ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with Carpal Tunnel Syndrome, Rafsanjan, Iran 2014

Amir Moghadam-Ahmadi[1],
Reza Bidaki[2],
Tahereh Shahriari Sarhadi[3],
Alireza Vakilian[4],
Athena Sharifi Razavi[5]

[1] Assistant Professor, Department of Neurology, Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychiatry, Addiction and Behavioural Sciences Research Center, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3] General Practitioner, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4 Associate Professor, Department of Neurology, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
5 Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 5, 2017 Accepted June 10, 2017)

Abstract

Background and purpose: Night time pain and paresthesia are the most common symptoms of carpal tunnel syndrome (CTS). Neuropathic pain and insomnia (due to night pain) accompanied by depression influence the quality of life, and response to treatment. So, this study aimed at evaluating concurrency of these disorders.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was done in 75 patients with CTS, referring for electrodiagnosis in Rafsanjan Ali-Ibn-Abitaleb Hospital, Iran. Demographic information was obtained and Beck Anxiety and Depression Inventories were administered. The findings were analyzed in SPSS V21. P values < 0.05 were considered to be significant.

Results: According to the findings, 11 (13.9%) patients with CTS had moderate depression while 17(21.5%) suffered from severe depression. Twenty six (32.9%) patients had moderate anxiety and 17 (21.5%) had severe anxiety. There was no significant association between the levels of depression and anxiety and disease severity. The levels of both depression and anxiety were significantly lower in patients who were employed and those with higher education.

Conclusion: The prevalence of depression and anxiety in patients with CTS was higher than general population.

Keywords: carpal tunnel syndrome, depression, anxiety

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (153): 64 - 73 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 153 مهر سال 1396 (73 -64)

بررسی شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ در رفسنجان در سال 1393

امیر مقدم احمدی[1]
رضا بیدکی[2]
طاهره شهریاری سرحدی[3]
علیرضا وکیلیان[4]
آتنا شریفی رضوی[5]

چکیده

سابقه و هدف: علایم سندرم تونل کارپ شامل درد و پارستزی شبانه است. همراهی افسردگی با درد نوروپاتیک و بی‌خوابی (به علت رخ دادن درد در شب) بر کیفیت زندگی و پاسخ به درمان بیماران اثر دارد. لذا این مطالعه با هدف بررسی هم‌زمانی این دو اختلال صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی_مقطعی، 79 بیمار مبتلا به سندرم تونل کارپ مراجعه‌کننده به بخش الکترودیاگنوستیک بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال 1393 وارد مطالعه شدند. یافته‌های دموگرافیک از طریق چک لیست و میزان افسردگی و اضطراب از طریق پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک جمع‌آوری شدند. جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه 21 استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در افراد مورد بررسی 11 نفر (13/9 درصد) مبتلا به افسردگی متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) مبتلا به افسردگی شدید بودند. 26 نفر (32/9 درصد) از بیماران دارای اضطراب متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) دارای اضطراب شدید بودند. بین میزان افسردگی و اضطراب با شدت بیماری ارتباط معنی‌داری یافت نشد، در حالی که میزان افسردگی و اضطراب در بیماران کارمند نسبت به سایر مشاغل مورد بررسی و هم‌چنین افراد دارای تحصیلات دانشگاهی به‌صورت معنی‌داری کم‌تر بود.

استنتاج: طبق نتایج حاصل از مطالعه اخیر، میزان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ بیش‌تر از میزان‌های گزارش شده در جمعیت عمومی است.

واژه های کلیدی: سندرم تونل کارپ، افسردگی، اضطراب

مقدمه

سندرم تونل کارپ شایع‌ترین نوروپاتی فوکال ناشی از تحت فشار قرار گرفتن عصب است که در آن عصب مدین در تونل کارپ تحت فشار قرار می‌گیرد(2 ،1). شرایطی که باعث کاهش سایز تونل کارپ یا تورم ساختارهای درون آن می‌شوند، سبب ایجاد فشار روی عصب مدین می‌شوند، چنین شرایطی می‌توانند مادرزادی، تروماتیک، سیستمیک یا التهابی باشند. عللی که ارتباط آن‌ها با سندرم تونل کارپ به خوبی مشخص شده است شامل: دیابت شیرین، روماتوئید آرتریت، آکرومگالی، هیپوتیروئیدی، بارداری و تنوسینوویت

مولف مسئول: آتنا شریفی رضوی - ساری ، بلوار پاسداران، بیمارستان بوعلی ، بخش نورولوژی Email: Athena.sharifi@yahoo.com
1. استادیار، گروه نورولوژی، مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
2. دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران
3. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
4. دانشیار، گروه نورولوژی، مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایرانس
5. استادیار، گروه نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1395/11/17 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1396/2/18 تاریخ تصویب : 1396/3/20

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

هستند(3،1). ریسک فاکتورهای دیگر سندرم تونل کارپ شامل جنسیت مؤنث، چاقی و شکستگی قبلی مچ دست هستند(4). علاوه بر این سندرم تونل کارپ در موارد زیادی به دلیل فعالیت‌های شغلی مثل حرکات مکرر و قوی در ناحیه دست و مچ یا استفاده از دستگاه‌های ویبراتور قوی است(6،5). هم‌چنین هیسترکتومی بدون اووفورکتومی، سپری شدن 12-6 ماه از آخرین قائدگی در زنان یائسه، قد کوتاه‌تر و وزن بیش‌تر از عوامل مرتبط شناخته شده‌اند(7).

طبق مطالعات انجام شده، میزان شیوع سندرم تونل کارپ در جمعیت عمومی 2/7 درصد است و نسبت ابتلای زنان در مقایسه با مردان از 3 به 1 تا 10 به 1 متغیر است(9،7).

علایم آن شامل درد شبانه و پارستزی است که بیش‌تر انگشتان شست، اشاره و میانی را درگیر می‌کند و بیماران را از خواب بیدار می‌کند. هم‌چنین در مراحل پیشرفته می‌تواند باعث ضعیف شدن ماهیچه‌های دست شود. درد بیماران می‌تواند به ساعد و حتی شانه انتشار یابد. بیماران از کرختی و احساس سوزش در دست شکایت دارند که اغلب آن‌ها را از خواب بیدار می‌کند. علایم اغلب بعد از استفاده زیادی از دست یا مچ بدتر می شوند. این سندرم در 87 درصد موارد دو طرفه است و علایم در دست غالب شدیدتر است(9،7).

سندرم تونل کارپ اغلب به صورت تیپک با شرح حال بالینی و معاینه فیزیکی تشخیص داده می‌شود، اما برای تأیید منونوروپاتی عصب مدین از روش‌های الکترودیاگنوستیک استفاده می‌شود که حساس‌ترین تست‌ها برای تشخیص سندرم تونل کارپ است؛ کُند شدن سرعت هدایت عصب مدین مبنای تشخیص است. تعیین سرعت هدایت عصب مدین برای سندرم تونل کارپ حساسیت 85-56 درصد و ویژگی حداقل 94 درصد دارد(11،9).

اختلالات خلق یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هم در جمعیت عادی و هم در بیماران روانپزشکی هستند و در میان اختلالات خلق، اختلال افسردگی عمده شایع‌ترین اختلال است. در بیمارانی که خلق افسرده‌ای دارند، از دست دادن کارمایه (انرژی) و علاقه، احساس گناه، دشوار شدن تمرکز، از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی وجود دارد. دیگر نشانه‌ها و علائم اختلالات خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی و سایر نظم‌های زیستی). این تغییرات تقریباً همیشه موجب مختل شدن کارکردهای بین فردی، اجتماعی و شغلی بیمار می‌شود(12).

اختلال افسردگی عمده اختلال شایعی است که شیوع مادام العمرش حدود پانزده درصد و در زنان شاید بیست و پنج درصد باشد. میزان بروز اختلال افسردگی عمده در بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند و در بیماران بستری شده در بخش‌های طبی (داخلی) هم بالاست، به‌طوری‌که به ده تا پانزده درصد می‌رسد. اختلال افسردگی عمده اختلال خوش خیمی نیست، عمدتاً مزمن است و بیماران خیلی اوقات دچار عود می‌شوند(12).

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی است. در مطالعات انجام شده گزارش شده است که از هر چهار نفر، یکی واجد معیارهای لااقل یکی از اختلالات اضطرابی است و میزان شیوع دوازده‌ماهه این اختلالات، 17/7 درصد است. زنان با شیوع مادام العمر 30/5 درصد در مقایسه با مردان با شیوع 19/2 درصد بیش‌تر ممکن است دچار یک اختلال اضطرابی شوند. با افزایش طبقه اجتماعی_اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود(12).

با توجه به تشدید درد نوروپاتیک در بیماران سندرم تونل کارپ به خصوص در شب‌ها که خود می‌تواند علتی برای ایجاد اختلال در خواب و کاهش کیفیت خواب و در نتیجه تاثیر بر سطح خلق و عاطفه و کیفیت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

زندگی بیماران باشد؛ به نظر می‌رسد برای درمان بهتر درد نوروپاتیک، در نظر گرفتن پارامترهایی از جمله خلق بیمار و اضطراب ضروری باشد. با توجه به این که بر اساس جست و جوهای انجام شده، مطالعات بسیار اندکی با این موضوع در سطح جهان انجام شده است و در پژوهش‌های داخلی نیز هیچ مطالعه‌ای در این زمینه وجود ندارد؛ به خصوص این که در هیچ مطالعه‌ای دو فاکتور اضطراب و افسردگی باهم سنجیده نشده است، لذا این مطالعه به منظور بررسی هم‌زمانی و ارتباط این اختلالات باهم، طراحی گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام شد. بیماران سندرم تونل کارپ مراجعه‌کننده به بخش الکترودیاگنوستیک بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال 1393 جامعه مورد بررسی این مطالعه را تشکیل دادند.

بیماران سندرم تونل کارپ مراجعه‌کننده به بخش الکترودیاگنوستیک بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال 1393 که بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی تشخیص سندرم تونل کارپ برای آن‌ها مطرح شده است؛ طبق بررسی‌های الکترودیاگنوستیک که استاندارد طلایی برای تشخیص سندرم تونل کارپ می‌باشد، توسط نورولوژیست متبحر در انجام این تست‌ها با استفاده از دستگاه الکترومیوگرافی NEMUS ساخت ایتالیا 2007، تشخیص مطرح شده قطعی‌شد و این بیماران وارد مطالعه‌شدند. مطالعات هدایت عصبی (NCV)و الکترومیوگرافی (EMG) جهت تأیید تشخیص، تعیین کمی و طبقه‌بندی شدت بیماری که ممکن است در تصمیم‌گیری‌های درمانی کمک کننده باشد، به کار می‌رود. معیار مثبت بودن سندرم تونل کارپ با استفاده از روش‌های الکترودیاگنوستیک شامل موارد زیر است:

1- در آزمون‌های حسی که با فاصله 13 سانتی‌متر از محل تحریک صورت می‌گیرد: طولانی شدن Sensory nerve action potentials (SNAP) peak latency به میزان بیش‌تر از 3/5؛ یا کاهش Amplitude SNAPبه میزان کم‌تر از 20 میکرو ولت؛ و یا فقدانSNAP .

2- در آزمون‌های حرکتی که با فاصله 7 سانتی‌متر از محل تحریک صورت می‌گیرد: طولانی شدن Compound muscle action potentials distal latency (CMAP)به میزان بیش‌تر از 4/4؛ یا کاهش Amplitude CMAP به میزان کم‌تر از 4 میلی‌ولت؛ و یا فقدانCMAP .

3- در صورت نرمال بودن این تست‌ها روش‌های مقایسه‌ای (Comparison studies) استفاده می‌شود.

شدت سندرم تونل کارپ به وسیله تست‌های الکترودیاگنوستیک به‌صورت خفیف (فقط درگیری موج حسی)، متوسط (درگیری موج حسی و حرکتی) و شدید (شواهد دنرواسیون و تغییرات نوروژن) تعیین می‌گردد. بدین ترتیب همان‌طور که ملاحظه می‌شود، شیوه گردآوری اطلاعات "میدانی" و ابزار گردآوری اطلاعات "چک لیست" بوده است.

با توجه به این که پرسش‌نامه افسردگی بک II-(BDI-II)برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان 13 سال به بالا به کار می‌رود، افرادی که سن آن‌ها کم‌تر از 13 سال است، از مطالعه خارج شدند.

پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) II-نسخه جدید یک پرسش‌نامه 21 آیتمی خود گزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان 13 سال به بالا است. این نسخه برای ارزیابی نشانگان مرتبط با ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی که انجمن روانپزشکی آمریکا در دفترچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی چاپ چهارم (DSM-IV) ارائه داده، کاربرد دارد. آن‌ها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن 63 است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: 0 تا 13 هیچ یا کم‌ترین افسردگی، 14 تا 19 افسردگی خفیف، 20 تا 28 افسردگی متوسط و 29 تا 63 افسردگی شدید. البته باید توجه داشت که نمره کم‌تر از چهار، نشان دهنده انکار احتمالی افسردگی، وانمود خوب، حتی برای افراد سالم است. از طرف دیگر نمره‌های بسیار بالا حتی در میان افراد به شدت افسرده، حاکی از اغراق احتمالی افسردگی یا احتمال وجود اختلال‌های شخصیت نمایشی یا مرزی است. نمره هجده از طرف بعضی از پژوهش‌گران به‌عنوان نقطه برش پیشنهاد شده و گفته شده است که این نمره تقریباً 92 درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده را به درستی تشخیص داده و طبقه‌بندی می‌کند(14، 13).

در یک مطالعه انجام شده روی جمعیت ایرانی نشان داده شده که ضرایب همسان‌سازی درونی هر یک از آیتم‌ها و سایر مشخصات آماری پرسش‌نامه و همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد(15).

پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI) برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل 21 عبارت است که برای هر عبارت چهار گزینه جهت انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علایم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا در شرایط اضطراب آمیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. نمره هر سؤال بین 0 تا 3 می‌باشد و دامنه نمرات بین 0 تا 63 می‌باشد. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی اضطراب به‌کار بست: 0 تا 7 هیچ یا کم‌ترین اضطراب، 8 تا 15 اضطراب خفیف، 16 تا 25 اضطراب متوسط و 26 تا 63 اضطراب شدید(16).

در مطالعه انجام شده توسط کیانی و همکاران نشان داده شد که سنجش روایی از طریق مقایسه ارزیابی کمی متخصص بالینی با نمرات حاصل از عملکرد آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه اضطراب بک، از روایی خوبی برخوردار است($p<0/001$ ، $r=0/72$) هم‌چنین ضریب پایایی آزمون- باز آزمون در نسخه فارسی اضطراب بک ($p<0/001$ ، $r=0/83$) حاکی از آن است که این پرسش‌نامه می‌تواند در شرایط زمانی و مکانی مختلف احتمالاً نتایج قابل اعتمادی ارایه دهد. در کنار این یافته، ثبات یا همبستگی درونی آیتم‌های پرسش‌نامه(α =Cronbach's 0/92)، ثبات درونی بالایی را نشان می‌دهد که می‌تواند به نفع پایایی مطمئن پرسش‌نامه در نظر گرفته شود(17).

چک لیست تهیه شده شامل اطلاعات اولیه و دموگرافیک افراد، شرایط و بیماری‌های زمینه‌ای از جمله بارداری، چاقی، کم‌کاری تیروئید، دیابت، سابقه خانوادگی افسردگی و غیره بود.

اطلاعات چک لیست ها و پرسش‌نامه‌ها پس از جمع‌آوری به ترتیب وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه 21 شد. نتایج برای داده‌های کمی به صورت "انحراف معیار ± میانگین" و برای داده‌های کیفی به صورت "تعداد (درصد)" گزارش گردید. به منظور بررسی ارتباط افسردگی و اضطراب در بیماران سندرم تونل کارپ با متغیرهای مورد بررسی از آزمون t مستقل (Independent two-sample t-test)و یا آنالیز واریانس یک طرفه (One-way ANOVA) و در صورت معنی‌داری از آزمون مقایسات چندگانه توکی (Tukey's multiple comparisons test)استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها 0/05 در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

یافته ها

در این مطالعه 79 بیمار مبتلا به سندرم تونل کارپ مراجعه‌کننده به بخش الکترودیاگنوستیک بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال 1393، وارد مطالعه شدند.

طبق یافته‌های اولیه حاصل از این مطالعه، 10 نفر (12/7 درصد) از افراد مرد و 69 نفر (87/3 درصد) باقی‌مانده زن بودند. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول شماره 1 نمایش داده شده است.

جدول شماره 1: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت:		
مرد	10	12/7
زن	69	87/3
وضعیت تأهل:		
متأهل	77	97/5
مجرد	2	2/5
شغل:		
خانه دار	51	64/6
کارمند	16	20/2
آزاد	12	15/2
تحصیلات:		
ابتدایی	33	41/8
راهنمایی	13	16/5
دبیرستان	22	27/8
دانشگاه	11	13/9

دامنه سنی افراد مورد بررسی 28 تا 72 سال بود. دامنه وزن از 49 کیلوگرم تا 101 کیلوگرم متفاوت بود. (با میانگین 12/9±70/ 72). قد بیماران مورد بررسی بین 150 تا 190 سانتی‌متر بود. شاخص توده بدنی بیماران بر اساس وزن و قد آن‌ها محاسبه گردید که دامنه آن بین 18/37 تا 38/86 کیلوگرم بر مترمربع بود(با میانگین4/10±27/46).

حداقل نمره افسردگی 0 و حداکثر آن 49 بود که طبق طبقه‌بندی بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک، 40 نفر (50/6 درصد) افسردگی نداشتند، 11 نفر (13/9 درصد) مبتلا به افسردگی خفیف، 11 نفر (13/9 درصد) مبتلا به افسردگی متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) مبتلا به افسردگی شدید بودند.

حداقل نمره اضطراب 0 و حداکثر آن 58 بود که بر اساس طبقه‌بندی پرسش‌نامه اضطراب بک 17 نفر (21/5 درصد) از بیماران بدون اضطراب، 24 نفر (30/4 درصد) دارای اضطراب خفیف، 26 نفر (32/9 درصد) از بیماران دارای اضطراب متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) دارای اضطراب شدید بودند.

جدول شماره 2 توزیع فراوانی شدت بیماری و بیماری زمینه‌ای را نشان می‌دهد.

جدول شماره 2: توزیع فراوانی شدت بیماری و بیماری زمینه ای در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ

متغیر	تعداد	درصد
شدت بیماری:		
خفیف	25	31/6
متوسط	32	40/5
شدید	22	27/8
بیماری زمینه ای:		
ندارد	50	63/3
شکستگی قدیمی مچ دست	3	3/8
دیابت شیرین	3	3/8
کم کاری تیروئید	6	7/6
بیماری های دیگر	17	21/5

ضریب همبستگی متغیرهای کیفی با اضطراب و افسردگی در بیماران در جدول شماره 3 نمایش داده شده است.

جدول شماره 3: ضریب همبستگی متغیرهای کیفی با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ در رفسنجان در سال 1393(n=79)

متغیر	افسردگی	اضطراب
افسردگی	-	r=0/461
		p<0/001
اضطراب	r=0/461	-
	p<0/001	
سن (سال)	r=-0/189	r=0/089
	p=0/095	p=0/436
وزن (کیلوگرم)	r=-0/162	r=-0/014
	p=0/154	p=0/904
قد -(سانتی متر)	r=-0/188	r=-0/075
	p=0/096	p=0/511
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	r=-0/057	r=0/048
	p=0/616	p=0/673

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره 4، میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب بر اساس متغیرهای کمی بیماران را نشان می‌دهد.

جدول شماره 4: میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب بر اساس متغیرهای کمی

متغیر	تعداد	نمره افسردگی انحراف معیار± میانگین	نمره اضطراب انحراف معیار ± میانگین
جنسیت:			
مرد	10	9/80±11/43	13/40±12/11
زن	69	17/25±13/33	16/52±10/10
مقدار p		0/098	0/410
شدت بیماری:			
خفیف	25	16/84±14/22	14/84±10/03
متوسط	32	15/66±12/67	16/38±10/24
شدید	22	16/64±13/60	17/23±13/62
مقدارp		0/938	0/758
شغل:			
خانه دار	51	18/31±13/13	17/92±11/95
کارمند	16	6/69±10/11	11/94±7/18
آزاد	12	20/58±16/01	14/08±10/55
مقدارp		0/003	0/135
تحصیلات:			
ابتدایی	33	16/36±12/68	19/24±13/46
راهنمایی	13	21/26±13/20	14/00±10/61
دبیرستان	22	18/64±14/54	15/68±7/74
دانشگاه	11	5/18±4/67	10/18±6/77
مقدارp		0/012	0/097
بیماریزمینه ای:			
بله	29	15/83±13/70	19/97±13/74
خیر	50	16/58±13/15	13/90±8/66
مقدارp		0/810	0/038

طبق یافته‌های جدول شماره 4، آزمون مقایسات چندگانه Tukey نشان داد که میانگین نمره افسردگی در کارمندان به‌طور معنی‌داری کم‌تر از خانه دارها و شاغلین آزاد است(به ترتیب p = 0/005 و p=0/013).

هم‌چنین آزمون مقایسات چندگانه Tukey نشان داد که میانگین نمره افسردگی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی به‌طور معنی‌داری کم‌تر از بیماران دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان می‌باشد(به ترتیب p = 0/011 و p = 0/025).

هم‌چنین از آن‌جایی که فقط دو نفر از بیماران مورد بررسی مجرد بودند، لذا در تجزیه و تحلیل داده‌های آماری متغیر وضعیت تأهل مورد بررسی قرار نگرفت.

بحث

طبق نتایج حاصل از مطالعه حاضر، بیش‌تر بیماران (87/3 درصد) زن بودند. هم‌چنین بیش‌ترین شغل گزارش شده توسط بیماران خانه داری بود.

بر اساس جست و جوهای انجام شده، مطالعات بسیار اندکی با این موضوع در سطح جهان انجام شده است و در زمینه داخلی هم هیچ مطالعه‌ای در این زمینه وجود ندارد.

در مطالعه انجام شده توسط Atalay و همکاران روی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک سرپایی Pamukkaleدر ترکیه که در سال 2011 انتشار یافت، 99 بیمار که سندرم تونل کارپ یک‌طرفه در دست غالب داشتند، از نظر تأثیر شدت بیماری روی علایم، وضعیت عملکردی دست و افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند. پارامترهای بالینی مورد بررسی شامل قدرت چنگ‌زدن(grip strength) ، قدرت نیشگون گرفتن (pinch strength)، توانایی افتراق بین دو نقطه، Weinstein Monofilament test، Pegboard test Purdueو معیار افسردگی بِک (Beck) بودند. تعداد 33 بیمار (33/3 درصد) سندرم تونل کارپ خفیف، 34 بیمار (34/3 درصد) سندرم تونل کارپ متوسط و 32 بیمار (32/3 درصد) سندرم تونل کارپ شدید داشتند. در نتایج به دست آمده، معیار افسردگی بک در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ پیشرفته در مقایسه با بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ خفیف به صورت برجسته‌تری بالاتر بود(p< 0/05)(18).

یافته‌های مطالعه فوق از نظر توزیع بیماران براساس شدت بیماری تقریباً مشابه با مطالعه حاضر است: 31/6 درصد بیماران دارای سندرم تونل کارپ خفیف، 40/5 درصد بیماران دارای سندرم تونل کارپ متوسط و 27/8 درصد بیماران دارای سندرم تونل کارپ شدید بودند،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

اما از نظر میانگین نمره افسردگی و اضطراب تفاوت بارزی بین گروه‌ها وجود نداشت. طبق یافته‌های حاصل از این مطالعه بین افسردگی و اضطراب و متغیرهای کمی بررسی شده شامل سن، وزن، قد و شاخص توده بدنی ارتباط معنادار آماری وجود نداشت که از این نظر هم مشابه با یافته‌های حاصل از مطالعه فوق بود.

در مطالعه آینده‌نگر انجام شده توسط Hobby و همکاران در سال 2002-2001 در انگلستان، تأثیر اختلالات سایکولوژیک روی علایم، ناتوانی خود گزارشی و نتایج جراحی در 101 بیمار مبتلا به سندرم تونل کارپ مورد ارزیابی قرار گرفت. تشخیص سندرم تونل کارپ به صورت بالینی و بر اساس علایم بیمار گذاشته می‌شد و مطالعات الکترودیاگنوستیک به طور روتین انجام نمی‌شد. شدت علایم و ناتوانی با معیارهای ارزیابی توسط بیمار (patient evaluation measure) و پرسش‌نامه تونل کارپ بوستون (Boston carpal tunnel questionnaire) ارزیابی شد. پرسش‌نامه‌ها یک بار در ابتدای مراجعه، برای بار دوم در پیگیری شش هفته بعد و نهایتاً شش ماه بعد از عمل جراحی بیماران در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. اختلالات سایکولوژیک توسط معیارهای بیمارستانی اضطراب و افسردگی (hospital anxiety and depression scale) مورد ارزیابی قرار گرفت. ارتباط قابل توجهی بین اختلالات سایکولوژیک، شدت علایم و ناتوانی بیمار وجود داشت (19).

در مطالعه حاضر نیز میزان افسردگی در بیماران دارای سندرم تونل کارپ بررسی شده بالاتر از آمارهای گزارش شده در جمعیت عمومی بود (طبق بررسی های آماری ما حداقل نمره افسردگی 0 و حداکثر آن 49 بود که طبق طبقه‌بندی بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک 40 نفر (50/6 درصد) افسردگی نداشتند، 11 نفر (13/9 درصد) مبتلا به افسردگی خفیف، 11 نفر (13/9 درصد) مبتلا به افسردگی متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) مبتلا به افسردگی شدید بودند. بنابراین طبق این یافته‌ها، 49/7 درصد بیماران مبتلا به درجات متفاوتی از افسردگی هستند که بسیار بالاتر از آمارهای گزارش شده در جمعیت عمومی است). اما بر خلاف مطالعه بالا، طبق اطلاعات حاصل از مطالعه ما، بین شدت بیماری و میزان شیوع افسردگی و اضطراب رابطه معناداری وجود نداشت که می‌تواند به‌دلیل تفاوت بین جوامع مختلف باشد. دلیل دیگر می‌تواند ناشی از منطبق نبودن همیشگی شرح حال و شدت شکایات بیماران با شدت سندرم تونل کارپ در مطالعات الکترودیاگنوستیک باشد. یکی دیگر از دلایل می‌تواند ناشی از کم بودن حجم نمونه بررسی شده توسط ما و مشکلات آماری ناشی از آن باشد.

در مطالعه انجام شده توسط Mathis و همکاران در سال 1994، میزان سایکوپاتی در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ حاد و بیماران مبتلا به درد حاد پشت مورد ارزیابی قرار گرفت. سایکوپاتی با DSM-III-R مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که میزان اختلالات اضطرابی به طور قابل ملاحظه‌ای در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ بیش‌تر از بیماران درد پشت است. از این مطالعه این نتیجه به دست آمد که اختلالات اضطرابی ممکن است اختلالاتی مرتبط (Concomitant) با سندرم تونل کارپ باشند و درمان این مشکلات سایکولولوژیک همراه با درمان جنبه‌های فیزیکی سندرم تونل کارپ شانس بیمار را برای حصول نتایج درمانی موفق افزایش دهد(20). نتایج مطالعه فوق مشابه نتایج مطالعه حاضر است، زیرا در این مطالعه نیز میزان اضطراب 78/5 درصد بود، حداقل نمره اضطراب 0 و حداکثر آن 58 بود که بر اساس طبقه‌بندی پرسش‌نامه اضطراب بک 17 نفر (21/5 درصد) از بیماران بدون اضطراب، 24 نفر (30/4 درصد) دارای اضطراب خفیف، 26 نفر (32/9 درصد) از بیماران دارای اضطراب متوسط و 17 نفر (21/5 درصد) دارای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

اضطراب شدید بودند که به طور قابل توجهی نسبت به آمارهای گزارش شده در جمعیت عمومی بالاتر است.

بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه اخیر به نظر می‌رسد میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ به‌طور قابل ملاحظه‌ای نسبت به آمارهای گزارش شده در جمعیت عمومی بالاتر است. هم‌چنین بر اساس یافته‌های ما به‌نظر می‌رسد که میزان شیوع افسردگی و اضطراب با شدت سندرم تونل کارپ ارتباط آماری معنا داری ندارد. میزان افسردگی و اضطراب در بیماران کارمند نسبت به سایر مشاغل مورد بررسی و هم‌چنین افراد دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به افراد دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان به صورت معنی‌داری کم‌تر بود.

مطالعه دیگری در سال 2016 توسط Tanik و همکارانش در ترکیه برای بررسی درد، افسردگی و اختلالات خواب در بیماران دیابتیک و غیر دیابتیک مبتلا به سندرم تونل کارپ انجام شد. در این مطالعه، 366 بیمار سندرم تونل کارپ را بررسی نمودند. برای بررسی افسردگی از معیار BDI و برای شدت درد از معیار VAS استفاده نمودند. 312 بیمار زن و 53 نفر مرد بودند. حدود 22 درصد بیماران غیر دیابتی و 21/6 درصد بیماران دیابتی دچار افسردگی بودند(21). نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر مشابه است. در نهایت در مطالعه ذکر شده به این نتیجه رسیدند که در صورتی‌که افسردگی و اختلالات خواب در نظر گرفته نشود، موفقیت درمان درد نوروپاتیک کم‌تر خواهد بود(21).

در نهایت نتیجه‌گیری می‌شود که اختلالات اضطرابی و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم تونل کارپ شایع بوده، و برای درمان موفقیت‌آمیز درد این بیماران در نظر گرفتن وجود این اختلالات و درمان هم‌زمان آن‌ها ضروری می‌باشد.

سپاسگزاری

از پرسنل محترم بخش الکترودیاگنوستیک بیمارستان علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، سپاسگزاریم.

References

1. Rouq FA, Ahmed TS , Meo IM , Al-Drees AM , Meo SA. Distribution of Clinical Symptoms in Carpal Tunnel. J Coll Physicians Surg Pak. 2014 ;24(1): 30-33.
2. Karimi N, Tabrizi N, Moosavi M, Yadani J. Prevalence of carpal tunnel syndrome and associated risk factors.J Mazandaran Univ Med Sci .2017; 26(146):179-184(Persian).
3. de Krom MC, Kester AD, Knipschild PG, Spaans F. Risk factors for carpal tunnel syndrome. Am J Epidemiol .1990;132(6):1102-1110
4. Moghtaderi A, Dabiri S, Dahmardeh M et al. Asymptomatic carpal tunnel syndrome in obe se and overweight patients with metabolic syndrome. Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia) 2013;18(1):87-90
5. Stevens JC, Sun S, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961-1980. Neurology 1988;38(1):134-138.
6. Padus L, Padua R, Nazzaro M, Tonali F. Incidence of bilateral symptoms in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg.1998;23(5):603-606.
7. Rayegani SM, Mokhtari Rad M, Bahrami M, Eliaspour D , valaie N. Frequency of carpal tunnel syndrome and its related risk factors in patients

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

upper extremity pain. Pajoohandeh . 2009; 14 (4) :219-223(Persian)

8. Phalen GS. Reflections on 21 years' experience with the carpal tunnel syndrome. JAMA .1970; 212 (8):1365-1367.
9. Cartwright MS, Hobson-Webb LD, Boon AJ ,Alter KE, Hunt CH, Flores VH,etal. Evidence based guideline: neuromuscular ultrasoundfor the diagnosis of carpal tunnel syndrome. Muscle Nerve. 2012;46(2):287–293.
10. Daroff R, Fenichel MG, Jankovic J,Mazziotta JC. Bradley neurology in clinical practice .6thed. Philadelphia.Saunders. 2008.
11. M.Pecina, Krmpotic-nemanic J, D.Markiewitz A. Tunnel syndromes. 3th ed .Florida. CRC Press . 2001
12. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadocks comprehensive text book of psychiatry. 9th ed. Philadelphia:LWW. 2009.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4: 561-571.
14. Vasegh S, Baradaran N.Using the Persian-language version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II-Persian) for the screening of depression in students.J Nerv Ment Dis. 2014; 202(10):738-743
15. Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dabson KS. [Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. IJPCP .2005; 11(3): 312-326. (Persian)
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988; 56(6): 893-897.
17. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2008;66(2):136-140(Persian).
18. Atalay N.S, Sarsan A, Akkay N, Yildiz N, Topuz O. The impact of disease severity in carpal tunnel syndrome on grip strength, pinch strength, fine motor skill and depression. J Phys Ther Sci 2011;23(1):111-115.
19. Hobby JL, Venkatesh R, Motkur P The effect of psychological disturbance on symptoms, self-reported disability and surgical outcome in carpal tunnel syndrome. J Bone Joint Surg Br, 2005;87(2):196–200.
20. Mathis LB, Gatchel RJ, Polatin PB, Boulas HJ, Kinney RK. Prevalence of psychopathology in carpal tunnel syndrome patients. J Occup Rehabil .1994;4(4):199–209.
21. Tanik N, Sarp U, Ucar M, Celikbilek A, Balbaloglu O, Ak H, et al . Pain, depression and sleep disorders in patients with diabetic and nondiabetic carpal tunnel syndrome: a vicious cycle. Arq Neuropsiquiatr. 2016;74(3):207-211.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]