

ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت B و C مزمن با افراد سالم در استان همدان

دکتر فریبا کرامت*، دکتر مژگان ممانی*، دکتر سعادت ترابیان**، دکتر مریم علی پرست دوستکوهی***

دریافت: ۹۱/۱۰/۴، پذیرش: ۹۲/۲/۳۱

چکیده:

مقدمه و هدف: هیپاتیت مزمن می تواند موجب محدودیت عملکرد جسمی، ذهنی و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی در بسیاری از بیماران مبتلا به هیپاتیت گردد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت B و C مزمن مراجعه کننده به درمانگاه هیپاتیت استان همدان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع مورد-شاهدی بود که در آن، کیفیت زندگی ۶۴ بیمار مبتلا به هیپاتیت B و C مزمن با استفاده از پرسشنامه SF-36 نمره دهی شد و بر اساس متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و محل سکونت با کیفیت زندگی ۱۲۰ نفر در گروه شاهد مورد مقایسه قرار گرفت. علاوه بر متغیرهای فوق ارتباط کیفیت زندگی با سن، نوع هیپاتیت، مدت زمان بیماری، تعداد فرزندان، سابقه سوء مصرف مواد مخدر و مرحله درمان در گروه بیماران بررسی گردید.

نتایج: نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه بیماران (42 ± 19) به صورت معنی داری از گروه شاهد (71 ± 18) پایین تر بود ($P < 0.05$) همچنین کیفیت زندگی بیماران هیپاتیت مزمن بر اساس متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، محل زندگی و در گروههای شغلی بجز در کشاورزان به صورت معنی داری از گروه شاهد پایین تر بود ($P < 0.05$) و با افزایش سن میزان کیفیت زندگی این بیماران کاهش پیدا کرده بود. پایین ترین نمره کیفیت زندگی در گروه بیماران مربوط به ابعاد نقش عاطفی بود (26 ± 36) و درد جسمی (55 ± 27) بالاترین نمره را به خود اختصاص داد. کیفیت زندگی بیماران هیپاتیت مزمن در انتهای دوره درمان بالاتر بود (49 ± 20) ولی تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی این بیماران براساس مرحله درمان مشاهده نشد.

نتیجه نهایی: نتایج نشان داد که با وجود روش های درمانی و راهکارهای مراقبتی جدید همچنان بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی / هیپاتیت B / هیپاتیت C

مقدمه:

که حتی بیماری شان پیشرفته نیست تاثیر بگذارند (۱). در سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت، سلامت را نه تنها فقدان بیماری بلکه رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف نموده است، در سال های اخیر این تعریف تقویت شده تا توانایی داشتن زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی را نیز در خود جای دهد در کل مفهوم کیفیت زندگی به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اشاره دارد. به عبارت دیگر مسایلی را که تحت تاثیر احساس یا ادراکات بیمار نسبت به وضعیت سلامتی یا اعتقادات و انتظارات وی در

دربین بیماریهای مزمن، هیپاتیت یکی از بیماری هایی است که با وجود بیش از ۳۵۰ میلیون حامل مزمن و مرگ بیش از ۵۰۰ هزار نفر در سال بدلیل عوارض کبدی ناشی از آن در جهان و به خصوص در کشورهای در حال توسعه یکی از بیماریهای مهم به شمار می آید. مطالعاتی که بر روی مبتلایان به هیپاتیت مزمن صورت گرفته اند، تاثیرات منفی بیماری هیپاتیت را بر روی کیفیت زندگی بیماران گزارش کرده اند و این می تواند در انتخاب درمان بیمارانی

* دانشیار گروه بیماریهای عفونی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (faribakeramat@yahoo.com)

** استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** دکتری حرفه ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

مطالعات مختلف بسته به اهداف مطالعه جنبه های متفاوتی بررسی می شوند.

در بین بیماری های مزمن، هیپاتیت مزمن غالباً بدون علامت است اما با علائم عمومی متعددی نظیر خستگی، تهوع، خارش، زردی، بی اشتها و تغییرات خلقی همراه است (۹) کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن، سیروز یا کلاستاز قابل توجه است (۱۰).

تشخیص بیماری هیپاتیت موجب ایجاد افسردگی و اضطراب و همچنین منجر به نگرانی، سرخوردگی و ناامیدی در بیماران می شود این بیماران از لحاظ پیدا کردن شغل، توانایی کار کردن و مراقبت از خانواده هایشان دچار مشکل می شوند و توسط اجتماع و حتی گاهی توسط خانواده هایشان طرد می شوند (۱۱، ۹، ۱۰). با توجه به موارد فوق الذکر مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در هشت بعد: عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B و C و مقایسه آن با افراد سالم در استان همدان انجام گرفت.

روش کار:

این مطالعه به صورت موردی-شاهدی انجام شده است و از بین بیماران مبتلا به هیپاتیت B یا C مزمن که از فروردین ۱۳۹۰ تا انتهای سال به درمانگاه هیپاتیت استان همدان مراجعه نموده بودند بر اساس فرمول مقایسه دو میانگین، تعداد ۶۴ بیمار به طور تصادفی انتخاب گردیدند. همچنین ۱۲۰ نفر به عنوان گروه شاهد از بین افراد اهدا کننده خون مراجعه کننده به مرکز انتقال خون استان همدان به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: ۱- فقدان بیماری پیشرفته کبدی مانند سیروز ثابت شده و آسیت ۲- فقدان بیماری روانی ۳- فقدان بیماری سرطانی ۴- سن بیشتر از ۱۵ سال بود.

ابزار جمع آوری داده ها با پرسشنامه دو قسمتی که بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات دموگرافیک اعم از سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، محل سکونت، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، سابقه سوء مصرف مواد مخدر و همچنین مشخصات بالینی اعم از نوع هیپاتیت (B یا C) طول مدت بیماری، مرحله درمان و تعداد دفعات بستری بود. قسمت دوم پرسشنامه شامل بررسی سلامت با

مورد بیماری اش می باشد را مشخص می کند (۲). سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و هدف نهایی برنامه های تندرستی روشهای مختلف تشخیص، درمان و پیشگیری می باشد. در مورد سلامتی تعابیر و تعاریف متعددی ارائه شده است که قابل قبول ترین آنها تعریف WHO می باشد. طبق این تعریف، سلامتی ابعاد عینی و ذهنی دارد که ابعاد عینی آن با آنچه بطور معمول استاندارد زندگی نامیده می شود، ارتباط دارد و به ابعاد آن، کیفیت زندگی اطلاق می شود (۳). در تعریف کیفیت زندگی توافق نظر وجود ندارد و تعاریف متعددی ارائه شده است و تعریف WHO عبارت است از شرایطی از زندگی که از ترکیب تاثیرات طیف کاملی از عوامل متعدد از جمله سلامتی، رفاه (شامل آسایش در محیط فیزیکی و رضایت شغلی) تحصیل، دستاوردهای روشنفکرانه و اجتماعی، آزادی عمل، عدالت و آزادی بیان حاصل می شود (۳) عواملی که بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارند به انواع وابسته و غیر وابسته به بیماری تقسیم می شوند. مثلاً علایم جسمی وابسته به بیماری است ولی تاثیرات اجتماعی و روانی غیر وابسته به بیماری است، بنابراین ارزیابی کیفیت زندگی یک معیار مهم برای بررسی شرایطی است که بیمار تحت درمان قرار می گیرد و نیز برای ارزیابی تاثیرات بیماری و برنامه های کارآمد به کار می رود (۴-۶). کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی بیمار را از روی نظرات خود بیمار بیان می کند و وسیله قدرتمندی برای بررسی نتایج بیماری است. به طور مثال دو بیمار مبتلا به هیپاتیت مزمن ممکن است شدت بیماری و درمان یکسانی را داشته باشند ولی ممکن است یک فرد شغل تمام وقت یا زندگی خانوادگی و اجتماعی خوبی داشته باشد اما دیگری بیکار و افسرده باشد و حقوق از کار افتادگی دریافت کند به عبارت دیگر علایم جسمی در بیماری گوارشی و کبدی وابسته به بیماری است اما تاثیرات اجتماعی و روانی غیروابسته به بیماری بوده و با عملکرد شناختی، دانش، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزش، شخصیت، فرهنگ و اعتقادات شخص مرتبط است (۷). کیفیت زندگی وابسته به سلامت یا HRQOL (Health related quality of life) نیز بخودی خود واژه ای است که تعریف دقیقی ندارد و در مورد اینکه چه جنبه هایی از کیفیت زندگی باید در این حیطه بررسی شود، همگی اتفاق نظر ندارند (۸) و واضح است که در

از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه به صورت پرسشگری توسط متخصصین عفونی و کارورز برای هر بیمار جداگانه تکمیل شد. نمرات به دست آمده در هشت حیطه مجزا و سپس به صورت یک نمره کلی مورد محاسبه قرار گرفتند و کلیه حیطه ها در مبنای یکصد تعدیل شدند. با توجه به آنکه در این مطالعه گروه های مورد و شاهد مستقل بودند، در صورت نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون های پارامتری مانند t-test و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون و در صورت لزوم از آزمون های ناپارامتری مانند ضریب همبستگی اسپیرمن، به منظور تجزیه و تحلیل آماری استفاده شدند. سطح معنا داری آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

در این بررسی ۶۴ بیمار مبتلا به هپاتیت B و C مزمن با ترکیب جنسی ۴۱ نفر مرد (۶۴٪) و ۲۳ نفر زن (۳۶٪) وارد مطالعه شدند از این تعداد ۳۴ نفر (۵۳٪) مبتلا به هپاتیت B مزمن و ۳۰ نفر (۴۷٪) مبتلا به هپاتیت C مزمن بودند. همچنین تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان گروه شاهد بررسی شدند در بین دو گروه شاهد و بیمار از نظر توزیع جنسیت (P=0.7) محل سکونت (P=0.38) و سن (P=0.63) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

به طور کلی و بدون توجه به نوع هپاتیت، امتیاز کیفیت زندگی کل و همچنین امتیاز کیفیت زندگی در هر کدام از هشت بعد در بین بیماران هپاتیت و گروه شاهد محاسبه گردید که در جدول ۱ نشان داده شده است.

پرسشنامه SF-36 بود که روایی و پایایی آن در ایران توسط منتظری و همکارانش (۱۲) تایید شده است، آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری "همخوانی داخلی" و آزمون روایی با استفاده از روش "مقایسه گروه های شناخته شده" و "روایی همگرایی" مورد ارزیابی قرار گرفت. مقیاس های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون آماری "مقایسه گروه های شناخته شده" نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است. آزمون "روایی همگرایی" به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم در ایران برخوردار است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال در هشت بعد (عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی) می باشد.

برای اجرای پرسشگری پس از هماهنگی با همکاران متخصص عفونی از بیماران مبتلا به هپاتیت B یا C که براساس روش های سرولوژیک ابتلا آن ها مورد تایید قرار گرفته بود و آنزیم های کبدی آن ها شامل ALT و AST برای مدت حداقل ۶ ماه و حداقل دو برابر مقادیر نرمال سنجش شده بود، به عنوان گروه بیمار انتخاب شدند. پس

جدول ۱: نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه بیماران و شاهد مورد مطالعه

مقدار P	درجه آزادی	t	میانگین \pm انحراف معیار	نمره گروه شاهد	میانگین \pm انحراف معیار	نمره گروه بیماران
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۷/۴	۷۸ \pm ۲۶	۷۸ \pm ۲۶	۴۶ \pm ۳۰	کارایی جسمانی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۶/۱	۷۱ \pm ۳۵	۷۱ \pm ۳۵	۳۸ \pm ۳۵	نقش فیزیکی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۷/۵	۷۰ \pm ۳۷	۷۰ \pm ۳۷	۲۶ \pm ۳۶	نقش عاطفی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۷/۴	۶۳ \pm ۲۱	۶۳ \pm ۲۱	۴۲ \pm ۲۰	سرزندگی و شادابی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۶/۷	۶۶ \pm ۲۱	۶۶ \pm ۲۱	۴۳ \pm ۱۸	سلامت روانی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۴/۶	۷۵ \pm ۲۲	۷۵ \pm ۲۲	۴۹ \pm ۲۹	اجتماعی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۸/۶	۷۳ \pm ۲۵	۷۳ \pm ۲۵	۵۵ \pm ۲۷	درد جسمی
<۰/۰۰۱	۱۸۲	-۹/۹	۶۸ \pm ۱۷	۶۸ \pm ۱۷	۴۴ \pm ۱۸	سلامت عمومی

معنی داری از مبتلایان هیپاتیت B مزمن کمتر است (P=0.028).

مقایسه کیفیت زندگی بین گروه بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن و گروه شاهد بر اساس متغیرهای جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و محل سکونت انجام شد. بر اساس آزمون آماری اختلاف معنی داری بین گروه بیمار و شاهد در هر دو جنس وجود داشت (P < 0/001) سپس داده ها براساس وضعیت تاهل آنالیز شدند که نتایج نشان داد درمتهالین و مجردین نیز در هر دو گروه بیمار و شاهد اختلاف معنی داری وجود دارد (P < 0/001) در تمامی رده های تحصیلی، کیفیت زندگی گروه شاهد از گروه کنترل به طور معنی داری کمتر بود (P < 0/001) (جدول ۳).

این یافته ها بر اساس نوع هیپاتیت مزمن B یا C آنالیز شدند که امتیاز کیفیت زندگی در کل و همچنین در هر یک از ابعاد هشت گانه، به صورت جداگانه در جدول ۲ نشان داده شده است و امتیاز کیفیت زندگی در هیپاتیت B مزمن 47 ± 20 می باشد. حداقل امتیاز کیفیت زندگی در بعد نقش عاطفی در این بیماران 37 ± 41 و بیشترین امتیاز کیفیت زندگی در بعد نقش اجتماعی 57 ± 30 است اما امتیاز کیفیت زندگی در بیماران هیپاتیت C مزمن بدست آمد و حداقل امتیاز کیفیت زندگی در این بیماران در بعد نقش عاطفی 14 ± 22 و بیشترین امتیاز کیفیت زندگی در بعد درد جسمی 53 ± 28 بود. امتیاز کل کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت C مزمن به طور

جدول ۲: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی به تفکیک نوع هیپاتیت در گروه بیماران

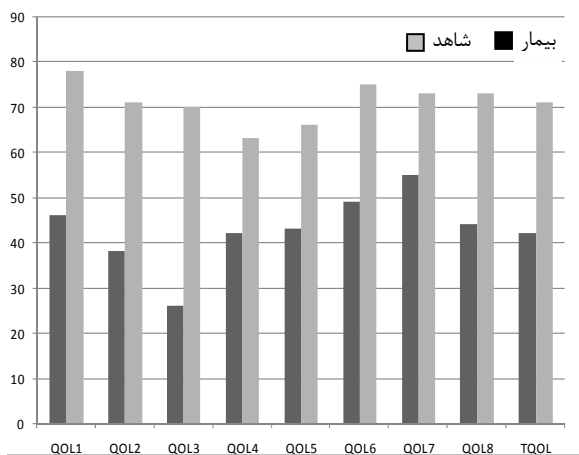
مقدار P	درجه آزادی	t	هیپاتیت C	هیپاتیت B	
0/37	62	18	42 ± 58	49 ± 31	کارایی جسمانی
0/15	62	1/4	31 ± 33	36 ± 43	نقش فیزیکی
0/01	62	2/6	14 ± 22	37 ± 41	نقش عاطفی
0/2	62	1/2	39 ± 18	45 ± 21	سرزندگی و شادابی
0/15	62	1/4	39 ± 19	46 ± 19	سلامت روانی
0/01	62	2/6	39 ± 25	57 ± 30	نقش اجتماعی
0/59	62	1/54	53 ± 28	56 ± 27	درد جسمی
0/38	62	2/12	39 ± 17	48 ± 18	سلامت عمومی
0/28	62	2/2	37 ± 15	47 ± 20	کل کیفیت زندگی

جدول ۳: مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو گروه بیماران و شاهد بر حسب متغیرهای دموگرافیک

مقدار P	درجه آزادی	t	f	نمره کیفیت زندگی		
				گروه شاهد	گروه بیماران	
						جنس
<0/001	112	-7/6	0/5	71 ± 18	43 ± 19	مرد
<0/001	67	-5/9	0/6	70 ± 17	42 ± 19	زن
						وضعیت تاهل
<0/001	135	-7/9	0/39	68 ± 18	42 ± 19	متاهل
<0/001	44	-5/6	0/78	76 ± 15	44 ± 18	مجرد
						سطح تحصیلات
0/009	17	-2/9	3/8	60 ± 20	29 ± 9	بیسواد
0/009	48	-2/6	0/7	59 ± 17	44 ± 21	ابتدایی
<0/001	44	-5/3	0/9	72 ± 19	43 ± 16	دبیرستان
<0/001	66	-5/6	1/06	76 ± 14	42 ± 19	دانشگاه
						شغل
<0/001	27	-5/03	3/1	73 ± 20	48 ± 9	بیکار
<0/001	40	-4/3	3/9	66 ± 14	43 ± 20	خانه دار
0/17	19	-1/4	1/8	59 ± 19	46 ± 21	کشاورز
<0/001	47	-5	0/001	71 ± 16	46 ± 18	شغل آزاد
<0/001	38	-4/7	1/08	77 ± 16	41 ± 23	شغل دولتی
						محل سکونت
<0/001	140	-9/07	0/9	73 ± 16	44 ± 19	شهر
<0/001	39	-4/5	4/13	64 ± 20	43 ± 13	روستا

بستری، اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P=0/8$). از بین ۶۴ بیمار هیپاتیت C و B مزمن که مورد بررسی قرار گرفتند ۲۶ نفر (۴۰٪) سابقه اعتیاد به مواد مخدر را داشتند که نمره کیفیت زندگی آنها 37 ± 15 بوده است و ۲۸ نفر (۵۹٪) سابقه اعتیاد نداشتند که میانگین نمره کیفیت زندگی آنها 46 ± 20 بود. نمره کیفیت زندگی گروه با سابقه منفی اعتیاد بالاتر از گروه با سابقه مثبت اعتیاد بود ولی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($P=0/12$).

مقایسه نمرات کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و شاهد در نمودار ۱ نشان می دهد که کیفیت زندگی در گروه بیمار در تمام حیطه های هشت گانه پایین تر از گروه شاهد می باشد.



نمودار ۱: مقایسه نمرات حیطه های هشت گانه کیفیت زندگی

در دو گروه بیمار و شاهد

نقش عاطفی=QOL3 نقش فیزیکی=QOL2 کارایی جسمانی=QOL1
نقش اجتماعی=QOL6 سلامت روانی=QOL5 سرزندگی و شادابی=QOL4
کل کیفیت زندگی= TQOL سلامت عمومی =QOL8 درد جسمی=QOL7

نتایج آنالیز رگرسیون Multiple linear بیانگر آن است که نمره کیفیت زندگی، مستقل از سایر متغیرها در گروه مورد و شاهد تفاوت معنی داری دارد (جدول ۵).

جدول ۵: نتایج آنالیز رگرسیون Multiple linear برای نمره

کیفیت زندگی کل برحسب متغیرهای بررسی شده

P value	t	Std. Error	B	
$0/01 >$	۸/۶	۲/۹	۲۵/۷	گروه مورد- شاهد
۰/۳۲	-۱/۲	۱/۱	-۱/۳	سن
۰/۴۳	۰/۷۸	۳/۱۳	۲/۴	جنس
۰/۲۴	۱/۱۵	۳/۵	۴/۱۵	تاهل
۰/۱	۱/۶	۱/۷	۲/۹	تحصیلات
۰/۰۶	۱/۸	۱/۱	۲/۲	شغل
۰/۸	-۲/۳	۳/۸	-۱/۸	مکان زندگی

براساس تست Yukey و (Least Significant Difference) LSD در ANOVA کیفیت زندگی در گروه های شغلی در بیماران که به کار دولتی مشغول بوده اند بیشتر از گروه های شغلی خانه دار، کشاورز و آزاد بوده است ($P < 0/05$) اما رابطه معنی داری بین افراد بیکار و گروه شغل دولتی وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج نمره کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و شاهد

شغل	اختلاف		خطای استاندارد	ارزش P	فاصله اطمینان
	۱ شغل	۲ شغل			
شغل دولتی بیکار	۸/۶۵	۵/۳	۰/۱۱	-۱/۹ - ۱۹/۳	
خانه دار	۱۷/۷	۴/۸	$< 0/001$	۸/۱ - ۲۷/۴	
کشاورز	۱۷/۰۳	۵/۹	۰/۰۰۵	۵/۲ - ۲۸/۸	
آزاد	۱۲/۹	۴/۷	۰/۰۰۶	۳/۶ - ۲۲/۲	

در روستاییان مبتلا به هیپاتیت B و C مزمن نمره کیفیت زندگی (34 ± 13) و در روستاییان گروه شاهد (64 ± 20) بوده است که از نمره کیفیت زندگی گروه بیماران بالاتر است و این ارتباط معنی دار می باشد ($P < 0/001$). نمره کیفیت زندگی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن که در شهر زندگی می کردند 44 ± 19 و در گروه شاهد 73 ± 16 بوده است که از نمره کیفیت زندگی گروه بیماران بالاتر است و این ارتباط معنی دار می باشد ($P < 0/001$) ولی در مقایسه بین مبتلایان به هیپاتیت مزمن که در شهر و روستا زندگی می کردند ارتباط معناداری وجود نداشت ($P = 0/27$). نمره کیفیت زندگی بر اساس محل زندگی در گروه شاهد در روستاییان 73 ± 16 و در شهرنشینان 64 ± 20 بوده است که این ارتباط معنی دار نبود ($P = 0/46$). کیفیت زندگی بیماران بر اساس مدت زمانی که از شروع علائم بیماری تا تشخیص طول کشید، به این صورت بود که در آزمون همبستگی بین این مدت زمانی و کیفیت زندگی ضریب همبستگی پیرسون $0/5 -$ با $P = 0/6$ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0/05$). همچنین کیفیت زندگی بیماران بر اساس تعداد فرزندان به این صورت بود که در تست همبستگی بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان ضریب همبستگی اسپیرمن $0/45 -$ با $P = 0/72$ حاصل شد که این ارتباط معنی دار نگردید ($P > 0/05$). در مقایسه کیفیت زندگی بین دو گروه براساس سابقه

بحث:

در تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی عبارت است از شرایطی از زندگی که از ترکیب تاثیرات طیف کاملی از عوامل متعدد از جمله سلامتی، رفاه (شامل آسایش در محیط فیزیکی و رضایت شغلی) تحصیل، دستاوردهای روشنفکرانه و اجتماعی، آزادی عمل، عدالت و آزادی بیان حاصل شود (۳). عواملی که بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارند به انواع وابسته به بیماری و غیر وابسته به بیماری تقسیم می شوند لذا ارزیابی کیفیت زندگی یک معیار مهم برای بررسی شرایطی است که بیمار تحت درمان قرار می گیرد و نیز برای ارزیابی تاثیرات بیماری و برنامه های کارآمدی به کار می رود (۴-۶). در مطالعه حاضر ۶۴ بیمار مبتلا به هپاتیت B و C مزمن با ترکیب جنسی ۶۴٪ مرد و ۳۶٪ زن شرکت داشتند که ۵۳٪ مبتلا به هپاتیت B مزمن و ۴۷٪ مبتلا به هپاتیت C مزمن بودند و مقایسه نمرات حیطة های هشت گانه کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و شاهد نشان داد که کیفیت زندگی در گروه بیماران پایین تر از گروه شاهد بوده است.

در مطالعه ای مشابه که در سال ۱۳۸۳ در بیمارستان رازی رشت جهت بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به هپاتیت B و C بر اساس HRQOL انجام شد، نتایج نشان داد که نمره علائم عمومی 23 ± 8 ، فعالیت 13 ± 4 ، علائم شکمی 13 ± 6 ، خستگی 21 ± 9 ، نگرانی 21 ± 6 ، حالات عاطفی 31 ± 41 و کیفیت کل زندگی 124 ± 43 بوده است در کل امتیاز کیفیت زندگی بیماران مطلوب نبوده و امتیاز کیفیت زندگی شان در هر کدام از ابعاد ششگانه بعد از درمان تغییر خاصی پیدا نکرده بود (۱۳). این نتایج مشابه مطالعه حاضر در همدان می باشد که به نظر می آید کیفیت زندگی پایین بیماران بدلیل ترس از اجتماع و یا ننگ اجتماعی ناشی از بیماری شان می باشد. لازم به ذکر است در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین گروههایی که تحت درمان بوده اند مشاهده نشده اما کیفیت زندگی در بیمارانی که در انتهای دوره درمانی قرار داشتند (49 ± 20) نسبت به سایر گروهها بیشتر بوده است که این نشان می دهد روند بهبودی کیفیت زندگی با درمان این بیماران ارتباط دارد.

در مطالعه دیگری که در کره جنوبی انجام شده است نشان داده شد که بعد از ۲۴ هفته، درمان ضد ویروسی اختصاصی، تاثیر چشمگیری روی عملکرد کبد بیماران و

همچنین بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته است (۱۴) که این نتیجه برعکس نتایج مطالعه حاضر میباشد و ممکن است به دلیل اختلاف در نوع مطالعه باشد، در مطالعه حاضر کیفیت زندگی بین گروه های درمانی مقایسه شده ولی در مطالعه کره جنوبی بررسی کیفیت زندگی قبل و بعد درمان در یک گروه انجام گرفته است.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ در آمریکا (۱۵) بین دو گروه از بیماران شامل ۳۰۳ نفر که HCV مثبت و ۲۰۷۰ نفر که HCV منفی داشتند و ارزیابی کیفیت زندگی آنها با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام شد، نشان داد که کیفیت زندگی در ابعاد هشت گانه در افرادی که HCV منفی بودند نسبت به HCV مثبت بالاتر بوده است که مشابه نتایج مطالعه حاضر می باشد. نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مطالعه یاد شده به این صورت گزارش شده بود: کارآیی جسمانی ۵۵، نقش فیزیکی ۲۹، نقش عاطفی ۳۶، سرزندگی و شادابی ۳۷، سلامت روانی ۵۱، اجتماعی ۴۵، درد جسمی ۴۱ سلامت عمومی ۴۱ این مقادیر با یافته های مطالعه حاضر مغایرت دارد که شاید تفاوت حاصل به دلیل اختلافات اقتصادی، اجتماعی در جوامع مورد بررسی باشد. در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در مبتلایان به هپاتیت C از گروه شاهد به صورت معنی داری کمتر بود.

در مطالعه ای دیگر که در لس آنجلس (۸) انجام شد. نتایج حاصله بر اساس HRQOL، پاسخ ویروس به درمان و پرسشنامه SF-36 نشان داد که تاثیر چند جانبه و گسترده اثرات منفی ابتلا به هپاتیت B بیشتر بر روی جنبه های مختلف سایکولوژیک، اجتماعی و سلامت روانی بیماران مبتلا بوده است.

در مطالعه ای که به صورت گذشته نگر - کوهورت در ملبورن (۱۶) بر روی افرادی که HCV مثبت و افرادی که HCV منفی بودند با پرسشنامه SF-36 انجام شد، نشان داد افرادی که از وضعیت HCV مثبت خود اطلاع داشتند نسبت به آنهایی که اطلاع نداشتند تاثیر منفی بیشتری بر نمره بندی SF-36 داشته است و همچنین کاهش کلی کیفیت زندگی در بیماران HCV مثبت مشاهده شد. نمره ابعاد کیفیت زندگی در این مطالعه به صورت کارایی جسمانی ۸۲، نقش فیزیکی ۵۸، نقش عاطفی ۶۴، سرزندگی و شادابی ۴۹، سلامت روانی ۶۶، اجتماعی ۶۵، درد جسمی ۶۷ و سلامت عمومی ۴۳ بوده

سپاسگزاری:

این مقاله از پایان نامه دکتری حرفه ای پزشکی استخراج شده است و نویسندگان بدینوسیله مراتب قدردانی خود را از همکاری جناب آقای دکتر عینی متخصص بیماریهای عفونی اعلام می دارند.

منابع:

- Pojoga C, Dumitraşcu 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(1):27-31.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13): 835-40.
- Fayers MP, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation. New York: John Wiley & Sons, 2000:221-230.
- Bayliss MS. Methods in outcomes research in hepatology: definitions and domains of quality of life. *Hepatology* 1999; 29(6):3-6.
- Cohen DE, Walker BD. Human immunodeficiency virus pathogenesis and prospects for immune control in patients with established infection. *Clin Infect Dis* 2001; 32(12): 1756-68.
- Jacoby A, Baker GA, Steen N, Buck D. The SF-36 as a health status measure for epilepsy: a psychometric assessment. *Qual Life Res* 1999; 8(4): 351-64.
- Sherman KE. HCV and HIV: a tale of two viruses. *Rev Gastroenterol Disord* 2004;4(1):48-54.
- Spiegel MB, Bolus R, Han S, Tong M, Esrailian E, Talley J, et al. Development and validation of a disease-targeted quality of life instrument in chronic hepatitis: The hepatitis B quality of life instrument. *Hepatology* 2007; 46(1):113-21.
- Hasanpour-Dehkhordi A. [Quality of life and related risk factors among patients with cancers who were under chemotherapy in oncology hospital of Tehran university in 2004]. *Behbood* 2005; 10(2): 110-119. (Persian)
- Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastro intestinal and liver disorders. *Gut* 2000; 47(3): 444-454.
- Dinstage JL. Acute viral hepatitis. In Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al: *Harrisons principles of internal medicine*. 17th ed. New York: McGraw-Hill, 2008: 130-138.
- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdani-Nia M. [Translation, determination of validity and accuracy of Persian standard SF 36 questionnaire]. *Payesh* 2006; 5(1):49-56. (Persian)
- Heidarzadeh A. [The survey of quality of life in hepatitis B and C patients referred to Razi hospital in Rasht city in 2005]. *Behbood* 2008; 2:2-12. (Persian)
- Tan NC, Cheah SL, Teo EK, Yang LH. Patient

است که با نتایج مطالعه حاضر مشابه و همخوانی دارد. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ (۱۷) با استفاده از پرسشنامه SF36 صورت گرفت، گزارش کردند که کیفیت زندگی در افراد معتاد تزریقی که HCV مثبت بودند نسبت به HCV منفی ها کاهش قابل توجه ای داشته است و در افرادی که از وضعیت HCV خود آگاهی داشتند پایین تر از افرادی بوده است که نسبت به بیماری خود آگاهی نداشتند. در مطالعه حاضر نمره کیفیت زندگی در بیمارانی که سابقه سوء مصرف مواد به صورت تزریقی داشتند (۳۵±۱۴) کمتر از نوع خوراکی و یا استنشاقی بود اما این ارتباط معنی دار نبوده است. لازم به ذکر است نمره کیفیت زندگی در مصرف به صورت استنشاقی بیشتر از دو گروه دیگر بوده است و نمره کیفیت زندگی در افرادی که سابقه سوء مصرف مواد داشتند کمتر از گروهی بوده که سابقه هیچ نوع مصرف مواد مخدر را نداشتند.

در مطالعه ای دیگر که در سوئیس (۱۸) انجام شد، نتایج نشان داد که فاکتورهای مربوط به میزبان و محیط مثل سن، دیابت و وضعیت ذهنی نسبت به فاکتورهای ویروسی باعث کاهش بیشتر در کیفیت زندگی این بیماران شده است و همچنین کاهش کیفیت زندگی در افراد HCV مثبت نسبت به گروه شاهد بیشتر است.

با توجه به این که مطالعه حاضر بر روی بیمارانی که عمدتاً از طرف پزشکان و مراکز بهداشتی درمانی تخصصی یا فوق تخصصی ارجاع شده بودند، انجام شده است و بخشی از بیماران خارج از این مراکز آموزشی درمانی تحت درمان و پیگیری بوده اند شاید نتوان نتایج این مطالعه را به تمام بیماران هیپاتیت مزمن تعمیم داد ولی می توان انتظار داشت که نتایج نسبتاً مشابهی داشته باشند. در کل به نظرمی آید که این بیماران با کاهش حمایت جامعه، ترس از اجتماع یا کاهش حمایت خانواده و دوستان روبرو هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی و وضعیت عاطفی آنها می شود و اکثر این افراد از ارتباط این بیماری با مصرف مواد مخدر سخت نگرانند سعی در پنهان نمودن این موضوع دارند.

نتیجه نهایی:

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که با وجود روش های درمانی موثر و راهکارهای مراقبتی جدید همچنان بیماران مبتلا به هیپاتیت B و C مزمن از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند.

- with chronic hepatitis B infection: what is their quality of life? Singapore Med J 2008; 49(9): 682-7.
15. Kwan JW, Cronkite RC, Yiu A, Goldstein MK, Kazis L, Cheung RC. The impact of chronic hepatitis C and co-morbid illnesses on health-related quality of life. Qual Life Res 2008; 17(5):715-24.
 16. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SC, Lanigan A, Crofts N. The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. Hepatology 1999; 30(5):1299-301.
 17. Dalgard O, Egeland A, Skaug K, Vilimas K, Steen T. Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection. Hepatology 2004; 39(1): 74-80.
 18. Helbling B, Overbeck K, Gonvers JJ, Malinverni R, Dufour JF, Borovicka J, et al. Host-rather than virus-related factors reduce health-related quality of life in hepatitis C virus infection. Gut 2008; 57(11): 1597-603.

Archive of SID

Original Article

Assessment and Comparison of Health-Related Quality of Life in Chronic Hepatitis B and C Patients with Healthy Persons in Hamadan Province

F. Keramat, M.D.^{*}; M. Mamani, M.D.^{*}; S. Torabian, M.D.^{**}; M. Aliparast Dostkahi, G.P.^{***}

Received: 24.12.2012

Accepted: 21.5.2013

Abstract

Introduction & Objective: Chronic hepatitis B and C will result in limitation of physical and mental functions which in turn reduce the quality of life (QOL) of the patients. The aim of this study was to determine the quality of life among chronic hepatitis B and/or C patients in Hamadan province from March 2011 to March 2012.

Materials & Methods: A case- control study was done using SF-36 questionnaire (Persian version) scoring system for 64 chronic hepatitis B and/or C patients referred to Hamadan Hepatic Clinic and they were compared with 120 controls referred to the Blood Transfusion Center in Hamadan. Different variables including gender, marital and job status, education and location were compared between the two groups. In addition, the correlation of QOL with age ,type of hepatitis(B or C),habit history, type of habitation, admission history, period of diagnosis, number of children and the stage of treatment were assessed among chronic hepatitis B and C patients.

Results: All scores of the QOL among chronic hepatitis patients were significantly lower than those of control group($P<0.05$) , and also the QOL of chronic hepatitis QOL of chronic hepatitis group was significantly higher than that of the case group($P>0.05$) but QOL among farmers in the case was higher than that of the control. The lowest score in chronic hepatitis patients related to emotional function (26 ± 39), and the highest score was seen in pain variable (55 ± 27) The score of QOL in the end of the treatment was high (49 ± 20) however, the difference was not significant among patients based on treatment steps.

Conclusion: According to this study, we suggest that despite of new treatment and care strategies; chronic hepatitis B and C patients still have lower QOL.

(*Sci J Hamadan Univ Med Sci 2013; 20 (2):151-159*)

Keywords: Hepatitis B / Hepatitis C / Quality of Life

^{*} Associate Professor , Department of Infectious Diseases, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran. (faribakeramt@yahoo.com)

^{**} Assistant Professor , Department of Social Medicine, School of Medicine
Hamadan University of Medical Sciences & Health Services, Hamadan, Iran.

^{***} General Practitioner