

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا

دکتر شهرام باغستانی^۱ دکتر سمانه مظلومی^۲

^۱ استادیار گروه پوست، پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره چهارم زمستان ۸۹ صفحات ۲۸۰-۲۷۱

چکیده

مقدمه: آلوپسیا آراتا نوعی بیماری مزمن و بدون علامت است که با ریزش مو با لبه‌های واضح و معمولاً گرد مشخص می‌شود. تغییرات ظاهری ناشی از این بیماری و از دست دادن مو به شکل ناهنجار می‌تواند به محدودیت آزادی اجتماعی فرد و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی او منجر شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر این بیماری بر کیفیت زندگی این گونه بیماران در شهر بندرعباس انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه مورد - شاهد، ۵۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک پوست بیمارستان شهیدمحمدی بندرعباس پس از تأیید بیماری آنها توسط متخصص پوست به عنوان مورد و به ازاء هر مورد یک نفر از همراهان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه که بر اساس سن، جنس و سطح تحصیلات جدا شده بودند، به عنوان شاهد انتخاب شدند. شدت بیماری بر اساس روش Oslen/Canfield و سعت درگیری و سایر اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شد و کیفیت زندگی آنها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL/BREF مورد سنجش قرار گرفت. داروها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 16 و به کمک روش توصیفی، آزمونهای کای اسکوئر و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاکی از تفاوت معنی‌دار در سلامت روانی و روابط اجتماعی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد بود ($P < 0.05$)، اما در سایر جنبه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین ابعاد کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی و اجتماعی در مردان گروه مورد بطور معنی‌داری کمتر از آن در گروه شاهد بود. در حالی که در هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی زنان مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که گرچه این بیماری با هر شدت و هر سنی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. اما شدت تأثیر آن در مردان بیشتر از زنان است.

کلیدواژه‌ها: آلوپسیا آراتا - کیفیت زندگی - اختلالات پوستی

نویسنده مسئول:
دکتر شهرام باغستانی
بخش پوست بیمارستان شهیدمحمدی
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
بندرعباس - ایران
تلفن: ۰۹۸۹۱۷۱۶۱۲۳۰
پست الکترونیکی:
sbaghestani@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۹/۸/۲۸ اصلاح نهایی: ۸۹/۹/۱ پذیرش مقاله: ۸۹/۹/۷

مقدمه:

آلویپسیا آراتا یا ریزش موی منطقه‌ای، یک بیماری التهابی مزمن و غالباً بدون علامت است که با شروع ناگهانی ریزش مو با لبه‌های واضح و معمولاً گرد مشخص می‌شود. علت آن ناشناخته است، یک تداخل بین فاکتورهای ژنتیک و محیطی ممکن است شروع کننده بیماری باشد (۱،۲).

شیوع این بیماری ۱ در ۱۰۰۰ نفر تخمین زده شده است، ریسک ابتلا به این بیماری در طول عمر یک فرد ۲٪ برآورد شده است (۲). طبق نتایج برخی از مطالعات انجام شده در ایران، آلویپسیا آراتا بیماری نسبتاً شایعی است که حدود ۴-۱٪ از مراجعین به متخصص پوست را شامل می‌شود (۳). این بیماری به علت تغییراتی که در وضعیت ظاهری بیمار به وجود می‌آورد، می‌تواند مشکلات عدیده‌ای در زندگی فردی

نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا دچار مشکلات روانی همراه می‌باشند. مردها شکایات بیشتری از مشکلات روانی گزارش کرده‌اند. میزان تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری در همراه شدن مشکلات روانشناختی مؤثر نبود (۸).

در یک مطالعه که توسط Gülec و همکاران انجام شد، نقش عوامل سایکولوژیک در آلوپسیا آراتا و اثر بیماری در کیفیت زندگی بیماران بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین بیماران و گروه کنترل در امتیاز کل یا عوامل استرس‌زای اصلی و افسردگی و اضطراب وجود نداشت (۹).

در مطالعه Cartwright و همکاران بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا، زنان کیفیت زندگی بدتری نسبت به مردان داشتند. این مطالعه نشان داد اگر چه آلوپسیا آراتا یک وضعیت تهدیدکننده حیات نمی‌باشد اما می‌تواند کیفیت زندگی را از طریق اثر منفی بر روی آگاهی از خود مختل نماید (۱۰).

در مطالعه Schmidt و همکاران کیفیت زندگی و استراتژی‌های تطابق در زنان مبتلا به آلوپسیا آراتا مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیمارانی که ریزش موی قابل مشاهده داشتند، در مقایسه با بیماران که ریزش موی آنها کمتر قابل مشاهده بود کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. اگر چه گروهی از بیماران که ریزش موی غیرقابل مشاهده داشتند نیز شواهدی از اختلالات روانی نشان دادند، اما این بیماران اختلالات دیس مورفوفوبیک یا اختلالات خلق داشتند (۱۱).

در مطالعه Van Der Donk و همکاران که بر روی کیفیت زندگی و تطابق نادرست در بیماران مبتلا به ریزش موی انجام شد، نشان داده شد که ریزش موی یک اثر منفی بر روی کیفیت زندگی اکثریت آنها دارد (۱۲). هدف از انجام این مطالعه، بررسی تأثیر بیماری آلوپسیا آراتا بر کیفیت زندگی این بیماران بود.

روش کار:

این مطالعه به روش مورد - شاهدهی انجام شد. بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست بیمارستان شهید محمدی، ابتدا توسط متخصصین پوست مورد قرار گرفتند و پس از قطعی شدن

و اجتماعی بیمار ایجاد کند. از دست دادن ناگهانی مو به شکل ناهنجار از لحاظ روان شناسی برای بیمار دردناک است و می‌تواند آزادی اجتماعی فرد را محدود کند و روی کیفیت زندگی او اثر بگذارد (۳). کیفیت زندگی مفهومی گسترده‌تر از سلامتی دارد و عناصری مانند استاندارد زندگی، کیفیت مسکن و همسایگی و رضایت شغلی را نیز در برمی‌گیرد (۴).

کاربرد مفهوم کیفیت زندگی برای اندازه‌گیری تأثیر بیماری و مداخلات درمانی بر زندگی روزمره مردم و توانایی عملکردی آنان میدان جدیدی را در پژوهش تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به وجود آورده است. ارائه شاخصهایی مانند کیفیت زندگی، سالهایی از عمر که با ناتوانی می‌گذرد، سالهای (روزهای) سالم زندگی و سالهایی از زندگی که کیفیت مطلوب داشته است، از نتایج و دستاوردهای پژوهش در این عرصه می‌باشد (۴).

امروزه اکثر متخصصان معتقدند که کیفیت زندگی دارای چهار یا پنج بعد جسمانی، روحی روانی، اجتماعی، معنوی و علائم مربوط به بیماری و درمان است.

در مطالعه انتظاری و همکاران هیچگونه رابطه آماری معنی‌داری در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران پوستی، با شدت و وسعت ضایعه پوستی یافت نشد (۵).

در یک مطالعه که توسط ولیخانی و همکاران انجام شد، جنبه‌های اپیدمیولوژیک آلوپسیا آراتا در مبتلایان به انواع محدود و گسترده بیماری مقایسه شد (۶).

در مطالعه دیگری که توسط صفا و همکاران انجام شد، اضطراب، افسردگی، فوبیا، اختلالات خلقی و اختلالات سایکوتیک از جمله اختلالاتی بودند که شیوع آنها در بیماران آلوپسیا آراتا از سایر اختلالات روانی بیشتر بود (۷).

در یک مطالعه که توسط فیروز و همکاران انجام شد، نگرش به بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا بررسی شد. نتیجه مطالعه حاکی از آن بود که آلوپسیا آراتا می‌تواند تأثیرات جدی در جنبه‌های مختلف زندگی بیماران بگذارد. همچنین میزان آگاهی بیماران در مورد علل و سیر این بیماری بسیار محدود و ناقص بود (۳).

در یک مطالعه دیگر توسط نعمت پور و همکاران، مشکلات روانی بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا بررسی شد. یافته‌ها

نتایج:

در این مطالعه ۱۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۵۰ نفر در گروه بیمار و ۵۰ نفر در گروه کنترل بودند. از میان افراد مورد مطالعه ۷۲ نفر (۷۲٪) مرد، ۲۸ نفر (۲۸٪) زن بودند. همچنین در این مطالعه ۴۰ نفر (۴۰٪) تحصیلات زیردیپلم (گروه ابتدایی)، ۵۵ نفر (۵۵٪) تحصیلات دیپلم تا لیسانس (گروه متوسطه) و ۵ نفر (۵٪) تحصیلات بالاتر از لیسانس (گروه عالی) داشتند. اختلاف آماری معنی‌داری از نظر جنسیت و تحصیلات بین دو گروه مورد و گروه کنترل وجود نداشت. میانگین سن گروه مورد $27/11 \pm 8/11$ و میانگین سن گروه کنترل $27/4 \pm 8/28$ بود که اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن مشاهده نشد.

بیماران مورد مطالعه از نظر شدت بیماری با توجه به درصد ریزش مو تقسیم‌بندی شدند. به طوری که ۲۱ نفر (۴۲٪) از بیماران (۱۷ مرد و ۴ زن) در گروه S1 قرار گرفتند، ۱۹ نفر (۳۸٪) از بیماران (۱۳ مرد و ۶ زن) در گروه S2، ۷ نفر (۱۴٪) از بیماران (۴ مرد و ۳ زن) در گروه S3، ۲ نفر (۴٪) از بیماران (۱ مرد و ۱ زن) در گروه S4 و ۱ نفر (مرد) (۲٪) در گروه S5 قرار گرفتند. از نظر محل شروع بیماری ۱۸ نفر (۳۶٪) از بیماران (۱۴ مرد و ۴ زن) شروع بیماری از ناحیه تمپورال، ۱۸ نفر (۳۶٪) از بیماران (۱۳ مرد و ۵ زن) از ناحیه اکسیپیتال، ۴ نفر (۸٪) از بیماران (۴ مرد) از ناحیه فرونتال و بیماری در ۱۰ نفر (۲۰٪) از بیماران (۵ مرد و ۵ زن) مولتی فوکال بود.

در این مطالعه حداقل طول مدت بیماری در گروه مورد، ۱ ماه و حداکثر ۱۸۰ ماه با میانگین ۲۲/۲ ماه بود. میانگین امتیاز سلامت روانی و همچنین سلامت روانی استاندارد و روابط اجتماعی و روابط اجتماعی استاندارد به طور معنی‌داری در گروه شاهد بیش از گروه مورد می‌باشد ($P < 0/05$)، اما در سایر ابعاد در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

تشخیص آلوپسیا آراتا در صورت توافق بیمار و نداشتن بیماری پوستی و یا بیماری مزمن جسمی دیگر وارد مطالعه شدند. تعداد بیماران مورد مطالعه بر مبنای شیوع این بیماری و بررسی مطالعات قبلی ۵۰ نفر انتخاب شد و به همین تعداد گروه کنترل از میان همراهان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست که بر اساس سن، جنس و سطح تحصیلات همسان شدند به شرط نداشتن هیچ گونه بیماری شناخته شده، انتخاب شدند. از هر دو گروه افراد زیر ۱۸ سال و افراد با تحصیلات زیر ۶ کلاس حذف شدند زیرا انجام تستهای شخصیتی در این گروه از افراد مقدور نمی‌باشد. شدت بیماری در افراد مبتلا به روش Oslen/Canfield بر اساس وسعت درگیری با طبقه‌بندی زیر تعیین شد (۱۳):

S1: کمتر از ۲۵٪

S2: ۲۵-۴۹٪ ریزش مو

S3: ۵۰-۷۴٪ ریزش مو

S4: ۷۵-۹۹٪ ریزش مو

S5: ۱۰۰٪ ریزش مو

و از لحاظ محل شروع بیماری به چهار گروه تمپورال، اکسیپیتال، فرونتال و مولتی فوکال تقسیم گردید. بیماران از نظر تحصیلات در سه گروه قرار گرفتند، افراد دارای تحصیلات سیکل تا دیپلم در گروه تحصیلات ابتدایی، افراد با تحصیلات دیپلم تا لیسانس در گروه متوسطه و افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر در گروه عالی قرار گرفتند. همچنین طول مدت بیماری بر اساس ماه تعیین شد. سایر اطلاعات مربوط به هر بیمار شامل سن، جنس و محل و زمان شروع بیماری ثبت شد. به منظور بررسی کیفیت زندگی گروه مورد و شاهد، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شد (۱۴).

این پرسشنامه قبلاً به فارسی ترجمه گردیده و روان‌سنجی شده است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (۱۴). داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از روش‌های توصیفی و همچنین آزمون‌های آماری کای دو و T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی در گروه بیمار و کنترل

ابعد کیفیت زندگی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	P-value
سلامت فیزیکی	مورد	۲۴/۷۶	۳/۴۷	۰/۷۸۳
	شاهد	۲۴/۵۴	۴/۴۴	
سلامت فیزیکی استاندارد	مورد	۶۳/۷۲	۱۲/۴۲	۰/۱۳۵
	شاهد	۶۲/۳۶	۱۵/۹۴	
سلامت روانی	مورد	۱۸/۹۲	۳/۹۶	۰/۰۰۹
	شاهد	۲۰/۹۸	۳/۷۹	
سلامت روانی استاندارد	مورد	۵۴/۱۸	۱۶/۰۹	۰/۰۰۹
	شاهد	۶۲/۶۶	۱۵/۷۳	
روابط اجتماعی	مورد	۸/۴۶	۲/۶۱	۰/۰۴۶
	شاهد	۹/۵۲	۲/۶۳	
روابط اجتماعی استاندارد	مورد	۴۴/۰۴	۲۱/۷۶	۰/۰۴۱
	شاهد	۵۵/۰۸	۲۱/۸۶	
بعد محیطی	مورد	۳۶/۴۲	۴/۶۵	۰/۳۷۵
	شاهد	۳۷/۳۰	۵/۱۹	
بعد محیطی استاندارد	مورد	۵۹/۳۲	۱۴/۵۴	۰/۳۳۸
	شاهد	۶۲/۲۸	۱۶/۱۵	

میانگین ابعاد کیفیت زندگی در هر دو گروه به تفکیک جنس مقایسه شد (جدول شماره ۲). بعد سلامت روانی، سلامت روانی استاندارد، روابط اجتماعی و روابط اجتماعی استاندارد در مردان مبتلا به آلوپسیا آراتا در مقایسه با گروه کنترل امتیاز پائین‌تری داشته که این اختلاف معنی‌دار است ($P < 0/05$)، اما در گروه زنان هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی در بیماران زن در مقایسه با زنان گروه کنترل تفاوت معنی‌دار آماری نداشت.

مردان بیمار در بعد سلامت فیزیکی و محیطی امتیاز بالاتری به خود اختصاص دادند. اما در بعد روابط اجتماعی نسبت به زنان بیمار امتیاز کمتری به خود اختصاص داده‌اند. اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. همچنین در هر دو گروه بعد ارتباط اجتماعی کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است.

امتیاز ابعاد کیفیت زندگی در گروه مورد و کنترل به تفکیک میزان تحصیلات محاسبه شد. در گروه با تحصیلات

ابتدایی، بیماران در مقایسه با گروه کنترل در وضعیت بدتری از نظر سلامت روانی قرار داشتند. این وضعیت در مورد بیماران با تحصیلات متوسطه نیز صدق می‌کرد که این اختلاف از نظر آماری در هر دو سطح معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/05$)، اما در مورد بیماران با تحصیلات عالی هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار آماری نداشت. در این مطالعه بین ابعاد کیفیت زندگی و شدت بیماری ارتباط معنی‌دار آماری بدست نیامد (جدول شماره ۳). همچنین ابعاد کیفیت زندگی در بیماران نسبت به محل شروع بیماری ارزیابی شد که هیچ رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. رابطه ابعاد کیفیت زندگی با طول مدت بیماری و سن نشان داد که طول مدت بیماری و سن با هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۴). از سوی دیگر، ضریب همبستگی طول مدت بیماری با بعد سلامت فیزیکی و بعد محیطی منفی بدست آمد و ضریب همبستگی سن با بعد سلامت فیزیکی نیز منفی بدست آمد.

جدول شماره ۲- مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین گروه مورد و شاهد بر حسب جنسیت

معنی‌داری	انحراف معیار	میانگین	تعداد	ابعاد کیفیت زندگی	جنس
P=۰/۷۰۹	۳/۲۷	۲۴/۴۲	۱۴	مورد	سلامت فیزیکی
	۴/۶۲	۲۲/۸۵	۱۴	شاهد	
P=۰/۶۶۷	۱۱/۶۵	۶۲/۷۱	۱۴	مورد	سلامت فیزیکی استاندارد
	۱۴/۵۷	۶۰/۳۵	۱۴	شاهد	
P=۰/۲۱۶	۴/۲۹	۱۸/۸۵	۱۴	مورد	سلامت روانی
	۴/۳۵	۲۰/۹۲	۱۴	شاهد	
P=۰/۱۹۹	۱۷/۴۶	۵۲/۷۱	۱۴	مورد	سلامت روانی استاندارد
	۱۷/۵۲	۶۲/۴۲	۱۴	شاهد	
P=۰/۷۷۵	۲/۵۷	۸/۷۸	۱۴	مورد	روابط اجتماعی
	۲/۶۴	۹/۰۷	۱۴	شاهد	
P=۰/۷۰۶	۲۲/۶۱	۴۸/۷۱	۱۴	مورد	روابط اجتماعی استاندارد
	۲۱/۹۸	۵۱/۹۲	۱۴	شاهد	
P=۰/۸۵۸	۵/۳۰	۲۶/۳۵	۱۴	مورد	بعد محیطی
	۵/۱۲	۲۶/۷۱	۱۴	شاهد	
P=۰/۸۹۶	۱۵/۹۷	۵۹/۱۴	۱۴	مورد	بعد محیطی استاندارد
	۱۵/۶۲	۵۹/۹۲	۱۴	شاهد	
P=۰/۹۳۰	۳/۵۸	۲۴/۸۸	۳۶	مورد	سلامت فیزیکی
	۴/۴۱	۲۴/۸۰	۳۶	شاهد	
P=۰/۷۷۶	۱۲/۸۵	۶۴/۱۱	۳۶	مورد	سلامت فیزیکی استاندارد
	۱۵/۸۵	۶۲/۱۲	۳۶	شاهد	
P=۰/۰۲۳	۳/۸۹	۱۸/۹۴	۳۶	مورد	سلامت روانی
	۳/۶۱	۲۱	۳۶	شاهد	
P=۰/۰۲۵	۱۵/۷۹	۵۴/۳۶	۳۶	مورد	سلامت روانی استاندارد
	۱۵/۲۵	۶۲/۷۵	۳۶	شاهد	
P=۰/۰۲۳	۲/۶۵	۸/۳۲	۳۶	مورد	روابط اجتماعی
	۲/۶۴	۹/۶۹	۳۶	شاهد	
P=۰/۰۲۱	۲۱/۶۶	۴۵	۳۶	مورد	روابط اجتماعی استاندارد
	۲۲	۵۶/۳۰	۳۶	شاهد	
P=۰/۳۵۰	۴/۴۵	۲۶/۴۴	۳۶	مورد	بعد محیطی
	۵/۲۷	۲۷/۵۲	۳۶	شاهد	
P=۰/۲۹۷	۱۴/۱۹	۵۹/۳۸	۳۶	مورد	بعد محیطی استاندارد
	۱۶/۴۷	۶۲/۱۹	۳۶	شاهد	

جدول شماره ۳- مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب شدت بیماری

P-value	شدت بیماری					ابعاد کیفیت زندگی	
	S5	S4	S3	S2	S1		
۰/۱۰۰	۲۳	۲۶	۲۲/۵۷	۲۵/۶۳	۲۴/۳۳	میانگین	سلامت فیزیکی
	-	۲/۸۲	۳/۵۹	۳/۱۱	۳/۸۵	انحراف معیار	
۰/۴۵۷	۵۶	۶۹	۵۹/۲۸	۶۷/۳۱	۶۱/۸۰	میانگین	سلامت فیزیکی استاندارد
	-	۸/۴۸	۱۲/۸۹	۱۱/۲۲	۱۳/۵۱	انحراف معیار	
۰/۲۱۶	۱۶	۲۱	۱۶/۲۸	۲۰/۰۵	۱۸/۷۱	میانگین	سلامت روانی
	-	۱/۴۹	۳/۴۹	۴/۲۴	۳/۷۳	انحراف معیار	
۰/۲۵۵	۴۴	۶۲/۵۰	۴۳/۷۱	۵۸/۵۷	۵۳/۳۸	میانگین	سلامت روانی استاندارد
	-	۹/۱۹	۱۴/۲۹	۱۷/۴۸	۱۴/۹۹	انحراف معیار	
۰/۸۲۷	۶	۸	۸/۲۸	۸/۲۶	۸/۸۵	میانگین	روابط اجتماعی
	-	۰/۰۰	۲/۲۱	۲/۳۲	۳/۱۳	انحراف معیار	
۰/۸۸۶	۲۵	۴۴	۴۴/۷۱	۴۳/۷۳	۴۹/۷۶	میانگین	روابط اجتماعی استاندارد
	-	۰/۰۰	۱۹/۳۴	۱۹/۸۱	۲۵/۵۳	انحراف معیار	
۰/۲۵۲	۲۶	۲۸/۵۰	۲۳	۲۶/۲۶	۲۷/۵۲	میانگین	بعد محیطی
	-	۲۲/۱۱	۳/۴۶	۵/۸۸	۳/۴۸	انحراف معیار	
۰/۲۰۹	۵۶	۶۶	۴۸/۲۸	۵۸/۷۸	۶۴	میانگین	بعد محیطی استاندارد
	-	۴/۲۴	۱۰/۷۱	۱۸/۳۴	۱۰/۸۵	انحراف معیار	

بحث و نتیجه‌گیری:

آلویسیا آراتا یک بیماری التهابی مزمن و شایع است با توجه به سیر مزمن این بیماری و به علت تغییراتی که در وضعیت ظاهری بیمار به وجود می‌آورد، می‌تواند مشکلات عدیده‌ای در زندگی فردی و اجتماعی بیمار ایجاد کند و روی کیفیت زندگی او اثر بگذارد.

در این مطالعه بیماران کیفیت زندگی خود را نسبت به افراد سالم بدتر ارزیابی کردند، در مطالعه علیرضا فیروز (۳) نیز ۵۸/۲٪ از بیماران مبتلا به این بیماری ابراز نمودند که بیماری تأثیر نامطلوب زیادی بر کیفیت زندگی آنها گذاشته است. مطالعه انتظاری و همکاران با استفاده از پرسشنامه SF-36 صورت گرفت، از نکات قابل توجه در این مطالعه می‌توان به کیفیت زندگی پائین‌تر در بیماری‌هایی که الگوی عود و بهبودی دارند و همچنین در بیماری‌هایی که ضایعاتی در ناحیه پوست سر و صورت دارند اشاره کرد (۵). انصارین و همکاران نیز در مطالعه مشابه کیفیت زندگی بیماران پوستی را با افراد سالم مقایسه کردند که نشان داده شد کیفیت زندگی این افراد نسبت به افراد سالم پائین‌تر است و بدترین کیفیت زندگی در این مطالعه مربوط به مبتلایان به آکنه بود (۱۵).

جدول شماره ۴- ضریب همبستگی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با طول مدت بیماری و سن

ابعاد کیفیت زندگی	طول مدت بیماری		ضریب همبستگی	P-value
	سن	بیماری		
سلامت فیزیکی	۰/۰۱۰	۰/۱۴۵	ضریب همبستگی	P=۰/۹۲۱
سلامت فیزیکی استاندارد	۰/۰۰۹	۰/۱۶۵	ضریب همبستگی	P=۰/۹۲۸
سلامت روانی	۰/۰۸۱	۰/۰۵۶	ضریب همبستگی	P=۰/۴۲۳
سلامت روانی استاندارد	۰/۰۶۷	۰/۰۵۲	ضریب همبستگی	P=۰/۵۰۵
روابط اجتماعی	۰/۰۶۸	۰/۲۱۲	ضریب همبستگی	P=۰/۵۰۱
روابط اجتماعی استاندارد	۰/۰۷۷	۰/۱۹۲	ضریب همبستگی	P=۰/۴۴۴
بعد محیطی	۰/۰۵۴	۰/۱۶۲	ضریب همبستگی	P=۰/۵۹۶
بعد محیطی استاندارد	۰/۰۴۹	۰/۱۸۲	ضریب همبستگی	P=۰/۶۲۷

اختلاف در حیطه عملکرد اجتماعی و کمترین اختلاف در حیطه شادابی وجود داشت (۱۷). انصاریان و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به بیماریهای پوستی نسبت به افراد سالم از نظر روانی - اجتماعی وضعیت بدتری داشتند (۱۴). درجانی (۱۸) و انتظاری (۵) و شامپوگنا (۱۹) نیز نشان دادند بیماران پوستی نسبت به افراد سالم، در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی نمرات پایین‌تری به خود اختصاص دادند.

میترا صفا (۷) و لیاکوپولو (۲۰) نیز نشان دادند که در مبتلایان به آلوپسیا آراتا در مقایسه با گروه کنترل اختلافات روانی، شیوع بالاتری دارد. از طرفی، نتایج مطالعه‌ای که توسط Gülec و همکاران انجام شد نشان داد در بیماران مبتلا به آلوپسیا ارتا مجموع سلامت روانی و حیاتی در کمتر از گروه کنترل است در حالی که امتیاز عملکرد اجتماعی در بیماران بالاتر بود (۹).

در مطالعه ما نشان داده شد که در مردان بیمار تمامی ابعاد کیفیت زندگی نسبت به مردان سالم امتیاز کمتری را به خود اختصاص داده است که تنها در دو بعد سلامت روانی و روابط اجتماعی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. این در حالی است که در زنان بیمار به جز بعد سلامت فیزیکی سایر ابعاد امتیاز کمتری داشته اما هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل نداشت که البته به نظر می‌رسد تعداد کمتر نمونه‌های زن و نیز بیشتر بودن تعداد بیماران مرد در گروه S4, S5 نسبت به زنان در نتایج بی‌تأثیر نباشد. همچنین مردان بیمار نسبت به زنان بیمار در بعد روابط اجتماعی امتیاز کمتری به خود اختصاص دادند در حالی که در سایر ابعاد امتیاز بالاتری داشتند که اختلاف در هیچکدام از ابعاد معنی‌دار نبود. بدتر بودن روابط اجتماعی در مردان بیمار با توجه به نقش مردان در زندگی و حضور بیشتر آنها در اجتماع و نیز امکان پوشاندن محل‌های ریزش مو توسط خانم‌ها دور از انتظار نمی‌باشد. در مطالعه صفا و همکاران (۷) نتایج نشان داد که شیوع افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به این بیماری بیشتر از مردان است اما در مطالعه نعمت‌پور (۸) نتایج نشان داد که زنهای مبتلا به آلوپیشیا مشکلات روانی کمتری نسبت به مردان مبتلا داشته‌اند البته یکی از محدودیت‌های این مطالعه نیز تعداد کم جمعیت زنان گزارش شده است.

مطالعه Van Der Donk (۱۲) نشان داده شد که ریزش مو اثر منفی بر کیفیت زندگی اکثر بیماران مبتلا به ریزش مو دارد. Poot (۱۶) نیز طی انجام مطالعه‌ای نشان داد از دست دادن مژمن موها بر کیفیت زندگی بیماران به طور جدی تأثیر می‌گذارد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مورد و شاهد بر حسب سطح تحصیلات، جنس، شدت بیماری و محل شروع بیماری اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. این در حالی است که در مطالعه Cartwright و همکاران (۱۰) زنان مبتلا کیفیت زندگی بدتری نسبت به مردان داشتند اما در مطالعه علیرضا فیروز و همکارانش (۳) تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی در دو جنس اختلاف قابل ملاحظه‌ای را نشان نداده است. با توجه به اهمیت بیشتر مسأله زیبایی در زنان انتظار می‌رود تأثیر منفی بیماری در این گروه بیشتر باشد اما نوع فرهنگ زنان ایرانی و توانایی پوشاندن محل ریزش مو می‌تواند تا حدی توجیه‌کننده این نتایج باشد از طرفی تعداد کم زنان بیمار در این مطالعه نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد. همچنان با توجه به نقش استرس در بروز و روند بیماری و مقابله بهتر افراد با تحصیلات بالاتر با استرس‌های زندگی با به کارگیری روشهای منطقی‌تر انتظار می‌رفت در این مطالعه، افراد با تحصیلات بالاتر مشکلات کمتری داشته باشند اما به نظر می‌رسد تعداد کم نمونه در سطوح بالاتر تحصیلی در نتایج این مطالعه بی‌تأثیر نباشد، از طرفی مژمن بودن بیماری و همراه بودن بیماری با دوره‌های مکرر عود و بهبودی می‌تواند زندگی افراد بیمار را با هر سطح تحصیلات تحت تأثیر قرار دهد.

از نظر تأثیر بیماری بر ابعاد مختلف زندگی، نتایج مطالعه ما نشان داد که در دو بعد سلامت روانی و اجتماعی مبتلایان به آلوپسیا آراتا، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. مطالعات دیگری که اثر سایر بیماریهای پوستی که از نظر سیر مژمن و دوره‌های مکرر عود و بهبودی مشابه آلوپسیا آراتا می‌باشد را بر کیفیت زندگی بررسی کرده‌اند نیز نتایج مشابهی را نشان دادند. در مطالعه نبئی و همکاران، بیماران مبتلا به پسوریازیس به طور معنی‌داری امتیاز پایین‌تری در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمانی داشتند. همچنین بیشترین

را بیشتر تحت تأثیر قرار دهد اما به نظر می‌رسد بیماری در هر مرحله‌ای کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

اثرات بیماری بر اساس سایر متغیرها از جمله سن، شدت بیماری و نیز محل شروع بیماری بررسی شد که نتایج نشان داد هیچکدام از این فاکتورها نمی‌تواند تأثیری بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا به آلوپسیا آراتا داشته باشد. نتایج حاکی از آن است که این بیماری با هر شدتی و در هر سنی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد.

در مطالعه‌ای که توسط انتظاری انجام شد، رابطه آماری معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی در بیماران پوستی شدت و وسعت ضایعه و حتی سابقه بستری مشاهده نگردید، (۵). در حالی که در مطالعه فیروز، تأثیر بیماری بر کیفیت زندگی در افراد جوان و با بیماری شدیدتر بیشتر بوده است (۳).

مطالعه اخیر و سایر مطالعات حاکی از تأثیر این بیماری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی است اما متغیرهایی چون ویژگی‌های فرهنگی و موقعیت افراد در میزان آن بی‌تأثیر هستند که مطالعات بیشتر با تعداد نمونه بیشتر می‌تواند ابعاد تازه‌ای از این موضوع را روشن کند.

سپاسگزاری:

لازم است از معاون محترم پژوهشی دانشگاه جهت حمایت مالی این طرح و همچنین آقای دکتر تیمور آقاملایی تقدیر و تشکر بعمل آید.

در بررسی صورت گرفته از نظر تحصیلات در بیماران با تحصیلات دوره کمتر از دیپلم (ابتدایی)، تنها بعد سلامت روانی کمتر از گروه کنترل بوده، همچنین در بیماران با تحصیلات دیپلم تا لیسانس (متوسطه) نیز به طور مشابهی تنها بعد سلامت روانی از نظر آماری به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. با این وجود هیچ کدام از تفاوت‌های موجود در ابعاد مختلف زندگی در گروه بیمار و گروه کنترل در افراد با تحصیلات بالاتر از لیسانس (عالی) معنی‌دار نبود که این مورد با توجه به تعداد نمونه‌های اندک موجود در این گروه‌ها دور از انتظار نبود. مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است اثر متغیرها را بر هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک بررسی نکرده‌اند اما در مطالعه نعمت‌پور در بررسی مشکلات بیماران مبتلا به آلوپسیا آراتا نتایج نشان داد بین تحصیلات و مشکلات روان شناختی بیماران رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۸).

در مطالعه حاضر، رابطه معنی‌داری بین اثر آلوپسیا آراتا بر ابعاد کیفیت زندگی و طول مدت بیماری به دست نیامد که این نتیجه با یافته‌های محققین دیگر (۲۰) نیز همخوانی دارد. در مطالعه انتظاری (۵) نیز رابطه آماری معنی‌داری در ابعاد کیفیت زندگی در بیماران پوستی و طول مدت بیماری مشاهده نشد. انتظار می‌رود به موازات طولانی شدن بیماری و ناراحتی مستمر در این زمینه ناامیدی نسبت به درمان و نگرانی از عواقب بیماری بیشتر شود و در نتیجه مشکلات روان شناختی بیشتری برای این بیماران ایجاد شود و بعد سلامت روانی آنها

References

منابع

1. Habif TP. Clinical Dermatology, 5th ed. Philadelphia: Mosby Press: 2009, chapter 24.
2. Alopecia areata. Uptodate, V.18.1. Available From:URL: [http:// www.uptodate.com/ online/content/ search.do](http://www.uptodate.com/online/content/search.do).
3. Firooz A, Firoozabadi MR, Ghazisaidi B, Dowlati Y. Concepts of patients with alopecia areata about their disease. *BMC Dermatol*. 2005;5:1-5.
4. Aghamolaei T. Principles and general health services. 3rd ed. Tehran: Andishe Rafi Press. 2009. [Persian]
5. Entezari A, Nabaei L, Moravvej Farshchi H, Meshkat Razavi G, Tousi P. Quality of life in outpatients dermatology clients. *Pejouhandeh Quality Research Journal*. 2008;13:65-69. [Persian]
6. Valikhani M, Barzegari M, Aghainia F. Comparison of life the epidemiologic aspects of localized and extensive subtypes of Alopecia Areata. *Iranian Journal of Dermatology*. 2002;5:11-14. [Persian]
7. Safa M, Momen nasab M, Jebreili R. Prevalence of depression and anxiety in patients with alopecia areata referred to specialized educational and therapeutic skin and psychological disorder's in Khoramabad. *Larestan University o Medical Sciences and Health Services*. 2007;9:33-38. [Persian]
8. Neamatpour S, Mosavi ZB, Jemsi L, Talebzadeh T. The study of psychological problems in patients with alopecia areata. *Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences*. 2009;8:239-245. [Persian]
9. Gülec AT, Tanriverdi N, Dürü C, Saray Y, Akcali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol*. 2004;43:352-356.
10. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol*. 2009;160:1034-1039.
11. Schmidt S, Fischer TW, Chren MM, Strauss BM, Elsner P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *Br J Dermatol*. 2001;144:1038-1043.
12. Van Der Donk J, Hunfeld JA, Passchier J, Kneegt-junk KJ, Nieboer C. Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetica. *Soc Sci Med*. 1994;38:159-163.
13. Oslon EA, Hordinsky MK, Price VH, Roberts JL, Shapiro J, Canfield D, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines-partII Alopecia Areata foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:440-447.
14. Nejat S, Montazeri A, Holakouei Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire. Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Researches*. 2007;4:1-12. [Persian]
15. Ansarian H, Kabir A, Miri Shekarab AA. Comparison of dermatologic patients quality of life with healthy people. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2003;9:649-658. [Persian]
16. Poot F. Psychological consequences of chronic hair disease. *Rev Med Brux*. 2004;25:286-288.
17. Nabaei B, Safizadeh H, Haloji Z. A study concerning quality of life among patients with psoriasis compared with general population. *Iranian Journal of Dermatology*. 2002;5:15-21. [Persian]
18. Darjani A, Ghanbari A, Sayadi Nejhada A, Golchay J, Sadr Eshkevari Sh, et al. Comparison the health-related quality of life of patients suffering from pemphigus with healthy people. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*. 2008;17:65-69. [Persian]
19. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini C, et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med*. 2004;66:620-624.
20. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, et al. Children with alopecia areata: psychiatric symptomatology and life-events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:678-684.

Quality of life in Alopecia Areata patients

S. Baghestani, MD¹ S. Mazloomi, MD²

Assistant Professor Department of Dermatology¹, General Practitioner², Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 14 Nov, 2010 Accepted 28 Dec, 2010)

ABSTRACT

Introduction: Alopecia Areata is a chronic recurrent nonscarring skin disease characterized by sudden Asymptomatic localized hairless. Alopecia Areata can cause emotional and psychosocial distress in affected individuals. Personal appearance due to patchy hairloss may affect patients social relationship and change in quality of life. This study is designed to investigate the effect of Alopecia Areata on quality of life in Bandar Abbas, Iran.

Methods: In this case-control study, 50 patients of confirmed Alopecia Areata disease referred to Shahid Mohammadi hospital dermatology clinic and 50 age, sex and education matched individuals were selected as cases and controls. Demographic characteristics were collected and severity of disease measured by Oslen/Corfield method. Quality of life was evaluated by WHOQOL/BREF questionnaire. Data were analysed by SPSS software using descriptive methods as well as Chi-Square and t tests.

Results: The results showed a significant difference in mental health and social relations in cases compare to control group ($P < 0.05$), but there was not a significant difference in other quality of life aspects. Quality of life mean in mental health and social relations aspects in male cases were significantly less than that in control group, while in none of the quality of life aspects there was a significant different in female cases and controls.

Conclusion: This study reveals that although the disease with any severity and in each age can affect quality of life, the severity of its effect in males is higher than that in females.

Key words: Alopecia Areata – Quality of Life – Skin Diseases

Correspondence:
S. Baghestani, MD.
Department of Dermatology
Shahid Mohammadi Hospita,
Hormozgan University of
Medical Sciences.
Bandar Abbas, Iran
Tel: +98 917 161 2309
Email:
sbaghestani@yahoo.com