کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیمـــاران مزمن کبـــدی

نگین هادی: * دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
الهه بهبودی: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال نهم شماره دوم بهار ۱۳۸۹ صص ۱۷۲-۱۶۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ اردیبهشت ۱۳۸۹]

چکیده

هپاتیت مزمن یکی از مهم‌ترین بیماری‌هایی است که به طور بارزی از کیفیت زندگی قربانیانش می‌کاهد. کیفیت زندگی، نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های متفاوت است. هدف از پژوهش ما در راستای تعیین عواملی است که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این مطالعه مقطعی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مزمن کبدی با پرسشنامه SF-36 مورد مطالعه قرار گرفت و سؤالات جمعیتی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات) و شدت و مدت هپاتیت مزمن نیز در ابتدای پرسشنامه گنجانیده شد و نمرات کیفیت زندگی ۱۴۰ بیمار با نمرات کیفیت زندگی ۱۰۰ فرد سالم مقایسه شد و اطلاعات حاصله با استفاده از نرم‌افزار SPSS15 و آزمون آماری Independent Sample T-test و One Way ANOVA و ضریب همبستگی Pearson و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

به طور کلی کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی در تمامی ابعاد هشت گانه و دو مؤلفه کلی سلامت، پایین‌تر از جمعیت سالم بود (عملکرد جسمی: ۲۹/۰۱±۴۸/۵۶، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی ۳۰/۶۹±۲۱، درد جسمانی ۲۶/۹۷±۴۱/۵۸، شادابی و نشاط ۲۵/۹۱±۵۰/۹۸، سلامت عمومی ۲۰/۱۷±۵۱/۴۰، عملکرد اجتماعی ۳۰/۲۰±۵۰/۲۳، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی ۳/۴۰±۳۷/۵۶ و سلامت روان ۲۴/۰۳±۶۰/۷۶). از سویی بین سن، میزان تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل و کیفیت زندگی، ارتباط خطی معنی‌داری وجود داشت.

به طور کلی، بیماری مزمن کبدی، از کیفیت زندگی بیماران به خصوص در بعد مشکلات جسمی می‌کاهد، ولی شدت و مدت هپاتیت مزمن، تأثیر چندانی بر روی کیفیت زندگی ندارد. افراد مسن، مردان بدون تحصیلات دانشگاهی و مجردان، به صورت معنی‌داری از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. با توجه به این که هدف از درمان بیماری‌های مزمن، افزایش طول عمر بیماران و بهبود بخشیدن به توانایی‌هایی آنان تا حد ممکن است تا بیماران بتوانند با حفظ سطح مناسبی از کیفیت زندگی به زندگی خود ادامه دهند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بیماری مزمن کبدی، SF-36

* نویسنده پاسخگو: شیراز، خیابان زند، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن / نمابر: ۰۷۱۱-۲۳۰۵۸۸۶
E-mail: hadin@sums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

مقدمه

بیماری مزمن کبدی عبارت است از یک رشته اختلالات با علل و شدت متغیر که درآن التهاب و نکروز کبدی به مدت حداقل شش ماه ادامه داشته باشد. این بیماری طیف وسیعی دارد که از یک فرم غیرپیشرونده تا اشکال شدید که همراه با تشکیل اسکار و تغییر ساختمان کبدی است، متغیر می‌باشد و در صورت پیشرفت، نهایتاً به بیماری سیروز منتهی می‌شود که دلایل آن شامل هپاتیت مزمن ویروسی، هپاتیت ناشی از دارو، هپاتیت مزمن خودایمن، بیماری‌های ارثی و متابولیک و هپاتیت الکلی است [۱]. امروزه در سراسر جهان درصد قابل توجهی از بیماران به مرحله بروز عوارض بیماری از جمله سرطان سلول کبدی (Hepato Cellular Carcinoma-HCC) انسفالوپاتی کبدی و پریتونیت باکتریال و می‌رسند [۲]. بیش از یک چهارم بیماران کبدی که دچار هپاتیت مزمن مداوم هستند، بعد از ۱۳-۱ سال دچار هپاتیت شدید مزمن و سیروز می‌گردند، تبدیل هپاتیت فعال به هپاتیت برق‌آسا، جزء یکی از مهم‌ترین بیماری‌هایی است که باعث مرگ زودرس انسان در سطح جهان می‌شود. در کشور ما نیز نقش مهمی را در مرگ و میر و از کارافتادگی بر عهده دارد و یکی از مشکلات بهداشتی کشور محسوب می‌شود، زیرا به طور بارزی از کیفیت زندگی قربانیانش می‌کاهد و به علت مزمن و غیرقابل برگشت بودن طبیعت بیماری نیاز به برنامه‌های آموزش مراقبت‌های شخصی دارد تا استقلال و احساس مفید بودن و بهتر بودن را القا کند [۳]. سیروز کبدی مسئول بیش از ۲۵۰۰۰ مرگ و ۳۷۳۰۰۰ بستری در بیمارستان در سال در آمریکاست و نقش مهمی را از نظر تأثیر بر زندگی بیماران (جنبه‌های روانی، اجتماعی، مالی) ایفا می‌کند [۴]. همچنین اونگ و همکارانش در سنگاپور در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که افرادی که دچار بیماری مزمن پیشرفته هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم جامعه دارند [۵]. از سویی درمان هپاتیت مزمن ویروسی با داروهای ضدویروسی هم روی سلامت روانی بیماران اثر سوء دارد. مطالعه دان در آمریکا هم این موضوع را تأیید کرد و افسردگی و خستگی در بیماران تحت درمان با داروهای ضد ویروسی چشمگیر بود [۶].

مشکلات جسمی و روانی نهایتاً منجر به ناامیدی و کاهش عملکرد اجتماعی و برقراری ارتباط اجتماعی در این بیماران و بالأخره کاهش کیفیت زندگی آنان خواهد شد. کیفیت زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ توسط فردی به نام بینگو و در کتابی که درباره اقتصاد و رفاه نوشته بود به کار رفت [۷]. کیفیت زندگی به معنی درک هر شخص از جایگاه زندگی خود در فرهنگ و محیطی که در آن زندگی می‌کند، در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش است و دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخص و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید [۸]. دانستن این که بیماران تا چه حد احساس خوب بودن دارند و در چه جنبه‌هایی احساس خوبی ندارند، کمک می‌کند تا به گونه‌ای برنامه‌ریزی کنیم تا آلام آنان را کاهش دهیم. به همین دلیل بررسی کیفیت زندگی این دسته از بیماران در سراسر دنیا مورد توجه قرار گرفته است. مطالعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی انجام شده که راهگشای حل مشکلات این بیماران بوده است.

با توجه به مطالب بیان شده و از آنجایی که هپاتیت رتبه اول را از نظر بار بیماری‌های عفونی مشمول گزارش در این استان احراز کرده است [۹]، در این پژوهش کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی را که قبلاً در این استان مورد مطالعه قرار نگرفته است، را مورد سنجش قرار دادیم تا بدین وسیله گامی در جهت ارتقای سطح کیفیت زندگی این بیماران برداشته باشیم. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی این بیماران و مقایسه آنها با گروه همسالان سالمشان انجام گرفت تا به ابعادی از کیفیت زندگی که بیشتر تحت تأثیر بیماری دچار اختلال گردیده‌اند و نیاز بیشتری به توجه و برنامه‌ریزی دارند پی برده شود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی است که بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دو گروه انجام گرفته است. گروه اول شامل ۱۴۰ نفر بیمار مزمن کبدی بودند که در بخش گوارش بیمارستان‌های دانشگاهی بستری بوده و یا برای دریافت مراقبت و درمان به درمانگاه‌های تخصصی گوارش دانشگاهی مراجعه کرده بودند. گروه دوم شامل ۱۰۰ نفر از همسالان سالم این افراد بودند که از بین کارکنان بیمارستان و ملاقات کنندگان سالم بیماران در بیمارستان و دانشجویان، جمع‌آوری شده بودند و تنها در صورت تمایل به شرکت در پژوهش وارد مطالعه گردیدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای استفاده گردید که قسمت اول اطلاعات عمومی شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شدت و مدت بیماریشان بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

قسمت دوم، پرسشنامه SF-36 بود که جهت ارزیابی سلامت از دیدگاه بیماران طراحی شده است و به سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می‌پردازد و دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت می‌باشد که عبارتند از عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، سلامت روانی، شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی. بعد مربوط به عملکرد جسمی ۱۰، عملکرد اجتماعی ۲، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی ۴، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی ۳، سلامت ذهنی و روانی ۵، شادابی و نشاط ۴ و درد جسمانی ۴، درد جسمانی۲ و سلامت عمومی ۵ سؤال را به خود اختصاص دادند. تغییرات سلامتی نیز یک سؤال را به خود اختصاص می‌داد که جزء ابعاد هشت گانه نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد. پایایی و روایی این پرسشنامه تأئید شده [۱۰] و پایایی و روایی ترجمه فارسی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است [۱۱]، سؤالات به صورت چهره به چهره از افراد پرسیده شد. ولی در صورتی که فرد تمایل داشت خود پرسشنامه را تکمیل کند، پرسشنامه به آنها تحویل داده و سپس جمع‌آوری شد. برای نمره‌دهی پرسشنامه در هر بعد، امتیاز گویه‌ها با هم جمع شده و تبدیل به مقیاسی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) شدند.

در این مطالعه طبق نظر متخصص گوارش (عضو هیأت علمی) شدت بیماری بیماران بر اساس MELD score محاسبه شد [۱۲] و بیماران به سه دسته بیماری شدید با نمره۴۰-۳۰، متوسط با نمره ۲۹-۱۸ و خفیف با نمره ۱۷-۱۶ طبقه‌بندی شدند. همچنین تحصیلات بیماران در سه دسته زیر دیپلم و در حد دیپلم و دانشگاهی گنجانیده شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS ۱۵ و آزمون آماری Independent Sample T-test و One Way ANOVA و ضریب همبستگی Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، گروه بیماران ۱۴۰ نفر (۸۷ نفر مرد و ۵۳ نفر زن) با میانگین سنی ۴۶ و انحراف معیار ۱۷/۴۳ بودند و گروه کنترل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر زن، ۵۰ نفر مرد) با میانگین سنی ۴۳ و انحراف معیار ۱۵/۷۱ بودند.

یافته‌های پژوهش، نشان‌دهنده آن بود که گروه کنترل نسبت به گروه بیماران در تمامی ابعاد هشت گانه و نیز در مؤلفه سلامت جسمی، نمره بیشتری کسب کردند و این تفاوت از نظر آماری، معنی‌دار بود و در گروه بیماران، بدترین شرایط، مربوط به محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی بود. در گروه کنترل، بهترین وضعیت، مربوط به محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی و بدترین شرایط، مربوط به شادابی و نشاط بود (جدول شماره ۱).

در گروه بیماران، سن با عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی و درد جسمی، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، ارتباط خطی معنی‌داری دارد و در گروه کنترل، سن با عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط و مشکلات احساسی، رابطه خطی معنی‌داری دارد (جدول شماره ۲).

از نظر جنسیت بین گروه بیمار و گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار آماری بین زنان و مردان در همه ابعاد مشاهده نشد؛ به جز ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، احساسی و عملکرد اجتماعی که زنان به طور معنی‌داری نمره بیشتری کسب کردند.

نتایج آماری در مورد ارتباط کیفیت زندگی و سطح تحصیلات نشان دادند که افراد سالم گروه کنترل در ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، با افزایش سطح تحصیلات، نمره بیشتری کسب کردند و در واقع در گروه کنترل، با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افراد در بسیاری از ابعاد سلامت افزایش خواهد یافت که خود بیانگر اهمیت تحصیلات در ارتقای سطح کیفیت زندگی است.

در گروه بیماران، در عملکرد جسمی و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی و سلامت عمومی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، بیشترین نمره مربوط به افراد با تحصیلات دانشگاهی بود. در واقع بیماران با تحصیلات دانشگاهی، در ابعاد بالا کیفیت زندگی بهتری را نسبت به افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مقایسه کیفیت زندگی بیماران و گروه کنترل، بر اساس وضعیت تأهل مشاهده شد در گروه کنترل، افراد مجرد در ابعاد جسمی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، به طور معنی‌داری از نمره بیشتری در مقایسه با افراد متأهل و مطلقه و همسر مرده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

برخوردارند و در گروه بیماران، در ابعاد عملکرد و مشکلات جسمی و سلامت عمومی و شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی، افراد متأهل از نمره بیشتری برخورد بودند.

مطابق نتایج به دست آمده از نظر کیفیت زندگی در ابعاد و مؤلفه‌ها بر حسب شدت و مدت بیماری، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نگردید.

جدول شماره ۱- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی با گروه کنترل

ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی	گروه بیماران	گروه کنترل	P
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
عملکرد جسمی	۲۹/۰۱±۴۸/۵۶	۱۱/۹±۹۳/۹۲	۰/۰۰
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی	۳۰/۶۹±۲۱	۶/۹۷±۹۸/۹۳	۰/۰۰
درد جسمانی	۲۶/۹۷±۴۱/۵۸	۱/۰۳±۹۰/۰۰	۰/۰۰۰
شادابی و نشاط	۲۵/۹۱±۵۰/۹۸	۱۱/۰۲±۶۸/۴۳	۰/۰۰
سلامت عمومی	۲۰/۱۷±۵۱/۴۰	۵/۱۵±۹۴/۷۲	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	۳۰/۲۰±۵۰/۲۳	۱/۹۸±۹۸/۴۸	۰/۰۰
محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی	۳/۴۰±۳۷/۵۶	۲/۰۵±۹۹/۸۳	۰/۰۰
سلامت روان	۲۴/۰۳±۶۰/۷۶	۹/۴۸±۸۶/۰۳	۰/۰۰۰

جدول شماره ۲- مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی با گروه کنترل بر حسب سن

ابعاد و مؤلفه‌های کیفیت زندگی	گروه بیماران	P	گروه کنترل	P
	Pearson-correlation		Pearson-correlation	
عملکرد جسمی	-۰/۲۳۸	۰/۰۳۴	-۰/۶۴۹	۰/۰۰۰
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی	-۰/۲۲۵	۰/۰۴۳	-۰/۲۱۸	۰/۰۳۹
درد جسمانی	-۰/۳۱۸	۰/۰۰۸	-۰/۰۹۹	۰/۱۰۷
شادابی و نشاط	-۰/۱۴۹	۰/۰۸۹	-۰/۴۳۵	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	-۰/۱۷۸	۰/۰۷۷	-۰/۷۹۴	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	-۰/۳۵۸	۰/۰۴۸	-۰/۱۴۸	۰/۰۰۲
محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی	-۰/۲۰۱	۰/۰۳۱	-۰/۱۲۷	۰/۲۱۳
سلامت روان	-۰/۱۶۹	۰/۰۶۸	-۰/۷۶۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، گروه کنترل نمره بیشتری نسبت به گروه بیماران در تمامی ابعاد هشت گانه کسب کردند. در گروه کنترل، بهترین وضعیت، مربوط به محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی و بدترین شرایط، مربوط به شادابی و نشاط بود؛ به عبارت دیگر، کیفیت زندگی افراد سالم جامعه ما، کمتر تحت تأثیر محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی افراد قرار می‌گیرد. در گروه بیماران نیز بدترین شرایط، مربوط به محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی آنها بود.

به نظر می‌رسد که با توجه به اعتقادات و شرایط فرهنگی کشور ما، بیماران مشکلات روانی کمتری دارند که احتمالاً مربوط به حمایت خانواده و عقاید مذهبی است و مشکلات عمده بیماران، مشکلات جسمی است که آنها را در انجام فعالیت‌های روزمره ناتوان ساخته است؛ به عنوان مثال این افراد در جابجایی خرید منزل یا بالارفتن از چند پله و پیاده روی بیش از یک کیلومتر، ناتوان هستند. بیماری کبدی با عوارض زیادی مانند پرفشاری (هیپرتانسیون) پورت و خونریزی‌های واریسی، نارسایی کبدی و آسیب و پریتونیت باکتریال خود به خود، سندرم هپاتورنال و انسفالوپاتی کبدی و یرقان و خارش ناشی از آن، بیماران را از نظر شرایط جسمی در وضعیتی نامطلوبی قرار می‌دهد. این بیماران به صورت دوره‌ای دچار یکی از این عوارض شده و همین علت بستری مکرر این افراد در بیمارستان است.

انسفالوپاتی مزمن کبدی، غالباً در بیماران با بیماری کبدی دیده می‌شود و به صورت علایم مبهم اختلال فعالیت عصبی (اختلالات هوشی، شخصیتی، دمانس، آپراکسی ساختمانی و اختلالات هوشیاری) تظاهر می‌کند و از سویی، اختلالات عصبی ـ عضلانی (آستریکسیس، هیپر رفلکسی و میوکلنوس) و در مواردی، سندرم شبه پارکینسون و پاراپلژی پیشرونده هم در این افراد دیده می‌شود.

یکی از زودرس‌ترین تظاهرات انسفالوپاتی کبدی، تغییر در سیکل طبیعی خواب ـ بیداری بیمار است. با تغییر در این سیکل، بیماران شبها از بی خوابی رنج می‌برند و روزها خواب آلوده و یا در خواب هستند که خود می‌تواند علاوه بر تأثیر بر عملکرد جسمانی، بر روی عملکرد اجتماعی این افراد نیز اثر بگذارد.

اختلال شخصیتی ناشی از انسفالوپاتی هم باعث کاهش روابط اجتماعی با دیگران می‌شود و سلامت روانی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین از علایم اولیه هپاتیت مزمن ویروسی، خستگی است و احساس خستگی مداوم، کارآیی افراد را پایین می‌آورد و آنها را از انجام شغل‌های پرتحرک محروم می‌کند. در بسیاری از این بیماران، فعالیت شغلی آنها تحت تأثیر بیماریشان قرار گرفته و در بعضی موارد آنها را از کار برکنار کرده و باعث می‌شود که بیماران از جنبه مادی هم دچار مشکل شوند [۲]. از سویی خارش مداوم و غیرقابل کنترل که در بسیاری به علت بالا بودن بیلیروبین سرم ایجاد می‌شود، بسیاری از فعالیت‌های فرد را محدود کرده و در به هم خوردن سیکل خواب و بیداری بیماران مؤثر است [۲]. جیتلینگ و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۶ در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران با افسردگی آنها رابطه معنی‌داری دارد [۱۳].

بیماری‌های مزمن باعث می‌شوند شغل، وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال شوند و به خصوص بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار، شامل وضعیت روحی ـ روانی، اجتماعی و اقتصادی تأثیر دارند[۱۴]. مشکلات روحی بیماران به دنبال مشکلات جسمی، بار اقتصادی درمان، نگرانی در مورد وضعیت خانواده، نداشتن تفریح و سرگرمی، محیط بیمارستان و ترس از آینده و مرگ است.

در مطالعه اونگ بر روی کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی نیز گروه کنترل سالم در تمام حیطه‌ها به صورت معنی‌داری از کیفیت زندگی بیشتری نسبت به گروه بیماران برخوردار بودند [۵]. واندرپلاس و همکارانش نیز به نتیجه مشابهی با مطالعه مادست یافتند [۱۵]. از سویی کیفیت زندگی با افزایش سن ارتباط معنی‌داری دارد؛ به این معنا که با افزایش سن، عملکرد جسمی در هر دو گروه کنترل و بیمار کاهش می‌یابد که ارتباط بین افزایش سن و کاهش کیفیت زندگی، در مطالعه یونوسی در سال ۲۰۰۱ نیز مشاهده شد [۱۶].

با توجه به این که بیماری کبدی، اغلب سیر پیشرونده دارد و پیشرفت بیماری، عوارض بیشتری نیز از خود به جا می‌گذارد، پس انتظار می‌رود که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یابد و از سویی افزایش سن، خود به تنهایی با کاهش توانایی‌های جسمی و روحی و کاهش توانایی مقابله با مشکلات ناشی از بیماری همراه است. این یافته بر خلاف مطالعه حسن پور دهکردی در زمینه ارتباط کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطان کبد است که در آن ارتباط معنادار آماری، بین سن و کیفیت زندگی وجود ندارد [۱۷].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

در این پژوهش، جنسیت، تأثیری بر کیفیت زندگی افراد سالم نداشت، ولی در گروه بیماران زنان در مشکلات احساسی، جسمی، عملکرد اجتماعی، به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. شاید به این دلیل باشد که زنان بیشتر گفتگو می‌کنند و تشریک مساعی در زنان بیشتر است. از سویی دیگر در کشور ما بیشتر مردان مسئولیت تأمین هزینه‌ها و مخارج زندگی را بر عهده دارند، لذا به دنبال ابتلای آنها به بیماری‌های مزمن و بستری شدن آنها در بیمارستان، به مشکلات و چه بسا بحران‌های اقتصادی بیشتری نسبت به زنان مبتلا برخورد می‌کند و این مسئله بر کیفیت زندگی مردان بی تأثیر نیست.

در مطالعه حسن پور بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی، جنس، نقشی در کاهش کیفیت زندگی ندارد[۱۷]. در مطالعه گیو کومازی در سال ۲۰۰۰ که بر روی بیماران مزمن کبدی انجام گرفت در هیچ یک از ابعاد، تفاوتی بین زنان و مردان دیده نشد[۱۸]. همچنین در مطالعه دان و همکارانش بر روی بیماران هپاتیت مزمن C، میزان افسردگی ناشی از درمان در زنان شایع‌تر از مردان بود[۶]. بررسی تأثیر سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی در گروه کنترل نشان داد که افراد در ابعاد جسمی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی و سلامت روانی، با افزایش سطح تحصیلات، نمره بیشتری را کسب کردند و در گروه بیماران نیز افراد با تحصیلات دانشگاهی، در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی و سلامت عمومی و محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، بیشترین نمره را کسب کردند که نشان داد تحصیلات، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی افراد سالم و در بعضی از ابعاد کیفیت زندگی بیماران دارد. شاید به این دلیل باشد که افراد با تحصیلات دانشگاهی، توقعات بیشتری در زندگی خود دارند و با وجود مشکلات بیماری، این توقعات تا حدود زیادی محدود می‌شود. از سویی تحصیلات بر میزان اطلاعات افراد از بیماریشان می‌افزاید و همین باعث می‌شود که این افراد به درمان بیماری خود از طریق روش‌های جدید امیدوار شوند و از سویی این افراد به مطالعه برنامه‌های مراقبت شخصی و آموزش‌های لازم می‌پردازند و باعث می‌شود بیماران با تحصیلات بیشتر، در بعضی از ابعاد، از کیفیت زندگی بیشتر و در بعضی از ابعاد، از کیفیت زندگی کمتری برخوردار باشند و دان در مطالعه خود روی بیماران هپاتیت مزمن C نشان داد که افسردگی ناشی از درمان با داروهای ضد ویروسی، در افرادی که تحصیلات ابتدایی داشتند، بیشتر از افرادی است که تحصیلات دانشگاهی داشتند [۷].

نتایج حاصل از مطالعه ما خلاف یافته‌های پژوهش حسن پور بود که در آن تحصیلات، ارتباط آماری معناداری با کیفیت زندگی ندارد [۲۰].

در مقایسه کیفیت زندگی بر اساس شدت و مدت بیماری، تفاوت معنی‌داری بین شدت و مدت بیماری و کیفیت زندگی در ابعاد هشت گانه مشاهده نشد و این می‌تواند به این دلیل باشد که بیماران با شدت خفیف و متوسط، کمتر دچار عوارض بیماری می‌شوند و بیماران با درجه شدید بیماری، تحت درمان و مراقبت بیشتری قرار می‌گیرند و پیوند کبد جزء برنامه‌های درمانی این افراد قرار می‌گیرد که این موضوع می‌تواند باعث امیدواری بیماران شود و تا حدودی به کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران کمک می‌کند. مطالعه حسن پور نیز همین نتیجه را نشان داد[۱۷]. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر یونوسی و همکارانش دریافتند که شدت بیماری در کیفیت زندگی بیماران اثر مستقیم دارد [۱۶].

همچنین نتایج پژوهش روستون و همکارانش نشان داد که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد [۱۹]. کوندو و همکارانش، کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی را با میزان اختلال کار کبد که خود می‌تواند معیاری برای شدت بیماری کبد باشد، مرتبط دانستند [۲۰].

مطالعه حاضر، بین کیفیت پایین زندگی در بیماران مزمن کبدی با گروه شاهد در تمامی ابعاد هشتگانه، تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر لزوم مداخلات جدی در اموری از قبیل روش‌های درمانی، توانبخشی، مددکاری اجتماعی، کمک‌های مالی، فراهم کردن تسهیلات بیشتر جهت کمک رسانی و درمان، روان درمانی، تشکیل تیم‌های روان درمانی با همکاری بیماران است. همچنین پیشنهاد می‌شود:

۱- با توجه به این که بیماران مزمن کبدی، دچار عوارض متعددی از قبیل آتروفی عضلانی به دنبال بستری شدن طولانی و مشکلات قلبی و عروقی می‌شوند، بهتر است زمینه‌ای برای بهتر شدن فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی در این افراد فراهم شود و مشاوره توان بخشی نیز برای این افراد انجام گردد.

۲- مشاوره‌های روان پزشکی و روان کاوی، جهت بهبود وضعیت روانی و کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران می تواند مفید باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

۳- تشکیل کلاس‌های آموزشی در جهت برنامه‌های مراقبت شخصی در این بیماران و پی‌گیری بیماران در طول دوره درمان، می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی بیماران مفید باشد.

سهم نویسندگان

نگین هادی: طراحی عنوان و متن طرحنامه، نظارت بر اجرای طرح، تهیه مقاله

علی منتظری: تجزیه و تحلیل داده‌ها، مشاور پژوهشی طرح

الهه بهبودی: جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات سرکار خانم مریم سادات وحدانی نیا به عنوان همکار در انجام این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری نمایند.

منابع

۹- آرامش کیارش. *بررسی بار بیماری‌های عفونی مشمول گزارش در استان فارس در سال ۱۳۸۱*. پایان نامه دوره تخصصی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز ۱۳۸۳

10- Ware JR, Gandek B. Over view of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment. *Epidemiology* 1998; 51: 903-12

11- Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdaniani M, Ganalek B. The short form health survey study of the Iranian version. *Quality of Life Researches* 2005; 16: 875-82

12- www.mayo.edu/int_med/gi/model/

13- Gutteling J, Deman RA, Vander Plas S. Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Department of Gasteroentetelogy and Hepatology* 2006; 23: 1629-35

14- Vedat I, Perihan G, Seref K, Anderson H. Improving quality of life in patients with non small cell lung cancer: research experience with gemeitabine. *European Cancer* 2001; 33: 8-13

15- Vandeplas SM, Hansen BE, DeBoer JB. Generic and disease- specific health- related quality of life in non-cirrhotic, cirrhotic and transplanted liver patient: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterology* 2003; 3: 33-37

16- Younessi ZM, Guyett G, Kiwi M, Bopatain N, King D. Development of disease specific questionnaire to measure health-related quality of life

1- Brian J, Mahon MD. Epidemology and natural history of hepatitis. *Seminars in Liver Disease* 2005; 25: 2-8

2- Goldberg E, Chobra S. Overview of the complications, prognosis and management of cirrhosis. *Gastroenterology* 2001; 120: 170-80

3- Zandi M, Adib Hajbagheri M, Memavian R, Kazemi A, Alavian SM. Effect of a self-care program on quality of life of cirrhosis patients reffering to Tehran hepatitis center. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3: 35-36

4- Http // www. World Health Organization. Org / epidemic and pandemic Alert and response / disease htm

5- Ong SC, Mak B, Aung MO, Li SC, Lim SG. Health related quality of life in chronic hepatitis B patients. *Hepatology* 2008; 47: 1108-17

6- Dan AA, Martin LM, Crone C, Ong JP, Farmer DW, Wise T, et al. Depression anemia and health quality of life in chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2006; 44: 491-8

7- Draper P. Qol as quality of beung: an alternative to subject-object dichotomy. *Journal of Advance Nursing* 1999; 17: 965-70

۸- حریرچی امیرمحمود، رسولی اعظم، منتظری علی، اقلیمی مصطفی. مقایسه سطح کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز و دریافت کننده پیوند کلیه. *پایش* ۱۳۸۵، ۳: ۱۲۱-۱۱۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]

in patient with chronic liver disese. *Gut* 1999; 45: 295-300

۱۷- حسن پور دهکردی علی. کیفیت زندگی و عوامل مرتبط بـا آن در بیمـاران سـرطانی تحـت شـیمی درمـانی بیمارسـتان انکولـوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. *بهبود* ۱۳۸۵، ۱۰، ۱۱۹-۱۱۰

18- Giocomazzi SM, Riemer Y. Gender differences in Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis. *European Research* 2005; 11: 69-75

19- Rustoen T. Hope and quality of life-central issue for cancer patient: a theoretical analysis. *Cancer Nursing* 1994; 18: 355-60

20- Kondo A, Yoshoda A. Health-related quality of life of chronic liver disease in patient with and with out hepatocellular carcinoma. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2006; 22: 197-203

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.6.6]