

مقایسه کیفیت زندگی در مبتلایان زگیل مقعدی-تناسلی با گروه شاهد

چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۵ ویرایش: ۱۳۹۷/۰۵/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲ آنلاین: ۱۳۹۷/۱۰/۲۰

زمینه و هدف: زگیل تناسلی از شایعترین عفونت قابل انتقال جنسی است. ۱٪ جمعیت فعال از نظر جنسی را مبتلا می‌کند. بنابر مطالعات پیشین، این بیماری کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده و باعث تحمیل هزینه‌های مالی بر سیستم‌های بهداشتی می‌شود.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی است که در بهار سال ۲۰۱۸ انجام شد. کیفیت زندگی ۶۵ بیمار مبتلا به زگیل مقعدی-تناسلی که برای درمان بیماری خود به بیمارستان بوعلی سینا ساری در سال ۲۰۱۸ مراجعه کرده بودند، با ۶۵ فرد کنترل سالم بررسی شد. از پرسشنامه کیفیت زندگی World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF) استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج، در بین مبتلایان به بیماری زگیل مقعدی-تناسلی شرکت‌کننده در طرح، اکثریت دچار افت کیفیت رابطه جنسی پس از ابتلا به این بیماری نشدند (۷۰٪). تفاوت معناداری بین میانگین نمرات سلامت جسمی و نمرات سلامت روانی در دو گروه شاهد و بیمار وجود نداشت. میانگین نمره سلامت جسمی با شدت بیماری ارتباط نداشت (P=۰/۱۳) ولی نمره سلامت روانی با شدت بیماری تفاوت معناداری داشت (P=۰/۰۱). نمرات سلامت جسمی در کل افراد شرکت‌کننده ارتباط معنادار با جنسیت داشت به طوری که در جنس زن سطح سلامت جسمی پایین‌تر از جنس مرد بود، اما میانگین نمره سلامت روانی بیماران زن و مرد تفاوت معناداری نداشت (P=۰/۱۸).

نتیجه‌گیری: میانگین نمره سلامت جسمی و روانی در زنان پایین‌تر از مردان بود و اگرچه در این مطالعه بین سلامت روانی در گروه شاهد و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت، اما نتایج نشان داد که شدت بیماری با سلامت روانی ارتباط مستقیم دارد.

کلمات کلیدی: پژوهش‌های مورد-شاهدی، زگیل تناسلی، سلامت روانی، امتیاز سلامت جسمی، کیفیت زندگی، بیماری‌های منتقله از راه جنسی.

ارمغان کاظمی نژاد^۱، جمشید یزدانی چراتی^۲، قاسم رحمت‌پور^۱، عباس مسعودزاده^۳، سحر باقری^{۴*}

- ۱- گروه پوست، بیمارستان بوعلی سینا، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
- ۲- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده بهداشت، ساری، ایران.
- ۳- مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: ساری، مرکز تحقیقات مقاومت‌های میکروبی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.
تلفن: ۰۱۱-۴۲۱۸۲۳۱
E-mail: dr_sbagheri@yahoo.com

مقدمه

شانس ابتلا به آن در گروه فعال جنسی در طول عمر بیش از ۵۰٪ می‌باشد و شیوع آن در دو دهه‌ی گذشته چهار برابر شده است. در مناطق مختلف دنیا بر روی زنان بدون علامت ۲-۴۴٪ شیوع این بیماری گزارش شده است که عامل اصلی آن تفاوت‌های نژادی، سن، اختلافات جغرافیایی، فرهنگی و سبک زندگی مختلف بیان شده

زگیل (Wart) تناسلی شایعترین عفونت قابل انتقال جنسی در آمریکاست. ۱٪ جمعیت فعال از نظر جنسی در آمریکا مبتلا به زگیل بوده و از طرفی در دنیا بیش از ۳۰ میلیون نفر مبتلا به آن هستند.

بخش‌های مختلف انتخاب گردیدند. ویژگی مشترک آن‌ها سن بالای ۱۶ سال، فعال از نظر جنسی، عدم ابتلا به زگیل مقعدی-تناسلی و نداشتن سابقه بیماری‌های اعصاب و روان بود.

روش مطالعه به این صورت بود که همه افرادی که در گروه اول مطالعه وارد می‌شدند باید مبتلا به زگیل مقعدی و یا تناسلی باشند.

سپس پرسشنامه کیفیت زندگی World Health Organization Quality of Life Brief Version (WHOQOL-BREF) که پایایی و روایی آن براساس مطالعات گذشته تایید شده است در اختیار آن‌ها قرار گرفت. این پرسشنامه خودگزارشی که بیشتر جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود دارای ۳۶ عبارت است و هشت قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های هشت‌گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است.

همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک کند.^{۱۱} پس از توضیح روش کار و کسب رضایت از بیماران، پرسشنامه به آنان داده شد. داده‌ها به‌صورت محرمانه بوده و نتایج به‌صورت موشکافانه پس از محاسبات آماری گزارش شد. پیش از تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی، داده‌ها دموگرافیک شامل سن، جنس (مرد، زن)، شدت بیماری، وضعیت تحصیلی (زیردیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس، دکترا و بالاتر)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، مطلقه، بیوه)، وضعیت روابط جنسی (ندارم، فقط با یک فرد، با افراد متعدد)، تعداد دفعات عود بیماری، جمع هزینه مصرفی جهت بیماری تا زمان مطالعه (بیشتر از درآمد ماهانه، کمتر از درآمد ماهانه)، زندگی در شهر یا روستا، طول مدت بیماری (ماه)، میزان درآمد ماهانه (کمتر از ۲/۵ میلیون تومان، بالاتر از ۲/۵ میلیون تومان)، مصرف الکل و مخدر (دارم، ندارم)، تمایل به داشتن فرزند جدید (دارم، ندارم) و افت کیفیت و کمیت فعالیت جنسی پس از ابتلا به بیماری (بله، نه) و ابتلا به بیماری‌های همزمان (ایدز، هپاتیت، عفونت‌های تناسلی) و ابتلا همسر به بیماری (بله، خیر، بله) پرسیده و

است.^{۴-۱} در کشور ایران بیماری‌های منتقل شونده جنسی از دسته بیماری‌های قابل گزارش می‌باشد، اما به‌دلیل مراجعه کمتر بیماران به مراکز دولتی و مشارکت پایین بخش خصوصی در گزارش دهی و نیز مراجعه‌ی پایین بیماران به‌دلیل منع مذهبی و قانونی، اطمینان چندانی به آمارهای ثبت شده در مورد این دسته از بیماری‌ها نمی‌باشد.^{۶۵} از آنجایی که بیش از ۹۰٪ موارد سرطان دهانه رحم به ویروس پاپیلوما نسبت داده می‌شود، در ایران حدود ۲۶ میلیون زن ۱۵ سال و بالاتر در معرض خطر سرطان دهانه رحم هستند و این سرطان دومین علت سرطان در میان زنان ایرانی است.^{۸۷}

بنابر مطالعات پیشین، این بیماری کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده و باعث تحمیل هزینه‌های مالی بر سیستم‌های بهداشتی می‌شود.^{۱۰۹} ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتنی بر درک سلامتی افراد است و اساساً به‌عنوان یک شاخص بالینی از پیشرفت درمان بیماران محسوب می‌شود. کیفیت زندگی فرد به‌طور به‌سزایی بر عملکرد اجتماعی و جسمی وی تأثیر می‌گذارد و جزء تعریف "بهداشت" سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همچنین به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک شاخص در مدل‌های هزینه-اثربخشی کاربرد دارد که این مدل‌ها جهت تعیین ارزش نسبی فوریت و دسترسی درمان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.^{۱۱} مطالعه حاضر با هدف سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به زگیل مقعدی-تناسلی در ایران براساس پرسشنامه (WHOQOL-BREF) استاندارد شده مطابق افراد ایرانی انجام گرفت.^{۱۱}

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد-شاهدی بود و بیماران از میان افراد مبتلا به زگیل مقعدی-تناسلی که بالای ۱۶ سال دارند، از اردیبهشت ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ برای درمان بیماری خود به بیمارستان بوعلی سینا ساری مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند.

گروه اول بیماران مبتلا به زگیل مقعدی و یا تناسلی بالای ۱۶ سال با سواد که فعالیت جنسی داشتند و توسط درماتولوژیست به‌صورت بالینی تشخیص داده شدند.

گروه دوم شامل گروه کنترل سالم می‌باشد که به‌طور تصادفی از بین مراجعین به مراکز درمانی شامل پرسنل و همراهان بیماران

سلامت روانی در دو گروه بیماران با شدت کم و زیاد تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت ($P=0/01$) (جدول ۳). نمرات سلامت جسمی و روانی در کل نمونه ارتباط معنادار با جنسیت داشت به طوری که در جنس زن سطح سلامت جسمی و روانی پایین تر از جنس مرد بود ($P<0/005$). میانگین نمره سلامت جسمی بیماران در گروه زن به طور معناداری پایین تر از گروه مرد بود ($P=0/001$) اما میانگین نمره سلامت روانی بیماران زن و مرد تفاوت معناداری نداشت ($P=0/18$). در گروه شاهد نمره سلامت جسمی ($P=0/21$) و روانی ($P=0/041$) در جنس زن پایین تر از مردان بود (جدول ۴).

بحث

در مطالعه Shi و همکارانش، کیفیت زندگی در زنان و ساکنین شهر بدتر از مردان و ساکنین روستا گزارش شده است.^{۱۳} در مطالعه Senecal و همکاران تطابق نتایج با سن و جنس اعمال نشده است^{۱۴} و در مطالعه van der Snoek و همکاران عدم تاثیر جنسیت و سن بر کیفیت زندگی گزارش شده است، در حالی که در مطالعه فعلی، توزیع صفات سن و جنس همسان سازی شده و تفاوت معناداری بین گروه شاهد و بیمار و با کیفیت زندگی دو گروه نیز وجود ندارد.^{۱۵} در پژوهش حاضر، برخلاف مطالعات Nahidi، Seneca و همکارانشان تفاوت معناداری بین میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت جسمی و نمرات سلامت روانی در دو گروه شاهد و بیمار وجود نداشت، به عبارت دیگر کیفیت زندگی در دو گروه شاهد و بیمار تفاوت معناداری ندارد.^{۱۶، ۱۷} اگرچه تعداد نمونه در بررسی حاضر (۶۵ بیمار) نسبت به مطالعه Nahidi (۳۷ بیمار) بیشتر و نسبت به مطالعه Senecal و همکاران که ۳۳۰ بیمار در آن شرکت داشتند کمتر بوده است.^{۱۶، ۱۷} در ضمن در مطالعه Senecal مقایسه با گروه شاهد صورت نگرفته است. نمرات سلامت جسمی و روانی در کل نمونه ارتباط معنادار با جنسیت دارد به طوری که در جنس زن سطح سلامت جسمی و روانی پایین تر از جنس مرد می باشد. میانگین نمره سلامت جسمی بیماران در گروه زن با رابطه معناداری پایین تر از گروه مرد می باشد، اما میانگین نمره سلامت روانی بیماران زن و مرد تفاوت معناداری ندارد ($P=0/18$).

ثبت شد. شدت بیماری بر اساس تعداد زگیل اندازه گیری شد. برای تجزیه و تحلیل، داده ها ابتدا با استفاده از روش های مبتنی بر آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار برای داده های کمی و جداول فراوانی برای داده های کیفی توصیف شدند، سپس برای مقایسه دو گروه از حیث متغیرهای زمینه از Student's t-test، Chi-square test و در صورت نرمال نبودن از Mann-Whitney U test استفاده شد و برای کنترل مخدوشگری و مقایسه همزمان دو گروه مورد و شاهد از مدل های خطی تعمیم یافته استفاده شد. در این پژوهش $P<0/05$ معنادار در نظر گرفته شد. تحلیل نیز با استفاده از SPSS software، version 21 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) انجام گرفت.

یافته ها

بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه دارای وضعیت تاهل ($74/6\%$)، تحصیلات لیسانس ($35/4\%$)، ساکن شهر ($83/1\%$)، بدون سابقه مصرف الکل ($70/8\%$)، بدون سابقه مصرف مواد مخدر (90%)، بدون سابقه ابتلا به عفونت های تناسلی ($73/1\%$)، غیر مبتلا به ایدز (100%)، هپاتیت ($99/2\%$)، بدون تمایل به داشتن فرزند جدید ($56/9\%$)، دارای یک شریک جنسی ($71/9\%$)، همسر غیرمبتلا به زگیل مقعدی- تناسلی (90%) و درآمد ماهانه خانواده کمتر از ۲/۵ میلیون تومان ($55/4\%$) بودند. در بین مبتلایان به بیماری زگیل مقعدی- تناسلی شرکت کننده در طرح، اکثریت دچار افت کیفیت رابطه جنسی پس از ابتلا به بیماری شدند (70%)، دفعات عود بیماری کمتر از یکبار بوده (83%) و جمع هزینه مصرفی برای درمان تا زمان شرکت در مطالعه، کمتر از درآمد ماهانه خانواده بوده است (92%). بین متغیرهای عفونت جنسی، ابتلا شریک جنسی به زگیل مقعدی- تناسلی و گروه شاهد و بیمار، ارتباط معناداری وجود داشت ($P<0/05$) (جدول ۱). تفاوت معناداری بین میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت جسمی و نمرات سلامت روانی در دو گروه شاهد و بیمار دیده نداشت ($P=0/93$).

همچنین میانگین سن در دو گروه شاهد و بیمار از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت ($P=0/12$) که نشان داد دو گروه از نظر سن همسان شدند (جدول ۲). ارتباط معناداری بین میانگین نمره سلامت جسمی و شدت بیماری وجود نداشت ($P=0/13$) ولی بین نمره

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک و بالینی در دو گروه بیمار و شاهد

متغیر	زیر گروه	بیمار تعداد(درصد)	شاهد تعداد(درصد)	P
جنسیت	مرد	۳۲(۴۹/۲)	۳۲(۴۹/۲۹)	۰/۵۷
	زن	۳۳(۵۰/۸)	۳۳(۵۰/۸)	
تاهل	مجرد	۱۳(۲۰)	۴(۶/۲)	۰/۰۸
	متاهل	۴۳(۶۶/۲)	۵۴(۸۳/۱)	
	مطلقه	۷(۱۰/۸)	۵(۷/۷)	
	بیوه	۲(۳/۱)	۲(۳/۱)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲(۱۸/۵)	۹(۱۳/۸)	۰/۴۳
	دیپلم	۲۲(۳۳/۸)	۱۳(۲۰)	
	فوق دیپلم	۵(۷/۷)	۷(۱۰/۸)	
	لیسانس	۲۰(۳۰/۸)	۲۶(۴۰)	
	فوق لیسانس	۴(۶/۲)	۶(۹/۲)	
محل زندگی	دکتری و بالاتر	۲(۳/۱)	۴(۶/۲)	۰/۸۱
	روستا	۱۲(۱۸/۵)	۱۰(۱۵/۴)	
درآمد	کمتر از ۲/۵ میلیون	۴۰(۶۱/۵)	۳۲(۴۹/۲)	۰/۱۵
	بیشتر از ۲/۵ میلیون	۲۵(۳۸/۵)	۳۳(۵۰/۸)	
مصرف الکل	خیر	۴۴(۶۷/۷)	۴۸(۷۳/۸)	۰/۵۶
	بلی	۲۱(۳۲/۳)	۱۷(۲۶/۲)	
سابقه اعتیاد به مخدر	خیر	۵۷(۸۷/۷)	۶۰(۹۲/۳)	۰/۰۰۳
	بلی	۸(۱۲/۳)	۵(۷/۷)	
سابقه عفونت جنسی	خیر	۴۰(۶۱/۵)	۵۵(۸۴/۶)	۱
	بلی	۲۵(۳۸/۵)	۱۰(۱۵/۴)	
ابتلا به ایدز	خیر	۶۵(۱۰۰)	۶۵(۱۰۰)	۱
	بلی	۰(۰)	۰(۰)	
ابتلا به هپاتیت	خیر	۶۴(۹۸/۵)	۶۵(۱۰۰)	۰/۹۹
	بلی	۱(۱/۵)	۰(۰)	
تمایل به فرزندآوری	خیر	۳۸(۵۸/۵)	۳۶(۵۵/۴)	۰/۷۲
	بلی	۲۷(۴۱/۵)	۲۹(۴۴/۶)	
ابتلا شریک جنسی به زگیل	خیر	۵۲(۸۰)	۶۵(۱۰۰)	<۰/۰۰۱
	بلی	۲۷(۴۱/۵)	۲۹(۴۴/۶)	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی به تفکیک دو گروه شاهد و بیمار

متغیر	بیمار انحراف معیار ± میانگین	شاهد انحراف معیار ± میانگین	P
سن	۳۲/۹۲ ± ۹/۴۰	۳۵/۷۵ ± ۱۱/۱۵	۰/۱۲
نمره سلامت جسمی	۲۸۱/۵۰ ± ۹۲/۰۴	۲۵۸/۰۰ ± ۸۸/۷۳	۰/۱۴
نمره سلامت روحی	۲۳۸/۵۳ ± ۹۹/۱۵	۲۴۰/۰۰ ± ۸۹/۹۶	۰/۹۳

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سلامت جسمی و نمره سلامت روانی بر حسب شدت بیماری

متغیر	شدت کم انحراف معیار± میانگین	شدت زیاد انحراف معیار± میانگین	P
نمره سلامت جسمی	۲۹۰/۹۶±۸۵/۰۵	۲۲۹/۰۵±۱۱۵/۲۶	۰/۱۳
نمره سلامت روانی	۲۵۱/۳۶±۹۲/۴۹	۱۶۸/۰۰±۱۰۹/۷۷	۰/۰۱

جدول ۴: مقایسه سلامت جسمی و روانی جنس زن و مرد در دو گروه شاهد و بیمار

زیرگروه	متغیر	مرد انحراف معیار± میانگین	زن انحراف معیار± میانگین	P
بیمار	نمره سلامت جسمی	۳۱۸/۰۶±۶۳/۶۵	۲۴۶/۰۷±۱۰۱	۰/۰۰۱
	نمره سلامت روانی	۲۵۵/۴۶±۹۳/۷	۲۲۲/۱۲±۱۰۳	۰/۱۸
شاهد	نمره سلامت جسمی	۲۸۳/۵۹±۸۹	۲۳۳/۱۸±۸۲	۰/۰۲۱
	نمره سلامت روانی	۲۶۳/۰۶±۸۶/۷۹	۲۱۷/۶۳±۸۷/۵۶	۰/۰۴۱

مربوط به تعداد شرکای جنسی، سابقه ابتلا به ایدز سابقه ابتلا به بیماری‌های تناسلی و درآمد ماهانه) با توجه بر مسائل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی مردم کشورمان و یا عدم پیگیری و بررسی‌های پیشین، کاملاً قابل اتکا نمی‌باشد و همچنین قابل پیگیری توسط پژوهشگر نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بیشتری بر روی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن و راه‌کارهای لازم جهت ارتقای آن انجام گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت جسمی در زنان در هر دو گروه شاهد و بیمار به‌طور معناداری پایین‌تر از مردان می‌باشد، اما سلامت روانی صرفاً در گروه زنان پایین‌تر بوده و براساس آنالیز پرسشنامه WHOQOL-BREF بیماری بر روی کیفیت زندگی مردان تأثیری نگذاشته است.

سپاسگزاری: این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع دکترای حرفه‌ای تحت عنوان "مقایسه کیفیت زندگی در مبتلایان زگیل مقعدی-تناسلی با گروه شاهد" با کد ۲۴۰۳ در سال ۱۳۹۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مازندران و همکاری مرکز تحقیقات مقاومت میکروبی بیمارستان رازی قائمشهر انجام گرفته است.

در گروه شاهد نمره سلامت جسمی و روانی در دو گروه زن و مرد تفاوت معناداری یافت شد، به عبارت دیگر نمره سلامت جسمی ($P=0/21$) و روانی ($P=0/041$) در جنس زن پایین‌تر از جنس مرد بوده است. البته در مطالعه Camargo و همکاران ۸۱٪ بیماران افت کیفیت زندگی به دنبال ابتلا به بیماری نداشته‌اند.^{۱۷} باوجود گزارش مطالعه Shi، Paradisi و همکارانشان مبنی بر وجود رابطه مستقیم بین شدت بیماری با افت کیفیت زندگی، در مطالعه حاضر میانگین نمره سلامت جسمی با شدت بیماری ارتباط معناداری ندارد ولی بین نمره سلامت روانی در دو گروه بیماران با شدت کم و زیاد ارتباط معناداری از نظر آماری وجود دارد ($P=0/01$).^{۱۳} البته در مطالعه Van der Snoek و همکاران همانند مطالعه حاضر، اندکس سلامت روانی در بیماران با شدت بالای بیماری افت واضحی را نشان داده است.^{۱۵} در مطالعه Camargo و همکاران پس از ابتلا به بیماری مذکور افت کیفیت رابطه جنسی وجود داشته است که در مطالعه حاضر نیز ۷۰٪ بیماران این آیتم را به‌عنوان نکته منفی عارضه بیماری خود بیان داشتند.^{۱۷} از محدودیت‌های این طرح تعداد کم حجم نمونه و عدم توجه به سایر ویژگی‌های بیماری شدید بوده است. ضمناً داده‌های

References

1. Buck Jr HW. Warts (genital). *BMJ Clin Evid* 2010;2010:1602.
2. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine* 2008;26 Suppl 10:K1-16.
3. Giuliano AR, Anic G, Nyitray AG. Epidemiology and pathology of HPV disease in males. *Gynecol Oncol* 2010;117(2 Suppl):S15-9.
4. Hariri S, Unger ER, Sternberg M, Dunne EF, Swan D, Patel S, et al. Prevalence of genital human papillomavirus among females in the United States, the National Health And Nutrition Examination Survey, 2003-2006. *J Infect Dis* 2011;204(4):566-73.
5. Najafi F, Hematti M, Jalilian N. Epidemiologic study of genital warts among women in Kermanshah Province, Iran. *Acta Med Mediterr* 2016;32:1955-8.
6. Mortazavi S, Zali M, Raoufi M, Nadji M, Kowsarian P, Nowroozi A. The prevalence of human papillomavirus in cervical cancer in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2002;3(1):69-72.
7. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006;24 Suppl 3:S3/11-25.
8. Gross G. Genitoanal human papillomavirus infection and associated neoplasias. *Curr Probl Dermatol* 2014;45:98-122.
9. Daley EM, Perrin KM, McDermott RJ, Vamos CA, Rayko HL, Packing-Ebuen JL, et al. The psychosocial burden of HPV: a mixed-method study of knowledge, attitudes and behaviors among HPV+ women. *J Health Psychol* 2010;15(2):279-90.
10. Koupidis SA, Nicolaidou E, Hadjivassiliou M, Bellos S, Skapinakis P, Stefanaki C, et al. Health related quality of life in patients with anogenital warts. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:67.
11. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000;53(1):1-12.
12. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006;4(4):1-12.
13. Shi JF, Kang DJ, Qi SZ, Wu HY, Liu YC, Sun LJ, et al. Impact of genital warts on health related quality of life in men and women in mainland China: a multicenter hospital-based cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012;12:153.
14. Sénécal M, Brisson M, Maunsell E, Ferenczy A, Franco EL, Ratnam S, et al. Loss of quality of life associated with genital warts: baseline analyses from a prospective study. *Sex Transm Infect* 2011;87(3):209-15.
15. van der Snoek EM, Couwenberg SM, Lammers AM, van Loon AM. Anogenital warts: influence on quality of life in Dutch soldiers. *Sex Transm Dis* 2013;40(8):650-1.
16. Nahidi M, Nahidi Y, Saghebi A, Kardan G, Jarahi L, Aminzadeh B, et al. Evaluation of Psychopathology and Quality of Life in Patients with Anogenital Wart Compared to Control Group. *Iran J Med Sci* 2018;43(1):65-69.
17. Camargo CC, D'Elia MPB, Miot HA. Quality of life in men diagnosed with anogenital warts. *An Bras Dermatol* 2017;92(3):427-9.

Comparison of quality of life in anogenital warts with control group

Armaghan Kazeminejad M.D.¹
Jamshid Yazadani Charati
Ph.D.²
Ghasem Rahmatpour M.D.¹
Abbas Masoudzadeh M.D.³
Sahar Bagheri M.D.^{4*}

1- Department of Dermatology,
Boali Sina Hospital, Mazandaran
University of Medical Sciences,
Sari, Iran.

2- Department of Biostatistics,
School of Public Health,
Mazandaran University of Medical
Sciences, Sari, Iran.

3- Psychiatry and Behavioral
Sciences Research Center,
Addiction Institute, Mazandaran
University of Medical Sciences,
Sari, Iran.

4- Antimicrobial Resistance
Research Center, Mazandaran
University of Medical Sciences,
Sari, Iran.

* Corresponding author: Antimicrobial
Resistance Research Center, Mazandaran
University of Medical Sciences, Sari,
Iran.
Tel: +98- 11- 42218231
E-mail: dr_sbagheri@yahoo.com

Abstract

Received: 06 Aug. 2018 Revised: 13 Aug. 2018 Accepted: 02 Jan. 2019 Available online: 10 Jan. 2019

Background: Genital warts are one of the most common sexually transmitted infections, 1% of sexually active population have anogenital warts (AGWs). According to previous studies, the disease affects people's quality of life and imposes financial costs on health systems.

Methods: The present study is a case-control study at spring of 2018. The quality of life of 65 patients with anogenital warts that were referred to Boali-sina Hospital in Sari, Iran compared with 65 control subjects. The World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) questionnaires was used.

Results: According to the results, among the patients with anogenital warts, the quality of sexual contact in majority them were not affected by the disease (70%). The total cost of treatment was less than the monthly income of the family until the time of participating in the study (92%). There was no significant difference between the mean and standard deviation of physical health scores and mental health scores in the control and patient groups. (respectively $P=0.14$, $P=0.93$). There was no significant relationship between the mean of physical health scores with disease severity. However, there was a significant difference between the mental health score in the two groups of patients with low and high levels of severity ($P=0.01$). Physical health scores in the whole sample have a significant relationship with gender, so that, in women, physical health score was lower than that of male, but the mean score of mental health in both male and female patients was not significantly different ($P=0.18$). In the control group the score of mental health was lower in women ($P=0.041$).

Conclusion: In patients with anogenital wart, quality of life doesn't change significantly, although, mental health scores directly related with disease severity.

Keywords: case-control studies, genital warts, mental health, physical health score, quality of life, sexually transmitted diseases.