

بررسی اثر آموزش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با پی‌دی‌فرون

چکیده

زمینه و هدف: هپاتیت ویروسی، هنوز یک معضل بهداشتی عمده در سراسر جهان محسوب می‌شود. رضایت از زندگی و احساس خوب بودن در بیماری مزمن، هدف اصلی مراقبت و درمان است. با این حال کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن بخصوص بیماران تحت درمان با اینترفرون، اغلب پایین‌تر از حد طبیعی است. هدف از انجام این مطالعه، بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن تحت درمان با پی‌دی‌فرون مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که مداخله آن، آموزش تزریق اینترفرون آلفا-2b (پی‌دی‌فرون) و پیگیری درمان مداوم با اینترفرون بوده است. نمونه‌گیری از نوع غیرتصادفی بوده و براساس مشخصات نمونه صورت گرفته است. تعداد 60 بیمار به صورت تصادفی در دو گروه 30 نفره آزمون و شاهد قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران کبدی (Chronic liver disease = CLDQ questionnaire) بود. برای گروه آزمون و همراهان، برنامه آموزشی به صورت 4 جلسه 45 دقیقه‌ای اجرا شد و بیماران به مدت 12 هفته پیگیری شدند. کیفیت زندگی بیماران هپاتیتی در دو مرحله قبل و 12 هفته پس از شروع اینترفرون تراپی و اجرای برنامه آموزشی، سنجیده شد و در پایان، کیفیت زندگی در دو گروه، قبل از مداخله و بعد از 12 هفته، با استفاده از آزمون WILCOXON SIGNED RANK TEST مقایسه گردید.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر عوامل دموگرافیک، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). امتیاز کلی کیفیت زندگی قبل از اجرای مداخله، در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان نداد ($P = 0.351$)، در حالی که 12 هفته پس از مداخله، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد ($P < 0.001$). آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد که امتیاز کلی کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از اجرای مداخله، اختلاف معنی‌داری دارد ($P < 0.001$) و نسبت به قبل بهبود یافته است، اما امتیاز کلی کیفیت زندگی در گروه شاهد، قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری نشان نداد ($P = 0.143$).
نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد بکارگیری برنامه‌های آموزشی ساده به میزان زیادی بر روی کنترل فرد بر روی بیماری و عوارض جانبی تأثیر داشته و نهایتاً باعث بهبود کیفیت زندگی و احساس رضایت از زندگی در فرد شده و تحمل رژیم درمانی را آسان‌تر می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: ۱- آموزش ۲- هپاتیت ویروسی ۳- کیفیت زندگی ۴- اینترفرون تراپی

*احمدعلی اسدی نوقابی I

میترا زندی II

عباس مهران III

دکتر سیدمؤید علویان IV

علی حسن‌پور دهکردی V

تاریخ دریافت: ۸۵/۵/۲۳، تاریخ پذیرش: ۸۵/۹/۲۰

مقدمه

طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲، ۷۹۶۰۰۰ مورد مرگ، به دنبال سیروز و ۶۱۶۰۰۰ مورد، به بیماری مزمن کبدی عامل ۱/۴ میلیون مرگ بوده است که دنبال کانسر کبدی اولیه رخ داده است. حداقل ۲۰٪ این مرگ

(I) عضو هیأت علمی و کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، میدان توحید، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول).

(II) عضو هیأت علمی و کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قم، قم، ایران.

(III) عضو هیأت علمی و کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، تهران، ایران.

(IV) استاد و فوق تخصص بیماری‌های دستگاه گوارش، کبد و مجاری صفراوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی بقیه‌ا...، تهران، ایران.

(V) عضو هیأت علمی و کارشناس ارشد پرستاری (داخلی جراحی)، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

شبه آنفولانزا باعث آسیب به کیفیت زندگی بیماران می‌شود.^(۱۱) مطالعات نشان می‌دهند که با پیشرفت بیماری کبدی و درمان نامؤثر آنتی‌ویرال، کیفیت زندگی، سلامت روحی و جسمی بیماران به طور فزاینده‌ای آسیب می‌بیند.^(۱۲) عوارض ناشی از درمان بر روی کیفیت زندگی فرد و توانایی وی در رعایت رژیم درمانی تاثیر می‌گذارد.^(۸) در طول درمان با اینترفرون آلفا-2b، بیماران باید به دقت از نظر عوارض جانبی مانیتور شوند^(۱۳)، بنابراین نظارت سریع و مناسب حین درمان جهت کاهش این عوارض تا حد امکان ضروری است.^(۸) این درمان‌ها به هر حال درجات مختلفی از عوارض جانبی نظیر خستگی، درد عضلانی، علائم شبه آنفولانزا و تغییر در وضعیت خلقی و میل جنسی ایجاد می‌کنند که ممکن است تأثیر منفی بر روی حیات بیمار، تعاملات اجتماعی و توانایی انجام کار و دیگر فعالیت‌های وی داشته باشد. اهمیت عوارض جانبی ناشی از درمان‌ها، اساس تصمیم‌گیری پزشک و بیمار و نیز شروع یا قطع درمان قبل از تکمیل دوره کامل درمان‌ها را تشکیل می‌دهد. قطع درمان پیش از تکمیل دوره درمان، نشان دهنده عدم تحمل بیمار است.^(۱۴) سایر عوارض شامل ریزش مو، سرکوب مغز استخوان و اثرات روحی - روانی (افسردگی، ترکیب‌پذیری، تغییرات شناختی و آپاتی) است.^(۱۵) عوارض پی‌دی‌فرون از چند ساعت پس از تجویز شروع شده و با ادامه مصرف پس از چند هفته، بیماران نسبت به آن تحمل پیدا می‌کنند.^(۱۵)

آموزش مؤثر بیماران و دارو درمانی مناسب، در توانا ساختن بیمار به رعایت رژیم درمانی که ۴۸-۲۴ هفته (بسته به سطح ویروس و ژنوتیپ ویروس) طول می‌کشد، حیاتی است. از طرفی مانیتورینگ مکرر بیماران و اغلب تطبیق دوز دارو در طی دوره درمانی ضروری می‌باشد.^(۱۶) این عوارض گاهی موجب قطع درمان پس از چند روز از تجویز اینترفرون شده و از طرفی به علت عدم آگاهی در مورد نحوه مصرف آن که به صورت تزریقی است، تعداد زیادی از بیماران درمان را به پایان نبرده و قطع می‌کنند؛ لذا به نظر می‌رسد بررسی تأثیر بکارگیری یک برنامه آموزشی مناسب جهت تزریق صحیح اینترفرون توسط خود بیمار و آشنایی با

و میرها (بیش از ۲۸۰۰۰۰ مورد) به دلیل هپاتیت C مزمن بوده است.

هپاتیت C یکی از مهم‌ترین علل بیماری مزمن کبدی است. این ویروس عامل ۲۰٪ هپاتیت‌های حاد، ۷۰٪ از تمامی هپاتیت‌های مزمن، ۴۰٪ از سیروزهای کبدی، ۶۰٪ از موارد هپاتوسلولار کارسینوما و عامل ۳۰٪ از موارد پیوند کبد در اروپا است. همچنین مهم‌ترین عامل پیوند کبد در جهان است.^(۱) شیوع هپاتیت C مزمن در بخشهای مختلف جهان، متفاوت است (۵/۰-۱/۰٪ با یک پیک شیوع در کشور مصر که ۲۵-۲۰٪ گزارش شده است). به نظر می‌رسد شیوع هپاتیت C در ایران کمتر از ۱٪ باشد که بسیار کمتر از کشورهای همسایه است.^(۲) سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که بیش از ۳۰٪ از جمعیت جهان (۱۷۰ میلیون نفر) به هپاتیت C مبتلا هستند و در حدود ۸۵٪ از افراد مبتلا به هپاتیت C حاد، بیماری به سمت عفونت مزمن پیشرفت می‌کند. در حال حاضر هپاتیت C مهم‌ترین عامل ابتلا به کانسر کبد و نیز پیوند کبد می‌باشد.^(۳)

هپاتیت ویروسی B نیز یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جهان است. حدود ۲ میلیون نفر از جمعیت جهان مبتلا به این بیماری بوده و بیش از ۳۵۰ میلیون از این افراد، ناقل هپاتیت B هستند و تقریباً ۴۰-۱۵٪ از افراد مبتلا، به سمت سیروز، نارسایی کبد یا هپاتوسلولار کارسینوما پیشرفت می‌کنند.^(۵) در حال حاضر در کشور ما حدود ۲ میلیون نفر مبتلا به هپاتیت B وجود دارند که از این تعداد، حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر مبتلا به هپاتیت مزمن هستند.^(۶)

مؤثرترین روش درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C، درمان ترکیبی اینترفرون آلفا-2b (پی‌دی‌فرون) و ریباویرین است.^(۸) درمان ترکیبی پی‌دی‌فرون و ریباویرین، امروزه به عنوان درمان استاندارد هپاتیت C در نظر گرفته می‌شود که در بیش از ۵۰٪ بیماران مؤثر است، این درمان عوارض جانبی متعددی بویژه عوارض هماتولوژیک و روانی به همراه دارد.^(۹) در درمان هپاتیت B نیز از دو داروی پی‌دی‌فرون یا لامیوودین استفاده می‌شود.^(۱۰) درمان ترکیبی به دلیل عوارض جانبی از جمله سندرم

ضمناً از گروه آزمون خواسته شد تا ساعات و روزهای آزاد خود را در انتهای پرسشنامه جهت شرکت در جلسات آموزشی یادداشت نمایند، سپس جلسات آموزشی به صورت یک روز در هفته برگزار شد و در هر جلسه، پمفلت آموزشی مربوطه به بیماران ارایه شد. پیگیری بیماران به صورت Self-Report (با مراجعه حضوری در هر ماه) صورت گرفت. در هر جلسه آموزشی، حداکثر ۶ بیمار و ۶ همراه شرکت می‌نمودند. همراهان در این پژوهش نقش حمایتی (Supportive care) داشتند. ترتیب جلسات آموزشی به شرح ذیل بود:

- در جلسه اول، اهداف پژوهش، ماهیت بیماری و راه‌های انتقال، تشخیص و درمان بیان می‌شد و در انتهای جلسه نیز، جزوه آموزشی مربوطه در اختیار بیماران قرار می‌گرفت.

- در جلسه دوم، در مورد چگونگی تأثیر اینترفرون‌تراپی بر روند بیماری، عوارض شایع پس از تزریق و راه‌های مقابله و کنترل این عوارض توضیح داده می‌شد و جزوه آموزشی مربوطه ارایه می‌گردید.

- در جلسه سوم، نحوه تزریق اینترفرون به بیماران آموزش داده می‌شد و اشکالات آنها، رفع و پمفلت آموزشی ارایه می‌شد.

- در جلسه چهارم، نحوه تزریق اینترفرون توسط بیماران به خود، مشاهده و اشکالات آنها رفع می‌شد.

آموزش به مدت یک ماه برگزار شد و سپس بیماران به مدت ۱۲ هفته پیگیری شدند. بیماران در بدو ورود و در هفته ۱۲ پس از شروع درمان، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی را تکمیل نمودند.

نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS (version 13)، با استفاده از آزمون‌های مجذور کای (Chi-square)، فیشر (Fisher exact)، تی‌تست (T Test)، من‌ویتنی (Manvitni) و ویلکاکسون (Wilcoxon) با هم مقایسه گردیدند.

لازم به ذکر است که پس از اتمام کار، به منظور رعایت اصول اخلاقی، جزوات آموزشی در اختیار بیماران گروه شاهد قرار گرفت و نحوه تزریق صحیح اینترفرون به آنها آموزش داده شد.

عوارض و نحوه سازگاری با عوارض، ضروری است و موجب بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد؛ لذا پژوهش حاضر نیز به همین منظور صورت گرفته است. هدف از انجام این مطالعه، تعیین تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن تحت درمان با پی‌دی‌فرون می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون در مرکز هپاتیت تهران صورت گرفت. نمونه‌گیری از نوع غیرتصادفی و براساس مشخصات نمونه (سن ۶۰-۱۸ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های عفونی و سایر بیماری‌های مزمن، کاندید شدن برای پی‌دی‌فرون‌تراپی برای بار اول، عدم ابتلا به سیروز و ...) انجام شد. ۶۰ بیمار به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره آزمون و شاهد قرار گرفتند. به این صورت که بیماران مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران که دارای مشخصات نمونه بودند، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه به صورت یک در میان در گروه شاهد و آزمون قرار گرفتند و پرسشنامه‌های CLDQ و اطلاعات دموگرافیک بدون ذکر نام بیماران و صرفاً با شماره پرونده در هر دو گروه برای اولین بار با کمک پژوهشگر تکمیل شدند.

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران کبدی، اولین ابزار ویژه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کبدی بوده که به طور منطقی تغییر یافته است و شامل ابعاد خستگی، فعالیت فیزیکی، عملکرد عاطفی، علایم شکمی، علایم سیستمیک و نگرانی است. امتیاز هر بعد، با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود که امتیاز هر عنوان از ۱ تا ۷ متغیر می‌باشد. به طور کلی حداقل امتیاز این پرسشنامه، ۲۹ و حداکثر، ۲۰۳ است. اعتماد و اعتبار این پرسشنامه قبلاً در ایران سنجیده شده است.^(۱۷) اعتماد علمی پرسشنامه CLDQ از طریق همگنی درونی سنجیده شده که براساس آزمون آلفای کرون‌باخ، پایایی این پرسشنامه، بیش از ۹۵٪ می‌باشد.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک بیماران در دو گروه، در جدول شماره یک آورده شده و با هم مقایسه گردیده است که در هیچ یک از موارد، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشده است.

جدول شماره ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن کبدی در دو گروه شاهد و آزمون (مرکز هیپاتیت تهران، سال ۱۳۸۴)

خصوصیات	گروه شاهد	گروه آزمون	P
میانگین سن و انحراف معیار	۳۷/۲±۹/۵	۴۰/۳±۱۴/۹	۰/۳۳
جنس تعداد(درصد)			۰/۳۸۱
مذکر	٪۸۰(۲۴)	٪۷۳/۳(۲۲)	
مونث	٪۲۰(۶)	٪۲۶/۷(۸)	
سطح تحصیلات			
بی‌سواد	-	٪۱۰(۳)	۰/۱۹
ابتدایی و راهنمایی	٪۵۰(۱۵)	٪۵۳/۳(۱۶)	
دیپلم و بالاتر	٪۵۰(۱۵)	٪۳۶/۷(۱۱)	
وضعیت تأهل			
مجرد	٪۵۰(۱۵)	٪۴۳/۳(۱۳)	۰/۳۹۸
متاهل	٪۵۰(۱۵)	٪۵۶/۷(۱۷)	
تعداد فرزندان			
کمتر و مساوی ۲	٪۹۳/۳(۲۸)	٪۷۶/۷(۲۳)	۰/۱۴۵
بیش‌تر از ۲	٪۶/۷(۲)	٪۲۳/۳(۷)	
شغل			
کارگر	٪۲۳/۳(۷)	٪۱۳/۳(۴)	۰/۰۷۶
کارمند	٪۱۳/۳(۴)	٪۲۰(۶)	
خانه‌دار	٪۱۳/۳(۴)	٪۱۳/۳(۴)	
محصل	-	٪۲۰(۶)	
بازنشسته	٪۵۰(۱۵)	٪۳۳/۳(۱۰)	
طول مدت بیماری			
۱-۳ سال	٪۷۳/۳(۲۲)	٪۷۰(۲۱)	۱
۳-۶ سال	٪۱۳/۳(۴)	٪۱۶/۷(۵)	
بیش‌تر از ۶ سال	٪۱۳/۳(۴)	٪۱۳/۳(۴)	
دفعات بستری			
بستری نشده	٪۹۳/۳(۲۸)	٪۱۰۰(۳۰)	۰/۴۹۲
۱ بار	٪۶/۷(۲)	-	
نوع هیپاتیت			
هیپاتیت C	٪۶۶/۷(۲۰)	٪۸۰(۲۴)	۰/۲۴۳
هیپاتیت B	٪۳۳/۳(۱۰)	٪۲۰(۶)	

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه بیماران کبدی شامل ۶ بعد علایم شکمی، خستگی، فعالیت، علایم سیستمیک، نگرانی و عاطفی می‌باشد که تک‌تک این ابعاد، قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در گروه شاهد در بعد سیستمیک ($P=۰/۰۴$)، بین میانگین امتیاز قبل و بعد، تفاوت معنی‌داری وجود داشت و میانگین امتیاز این بعد در گروه شاهد پس از ۱۲ هفته کاهش یافته بود، اما در سایر ابعاد از قبیل علایم شکمی ($P=۰/۹۴$)، خستگی ($P=۰/۸۴$)، فعالیت ($P=۰/۰۸$)، نگرانی ($P=۰/۶۴$) و بعد عاطفی ($P=۰/۸$) اختلاف معنی‌داری بین قبل و بعد در گروه شاهد مشاهده نشد؛ در واقع میانگین امتیاز در این ابعاد تفاوت چندانی با قبل نداشته است.

بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد شکمی ($P=۰/۰۰۱$)، فعالیت ($P=۰/۰۰۱$)، نگرانی ($P=۰/۰۰۱$) و بعد عاطفی ($P=۰/۰۰۱$) در گروه آزمون، قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در بعد سیستمیک و خستگی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

با استفاده از آزمون من ویتنی، بعد از مداخله بین گروه آزمون و شاهد در ۳ بعد از ابعاد کیفیت زندگی، اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (علایم شکمی با $P=۰/۰۱$ ، بعد نگرانی با $P<۰/۰۰۱$ و بعد عاطفی با $P<۰/۰۰۱$)، اما در سایر ابعاد تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد.

حداقل امتیاز کیفیت زندگی در این پژوهش، ۲۹ و حداکثر، ۲۰۳ بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل از مداخله، ۱۵۴/۵ بدست آمد که پس از ۱۲ هفته به ۱۳۶/۹ رسید و نسبت به قبل سیر نزولی داشت اما آزمون فریدمن تفاوت معنی‌داری را در این رابطه نشان نداد ($P=۰/۱۴۳$).

در گروه آزمون، امتیاز کلی کیفیت زندگی از ۱۵۸/۶ در قبل از مداخله به ۱۷۰ افزایش یافت و آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی‌داری را بین قبل و بعد در این گروه نشان داد ($P<۰/۰۰۱$). داده‌ها مؤید آن است که قبل از آموزش، امتیاز کلی کیفیت زندگی بین دو گروه، اختلاف معنی‌داری نداشته است ($P=۰/۳۵۱$)، اما پس از مداخله، بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$).

جدول شماره ۲- امتیاز ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن کبدی در دو گروه شاهد و آزمون قبل و ۱۲ هفته بعد از مداخله (مرکز هیپاتیت تهران، سال ۱۳۸۴)

گروه آزمون		گروه شاهد		قبل از مداخله		۱۲ هفته پس از مداخله		حداقل و حداکثر امتیاز	امتیازها
میانگین	CD	میانگین	CD	میانگین	CD	میانگین	CD		
۱۷۰	۲۳/۶	۱۳۶/۹	۳۰/۶	۱۵۸/۶	۲۱/۴	۱۵۴/۵	۲۸/۵	۲۹-۲۰۳	امتیاز کلی کیفیت زندگی ابعاد
۱۹/۵	۳/۲	۱۵/۹	۵/۶	۱۷/۷	۳/۱	۱۵/۹	۵/۳	۳-۲۱	علائم شکمی
۱۸	۳/۶	۱۸/۷	۲/۷	۲۰	۱/۹	۱۹/۸	۱/۹	۳-۲۱	فعالیت
۲۶	۶/۹	۲۳	۷/۲	۲۶/۳	۶/۳	۲۳/۴	۸	۵-۳۵	خستگی
۲۹/۱	۵/۱	۲۶/۴	۶/۶	۲۹/۹	۴/۱	۲۸/۵	۵/۲	۵-۳۵	سیستمیک
۴۶/۵	۱۰/۶	۳۳	۹/۲	۴۰/۱	۹/۲	۳۳/۳	۹/۹	۸-۵۶	عاطفی
۳۰/۲	۶/۳	۲۱/۹	۷/۴	۲۴/۱	۵/۳	۲۲/۳	۶/۸	۵-۳۵	نگرانی

بحث

از نظر ابعاد کیفیت زندگی، گروه شاهد پس از ۱۲ هفته، در همه ابعاد بجز بعد سیستمیک، تفاوت معنی‌داری نداشتند و بیماران در بعد سیستمیک سیر نزولی را طی کردند. مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهند که اثرات درمان با اینترفرون بر روی کیفیت زندگی در طی ۲۴-۱۲ هفته پس از شروع درمان، کاهش یافته و نهایتاً پس از ۲۴ هفته به سطح پایه خود بر می‌گردد.^(۱۴) همچنین خستگی، یکی از علائم شایع در هیپاتیت بوده و عارضه شایع ناشی از درمان است و اثرات مرتبط با خستگی، ممکن است منجر به قطع زود هنگام درمان گردد.^(۱۴) در گروه آزمون، بیماران پس از ۱۲ هفته، فقط در سه بعد علائم شکمی، نگرانی و عاطفی افزایش امتیاز را نشان دادند. در این مطالعه، امتیاز کیفیت زندگی در گروه آزمون، ۱۲ هفته پس از شروع درمان و مداخله، به نسبت گروه شاهد، افزایش قابل توجهی داشته است.

به نظر می‌رسد بکارگیری برنامه‌های آموزشی ساده در زمینه راه‌های کنترل عوارض جانبی از قبیل حفظ هیدراتاسیون کافی، فعالیت‌های ورزشی سبک تا متوسط، تغییر برنامه دارو به روزهایی که بیمار کار سبک‌تری دارد یا در آخر هفته که فعالیت‌های کاری معمولاً سبک‌تر است، استفاده از مسکن‌ها و ضد تب‌ها در صورت لزوم و تمهیداتی اینچنینی، به میزان زیادی بر روی کنترل فرد بر روی بیماری

هیپاتیت ویروسی مزمن، یکی از مسایل مهم بهداشتی کشورهای جهان است.^(۱۸) به طور کلی در این مطالعه، میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه شاهد، همان طور که مرور بر مطالعات نشان می‌دهد، ۳ ماه پس از مطالعه افت داشت و از ۱۵۴ به ۱۳۷ کاهش یافت. کانگ و همکاران در سال ۲۰۰۵، طی بررسی تأثیر درمان آنتی‌ویرال بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت C، عنوان کردند که تمامی رژیم‌های دارویی آنتی‌ویرال، کیفیت زندگی بیماران را در مراحل اولیه درمان کاهش می‌دهند و عوارض جانبی ناشی از درمان، باعث ناراحتی و کاهش تطابق بیمار با بیماری خود می‌گردد، در صورتی که بیماران نسبت به درمان خود و عوارض جانبی ناشی از آن، آگاهی و بینش پیدا کنند، تحمل، تطابق و تداوم درمان آنتی‌ویرال در آنها افزایش می‌یابد.^(۱۸) اما در گروه آزمون، میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی از ۱۵۸ به ۱۷۰ در مرحله دوم (۳ ماه پس از درمان) افزایش یافت. نتایج این مطالعه در مورد تأثیر مثبت آموزش بر روی کیفیت زندگی، با مطالعات قبلی که بر روی بیماران کبدی از جمله در تهران و شیراز صورت گرفته بود، همخوانی دارد.^(۱۶)

فهرست منابع

1- Ahmadipour MH, Alavian SM, Amini S, Azadmanesh K. Hepatitis C Virus Genotypes. *Hepatitis Monthly* 2005; 5(3): 77-82.

2- Sharif F, Mohebbi S, Tabatabaee HR, Saberi-Firozzi M, Cholamzadeh S. Effects of psycho-educational intervention on health-related quality of life(HRQL) of patients with chronic liver disease referring to shiraz university of Medical sciences. *Health and quality of life outcomes* 2005; 3(81): 1-6.

3- Alavian SM, Triangular clinics. The way of the future. *Hepatitis Monthly* 2005; 5(3): 1-6.

4- Merat S, Sohrabpour AA, Khaleghi S, Sohrabi MR, Samimi-Rad K, Radmard AR, et al. Peginterferon Alfa-2a and Ribavirin in patients with chronic Hepatitis C and inherited Bleeding Disorders. *Hepatitis Monthly* 2004; 4(7): 59-64.

5- Hashemi M, Alavian SM, Ghavami S, de serres FJ, Salehi M, Doroudi T, et al. Hepatitis B virus(HBV). *Hepatitis Monthly* 2005; 5(3): 89-101.

6- Zandi M, Adib-Hajbagheri M, Memarian R, Kazem Nejhad A, Alavian SM. Effects of self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran Hepatitis Center. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3(35): 1-8.

7- Alavian SM. Optimal therapy for Hepatitis C. *Hepatitis Monthly* 2004; 4(7): 41-2.

8- Pawlowska M, Halota W. The adherence in the treatment of chronic hepatitis C. *Pol Merkuriusz lek* 2005 Apr; 18(106): 469-72.

9- Thevenot T, Di Martino V, Lunel-Fabiani F, Valemnens C, Becker MC, Bronowicki JP, et al. Complementary treatments of chronic viral hepatitis C. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30(2): 197-214.

۱۰- علویان سید مؤید، تشخیص، پیشگیری و درمان هپاتیت ویروسی نوع B، چاپ اول، تهران، انتشارات نور دانش، ۱۳۸۱، صفحه: ۲۱ و ۲۶.

11- Marcellin P, Asselah T, Ripault MP, Boyer M. Treatment of Chronic Hepatitis C. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2004 Mar; 50(1): 29-36.

12- Niederau C, Bemba G, Kautz A. Socio-economic characteristics, quality of life, and state of knowledge of patients with hepatitis C viral infection in Germany-Socio-economic aspects in hepatitis C. *Z Gastroenterol* 2006 Apr; 44(4): 305-17.

و عوارض جانبی تأثیر داشته و نهایتاً باعث بهبود کیفیت زندگی و احساس رضایت از زندگی در فرد شده و تحمل رژیم درمانی را آسان‌تر می‌نماید.^(۱۹)

البته یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه تعداد کم نمونه می‌باشد که به هنگام تعمیم نتایج باید دقت نمود. محدودیت دیگر، درمان متفاوت آنتی‌ویرال در هپاتیت B و C می‌باشد(ریباورین + پی‌دی‌فرون در هپاتیت C، پی‌دی‌فرون در هپاتیت B) که در این مطالعه به مقایسه کیفیت زندگی بیماران براساس رژیم درمانی آنتی‌ویرال پرداخته نشد، زیرا جزء اهداف این پژوهش در نظر گرفته شده بود. در واقع ارزشیابی و مقایسه تأثیر درمان‌های متفاوت آنتی‌ویرال بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هپاتیت B و C مزمن می‌تواند در مطالعه‌ای جداگانه و به صورت کامل‌تر مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی بعد عاطفی در این مطالعه قبل از مداخله در گروه آزمون و شاهد معنی‌دار بدست آمد، اما افزایش قابل توجه میزان امتیاز کیفیت زندگی در این بعد در گروه آزمون، می‌تواند تا حدود زیادی توجیه کننده بهبودی بیشتر و سریع‌تر بعد عاطفی در گروه آزمون باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش به بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن (B و C) تحت درمان با پی‌دی‌فرون می‌تواند باعث تداوم درمان با اینترفرون و کاهش عوارض اینترفرون‌تراپی شده و در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی در فرد گردد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران و مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا... در قالب طرح تحقیقاتی انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسوولین آن مرکز و تمامی بیماران شرکت کننده در این مطالعه ابراز می‌دارند.

13- Tasuka M, Pc La H. The treatment of chronic hepatitis C. *Hepatology* 2005 Apr; 19(106): 402-8.

14- Bernstein D, Kleinman L, Barker CM, Revicki O, Green I. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic Hepatitis C patients. *Hepatology* 2002; 35(3): 704-8.

۱۵- علویان سیدمؤید، کبیر علی، هاشمی علی، اولین بررسی اثر درمانی آلفا اینترفرون نوع 2a بر روی بیماران ایرانی مبتلا به هپاتیت مزمن C، تهران: سمینار بازآموزی هپاتیت پیشگیری و درمان، ۱-۳ آبان ماه ۱۳۸۰.

16- Kolor B. Patient education and treatment strategies implemented at a pharmacist-managed hepatitis C virus clinic. *Pharmacotherapy* 2005; 25(9): 1230-41.

۱۷- زندی میترا، بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز هپاتیت تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی؛ ۱۳۸۲، صفحه: ۵۶.

18- Kang SC, Hwang SJ, Lee SH, Chang FY, Lee SD. Health-related quality of life and impact of antiviral treatment in Chinese patients with chronic hepatitis C in Taiwan. *World J Gastroenterol* 2005; 11(47): 7494-8.

19- Fried MW. Side effects of therapy of Hepatitis C and their management. *Hepatology* 2002; 36(5): 8237-44.

