

Relationship between Behavioral Disorders and Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis

Mohammad Reza Sheikhian¹, Soheyla Meysami Bonab², Mitra Ahadi¹, Mehdi Talebi³, Ehsan Maasoomi²

¹ Department of Gastroenterology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Digestive Disease Research Center, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ Toxicology Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

ABSTRACT

Background:

Chronic liver disease comprises a wide range of diseases characterized by inflammation of the liver and progression of cirrhosis. This study aims to assess the relationship between behavioral disorders and quality of life in patients with liver cirrhosis.

Materials and Methods:

The available sampling method was used to divide participants into two groups of 100 patients and 100 healthy individuals, matched for age, sex and education. Patients with cirrhosis were recruited from a subspecialty clinic in Imam Reza (AS) Hospital in Mashhad. The control group consisted of healthy participants. Participants completed the Beck Depression Inventory, State Anxiety Inventory-Trait Spielberger, Toronto Alexithymia Questionnaire and SF-36 Quality of Life Questionnaire. Research data were analyzed by Pearson correlation and multiple regression analyses.

Results:

There was no significant difference between the two groups in terms of demographic variables. However significant differences existed between the variables of anxiety, depression and alexithymia. The patient group had higher depression levels compared to healthy controls. Multiple regression analysis showed that behavioral disorders, explain 30% of the variance in quality of life in patients with liver cirrhosis.

Conclusion:

These findings suggest that behavioral disorders are associated with quality of life in patients with liver cirrhosis. These results also have important implications in the field of psychopathology, prevention, and treatment of patients with cirrhosis of the liver.

Keywords: Anxiety; Alexithymia; Depression; Cirrhosis; Quality of life

please cite this paper as:

Sheikhian MR, Meysami Bonab S, Ahadi M, Maasoomi E. Relationship between Behavioral Disturbances and Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis. *Govaresh* 2014;19:20-5.

Corresponding author:

Soheyla Meysami Bonab, M.Sc.

Clinical Psychology Department, Imam Reza Hospital,
Mashhad, Iran

Telefax: + 98 511 8598818

E-mail: Soheyla.meysami@gmail.com

Received: 02 Jan. 2014

Edited: 16 Mar. 2014

Accepted: 17 Mar. 2014

ارتباط اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی

محمد رضا شیخیان^۱، سهیلا میسمی بناب^۲، میترا احدی^۱، مهدی طالبی^۲، احسان معصومی^۴

^۱ استادیار، بخش گوارش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ پژوهشگر، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، هسته تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات سم شناسی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ پژوهشگر، هسته تحقیقات گوارش و کبد، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

بیماری مزمن کبدی طیف وسیعی از بیماری‌ها است که با التهاب کبدی و پیشرفت سیروز مشخص می‌شوند. این بیماری‌ها شدیداً کیفیت زندگی بیمار را به مخاطره می‌اندازند. با توجه به این که تحقیقات معدودی رابطه بین سیروز و اختلالات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی و نارسای هیجانی را بررسی کردند. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی بود.

روش بررسی:

نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه ۱۰۰ نفری بیمار و سالم، هم‌تا شده از نظر سن، جنس و تحصیلات انتخاب شدند. گروه مورد از بین مراجعه‌کنندگان مبتلا به بیماری سیروز کبدی به کلینیک تخصصی امام رضا (ع) مشهد، و گروه کنترل از بین افراد سالم انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر، نارسای هیجان تورنتو و کیفیت زندگی SF-۳۶ استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها:

با توجه به هم‌تاسازی انجام شده تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی وجود نداشت. ولی بین دو گروه از نظر متغیرهای اضطراب، افسردگی و نارسای هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و گروه بیمار دارای افسردگی بیشتری در مقایسه با افراد سالم بودند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان داد که اختلالات رفتاری ۳۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری:

این یافته‌ها بیان می‌کنند که اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی مرتبط می‌باشند. هم‌چنین این نتایج تحول مهمی در زمینه آسیب‌شناسی روانی، پیشگیری و درمان بیماران مبتلا به سیروز کبدی دارد.

کلید واژه: افسردگی، اضطراب، سیروز کبدی، کیفیت زندگی، نارسای هیجانی

گوارش / دوره ۱۹، شماره ۱ / بهار ۱۳۹۳ / ۲۵-۲۰

زمینه و هدف:

هر چند مصرف درازمدت الکل شایع‌ترین دلیل ابتلا به سیروز است، از دیگر علل آن می‌توان به بیماری‌هایی مانند هپاتیت B و C، فیروز کیستیک، گالاکتوزومی و بیماری ذخیره‌ای گلیکوژن اشاره کرد.

نویسنده مسئول: سهیلا میسمی بناب

گروه روانشناسی بالینی، بیمارستان امام رضا (ع)، مشهد، ایران

تلفن و نامبر: ۰۵۱۱-۸۵۹۸۸۱۸

پست الکترونیک: soheyla.meysami@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۱۲

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۲۶

شیوع این بیماری کبدی به خصوص در اغلب کشورهای آسیایی که انواع هپاتیت B و C شایع است، بسیار بالاست. (۱) از علایم شایع بیماری سیروز می‌توان به افزایش فشار خون پورت، آسیت (آب آوردن شکم)، آنسفالوپاتی کبدی، خونریزی مری، کند شدن روند پاکسازی بدن از دارو و بالتبع افزایش حساسیت به عوارض جانبی داروها، تجمع سموم در خون و در نهایت مرگ اشاره کرد. تجمع این سموم در فرد بیمار، کاهش عملکرد ذهنی، تغییرات شخصیتی، خواب‌آلودگی و کما، بی‌توجهی به ظاهر شخصی، فراموشی و عدم تمرکز حواس را به همراه خواهد داشت. مانند بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر، بیماران سیروز کبدی از کاهش چشمگیر کیفیت زندگی و متعاقب آن از آسیب‌های روانی به ویژه افسردگی، اضطراب و نارسای هیجان رنج می‌برند. (۲ و ۳) نارسای

وجود نتایج متفاوت، اهمیت بالینی اختلالات رفتاری و تحقیقات بسیار محدود در ایران حاکی از ضرورت انجام این پژوهش می باشد. از این رو هدف این مطالعه ارزیابی ارتباط بین اختلالات رفتاری و کیفیت زندگی در بیماران سیروزی و مقایسه ویژگی های آنها با افراد سالم به منظور فراهم آوردن بستری مناسب در راستای ارتقاء دانش عمومی در مدیریت این بیماری است.

روش بررسی:

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سیروز کبدی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان امام رضا مشهد می باشد. از میان افراد مراجعه کننده، به صورت تصادفی ۱۰۰ نفر بیمار بر اساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، که مبتلا به سیروز کبدی بودند انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. هم چنین تعداد ۱۰۰ نفر نیز به عنوان گروه کنترل از میان افراد سالم شاغل در بیمارستان و همراهان سالم بیماران سیروز کبدی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی به طور تصادفی انتخاب شدند. تلاش شد که افراد گروه کنترل از لحاظ متغیرهایی مانند سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تاهل و مجرد با گروه مورد بررسی هماهنگ باشند. بعد از انتخاب آزمودنی ها، هدف از اجرای پژوهش برای آنها توضیح داده شد و از آنها خواسته شد در پژوهش شرکت کنند. ملاک های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۰-۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، فقدان بیماری جسمی و روانی مزمن، و رضایت داوطلبانه آزمودنی ها برای شرکت در پژوهش. به منظور بررسی ارتباط بین اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران سیروزی از مقیاس نارسایی هیجانی، پرسشنامه اضطراب حالت صفت اسپیل برگر، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ استفاده شد. داده های پژوهش با استفاده از روش های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

مقیاس نارسایی هیجانی:

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو، یک مقیاس خودسنجی بیست گویه ای است که دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات (شامل هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (شامل پنج سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (شامل هشت سوال) است. گویه های این آزمون با مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (یک) تا کاملاً مخالفم (پنج) پاسخ داده می شوند. امتیاز کل، از مجموع نمره های سه زیرمقیاس نارسایی هیجانی محاسبه می شود. ویژگی های روان سنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است. ضریب پایایی همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس ۰/۷۹ و ابعاد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش شده است. ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۷۷ و ابعاد دشواری در شناسایی

هیجانی ناتوانی در بیان احساسات به دلیل فقدان آگاهی هیجانی است. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، به طور معمول قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجانان نیستند. (۴) با فرض این که این ویژگی ها موجب نقض در پردازش شناختی، تنظیم و تعدیل هیجانان می شوند؛ با شروع و یا تداوم برخی اختلالات روانپزشکی و طبی در ارتباط هستند. (۱۳-۵) افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ و نشانه های جسمی برانگیختگی هیجانی را بد تفسیر می کنند. (۱۴) نارسایی هیجانی با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی، توجه بیشتر به علایم جسمی و شکایت از این علایم و رفتارهای اجباری بیمارگونه همراه است. (۵ و ۱۵) نقش نارسایی هیجانی در مکانیسم های ایجاد و تداوم آسیب های روانی روز به روز توجه بیشتری را به خود جلب کرده و به ویژه نارسایی هیجانی در افراد، از عوامل خطر ساز مهمی برای اختلالات روان تنی هستند؛ چرا که این افراد در تنظیم احساسات خود ناتوانند. (۱۶ و ۱۷) مطالعات نشان می دهند که علایم نارسایی هیجانی در اختلالات روانی، بیماری های جسمی مزمن و اختلالات روان تنی وجود دارد. (۱۸) اکثر مطالعات ارتباط نارسایی هیجانی با اضطراب (۱۵ و ۱۹ و ۲۰) و به خصوص افسردگی (۲۳-۲۱) را نشان داده اند. براساس آمارهای موجود، در برخی کشورها بیش از ۲۷٪ بیماران سیروزی از افسردگی رنج می برند (۲۴) و هم چنین رابطه مستقیمی بین شدت علایم افسردگی و شدت بیماری آنها وجود دارد. در مطالعه ای که توسط بیانجی و همکاران بر روی ۵۶ بیمار ایتالیایی سیروزی انجام شد نتایج بیانگر کاهش چشمگیر شاخص های روانی افراد بیمار در مقایسه با افراد سالم بود. (۳) هم چنین برخی مطالعات حاکی از این امر هستند که افزایش رفتار دلسوزانه اطرافیان، با بروز اضطراب و افسردگی در فرد بیمار همراه است. با این که تاکنون دلیل شیوع بالای افسردگی در بیماران سیروزی مشخص نشده است، اما امروزه اختلالات افسردگی به عنوان یکی از اولویت های مشکلات سلامتی این گروه از بیماران در نظر گرفته می شود که علت آن تاثیر آن بر شدت بیماری، اختلال عملکردی، عدم پیگیری درمان و کاهش کیفیت زندگی است.

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می پردازد. ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی شان به جای گزارش ها دیگران می پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پوورس، از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیثه هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشات می گیرد. بنابراین بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگیشان داشته باشند و آن را به صورت های مختلفی گزارش کنند. (۲۵) اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است. (۲۶)

تا هشت را تحت عنوان مقیاس سلامت روانی در نظر می گیرند (محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی). مجموع امتیازات به دست آمده از هر دو حیطة به ترتیب بیانگر نمره مولفه های فیزیکی (PCS) و نمره مولفه های ذهنی (MCS) خواهد بود. مجموع امتیازات برای مقیاس PCS از ۷۳-۸ و برای مقیاس MCS از ۷۴-۱۰ متغیر است و امتیاز بالاتر معرف کیفیت بهتری از زندگی خواهد بود (۳۰). پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه (۰/۹ - ۰/۷ = r) در ایران تأیید شده است (۳۱).

یافته ها:

اغلب شرکت کنندگان این بررسی را مردها (۵۷ مرد و ۴۳ زن)، گروه سنی ۴۰-۲۰ (کمترین مربوط به گروه سنی ۶۰-۵۰ سال با ۸/۹٪)، افراد متأهل (۶۱/۸٪) و افراد با مدرک تحصیلی دیپلم (۴۰/۲٪) به خود اختصاص دادند. جامعه افراد سالم (۶۰ مرد و ۴۰ زن)، از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات با این بیماران همتا شده بودند.

به منظور ایجاد تصویر روشن تری از یافته های پژوهش، جدول ۱ مشخصه های آماری آزمودنی ها را بر حسب نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی، سلامت جسمانی و روانی و به تفکیک دو گروه بیماران سیروز کبدی و افراد سالم نشان می دهد.

رابطه بین نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی در جدول ۲ ارائه شده است. همان طور که مشاهده می شود، نتایج ضرایب همبستگی پیرسون همبستگی منفی و معنی داری را بین نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی نشان می دهد. به علاوه رابطه نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی به عنوان متغیرهای پیش بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل مشخصه های آماری رگرسیون بین نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس این نتایج میزان F مشاهده شده برای هر یک از متغیرها معنادار است ($p < 0/100$).

بحث:

با این که تاکنون تحقیقات زیادی در زمینه تأثیر بیماری های مختلف بر کیفیت زندگی صورت گرفته است با این حال مطالعه کمتری در زمینه تأثیر بیماری های کبدی بر کیفیت زندگی بیماران انجام شده است. بدین منظور در مطالعه اخیر سعی بر آن شد تا در جهت بررسی ارتباط اختلالات رفتاری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی گامی برداشته شود. از آنجایی که تاکنون اکثریت تحقیقاتی که صورت گرفته، بیان کرده اند که کیفیت زندگی در بیماران سیروز کبدی متأثر از جنسیت آنها نیست (۳۴-۳۲)، در نتیجه در این تحقیق سعی بر آن شد که دو جمعیت سالم و بیمار انتخاب شده، از نظر جنسیت مشابه باشند.

احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ گزارش شده است (۲۷).

پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر:

پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر ۴۰ ماده دارد که بیست ماده اول آن مربوط به اضطراب است و آزمودنی شدت احساس کنونی خود را به وسیله ی یک مقیاس چهار درجه ای (اصلاً تا حدی، متوسط و خیلی زیاد) درجه بندی می کند. بیست ماده دوم آن مربوط به اضطراب صفتی است که آزمودنی ها در یک مقیاس چهار درجه ای احساس کلی خود را نشان می دهند. این پرسشنامه از هماهنگی درونی بالایی برخوردار است. میانگین ضرایب پایایی در گروه های مختلف در مقیاس اضطراب حالتی ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفتی ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۸).

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

پرسشنامه افسردگی ابزاری موثق، حساس و منحصر به فردی جهت سنجش شدت افسردگی است. این مقیاس، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است. این پرسشنامه نه تنها به منظور اندازه گیری شدت افسردگی های از پیش تشخیص داده شده استفاده می شود بلکه با استفاده از آن به افسردگی های تشخیص داده نشده نیز پی برد. این پرسشنامه متشکل از ۲۱ سوال چند گزینه ای است که هر کدام از آنها مربوط به جنبه خاصی از افسردگی هستند. در چهار گزینه موجود در پاسخ هر سوال، به ترتیب شدت افسردگی افزایش می یابد و براساس یک مقیاس از صفر تا سه درجه بندی می شود. نمره کلی این پرسشنامه از مجموع نمرات به دست می آید. مطالعات انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده اند. در یک نمونه ایرانی نیز، پایایی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده است (۲۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶:

پرسشنامه کیفیت زندگی ابزاری عمومی و استاندارد است که مفاهیم آن، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. امروزه این پرسشنامه در حوزه های مختلف بالینی، ارزیابی سیاست های بهداشتی و تحقیقاتی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در آمریکا طراحی شد و تاکنون اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از طرح این مقیاس ارزیابی سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۳۶ آیتم است که به هشت حیطة تقسیم می شود. در تحقیقی که کروکاوکوا و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند چهار حیطة را تحت عنوان مقیاس سلامت جسمانی (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی) و مجموع حیطة های پنج

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی و افراد سالم

متغیر	بیماران سیروز کبدی		افراد سالم	
	Mean	SD	Mean	SD
نارسایی هیجانی	۵۴/۰۱	۱۰/۱۵	۲۲/۳۶	۳/۷۷
دشواری در شناسایی احساسات	۲۵/۰۴	۷/۱۱	۳/۷۷	۱/۴۴
دشواری در توصیف احساسات	۱۶/۲۰	۵/۳۹	۳/۲۵	۱/۶۶
تفکر عینی	۲۲/۲۱	۵/۸۲	۳/۴۵	۱/۴۶
اضطراب	۱۲/۷۱	۶/۰۵	۵/۱۰	۳/۶۰
افسردگی	۱۳/۱۱	۶/۹۴	۶/۲۱	۴/۱۲
سلامت جسمانی	۴۲/۴۰	۱۰/۹۸	۴۹/۴۰	۸/۸۰
سلامت روانی	۴۶/۲۴	۹/۴۳	۵۱/۶۰	۹/۲۰

بیماران، میزان این اختلالات را به میزان قابل توجهی بهبود بخشید. نتیجه دیگری که از جدول یک انتظار می رود این است که میزان افسردگی در بیماران سیروز به طور قابل توجهی بیش از افراد سالم است. نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات انجام شده توسط سایر محققین همخوانی دارد. (۵ و ۴۰-۳۷) این یافته ها از این حیث حائز اهمیت هستند که بسیاری از متخصصان بر این باورند که افسردگی علاوه بر آنکه بر زندگی افراد سیروز کبدی تاثیر بسزایی دارد، خود عامل مهمی است که اثری مضاعف بر تشخیص این بیماری دارد. به علاوه افسردگی منجر به تشدید برخی علائم سیروز مانند عدم تمرکز حواس و فراموشی می شود. با این حال تحقیقات وسیع تری در زمینه تاثیر افسردگی بر بیماری سیروز لازم است. زیرا برخی متخصصان بر این باورند که با درمان افسردگی در بیماران سیروز، می توانند گامی اساسی در جهت کاهش اختلالات شناختی بیماران به منظور بهبود کارایی عملی، کیفیت زندگی و درمان بسیاری از معضلات دیگر این بیماری برداشت. هم چنین کیفیت زندگی بیماران سیروز کبدی از هر دو منظر (سلامت جسمانی و روانی) کاهش چشمگیری در مقایسه با افراد سالم یافته است. این نتایج با یافته های پژوهش های پیشین مطابقت دارد. (۴۳-۴۱) شواهد زیادی گویای این واقعیت هستند که آسیب های روانی به عنوان فاکتوری عمل می کند که شدت بیماری، درمان و مرگ و میر را در طیف وسیعی از بیماری ها تحت تاثیر قرار می دهند. به عنوان مثال در میان بیمارانی که در مراحل پایانی سیروز کبدی و منتظر پیوند کبد هستند، مستقل از شدت و پیچیدگی بیماری، میزان مرگ و میر در بیماران افسرده بیش از دیگر بیماران گزارش شد. (۲۴) بیماران سیروزی از خستگی، ضعف، فقدان اعتماد به نفس، ناتوانی در انجام کار، اضطراب، افسردگی و دیگر مشکلات عاطفی رنج می برند که این عوامل به شدت کیفیت زندگی بیماران را تحت شعاع قرار می دهند. (۴۴) کیفیت زندگی، سازه ی بسیار ارزشمندی است که احساس فرد را درباره وضعیت جایگاه سلامتی اش می سنجد. در حال حاضر کیفیت زندگی، یکی از نگرانی های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و به کار می رود. دستیابی به

جدول ۲: ضرایب همبستگی نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی

متغیر	کیفیت زندگی	
	سلامت روانی	سلامت جسمانی
نارسایی هیجانی	** ۰/۵۲	** ۰/۴۵
دشواری در شناسایی احساسات	* ۰/۳۰	* ۰/۲۶
دشواری در توصیف احساسات	** ۰/۴۱	** ۰/۳۱
تفکر عینی	** ۰/۴۹	** ۰/۳۸
اضطراب	** ۰/۴۶	* ۰/۴۹
افسردگی	* ۰/۵۱	** ۰/۴۸

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون و نتایج ضرایب رگرسیون چند متغیری نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R ²	SE	b	Beta	t
کیفیت زندگی	نارسایی هیجانی	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۲۷	۱/۴۴	*۲/۸۱
	اضطراب	۰/۲۳	۰/۷۷	۲/۳۱	۱/۵۷	*۲/۹۹
	افسردگی	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۴۴	۲/۵۹	**۵/۰۷
اختلالات رفتاری		۰/۳۰	۰/۴۴	- ۱/۴۱	۱/۶۰	**۳/۱۷

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون و نتایج ضرایب رگرسیون چند متغیری نارسایی هیجانی، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سیروز کبدی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R ²	SE	b	Beta	t
کیفیت زندگی	نارسایی هیجانی	۰/۲۷	۰/۰۹	۰/۲۷	۱/۴۴	*۲/۸۱
	اضطراب	۰/۲۳	۰/۷۷	۲/۳۱	۱/۵۷	*۲/۹۹
	افسردگی	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۴۴	۲/۵۹	**۵/۰۷
اختلالات رفتاری		۰/۳۰	۰/۴۴	- ۱/۴۱	۱/۶۰	**۳/۱۷

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

بررسی میانگین دو گروه نشان می دهد (جدول ۱) که میزان نارسایی هیجانی و ابعاد آن و اضطراب در بیماران سیروز کبدی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. این یافته ها با اکثر پژوهش های قبلی مطابقت دارد.

تاکنون مطالعات زیادی در زمینه اثرات منفی ناهنجاری های افسردگی بر درمان، روانشناسی و مرگ و میر بیماران انجام شده است. خوشبختانه امروزه با کمک تکنیک های روانشناسی و ارتقاء اعتبار و دقت پرسشنامه های اندازه گیری کننده، فاکتورهای روانی بهبود چشمگیری یافته اند ولی با اینحال تیمار پزشکی موفق این بیماری نیازمند تشخیص و مدیریت اختلالات رفتاری در قبل و در طی درمان است.

در پایان امید است که نتایج این مطالعه بتواند زمینه ساز حمایت های عملی در راستای درمان چند منظوره (درمان بالینی و مدیریت همزمان اختلالات رفتاری) بیماران باشد و بتوان گامی در جهت استفاده از این یافته ها در سیاست گذاری، طرح ریزی و پیاده سازی برنامه ها برداشت.

سپاسگزاری:

این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی پایان نامه مقطع دکترای عمومی می باشد که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره ۹۱۰۷۲۲ تصویب گردیده است. حمایت مالی این پژوهش بر عهده ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد میباشد که به این وسیله از آن معاونت محترم، همکاران و همه بیماران و افرادی که در انجام این پژوهش با ما همکاری کردند کمال تشکر و سپاس را داریم.

اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راه گشای درمان های موثرتر و پیشرفت های آینده است، بلکه در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار موثر می باشد.

در تطابق با نتایج مطالعات ذکر شده، جدول ۲ گویای این واقعیت است که نارسایی هیجانی و زیر مقیاس های آن (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی)، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی رابطه منفی معنی داری دارند. این بدین معنی است که با افزایش نارسایی هیجانی، اضطراب و افسردگی در این بیماران، کیفیت زندگی آنها کاهش می یابد. هم چنین جدول ۳ نشان می دهد که ۳۰٪ از واریانس کیفیت زندگی توسط اختلالات رفتاری تبیین می شود. همان طور که ملاحظه می شود افسردگی ($B = ۲/۵۹$)، اضطراب ($B = ۱/۵۷$) و نارسایی هیجانی ($B = ۱/۴۴$) می توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی را به صورت معنی دار پیش بینی کنند.

نتیجه گیری:

در مجموع یافته های این پژوهش دلالت بر وجود رابطه مستقیمی بین وجود اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی بیماران سیروز کبدی دارد.

REFERENCES

- Iwamura K. Liver cirrhosis in Asia and Africa. *Z Gastroenterol* 1983;21:637-43.
- Kanwal F, Hays RD, Kilbourne AM, Dulai GS, Gralnek IM. Are physianderived disease severity indices associated with health-related quality of life in patients with end-stage liver disease? *Am J Gastroenterol* 2004;99:1726-32.
- Bianchi G, Marchesini G, Nicolino F, Graziani R, Sgarbi D, Loguercio C, et al. Psychological status and depression in patients with liver cirrhosis. *Dig Liver Dis* 2005; 37:593-600.
- Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research* 2007;150:13-20.
- Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007; 89:230-46.
- Lundh LG, Broman, JE. Alexithymia and insomnia. *Personality and Individual Differences* 2006;40:1615-24.
- Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2006;75:107-12.
- Conrad R, Wegener I, Imbierowicz K, Liedtke R, Geiser F. Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Res* 2009;165:137-44.
- Sokolowska K, Gorniak E, Kowalska A, Wydra K, Krysta K, Krupka-Matuszczyk I. Alexithymia and Pain Experience in Depressive Patients. *Eur Psychiatr* 2011;26:42-48.
- Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, Hintikka J, Lehtonen J, Viinamäki H. Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychother Psychosom* 2001;70:247-53.
- Picardi A, Fagnani C, Gigantesco A, Toccaceli V, Lega I, Stazi MA. Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *J psychosom Res* 2011; 71:256-63.
- Lee SA, Guajardo NR. Affect intensity and alexithymia differentially influence the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students. *Pers Indiv Diff* 2011;50:646-50.
- Schiena DS, Luminet O, Philippot P. Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 2011;50:10-14.
- Romoli M, Bernini O, Cosci F, Berrocal C. The Effect Of Alexithymia on anxiety, depression, coping, and difficulties in daily living oncologic patients. *European Psychiatry* 2011; 26:982-983.
- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003;54:435-8.
- Motan I, Gencoz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:333-43.
- Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Re* 2004;57:235-47.
- Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics* 2001;42:235-40.

19. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999;14:372-8.
20. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res* 1999;47:145-58.
21. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *J Pers Assess* 1991;56:227-37.
22. Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Lehto SM, Hintikka J, Haatainen K, Rissanen T, et al. Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *J Psychosom Res* 2010;68:269-73.
23. Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen J, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs? A study in a general population. *Compr Psychiatry* 2001;42: 234-9.
24. Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, Detmar SB, Wever LD, Schornagel JH. Evaluating the quality of life of cancer patients: assessments by patients, significant others, physicians and nurses 1999;81:87-94.
25. Ahmadi FA, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan. *Life* 2004;10:61-7.
26. Arguedas MR, DeLawrence TG, McGuire BM. Influence of hepatic encephalopathy on health-related quality of life in patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci* 2003;48:1622-6.
27. Beshart MA. [Relation of alexithymia with depression, anxiety, psychological helplessness and well being (Persian)]. *J psychol Tabriz Univ* 2008;10:17-40.
28. Khezernia K. The study of the relation between posttraumatic stress disorder of ventranfathers in chemical bombardment anxiety, depression public health and academic achievement of their children in Sardasht city. *Tehran Tarbiat Moallem Unive* 2008.[Persian]
29. Joe S, Woolley ME, Brown GK, Ghahramanlou-Holloway M, Beck AT. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II in Low-Income, African American Suicide Attempters. *NIHPA Author Manuscripts* 2008;90:521-523.
30. Krokavcova M, Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Gavelova M, Middel B, Gdovinova Z, Groothoff JW. Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling* 2007;73:159-165.
31. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *East Mediterr Health* 2005;11:349-357.
32. 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.
33. Hauser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:157-63.
34. Nardelli S, Pentassuglio I, Pasquale C, Ridola L, Moscucci F, Merli M, et al. Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metab Brain Dis* 2013;28:239-43.
35. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. Depression in patients with cirrhosis. Impact on outcome. *Dig Dis Sci* 1997;42:1421-7.
36. Nardelli S, Moscucci F, Ridola L, Pasquale C, Pentassuglio I, Fratino M, et al. Behavior disorders in cirrhotic patients and their relationship with health related quality of life (HRQOL). *Hepatology* 2011;54:S76.
37. Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:77-80.
38. Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, Ciechanowski PS, Larson AM, Katon WJ. Depression, fatigue, and functional disability in patients with chronic hepatitis C. *J Psychosom Res* 2000;49:311-7.
39. Rocca P, Cocuzza E, Rasetti R, Rocca G, Zanalda E, Bogetto F. Predictors of psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. *Liver Transpl* 2003;9:721-6.
40. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Gerardo Argueta J, Perez-Pruna C, Hinojosa-Becerril C, Sixtos-Alonso MS, et al. Health-related quality of life and depression in patients with chronic hepatitis C. *Arch Med Res* 2003;34:124-9.
41. Marchesini G, Bianchi G, Amodio P, Salerno F, Merli M, Panella C, et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology* 2001;120:170-8.
42. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, Kiwi ML, McCormick M, Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2199-205.
43. Sumskiene J, Sumskas L, Petrauskas D, Kupcinskas L. Disease-specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania. *World J Gastroenterol* 2006;12:7792-7.
44. Schiff E, Sorrell MF, Maddrey WC (Eds) Schiff's Diseases of the Liver. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2011.