

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونریزیس ولگاریس: مطالعه‌ای مورد - شاهدی

زمینه و هدف: پسونریزیس یکی از بیماری‌های پوستی مزمن و شایع بوده که روی جسم و زندگی بیماران تأثیرگذار است. امروزه کیفیت زندگی، یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و بررسی آن به منظور ارزشیابی مداخلات درمانی انجام می‌شود. هدف از این مطالعه شناخت بهتر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسونریزیس ولگاریس می‌باشد.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی مورد - شاهدی که در سال ۱۳۹۱ انجام شد، ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسونریزیس و ۱۰۰ نفر نیز که بیماری خاصی در آن‌ها وجود نداشت به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفت و نمره‌ی اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های آماری مربع کای و t مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی گروه بیماران مبتلا به پسونریزیس برابر $(۷۸٫۳۱ \pm ۱۱٫۹۳)$ پایین‌تر بود ($P < ۰٫۰۰۰۱$). کیفیت زندگی بیماران در همه‌ی ابعاد غیر از دو بعد نقش فیزیکی و نقش عاطفی اختلاف معناداری با گروه شاهد داشت ($P < ۰٫۰۵$).

نتیجه‌گیری: در مطالعه‌ی حاضر نیز بیماران مبتلا به پسونریزیس ولگاریس کاهش قابل توجهی در کیفیت زندگی در مقایسه با گروه شاهد داشتند. لذا توجه ویژه به بیماران و یافتن تدابیری برای مدیریت و بهبود بخشی جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اعم از مادی و روحی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، پسونریزیس، مطالعه‌ی مورد - شاهدی

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۷/۰۹

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۲، دوره‌ی ۴ (۳): ۱۱۹-۱۱۳

دکتر اکرم انصار^۱
دکتر لیلا جهانگرد^۲
پویان پهلوانی^۳
بهمن رسولی^۳
دکتر سعادت تریان^۴
سحر رسولی^۳

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. گروه پزشکی - اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

پویان پهلوانی

همدان، بلوار شهید فهمیده، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده‌ی پزشکی، پست الکترونیک:

pouyan.pahlevani@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

علایم که در ۲۵٪ از مبتلایان دیده می‌شود تمایل به ازمان دارد^{۱،۲}. بنابراین می‌تواند اثر مهمی بر کیفیت زندگی بیماران در بلندمدت داشته باشد. در یک مطالعه مشخص شد که افسردگی و افکار خودکشی در بیماران پسونریزیسی در مقایسه با افراد گروه کنترل شیوع بیشتری دارد^{۳،۴}. مطالعات همه‌گیرشناختی متعددی که در ارتباط با بیماری پسونریزیس انجام شده است، نشان می‌دهد این مطلب مهم است که پسونریزیس می‌تواند یک عامل خطر ساز مستقل برای بیماری دیابت، پرفشاری خون، سکتته‌ی قلبی، کلسیفیکاسیون عروق کرونری و بیماری‌های آترواسکلروتیک عروق

پسونریزیس یکی از بیماری‌های پوستی مزمن و شایع است که با پاپول و پلاک‌های قرمز با پوسته‌های نقره‌ای‌رنگ تظاهر می‌یابد. اغلب موارد شناخته‌شده بیماری پسونریزیس دارای تظاهرات بالینی خفیفی است که نیازی به بستری شدن ندارد و به‌صورت سرپایی درمان و پیگیری می‌شوند، اما موارد نادری از این بیماری که دارای تظاهرات تهدیدکننده‌ی زندگی است نیاز به بستری پیدا می‌کنند. شیوع جهانی این بیماری پوستی در سال ۲۰۱۰، ۰٫۶٪ تا ۴٫۸٪ است^۱. بیماری علی‌رغم وجود دوره‌هایی از تشدید و تخفیف

کرونی به حساب آید^{۸-۴۰}.

از طرفی کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله‌ی شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت، افتخار، سلامتی و موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود. امروزه کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به‌عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت بیماران تأیید شده است و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزش‌یابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است.^۹ در طول ۲۰ سال اخیر علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته، به‌طوری که بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است.^{۱۰} نظر به این که اصلاح کیفیت زندگی یک هدف مهم در درمان طبی است، باید به‌عنوان یک موضوع مهم در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود. امروزه در برنامه‌های فرآیند نظام پزشکی به‌عنوان یک حق مسلم، بیماران مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی را خواستارند. بنابراین به‌دست آوردن اطلاعات در مورد کیفیت زندگی در این تصمیم‌گیری‌ها مهم می‌باشد.^{۱۱} هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسرپایس و لگاریس مراجعه‌کننده به بخش پوست بیمارستان فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۱ می‌باشد.

روش اجرا

این پژوهش یک بررسی مقطعی است که در آن بیماران با روش نمونه‌گیری ساده و در دسترس (simple convenient sampling) به مدت یک‌سال از بین کلیه‌ی بیماران مبتلا به پسرپایس مراجعه‌کننده به بیمارستان فرشچیان در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند.

با توجه به شیوع نسبتاً پایین این بیماری در شهر همدان (در شهر همدان میزان شیوع ضایعات پاپولواسکواموس ۰/۱۵٪ گزارش شده است)^{۱۲} و نظر به تعداد مراجعین ثبت‌شده در سال‌های گذشته، پیش‌بینی گردید که تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران وارد مطالعه گردند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی مشتمل بر دو بخش اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی (فرم کوتاه) (Short form [SF-36] with 36 item) بود.

این پرسش‌نامه شامل ۳۶ عبارت در ۸ بعد زیر است: عملکرد فیزیکی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جمعی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، سلامت روحی-روانی (۵ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت) و سلامت عمومی (۵ عبارت). این ۸ حیطه به جز یک حیطه که به‌طور منفرد مربوط به تعیین وضعیت سلامت فرد می‌باشد، بقیه‌ی آن ترکیبی از ۲ تا ۱۰ سؤال است.

بعد از تشخیص و تأیید بیماری توسط متخصص پوست با توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت بیماران، ابتدا اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری و سپس پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی تکمیل شد. در نهایت اطلاعات جمع‌شده در نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) وارد، توصیف و تحلیل شد. هم‌چنین تعداد ۱۰۰ نفر از افراد خانواده‌ی بیماران و یا افراد سالم بدون بیماری مزمن نیز به‌طور تصادفی به‌عنوان گروه شاهد وارد مطالعه شدند و اطلاعات دموگرافیک و سپس پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی برای آن تکمیل شد.

یافته‌ها به کمک آمار توصیفی و آزمون آمار مربع کای و t مورد مقایسه قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه مقادیر کمتر از ۰/۰۵ ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

جدول ۱: نمره‌ی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس و گروه شاهد.

ابعاد مختلف کیفیت زندگی	بیمار (انحراف معیار± میانگین)	شاهد (انحراف معیار± میانگین)	P
کارایی جسمانی	۸۱٫۰۵±۲۴٫۱۰	۸۸٫۴۵±۲۰٫۲۸	۰٫۰۲۰
نقش فیزیکی	۸۱٫۵۰±۳۷٫۵۴	۸۹٫۲۵±۲۷٫۳۵	۰٫۰۹۷
نقش عاطفی	۷۵٫۰۲±۴۰٫۳۰	۸۲٫۳۶±۲۸٫۶۲	۰٫۱۳۹
سرزندگی	۵۸٫۱۰±۱۹٫۴۹	۷۴٫۵۵±۲۰٫۳۶	۰٫۰۰۰۱
سلامت روانی	۶۳٫۰۰±۱۷٫۲۰	۷۵٫۸۰±۱۸٫۵۷	۰٫۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۵۸٫۷۱±۱۸٫۸۶	۷۲٫۶۹±۲۲٫۱۱	۰٫۰۰۰۱
درد جسمی	۶۳٫۷۹±۲۲٫۵۰	۷۶٫۹۸±۲۱٫۹۱	۰٫۰۰۰۱
سلامت عمومی	۴۰٫۲۸±۲۵٫۱۹	۵۸٫۵۲±۲۲٫۹۴	۰٫۰۰۰۱
کیفیت کلی زندگی	۶۵٫۰۵±۱۵٫۵۱	۷۸٫۳۱±۱۱٫۹۳	۰٫۰۰۰۱

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان فرشچیان همدان با ترکیب جنسی ۴۵ مرد (۴۵٪) و ۵۵ زن (۵۵٪) با میانگین سنی ۴۰٫۴۷±۱۵٫۸۶ سال شرکت داشتند. هم‌چنین ۱۰۰ نفر، با ترکیب جنسی ۴۹ (۴۹٪) مرد و ۵۱ (۵۱٪) زن و میانگین سنی ۴۰٫۷۵±۱۵٫۸۹ سال که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند نیز به‌عنوان گروه شاهد وارد مطالعه گردیدند. نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در گروه بیمار ۶۵٫۰۵±۱۵٫۵۱ و در گروه شاهد ۷۸٫۳۱±۱۱٫۹۳ تعیین گردید ($P < ۰٫۰۰۰۱$) نمره‌ی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه در جدول ۱ نمایش داده شده است. نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در بیماران مذکر مبتلا به پسوریازیس ۶۸٫۰۶±۱۷٫۱۵ و در مردان گروه شاهد ۸۱٫۹۱±۱۰٫۲۱ بود ($P = ۰٫۰۰۱$). میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در زنان بیمار ۶۲٫۵۸±۱۳٫۶۹ و در زنان گروه شاهد ۷۴٫۸۴±۱۲٫۵۹ بود ($P = ۰٫۰۰۲$). در هر دو گروه بیمار و شاهد، نمره‌ی کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان بود که این اختلاف فقط در گروه شاهد از نظر آماری معنی‌دار بود. جدول ۲ میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف از نظر جنس،

وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل را در بیماران پسوریازیس و شاهد نشان می‌دهد.

بحث

عوارض و ناتوانی‌های پدید آمده در روند بیماری پسوریازیس با بیماری‌های مزمنی همانند بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های مزمن کلیه و سرطان قابل مقایسه است^۱. در مطالعه‌ی Gupta و همکاران آمده است که ۹٫۷٪ از بیماران پسوریازیس دارای افکار ناامیدی و مرگ و در ۵٫۵٪ بیماران افکار خودکشی حاد وجود دارد^۲. در مطالعه‌ی دیگری آمده است که حدود نیمی از بیماران پسوریازیس هنگام تشخیص و اطلاع از بیماری خود دچار افسردگی و اضطراب شدیدی می‌گردند^۳. هم‌چنین در مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به پسوریازیس و افراد سالم انجام گردید مشخص گردید که تفاوت‌های عملکردی قابل‌توجهی از لحاظ فعالیت‌های روزمره و شغلی بین این بیماران و افراد شاهد در مطالعه وجود داشت که علت عمده‌ی آن به وجود مشکلات عاطفی شدید از جمله افسردگی و اضطراب در این بیماران برمی‌گردد^۴. در مطالعه‌ی دیگری که روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس با درجات متوسط تا شدید انجام گردید، ۱۹٪ از بیماران از تمامی فعالیت‌هایی که به‌صورت گروهی انجام می‌شد

جدول ۲: نمره‌ی کیفیت زندگی در بیماران و گروه شاهد بر حسب متغیرهای دموگرافیک.

P	نمره کیفیت زندگی		متغیر
	گروه شاهد	بیماران	
۰/۰۰۱	۸۱/۹۱±۱۰/۲۱	۶۸/۰۶±۱۷/۱۵	مرد
۰/۰۰۲	۷۴/۸۴±۱۲/۵۹	۶۲/۵۸±۱۳/۶۹	زن
< ۰/۰۰۱	۸۲/۱۳±۱۲/۰۰	۶۴/۲۰±۱۱/۰۱	متاهل
۰/۰۰۱	۷۳/۱۴±۸/۵۷	۵۹/۰۹±۷/۶۱	مجرد
۰/۵۵۰	۷۶/۲۳±۱۱/۳۶	۶۹/۲۳±۱۱/۲۲	بی سواد
۰/۰۰۱	۷۸/۰۹±۱۴/۸۱	۶۵/۷۳±۱۴/۴۷	ابتدایی
۰/۵۱۰	۷۴/۲۰±۱۱/۴۰	۶۷/۳۰±۱۱/۲۸	راهنمایی
< ۰/۰۰۱	۷۹/۵۰±۷/۳۸	۶۲/۲۸±۱۸/۴۶	دیپارستان
< ۰/۰۰۱	۸۲/۷۲±۸/۱۰	۶۱/۸۱±۱۹/۹۸	دانشگاه
< ۰/۰۰۱	۸۰/۸۶±۸/۹۵	۶۱/۲۶±۲۰/۶۸	بی کار
۰/۰۷۸	۷۱/۹۷±۱۲/۰۰	۶۴/۶۵±۹/۹۴	خانه‌دار
< ۰/۰۰۱	۸۱/۲۳±۱۴/۸۴	۶۶/۸۲±۱۷/۵۰	کارگر
۰/۰۰۱	۷۹/۵۷±۱۰/۳۹	۶۶/۲۸±۱۱/۱۶	کشاورز
۰/۶۵۱	۸۵/۱۱±۱۰/۵۲	۷۹/۷۵±۱۰/۵۹	راننده
< ۰/۰۰۱	۸۱/۵۰±۷/۴۳	۶۰/۲۷±۱۸/۱۵	کارمند

بیمار می‌تواند بیانگر این مسأله باشد که اطرافیان بیمار با محبت بیشتر و یا شاید با ترحم با آن‌ها برخورد می‌کنند. سرزندگی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی و سلامت عمومی از ابعادی بودند که با کاهش چشمگیری مواجه شده بودند.

کیفیت زندگی مردان بیمار نسبت به زنان بیمار اختلاف چندانی نداشت. با این‌که مردان حضور بیشتری در اجتماع دارند، اما محدودیت‌های ایجاد شده در هر دو جنس تأثیر می‌گذارد که احتمالاً تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی اجتماعی در مردان بیشتر است و در زنان کیفیت زندگی فردی تأثیر بیشتری می‌پذیرد. نکته‌ی قابل توجه این‌که کیفیت زندگی مردان نسبت به زنان در گروه شاهد با اختلاف معناداری بیشتر بوده که نشان‌دهنده‌ی این است که کاهش کیفیت زندگی در مردان بیمار بیشتر از زنان است. در مطالعه‌ی Richards و همکاران در ایالات متحده، اضطراب و افسردگی در گروه زنان بیشتر گزارش شد اما در مردان

به دلیل ترس از طردشدن از سوی افراد انصراف دادند و همین عامل تأثیر به‌سزایی در کاهش کیفیت زندگی این دسته از بیماران داشت^{۱۰}. در مطالعه‌ای که بر روی عملکرد شغلی بیماران مبتلا به فرم شدید بیماری پسوریازیس انجام گردید، ناتوانی شغلی پدیدآمده در جریان بیماری به‌طور قابل توجهی معنادار بود. ۵۹/۳٪ از بیماران شاغل به‌منظور رسیدگی به درمان طبی و مشاوره‌ی پزشکی سریع‌تر از بقیه‌ی افراد از کار روزمره دست می‌کشیدند و در این بین مردان نسبت به زنان نسبت به از دست دادن فرصت شغلی خود مستعدتر بودند^{۱۱}.

افراد مبتلا به بیماری پسوریازیس کاهش قابل توجهی در کیفیت زندگی خود دارند. این کاهش در همه‌ی ابعاد به غیر از نقش فیزیکی و نقش عاطفی نمود پیدا می‌کند که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی این باشد که این بیماری از لحاظ فیزیکی تأثیر چندانی بر روی فعالیت‌های فرد نمی‌گذارد. کم‌نشدن نقش عاطفی

متفاوتی برای این بیماری وجود دارد. هدف از درمان، به حداقل رساندن وسعت و شدت ضایعات به میزانی است که بیماری تأثیر کمتری بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد^{۱۵}. با توجه به عدم بهبود دائمی بیماران توسط داروها، مداخلات روان پزشکی باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران می شود^{۱۸}. مطالعات نشان داده اند که ارزیابی های توأم روان شناختی و جسمانی، جهت بررسی شدت کلی بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کننده است^{۱۹}.

بیماری پسوریازیس تأثیر زیادی بر نوع و کیفیت زندگی فرد دارد و از جنبه های متنوعی، آن را مورد تخریب قرار می دهد. لذا توجه ویژه به بیماران و یافتن تدابیری برای مدیریت و بهبود بخشی جنبه های مختلف زندگی بیماران اعم از مادی و روحی لازم است.

تشکر و قدردانی

این طرح با پشتیبانی کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی همدان اجرا شده است.

شدت بیشتری داشت^{۱۳}. در مطالعه ی Gelfand کیفیت زندگی در زنان جوان پایین تر بود^{۱۳}. Sampogna گزارش کرد که زنان و افراد سالمند کیفیت زندگی پایین تری نسبت به بقیه ی افراد داشتند^{۱۴}.

در این مطالعه، افراد متأهل بیمار نسبت به افراد مجرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند که نشان دهنده ی نقش به سزای خانواده در حمایت از بیمار می باشد. در گروه شاهد نیز افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در بررسی نبئی و همکاران که بر روی ۵۵ بیمار در مقایسه با ۵۵ فرد سالم در بیمارستان رازی تهران انجام شد، بیماران همسر دار کیفیت زندگی بالاتری داشتند^{۱۵}. اما در مطالعه ی طاهری و همکاران که بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس در مشهد انجام شد، میزان ناتوانی در افراد متأهل بیشتر بود^{۱۶}. بسیاری از بیماران مشکلات خود انگاری، اعتماد به نفس، تطابق روانی ضعیف، احساس بدنام شدن و شرم و خجالت را به علت ظاهرشان تجربه می کنند. اعتماد به نفس این بیماران ضعیف تا متوسط ارزیابی شد^{۱۷}. درمان های

References

1. Naldi L. Epidemiology of psoriasis. *Curr Drug Targets Inflamm Allergy* 2004; 3: 121-8.
2. Nijsten T, Looman CWN, Stern RS. Clinical severity of psoriasis in last 20 years of PUVA study. *Arch Dermatol* 2007; 143: 1113.
3. Nevitt G, Hutchinson P. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 2008; 135: 533-7.
4. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998; 139: 846-50.
5. Fried RG, Friedman S, Paradis C, et al. Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int J Dermatol* 1995; 34: 101-5.
6. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR, Curhan GC. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension: a prospective study of US female nurses. *Arch Dermatol* 2009; 145: 379
7. Grundy SM, Cleman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Current opinion in cardiology* 2006; 21: 1.
8. Chen YJ, Wu CY, Shen JL, et al. Psoriasis independently associated with hyperleptinemia contributing to metabolic syndrome. *Arch Dermatol* 2008; 144: 1571.

9. Dougherty CM, Dewhurst T, Nichol WP, Spertus J. Comparison of three quality of life instruments in stable angina pectoris: Seattle Angina Questionnaire, Short Form Health Survey (SF-36), and Quality of Life Index-Cardiac Version III. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 569-75.
10. Salehi Tali S, Mehralian H, Imani R, et al. Efficiency of educational and care interventions (home visits) on the quality of life of patients with congestive heart failure. *Shahre-e-Kord University of Medical Sciences* 2008; 10: 14-19. [Persian]
11. Deyo RA. The quality of life, research, and care. *Ann Intern Med* 1991; 114: 695-7.
12. Zamanian A, Mahjub H. Prevalence of skin diseases in Hamedan, Iran in 2002. *Ind J Dermatol* 2005; 50: 208.
13. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; 50: 11-5.
14. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006; 154: 325-31.
15. Nabaei B, Safizadeh H. A study concerning quality of life among patients with psoriasis compared with general population. *Iran J Dermatol* 2002; 5: 1-2.
16. Taheri AR, Tayyebi-Maybodie N, Nahidi Y, Javidi Z. Evaluation of the psoriasis disability index in psoriatic patients. *Iran J Dermatol* 2008; 10: 1-2.
17. Ahluwalia R. Psoriasis, self-esteem and social support: Assessing social support and its effect on the self-esteem of young women living with psoriasis. *Canadian Dermatology Association Conference, 2007. Conference Abstract Book. p.38.*
18. Vedhara K, Morris RM, Booth R, et al. Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *J Psychosom Res* 2007; 62: 611-9.
19. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 35.

Quality of life in patients with psoriasis vulgaris: A case-control study

Akram Ansar, MD¹
Leyla Jahangard, MD²
Pouyan Pahlevani³
Bahman Rasouli³
Saadat Torabian, MD⁴
Sahar Rasouli³

1. Department of Dermatology, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
2. Department of Psychology, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
3. Faculty of Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.
4. Department of Social Medicine, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

Background and Aim: Psoriasis vulgaris is a common chronic dermatic disease impresses many aspects of patients' life. Many clinical researches focus on quality of life recently, to evaluate clinical interventions and treatments. This study planned to recognize different aspects of life in patients suffer psoriasis vulgaris.

Methods: This case-control study was performed on 100 patients suffer psoriasis vulgaris in 1391 year and 100 people who didn't have any specific disease as control group. Quality of life was measured by standard quality of life questionnaire (SF-36) and data obtained were analyzed with chi square and *t* tests.

Results: Average score of SF-36 in psoriasis patients group 65.05 ± 15.51 was significantly less than control group 78.31 ± 11.93 ($P < 0.001$). Difference between patients and control group was significant in all of aspects except physical and emotional aspects ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, patients with psoriasis vulgaris had a significantly lower quality of life, in comparison with the control group. Therefore, these patients require special attention and specific planning to improve and manage different aspects of their lives.

Keywords: psoriasis, quality of life, case-control study

Received: Jul 19, 2013

Accepted: Oct 1, 2013

Dermatology and Cosmetic 2013; 4 (3): 113-119

Corresponding Author:
Pouyan Pahlevani

Shahid Fahmideh Blvd, Faculty of
Medicine, Hamedan University of Medical
Science, Hamedan, Iran.
Email: pouyan.pahlevani@gmail.com

Conflict of interest: None to declare