Quality of Life and Related Factors in Patients with Chronic Urticaria in Kurdistan Province

Rsoul Nasiri Kalmarzi[1], Saman Amini[2], Mohsen Shahidi[3], Sima Touzandeh Jani[4], Bijan Nouri[5], Behzad Khalafi[6,7], Wesam Kooti[8]

1. Assistant Professor, Lung Diseases and Allergy Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6351-2909

2.General Practitioner, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0465-6835

3. Assistant Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj,Iran. ORCID ID: 0000-0003-1393-3574

4.MSc Student of Biochemistry, Department of Biology, Faculty of science, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

5. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center Research Institute for Health Development Kurdistan University of Medical Sciences, , Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-0064-0094

6.MPH Student of Policy Making, Health policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8913-0415

7. MSc Student of Medical Education, Virtual school, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8913-0415

8.MSc of Medical Immunology, Cellular and Molecular Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran., (Corresponding Author), Tel: 087-33664658, E-mail: wesamkooti@gmail/com, ORCID ID: 0000-0003-2214-2563

ABSTRACT

Background and Aim: Chronic urticaria is a dermal disease with continuous rash, itching or angioedema, papules and inflammatory plaques, which under conditions transformed from the acute phase to the chronic phase, causing depression and anxiety for many years in patients. Chronic urticaria has a significant impact on the quality of life of the patient. The aim of this study was to examined the quality of life and related factors of patients with chronic urticaria in Kurdistan Province.

Materials and Methods: This descriptive study was performed on 228 patients referred to the Allergy Clinic of Besat Hospital in 2016 Census sampling method was used for selecting patient/ Information was gathered by using DQLI questionnaire. Then describe the data by frequency and percentage descriptive and quantitative data were calculated with Chi 2 and *Spearman correlation,* by using SPSS 15.

Results: The mean age of participants was 34.81 ± 10.55 years. Data analysis showed that there was a significant correlation between quality of life and gender ($p < 0.001$). There was a significant correlation between quality of life and type of disease ($p < 0.001$). However, there was no significant correlation between quality of life and place of residence and education ($p > 0.05$).

Conclusion: The results showed that chronic urticaria has significant effect on patients' quality life. It seems that these patients were psychologically involved and their level of satisfaction of quality life was reduced.

Keyword: Chronic Urticaria, Quality of life, Urticaria, Severity of Illness Index

Received: July 18, 2019 **Accepted:** Dec 1, 2019

How to cite the article: Rsoul Nasiri Kalmarzi, Saman Amini, Mohsen Shahidi, Sima Touzandeh Jani, Bijan Nouri, Behzad Khalafi, Wesam Kooti. Quality of life and related factors in patients with chronic urticaria in Kurdistan Province. SJKU 2020;25(2):83-92.

Copyright © 2018 the Author (s)/ Published by Kurdistan University of Medical Sciences/ This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4/0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited/ The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به کهیر مزمن در استان کردستان

رسول نصیری کالمرزی[۱]، سامان امینی[۲]، محسن شهیدی[۳]، سیما توزنده جانی[۴]، بیژن نوری[۵]، بهزاد خلفی[۶،۷]، وسام کوتی[۸]

۱. استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های ریه و آلرژی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۲۹۰۹-۶۳۵۱-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. پزشک عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۶۸۳۵-۰۴۶۵-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۳. استادیار، گروه کودکان، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۳۵۷۴-۱۳۹۳-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد بیوشیمی، گروه زیست شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه کردستان، ایران.

۵. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۰۹۴-۰۰۶۴-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۶. دانشجوی MPH سیاست‌گذاری، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. کد ارکید: ۰۴۱۵-۸۹۱۳-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۷. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشکده مجازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۰۴۱۵-۸۹۱۳-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۸ کارشناسی ارشد ایمونولوژی پزشکی، مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن ثابت:۳۳۶۶۴۶۵۸-۰۸۷ ، پست الکترونیک: wesamkooti@gmail.com، کد ارکید: ۲۵۶۳-۲۲۱۴-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: کهیر مزمن، یک بیماری پوستی با راش‌های مداوم همراه با خارش و یا آنژیوادم، پاپول و پلاک‌های ملتهب است که تحت شرایطی از مرحله حاد به مرحله مزمن تبدیل شده و سال‌ها موجب اضطراب و افسردگی بیمار می‌شود. هدف مطالعه حاضر بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به کهیر مزمن در استان کردستان بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر بر روی ۲۲۸ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک آلرژی بیمارستان بعثت (به‌عنوان بیمارستان مرجع درجه ۳) در استان کردستان طی سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. به‌صورت سرشماری انتخاب (به دلیل فراوانی کم بیماران، محدوده سنی انتخاب شده شامل کل گروه‌های سنی بود) و پس از انجام معاینه‌های اولیه و تائید تشخیص کهیر مزمن مورد بررسی قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها به روش سرشماری انجام شد. از تمامی بیماران قبل از ورود به مطالعه اجازه گرفته شده و پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شده است. اطلاعات بیماران با استفاده از پرسشنامه DQLI جمع‌آوری شد. برای تحلیل از آزمون کای دو و از ضریب همبستگی اسپیرمن با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰/۵۵± ۳۴/۸۱ سال بود. تحلیل اطلاعات نشان داد که بین کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معنی‌دار وجود داشته است (p<۰/۰۰۱) و همچنین بین کیفیت زندگی و نوع بیماری ارتباط معنی‌دار مشاهده شده است (p<۰/۰۰۱)؛ اما بین کیفیت زندگی با متغیرهای محل سکونت و میزان تحصیلات ارتباط وجود نداشته است(p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: نتایج گویای تأثیر بیماری کهیر مزمن بر ابعاد مهم کیفیت زندگی بیماران بود. به نظر می‌رسد این بیماران از لحاظ روحی و روانی درگیر شده و سطح رضایت آن‌ها از کیفیت زندگی کاهش یافته بود.

کلمات کلیدی: کهیر مزمن، کیفیت زندگی، کهیر، شدت بیماری

وصول مقاله:۹۸/۴/۲۷ اصلاحیه نهایی:۹۸/۸/۲۸ پذیرش:۹۸/۹/۱۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

مقدمه

کهیر مزمن یک بیماری پوستی با راش‌های مداوم همراه با خارش و یا آنژیوادم، پاپول و پلاک‌های ملتهب است؛ که با ادم در دوره‌های زمانی مشخص بروز می‌یابد. این بیماری حداقل ۶ هفته طول کشیده و از نظر بالینی با نوع حاد تفاوتی ندارد(۳-۱) فرم غیرحاد، اغلب برای سال‌ها و مکرراً تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بسیاری از بیماران مبتلا به کهیر دارد(۱).

تاکنون اطلاعات قابل استناد قابل توجهی در مورد شیوع کهیر مزمن وجود ندارد؛ اما برخی از مطالعات ۱٪ شیوع را گزارش کرده‌اند(۲). این فراوانی در بررسی‌های خانوادگی ۲/۱-۰/۲۷ درصد، مطالعه‌های درماتولوژیک ۵-۱ درصد و در درمانگاه‌های آلرژی ۱۰ درصد بوده است. این بیماری اغلب بر بزرگسالان تأثیر می گذارد و به طور میانگین در زنان ۲ برابر مردان شیوع دارد(۴, ۳). عوامل متعددی در ایجاد کهیر مزمن مؤثر می‌باشند. شایع‌ترین آن‌ها واکنش‌های خود ایمنی، عفونت و یا واکنش شدید به غذا و افزودنی‌های غذایی یا رنگ‌های غذایی است، با این حال داده‌های دال بر این فرض‌ها اعتبار پایینی دارند(۶, ۵). برخی مطالعات کهیر مزمن ناشی از عدم تحمل غذایی را با کاهش علائم بیماری به دنبال ۴-۳ هفته دوری از غذاهای همراه با آلرژن کاذب و افزایش شدت بیماری به دنبال مصرف مجدد آن‌ها به اثبات رسانده‌اند(۷). مطالعه‌ای در یک گروه غیر انتخابی با کهیر مزمن مداوم، بهبودی علائم در ۷۳ درصد بیماران که یک رژیم غذایی با آلرژن‌های کاذب پایین داشتند، مشاهده شد(۸).

بیماری توسط عوامل محرک ترشح هیستامین، پروسه‌های عفونی مزمن، عدم تحمل آلرژن‌های کاذب یا هیستامین، پروسه‌های اتوایمیون و افزایش حساسیت تیپ ۱ رخ می‌دهد(۹) و اثبات شده است که مدیاتورهایی غیر از هیستامین، همانند کینین، پروستاگلاندین و لوکوترین‌ها ممکن است عامل برخی از علائم کهیر باشند؛ که با آنتی هیستامین‌ها کنترل نمی‌شوند(۱۰). ماست سل‌ها یک کلید مؤثر در القاء علائم کهیر هستند و مهارکردن این سلول‌ها و فعال‌کننده‌های آن‌ها در درمان علائم کهیر مؤثر است(۱۱). هدف عمده درمان در تمام کهیرهای مزمن، توقف علائم پوستی و جلوگیری از عود بیماری است که در واقع این هدف با رفع‌کردن عوامل محرک فعالیت ماست سل‌ها و جلوگیری از آزادشدن مدیاتور شیمیایی آن به دست می‌آید(۱۲). کهیر پسیکوژنیک به بدون ماده فیزیکی و به وسیله تحریک عصبی موجب بروز علائم می‌شود و باعث کهیر مزمن می‌شود که در این وارد یافتن عامل روانی تحریک کمک کننده خواهد بود(۱۳). با این حال از آن جهت که کهیر مزمن یک بیماری دراز مدت است، کنترل آن سخت است و علائم آن مانند خارش و همچنین عوارض داروهایی که برای کنترل بیماری استفاده می‌شود می‌تواند سیکل خواب این بیماران را مختل کرده و منجر به بی‌خوابی و کاهش کیفیت فعالیت‌های روزانه بیماران گردد؛ بنابراین کهیر مزمن و داروهای کنترل‌کننده‌ی آن می تواند اثر منفی بر روی کیفیت زندگی مبتلایان داشته باشد(۱۵, ۱۴). درمان کهیر مزمن ایدیوپاتیک به وسیله آنتی‌هیستامین‌های خوراکی به طور قابل توجهی مؤثر بوده است به این دلیل که کیفیت زندگی را بسیار کمتر از درمان‌های موضعی پایین می‌آورند(۱۶). با این وجود درمان بیماران مبتلا به کهیر مزمن چالش بزرگی را برای بیشتر پزشکان باتجربه ایجاد کرده است(۱۷) و باید توجه کرد که در بسیاری از بیماران با کهیر مزمن علیرغم تلاش‌های ما هنوز علت مشخصی برای آن وجود ندارد و این بیماران باید بر اساس علائمی که دارند تحت درمان قرار گیرد(۱۸).

در سال‌های اخیر بسیاری از مکانیسم‌های مولکولی درگیر در پاتوژنز کهیر مزمن کشف شده است(۱۹)که به نوبه‌ی خود رویکردهای تازه‌ای را برای تشخیص و حداقل درمان برخی بیماران فراهم کرده است(۱۸). انجام مطالعات جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران کهیر مزمن در مناطق مختلف

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

جهت تعیین گستردگی و ابعاد بیماری ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به کهیر مزمن در استان کردستان بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی تعداد ۲۲۸ نفر از مراجعه کننده به درمانگاه آلرژی بیمارستان بعثت (به‌عنوان بیمارستان مرجع درجه ۳) در طی سال ۱۳۹۵ به‌طور سرشماری انتخاب (به دلیل فراوانی کم بیماران، محدوده سنی انتخاب شده شامل کل گروه‌های سنی بود) و پس از انجام معاینه‌های اولیه و تائید تشخیص کهیر مزمن مورد بررسی قرار گرفتند کهیر پسایکوژنیک با توجه به اینکه تشخیص آن مشکل است تا حد امکان با استفاده از مصاحبه ارزیابی شد ولی به طور قطع امکان رد آن وجود نداشت(۱۳). از تمامی بیماران قبل از ورود به مطالعه اجازه گرفته شده و پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شده است.

ابتدا اطلاعات دموگرافیک بیماران (شامل سن، جنس، محل سکونت و تحصیلات) و شدت بیماری و طول دوره بیماری در پرسشنامه‌ای مجزا وارد شد و سپس به کلیه بیماران نسخه فارسی پرسشنامه DQLI داده شد و پس از ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه را پر کردند. پرسشنامه DQLI هر بیمار نشان‌دهنده کیفیت زندگی او است، اخذ نمره DQLI بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت پایین تر زندگی بیمار است. به طوری که امتیاز صفر به این معنا است که هیچ تأثیری وجود ندارد و امتیاز یک تأثیر کم، امتیاز ۲ تأثیر متوسط و امتیاز ۳ تأثیر زیاد بر کیفیت زندگی را بیان می‌کند. پس از تکمیل پرسشنامه اطلاعات آن به فرم ارائه آماری تبدیل شد و جهت انجام عملیات آماری در اختیار مشاور آماری قرار گرفت. جدول نمره دهی شدت کهیر (Urticaria activity score) برگرفته از کتاب میدلتون است(۲۰). روایی پرسشنامه DQLI با نظر متخصصین (روایی محتوای نظری) و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹ به تائید رسید(۲۱). داده‌ها وارد نسخه ۱۵ نرم‌افزار SPSS شدند و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. جهت تعیین ارتباط هر کدام از متغیرها با متغیر وابسته (کیفیت زندگی) از آزمون کای دو و از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۸ بیمار با میانگین سنی ۳۴/۸۱ سال بررسی شد که از این تعداد ۱۷۱ نفر زن (۷۵ درصد) و ۵۷ نفر مرد (۲۵درصد) بودند. بیشتر افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال (۳۴/۴٪) قرار داشتند. همچنین اکثر افراد مورد مطالعه تحصیلات لیسانس (۳۹/۹٪) و ساکن شهر بودند (۷۶/۳٪) (جدول۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

جدول۱. توزیع فراوانی بر حسب جنسیت، سن، میزان تحصیلات، محل سکونت در افراد مورد مطالعه

متغیر		فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۵۷(۲۵)
	زن	۱۷۱(۷۵)
محل سکونت	شهر	۱۷۴(۷۶/۳)
	روستا	۵۴(۲۳/۷)
گروه سنی	۱۵-۲۵ سال	۳۴(۱۴/۹)
	۲۵-۳۵ سال	۹۰(۳۴/۴)
	۳۵-۴۵ سال	۶۹(۳۰/۲)
	۴۵-۵۵ سال	۲۵(۱۰/۹)
	۵۵-۶۵ سال	۹(۳/۹)
	بالاتر از ۶۵ سال	۱(۱/۳)
تحصیلات	زیردیپلم	۳۰(۱۳/۲)
	دیپلم	۷(۳۴/۶)
	فوق دیپلم	۲۰(۸/۸)
	لیسانس	۹۱(۳۹/۹)
	فوق لیسانس	۸(۳/۵)

بر اساس ویژگی‌های بیماری کهیر بیشترین فراوانی نوع بیماری، غیر ایدیوپاتیک بودند (۷۶/۳٪) و شدت بیماری در اکثر افراد متوسط بود (۵۰/۴٪). بیشترین فراوانی مدت بیماری ۱۲-۶ ماه (۲۶/۷ درصد) و بیشترین بیماران از نظر تأثیر بیماری کهیر بر کیفیت زندگی به میزان «تأثیر زیاد» بود (۳۹/۴۷٪) (جدول۲).

جدول۲. توزیع فراوانی نوع بیماری، شدت و مدت بیماری، کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه

متغیر		فراوانی (درصد)
نوع بیماری	ایدیوپاتیک	۱۱۲(۴۹/۱)
	غیرایدیوپاتیک	۱۱۶(۵۰/۹)
شدت بیماری	خفیف	۵۸(۲۵/۴)
	متوسط	۱۱۵(۵۰/۴)
	شدید	۵۵(۲۴/۲)
مدت بیماری	کمتر از ۶ ماه	۳۱(۱۳/۵)
	۱۲-۶ ماه	۶۱(۲۶/۷)
	۱۸-۱۲ ماه	۳۰(۱۳/۲)
	۲۴-۱۸ ماه	۲۱(۹/۲)
	۳۰-۲۴ ماه	۲۷(۱۱/۸)
	۳۶-۳۰ ماه	۱۵(۶/۵)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

	۳۶-۴۲ ماه	۲۴(۱۰/۵)
	۴۲-۴۸ ماه	۱۱(۴/۸)
	بالای ۴۸ ماه	۸(۳/۵)
کیفیت زندگی	بدون تأثیر	۶(۲/۶۳)
	به میزان کم	۵۱(۲۲/۳۶)
	به میزان متوسط	۶۱(۲۶/۷۵)
	تأثیر زیاد	۹۰(۳۹/۴۷)
	بسیار شدید	۲۰(۸/۷۷)

همان‌گونه که در جدول ۳ آمده است، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۰/۵۵±۳۴/۸۱ سال و میانگین شدت بیماری در افراد مورد مطالعه ۵/۳۱±۱۰/۲۱ بوده است. همچنین میانگین مدت بیماری در افراد مورد مطالعه ۱۶/۸۳±۱۹/۶۸ و میانگین کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه ۶/۸۲±۱۱ بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کمی در افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۲۲۸	۸۱/۳۴	۱۰/۵۵	۱۵	۷۶
شدت بیماری	۲۲۸	۱۰/۲۱	۵/۳۱	۲	۱۸
مدت بیماری	۲۲۸	۱۹/۶۸	۱۶/۸۳	۳	۱۲۰
کیفیت زندگی	۲۲۸	۱۱	۶/۸۲	۰	۲۸

نتایج تحلیلی حاصل از بررسی‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی و جنسیت و همچنین بین کیفیت زندگی و نوع بیماری تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) این در صورتی است که کیفیت زندگی و محل سکونت (p=۰/۷۱۳) و کیفیت زندگی و میزان تحصیلات (p=۰/۹۱۹) ارتباط معنی‌داری از نظر آماری نداشتند (جدول۴).

جدول۴. ارتباط بین جنسیت، سطح تحصیلات، محل سکونت، نوع بیماری با کیفیت زندگی

	کیفیت زندگی					
متغیر	بدون تأثیر	به میزان کم	به میزان متوسط	تأثیر زیاد	بسیار شدید	p
جنسیت						
مرد	۶(٪۲/۶)	۱۵(٪۶/۶)	۱۷(٪۷/۵)	۱۴(٪۱/۶)	۵(٪۲/۲)	*۰/۰۰۱>
زن	۰(٪۰)	۳۶(٪۱۵/۸)	۴۴(٪۱۹/۳)	۷۶(٪۳۳/۳)	۱۵(٪۶/۶)	
سطح تحصیلات						
زیر دیپلم	۰(٪۰)	۵(٪۲/۲)	۱۱(٪۴/۸)	۱۱(٪۴/۸)	۳(٪۱/۳)	۰/۹۱۹
دیپلم	۳(٪۱/۳)	۲۰(٪۸/۸)	۲۲(٪۹/۶)	۳۰(٪۱۳/۲)	۲(٪۰/۹)	
لیسانس	۲(٪۰/۹)	۲۱(٪۹/۲)	۲۰(٪۲/۲)	۳۷(٪۱۶/۲)	۱۱(٪۴/۸)	

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

فوق لیسانس	(٪۰)۰	(٪۰/۴)۱	(٪۱/۲)۳	(٪۱/۸)۴	(٪۰/۴)۱	
محل سکونت						
شهر	(٪۲/۲)۵	(٪۱۷/۱)۳۹	(٪۲۱/۹)۵۰	(٪۲۸/۹)۶۶	(٪۶/۱)۱۴	۰/۷۱۳
روستا	(٪۰/۴)۱	(٪۵/۳)۱۲	(٪۴/۸)۱۱	(٪۱۰/۵)۲۴	(٪۲/۶)۶	
نوع بیماری						
آدیوپاتیک	(٪۰)۰	(٪۰/۴)۱	(٪۷)۱۶	(٪۳۲/۹)۷۵	(٪۸/۸)۲۰	<۰/۰۰۱
غیر آدیوپاتیک	(٪۲/۶)۶	(٪۲۱/۹)۵۰	(٪۱۹/۷)۴۵	(٪۶/۶)۱۵	(٪۰)۰	
کل	(٪۲/۶)۶	(٪۲۲/۴)۵۱	(٪۲۶/۸)۶۱	(٪۳۹/۴)۹۰	(٪۸/۸)۲۰	

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد بین کیفیت زندگی و مدت زمان بیماری و شدت بیماری همبستگی آماری مشاهده شده است. این در صورتی بود که بین سن بیماران و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۵).

جدول ۵. همبستگی مشاهده شده بین سن، مدت زمان بیماری، شدت بیماری و کیفیت زندگی

متغیر	مدت زمان بیماری		شدت بیماری		سن	
	همبستگی	p-value	همبستگی	p-value	همبستگی	p-value
کیفیت زندگی	۰/۴۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴	۰/۰۰۰	۰/۰۱۱	۰/۸۶۴

بحث

نتایج تحقیق حاضر گویای تأثیر بیماری کهیر مزمن بر تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران است. در این مطالعه جنس زن در ابتلا به بیماری غالب بوده است (٪۷۵) تاکنون برای این مورد دلیل واضحی ارائه نشده است. با این حال ۳۵ تا ۴۰ درصد موارد با کهیر مزمن ایدیوپاتیک منشأ خود ایمنی دارند و زنان از شیوع بالاتری برای ابتلا به این نوع بیماری برخوردارند(۲۱).

بیشتر تأثیرات بیماری در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال (٪۳۴/۴) بود که نشان‌دهنده‌ی درگیری بیشتر جوانان و بزرگسالان به این بیماری بوده است. طبق پاسخ‌های به دست آمده از بیماران، به این نتیجه رسیدیم که از لحاظ وضعیت فکری و انجام فعالیت‌های روزمره در کنار درگیری جنبه روحی به شدت این بیماران تحت تأثیر کهیر مزمن قرار گرفته‌اند. سطح رضایت این بیماران از کیفیت زندگی کاهش‌یافته بود و این به دلیل عدم استراحت کافی و نامنظم شدن ساعات خواب شبانه روزی بود.

اکثر افراد مورد مطالعه تحصیلات لیسانس داشته‌اند (٪۳۹/۹). راش‌های مداوم همراه با خارش اعتماد به نفس این بیماران را برای حضور در اجتماع و انجام فعالیت‌هایی از قبیل تحصیلات و شغل کاهش داده بود و این بیماران در مقابل استرس مقاومت کمتری نشان می‌دادند. مطالعه‌ای در این راستا توسط Baiardini و همکارانش (۲۰۰۳) انجام شد. بیماران با کهیر مزمن نسبت به بیماران با آلرژی تنفسی به طور قابل توجهی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه در سطح پایین‌تری قرار گرفتند و بیماری کهیر تأثیرات محدود کننده و تضعیف‌کننده‌ی عملکردهای فیزیکی و احساسی به دنبال داشت و به عنوان یک بار غیر مستقیم بر رضایت زندگی بیماران محسوب شد(۳).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

در مطالعه‌ای دیگر توسط Engin و همکاران (۲۰۰۸) سطح افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه تأیید کرد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک به شدت کاهش یافته است. سلامت فیزیکی و روانی در حوزه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک بسیار تحت تأثیر قرارگرفته بود و همچنین آن‌ها متوجه شدند که بیماران مبتلا به کهیر مزمن ایدیوپاتیک غالبا از افسردگی و اضطراب رنج می-برند(۷).

در مطالعه Staubach و همکاران (۲۰۰۶) که برای شناسایی علل اصلی کهیر مزمن انجام داده بودند، به طور قابل توجهی کیفیت کلی بیماران مبتلا به کهیر مزمن در مقایسه با افراد سالم، کاهش یافته بود. جالب توجه است که همراهی اختلالات روان‌پزشکی (افسردگی، اضطراب، اختلالات Somatoform) با یک کاهش شدیدتر کیفیت زندگی در مقایسه با بیماران با کهیر مزمن بدون یک اختلال روانی مرتبط بود و شدت بیماری روانی به نظر می‌رسید با کاهش کیفیت زندگی همراه بود. اطلاعات این مطالعه تأیید کرد که کیفیت کلی زندگی به میزان قابل توجهی در بیماران با کهیر مزمن کاهش یافته است(۹).

نتایج این تحقیق نشان داد که تعداد افراد بیشتری بیماری غیر ایدیوپاتیک داشته‌اند (۷۶/۳٪) و با وجود سؤالاتی که از بیماران پرسیدیم علت بیماری به طور دقیق مشخص نشد. این عامل تأثیر به سزایی بر تشخیص و نوع درمان بیماران داشت و درمان را برای پزشک مربوطه مشکل می ساخت. شدت بیماری در اکثر افراد متوسط بود (۵۰/۴٪).

لازم به ذکر است که بیشترین فراوانی مدت بیماری ۱۲-۶ ماه بوده است (۲۶/۷ درصد) و با اجتناب از مصرف عوامل محرک و ایجادکننده‌ی کهیر توسط بیمار، علائم به طور خود به خود پس از مدتی رفع شدند. با این حال در بعضی از موارد (۳/۵ درصد) کهیر مزمن بیشتر از ۴۸ ماه زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار داده است و به صورتی جدی کیفیت زندگی بیمار را پایین آورده است. همان‌طور که در مطالعه-ای توسط Silvares و همکاران (۲۰۱۱) تأثیرات کهیر مزمن بر کیفیت زندگی بررسی شد و نتیجه این تحقیق نشان داد که کهیر مزمن به طور جدی کیفیت زندگی بیماران مورد ارزیابی به ویژه بیماران مبتلا به آنژیوادم را به خطر می‌اندازد و این میزان بالاتر از بیماری هانسن، پسوریازیس، اگزمای آتوپیک و کارسینوم سلول بازال بوده است(۴).

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که کهیر مزمن تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی بیماران داشته است و در بعضی از بیماران به شدت کیفیت زندگی را کاهش داده است. هر چند با توجه به نامشخص بودن علت این بیماری درمان آن سخت است با این حال با استفاده از نتایج این مطالعه و سایر بررسی‌ها می‌توان به روند بهبودی این بیماری و کاهش عوارض ناشی از آن کمک کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدینوسیله تشکر و سپاس خود را دانشگاه علوم پزشکی کردستان بخاطر حمایت‌های مالی اعلام می‌دارند. ضمناً نتایج این مطالعه، از پایان‌نامه دانشجوی مقطع دکترای عمومی پزشکی با کد اخلاق مصوب، شورای کمیته احلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره ۱۳۹۴/۱۱۳ استخراج گردیده است.

منابع

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

1. Baiardini I, Braido F, Bindslev-Jensen C, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW, et al.Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in patients with urticaria: a GA2LEN taskforce position paper. Allergy. 2011;66(7):840-4.
2.Jurakić Tončić R, Lipozenčić J, Marinović B. Treatment of chronic urticaria. Acta Dermatovenerol. Croat. 2009;17(4):0-0.
3.Baiardini I, Giardini A, Pasquali M, Dignetti P, Guerra L, Specchia C, et al. Quality of life and patients' satisfaction in chronic urticaria and respiratory allergy. Clin Transl Allergy. 2003;58(7):621-3.
4.Silvares MRC, Fortes MRP, Miot HA. Quality of life in chronic urticaria: a survey at a public university outpatient clinic, Botucatu (Brazil). Rev Assoc Med Bras (1992). 2011;57(5):577-82.
5.Kaplan AP. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med. 2002;346(3):175-9.
6.Özkan M, Oflaz SB, Kocaman N, Özşeker F, Gelincik A, Büyüköztürk S, et al. Psychiatric morbidity and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. Ann Allergy Asthma Immunol. 2007;99(1):29-33.
7.Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Özdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2008;22(1):36-40.
8.Zuberbier T, Pfrommer C, Specht K, Vieths S, Bastl-Borrmann R, Worm M, et al. Aromatic components of food as novel eliciting factors of pseudoallergic reactions in chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol. 2002;109(2):343-8.
9.Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M, et al. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. Br J Dermatol. 2006;154(2):294-8.
10.Pacor M, Di Lorenzo G, Corrocher R. Efficacy of leukotriene receptor antagonist in chronic urticaria. A double-blind, placebo-controlled comparison of treatment with montelukast and cetirizine in patients with chronic urticaria with intolerance to food additive and/or acetylsalicylic acid. Clin Exp Allergy. 2001;31(10):1607-14.
11.Skodol AE, Grilo CM, Pagano ME, Bender DS, Gunderson JG, Shea MT, et al. Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. J Psychiatr Pract. 2005;11(6):363.
12.Narud K, Mykletun A, Dahl AA. Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic. BMC Psychiatry. 2005;5(1):10.
13.Maurer M, Ortonne JP, Zuberbier T. Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor–patient relation. Clin Transl Allergy. 2009;64(4):581-8.
14.Weldon DR. Quality of life in patients with urticaria. AAllergy Asthma Proc. 2006; 2(27): 96-99.
15.Grob J-J, Gaudy-Marqueste C. Urticaria and quality of life. Clin Rev Allergy Immunol. 2006;30(1):47-51.
16.Tharp MD. Chronic urticaria: pathophysiology and treatment approaches. J Allergy Clin Immunol. 1996;98(6):S325-S30.
17.Greaves M. Chronic urticaria. Journal of Allergy and clinical immunology. 2000;105(4):664-72.
18.Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: current opinions about etiology, diagnosis and therapy. Acta Derm Venereol. 2007;87(3):196-205.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]

19.Anderson S, Adkin NF, Adkinson NF, Zuraw BL. Middleton's Allergy: Principles and Practice.
20.Ghaffari J, Farid Hossaini R, Rafatpanah H, Jabbari Azad F, Shahmohammadi S. Chronic urticaria in children: etiologies, clinical manifestations, diagnosis and treatment. JPR. 2013;1(2):55-68.
21.Gaig P, Olona M, Lejarazu DM, Caballero M, Domínguez F, Echechipia S, et al. Epiodemiology of urticaria in Spain. J Investig Allergol Clin Immunol. 2004;14:214-20.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.52547/sjku.25.2.83]