

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس

زمینه و هدف: پسوریازیس یک بیماری مزمن و عودکننده است که دارای تأثیراتی بر روی جسم، روح و کیفیت زندگی بیماران است. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس بود.

روش اجرا: در این مطالعه‌ی مقطعی که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، ۹۷ بیمار مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به درمانگاه و مرکز PUVA درمانی بیمارستان افضل‌پور در شهر کرمان انتخاب شدند. کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی شاخص کیفیت زندگی Dermatology Life Quality Index (DLQI) و شدت بیماری آنان با Psoriasis Area Severity Index (PASI) مورد ارزیابی قرار گرفت و نمره‌ی اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون‌های آماری One-way ANOVA و مربع کای مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۵/۷٪ بیماران مذکر بودند و میانگین سنی افراد ۳۵/۳ سال (از ۱۶ تا ۷۵ سال) بود. شایع‌ترین نوع بیماری، پسوریازیس ولگاریس (۷۶/۳٪) بود و ۳/۱٪ مبتلا به آرتروپاتی بودند. متوسط مدت ابتلا به بیماری ۲۱ ماه (از ۱۱ ماه تا ۳۰ سال)، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی افراد ۱۴/۱ (حداقل ۱ و حداکثر ۲۹) و میانگین نمره‌ی شدت بیماری ۱۸/۶ (حداقل ۰/۶ و حداکثر ۶۶/۶) بود. نمره‌ی DLQI با شدت بیماری، وضعیت تأهل و نوع بیماری از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری داشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بیماری پسوریازیس با تخریب کیفیت زندگی بیماران همراه است، بنابراین برای کاهش اثرات سوء بیماری بر زندگی بیماران باید اقدامات حمایتی روانی و اجتماعی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: پسوریازیس، کیفیت زندگی، شدت بیماری
دریافت مقاله: ۹۰/۶/۶ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۸/۲۳
پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۰، دوره‌ی ۲ (۳): ۱۶۶-۱۷۳

دکتر سودابه زندی^۱
دکتر سیمین شمسی میمندی^۱
دکتر صادق هاشمی‌نسب گرچی^۱
دکتر فاطمه صبوری شهر بابک^۱

۱. گروه پوست، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر صادق هاشمی‌نسب گرچی

بیمارستان افضل‌پور، بزرگراه امام خمینی، کرمان. پست الکترونیک:
hasheminasab.sadegh@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

شیوع بیماری در بین زنان و مردان مساوی است.^۶ عوامل اندوژن و اگزوژن متعددی به‌عنوان محرک بیماری شناخته شده‌اند. از عوامل اندوژن می‌توان سیتوکین‌های پیش‌التهابی و از فاکتورهای محیطی می‌توان به نور آفتاب، عفونت، تروما و داروها اشاره کرد.^۷ سیر بیماری غیرقابل پیش‌بینی بوده و بهبودناپذیر است.^۷

استرس در پسوریازیس (به‌عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده)، عامل بخش عمده‌ای از ناتوانی در

پسوریازیس یک بیماری التهابی سیستمیک است که تقریباً ۲٪ افراد جامعه را درگیر می‌کند.^۱ علائم بیماری به‌صورت پلاک‌های پوسته‌ریز قرمز رنگ در نواحی مختلف بدن می‌باشد.^۲ تظاهرات پوستی بیماری در ۲۰-۵٪ موارد همراه با آرتрит می‌باشد.^۴ شایع‌ترین شکل بیماری، پسوریازیس ولگاریس است که به‌صورت پلاک‌های حلقوی در مناطق اکستنسور بدن مثل آرنج‌ها و پایین کمر و اطراف ناف بروز می‌کند.^۵

مطالعات نشان داده‌اند که ارزیابی‌های توأم روان‌شناختی و جسمانی، جهت بررسی شدت کلی بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک‌کننده است.^۲ در مطالعه‌ای که بر روی ۲۷ زن و ۳۲ مرد مبتلا به پسوریازیس در یک دوره‌ی ۱۲ هفته‌ای انجام شد، میانگین شاخص کیفیت زندگی بیماران (DLQI) Dermatology Life Quality Index در این دوره با انجام مشاوره ارتقا یافت.^۹

جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس روش‌های متعددی ارائه شده است که اگرچه طبق برخی مراجع هیچ‌کدام به‌عنوان روش برتر ذکر نشده‌اند اما در مطالعه‌ی Mease و همکارانش DLQI بیشترین اعتبار را در سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس دارد.^{۱۵}

بنابراین سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس نه‌تنها امکان ارزیابی عوامل مؤثر در تشدید بیماری و درمان آن را می‌دهد، بلکه ما را قادر می‌سازد تا مداخلات در جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را در گروه‌های اختصاصی بیماران مبتلا به پسوریازیس نیز بررسی کنیم.

روش اجرا

این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی در میان ۹۷ بیمار مبتلا به پسوریازیس بالای ۱۶ سال مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست و مرکز PUVA درمانی بیمارستان افضل‌پور شهر کرمان در سال ۱۳۸۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت متوالی بود و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ و میانگین و انحراف معیار نمره‌ی DLQI در مبتلایان به پسوریازیس به ترتیب معادل ۹/۰۵ و ۴/۰۴ و اختلاف برابر ۰/۹۸ (براساس مطالعه‌ی مشابه قبلی) حجم نمونه برابر ۹۷ به‌دست آمد.^۲

بیماران استرس‌ها می‌توانند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران، شدت بیماری و پاسخ به درمان داشته باشند.^{۹،۸}

در مطالعه‌ای که در آلمان بر روی ۲۶۵ بیمار مبتلا به پسوریازیس انجام شد، ۳۲٪ بیماران دچار افسردگی بودند و ارتباط معنی‌داری بین علائم بیماری و شدت افسردگی یافت شد.^۷ بسیاری از بیماران مشکلات خودانگاری، اعتمادبه‌نفس، تطابق روانی ضعیف، احساس بدنام‌شدن، شرم و خجالت به‌علت ظاهرشان را تجربه می‌کنند.^{۱۱}

در بررسی‌ای که در آمریکا به‌منظور بررسی اعتمادبه‌نفس بیماران زن مبتلا به پسوریازیس انجام شد، اعتماد به نفس این بیماران ضعیف تا متوسط ارزیابی شد.^{۱۱}

پسوریازیس، بیماران را وادار به یک عمر پنهان‌کاری می‌کند. بیماران ممکن است از ترس اینکه دیگران به بیماری آن‌ها پی ببرند، از تفریحاتی مانند آفتاب‌گرفتن که می‌تواند بیماری آن‌ها را محو کند، اجتناب نمایند.^{۱۲}

تأثیرات بیماری هم‌چنین موجب تداخل در فعالیت‌های فیزیکی بیماران مانند خواب و فعالیت‌های روزانه نیز می‌شود.^۳ بیماران پسوریازیس اغلب دچار مشکلاتی مانند اختلالات تطابقی، کمبود اعتمادبه‌نفس، اشکال در تصویر ذهنی از بدن و احساس خجالت و شرمساری هستند.^۲ در تحقیقاتی دیگر نشان داده شد که ۴۰٪ این بیماران در انتخاب لباس مناسب دچار مشکل هستند.^{۱۳}

درمان‌های متفاوتی برای بیماری وجود دارد. هدف از درمان به حداقل‌رساندن وسعت و شدت ضایعات به‌میزانی است که بیماری تأثیر کمتری بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد.^{۱۴} با توجه به عدم بهبود دائمی بیماران توسط داروها، مداخلات روان‌پزشکی باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌شود.^۹

سطح بدن) و همچنین بررسی میزان خارش، قرمزی، سفیدی و پوسته‌ریزی نواحی درگیر می‌باشد. درصد درگیری از ۶-۰ براساس سطح درگیر پوست مشخص شد که بر این اساس درصد درگیری ۰٪ با نمره ۱، درصد درگیری ۱۰٪ با نمره ۲، درصد درگیری ۲۹-۱۰٪ با نمره ۳، درصد درگیری ۴۹-۳۰٪ با نمره ۴، درصد درگیری ۸۹-۷۰٪ با نمره ۵ و درصد درگیری ۱۰۰-۹۰٪ با نمره ۶ مشخص شد. به هرکدام از علائم خارش، پوسته‌ریزی، سفیدی و قرمزی نمره ۴-۰ تعلق می‌گیرد که نمره ۱ کمترین و نمره ۴ بیشترین شدت را دارد. دامنه نمره PASI از صفر (no disease) تا ۷۲ (maximum disease) می‌باشد. پس از محاسبه شدت بیماری در هرکدام از نواحی مورد نظر، نمره نهایی با جمع نمره‌های به‌دست آمده از هر قسمت با هم به دست آمد.

پس از توضیح در مورد مطالعه و کسب رضایت از بیماران، پرسش‌نامه بدون نیاز به دادن آموزش خاصی در اختیار آنان قرار گرفت و پس از جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از آزمون‌های آماری One-way ANOVA و مربع کای و با استفاده از نسخه ۱۳ نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) اطلاعات آماری به‌دست آمده مورد تحلیل آماری قرار گرفت و $P < 0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

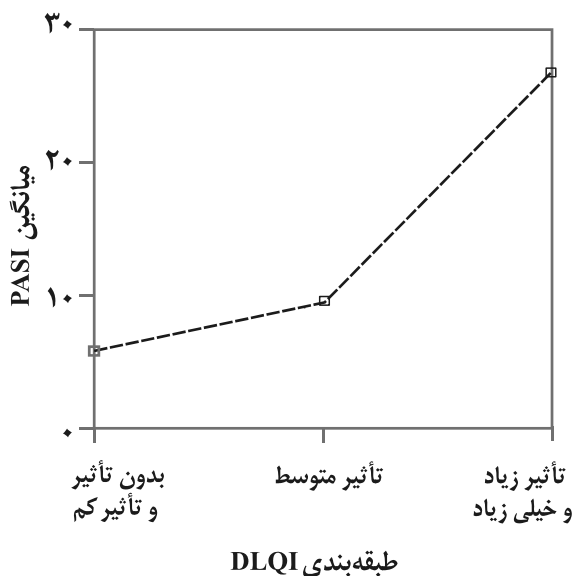
۵۴ بیمار (۵۵/۷٪) مذکر و ۴۳ نفر (۴۴/۳٪) مؤنث بودند. میانگین سنی افراد ۳۵/۳ سال بود. طیف سنی با فراوانی تقریباً مساوی به ۴ گروه تقسیم شد. کیفیت زندگی در بین گروه‌های سنی ۴۰-۲۵ و ۲۵-۴۰ پایین‌تر بود اما تفاوت بین گروه‌های سنی از نظر آماری معنی‌دار نبود (نمودار ۱). ۳۴ نفر (۳۶/۱٪) از بیماران

پرسش‌نامه مشتمل بر سه بخش بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، طول دوره‌ی بیماری و نوع بیماری بیماران بود. در بخش دوم، جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران از نسخه‌ی فارسی استاندارد شده‌ی DLQI استفاده شد. این پرسش‌نامه جهت بالغین بالای ۱۶ سال طراحی شده است.

DLQI مشتمل بر ۱۰ سؤال مربوط به هفته‌ی گذشته بیمار درباره‌ی علائم پوستی بیماری (خارش، ناراحتی، درد یا سوزش) احساسات بیمار (خجالت‌کشیدن، دست‌پاچگی، عصبی‌شدن)، فعالیت‌های روزانه (خریدرفتن و کارهای منزل)، نوع لباس، فعالیت‌های اجتماعی - تفریحی، ورزش، کار و تحصیل و روابط بین فردی (رابطه با همسر، دوستان، خویشاوندان) می‌باشد.

هر سؤال دارای گزینه‌های خیلی زیاد (نمره ۳)، زیاد (نمره ۲)، مقدار کمی (نمره ۱) و هیچ (نمره ۰) می‌باشد. دامنه‌ی نمره DLQI از صفر (بدون تأثیر در کیفیت زندگی) تا ۳۰ (تأثیر بسیار زیاد در کیفیت زندگی) می‌باشد. در طبقه‌بندی DLQI در صورتی که نمره DLQI، ۱-۰ باشد، بیماری هیچ تأثیری بر زندگی فرد نداشته، نمره ۲-۵ با تأثیر کم، نمره ۶-۱۰ با تأثیر متوسط، نمره ۱۱-۲۰ با تأثیر زیاد و نمره ۲۱-۳۰ با تأثیر بسیار زیاد بر کیفیت زندگی فرد مشخص می‌شود.^۲

بخش سوم پرسش‌نامه مربوط به شدت بیماری بود که براساس Psoriasis Area Severity Index Score (PASI Score) تکمیل شد.^{۱۶} این قسمت به‌صورت جدولی تدوین شد که توسط پزشک امتیاز داده می‌شد. در PASI score امتیازدهی براساس درصد درگیری سطوح مختلف بدن که شامل سر (۱۰٪ از کل سطح بدن)، تنه (۳۰٪ از کل سطح بدن)، اندام تحتانی (۴۰٪ از کل سطح بدن)، اندام فوقانی (۲۰٪ از کل



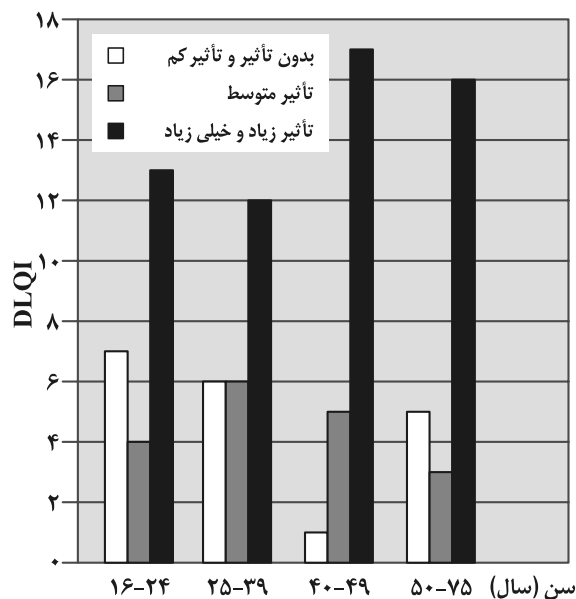
تصویر ۲: نمودار شاخص کیفیت زندگی (DLQI) بیماران مبتلا به پسوریازیس با افزایش شدت بیماری براساس PASI Score

بیماران با تأثیر زیاد و در ۲۸٪ آنان با تأثیر خیلی زیاد بر زندگی مشخص شد. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، در کل جمعیت و در زنان و مردان به ترتیب $14/05 \pm 1/5$ و $15/02 \pm 1/4$ بود که این مورد از نظر آماری معنی‌دار نبوده اما نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی پایین‌تر در مردان است. در جدول ۱ فراوانی ویژگی‌های موردبررسی در بیماران مبتلا به پسوریازیس و رابطه‌ی آن‌ها با شاخص DLQI تعیین شده است.

بحث

نتایج مطالعه‌ی ما در مورد یافته‌های دموگرافیک نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران با وضعیت تأهل، نوع بیماری و شدت بیماری آنان ارتباط معنی‌داری داشته اما با سن و جنس و طول دوره‌ی بیماری، ارتباط معنی‌داری نداشته است.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی بیماران وجود داشت به‌طوری‌که کیفیت زندگی افراد متأهل پایین‌تر بود که این



تصویر ۱: شاخص کیفیت زندگی (DLQI) در گروه‌های مختلف سنی بیماران مبتلا به پسوریازیس

مجرد و ۶۱ نفر (۶۲/۹٪) متأهل بودند. افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P=0/01$). کمترین طول دوره‌ی بیماری ۱۱ ماه و بیشترین آن ۳۰ سال بود. اگرچه که کیفیت زندگی در بیماران با بیماری طولانی‌تر پایین‌تر بود اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بیشترین فراوانی بیماری مربوط به نوع ولگاریس بیماری بود و ۳٪ افراد آرتروپاتی هم‌زمان با بیماری داشتند. کمترین کیفیت زندگی مربوط به نوع پوسچولر و اریترودرمیک بیماری بود که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P=0/044$).

بیشترین میزان نمره‌ی PASI، ۶۶/۶ و کمترین آن ۰/۶ بود که در مردان (با میانگین ۲۱/۳) بیشتر از زنان (با میانگین ۱۶/۳) بود. افراد با بیماری شدیدتر کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P=0/00$) (نمودار ۲).

میانگین DLQI در این مطالعه ۱۴/۱ بود که حداقل ۱ و حداکثر ۲۹ داشت که در ۱/۳٪ افراد بدون تأثیر، در ۱۸/۵۵٪ افراد با تأثیر کم و متوسط، در ۳۲٪

جدول ۱: فراوانی ویژگی‌های مورد بررسی در بیماران مبتلا به پسوریازیس و رابطه‌ی آن‌ها با شاخص DLQI

ویژگی مورد بررسی	فراوانی (%)	شاخص DLQI	P
سن (سال)	۱۶-۲۴	۱۳/۳	۰/۳۵
	۲۵-۳۹	۱۵/۸	
	۴۰-۴۹	۱۴/۵	
	۵۰-۷۵	۱۳	
نوع بیماری	ولگاریس	۱۲/۷	۰/۰۴۴
	اریترودرمیک	۲۲/۳	
	پوسچولر	۲۰/۸	
	قطره‌ای	۱۰	
	آرتروپاتی	۱۲/۵	
	معکوس	۰	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱/۲۶	< ۰/۰۰۱
	متاهل	۱۶	

در مطالعه‌ی ما ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و نوع پوسچولر و اریترودرمیک بیماری یافت شد ($P=۰/۰۴۴$) که با توجه به بیماری شدیدتر در این دو نوع و ناتوانی بیشتر قابل انتظار بود.

در این بررسی ارتباط آماری معنی‌داری بین سن و جنس و طول دوره‌ی بیماری یافت نشد اما بیماران در گروه سنی ۲۵-۵۰ سال و در مردان پایین‌تر بود. در مطالعه‌ی دکتر جاویدی به‌طور معنی‌داری شاخص ناتوانی در مردان گروه سنی ۳۵-۴۵ سال بیشتر بود که می‌تواند به‌دلیل نقش بیشتر مردان در گروه سنی میان‌سال در حیطه‌های اجتماعی، اقتصادی و... باشد و در نتیجه با تأثیر بیشتر بیماری در ارتباطات اجتماعی این افراد، کیفیت زندگی این گروه پایین‌تر است.^{۱۲} از طرفی در این مطالعه شدت بیماری در مردان بیشتر از زنان مشخص شد که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی این افراد می‌گذارد.

در مطالعه‌ی Richard و همکارانش در ایالات متحده، شدت بیماری در مردان بیشتر بود اما اضطراب و افسردگی در گروه زنان بیشتر گزارش شد.^{۱۸}

نشان‌دهنده‌ی اهمیت آگاهی‌دادن به همسران افراد مبتلا به پسوریازیس در مورد بیماری آن‌ها و لزوم حمایت روانی از آن‌ها توسط خانواده است.

در بررسی دکتر نبئی و همکاران که بر روی ۵۵ بیمار در مقایسه با ۵۵ فرد سالم در بیمارستان رازی تهران انجام شد، بیماران همسر دار کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($P=۰/۰۵$).^{۱۴} اما در مطالعه‌ی دکتر جاویدی و همکاران که بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به پسوریازیس در مشهد انجام شد، نتایج مشابه مطالعه‌ی ما بود و میزان ناتوانی در افراد متاهل بیشتر بود.^{۱۲}

در این مطالعه میانگین نمره‌ی PASI، ۱۸/۶ با حداکثر ۶۶/۶ و حداقل ۰/۶ داشت. در این بررسی بیماران با بیماری شدیدتر، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند که این موضوع از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$) که با توجه به ناتوانی جسمی در بیماری شدیدتر، این مورد دور از ذهن نیست.

در مطالعه‌ی دکتر نبئی و همکارانش و در مطالعه‌ی که توسط Gelfand و همکارانش بر روی ۲۶۶ بیمار مبتلا به پسوریازیس در ایالات متحده در سال ۲۰۰۴ انجام شد نیز نتیجه مشابه به‌دست آمد.^{۱۴ و ۱۷}

قرار می‌دهد. این اختلال در افراد متأهل، بیماری شدیدتر و نوع اریترودرمیک و پوسچولر بیماری، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. گرچه در مطالعه‌ی ما اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه‌های سنی دیده نشد اما در گروه سنی ۲۵-۵۰ سال بیماری تأثیر بیشتری بر زندگی افراد داشت که با توجه به تأثیر بیشتر این گروه در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی، اهمیت کمک به این بیماران مشخص‌تر می‌شود، لذا جهت کمک به ارتقا وضعیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود که با مشاوره و روان‌درمانی بیماران و ایجاد گروه‌های حمایتی پسونریزیسی، انجام تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی مشکلات روان‌شناختی و کیفیت زندگی در پسونریزیسی، به بیماران در مقابله با جنبه‌های مختلف بیماری کمک کرد. ازسویی با توجه به کیفیت زندگی پایین‌تر بیماران متأهل می‌توان با آگاهی‌دادن به همسران بیماران در حل مشکلات بیماران به آنان یاری رساند و در نهایت مهم‌ترین کمک به بیماران، درمان آنها و دسترسی تمام بیماران به امکانات درمانی تخصصی می‌باشد.

در مطالعه‌ی Gelfand کیفیت زندگی در زنان جوان پایین‌تر بود^{۱۷}. در بررسی که در سال ۲۰۰۶ توسط Sampogna و همکارانش انجام شد، کیفیت زندگی پایین‌تر در افراد مسن‌تر و زنان دیده شد^{۱۹}. علت این اختلاف می‌تواند به تفاوت‌های فرهنگی مربوط باشد، ازطرفی افراد مسن جامعه‌ی ما اکثراً بازنشسته هستند و فعالیت‌های اجتماعی محدودی دارند و بهتر بودن کیفیت زندگی در این گروه دور از انتظار نیست.

در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری بین طول دوره‌ی بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیده نشد که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تطابق ضعیف افراد با بیماری در هر دوره‌ای از بیماری باشد درحالی که در مطالعه‌ی دکتر نبئی و همکارانش ارتباط آماری معنی‌داری بین طول دوره‌ی بیماری با میزان ناتوانی افراد مشاهده شد به‌طوری که افراد با دوره‌ی طولانی‌تر بیماری شاخص ناتوانی بالاتری داشتند ($P=0/001$)^{۱۴}.

این مطالعه نشان داد که بیماری پسونریزیسی با تخریب کیفیت زندگی بیماران همراه است و رضایت‌مندی بیماران از زندگی را به شدت تحت تأثیر

References

1. Langley RG, Paller AS, Hebert AA, et al. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64:64-70.
2. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 35.
3. Mease PhJ, Menter A. Quality of life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 685-704.
4. Schmid-ott G, Mayer SS, Psych MSC, et al. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007; 25: 547-54.
5. Gudjonss JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolf K, Goldsmith LA, Katz S, (Eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 7th ed. US: McGraw-Hill; 2008: 169-206.
6. Schmitt J, Ford DE. Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive

- symptoms in patients with psoriasis a structural equations modeling approach. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:134-40.
7. Griffiths CEM, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds). *Rook's text book of dermatology*, 8th ed. USA: Blackwell publishing; 2008:20.1-20.60
 8. Griffiths CEM, Richard HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26:338-42.
 9. Vedhara K, Morris RM, Booth R, et al. Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *J Psychosom Res* 2007; 62: 611-9.
 10. Asherof DM, Li Wanpo A, Williams HC, et al. Quality of life measures in psoriasis : A critical approach of their quality. *J Clin Pharm Ther* 1998; 23: 391-8.
 11. Ahluwalia R. Psoriasis, self esteem and social support. *Dermanities* 2006; 4(2). Available at: www.dermanities.com. Last accessed: November 9, 2011.
 12. Javidi Z, Tayyebi-Maybodi N, Taheri AR, et al. Evaluation of the psoriasis disability index in psoriatic patients. *Iran J Dermatol* 2007; 10: 309-15 (Persian).
 13. Chaudhari U, RomanophT Mulcahy LD, et al. Efficacy and safety of infliximab monotherapy for plaque-type psoriasis: a randomized trial. *Lancet* 2001; 357: 1842-70.
 14. Nabaei B, Safizadeh H, Hallaji Z. Evaluation of quality of life in psoriatic patients and comparison with healthy control. *Iran J Dermatol* 2002; 5: 15-21(Persian).
 15. Mease PhJ. Assessing the impact of psoriatic arthritis on patient function and quality of life: lessons learned from other rheumatologic conditions. *Semin Arthritis Rheum* 2009; 38: 320-35.
 16. Kreft S, Kreft M, Resman A, et al. Computer-aided measurement of psoriatic lesion area in a multicenter clinical trial-Comparison to physician's estimations. *J Dermatol Sci* 2006; 44: 21-7.
 17. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, et al. Determination of quality of life in patients with psoriasis : a study from the US population. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 704-8.
 18. Richard HL, Fortune DG, Griffiths CE, et al. The contribution of perception of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; 50: 11-5.
 19. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patient hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006; 154: 325-31.

Evaluation of quality of life in patients with psoriasis

Soodabeh Zandi, MD¹
Simin Shamsi Meymandi, MD¹
Sadegh Hasheminasab Gorji, MD¹
Fatemeh Sabouri Shahrebabak, MD¹

1. Department of Dermatology, Leishmania Research Center, Afzalipour Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Background and Aim: Psoriasis is a chronic, relapsing disease of the skin with psychological and somatic impacts that leads to substantial effects on the quality of life. The aim of this study was to determine the quality of life in psoriatic patients.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 97 psoriatic patients in dermatology and PUVA clinic in Afzalipour hospital in Kerman from March 2009 to March 2010. Quality of life and disease severity were Dermatology Life Quality Index (DLQI) and Psoriasis Area Severity Index (PASI). Data analysis was done through conducting, chi-square and one-way ANOVA tests and $P < 0.05$ was considered as significant.

Results: 55.7% of patients were male and mean age of them was 35.3 years (range: 16-75 years). Psoriasis vulgaris was the most common type (76.3%), and arthropathy was seen in 3.1% of patients. The mean duration of the disease was 21 months (range: 11 months-30 years). The mean of DLQI score was 14.1 (range: 1-29) and mean PASI score was 18.6 (range: 0.6-66.6). DLQI score correlated with severity of disease (PASI), marital status, and type of the disease ($P < 0.05$).

Conclusion: Psoriasis has a severe negative impact on the quality of life of the patients. Therefore, supportive social and spiritual efforts are necessary to decrease these effects.

Keywords: psoriasis, quality of life, severity.

Received: Aug 28, 2011

Accepted: Nov 14, 2011

Dermatology and Cosmetic 2011; 2 (3): 166-173

Corresponding author:

Sadegh Hasheminasab Gorji, MD
Afzalipour Hospital, Emam Khomeini
Highway, Kerman, Iran.
Email: hasheminasab.sadegh@gmail.com

Conflict of interest: None to declare