

Original Article

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لیشمانیوز پوستی شهرستان فسا

شمسی نورپیشه^{۱*}، محمد مهدی نقی زاده^۲، لیلا نیکروز^۳

۱- گروه میکروبیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۳- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: اسکار ناشی از لیشمانیا و شیوع اختلالات روانپزشکی موضوع مهمی در زندگی افراد مبتلا به بیماری سالک است. با توجه به افزایش شیوع بیماری سالک در شهرستان فسا، هدف این پژوهش بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری سالک شهرستان فسا در سال ۱۳۸۸-۸۹ بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به سالک مراجعه کننده به مرکز بهداشت به روش نمونه‌گیری پی‌درپی انجام شد. از طریق ۳ پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، SF-36 و DLQI بررسی شد. یافته‌ها با شاخص‌های میانگین و فراوانی نمایش داده شد. مقایسه کیفیت زندگی پوستی در زیر گروه‌های جمعیت با استفاده از آزمون‌های تی و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. رابطه بین کیفیت زندگی پوستی و کیفیت زندگی عمومی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد.

نتایج: در این مطالعه میانگین نمره DLQI در بیماران ۱۳/۷ واحد بود. نمره کل DLQI با سن رابطه معکوس و با طول مدت ابتلا رابطه مستقیم داشت. بیشترین میانگین نمره SF-36 در حیطه نگرش افراد از سلامت عمومی (۲۱/۵ ± ۷/۲) و کمترین آن در حیطه عملکرد اجتماعی (۲۷/۷ ± ۵/۱) بیماران قرار داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به مطالعه انجام شده می‌توان با تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد مبتلا و برنامه ریزی مسولان در راه ارتقای آن‌ها از آسیب‌های جسمی و روانی جلوگیری کرد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، کیفیت زندگی پوستی، لیشمانیوز.

مقدمه

لیشمانیوز یک بیماری مشترک بین انسان و برخی حیوانات مانند سگ و موش است که پشه خاکی آن را انتقال می‌دهد (۱). و به سه شکل جلدی (سالک)، احشایی (کالازار) و جلدی مخاطی بروز می‌کند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در ۸۰ کشور جهان حدود ۱۲/۰۰۰/۰۰۰ نفر به گونه‌های مختلف لیشمانیا آلوده‌اند. بیش از ۹۰ درصد موارد لیشمانیوز جلدی در ایران، افغانستان، سوریه، عربستان سعودی، برزیل و پرو اتفاق می‌افتد (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، این بیماری با بروز ۶ بیماری مهم انگلی در مناطق گرمسیری همراه است (۳). فراوانی این بیماری بر خلاف سایر بیماری‌های عفونی رو به افزایش است دومین بیماری انگلی قابل سرایت به وسیله بندپایان بعد از مالاریاست (۴). سالیانه در جهان ۱/۵-۱ میلیون نفر به نوع جلدی و ۵۰۰ هزار نفر به نوع احشایی لیشمانیازیس مبتلا می‌شوند و جمعیتی در حدود ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند (۵). ایران جزء کشورهای منطقه مدیترانه شرقی است که شیوع سالک در آن بالا می‌باشد به طوری که جزء ۶ کشور اول دنیا

از نظر شیوع این بیماری به شمار می‌آید و سالیانه حدود ۳۰۰۰۰ نفر مبتلا به سالک در ایران گزارش شده است (۶ و ۷)، اما بر اساس تحقیقات موجود، میزان واقعی، ۴ الی ۵ برابر آمار موجود است (۸). این بیماری از جمله بیماری‌های بومی ایران به دو صورت خشک و مرطوب است که در قانون ابن سینا به نام زخم جیرونیه یا خیرونیه از آن نام برده شده است (۹). شیوع لیشمانیازیس جلدی در ایران رو به افزایش بوده، به طوری که تعداد موارد مثبت سال ۱۳۸۴ در مقایسه با سال ۱۳۸۰ حدود ۱۰۵ درصد افزایش داشته است. بطور کلی استان‌هایی نظیر یزد، بوشهر، خراسان، فارس، ایلام، خوزستان و اصفهان با متوسط بروز ۱۶۶ مورد در صد هزار نفر بالاترین میزان بروز بیماری در کشور را دارد (۵ و ۱۰-۱۴). از چند سال قبل بیماری سالک از شایع ترین بیماری واگیردار در شهرستان فسا بوده است. نخستین بار بیماری سالک در شهرستان فسا در سال ۱۳۷۱ مشاهده شد و در سال ۱۳۷۳ به اوج خود رسید. طبق آمار موجود تعداد مبتلایان به این بیماری تا سال ۱۳۸۶ به هزار و ۸۸ مورد رسید که شهرستان فسا مقام اول کشوری را در این خصوص به خود اختصاص داد (۱۵).

* نویسنده مسئول: شمسی نورپیشه، گروه میکروبیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
تلفن: ۰۷۳۱-۲۲۲۰۹۹۴
Email: noorpishes@yahoo.com

پس از مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان تشکیل پرونده داده و برای ادامه مراقبت، درمان و مشاوره به آن مرکز مراجعه می‌کردند. روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی آسان و به صورت پی‌درپی و از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشت بود. در این مطالعه بیمارانی مورد بررسی قرار گرفتند که دارای سن ۱۸ تا ۶۰ سال در هر دو جنس بودند که حداقل ۱ ماه از ایجاد زخم در آن‌ها گذشته باشد.

انجام مطالعه توسط کمیته پژوهش دانشگاه علوم پزشکی فسا مورد تایید قرار گرفت، بیماران در خصوص انجام مطالعه توجیه شده و به افراد تضمین داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. افرادی که رضایت کتبی خود را از انجام پژوهش اعلام کرده بودند وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌های لازم را تکمیل نمودند.

تشخیص قطعی زخم سالک توسط متخصصین پوست انجام شد و مشخصات ظاهری از جمله وجود ترشح و خون ریزی در این مرحله مشخص شد. به منظور اندازه‌گیری وسعت زخم از کاغذ شطرنجی شفاف استفاده شد. در مرحله بعد از بیمار خواسته شد تا پرسشنامه‌های مطالعه را تکمیل نموده و در صورت عدم توانایی به صورت مصاحبه سوالات از بیمار پرسیده شده و جواب مشخص شد.

در این مطالعه سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک کیفیت زندگی عمومی (SF-36) و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی پوست (DLQI) مورد استفاده قرار گرفت. مشخصات دموگرافیک با سوالاتی از قبیل سن، جنسیت، طول مدت ابتلا، محل زخم گردآوری شد. پرسشنامه‌ها توسط بیماران تکمیل شده و در برخی از موارد پژوهشگر در تکمیل آن‌ها به بیماران کمک نمود.

پرسشنامه کیفیت زندگی پویتی: کیفیت زندگی مرتبط با مشکلات پویتی توسط پرسشنامه DLQI بررسی شد (۲۸). این پرسشنامه برای طیف وسیعی از بیماری‌های پویتی طراحی شده است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند: از علائم و احساسات، فعالیت روزانه، فرصت، کار و تحصیل، روابط شخصی و درمان است. DLQI شامل ده سوال با پاسخ‌هایی در چهار طیف (خیلی زیاد، زیاد، کم و اصلاً) که به صورت ۳ و ۲ و ۱ و ۰ امتیاز دهی می‌شود. پاسخ‌های نامربوط و مواردی که جواب داده نشوند نمره صفر می‌گیرند. امتیاز نهایی جمع نهایی نمرات است که در فاصله ۰ - ۳۰ قرار می‌گیرد. نمره بیشتر نشان دهنده تاثیر پذیری بیشتر کیفیت زندگی از مشکلات پویتی است (۲۹ و ۳۰). این پرسشنامه پیش از این به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته بود (۳۱).

پرسشنامه استاندارد SF-36: کیفیت زندگی بیماران با استفاده فرم کوتاه ۳۶ سوالی (SF-36) اندازه گرفته شد (۲۴). این پرسشنامه یک ارزیابی چند بعدی عمومی از کیفیت زندگی است. هشت زیر مقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش با توجه به مشکلات سلامتی جسمی، محدودیت نقش با توجه به مشکلات عاطفی، سلامت روانی، سرزندگی، درد و درک سلامت عمومی. امتیاز این پرسشنامه از صفر تا صد است که امتیاز بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این پرسشنامه همچنین دو زیر مقیاس کلی سلامت روانی و جسمی را پوشش می‌دهد (۳۱). نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 اعتبار یابی شده و پیش از این مورد استفاده قرار گرفته است (۳۲ و ۳۳).

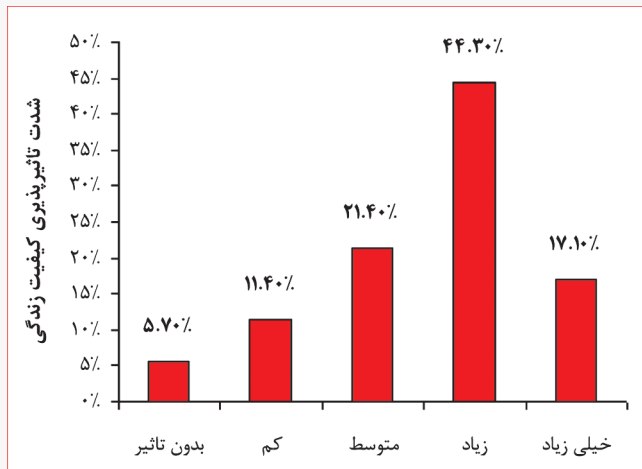
لیشمانیوز پویتی یا سالک یک بیماری خود محدود شونده است اما به دلیل دوره طولانی ابتلا، بر جای گذاشتن بافت جوشگاه و تخریب ساختمان‌های مجاور مثل گوش و بینی نیاز به درمان دارد. علاوه بر این در ۱۰ درصد موارد بیماری به صورت مزمن در می‌آید (۱۶). از طرف دیگر عوارض باکتریائی ثانویه شامل عفونت نسوج سطحی و عمقی، آبسه، سیتی سمی، و حتی کزاز از عوارض زخم سالک می‌باشد که ممکن است موجب ناتوانی و حتی مرگ بیمار گردد. اگر چه میزان بروز این عوارض ناچیز است ولی باتوجه به گستردگی بیماری سالک احتمالاً تعداد بیمارانی که دچار این عوارض می‌گردند قابل توجه خواهد بود (۱۷) لیشمانیوز جلدی به عنوان یک مشکل بهداشتی در جهان از اهمیت خاصی برخوردار است. با وجود اینکه انواع مشاهده شده در ایران باعث مرگ و میر نمی‌شود ولی به دلایل مختلفی نظیر هزینه‌های نسبتاً سنگین درمانی و عوارض ناشی از درمان‌های مختلف آن اهمیت این بیماری آشکار می‌شود (۱۸). سازمان جهانی بهداشت استفاده از ترکیبات چند طرفی آنتی‌بیوتیک مثل گلوگان‌تیم را به صورت تزریقات مکرر عضلانی یا داخل ضایعه برای درمان سالک توصیه کرده است (۱۹ و ۲۰).

بیماری‌های پویتی هر چند کشنده نبوده و مانع فعالیت روزمره نمی‌شود اما مانند سایر بیماری‌ها کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند به ویژه وقتی نشانه‌های بیماری در نواحی آشکار بدن مانند پوست آشکار شود (۲۱). عمده نشانه‌های بیماری سالک نیز در نواحی باز بدن مانند صورت و دست‌ها مشاهده می‌شود لذا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سالک نیز در آستانه تهدید قرار دارد. مفهوم کیفیت زندگی در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ به عنوان بخشی از شاخص‌های زندگی اجتماعی پدیدار شد. کیفیت زندگی، بیشتر در حوزه طب و پزشکی، برای سنجش و اندازه‌گیری نوع و حالت بیماری و تاثیر آن در ابعاد مختلف زندگی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲). ماهیت چند بعدی کیفیت زندگی به کثرت تعریف‌ها و پرداخت به ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و درمان اشاره دارد. ماهیت ذهنی آن به معنی درک شخصی فرد از وضعیت زندگی خویش می‌باشد و ماهیت دینامیک آن به معنای متغیر بودن کیفیت زندگی طی گذشت زمان به علت آثار بیماری یا درمان است (۲۳). به لحاظ اهمیت و دامنه فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن در بیماران مورد کنکاش بسیار قرار گرفته است (۲۴) سازمان جهانی بهداشت (۲۵-۲۷) اندازه‌گیری کیفیت زندگی خود می‌تواند در جهت درک شدت بیماری و ارزیابی خدمات درمانی بهتر به این افراد و برنامه ریزی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها و ارائه توصیه‌های پیشگیرانه به آن‌ها مفید باشد. لذا با توجه به مطالب یاد شده و توصیه سازمان جهانی بهداشت در زمینه تحقیق در جنبه‌های مختلف این بیماری مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سالک شهرستان فسا در محدوده زمانی ۱۳۸۸-۸۹ طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و به روش مقطعی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه مورد بررسی بیماران مبتلا به سالک بودند که

اطلاع قبلی از بیماری سالک کیفیت زندگی اختصاصی پوستی کمتر تحت تاثیر قرار گرفته بود ($P = 0/009$). زندگی بیماران که زخم آن‌ها ترشح ($P = 0/008$)، سوزش ($P = 0/002$)، خارش ($P < 0/001$) داشت بیشتر از سایر افراد تحت تاثیر قرار گرفته بود (جدول ۲). نمره کل پرسشنامه DLQI با سن رابطه معکوس ($r = -0/312$) و با طول مدت ابتلا رابطه مستقیم ($r = 0/327$) داشت. نمره کل کیفیت زندگی پوستی به جز با برداشت از سلامت عمومی ($P = 0/074$) با سایر ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی دار و معکوس داشت (جدول ۳). در این میان عملکرد اجتماعی بیشترین رابطه ($r = -0/506$) و با محدودیت ایفای نقش اجتماعی کمترین رابطه ($r = -0/321$) را داشت (جدول ۳).



نمودار ۱- سطح تاثیر پذیری کیفیت زندگی از بیماری سالک

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لیشمانیوز پوستی در شهرستان فسا بود که بر اساس نتیجه حاصل کیفیت زندگی تقریباً نیمی از جمعیت مورد بررسی تحت تاثیر مشکلات پوستی قرار گرفته بود. نتایج مطالعه نشان داد که احساس و نشانه‌ها بیشترین و روابط شخصی و اجتماعی کمترین تاثیر را از بیماری سالک گرفته بودند. در مطالعه صافی‌زاده ۱۳۸۹ نیز احساسات و عواطف بیشترین تاثیر را از بیماری پوستی ملاسما پذیرفته بود و بعد از آن مربوط به و روابط شخصی کمتر تحت تاثیر علائم بیماری قرار گرفته بود (۳۴). از آنجا که بهشتی ۱۳۸۸ نشان داده بود که حمایت اطرافیان و نحوه برخورد آن‌ها می‌تواند بر کیفیت زندگی مبتلایان به آکنه تاثیر بگذارد (۳۵). لذا شاید بتوان گفت که توجه به احساسات و حفظ روابط شخصی می‌تواند سبب افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سالک علی‌رغم علائم آزار دهنده باشد. همچنین در این مورد می‌توان حمایت‌های خانواده و اطرافیان، اعتقادات مذهبی و جامعه را دخیل در افزایش کیفیت زندگی دانست.

بر اساس یافته‌ها کیفیت زندگی اکثریت افراد مبتلا تاثیر عمیق و بسیار عمیقی از بیماری گرفته بود. بیماری‌های پوست از راه‌های گوناگون مانند: علائم از جمله خارش و درد، فشارهای روحی و روانی، تاثیر بر برخوردها و روابط اجتماعی و خانوادگی همچنین مشکلات

یافته‌ها با شاخص‌های میانگین و فراوانی نمایش داده شد. مقایسه کیفیت زندگی پوستی در زیر گروه‌های جمعیت با استفاده از آزمون‌های تی و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. رابطه بین کیفیت زندگی پوستی و کیفیت زندگی عمومی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. کلیه محاسبات در محیط نرم افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago, Ill) نسخه ۱۳ انجام شد. مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

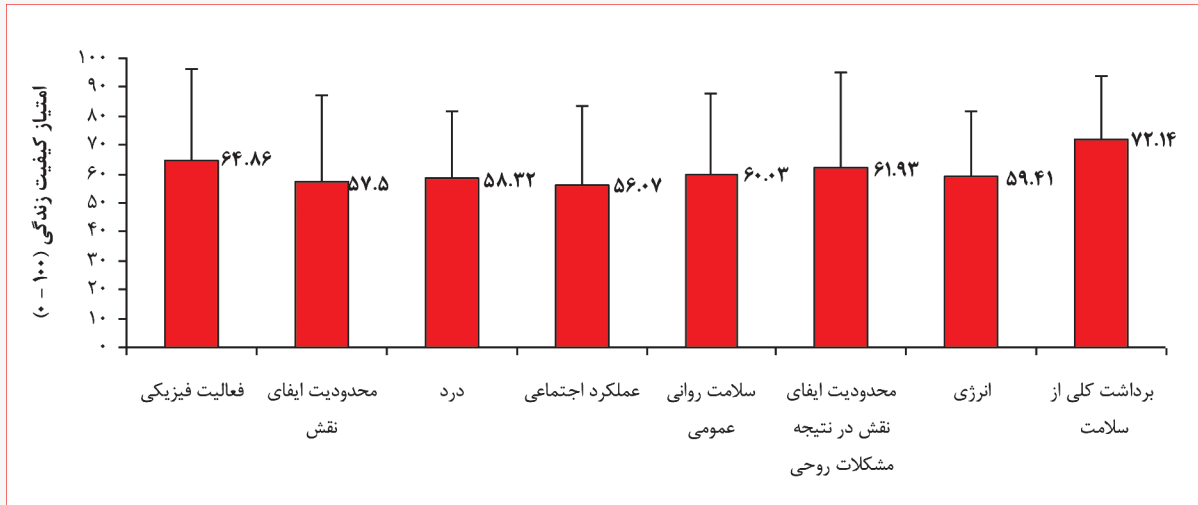
میانگین سنی ۷۰ بیمار مبتلا به سالک که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند برابر با 31 ± 15 سال و طول مدت ابتلا در این افراد برابر با $3/13 \pm 1/7$ ماه بود. متوسط اندازه زخم اندازه‌گیری شده $4/98 \pm 3/49$ میلی‌متر مربع بود. زخم سالک در ۳۸ نفر (۵۴/۳٪) در دست، ۱۶ نفر (۲۲/۹٪) در صورت، ۱۵ نفر (۲۱/۴٪) در پا و در یک نفر (۱/۴٪) در پشت بود.

میانگین نمره کیفیت زندگی اختصاصی پوستی در افراد فوق $13/7 \pm 7/8$ واحد بود. احساس و نشانه‌ها با امتیاز $3/1 \pm 1/7$ واحد بیشترین تاثیر و روابط شخصی با امتیاز $2/1 \pm 1/3$ واحد کمترین تاثیر را از بیماری سالک گرفته بودند (جدول ۱). به این ترتیب کیفیت زندگی چهار نفر (۵/۷٪) از افراد مورد بررسی به هیچ وجه تحت تاثیر بیماری قرار نداشت در حالی که کیفیت زندگی ۳۱ نفر (۴۴/۳٪) تاثیر عمیق و در ۱۲ نفر (۱۷/۱٪) تاثیر بسیار عمیقی از بیماری گرفته بود (نمودار ۱). نمودار ۲ وضعیت کیفیت زندگی عمومی افراد را نمایش داده است که بر اساس آن مشخص می‌شود مقیاس‌های عملکرد اجتماعی ($56/1 \pm 27/7$)، محدودیت‌های ایفای نقش ($57/5 \pm 29/6$) و درد ($58/3 \pm 23/2$) کمترین امتیاز و مقیاس‌های برداشت از سلامت عمومی ($72/1 \pm 21/5$) و فعالیت فیزیکی ($64/9 \pm 31/5$) بیشترین امتیاز را داشتند.

کیفیت زندگی اختصاصی پوستی افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل تحت تاثیر زخم سالک قرار گرفته بود ($P = 0/001$). در افرادی با

جدول ۱- کیفیت زندگی پوستی (DLQI) بیماران مبتلا به سالک

دامنه امتیاز	امتیاز		درصد تاثیر
	میانگین	انحراف معیار	
احساس و نشانه‌ها	۶/۰۹	۱/۷۴	۵۱/۵
فعالیت روزانه	۲/۹۶	۱/۸۸	۴۹/۳
فرصت	۲/۷۴	۱/۸۹	۴۵/۷
کار و تحصیل	۱/۳۶	۱/۳۴	۴۵/۳
روابط شخصی	۲/۱۱	۱/۲۶	۳۵/۲
درمان	۱/۴۱	۰/۹۷	۴۷/۰
نمره کل	۱۳/۶۷	۷/۸۱	۴۵/۶



نمودار ۲- کیفیت زندگی عمومی (SF-36) بیماران مبتلا به سالک

جدول ۲- مقایسه کیفیت زندگی پوستی (DLQI) بیماران مبتلا به سالک در زیر گروه‌های جمعیتی

p-value	آماره	امتیاز کل پرسشنامه کیفیت زندگی پوستی (۰-۳۰)		درصد	تعداد		
		میانگین	انحراف معیار				
۰/۱۸۳	t=1.345	۷/۸۸	۱۲/۳۱	٪۴۵/۷	۳۲	جنسیت	مرد
		۷/۶۶	۱۴/۸۲	٪۵۴/۳	۳۸		زن
۰/۰۰۱	t=3.436	۶/۴۲	۱۰/۵۲	٪۴۷/۱	۳۳	وضعیت تاهل	متاهل
		۷/۹۳	۱۶/۴۹	٪۵۲/۹	۳۷		مجرد
۰/۵۱۲	t=0.659	۵/۰۴	۱۳/۱۱	٪۵۴/۳	۳۸	محل سکونت	شهر
		۱۰/۲۲	۱۴/۳۴	٪۴۵/۷	۳۲		روستا
۰/۱۱۵	F=2.238	۸/۹۴	۱۱/۷۵	٪۱۷/۱	۱۲	تحصیلات	بی سواد
		۷/۸۸	۱۵/۵۶	٪۵۱/۵	۳۶		کمتر از دیپلم
		۶/۵۱	۱۱/۶۴	٪۳۱/۴	۲۲		دیپلم و بالاتر
۰/۰۰۹	t=2.695	۷/۱۱	۱۲/۰۴	٪۶۸/۶	۴۸	آیا از سالک چیزی شنیده‌اید؟	بلی
		۸/۲۲	۱۷/۲۳	٪۳۱/۴	۲۲		خیر
۰/۷۹۱	t=0.266	۸/۱۳	۱۳/۸۶	٪۶۲/۹	۴۴	سابقه خانوادگی	بلی
		۷/۳۸	۱۳/۳۵	٪۳۷/۱	۲۶		خیر
۰/۳۰۶	t=0.306	۱۰/۰۹	۱۵/۴۴	٪۲۲/۹	۱۶	محل زخم	صورت
		۷/۰۲	۱۳/۱۵	٪۷۷/۱	۵۴		سایر اندام‌ها
۰/۰۰۸	t=2.747	۷/۴۳	۱۴/۷۳	٪۸۴/۳	۵۹	تراوش	بلی
		۷/۶۶	۸/۰۰	٪۱۵/۷	۱۱		خیر
۰/۰۰۲	t=3.305	۷/۲۸	۱۴/۹۸	٪۸۲/۹	۵۸	سوزش	بلی
		۷/۴۰	۷/۳۳	٪۱۷/۱	۱۲		خیر
<۰/۰۰۱	t=3.787	۷/۳۸	۱۵/۰۷	٪۸۴/۳	۵۹	خارش	بلی
		۵/۵۶	۶/۱۸	٪۱۵/۷	۱۱		خیر
۰/۸۳۵	t=0.209	۷/۵۹	۱۳/۳۹	٪۳۲/۹	۲۳	خون ریزی	بلی
		۷/۹۹	۱۳/۸۱	٪۶۷/۱	۴۷		خیر
۰/۲۴۸	t=1.165	۷/۶۰	۱۵/۲۷	٪۳۱/۴	۲۲	زخم باز	بلی
		۷/۸۶	۱۲/۹۴	٪۶۸/۶	۴۸		خیر

بررسی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی نشان داد که عملکرد اجتماعی، محدودیت‌های ایفای نقش و درد کمترین امتیاز و مقیاس‌های برداشت از سلامت عمومی و فعالیت فیزیکی بیشترین امتیاز را در بیماران مبتلا به سالک داشتند. بر اساس مطالعه بهروز نبی ۱۳۸۱ بیماری پوستی پسوریازیس هم در توانایی فیزیکی و جسمی مبتلایان چندان اختلال ایجاد نمی‌کند ولی به علت مشکلات بیماری اثرات عمده‌ای در وضعیت روحی و احساسی بیماران داشته و موجب افت عملکرد اجتماعی آن‌ها می‌شود (۴۰).

نمره کل کیفیت زندگی پوستی به جز با بیشتر ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار و معکوس داشت. در این میان عملکرد اجتماعی بیشترین رابطه و با محدودیت ایفای نقش اجتماعی کمترین رابطه را داشت. چنین می‌توان نتیجه گرفت که علی‌رغم کاهش کیفیت زندگی ناشی از محدودیت‌ها و مزاحمت‌های ضایعه در فعالیت‌های فردی یا مشاغل مختلف بیماران سلامتی خود را در سطح خوبی تصور می‌کنند و این ضایعات را کمتر به عنوان عارضه موثر در سلامت عمومی تعبیر می‌کنند. مطالعات پیشین ثابت کرده است که جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماری اغلب سلامت عمومی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (بالک و ویشنان ۲۰۰۶) (۴۱).

یافته‌های مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی پوستی با طول مدت ابتلا به ضایعه رابطه مستقیم داشت ولی رابطه معنی‌داری میان اندازه ضایعه و کیفیت زندگی مشاهده نشد. مطالعه دی ایلویو و همکاران در آلمان نشان داد هیچ رابطه معنی‌داری در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران پوستی با شدت و وسعت ضایعه پوستی مشاهده نشد (۴۲). مطالعه صافی زاده ۱۳۸۹ نیز نشان داد شدت وجود ضایعات همواره تعیین‌کننده سطح کیفیت زندگی نمی‌باشد بلکه برداشت ذهنی بیمار از وضعیت ظاهری پوست است که تعیین‌کننده کیفیت زندگی می‌باشد (۳۴). تاثیر پذیری کیفیت زندگی از ضایعات با توجه به محل آن‌ها متفاوت است. هر چند در این مطالعه زخم سالک عمدتاً بر روی دست قرار داشت ولی وجود زخم‌های آشکار به ویژه در ناحیه صورت بیشترین تاثیر را بر کیفیت زندگی خواهد داشت. این نوع از ضایعات به علت تاثیری که بر زیبایی و ظاهر افراد دارد مستقیماً کیفیت زندگی افراد و به ویژه سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. (انتظاری و همکاران) (۲۱).

نتایج این مطالعه همراستا با مطالعه صافی زاده ۸۹ (۳۴) نشان داد کیفیت زندگی پوستی افراد مبتلا به سالک با سن رابطه معکوس دارد به عبارتی با افزایش سن کیفیت زندگی بهتر شده بود که احتمالاً به علت کسب جایگاه اجتماعی با افزایش سن و سازگاری با بیماری و در سنین پایین‌تر با تاثیر بیشتر روی افراد جوان و مجرد و دیدگاه آنان نسبت به زندگی آینده و اطرافیان مرتبط دانست. پایین‌تر بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه و اختلالات پیگمانتاسیون ممکن است ناشی از در معرض دید بودن این ضایعات و نیز جوانتر بودن این بیماران نسبت به سایر بیماران باشد.

در این مطالعه سطح تحصیلات افراد مبتلا به سالک تاثیری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری پوستی نداشته است. که موافق یافته‌های حسن پور بوده است. اما بر اساس مطالعه هادی و مطالعه

جدول ۳- رابطه کیفیت زندگی پوستی با سن، طول مدت ابتلا، اندازه زخم و کیفیت زندگی عمومی (SF-36)

امتیاز کل پرسشنامه کیفیت زندگی پوستی	
ضریب همبستگی	معنی داری
سن	۰/۰۰۸
طول مدت ابتلا به سالک	۰/۰۰۶
اندازه زخم	۰/۸۷۹
فعالیت فیزیکی	۰/۰۴۱
محدودیت ایفای نقش	<۰/۰۰۱
درد	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	<۰/۰۰۱
سلامت روانی عمومی	<۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش در نتیجه مشکلات روحی	<۰/۰۰۱
انرژی	<۰/۰۰۱
برداشت کلی از سلامت	۰/۰۷۴

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36

درمانی مانند بار مالی و اتلاف وقت می‌تواند زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. جایا پراکاسام (۲۰۰۶) (۳۶). از آنجایی که دوره خم‌های حاد لیشمانیوز پوستی به ویژه نوع خشک حداقل یک و حتی تا ده سال به طول می‌انجامد باعث خستگی و مراجعات متعدد بیماران به مراکز مختلف درمانی و صرف هزینه‌های اضافی می‌گردد. (افلاطون و همکارانش ۱۳۸۹) (۳۷) در این مطالعه نیز یکی از عوامل تاثیر گذار در کیفیت زندگی علائم و نشانه‌ها بود.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میزان آگاهی افراد در مورد بیماری سالک، وضعیت تاهل، طول مدت ابتلا و وجود علائمی چون خارش سوزش همچنین ترشحات زخم بر کیفیت زندگی تاثیر گذار می‌باشند. از بین عوامل فوق سطح آگاهی بیماران یک عامل قبل تغییر و مداخله پذیر می‌باشد و به نظر می‌رسد با افزایش آگاهی بتوان سطح کیفیت زندگی این افراد را افزایش داد. مطالعات مشابهی نیز در این خصوص انجام شده است. نیلی فروش زاده ۲۰۰۹ جهت پیشگیری از بروز عفونت‌های ثانویه و در نتیجه باقی ماندن اسکار افزایش آگاهی بیماران از طریق آموزش را پیشنهاد داده بود (۳۸). خاتمی ۲۰۰۷ نیز آگاهی بیماران در مورد بیماری لیشمانیوز پوستی را سبب ارتقا مراقبت‌های سلامتی آنها دانسته است (۳۹). نتایج مطالعه خانی جیحونی ۱۳۸۸ نشان داد برنامه آموزشی بر اساس الگوی بزنف، منجر به تغییر رفتار آموزش بهروزان می‌شود که در نهایت، این رفتار آموزش بهروزان، موجب انجام اقدامات پیشگیرانه از سالک در خانواده‌های تحت پوشش آنان می‌گردد (۷).

مورد راه‌های پیشگیری ضروری به نظر می‌رسد. کمبود مقالات مشابه در زمینه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به لیشمانیوز پوستی جهت مقایسه نتایج و عوامل موثر از محدودیت‌های مطالعه است. با توجه نتایج پژوهش تاثیر پذیری بعد عملکرد اجتماعی از بیماری سالک پیشنهاد می‌شود مداخلاتی نظیر حمایت‌های اجتماعی و مشاوره روانی در جهت تقویت این بعد مخصوصا در رده سنی جوانان همچنین اطلاع رسانی قبلی به افراد جامعه در جهت پیشگیری از بروز بیماری و آموزش روش‌های موثر برای کاهش دوره بیماری و کاهش یا حذف آثار زخم انجام گردد.

تشکر و قدردانی

در نهایت از دانشگاه علوم پزشکی فسا جهت همکاری در اجرای این طرح و همچنین از اساتید، دانشجویان و همکاران شاغل در مرکز بهداشت شهرستان و کلیه افراد مبتلا که نهایت همکاری را با ما داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Saebi E. Parasitic Diseases in Iran (Euokaryots). 2nd ed. Tehran: Aeizh Press; 2009.P.183-184. [in Persian]
2. World Health Organization (Updated 2002): Division of tropical diseases, Leishmaniasis control home page. www.who.Int/health – topics / Leishmaniasis.html.
3. World Health Organization. Control of leishmaniasis. Report by the secretariat. 2006
4. Doroodgar A, Tashakor Z. Effect of education on teacher s knowledge about Cutaneous Leishmaniasis in Kashan in 2000-2001. Feyz Journal. 2003;27(8):63-57. [Article in Persian]
5. Athari A, Jalallu N. Epidemiological survey of cutaneous leishmaniasis in Iran 2001-2005. Sci j Isfahan Univ Med Sci. 2006;24(82):8-13. [Article in Persian]
6. Shojaei Tehrani H. Textbook of preventive and social medicine. Tehran: Samat; 2001. P. 315.
7. Khani Jeyhoonl A, Hatami M, Kashfi SM, Heshmati H. The Effectiveness of Education Based on Basnef Model Program in Promotion of Preventive Behavior of Leishmaniasis among Health Workers and Families under Health Centers Coverage. Jfums. 2012;2(5):140-144. [Article in Persian]
8. Mazloom S, Servat F. The survey of Knowledge, attitude and practice about leish-maniasis, a descriptive Study in Fronye Maybod. Journal of school health Yazd university of medical science. 2006;2(1):32-38. [Article in Persian]
9. Mohajeri M, Boloursaz M, Hashemiyani A. the study of prevalence of cutaneous leishmaniasis in school students in Mashhad. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2001;72(1):54-56.
10. Javadian E, Nadim A, Tahvildari A, Assefi V. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Korassan Iran. Bull Soc Exot Filiales. 1976;69(2):143-140.
11. Moaddeb A, Gettner S, Ardehali S. Studies on the causative agent of cutaneous leishmaniasis in Shiraz Iran. Iran J Med Sci. 1993;18(1,2):33-28.
12. Salimi MA. Clinical and epidemiological comparison on the cutaneous leishmaniasis in the city and villages of Isfahan. Iran J Public Health. 2000;2(4):214-219.
13. Nadim A, Seyedi RMA. A brif review of the epidemiology of various types of leishmaniasis in Iran. Acta Med Iran. 1971;8(4):99-106.
14. Islamic Republic of Iran Ministry of Health & Medical Education. Principles of disease prevention and surveillance. Tehran: center for disease control; 2007:249. [in Persian]
15. (News Center) Fars-Islamic Republic of Iran broadcasting, Leishmania is a prevalent epidemic in the Fasa city, on the site http://fars.irib.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=5642:manafi&catid=257&Itemid=236
16. Asiliyan A. Cutaneous leishmaniasis, and treatment and prevention. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences publication; 1992.P. 40.
17. Ministry of Health and Medical Education center for disease control cutaneous leishmaniasis care guidelines. Islamic Republic of Iran Ministry of Health & Medical Education. Principles of disease prevention and surveillance. Tehran: center for disease control.
18. Ardehali SD, Rezaee HR, Nadim AH. Leishmaniasis and Leishmania parasite. 1st ed. Tehran: Tehran University Publication Center; 1985. [Article in Persian]
19. Desjeup P. Human leishmaniasis; Epidemiology and Public Health aspects. World state. 1992;45:267-75.
20. World Health Organization (WHO) Technical Report series. The leishmaniasis. 1984:1056.
21. Entezari A, Nabaei L, Moravvej Farshchi H, Meshkat Razavi G, Tousei P. Quality of Life in Outpatients Dermatologic Clients. Pajoohandeh Journal. 2008; 13(1): 65-69.
22. Aghapoor A, Moser M. Effects of Socio-Cultural Factors on Quality of Life in a Group of Soldiers: Based on Quranic



- Teachings. *Quran and Medicine*. 2011;23(2):1-9. [Article in Persian]
23. Van lankveld W, Naring G, Van der Staak C, Van t Pad Bosch P, Van de. arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well-being. *Behav Med*. 1993; 302(1):321-6.
24. Rahimy M, Khayer M. The pattern of communication and quality of life for high school student in Shiraz. *Journal of Educational Studies and University of Mashhad*. 2007;1:5-25. [Article in Persian]
25. Bonomi AE, Patrik DL, Bushnell DM. Quality of life (WHOQPL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(1):1-12.
26. Jofre R, Lopez-Gomez JM, Valderrabano F. Quality of life for patient groups. *Kidney international*. 2000;57(Suppl: 74):S121-S130.
27. Orley J. Programme on Mental health WHO. WHOQOL-BREF: Interodution , Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Switzerland, Geneva, 1996.
28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.
29. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-16.
30. Hongo Y, Thomas CL, Harrison MA. Translating the science of quality of life into practice: what do dermatology life quality index score means? *J Invest Dermatol*. 2005;125(4): 659-664.
31. Davoudi SM, Sadr SB, Naghizadeh MM, Mohammadi-Mofrad M, Panahi Y. Impact of pruritus on quality of life in sulfur mustard-exposed Iranian veterans. *International Journal of Dermatology*. 2008 ;47(6):557-561.
32. Shield SF, McGrath MM, Goss TF. Assessment of health related quality of life in kidney transplant patients receiving tacrolimus (FK-506)- based versus cyclosporine-based immunosuppression. *Transplantation*. 1997; 64(12):1738-43.
33. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandec B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
34. Safizadeh H, Shamsi Meymandi S, Bani Hashemi Y. Quality of life in women with melasma. *Journal of Dermatology and Cosmetic*. 2010;4(1):179-186. [Article in Persian]
35. Beheshty A, Barikani A. Assessment of life quality in high school students with acne disease in Ghazvin. *HBI_Journals -ISMJ*. 2009;12(1):60-66. . [Article in Persian]
36. Ansarin H, Kabir A, Mirishekarab AA. Comparison of Dermatologic Patients Quality of Life with Healthy People. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2003;9(32): 649-658. . [Article in Persian]
37. Aflatoonian MR, Sharifi I. Prevalence Rate of Cutaneous Leishmaniasis in Bam District during 20 Years (1988-2007). *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2010;17(4):297-306. [Article in Persian]
38. Nilforoushzadeh MA, Roohafza H, Jaffary F, Khatuni M. Comparison of Quality of Life in Women Suffering from Cutaneous Leishmaniasis Treated with Topical and Systemic Glucantime along with Psychiatric Consultation Compared with the Group without Psychiatric Consultation. *Journal of Skin & Leishmaniasis*. 2010;1(1):28-32
39. Khatami A. Development of a Disease-Specific Instrument for Evaluation of Quality of Life in Patients with Acute Old World Cutaneous Leishmaniasis in Adult Iranian Patients: A Study Protocol. Umeå International School of Public Health Epidemiology and Public Health Sciences; Department of Public Health and Clinical Medicine Umeå University, Umeå; Sweden; 2007.
40. Nabaei B, Safizadeh H, Halaji Z. A study concerning quality of life among patients with Psoriasis compared with general population. *Iranian Journal of Dermatology*. 2002;5(19):15-21.
41. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. health and quality of life outcome. 2006; 4: 35, doi :10.1186/1477-6525-4-35.
42. Riccioni G, D'Orazio N, Di Ilio C, Menna V, Guagnano MT, Della Vecchia R. Quality of Life and clinical symptoms in asthmatic subjects. *J Asthma*. 2004; 41(1): 85-9.



Original Article

A study on the life quality of patients suffering from leishmaniasis

Noorpisheh SH^{1*}, Naghizadeh MM², Nikrouz L³

1- Department of Microbiology, University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

2- Department of Social Medicine, University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

3- School of Nursing, University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

Received: 28 Dec 2012

Accepted: 15 Jun 2013

Abstract

Background & Objective: skin lesions, Scars and psychiatric disorders are an important issue in the life of patients with coetaneous leishmaniasis. The prevalence of Leishmaniasis has been increasing in Fasa, therefore this study assesses the life quality of patients suffering from leishmaniasis in Fasa between 2010-2011.

Materials & Methods: This descriptive - cross sectional study was conducted in 2010 on 70 patients with coetaneous leishmaniasis that were referred to Fasa health center. The Data was collected by the three questionnaires, demographic, SF-36 and DLQI. In order to compare the quality of skin life was assessed in subgroups using t-tests and ANOVA. The relationship between quality of life and quality of life skin was calculated with Pearson correlation.

Results: in this study, the mean of DLQI scores in patients was 13.7. The findings show that There is an inverse relationship between the score and age of the subjects ($r= 0.312$). But there is a direct relationship between the score with its duration. The highest mean score of the quality of the subjects' attitude towards general health (72.1 ± 21.5), but the lowest was towards the subjects social performance (56.1 ± 27.7).

Conclusion: The study can be conducted to determine the factors associated with the quality of life and physical and psychological harm must be prevented with planning.

Keywords: Quality of life, quality of life, Cutaneous Leishmaniasis

* Corresponding author: Noorpisheh Shamsi, Department of Microbiology, University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

Tel:+98 7312220994

Email: noorpishehs@yahoo.com