جدول شماره ۵: کیفیت زندگی در گروه بیماران و کنترل

کیفیت زندگی	آمیوته	غیر آمیوته	سطح معنی داری
سلامتی عمومی	۲/۲۲±۱/۲	۲/۳±۰/۹۳	۰/۷۵
عملکرد فیزیکی	۱/۵±۰/۶	۲/۰۴±۰/۷۹	۰/۰۰۱
نقش عاطفی	۱/۲۵±۰/۳۷	۱/۳۶±۰/۴۳	۰/۲۴
نقش فیزیکی	۱/۱۲±۰/۲۷	۱/۳۲±۰/۴۱	۰/۰۴
سرزندگی	۲/۹۷±۱/۸۴	۲/۸۷±۱/۶۵	۰/۲۲
درد بدن	۲/۱۷±۱/۳۵	۳/۱۵±۱/۴۲	۰/۰۰۲
سلامتی ذهنی	۳/۴۴±۱/۵۷	۳/۳۴±۱/۳۷	۰/۳۳
فعالیت اجتماعی	۲/۸۶±۱/۲۷	۲/۷۷±۱/۴۹	۰/۲۸

بحث

اضطراب و اندوه شدید مربوط به از دست دادن بخشی از بدن برای بیماران که بنا به علل مختلف، کاندید عمل جراحی آمپوتاسیون می‌باشند، نوعی واکنش عاطفی محسوب می‌گردد که بالطبع در چگونگی فرآیند مراقبت و درمان نیز نقش اساسی دارد. اضطراب به عنوان یک پاسخ سازگار در دوره قبل از عمل می‌تواند نه تنها بر واکنش‌های فیزیولوژیک و نورواندوکرین

تاثیر نماید، بلکه در فرآیندهای مربوط به کیفیت زندگی بیماران نقش بسیار پررنگی دارد. مطالعه حاضر وضعیت پیگیری ۶ ساله بیمارانی که با مراجعه به مرکز درمانی امام خمینی (ره) ساری تحت عمل آمپوتاسیون اندام تحتانی قرار گرفته بودند، را نشان می‌دهد.

متوسط مدت زمان گذشته از آمپوتاسیون $13 \pm 7/6$ سال بوده است که با مطالعات دیگر از نظر میانگین زمان سپری شده بعد از عمل جراحی تفاوت معنی‌داری نداشته است و مشابه بوده است (۱۰،۹).

در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری میان شیوع علائم افسردگی و اضطراب پس از آمپوتاسیون در میان بیماران در مقایسه با گروه کنترل وجود نداشته است، به طوری که این میزان در گروه مورد ۵۰ درصد برای اضطراب و ۵۰ درصد برای افسردگی دست آمده است، این در حالی است که ۵۰ درصد از افراد گروه کنترل دچار اضطراب و ۴۹ درصد دیگر دچار افسردگی بودند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار محسوب نمی‌شود. ولی فراوانی اضطراب در مطالعات مختلف ۱۴/۳، ۱۵، ۳۷/۴، ۵۵ و ۶۷/۸ درصد گزارش شده‌اند (۶-۱۱،۳) که یکی از علل تفاوت نتایج، نوع آزمون و زمان انجام ارزیابی اضطراب بوده است. شاید یکی از علل شیوع بیش‌تر اضطراب در مطالعه حاضر، زمان انجام ارزیابی اضطراب بوده که در فواصل مختلف از زمان آمپوتاسیون انجام پذیرفت. این در حالی است که در مطالعه‌ای که توسط Samvelmosa Kolawole و همکاران و Bradway و همکاران انجام گرفت، به این نتیجه دست یافتند که ارتباط معنی‌داری میان مدت زمان آمپوتاسیون و شیوع افسردگی و اضطراب بعد از آن وجود دارد که به نظر می‌آید دلایل این اختلافات آماری مرتبط به شیوه و نوع آزمون و زمان ارزیابی افسردگی نسبت به زمان آمپوتاسیون می‌باشد (۱۲،۳). شیوع افسردگی و اضطراب

در زنان نسبت به مردان بیش‌تر بوده است که مشابه مطالعه Bybar و همکاران است (۱۳). لذا تشکیل جلسات منظم روانشناسی و آموزش‌های راهبردی می‌تواند تا حدود زیادی تاثیرگذار باشد. بسیاری از مطالعات گوناگون نیز ارتباط معنی‌داری میان میزان افسردگی ($p < 0/05$) و اضطراب با مدت زمان آمپوتاسیون بیان نکرده‌اند (۱۵،۱۴،۲).

کیفیت زندگی در این مطالعه بر اساس پرسشنامه SF12 سنجیده شده که بر اساس آن فقط اجزا جسمانی مانند نقش فیزیکی، عملکرد فیزیکی و درد بدن میان ۲ گروه متفاوت بود و سایر ابعاد مانند نقش عاطفی، سلامت عمومی و سرزندگی درد و گروه متفاوت نبوده است، که با نتایج آزمون HADS همخوانی دارد این در حالی بود که اسدالهی و همکاران با مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ و با استفاده از ابزارهای SF36 و HADS دریافتند که از نظر اکثر معیارهای این ابزار، بیماران مورد مطالعه مثبت تلقی می‌شوند و اختلاف معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد ($p \leq 0/05$) شاید دلیل این نتایج متفاوت، برتری کار ما به جهت همسان‌سازی و حذف متغیرهای مداخله‌گر بوده است هر چند بایستی این نکته را مد نظر داشت که دلیل عمده قطع عضو در مطالعه ما بیماری مزمن بوده است و نیز در مطالعه اسدالهی دلیل قطع عضو بدنبال انفجار بوده که تشخیص احتمالی اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند سبب نتایج متفاوت باشد (۱۶).

لذا پیشنهاد می‌شود تعیین میزان شدت آمپوتاسیون در ابتدای انتخاب بیماران برای طرح‌های مشابه ضروری به نظر می‌رسد و هم‌چنین انجام مصاحبه ساختاری بالینی برای بیمارانی که مشکوک به افسردگی و اضطراب هستند، جهت تعیین وجود اختلالات همراه می‌تواند کمک موثری در انجام این گونه تحقیقات بنماید.

References

1. Tooms RE. General principles of amputation. In: Genshaw AH, (ed). Campbells operative

- orthopedics. St Louis: Mosby; 1992. p. 677-87.
2. Hawmdel ZM, Othman YS, Ibrahim AI.

- Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Disense Treat* 2008; 4(3): 627-633.
3. Mosaku KS, Akinyoola AL, Fatoye FO, Adegbehingbe OO. Psychological reactions to amputation in a sample, F Nigerian amputates. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31(1): 20-24.
 4. Kashi F, Walia Maj, Salujha SK, Chavdhury S, Sundarsanan BS, Raju M. Effect of short-term psychiatric Intervention in amputates. *MJFAI* 2004; 60(3): 231-234.
 5. Masumi M, Soroush MR, Modirian E. Evaluation of psychiatric problems among war-related bilateral upperlimb amputees. *J Mil Med* 2008; 10(3): 185-192.
 6. Mousavi B, Mirsalimi F, Soroush MR, Masumi M, Montazeri A. Quality of life in war related bilateral lower limb amputees. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2009; 8(3): 303-310.
 7. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Javvandi S. The hospital anxiety and depression scale HADS: translation and validation study of the Iranian version. *Health qual life outcome* 2003; 1(14): 14-19.
 8. Montazeri A, Vahdaninia M, MOusavi SJ, Asadilari M, Omidvari S and Tavosi M. The 12-item medical outcome study shout from health survey version 2.0 (SF-12V2): a population-based validation study from Tehran, Iran. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 12.
 9. Cansever A, Uzun O, Yildiz C, Ates A, Atesalp AS. Depression in men with traumatic amputation. *Mil Med* 2003; 168(2): 106-109.
 10. Danall BD, Ephraim P, Wegener ST, Dilliaghham T, Rezzin L, Rossbach P, et al. Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with Limh Loss: results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(4): 650-658.
 11. Amputierte EV, Wermelskirchen, Amputierten-Stifung. Coping psychologically with amputation. *Vasa* 2009, 38(Suppl 74): 72-74.
 12. Bradway JK, Malone JM, Racy J, Leal JM, Poole J, et al. Psychological adaptation to amputation: an overview. *Orthop-prosther. Churchill Livingston* 1984; 38(3): 46-50.
 13. Bruch R, Nyenhuis DL, Nicholas JJ, Cash S, Kaiser M. Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabil Psycho* 1995; 40(2): 95-110.
 14. Platisa N, Devectorski G. Types of psychological reaction in patients with lower extremity amputation. *Med Pregl* 2006; 59(3-4): 149-154.
 15. Mozumdar A, Roy SK. Depression in adult males with lower extremity amputation and its bio-social correlated. *Heath* 2010; 2: 878-889
 16. Asadollahi R, Saghafinia M, Nafissi N, Montazeri A, Asadollahi M, Khatami M. Anxiety, depression and health-related quality of life in those injured by landmines, Ilam, Islamic Republic of Iran. *East Mediter Health J* 2010; 16(11): 1108-1119.