

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت‌های مزمن B و C مراجعه کننده به بیمارستان رازی رشت (۱۳۸۳)

دکتر آبتین حیدرزاده^۱؛ دکتر محمود یوسفی مشهور^۲؛ دکتر فریبرز منصورقناعتی^{۳*}؛ دکتر نسیم مسعودنیا^۴؛
فرحناز جوکار^۵؛ دکتر مریم بخشنده^۴

چکیده

مقدمه: هیپاتیت‌های مزمن B و C موجب محدودیت عملکرد جسمی، ذهنی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی در بسیاری از این بیماران می‌گردند. بنابراین تحقیقی با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت‌های مزمن B و C در مراجعین به بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر بصورت مقطعی بوده و در روی ۷۴ بیمار مبتلا به هیپاتیت مزمن B یا C ساکن شهر رشت انجام شده است. روش نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی متوالی بوده است. پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی شامل ۲۹ سؤال ۷ گزینه‌ای بود. سؤالات این پرسشنامه در ارتباط با ۶ بعد کیفیت زندگی (شامل: علائم شکمی، خستگی، علائم سیستمیک، حالات عاطفی، نگرانی و فعالیت) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کولموگروف اسمیرنوف و مدل آماری MANCOVA مورد آنالیز قرار گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: افراد مورد بررسی شامل ۱۵ نفر (۲۰/۲۷٪) نفر مبتلا به هیپاتیت مزمن B و ۵۹ نفر (۷۹/۷۲٪) مبتلا به هیپاتیت مزمن C بودند. اختلاف معناداری بین دو جنس از نظر نمره کل کیفیت زندگی مشاهده نشد. همچنین در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نیز به جز حیطه علائم سیستمیک که میانگین نمره تطبیق‌شده زنان (۴۳±۲۸) کمتر از مردان (۶۳±۲۷) بود (P=۰/۰۷)، در سایر زمینه‌ها تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد. بیشترین میانگین نمره تطبیق‌شده در حیطه علائم شکمی و کم‌ترین امتیاز مربوط به حیطه حالات عاطفی بود. میانگین نمره کل تطبیق‌شده و میانگین نمره سایر حیطه‌های مورد بررسی در افراد باسواد به‌طور معناداری بیشتر از افراد بی‌سواد و کم‌سواد بود. میانگین نمره کل تطبیق‌شده کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن همزمان، پایین‌تر از افراد فاقد بیماری مزمن بود.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد که در کل، امتیاز کیفیت زندگی این بیماران مطلوب نبوده است و نتیجه مهم دیگر این که در این بیماران امتیاز کیفیت زندگیشان در هر کدام از ابعاد ۶ گانه بعد از درمان تغییر خاصی پیدا نکرده بود که به نظر می‌آید به دلیل ترس از اجتماع و یا تنگ اجتماعی ناشی از بیماریشان باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، هیپاتیت مزمن B، هیپاتیت مزمن C، رشت. «دریافت: ۸۶/۱/۲۸ پذیرش: ۸۷/۱/۲۷»

۱. استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲. استادیار، فوق تخصص گوارش، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳. استاد، فوق تخصص بیماری‌های گوارش و کبد، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۵. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد گیلان

* **عهده‌دار مکاتبات:** رشت، خیابان سردار جنگل، مرکز آموزشی درمانی رازی، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی

مقدمه

در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت سلامت را نه تنها فقدان بیماری بلکه رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی تعریف نموده است. در سال‌های اخیر این بیانیه تقویت شده تا توانایی داشتن زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی را نیز در خود جای دهد. مفهوم کیفیت زندگی به سلامت جسمی، روحی و اجتماعی اشاره دارد، به عبارت دیگر مسائلی را که تحت تأثیر احساس یا ادراکات بیمار نسبت به وضعیت سلامتی یا اعتقادات و انتظارات وی در مورد بیماری‌اش می‌باشد را مشخص می‌نماید (۱).

در میان بیماری‌های مزمن، بیماری هیپاتیت یکی از بیماری‌هایی است که با وجود بیش از ۳۰۰ میلیون حامل مزمن و مرگ بیش از پانصد هزار نفر در سال به دلیل عوارض کبدی ناشی از آن در جهان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه یکی از بیماری‌های مهم به شمار می‌رود. طی مطالعاتی که در روی مبتلایان به هیپاتیت مزمن صورت گرفته تأثیرات منفی آن روی کیفیت زندگی آشکار شده است که می‌تواند بر انتخاب درمان در بیمارانی که حتی بیماریشان پیشرفته نیست تأثیر بگذارد (۲).

متأسفانه به دلیل بی‌علامت بودن بعضی از بیماری‌ها، نظیر هیپاتیت مزمن B یا C معمولاً احساس خوب بودن بیمار و بهبود کیفیت زندگی وی از سوی پزشک مورد غفلت واقع می‌شود (۳).

پزشکی نوین، تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در روی میزان مرگ و میر بیماری‌های بدخیم گذاشته است. بسیاری از این بیماری‌های مزمن که قبلاً با مرگ و میر بالایی همراه

بودند، در حال حاضر، بقای آن‌ها مشابه جمعیت عمومی است. اما بعضی از این بیماری‌های مزمن نظیر سرطان‌ها، بیماری‌های کبدی مزمن و سندرم درد مزمن موجب ناراحتی و رنج خانواده‌ها، سیستم‌های مراقبت بهداشتی و جامعه شده است. HRQOL^۱ مفهومی است که در اثر نیاز به بررسی این تأثیرات به وجود آمده است. در واقع HRQOL تلاش می‌کند تا عملکرد روزانه و احساس خوب بودن را بر اساس نظرات خود فرد، مهارت‌های جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت عاطفی وی بیان کند، بررسی HRQOL در تحقیقات بالینی، به طور مکرر با استفاده از پرسشنامه‌های مختلف است تا عملکرد روزانه بیمار مورد ارزیابی قرار گیرد (۴).

عواملی که بر HRQOL تأثیر می‌گذارند به انواع وابسته به بیماری و غیر وابسته به بیماری تقسیم می‌گردند، مثلاً علایم جسمی، وابسته به بیماری و اما تأثیرات اجتماعی و روانی، غیروابسته به بیماری است. بنابراین ارزیابی HRQOL یک معیار مهم برای بررسی شرایطی است که بیمار تحت درمان قرار می‌گیرد و نیز ارزیابی تأثیرات بیماری و ارزیابی برنامه‌های مالی کارآمدی که به کار می‌رود است (۵ و ۶).

HRQOL وضعیت سلامتی بیمار را از روی نظرات خود بیمار بیان می‌کند و وسیله‌ای قدرتمند برای بررسی نتایج بیماری است. دو بیمار مبتلا به هیپاتیت مزمن ممکن است شدت و درمان یکسانی را دارا باشند ولی ممکن است یکی شغل تمام وقت با زندگی خانوادگی و اجتماعی قابل توجه را دارا باشد اما دیگری بی‌کار و افسرده بوده و حقوق از کارافتادگی دریافت کند.

۳- ایجاد احساس بهتر در بیمار می‌باشد. اما متأسفانه جنبه سوم این مسأله توسط بسیاری از پزشکان مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد. از دیدگاه مبتنی بر کیفیت (Quality Based) امیدوار هستیم مراقبت‌های بالینی با در نظر گرفتن تجارب بیمار شامل محدودیت‌های عملکرد جسمی، روحی و اجتماعی و به بیان دیگر با توجه به کیفیت زندگی بیمار روند جدیدی را آغاز کند. یعنی مداخلات درمانی نه تنها برای بهبود شاخص‌های بیماری، بلکه به منظور ارتقاء کیفیت زندگی بیماران صورت گیرند. علت کاهش کیفیت زندگی بعد از تشخیص و در غیاب درمان ممکن است تا حدی ثانویه بر اثر نام و برچسب بیماری باشد، چراکه حتی ذکر داشتن بیماری هپاتیت موجب نگرانی بیمار و کاهش کیفیت زندگی وی می‌گردد (۱۰).

بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن بسیار نوپا است و تلاش‌ها در آینده بدین منظور است تا مسایلی را که تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی این بیماران می‌گذارد شناسایی نموده تا بیشتر توجه خود را در روی برنامه‌های درمانی یا نوتوانی که توانایی ارتقاء کل سطح سلامت بیمار را دارند معطوف نمایند تا منجر به کاهش تأثیرات هپاتیت مزمن در روی کیفیت زندگی بیماران گردد. مطالعه حاضر به بررسی خصوصیات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی رشت در سال ۱۳۸۳، برای ارزیابی ابعاد مختلف درگیر در این بیماران پرداخته است.

به عبارت دیگر علایم جسمی در بیماری گوارشی و کبدی، وابسته به بیماری است، اما تأثیرات اجتماعی و روانی، غیروابسته به بیماری بوده و با عملکرد شناختی، دانش، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزش، شخصیت، فرهنگ، اعتقادات و شخص مرتبط است (۷).

بررسی HRQOL برای بیماران، محققین، پزشکان و مسئولان اجتماعی مهم است. کاربرد بالقوه آن شامل: ۱- معرفی مشکلاتی که فرد یا جامعه با آن درگیرند، ۲- ارزیابی کیفیت خدمات که به وسیله مجریان بهداشتی ارائه می‌گردد و ۳- ارزیابی کارایی درمان یا نتایج حاصل از درمان است، همچنین HRQOL یک جزء مهم بررسی اقتصاد دارویی می‌باشد (۶ و ۸).

در میان بیماری‌های مزمن، بیماری هپاتیت مزمن یک بیماری غالباً بدون علامت است اما با شکایات سیستمیک بیشماری نظیر خستگی، تهوع، خارش، زردی، بی‌اشتهایی و تغییرات خلقی همراه است، با این وجود منحصراً گفتن این جمله که "شما مبتلا به هپاتیت مزمن ویروسی هستید" می‌تواند مستقیماً در روی HRQOL بیمار تأثیر بگذارد. از آنجایی که تاکنون درمان برای ریشه‌کنی ویروس از بدن انسان به اندازه لازم مفید نبوده، بنابراین توصیه می‌گردد مسایلی را که در حین درمان یا بعد از آن بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد باید قبل از درمان به بیمار گفته شود (۹).

در درمان بیماری سه هدف اصلی مدنظر درمان‌گران شامل: ۱- کاهش مرگ و میر ۲- افزایش طول عمر و

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع مقطعی توصیفی- تحلیلی بوده که جمعیت مورد مطالعه بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B یا C که از مهر ۱۳۸۲ تا مرداد ۱۳۸۳ به مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد بیمارستان رازی رشت مراجعه نموده‌اند، بوده است. روش نمونه‌گیری، روش غیراحتمالی متوالی بوده است. شرایط ورود به مطالعه شامل: ۱- سن بالای ۱۸ سال، ۲- فقدان بیماری بارز روانی، ۳- فقدان مشکلات بارز مشکلات زبانی یا درکی، ۴- فقدان شرایط وخیم بیماری‌های کبدی مانند سیروز ثابت‌شده و آسیت و ۴- فقدان بیماری بارز و تشخیص داده‌شده سرطانی بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها با پرسش‌های اختصاصی سنجش کیفیت زندگی، که این روش برای افراد مبتلا به یک بیماری خاص طراحی شده تا مشکلات خاص آن بیماری مشخص گردد، بود. این پرسشنامه که توسط یانوسی و همکاران (۸) برای بررسی بالینی در سال ۱۹۹۹ که با استفاده از مقالات متعدد و استفاده از نظرات افراد باتجربه و متخصص و گروه‌های ویژه از مردم طراحی شد و شامل ۲۹ سؤال ۷ گزینه‌ای در ۶ بعد (علایم سیستمیک، فعالیت، خستگی، حالات عاطفی، علایم شکمی و نگرانی) است و جمع امتیاز حاصله از آن بین ۲۰۳-۲۹ امتیاز (نمره تطبیق‌شده بین صفر تا صد) می‌باشد از بدترین تا بهترین کیفیت زندگی نمره‌گذاری شده است. پس از ترجمه این پرسشنامه، تنه سؤالات مطابق با شرایط

زندگی در ایران تطبیق داده شد و از نظر روایی صوری و محتوایی مورد تأیید متخصصین داخلی (فوق تخصص گوارش) و پزشکی اجتماعی قرار گرفت. سپس در یک مطالعه پایلوت، پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت (آلفای کرانباخ ۰/۶۷۴) و اصلاحات نهایی در روی آن انجام گردید. برای اجرای پرسشگری پس از هماهنگی با همکاران فوق تخصص گوارش در مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد بیمارستان رازی رشت برای در اختیار قرار دادن فهرست بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B یا C که براساس روش‌های سرولوژیک ابتلا آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته بود و آنزیم‌های کبدی آن‌ها شامل AST^۱ و ALT^۲ برای مدت حداقل ۶ ماه حداقل دو برابر مقادیر نرمال سنجش شده بود، تشخیص داده شده بودند. با بیماران تماس گرفته شد و پس از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه در اختیار آن‌ها گذاشته شد و به آن‌ها فرصت آزاد داده شد تا با دقت آن را تکمیل نمایند. در مواردی که سؤالی برای بیمار ابهام داشت، یک پزشک عمومی آشنا با پرسشنامه اقدام به رفع ابهام نموده است. نمرات به دست آمده در شش حیطه مجزا و سپس به صورت یک نمره کلی مورد محاسبه قرار گرفتند و برای تطبیق نمره، کلیه حیطه‌ها پس از محاسبه در مبنای یک‌صد تعدیل شدند. سپس داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون‌های آماری کولموگروف اسمیرنوف به منظور تعیین توزیع نرمال امتیازات به دست آمده و مدل آماری MANCOVA برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت مورد

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی در هر کدام از

شش بعد آن *

ابعاد کیفیت زندگی	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب
علایم شکمی	۱۴/۵۴±۵/۰۷	۶۴/۱۱±۲۸/۱۸
فعالیت	۱۳/۶۸±۵/۸	۵۹/۳۸±۳۱/۲۷
علایم سیستمیک	۲۲/۱۸±۸/۵	۵۷/۲۹±۲۸/۴۴
خستگی	۲۱/۰۵±۷/۷	۵۳/۵۱±۲۵/۸۴
نگرانی	۲۰/۰۵±۷/۳	۵۲/۶۷±۲۵/۴۱
حالات عاطفی	۳۰/۵۲±۱۲/۵۷	۴۶/۹۳±۲۶/۲
کیفیت زندگی	۱۲۳/۶۹±۳۹/۲۳	۵۴/۴±۲۲/۵۴

* n=۷۴

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار در امتیاز کیفیت زندگی و ابعاد

شش گانه آن در هیپاتیت B مزمن *

ابعاد کیفیت زندگی (هیپاتیت B مزمن)	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب
علایم سیستمیک	۲۳/۶±۸/۳	۶۲±۲۷/۹
فعالیت	۱۳/۹۳±۴/۶	۶۰/۷۴±۲۵/۷
علایم شکمی	۱۳/۶±۶/۱۹	۵۸/۸۸±۳۴/۴۲
خستگی	۲۱/۵۳±۹/۰۳	۵۵/۱۱±۳۰/۱۰
نگرانی	۲۱/۲±۶/۹۸	۵۴±۲۳/۲۷
حالات عاطفی	۳۱±۴۱/۵۵	۴۷/۹±۳۰/۳۲
کیفیت زندگی	۱۲۴/۷۸±۴۳/۵۵	۵۵/۰۹±۲۵/۰۳

* n=۱۵

زندگی در بیماران هیپاتیت C مزمن ۱۲۳/۳۹±۳۸/۴۵

(۱/۲۲±۲۴/۵۴) می باشد. همچنین حداقل امتیاز کیفیت

زندگی در این بیماران در بعد حالات عاطفی

تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. سطح معناداری

آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و نتایج به صورت

میانگین و انحراف معیار ارایه شده اند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۴ نفر بیمار مبتلا به هیپاتیت مزمن B یا C شرکت نمودند که ۱۵ نفر آنها (۲۰/۲۷٪) مبتلا به هیپاتیت B مزمن و ۵۹ نفر (۷۹/۷۲٪) مبتلا به هیپاتیت C مزمن بودند.

۵۴ نفر (۷۲/۹۷٪) آنها از جنس مذکر و ۲۰ نفر

(۲۷/۰۲٪) جنس مؤنث بودند. به طور کلی و بدون توجه

به نوع هیپاتیت، امتیاز کیفیت زندگی در کل و همچنین

امتیاز کیفیت زندگی در هر کدام از ۶ بعد (علایم شکمی،

فعالیت، علایم سیستمیک، خستگی، نگرانی و حالات

عاطفی) محاسبه گردید که به تفصیل در جدول ۱

توصیف شده است.

همچنین این یافته‌ها بر اساس نوع هیپاتیت مزمن B یا C

آنالیز شد که امتیاز کیفیت زندگی در کل و همچنین در

هر یک از ابعاد ویژه آن، به طور جداگانه در هیپاتیت B و

هیپاتیت C محاسبه شد (جدول ۲ و ۳). بر این اساس دیده

می شود که درصد امتیاز کیفیت زندگی در هیپاتیت B

مزمن ۵۴/۲۴±۲۲/۱ می باشد و حداقل امتیاز کیفیت

زندگی در بعد حالات عاطفی در این بیماران ۳۱±۴۱/۵۵

بوده که درصد آن ۴۷/۹±۳۰/۳۲ بوده است و بیشترین

امتیاز کیفیت زندگی در این بیماران در بعد علایم

سیستمیک با نمره ۲۳/۶±۸/۳ و درصد ۶۲±۲۷/۹ بوده

است. بر اساس این جدول دیده می شود که امتیاز کیفیت

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار در امتیاز کیفیت زندگی درشش

بعد آن در هیپاتیت C مزمن*

ابعاد کیفیت زندگی (هیپاتیت B مزمن)	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب
علایم شکمی	۱۴/۷۷±۴/۷۷	۶۵/۴۴±۲۶/۵
فعالیت	۱۳/۶۲±۵/۸	۵۹/۰۳±۳۲/۷
علایم سیستمیک	۲۱/۸۳±۸/۶	۵۶/۱۰±۲۸/۶۷
نگرانی	۲۱/۸۱±۶/۹	۵۶/۰۴±۲۳/۱۱
خستگی	۲۰/۹۳±۷/۴	۵۳/۱±۲۴/۹۲
حالات عاطفی	۳۰/۴±۱۲/۱۶	۴۶/۶۸±۲۵/۳۳
کیفیت زندگی	۱۲۳/۳۹±۳۸/۴۵	۵۴/۲۴±۲۲/۱

* n=۵۹

۳۰/۴±۱۲/۱۶ (۴۶/۶۸±۲۵/۳۳) می‌باشد و بیشترین امتیاز کیفیت زندگی این بیماران در بعد علایم شکمی

۱۴/۷۷±۴/۷۷ بوده است (۶۵/۴۴±۲۶/۵). بر اساس جنسیت زن و مرد، داده‌ها آنالیز گردید که نتایج آن به تفصیل در جدول ۴ مشاهده می‌گردد. بر اساس این آنالیز، فقط در بعد علایم سیستمیک اختلاف معنادار دیده شد، که میانگین امتیاز در مردان ۲۳/۷±۸/۱ و در زنان ۱۷/۸۵±۸/۳ می‌باشد (P<۰/۰۰۷). سپس داده‌ها بر اساس سطح تحصیلی بیماران آنالیز گردید. بر اساس این آنالیز، مشاهده شد که تنها در بعد نگرانی، اختلاف معنادار وجود ندارد که امتیاز آن در افراد باسواد ۲۳±۶/۸۳ (۶۰/۲۳±۲۲/۷۶) و در گروه بی‌سواد ۱۹/۱۹±۷/۰۱ (۴۷/۳۰±۲۳/۳۷) می‌باشد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۵). داده‌ها براساس این که بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن، بیماری همراه دیگری دارند یا نه؟ مورد بررسی قرار گرفت که ۴۹ نفر (۶۶/۲۲) فقط بیماری هیپاتیت مزمن، ۲۲ نفر CRF و ۳ نفر تالاسمی داشتند (جدول ۶). با

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی و شش بعد آن در بیماران هیپاتیته مزمن در دو گروه باسواد و بی‌سواد

P Value	بی‌سواد (n=۲۰)		باسواد (n=۵۴)		ابعاد کیفیت زندگی
	درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	
۰/۰۰۷	۴۲/۸۳±۲۷/۷۲	۱۷/۸۵±۸/۳	۶۲/۶۵±۲۷/۰۳	۲۳/۷±۸/۱	علایم سیستمیک
۰/۱۵۴	۵۰/۸۳±۲۵/۷۶	۱۲/۱۵±۴/۶	۶۲/۵۵±۳۲/۷۳	۱۴/۲۵±۴/۸	فعالیت
۰/۸۷	۶۵±۳۱/۲۲	۱۴/۷±۵/۶	۶۳/۷۸±۲۷/۷۲	۱۴/۴۸±۴/۹	علایم شکمی
۰/۲۸۲	۴۵/۱۶±۲۵/۱۱	۱۹/۴۵±۷/۳	۵۵/۴۹±۲۶/۰۶	۲۱/۶۴±۷/۸	خستگی
۰/۱۵۸	۴۱/۵±۲۴	۲۱/۱±۷۵/۲۵	۵۶/۳۵±۲۲/۷۶	۲۱/۹±۶/۸۳	نگرانی
۰/۱۸۱	۳۵/۳۵±۲۲/۷۰	۲۷۴/۰۳±۱۰/۸۹	۴۹/۴۲±۲۷/۱۶	۳۱/۷۲±۱۳/۰۳	حالات عاطفی
۰/۶۵۸	۴۸±۲۱/۲۱	۱۱۲/۵۵±۳۶/۹۲	۵۶/۷۹±۲۵/۷۵	۱۲۷/۸۱±۳۹/۵۸	نمره کل

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی و ابعاد شش گانه آن در بیماران هیپاتی مزمن در دو گروه جداگانه زن و مرد

P Value	زن (n=۲۱)		مرد (n=۵۳)		ابعاد کیفیت زندگی
	درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	
<۰/۰۰۱	۳۳/۳۳±۲۳/۴۷	۱۵/۲±۷/۱۶	۷۰/۱۸±۲۷/۰۳	۲۵/۰۳±۷/۳۵	علایم سیستمیک
<۰/۰۰۱	۳۸/۳۵±۲۳/۱	۹/۹±۴/۱۵	۷۳/۷۶±۳۲/۷۳	۱۶/۲۷±۵۴/۸	فعالیت
<۰/۰۰۱	۴۶/۵۶±۳۰/۳۵	۱۱/۳۸±۵/۴۶	۶۹/۱۴±۲۷/۷۲	۱۵/۵±۴/۹	علایم شکمی
<۰/۰۰۱	۳۵/۳۹±۱۹/۲۷	۱۵/۹۵±۵/۷۲	۶۸/۸۸±۲۶/۰۶	۲۵/۶۶±۷/۸	خستگی
<۰/۰۰۱	۴۷/۳±۲۳/۳۷	۱۹/۱۹±۷/۰۱	۶۰/۲۳±۲۲/۷۶	۲۳±۶/۸۳	نگرانی
<۰/۰۰۱	۲۹/۷۶±۲۲/۷۰	۲۲/۶±۷/۱۷	۶۱/۴۵±۲۷/۱۶	۳۷/۵±۱۳/۰۳	حالات عاطفی
<۰/۰۰۱	۳۷±۱۴/۳۹	۹۳/۳۸±۲۵/۰۵	۶۱/۰۵±۲۵/۷۵	۱۳۵/۷±۳۷/۴۳	نمره کل

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی در شش بعد آن در بیماران هیپاتیت مزمن در دو گروه با بیماری مزمن همراه و بدون بیماری

مزمن همراه

Pvalue	نمره کل	بیماری مزمن دارد (n=۲۵)		بیماری مزمن ندارد (n=۴۹)		ابعاد کیفیت زندگی
		درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	درصد از تمام نمره قابل احتساب	نمره خام	
<۰/۰۰۱	۲۲/۳۴	۵۵/۵±۳۳/۱۹۸	۱۶/۲۹±۷/۷۹	۶۷/۶۸±۲۳/۹۷	۲۵/۳±۷/۱	علایم سیستمیک
<۰/۰۰۱	۱۳/۶۸	۵۵/۵±۲۳/۹۶	۹/۴۴±۴/۸۵	۷۱/۴۷±۲۶/۱۸	۱۵/۸۵±۴/۷	فعالیت
۰/۰۰۱	۱۴/۶۳	۵۵/۱۶±۳۳/۱۹۵	۱۱/۸۷±۵/۶	۷۲/۱±۲۳/۲۵	۱۵/۹۷±۴/۱	علایم شکمی
۰/۰۰۳	۲۱/۲۵	۵۰/۵±۲۶/۹۵	۱۷/۳۹±۷/۰۶	۶۰/۴۷±۲۴/۴۶	۲۳/۱۴±۷/۳	خستگی
۰/۰۴۶	۲۱/۶۳	۴۱/۵±۱۷/۵	۱۹/۴±۶/۵۷	۵۹/۴۹±۲۲/۷۶	۲۲/۸۵±۶/۸۳	نگرانی
<۰/۰۰۱	۳۰/۷۲	۳۵/۳۵±۲۳/۱	۲۳/۲۰±۸/۸۵	۵۵/۰۱±۲۶/۲	۳۴/۴±۱۲/۵۷	حالات عاطفی
<۰/۰۰۱	۱۲۳/۶۹	۴۶/۵۳±۲۰/۰۲	۹۶/۵۲±۳۰/۸۳	۶۲/۳۸±۲۰/۶۰	۱۳۷/۵۵±۳۵/۸۴	نمره کل

همراه دارند افت نموده است و تنها استثناء آن در مورد بعد نگرانی است که اختلاف معناداری در بین این دو

توجه به این جدول مشاهده می شود که امتیاز ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیمارانی که بیماری مزمن

جسمانی متفاوت آن‌ها باشد که این مسأله احتیاج به بررسی و تحقیق بیشتری دارد.

همچنین با بررسی نتایج بر اساس سطح سواد افراد این‌گونه به نظر می‌رسد که امتیاز کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن با سطح سواد ارتباط معناداری داشته، یعنی مشاهده شد که امتیاز افرادی که سطح سواد بالاتری دارند بالاتر از افراد بی‌سواد می‌باشد که می‌تواند ناشی از توانایی بیشتر این افراد در تطابق با مسایل و مشکلات به دلیل آموزش مکانیسم‌های مقابله یا توانایی کسب آگاهی در این خصوص از منابع مختلف علمی باشد. اما در بعد نگرانی مشاهده گردید که این اختلاف معنادار نبوده و امتیاز بعد نگرانی در گروه با سواد و بی‌سواد تقریباً یکسان است که با بررسی دقیق‌تر مشخص می‌گردد نمرات این حیطه در هر دو گروه در حد بسیار پایینی هستند و عملاً جایی برای بدتر بودن گروه بی‌سواد وجود ندارد و این مسأله شاید به دلیل عدم اطلاع‌رسانی صحیح مراقبین بهداشتی و سلامتی اعم از پزشکان و... در مورد این بیماری، عوارض و راه انتقال آن باشد. همچنین می‌تواند به دلیل ترس بیماران از ننگ اجتماعی یا حمایت ضعیف جامعه و نیز شاید به دلیل طرد بیماران از سوی جامعه و اطرافیان باشد که البته این نیز خود معلول ناآگاهی عمومی اجتماعی نسبت به این بیماری‌ها است.

در زمینه وجود بیماری همراه مشاهده گردید که باز هم در بعد نگرانی در دو گروه که بیماری مزمن دیگر دارند یا این‌که فقط مبتلا به هیپاتیت مزمن هستند اختلاف معناداری دیده نشد و میانگین نمرات تطبیق‌شده در گروه بدون بیماری مزمن همراه 23 ± 7 و در گروه با بیماری

گروه دیده نمی‌شود، همچنین در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن امتیاز نگرانی $22/85 \pm 6/83$ ($22/76 \pm 22/49/54$) و در مبتلایان به هیپاتیت مزمن که بیماری مزمن دیگری دارند امتیاز آن $19/4 \pm 6/57$ ($17/5 \pm 41/5$) می‌باشد ($P < 0/061$).

نتیجه‌گیری

در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کبدی مشخص شد که نمرات کیفیت زندگی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن B و C مطلوب نبوده است. با توجه به این‌که مطالعه حاضر در روی بیماران که عمدتاً ارجاعی از پزشکان و مراکز بهداشتی درمانی به یک مرکز آموزشی درمانی تخصصی یا درمانگاه فوق تخصصی گوارش بوده‌اند، انجام شده است و بخشی از بیماران، خارج از این مرکز آموزشی درمانی تحت پیگیری بوده‌اند و بسیاری از آن‌ها نیز ناشناخته مانده‌اند، بنابراین شاید نتوان نتایج این تحقیق را به تمام این بیماران تعمیم داد ولی به هر حال می‌توان انتظار داشت که نتایج نسبتاً مشابهی داشته باشند. گرچه یافته‌های مطالعه حاضر نشان‌دهنده عدم تفاوت بین دو جنس در میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف است، اما مشاهده شد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در بعد علایم سیستمیک در زنان (43 ± 28) نسبت به مردان (63 ± 27) به‌طور معناداری کم‌تر می‌باشد، که نشانه بهتر بودن کیفیت زندگی مردان در بعد علایم سیستمیک است ($P < 0/007$). با توجه به این‌که مقالات نشان‌دهنده سیر متفاوت بیماری در دو جنس نمی‌باشند، ممکن است این تفاوت ناشی از ساختار

مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی بیماران آسمی از دیدگاه خود بیماران در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام گردید، که هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در بیرجند بود. جمعیت مورد مطالعه زنان و مردان مبتلا به آسم با سن بالاتر از ۱۲ سال بود که در بیمارستان ولی عصر بیرجند از مهرماه تا اسفند ۱۳۸۰ بستری بودند. در مطالعه مذکور به‌رغم رضایت نسبتاً خوب بیماران از درمانگران در رابطه با درمان و راهنمایی لازم در مورد بیماریشان، اما کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه مناسب نبوده است (۱۱).

مطالعه دیگری در زمینه بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از دیدگاه پرستاران و خود بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی بیمارستان رازی رشت سال ۱۳۸۱ انجام شده که دیدگاه بیمار نسبت به کیفیت زندگی خود پایین‌تر از دیدگاه پرستاران راجع به کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (۱۸). در مطالعه‌ای که در بهار سال ۱۳۸۵ انجام شد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مؤسسه سرطان تهران بررسی شد و مشخص شد که انجام مشاوره پرستاری سبب ارتقای مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی بیماران می‌گردد (۱۹).

پیشنهادات

در این تحقیق سعی شد تا با بررسی کیفیت زندگی و امتیاز آن در ابعاد مختلف در بیماران هپاتیتی راه برای تحقیقات بیشتر باز شود و عواملی که در تنظیم کیفیت زندگی بیماران مؤثرند، شناسایی شوند. علاوه بر درمان،

مزمین همراه 19 ± 7 می‌باشد که این مسأله شاید به این دلیل باشد که نگرانی این بیماران به‌حدی است که حتی مسایل دیگر را تحت شعاع خود قرار می‌دهد. یعنی آنقدر نگران هستند که جایی برای نگرانی بیشتر ندارند.

بحث

در مجموع به‌نظر می‌آید که این بیماران با کاهش حمایت جامعه یا ترس از اجتماع یا کاهش حمایت خانواده و دوستان روبرو هستند که این مسأله منجر به کاهش امتیاز کیفیت زندگی و وضعیت عاطفی آن‌ها شده است. بیشتر این افراد از ارتباط این بیماری با مصرف مواد مخدر سخت‌نگرانند و بنابراین سعی در پنهان نمودن این موضوع دارند. پس رعایت این نکته مهم است که به‌کارگیری اصطلاح ناقلین سالم بسیار اشتباه است و یا این که بسیار عامیانه می‌باشد (۱۲). یونسی در سال ۲۰۰۱ نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کبدی پایین‌تر از جمعیت نرمال است (۱۳). در مقایسه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در کره به‌وسیله پارک انجام شد نقص بالقوه‌ای در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت ویروسی و سیروز نسبت به گروه کنترل مشاهده شد (۱۴). کانوال و همکارانش سال ۲۰۰۵ در تحقیقی که شدت بیماری براساس کیفیت زندگی ارزیابی می‌شد ارتباط معناداری بین بیماران مبتلا به ایدز به‌تنهایی ایدز و هپاتیت B و ایدز و هپاتیت C مشاهده نکردند (۱۵). کرامر در سال ۲۰۰۵ ارتباط خستگی با اختلال در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت C را نشان داد (۱۶ و ۱۷).

پیشنهاداتی وجود دارد که شاید با رعایت آن‌ها وضعیت
زندگی این بیماران بهتر شود و موجب بهبود دسترسی
بیماران هپاتیتی به سرویس‌های خدمات حمایتی و
مشاوره شود تا اطلاعات و آگاهی‌های لازم و درست به
بیماران ارائه گردد و مانع از مسایل دلسردکننده از سوی
جامعه شود.

Abstract:***Quality of Life in Patients with Chronic Hepatitis B and C Referred to Rasht Razi Hospital in 2004***

Hydarzadeh, A.¹; Yossefi Mashhoor, M.²; Mansour Ghanaie, F.³; Masood Nia, N.⁴; Jokar, F.⁵;
Bakhshandeh, M.⁴

1. MD in Social Medicine, Assistant Professor of Research Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Gilan University of Medical Sciences
2. MD in Gastroenterology, Assistant Professor of Research Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Gilan University of Medical Sciences
3. MD in Gastroenterology, Professor of Research Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Gilan University of Medical Sciences
4. General Practitioner, Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Gilan University of Medical Sciences
5. Academic staff, Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Gilan University of Medical Sciences

Introduction: Chronic hepatitis B and C will result in limitations of physical and mental functions which in turn reduces the quality of life of the patients. This study examines the quality of life in patients with chronic hepatitis B and C in Rasht Razi hospital between the period of 2003-2004.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 74 patients with chronic hepatitis living in Rasht were selected. Using a convenient sampling, a specialized questionnaire on quality of life among patients with chronic liver diseases, consisted of 29 questions with 7 choices for each question completed by the patients. The questions were about the 6 domains of quality of life (containing: abdominal signs, tiredness, systemic signs, emotion, and activity). Then, collected data were analyzed using Kolmogorov-Smirnov and MANCOVA statistical test. The meaningful level of the test was assigned 0.05.

Results: The study sample contained 15 (20.27%) and 59 (79.72%) patients with chronic hepatitis B and C, respectively. No significant difference was found between the two sexes. Systemic symptom domain was 23.7 ± 8.1 for males and 17.85 ± 8.3 for female ($P=0.007$). The highest adjusted mean of quality of life score was belong to abdominal domain and the least one was for emotional domain. The total adjusted mean score and means of all other domains scores were higher for those who had school education compare to those with no/some school education. The total adjusted mean score of quality of life in people with other chronic conditions were lower than those without such condition.

Conclusions: The quality of life score was not favorable in patient with chronic hepatitis. No significant difference was found between the treated and untreated patients with chronic hepatitis in any of the 6 domains. This might be related to the social fear or stigma caused by their disease.

Key words: B Hepatitis, C Hepatitis, Quality of life, Rasht

منابع

1. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-40
2. Pojoga C, Dumitrascu DL, Pascu O, Grigorescu M, Radu C, Damian D. Impaired health-related quality of life in Romanian patients with chronic viral hepatitis before antiviral therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 27-31
3. McMahon B, Lok A, Chronic hepatitis: AASLD practice guidelines. *Hepatol* 2001; 34(6):1226-35
4. Borgaonkar K, Irvin E. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000; 74(3):444-54
5. Bayliss MS. Methods in outcomes research in hepatology: definitions and domains of quality of life. *Hepatol* 1999; 29(6 Suppl):3S-6S
6. Cohen DE, walker BD. Human immunodeficiency virus pathogenesis and prospects for immune control in patients with established infection. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 1756-68
7. Sherman KE. HCV and HIV: a tale of two viruses. *Rev Gastroenterol Disord* 2004; 4(1): 48-54
8. Tsevat J. Methods for assessing health-related quality of life in HIV-infected patients. *Psychol Health* 1994; 9:19-30
۹. حسن پوردهکردی علی. کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله علمی پژوهشی بهبود (دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)*، تابستان ۱۳۸۵؛ سال دهم، شماره دوم، شماره پی در پی ۲۹، صفحات: ۱۱۹-۱۱۰
10. Younossi M, Development of a disease questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut* 1999; 45(2): 295-300
11. Mortazavi M, Hosseini B. Study on life quality in asthma patients from patients them selves viewpoint. *Sci J Birjand University Medcal Sci* 2003; 10(1): 20-24
12. Shaw D. Quality of life in HCV-infection and lack of association with ALT level. *Aust N Z J Public Health* 2001; 25(4): 355-61
13. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, Kiwi ML, McCormick M, Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2199-202

14. Park CK, Park SY, Kim ES, Park JH, Hyun DW, Yun YM, et al. Assessment of quality of life and associated factors in patients with chronic viral liver disease. *Taehan Kan Hakhoe Chi* 2003; 9: 212-21. [in Korean]
15. Kanwal F, Gralnek IM, Hays RD, Dulai GS, Spiegel BMR, Bozzette S, Asch S. Impact of chronic viral hepatitis on health-related quality of life in HIV. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:1-11
16. Kramer L, Hofer H, Bauer E, Funk G, Formann E, Steindl-Munda P, Ferenci P. Relative impact of fatigue and sub-clinical cognitive brain dysfunction on health-related quality of life in chronic hepatitis C infection. *AIDS* 2005; 19(3): 585-92
17. Bondini S, Kallman J, Dan A, Younoszai Z, Ramsey L, Nader F, Younossi ZM. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B. *Liver Int* 2007; 27(8):1119-25
۱۸. مختاری نسرین. مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از دیدگاه پرستاران و خود بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۱. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال ۱۳۸۱
۱۹. هروی کریموی مجیده، پوردهقان مریم، فقیهزاده سقراط، منتظری علی، جدید میلانی مریم. تاثیر برنامه مشاوره گروهی در مقیاس های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی. *مجله علمی پژوهشی بهبود (دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه)*، بهار ۱۳۸۵؛ سال دهم، شماره اول، شماره پی در پی ۲۸، صفحات: ۲۲-۱۰