

ارتباط کیفیت زندگی و روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی

سید موید علویان (MD)*، علی فتحی آشتیانی (PhD)**، مهدی عزیز آبادی فراهانی (MD)***، مریم مغانی لنگرانی (MD)****

*- استاد گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، مرکز تحقیقات بیماری های گوارشی و کبد.

** - دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری.

*** - پزشکی عمومی، واحد تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج).

**** - پزشکی عمومی، واحد تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج).

چکیده

● **زمینه و هدف:** کیفیت روابط زناشویی، از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در جمعیت عمومی و برخی از بیماری های مزمن محسوب می شود. با این وجود تاکنون مطالعه ای در زمینه رابطه بین کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت های مزمن ویروسی انجام نشده است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان به هیپاتیت های مزمن ویروسی انجام شد.

● **مواد و روش ها:** مطالعه حاضر به روش توصیفی - مقطعی انجام شد. نمونه ها شامل ۷۶ بیمار مبتلا به هیپاتیت ویروسی (۱۳ مورد از نوع C و ۶۳ مورد از نوع B) بودند که به صورت ترتیبی از بین مراجعین مرکز هیپاتیت تهران در سه ماهه دوم سال ۱۳۸۵ انتخاب شدند. مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات)، متغیرهای مرتبط با بیماری کبدی (نوع هیپاتیت ویروسی، طول مدت ابتلا، سابقه درمان و ابتلا به سیروز)، روابط زناشویی با استفاده از مقیاس Revised Dyadic Adjustment Scale (DAS-R) و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه ی ۳۶ آیتمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HR- QOL- SF36) سنجیده شد.

● **یافته ها:** زیرمقیاس های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت روان عمومی، خستگی، سلامت فیزیکی و سلامت روانی از پرسشنامه SF36 با نمره کلی سازگاری زناشویی، تفاهم با همسر، بیان عواطف نسبت به همسر و رضایتمندی زناشویی ارتباط معنی دار آماری مثبت نشان داد. محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و درک سلامت عمومی از پرسشنامه HR- QOL- SF36 با نمره کلی سازگاری زناشویی، بیان عواطف نسبت به همسر و رضایتمندی زناشویی همبستگی نشان داد. عملکرد فیزیکی با هیچ یک از زیرمقیاس های کیفیت روابط زناشویی همبستگی نشان نداد.

● **نتیجه گیری:** ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، با جنبه های متعددی از سازگاری زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت های مزمن ویروسی نشان از نقش ویژه ی خانواده در مبتلایان به هیپاتیت ویروسی است. بهره گیری از مشاوره های روانشناسی و روانپزشکی در جهت ارتقای روابط بین زوجین به عنوان بخشی از رویکرد به این بیماری توصیه می گردد.

● **کلید واژه ها:** روابط زناشویی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، هیپاتیت مزمن ویروسی.

وصول مقاله: ۸۵/۲/۱۵

اصلاح نهایی: ۸۵/۳/۲۰

پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۲۰

*- نویسنده مسئول: تهران- میدان ونک- خیابان ملاصدرا- بیمارستان بقیه ا... اعظم

تلفن: ۸۱۲۶۴۱۵۰-۰۲۱

Cru_ common yahoo. Com

● مقدمه

در سال ۱۹۴۷، سازمان بهداشت جهانی تعریف جامعی را از سلامت ارائه داد، که سلامت را به صورت برخورداری از سلامت کامل فیزیکی، روانی و بهزیستی، اجتماعی، و نه تنها عدم وجود بیماری معرفی می کرد (۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان ابزاری برای ارزیابی روابط اجتماعی، عملکرد فیزیولوژیک، روانپزشکی و فیزیکی بیماران به کار می رود (۲). و در بیماری های مزمن که شانس بقای بیماران زیاد است، کاربرد فراوان می یابد (۳). نه تنها کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، برای بسیاری از بیماران اهمیتی کمتر از طول زندگی ندارد (۴)، بلکه براساس برخی از مطالعات، درک بیمار از وضعیت سلامت خود، از قوی ترین عوامل پیش بینی کننده مرگ و میر بیماران محسوب می شود (۵).

افت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت های مزمن ویروسی نیز مشاهده می شود (۶). در این راستا، اگرچه اثر متغیرهایی نظیر سن و جنس، مصرف الکل، بیماری های همزمان، آگاهی از بیماری، تشدید بیماری و وضعیت روانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری های مزمن کبدی گزارش شده است (۷ و ۸)، اما مطالعات جدیدتر اثر وضعیت روانپزشکی را در افت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران مطرح کرده اند (۹).

مطالعات متعددی ارتباط حمایت خانوادگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران را در بیماری های مزمن نظیر انفارکتوس میوکارد (۱۰)، اسپوندیلیت آنکیلوزان (۱۱)، مبتلایان به بدخیمی (۱۲)، تشنج (۱۳)، ایدز (۱۴) و نارسایی کلیوی تحت همودیالیز (۱۵) و همچنین جمعیت عمومی (۱۶) گزارش کرده اند. با این وجود، اهمیت روابط زناشویی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری های مزمن کبدی هرگز مطالعه نشده است (۷ و ۸). این مطالعه با هدف تعیین ارتباط

بین کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان به هیپاتیت های ویروسی انجام شد.

● مواد و روش ها

در مطالعه حاضر که به روش توصیفی - مقطعی انجام شد، ۷۶ بیمار مبتلا به هیپاتیت ویروسی، مبتلایان به هیپاتیت C (۱۳ مورد) و هیپاتیت B (۶۳ مورد) مراجعه کننده به مرکز هیپاتیت تهران در سه ماهه دوم سال ۱۳۸۵ به روش ترتیبی انتخاب و وارد مطالعه شدند.

مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات)، متغیرهای مرتبط با بیماری کبدی (نوع هیپاتیت ویروسی، طول مدت ابتلا، سابقه درمان و ابتلا به سیروز)، روابط زناشویی (RDAS) و کیفیت زندگی (SF36) در کلیه شرکت کنندگان ثبت گردید.

در این مطالعه مقیاس تجدیدنظر شده مقیاس سازگاری دوتایی Revised Dyadic Adjustment Scale مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس سازگاری دوتایی در سال ۱۹۷۶ توسط اسپانیر به منظور سنجش روابط بین زوجین طراحی گردید که در سال ۱۹۹۵ توسط بابسی و همکاران مورد بازنگری قرار گرفت. نسخه بازنگری شده دارای چهار زیر مقیاس تفاهم با همسر (محدوده نمرات ۰ تا ۲۰)، بیان عواطف نسبت به همسر (محدوده نمرات ۰ تا ۱۰)، رضایتمندی زناشویی (محدوده نمرات ۰ تا ۲۰)، تمایل نسبت به همسر Dyadic Cohesion (محدوده نمرات ۰ تا ۱۹) و نمره کلی (محدوده نمرات ۰ تا ۶۹) می باشد. این پرسشنامه غالباً به منظور ارزیابی کیفیت روابط زناشویی مورد استفاده قرار می گیرد، و ارزیابی کمی، رضایتمندی متقابل زوجین مبتلا به بیماری را به سادگی فراهم می آورد. پرسشنامه شامل ۱۴ سؤال می باشد که توافق زوجین در تصمیم گیری ها و رفتارهای مقتضی، رضایتمندی از روابط زناشویی و جاذبه زناشویی را بررسی می نماید. حداقل و حداکثر نمرات ۰-۶۹ می باشد، که

نمره کمتر نمایانگر روابط زناشویی نامطلوب است. اعتبار درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد (۱۷).

پرسشنامه SF-36 شامل ۳۶ سؤال می باشد که توسط ویر و شربورنه (۱۹۹۲) طراحی گردید و کیفیت زندگی را در زیر مقیاس های عملکرد فیزیکی (۰-۱۰۰)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی (۰-۱۰۰)، درد بدنی (۰-۱۰۰)، عملکرد اجتماعی (۰-۱۰۰)، سلامت روان عمومی (۰-۱۰۰)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (۰-۱۰۰)، سرزندگی (۰-۱۰۰)، سلامت فیزیکی (۰-۱۰۰)، سلامت روانی (۰-۱۰۰) و نمره کلی (۰-۱۰۰) ارزیابی می کند. نمره بالاتر نمایانگر کیفیت زندگی مطلوب تر می باشد. اعتبار داخلی زیرمقیاس های مختلف این پرسشنامه توسط

منتظری و همکاران در ایران در سال ۱۳۸۳ انجام گردیده است و لذا بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۹).

روش تحلیل داده ها: آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS-13 انجام شد. متغیرهای کمی با استفاده از شاخص های مرکزی و پراکندگی و متغیرهای کیفی با استفاده از جداول فراوانی توصیف شد. همبستگی نمرات کلی و زیرمقیاس های پیامد های ذهنی مورد بررسی با نمره کلی و زیرمقیاس های رابطه زناشویی در بیماران مورد مطالعه با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد مقایسه قرار گرفت. P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱: همبستگی نمرات کل و زیرمقیاس های سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی

متغیر	زیرمقیاس	سازگاری زناشویی			
		تفاهم با همسر	بیان عواطف نسبت به همسر	رضایت مندی زناشویی	تمایل نسبت به همسر
کیفیت زندگی	عملکرد فیزیکی	+۰/۰۹۱	+۰/۱۹۸	+۰/۲۱۲	-۰/۰۲۶
	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی	**+۰/۳۲۸	**+۰/۲۸۵	**+۰/۲۸۲	+۰/۲۴۰
	درد بدنی	*+۰/۲۵۲	**+۰/۴۴۹	*+۰/۲۱۹	-۰/۰۴۹
	عملکرد اجتماعی	*+۰/۲۲۱	*+۰/۳۳۴	**+۰/۳۶۹	+۰/۱۰۰
	سلامت روانی عمومی	*+۰/۲۶۵	**+۰/۴۱۹	**+۰/۴۱۶	-۰/۰۲۸
	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	+۰/۲۰۲	*+۰/۲۷۱	**+۰/۲۸۴	+۰/۰۹۰
	خستگی	*+۰/۲۶۴	**+۰/۴۰۴	**+۰/۴۳۷	+۰/۰۱۲
	درک سلامت عمومی	+۰/۱۴۲	*+۰/۲۷۶	**+۰/۳۳۳	+۰/۰۶۸
	سلامت فیزیکی	*+۰/۲۵۸	**+۰/۳۷۵	**+۰/۳۸۱	+۰/۰۸۵
	سلامت روانی	*+۰/۲۵۹	**+۰/۴۱۰	**+۰/۴۴۵	+۰/۰۵۹
	نمره کل	**+۲۷۰	**+۰/۴۰۵	+۰/۴۱۸	+۰/۰۸۱

* P<0.05, ** P<0.01, Pearson correlation

● یافته‌ها

محدوده و میانگین (انحراف معیار) سنی بیماران به ترتیب برابر ۷۴-۲۰ و $41/2 \pm 10/4$ سال بود. محدوده و میانگین (انحراف معیار) طول مدت ابتلا به هیپاتیت ویروسی به ترتیب برابر ۳۰-۱ و $8/2 \pm 6/8$ سال بود. ۶۰ نفر (۷۹٪) از بیماران مرد بودند. تمام بیماران (۱۰۰٪) متأهل بودند. ۴۸ نفر (۶۳٪) از بیماران تحصیلات دیپلم یا بالاتر داشتند. ۱۳ نفر (۱۷٪) از بیماران مبتلا به هیپاتیت C و ۶۳ نفر (۸۳٪) مبتلا به هیپاتیت B بودند. ۱۱ بیمار (۱۴٪) به هیپاتیت مزمن C، ۳۶ بیمار (۴۷٪) ناقل ویروس هیپاتیت B و ۲۹ بیمار (۳۸٪) به هیپاتیت مزمن B مبتلا بودند. ۲ بیمار (۳٪) دچار سیروز بودند. ۲۵ بیمار (۳۳٪) سابقه درمان داشتند.

نمره کلی روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی با نمرات کلی کیفیت زندگی ($P=0/001$) و زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی ($P=0/001$)، درد بدنی ($P=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/004$)، سلامت روانی عمومی ($P=0/005$)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ($P=0/019$)، سرزندگی ($P=0/033$)، درک سلامت عمومی ($P=0/026$)، سلامت فیزیکی ($P=0/002$) و سلامت روانی ($P=0/001$) نشان دهنده همبستگی مثبت و معنی دار است (جدول ۱).

بعلاوه نمره بدست آمده از زیرمقیاس تفاهم با همسر در روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی با نمرات کلی کیفیت زندگی ($P=0/018$) و زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی ($P=0/004$)، درد بدنی ($P=0/028$) و زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی ($P=0/044$)، درد بدنی ($P=0/028$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/050$)، سلامت روانی عمومی ($P=0/021$)، سرزندگی ($P=0/021$)، سلامت فیزیکی ($P=0/024$) و سلامت روانی

($P=0/024$) همبستگی مثبت و معنی داری را نشان داد (جدول ۱).

افزون بر آن، نمره بدست آمده از زیرمقیاس بیان عواطف نسبت به همسر در روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی با نمرات کلی کیفیت زندگی ($P=0/001$) و زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی ($P=0/012$)، درد بدنی ($P=0/001$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/003$)، سلامت روانی عمومی ($P=0/001$)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ($P=0/018$)، سرزندگی ($P=0/001$)، درک سلامتی عمومی ($P=0/016$)، سلامت فیزیکی ($P=0/001$) و سلامت روان ($P=0/001$) بیانگر همبستگی مثبت و معنی داری است (جدول ۱).

همچنین نمره بدست آمده از زیرمقیاس رضایتمندی زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی با نمرات کلی کیفیت زندگی ($P=0/001$) و زیرمقیاس‌های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات فیزیکی ($P=0/014$)، درد بدنی ($P=0/050$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/001$)، سلامت روانی عمومی ($P=0/001$)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی ($P=0/013$)، سرزندگی ($P=0/001$)، درک سلامت عمومی ($P=0/003$)، سلامت فیزیکی ($P=0/001$) و سلامت روان ($P=0/001$) نشانگر همبستگی مثبت و معنی داری است (جدول ۱).

نمره بدست آمده از زیرمقیاس تمایل نسبت به همسر با هیچ یک از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی داری نشان نداد (جدول ۱).

● بحث و نتیجه‌گیری

براساس مطالعه حاضر، کیفیت روابط زناشویی در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی، با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مرتبط است. این همبستگی محدود به جنبه‌های معدودی از کیفیت زندگی و کیفیت روابط زناشویی نمی‌باشد و اکثر مقیاس‌های مورد بررسی شامل زیرمقیاس‌های

جسمی و روانی کیفیت زندگی با اکثر زیرمقیاس های کیفیت روابط زناشویی بویژه بیان عواطف نسبت به همسر، رضایتمندی زناشویی، تفاهم با همسر مرتبط است.

در توجیه این یافته، فرضیات مختلفی مطرح می شود. اگرچه در مطالعه حاضر، تفسیر نتایج به نفع رابطه علی مقدور نمی باشد، اما این احتمال وجود دارد که روابط زناشویی بهتر، به ارتقای کیفیت زندگی بیماران منجر شده باشد. فرضیه دیگر، می تواند اینگونه باشد که کیفیت زندگی مناسب تر برخی از بیماران روابط زناشویی را ارتقا بخشیده باشد. با وجود آنکه مطالعه ای در رابطه با تأثیر روابط زناشویی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت های مزمن ویروسی یافت نشد؛ اما نتایج مشابهی در بیماری های مزمن مختلف نظیر انفارکتوس میوکارد (۱۰)، اسپوندیلیت آنکیلوزان (۱۱)، مبتلایان به بدخیمی (۱۲)، تشنج (۱۳)، ایدز (۲۰) و نارسایی کلیوی تحت همودیالیز (۲۱) گزارش گردیده است؛ بسیاری از این مطالعات، روابط زناشویی را بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مؤثر دانسته اند. به طور کلی، مطالعات متعددی نشان داده اند که پشتیبانی دیگران، می تواند بهبود بیمار را از بیماری های فیزیکی تسهیل کرده و توانایی بیمار را برای سازگاری با پیامدهای بیماری های مزمن افزایش دهد (۲۲). با این وجود، حمایت همسر، به عنوان مهمترین حمایت در طی دوران بیماری تلقی می گردد (۲۳) و اهمیت حمایت زناشویی و همچنین تأثیر منفی ناسازگاری همسر، در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مورد توجه جدی قرار گرفته است (۲۴). نتایج مطالعه حاضر از همبستگی تفاهم با همسر با کیفیت زندگی مؤید همین نظریه است.

توجیه دیگر از طریق نقش واسطه ای تبعیت از رژیم های درمانی امکان پذیر است. تبعیت بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن ویروسی از رژیم دارویی

ضدویروسی با کیفیت مناسب زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران همراه است (۲۵).

همبستگی روابط زناشویی با تبعیت از رژیم درمانی نیز در بسیاری از بیماری های مزمن شناخته شده است (۲۶ و ۲۷). به عنوان مثال، حمایت قوی تر خانوادگی را علت افزایش پذیرش بیمار در مصرف رژیم دارویی گزارش کرده اند (۲۸). بنابراین، شاید بتوان نتیجه گرفت که در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی، همبستگی کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی از طریق همبستگی هر دو عامل با تبعیت از رژیم درمانی حاصل شده باشد.

توجیه دیگر، ارتباط بین کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت ویروسی مزمن را در سایه سازگاری بیماران با بیماری توجیه می کند. برخی مطالعات افت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی به دنبال اطلاع بیماران از تشخیص بیماری خود، ناشی از عدم سازگاری روانی با بیماری دانسته اند (۲۹). ارتباط سازگاری با بیماری و حمایت خانوادگی نیز به خوبی شناخته شده است (۲۶ و ۳۰) و اثر حمایت زوجین برای سازگاری با بیماری به صراحت روشن شده است (۳۱). بنابراین، شاید بتوان نتیجه گیری کرد که روابط زناشویی از طریق تأثیر بر سازگاری با بیماری، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را ارتقا بخشیده است.

توجیه دیگر، ارتباط کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به واسطه اختلالات روانپزشکی همزمان با غم و ناراحتی مرتبط با بیماری توجیه می کند. تأثیر اختلالات روانپزشکی همزمان (۳۲) و اطلاع از ابتلا (۳۳) یا نگرانی های ناشی از بیماری همانند احساس انزوا (۳۴) بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هیپاتیت مزمن ویروسی به روشنی شناخته شده است. همچنین همبستگی ارتباط زناشویی و سلامت روان در بسیاری از بیماری ها

شناخته شده است (۲۴ و ۳۵ و ۳۶). بنابراین، ممکن است در رابطه با مبتلایان به هپاتیت مزمن ویروسی حمایت خانواده از طریق تأثیر بر سلامت روانی بیماران، با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آنان مرتبط باشد.

همزمان با افت سلامت جسمی، نه تنها روابط بیمار با اطرافیان از جمله همسر دستخوش تغییر می گردد، رفتار همسر نیز با بیمار ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد، زیرا بیماری مزمن برای هر دو طرف یک شرایط تنش زا محسوب می شود. عنوان شده است که در طی بیماری های مزمن، همسر معمولاً حداکثر تنش را متحمل می شود (۳۷). در زمینه بیماری های قابل انتقال از راه خون علاوه بر موارد فوق، روابط زناشویی (به دلیل نوع بیماری) تأثیر می پذیرد. در این زمینه گزارش هایی از واکنش های قانونی و احساسی همسران به دنبال ابتلای یکی از زوجین یا احتمال آن (۳۸) که شامل قطع روابط جنسی بین زوجین از طرف فرد غیرآلوده به دنبال آگاهی از احتمال آلودگی همسر (۳۹) منتشر شده است.

اگرچه پیش از این تأثیر عوامل مختلفی نظیر سطح اقتصادی - اجتماعی پایین یا سوء مصرف مواد داخل وریدی (۴۰)، بیماری های همزمان جسمی یا روانپزشکی (۳۲)، اثرات برچسب زدن ناشی از تشخیص ابتلا به عفونت هپاتیت مزمن ویروسی (۴۱) یا شدت بیماری های کبدی (۸) بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان به هپاتیت مزمن ویروسی شناخته شده است، اما مطالعات اخیر بر تأثیر سلامت روانی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأکید می کنند و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت مبتلایان به هپاتیت مزمن ویروسی به دنبال حذف ویروس به وسیله درمان، را نه ناشی از حذف ویروس بلکه ناشی از رفع استرس های روانی مربوط به نگرانی از مرگ یا انتقال آن به شریک جنسی نسبت داده اند (۴۲).

علیرغم این نکته که کیفیت زندگی در هپاتیت مزمن ویروسی تحت تأثیر روابط زناشویی است، روابط زناشویی از جهات دیگر نیز حائز اهمیت می باشد. حفظ روابط زناشویی مناسب یک نگرانی عمده بیماران محسوب می شود (۴۳). از طرف دیگر، روابط زناشویی نامناسب بر کیفیت زندگی (۲۴) و پیامدهای دراز مدت بیماران (۴۴) مؤثر است. میزان تضاد در خانواده با سازگاری بیمار با بیماری مزمن ارتباط مستقیمی داشته است و پشتیبانی و حمایت همسر مهمترین منبع حمایت برای فرد مبتلا به بیماری های مزمن شناخته می شود (۳۰). حمایت خانواده بیمار از بیماران مزمن، در کنترل بیماری مفید می باشد و بیمار را در پذیرش عواقب بیماری خود یاری می رساند (۴۵).

• نتیجه گیری و پیشنهادات

ارتباط مستقیم کیفیت روابط زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هپاتیت های مزمن ویروسی به معنی ضرورت توجه به سلامت روابط خانوادگی زوجین می باشد. انجام مطالعات آتی در زمینه بررسی ارتباط علی بین کیفیت رابطه زناشویی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به هپاتیت های مزمن ویروسی توصیه می گردد.

• منابع

1. Martin LM, Sheridan MJ, Younossi ZM. The impact of liver disease on health-related quality of life: a review of the literature. *Curr Gastroenterol Rep*; 2002 4: 79-83.
2. Sousa KH. Description of a health-related quality of life conceptual model. *Outcomes Manag Nurs Pract*; 1999; 3: 78-82.

3. Bianchi G, Loguerciol C, Sgarbi D, Abbiati R, Chen C H, Di Pierrol M, etal. Reduced Quality of life in patients with chronic hepatitis C: effects of interferon treatment. *Dipest Liver Dis*; 2000; 32:399-405.
4. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival. Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med*; 1999; 305:982-7.
5. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*; 1005; 273: 59-65.
6. Pojoga C, Dumitrascu DL, Pascu O. Impaired health-related quality of life in Romanian patients with chronic viral hepatitis before antiviral therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004; 16: 27-31.
7. Younossi ZM, Boparai N, McCormick M, Price LL, Guyatt G. Assessment of utilities and health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Am J Gastroenterol*; 2001; 96: 579-583.
8. Marchesini G, Bianchi G, Amidio P, Salerno F, Merli M, Panella C, etal. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. *Gastroenterology*; 2001; 120: 170-178.
9. Hauser W, Holtmann G, Grandt D. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 2004; 2; 157-163.
10. Waltz M. Marital context and post-infarction quality of life: is it social support or something more? *Soc Sci Med*. 1986; 22(8): 791-805.
11. Lim HJ, Lee MS, Lim HS. Exercise, pain, perceived family support, and quality of life in Korean patients with ankylosing spondylitis. *Psychol Rep*. 2005; 96(1): 3-8
12. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Hietanen P. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness, and partner support. *Qual life Res*. 2006; 16(1): 75-87.
13. Mrabet H, Mrabet A, Zouari B, Ghachem R. Health-related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population: a Tunisian study. *Epilepsia*. 2004; 45(7): 838-43.
14. Thumboo J, Fong K Y, Machin D, Chan S P, Soh Leong K H, etal. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Social Science & Medicine*: 2003; 56: 1761-1772.
15. Busby DM, Christensen C, Crane RD, Larson JH. A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and non-distressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*; 1995; 21(3): 289-308.
16. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*; 1992; 30: 473-83.
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey(SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14(3): 875-82.
18. Jia H, Uphold CR, Wu S, Chen GJ, Duncan PW. Predictors of changes in health-related quality of life among men with HIV infection in the HAART era. *AIDS Patient Care STDS.*; 2005; 19(6): 395-405.
19. Zhang JP, Liu HR. Family support and quality of life among hemodialysis patients. *Hunan Yi Ke Da Xue Bao*. 2001; 28; 26(4): 359-62.
20. Lyons RF, Sullivan MJL, Ritvo PG. Relationships in Ghronic Illness and Disability. Thousand Oaks, CA, Sage. 1995.
21. Primomo J, Yates BC, Woods NF: Social support for women during chronic illness: the relationship among and types of adjustment. *Res Nurs Health*: 1990; 13: 153-161.
22. Trief P M, Himes C L, Orendorff R Weinstock R S. The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*: 2001; 24: 1384-1389.
23. Ware J E, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis G L. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. The interventional therapy group. *Hepatology*; 1999; 30(2): 550-5.
24. Garay-Sevilla ME, Nara L E, Malacara JM, Huerta R, Diaz de Leon J, Mena A, etal. Adherence to treatment and social support in patients with NIDDM, *J Diabetes Complications*. 1995; 9: 81-86.
25. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *Am J Manag Care.*; 2003; 9(2): 155-71.
26. Rissman R, Rissman BZ. Compliance: a review. *Family Systems Medicine*: 1987; 5: 446-467.
27. Cordoba J. Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol*; 2003; 98:226-7.
28. Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment , glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care*: 1998; 21: 241-245.

29. Coyne JC, Smith DA. Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on patient self-efficacy. *J Fam Psych* 1994; 8: 43-54.
30. Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, Lok ASF, Sheed-Pee N, Wlash J, et al. Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C, *Am J Gastroenterol*; 2001; 96: 170-8.
31. Gallegos-Orazco 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.
32. Zickmund S, Ho EY, Masuda M, Ippolito L, LaBrecque DR. "The treated me like a leper": stigmatization and the quality of life of patients with chronic hepatitis C. *J Gen Intern Med*; 18: 2003; 835-44.
33. Chohanec GD, Binik YM. End stage renal disease and the marital dyad: an empirical investigation. *Soc Sci Med.*; 1989. 28(9): 971-83.
34. Christensen AJ, Raichle K, Ehlers SL, Bertolatus JA. Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychol*; 2002; 21: 468.
35. Wing LC, Dai YT. Physical, psychological, social, and spiritual issues facing kidney transplant recipients. *Hu Li Za Zhi*. 2005; 52(4): 65-70.
36. No authors listed. Wife was not infected, so husband's AIDS fear was unreasonable. *AIDS Policy Law*. 1999; 15; 14(19):3.
37. No authors listed. Plaintiff must show a "channel for infection" to recover damages. *AIDS Policy Law*. 1997; 22;12(15):9.
38. Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C virus infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology*; 1998; 27: 209-12.
39. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SC, Lanigan A, Crofts N. The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology*; 1999; 30: 1299-301.
40. Hauser W, Zimmer C, Schiedermaier P, Grandt D. Biopsychosocial Predictors of Health-related quality of life in Patients With Chronic Hepatitis C. *Psychosomatic Medicine*; 2004; 66: 954-958.
41. Muehrer RJ, Becker BN. Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Semin Dial*. 2005; 18(2): 124-31.
42. Yates BC, Bensley LS, Lalonde B, Lewis FM, Woods NF. The impact of marital status and quality on family functioning in maternal chronic illness. *Health Care Women Int*. 1995; 16(5): 437-49.
43. Laffel LM, Vangsness L, Connell A, Goebel-Fabbri A, Butler D, Anderson BJ. Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J Pediatr*. 2003; 142(4): 409-16.