شیوع افسردگی در بیماران قطع عضو و رابطه آن با متغیّرهای جمعیت‌شناختی

محمدجواد خادمی[1]، مسعود غریب[2]، وحید راشدی[3]*

[1]کارشناس‌ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن. [2]کارشناس‌ارشد کاردرمانی. مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. [3] کارشناس‌ارشد مدیریت توانبخشی. دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان.

*نویسنده پاسخگو: Email: vahidrashedi@yahoo.com

چکیده

مقدمه: از دیدگاه توانبخشی، قطع عضو نوعی نقص محسوب شده که نتیجه و پیامد آن، ایجاد ناتوانی در فرد بوده و بروز مشکلات اجتماعی-روانی را به دنبال خواهدداشت. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع افسردگی در بیماران قطع عضو و رابطه آن با متغیّرهای جمعیت‌شناختی انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بوده و به شیوه مقطعی انجام پذیرفته‌است. در این مطالعه ۱۶۰ از بیماران قطع عضو مراجعه‌کننده به مرکز جامع توانبخشی جمعیّت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. به منظور گردآوری داده‌ها علاوه‌بر پرسشنامه متغیّرهای جمعیّت‌شناختی از پرسشنامه سنجش میزان افسردگی بک-۲ و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده‌شد.

یافته‌ها: از افراد مورد پژوهش ۸۲.۵ درصد مرد و ۶۳.۸ درصد دارای همسر بودند. میانگین سن نمونه مورد پژوهش ۳۷.۵ سال (SD=۵.۴۳) و میانگین مدت زمان قطع عضو آن‌ها ۱۳.۱۶ سال (SD=۷.۲۲) محاسبه شد. ۷۴ نفر (۴۶.۲۵ درصد) از افراد مورد پژوهش دارای علائم افسردگی نبودند، ولی ۸۶ نفر (۵۳.۷۵ درصد) از آنان به نوعی درجات مختلفی از افسردگی را تجربه کرده‌بودند. همچنین عواملی مانند وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال و سطح قطع عضو با این عارضه ارتباط معناداری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، ۵۳.۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه با مسئله افسردگی درگیر بوده و به درجات مختلفی از آن گرفتارند. با توجه به وجود میزان قابل ملاحظه‌ای از علائم افسردگی در جامعه مورد مطالعه و اهمیت موضوع حمایت‌های اجتماعی در رویکردهای نوین توانبخشی، پیشنهاد می‌شود برخی برنامه‌های آموزشی سودمند و کارگاه‌های مهارتی جهت کاهش افسردگی این قشر از بیماران برگزارگردد.

کلید واژه: افسردگی، قطع عضو.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۶/۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۳۰

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

مقدمه

به‌طورکلی هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه تحمل معینی در مقابل استرس است. وقتی فشار روانی از حد توان شخص بگذرد، ناچار اختلالات رفتاری و هیجانی را نشان خواهدداد (۱). یکی از دلایل بروز استرس و عوارض ناشی از آن معلولیت می‌باشد. تأثیری که معلولیت بر وضعیت روحی-روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می‌گذارد غیرقابل انکار است، زیرا ناتوانی جسمی علاوه‌بر سازگاری روانی-اجتماعی بر سلامت روان فرد نیز تأثیر گذاشته و این‌گونه افراد در مقایسه با افراد عادی جامعه افسردگی مزمن بیشتری را تجربه نموده و تمایل بیشتر به انزوای اجتماعی دارند (۲). افسردگی یکی از انواع اختلالات خلقی است که در آن شخص احساس غمگینی و بی‌حوصلگی می‌کند. مشخصات اصلی این عارضه کاهش عمیق میل به فعالیت‌های لذت‌بخش روزمره مثل؛ تفریح، ورزش، معاشرت با افراد و ... است (۳).

قطع عضو به عنوان یکی از دلایل بروز معلولیت به شمار رفته و سالانه در حدود ۵۰۰۰۰ قطع عضو جدید در آمریکا گزارش می‌شود (۴). شایع‌ترین دلیل این عارضه در دنیا مربوط به بیماری‌های عروق محیطی و دیابت ملیتوس است، که برخلاف آسیب‌های ناشی از جنگ در سنین بالای ۷۰ سال رخ می‌دهد (۷-۵)، ولی مهم‌ترین علت قطع عضو در سنین جوانی به دلیل تروما می‌باشد (۸). به دنبال قطع اندام، علاوه‌بر محدوده وسیعی از واکنش‌های عاطفی ابتدائی، بیمار باید فعالیت‌های روزمره شامل نیاز به آموزش فعالیت‌های فیزیکی، خستگی طولانی، تغییر در فعالیت‌های تفریحی، بار اقتصادی، هزینه‌های درمانی و واکنش‌های متفاوت خانواده و دوستان را تجربه‌کند (۹). هنگامی که فرد پس از جراحی بهبود می‌یابد، یاد می‌گیرد که چگونه از پروتز استفاده نموده و فعالیت‌های روزانه خود را ادامه دهد. میزان سازگاری فرد در این مرحله تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند وضعیّت اجتماعی-روانی فرد پیش از قطع عضو و میزان سازش‌پذیری فرد بستگی دارد (۱۰). پژوهش بابا[I] و و همکارانش نشان می‌دهد عواملی نظیر اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و جنسیت نقش مهمی در تعیین میزان سلامت روانی افراد جوامع و فرهنگ‌های مختلف داشته و شخصی که نتواند نیازهای روان‌شناختی خود را در محیط کار برطرف کند، از سلامت روان پایینی برخورداراست (۱۱). مطالعه موساکو[II] و همکارانش نیز که که به منظور بررسی تأثیر روانی قطع عضو بر روی افراد انجام پذیرفته، تصریح می‌نماید که سطح قطع عضو نیز از عوامل تأثیرگذار بر میزان افسردگی افراد می‌باشد (۱۲).

در پژوهشی که معصومی و همکارانش به منظور ارزیابی مشکلات روانپزشکی جانبازان مبتلا به قطع دو طرفه اندام تحتانی انجام‌دادند، به این نتیجه دست‌یافتند که در حدود نیمی از جامعه مورد مطالعه آن‌ها به نحوی با مشکلات روانی درگیر می‌باشد (۱۳). مطالعه آچریو[III] نیز نشان می‌دهد که میزان افسردگی در میان افراد قطع عضو ناشی از میدان‌های مین شایع‌بوده (۱۴) و استرس بعد از حادثه و اضطراب، از عوارض شایع مصدومیت با مین به شمار می‌رود (۱۵). نتایج پژوهش هوامده[IV] و همکارانش که در بین افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی انجام شده است، نشان داد که این افراد میزان بالایی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند (۱۶). لازم به ذکر است که افسردگی مسئله‌ای پیچیده و چند بُعدی بوده و افراد در شرایط یکسان نیز به یک اندازه دچار این عارضه نمی‌شوند، به بیان دیگر افسردگی از تعامل عوامل بیشتری از جمله "عوامل فردی" پدید می‌آید. لذا با توجه به موارد ذکر شده و کمبود مطالعات داخلی با موضوع افسردگی در جامعه مورد مطالعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی در بیماران قطع عضو و رابطه آن با برخی متغیّرهای جمعیت‌شناختی انجام گردید، تا ضمن توسعه دامنه دانش در این زمینه، یافته‌های حاصل را جهت برنامه‌ریزی و مداخلات مناسب به مسئولین ذیربط ارائه نماید.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بوده و به شیوه مقطعی انجام پذیرفته‌است. جامعه هدف در این مطالعه بیماران قطع عضو مراجعه‌کننده به مرکز جامع توانبخشی جمعیّت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، طی ماه‌های پایانی سال ۱۳۸۹ بودند، که جمعاً ۱۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند.

[I] Baba

[II] Mosaku
[III] Ascherio
[IV] Hawamdeh

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه متغیّرهای جمعیّت‌شناختی و پرسشنامه سنجش میزان افسردگی بک- ۲[I] بودند. پرسشنامه متغیرهای جمعیّت‌شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، سطح قطع عضو، علت قطع عضو و مدت زمان قطع عضو بود، که توسط مؤلفان مقاله تدوین و تنظیم‌گردید. پرسشنامه افسردگی بک- ۲ شامل ۲۱ سوال است که شدت افسردگی را در بزرگسالان و نوجوانان بالای ۱۳ سال، در ابعاد سه‌گانه آن یعنی نشانگان جسمانی، شناختی و رفتاری-عاطفی مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات پرسشنامه، شدت افسردگی را بر حسب مقیاس لیکرت از صفر تا سه می‌سنجد و به این ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه ای از ۰-۶۳ را در بر می‌گیرد (۱۷). مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده بر روی این پرسشنامه که توسط دوزوئیس[II] و همکارانش انجام شده، روایی[III] و ساخت عاملی مطلوبی را برای آن گزارش گزارش نموده و به طور کلی این پرسشنامه را جانشین خوبی برای ویرایش اول پرسشنامه بک محسوب می‌کند (۱۸). بک[IV] و همکارانش نیز همسانی درونی این پرسشنامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ α=۰.۹۱ و ضریب بازآزمایی آن را r=۰.۹۴ محاسبه‌نمودند (۱۹). در این پژوهش مجدداً پایایی[V] پرسشنامه افسردگی بک- ۲ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی‌گردید، که نتایج آن در هر یک از ابعاد پرسشنامه به شرح زیر است: نشانگان جسمانی (α=۰.۸۱)، نشانگان‌شناختی (α=۰.۹۱)، نشانگان رفتاری-عاطفی (α=۰.۸۹) و کل پرسشنامه (α=۰.۸۷).

از کلیّه افراد مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه اخذشده و به آنان نیز اطمینان داده شد که اطّلاعات آن‌ها به صورت محرمانه حفظ خواهدگردید. عواملی مانند وضعیت روحی و روانی فرد در هنگام پاسخگویی به سؤالات که می‌توانست بر نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد، ولی کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بود، از محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌رفت.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسّط افراد مورد مطالعه، داده‌های به دست‌آمده توسّط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. در قسمت آمار توصیفی از میانگین، حداقل، حداکثر و انحراف معیار و از آمار تحلیلی نیز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و پاسخ به پرسش‌های پژوهش استفاده‌شده‌است. جهت بررسی ارتباط بین افسردگی و متغیّرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه، با توجه به نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی‌مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

۱۶۰ نفر در مطالعه شرکت نمودند که از هر دو جنس مذکّر و مؤنّث بودند. حداقل سن آن‌ها ۱۳ سال، حداکثر ۷۵ سال و میانگین سنّی آن‌ها ۳۷.۵ سال با انحراف معیار ۵.۴۳ بود.

جدول ۱: یافته‌های جمعیّت‌شناختی

متغیّر		N=۱۶۰	
		n	٪
جنسیّت	مرد	۱۳۲	۸۲.۵
	زن	۲۸	۱۷.۵
وضعیّت تأهّل	فاقد همسر	۵۸	۳۶.۳
	دارای همسر	۱۰۲	۶۳.۸
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۷۴	۴۶.۳
	دیپلم	۴۴	۲۷.۵
	فوق دیپلم	۱۲	۷.۵
	لیسانس	۲۰	۱۲.۵
	فوق لیسانس	۱۰	۶.۲
شغل	بیکار	۳۰	۱۸.۸
	محصل یا دانشجو	۲۲	۱۳.۸
	کارمند	۱۸	۱۱.۳
	آزاد	۵۴	۳۳.۸
	خانه دار	۱۰	۶.۳
	بازنشسته	۲۶	۱۶.۳
سطح قطع عضو	زیر آرنج	۲۲	۱۳.۸
	بالای آرنج	۱۲	۷.۵
	زیر زانو	۶۰	۳۷.۵
	بالای زانو	۶۶	۴۱.۳
علت قطع عضو	مادرزادی	۲۲	۱۳.۸
	بیماری	۳۸	۲۳.۸
	حادثه	۱۰۰	۶۲.۵

[I] BDI: Beck Depression Inventory-II
[II] Dozois
[III] Validity
[IV] Beck
[V] Reliability

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

همچنین میانگین مدت زمان قطع عضو ۱۳.۱۶ سال با انحراف معیار ۷.۲۲ محاسبه شد، که کمترین آن یک ماه و بیشترین آن ۶۳ سال بود. سایر یافته‌های جمعیّت‌شناختی آنان در جدول ۱ آمده است.

براساس یافته‌ها، ۷۴ نفر (۴۶.۲۵ درصد) از افراد مورد پژوهش افسردگی نداشتند، یعنی مجموع نمره آن‌ها در مقیاس افسردگی بک-۲ کمتر از ۱۱ بود. ۲۶ نفر (۱۶.۲۵ درصد) از آن‌ها افسردگی خفیف)کسب نمره ۱۱-۱۶(، ۴۸ نفر (۳۰ درصد) افسردگی متوسط)کسب نمره ۱۷-۳۰(و ۱۲ نفر (۷.۵ درصد) افسردگی شدید)کسب نمره ۳۱-۴۰(داشتند. میانگین نمرات افسردگی ۱۳.۳۷ با انحراف معیار ۵.۱۲ به دست آمد. دیگر یافته‌های پژوهش نشان‌داد که عواملی مانند وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، اشتغال و سطح قطع عضو با این عارضه ارتباط معناداری دارند (جدول ۲و۳).

جدول ۲: ارتباط بین افسردگی و متغییرهای جمعیت‌شناختی

متغیّر		N=۱۶۰		
		M	SD	P
جنسیّت	مرد	۱۲.۲	۱۰.۰۳	۰.۸۰
	زن	۱۸.۹۳	۱۱.۰۷	
وضعیّت تأهل	فاقد همسر	۱۵.۹۳	۱۱.۷۲	۰.۰۲
	دارای همسر	۱۱.۴۹	۹.۶۵	

جدول ۳: ارتباط بین افسردگی و متغییرهای جمعیت‌شناختی

متغیّر	N=۱۶۰		
	df	F	P
سطح تحصیلات	۱۵۹	۳.۳۳	۰.۰۳
شغل		۴.۵۶	۰.۰۱
سطح قطع عضو		۳.۰۵	۰.۰۳
علت قطع عضو		۱.۹۴	۰.۰۹

بحث

در جهت تعیین میزان شیوع افسردگی در جامعه مورد مطالعه، نتایج پژوهش بر این مورد دلالت دارد که ۵۳.۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه به نوعی با مسئله افسردگی درگیر بوده و به درجات مختلفی از آن (خفیف تا شدید) گرفتارند. مطالعات مختلف نیز میزان بروز افسردگی پس از قطع عضو را ۳۰ تا ۶۵ درصد اعلام نموده‌اند. در مطالعه‌ای که شوبرت[I] و همکارانش بر روی تعدادی از سالمندان دچار قطع عضو انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که فرایند توانبخشی سبب بهبود وضعیت سلامت روان افراد و کاهش میزان افسردگی می‌گردد (۲۰).

در پاسخ به فرضیه پژوهش مبنی بر وجود رابطه بین افسردگی و برخی متغیّرهای جمعیت‌شناختی، یافته‌های مطالعه دلالت بر آن دارد که سن هیچ‌گونه رابطه معناداری با افسردگی ندارد. این یافته پژوهش با یافته‌های شوبرت (۲۰) و ویلیامز[II] (۲۱) همسو می‌باشد. دزموند[III] نیز در پژوهش خویش هیچ‌گونه رابطه معناداری معناداری بین سن و افسردگی پیدا نکرد، ولی به این یافته دست یافت که با طی شدن زمان و افزایش مدت قطع عضو، میزان افسردگی افراد کاهش می‌یابد (۲۴-۲۲). یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین افسردگی با جنسیّت در گروه مردان و زنان ارتباط معناداری یافت نشد (p=۰.۸۰). این یافته پژوهش همسو با یافته‌های موساکو (۱۲) و ویلیام (۲۱) می‌باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین نمره افسردگی در دو گروه فاقد همسر و دارای همسر اختلاف معناداری وجوددارد (P=۰.۰۲)، این بدین معناست که وضعیّت تأهّل بر روی افسردگی مؤثّر بوده و افراد دارای همسر افسردگی کمتری در قیاس با افراد فاقد همسر احساس می‌کنند. در تبیین تأثیر وضعیت تأهل بر میزان افسردگی افراد نیز می‌توان گفت، با توجه به این که ارتباطات اجتماعی افراد قطع عضو در مقایسه با سایرین محدودتر می‌باشد، ازدواج نقش مهمّی در سلامت روان آنان ایفا می‌نماید. این یافته پژوهش همسو با یافته‌های موساکو (۱۲) و شوبرت (۲۰) می‌باشد. ویلیامز در مطالعه خویش وضعیّت تأهل را از عوامل تأثیرگذار بر میزان افسردگی افراد ندانست، که این یافته را می‌توان به نوع مطالعه (کوهورت) و جمعیت مورد مطالعه‌اش نسبت داد (۲۱).

نتایج مطالعه حاکی از آن است که سطح تحصیلات ارتباط معناداری با افسردگی دارد (P=۰.۰۳)، بدین معنی که با افزایش سطح تحصیلات، افراد میزان کمتری از افسردگی را تجربه می‌کنند. این یافته پژوهش همسو با یافته موساکو (۱۲) در این زمینه می‌باشد. نوسک[IV] نیز

[I] Schubert

[II] Williams
[III] Desmond
[IV] Nosek

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

در تحقیق خود دریافت که افراد معلول دارای تحصیلات بالاتر درگیری بیشتری در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارند (۲۵).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که وضعیت اشتغال افراد ارتباط معناداری با میزان افسردگی آنان دارد (P=۰.۰۱)، این بدین معناست که افراد شاغل از افسردگی کمتری رنج می‌برند. مطالعه ترنر و ترنر[I] نیز نشان می‌دهد که ۳۰ درصد افسردگی افراد ناتوان جسمی به دلیل بیکاری بوده و تأثیر عاطفی عدم اشتغال بر روی افراد مبتلا به ناتوانی‌های جسمی بسیار بیشتر از افراد عادی است (۲). مرادی و همکارانش نیز تصریح می‌نمایند که اشتغال باعث ارتقاء سلامت روان در افراد معلول می‌گردد (۲۶).

نتایج پژوهش حاکی از آن است که سطح قطع عضو رابطه معناداری با میزان افسردگی افراد دارد (P=۰.۰۳)، بدین معنا که افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی میزان کمتری از افسردگی را تجربه می‌کنند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که شاید این سطح از قطع عضو سبب کاهش مشارکت اجتماعی افراد نگردیده و آنان اغلب نقش‌های اجتماعی خویش را به انجام می‌رسانند. این یافته پژوهش همسو با یافته‌های موساکو (۱۲) و دزموند (۲۴-۲۲) می باشد. دیگر یافته پژوهش بر آن دلالت داشت که علت قطع عضو هیچ گونه ارتباط معناداری با افسردگی ندارد، که نتایج مطالعه ویلیامز (۲۱) نیز این یافته پژوهش را تأیید می‌نماید.

نتیجه‌گیری

به دنبال قطع اندام، علاوه بر محدوده وسیعی از واکنش‌های عاطفی، بیمار شرایطی نظیر خستگی طولانی، تغییر در فعالیت‌های تفریحی، بار اقتصادی، هزینه‌های درمان و نیز واکنش‌های دوستان و خانواده را تجربه می‌کند، که در صورت عدم پشتیبانی کافی از سوی خانواده و جامعه می‌تواند با واکنش های غیرانطباقی بیمار همراه گردد. از سوی دیگر امروزه رویدادهای نوین توانبخشی، مشکل معلولیت را از تراژدی فردی به یک مسئله اجتماعی تغییر داده است. در این نگرش، معلولیت محدودیتی است از طرف جامعه که مانع مشارکت این افراد در زندگی اجتماعی می شود. امروزه اهداف توانبخشی از دستیابی معلولان حداکثر توانایی فردی فراتر رفته و زندگی اجتماعی و الحاق آنان به جامعه را مدنظر قرار داده است. لذا پیشنهاد می‌گردد با برگزاری برنامه‌های آموزشی و کارگاه های مهارتی اقدامات لازم جهت کاهش افسردگی این قشر از بیماران برگزار شود.

[I] Turner & Turner

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]

منابع

1. Javadi MK, Lavasani M, Haqiqatgo M, Zebardast O. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veterans' children. Iranian Journal of War and Public Health. 2010; 3(9): 9-16.
2. Turner JB, Turner RJ. Physical disability, unemployment and mental health. Rehabilitation Psychology. 2004; 49(3): 241-249.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. USA: American Psychiatric Association. 2000.
4. Esquenazi A. Upper limb amputee rehabilitation and prosthetic restoration. In: Braddom RL. Physical medicine & rehabilitation. 2nd ed. USA: WB Saunders Company. 2000.
5. Rommers GM, Vos LD, Groothoff JW, Schuiling CH, Eisma WH. Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: aetiology, discharge destination and prosthetic use. Prosthetics and Orthotics International. 1997; 21(2): 92-99.
6. Johannesson A, Larsson GU, Oberg T. From major amputation to prosthetic outcome: a prospective study of 190 patients in a defined population. Prosthetics and Orthotics International. 2004; 28(1): 9-21.
7. Dillingham TR, Pezzin LE, Mackenzie EJ. Limb amputation and limb deficiency: epidemiology and recent trends in the United States. Southern Medical journal. 2002: 95(8): 875-883.
8. Greive AC, Lankborst GY. Functional outcome of lower-limb amputees: a prospective descriptive study in a general hospital .Prosthetics and Orthotics International. 1996; 20(2): 79-87.
9. Geertzen JHB, Martina JD, Rietman HS. Lower limb amputation. Part 2: Rehabilitation, a 10 year literature review .Prosthetics and Orthotics International. 2001; 25(1): 14-20.
10. Rybarczyk B, Szymanski L, Nicholas JJ. Limb Amputation. In: Frank RG, Elliott TR. Handbook of Rehabilitation Psychology. Washington DC: American Psychological Association. 2000.
11. Baba VV, Jamal M, Touringy L. Work and mental health: A decade in Canadian research. Canadian Psychology. 1998; 39(1-2): 94-107.
12. Mosaku KS, Akinyoola AL, Fatoye FO, Adegbehingbe OO. Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. General Hospital Psychiatry. 2009: 31(1); 20-24.
13. Masoumi M, Soroush MR, Modirian E. Evaluation of psychiatric problems among war-related bilateral upper limb amputees. Journal of Military Medicine. 2008; 10(3): 185-92.
14. Ascherio A, Biellik R, Epstein A, Snetro G, Gloyd S, Ayotte B, Epstein PR. Deaths and injuries caused by land mines in Mozambique. Lancet. 1995 Sep 16; 346(8977): 721-724.
15. Somasundaram DJ, Renol KK. The psychosocial effects of landmines in Cambodia. Medicine, Conflict, and Survival. 1998; 14(3): 219-236.
16. Hawamdeh ZM, Othman YS, Ibrahim AI. Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. Neuropsychiatric disease and treatment. 2008: 4(3); 627-633.
17. Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-2 in a large sample of patients with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 8(2): 82-86.
18. Dozois DJA, Ahanberg JL, Dobson KS. Psychometric evaluation of the beck depression inventory-II. Psychological Assessment. 1998: 10(2); 83-89.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the BDI-II. San Antonio: The Psychological Corporation. 1996.
20. Schubert DS, Burns R, Paras W, Sioson E. Decrease of depression during stroke and amputation rehabilitation. General Hospital Psychiatry. 1992: 14(2); 135-141.
21. Williams LH, Miller DR, Fincke G, Lafrance JP, Etzioni R, Maynard C, Raugi GJ, Reiber GE. Depression and incident lower limb amputations in veterans with diabetes. Journal of Diabetes and its Complications. 2011: 25(3); 175-182.
22. Desmond DM. Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. Journal of Psychosomatic Research. 2007: 62(1); 15-21.
23. Desmond DM, MacLachlan M. Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. Social Science and Medicine. 2006: 62(1); 208-216.
24. Desmond DM, MacLachlan M. Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. Journal of Pain and Symptom Management. 2006: 31(4); 362-368.
25. Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities. Social Sciences and Medicine. 2003: 56(8); 1737-1747.
26. Moradi A, Kalantari M, Motamedi M. Relationship between demographic variables and mental health in physical disables of Isfahan. Knowledge and research in applied psychology. 2007; 9(31): 83-100.

[Downloaded from ijwph.ir on 2026-11-11]