مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائا تا با افراد سالم

رضا قادری[1]، علیرضا سعادت جو[2]، سمانه خوش ظاهر[3]

چکیده

زمینه و هدف: آلوپسی آرائاتا یک بیماری شایع پوستی است که می‌تواند اثرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا و مقایسه آن با افراد سالم بود.

روش تحقیق: این مطالعه‌ی توصیفی- تحلیلی بر روی ۷۵ بیمار مبتلا به آلوپسی آرائاتا و ۱۵۰ نفر شاهد انجام شد. تمامی افراد در گروه بیماران ۲ پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) و شاخص کیفیت زندگی پوست (DLQI) را تکمیل کردند. گروه شاهد فقط پرسشنامه SF-36 را پر کردند. سپس اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار آماریSPSS (ویرایش ۱۵) و آزمون‌های آماری کای دو، آنالیز واریانس، آزمون تعقیب توکی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 مشخص شد که میانگین نمرات در حیطه‌های سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در بیماران نسبت به گروه کنترل کمتر بود (به ترتیبP=۰/۰۱، P=۰/۰۲ و P=۰/۰۴). میانگین نمره DLQI در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا ۵/۹۹ ± ۸/۴۸ بود که همبستگی معکوس معنی‌دار بین نمرات در حیطه‌های مختلف حاصل از دو پرسشنامه (SF-36 و DLQI) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه شاهد کمتر بود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، آلوپسی آرائاتا، سلامت ذهنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۱۸(۳): ۲۰۰- ۲۰۹

دریافت: ۱۳۹۰/۰۳/۰۱ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۷/۱۹

[1] نویسنده مسؤول؛ دانشیار، گروه آموزشی پوست، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

تلفن: ۰۵۶۱۴۴۳۹۵۹۵ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۴۵۴۰۲ پست الکترونیکی:rezaghaderi@yahoo.com

۲ مربی، عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۳ دانشجوی پزشکی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مقدمه

مطالعات نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن پوست روی سلامت روان تأثیر می‌گذارند و می‌توانند باعث کاهش اعتماد به نفس و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی شوند (۱) از طرف دیگر وضعیت سلامت پوست می‌تواند تأثیر بسزایی در تصویر ذهنی فرد از خود داشته باشد (۲). در میان بیماری‌های پوستی مزمن، آلوپسی آرائاتا یکی از شایع‌ترین بیماری‌هاست که خطر کلی ابتلا به آن در طول عمر در جهان حدود ۲ درصد تخمین زده می‌شود و در حال حاضر حدود پنج میلیون و سیصد هزار نفر در ایالات متحده آمریکا به آن مبتلا هستند که شامل تمام نژادها، گروه‌های سنی و جنسی می باشد (۳).

آلوپسی آرائاتا شکلی از ریزش موی بدون تشکیل اسکار است که به سرعت شروع می‌شود و معمولاً در ناحیه‌ای مدور یا بیضی شکل و با حدود کاملاً واضح رخ می‌دهد. بیشترین مبتلایان به آلوپسی آرائاتا را کودکان و بالغین جوان تشکیل می‌دهند که به صورت یک یا چند ناحیه ریزش مو به طور ناگهانی بروز می کند و در فرم‌های وسیع آن که توتالیس و یونیورسالیس می‌باشد به درمان مقاوم بوده و مشکلات روحی–روانی فراوانی برای بیماران مبتلا به آن ایجاد می‌کند (۴).

مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با پژوهش روی بیماران مبتلا به دیابت و ایدز آغاز شد (۵). درباره کیفیت زندگی در سال‌های اخیر مطالب زیادی بیان شده است. کیفیت زندگی یک جزء ذهنی است و طریقی را که یک فرد از سلامت و زندگی عادی خود درک می‌کند و به آن واکنش می‌دهد منعکس می‌سازد (۶). اکثر بیماری‌های پوستی تهدیدکننده‌ی حیات نیستند اما اثرات مهمی بر حالت‌های روانی–اجتماعی و فعالیت‌ها دارند. بیماری‌های پوستی تنها یک مشکل زیبایی نیستند بلکه اثری فوق‌العاده بر کیفیت زندگی دارند که اهمیت آن قابل مقایسه با سایر بیماری‌های طبی است (۶).

تعیین اثر بیماری‌های پوستی بر کیفیت زندگی، می‌تواند در درمان بیماران مؤثر باشد زیرا اغلب درک بیمار از بیماری و خدماتی که نیاز دارد متفاوت است. ثبت QOL[1] در درماتولوژی، علاوه بر ارزیابی مسیر درمان می‌تواند دانش ما را در مورد استرس روانی–اجتماعی همراه بیماری‌های پوستی بهبود بخشد (۷). فرد ممکن است دچار افسردگی گردد که این حالت می‌تواند باعث قطع امید از درمان و کاهش اعتماد به نفس و طولانی کردن دوره‌ی بیماری و تضعیف رابطه‌ی پزشک و بیمار گردد (۸). در یک مطالعه انجام شده با عنوان اثربخشی درمان شناختی–رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا ، نشان داده شد در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران، شاخص‌های کیفیت زندگی از جمله علایم بیماری ، وضعیت خلقی–هیجانی ، عملکرد و روابط اجتماعی به علت بیماری و مشکلات ناشی از آن افت شدید پیدا کرده است (۹).

ارزیابی کیفیت زندگی، ابزار مناسبی برای ارزیابی سیر درمان بیماران در کنار سایر ارزیابی‌های بالینی و آزمایشگاهی است؛ با این راهکار امکان دارد روش درمان دگرگون شود و در نهایت به بهبود کیفیت زندگی بیانجامد که این موضوع بخصوص در مورد بیماری‌های مزمن پوستی نیز می‌تواند صدق کند (۱۰–۱۵). با توجه به مطالب فوق و اینکه WHO یکی از وظایف کادر بهداشتی درمانی را ارتقای سطح کیفیت زندگی می‌داند، این مطالعه به منظور مقایسه کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری پوستی آلوپسی آرائاتا و مقایسه آن با افراد سالم انجام شده است.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی– تحلیلی، از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی پوست بیمارستان

[1] Quality of life

ولیعصر (عج) بیرجند، ۷۵ بیمار با سن بالای ۱۵ سال که بر اساس شرح حال و علایم بالینی و نظریه پزشک متخصص پوست به طور قطعی مبتلا به آلوپسی آرائاتا بودند و بیماری‌های پوستی دیگر غیر از بیماری ذکر شده یا بیماری‌های سیستمیک مانند دیابت، آسم و سرطان و سایر بیماری‌هایی که کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد نداشتند و تمایل به همکاری در مطالعه داشتند انتخاب شدند. انتخاب بیماران توسط پزشک متخصص پوست بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=\frac{(u+v)(S_1^2+S_2^2)}{(M_1-M_2)^2}$ و m۱=۵۴, s۱=۳۱/۷۸ ، s۲=۲۷/۱۰، m۲=۶۹/۷۳ بر اساس مطالعه بهروز نبئی و همکاران (۱۵)، توان آزمون ۸۰٪ و سطح معنی داری ۰/۰۵، ۷۵ نفر برآورد گردید.

روش نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالاتی از نوع متوالی صورت گرفت. از میان همراهیان سایر بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه پوست، ۱۵۰ نفر سالم که از لحاظ سن و جنس با بیماران همسان بودند و بیماری پوستی و بیماری مزمن دیگری که بر روی کیفیت زندگی اثرگذار باشد (مثل دیابت، آسم، سرطان و ...) نداشتند به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند که انتخاب گروه شاهد بر اساس شرح حال و معاینه فیزیکی بود. به بیماران دو پرسشنامه DLQI[1] که اختصاصی برای تأثیر بیماری پوستی بر کیفیت زندگی و SF-36 که یک پرسشنامه عمومی است داده شد و به گروه شاهد فقط پرسشنامه SF-36[2] داده شد. روایی و پایایی این پرسشنامه‌ها در مطالعات مختلف قبلی در بسیاری کشورها از جمله ایران به اثبات رسیده است (۱۶-۱۷). ضریب کرونباخ برای پرسشنامه DLQI در مطالعه آقایی و همکاران ۰/۷۷ بود (۱۶) واین ضریب برای پرسشنامه‌ی SF-36 در مطالعه معتمد و همکاران ۰/۸۷ بود (۱۷).

پرسشنامه SF-36 شامل ۳۶ سؤال در مورد هشت حیطه کیفیت زندگی شامل: عملکرد فیزیکی (۱۰ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش ناشی از سلامت فیزیکی (۴ سؤال)، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (۳ سؤال)، انرژی و خستگی (۴ سؤال)، سلامت روانی (۵ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، درد بدنی (۲ سؤال)، سلامت عمومی (۵ سؤال) و یک سؤال اضافی در مورد وضعیت کلی سلامت بیماران است و هر سؤال نمره ۰تا ۱۰۰ را به خود اختصاص می‌دهد و میانگین نمره هر حیطه (۰ تا ۱۰۰) به عنوان نمره فرد در آن حیطه در نظر گرفته می‌شود که نمره بالاتر نشان دهنده سطح عملکرد بالاتر می‌باشد.

پرسشنامه DLQI نیز شامل ۱۰ سؤال است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای، بدون تأثیر بر زندگی بیمار (بدون ارتباط در زندگی)، اثر خفیف بر زندگی بیمار، اثر زیاد بر زندگی بیمار و اثر بسیار زیاد بر زندگی بیمار تنظیم گردیده است و به ترتیب نمرات ۰ تا ۳ برای آن در نظر گرفته شده است و جمع نمرات آن به عنوان نمره کیفیت زندگی منظور می‌گردد. طبق راهنمای تهیه‌کننده پرسشنامه،اگر به سؤالی دو جواب داده شده بود، جوابی که نمره بیشتری به آن تعلق می‌گرفت باید ثبت می‌شد و اگر جوابی بین ۲ گزینه علامت زده شده بود، جوابی که امتیاز کمتری داشت باید ثبت می‌شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف از آزمون‌های آماری کای اسکوار، آنالیز واریانس یک‌طرفه و دوطرفه و آزمون تعقیب رنج توکی و نیز برای تعیین رابطه نمره‌ی کیفیت زندگی حاصل از ۲ پرسشنامه، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در کلیه موارد، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[1] Dermatology Life Quality Index
[2] Short Form 36

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۷۵ بیمار مبتلا به آلوپسی آرائاتا و ۱۵۰ نفر از افراد سالم به عنوان گروه کنترل انجام شد. میانگین سن در گروه مورد ۱۱/۶۸±۳۵/۳۸ سال، حداقل ۱۷ و حداکثر ۵۸ سال و در گروه کنترل ۱۱/۸۵±۳۳، حداقل ۱۶ و حداکثر ۶۰ سال بود. در گروه مورد ۴۰ نفر (۵۳/۳٪) و در گروه شاهد ۷۵ نفر (۵۰٪) مذکر بودند و تفاوت معنی‌داری از نظر سن و نیز جنس در دو گروه وجود نداشت. میانگین نمره DLQI در بیماران مبتلا به آلوپسی آراتا ۵/۹۹±۸/۴۸ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر جنس و نیز بین رده‌های سنی مختلف وجود نداشت.

پس از مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 مشخص شد که میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر بود و میانگین نمره درد بدنی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود ولی در سایر ابعاد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه و بین دو جنس مشاهده نشد (جدول ۱). نتیجه حاصل از مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه با توجه به سن نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سرزندگی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر بود و میانگین نمره درد بدنی در بیماران مبتلا به

جدول ۱- مقایسه میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی در افراد دارای آلوپسی آرائاتا و افراد گروه کنترل بر حسب جنس

شاخص‌های کیفیت زندگی	گروه	جنس (میانگین± انحراف استاندارد)			سطح معنی‌داری به تفکیک گروه در دو جنس	
		مذکر	مؤنث	جمع کل		
عملکرد فیزیکی	آلوپسی آرائاتا	۸۲/۱۳±۲۲/۲۱	۸۵/۱۴±۱۹/۸۷	۸۳/۵۳±۲۱/۰۷	گروه	P=۰/۶۶
	کنترل	۸۳/۱۳±۱۸/۶۵	۸۱/۶۰±۲۱/۸۴	۸۲/۳۷±۲۰/۲۶	جنس	P=۰/۸
محدودیت نقش فیزیکی	آلوپسی آرائاتا	۶۳/۷۵±۳۹/۲۰	۷۲/۸۶±۳۱/۷۲	۶۸/۰۰±۳۵/۹۶	گروه	P=۰/۲۳
	کنترل	۶۲/۶۷±۳۶/۳۹	۶۱/۳۳±۳۷/۹۶	۶۲/۰۰±۳۷/۰۶	جنس	P=۰/۴۶
محدودیت نقش هیجانی	آلوپسی آرائاتا	۶۰/۸۳±۴۱/۹۵	۶۴/۷۶±۴۱/۱۸	۶۲/۶۷±۴۱/۳۶	گروه	P=۰/۲۹
	کنترل	۶۰/۴۴±۳۹/۴۰	۵۲/۸۹±۴۱/۷۷	۵۶/۶۷±۴۰/۶۴	جنس	P=۰/۷۵
سرزندگی، انرژی	آلوپسی آرائاتا	۵۷/۸۸±۱۷/۷۹	۵۹/۴۳±۱۵/۷۱	۵۸/۶۰±۱۶/۷۶	گروه	P=۰/۱۲
	کنترل	۶۳/۰۰±۱۶/۷۹	۶۲/۲۷±۲۰/۴۱	۶۲/۶۳±۱۸/۶۲	جنس	P=۰/۸۷
سلامت ذهنی	آلوپسی آرائاتا	۵۶/۸۰±۱۶/۸۵	۵۲/۸۰±۱۳/۷۱	۵۴/۹۳±۱۵/۵۰	گروه	P=۰/۰۳
	کنترل	۶۱/۸۷±۱۷/۲۷	۵۸/۵۱±۱۹/۲۷	۶۰/۱۹±۱۸/۳۱	جنس	P=۰/۱۴
عملکرد اجتماعی	آلوپسی آرائاتا	۶۸/۷۵±۲۰/۶۱	۶۳/۲۱±۲۰/۳۲	۶۶/۱۷±۲۰/۵۳	گروه	P=۰/۰۲
	کنترل	۷۲/۶۷±۲۱/۵۲	۷۳/۶۷±۲۱/۲۱	۷۳/۱۷±۲۱/۳۰	جنس	P=۰/۴۵
درد بدنی	آلوپسی آرائاتا	۸۷/۵۰±۱۷/۶۳	۸۴/۸۶±۲۰/۳۰	۸۶/۲۷±۱۸/۸۴	گروه	P=۰/۰۱
	کنترل	۷۹/۴۰±۱۹/۸۸	۷۷/۱۰±۲۰/۱۹	۷۸/۲۵±۲۰/۰۰	جنس	P=۰/۳۸
سلامت عمومی	آلوپسی آرائاتا	۵۱/۶۳±۸/۸۰	۵۰/۱۴±۸/۷۹	۵۰/۹۳±۸/۷۶	گروه	P=۰/۰۲
	کنترل	۵۷/۶۰±۱۷/۶۹	۵۵/۰۷±۱۹/۱۸	۵۶/۳۳±۱۸/۴۳	جنس	P=۰/۳۷
جمع کل	آلوپسی آرائاتا	۶۶/۲۳±۱۳/۷۹	۶۷/۷۲±۱۰/۹۴	۶۶/۹۲±۱۲/۴۸	گروه	P=۰/۸۵
	کنترل	۶۸/۵۵±۱۳/۸۰	۶۶/۱۶±۱۶/۸۹	۶۷/۳۵±۱۵/۴۲	جنس	P=۰/۸۳

آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر بود و در سایر ابعاد و نیز در کل تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد و فقط در بعد عملکرد فیزیکی میانگین نمره کیفیت زندگی در رده‌های مختلف سنی از نظر آماری معنی‌دار بود. نتیجه آزمون تعقیب رنج توکی حاکی از آن است که میانگین شاخص کیفیت زندگی در افراد رده سنی بالای ۳۰ سال نسبت به افراد کمتر از ۲۰ سال و ۳۰-۲۱ سال به طور معنی‌داری کمتر است و در رده‌های کمتر از ۲۰ و ۳۰-۲۱ سال تفاوتی به دست نیامد (جدول ۲).

میانگین نمره DLQI در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا ۵/۹۹ ± ۸/۴۸ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر جنس و نیز بین رده‌های سنی مختلف وجود نداشت (جدول ۳).

بیشترین میانگین شاخص کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش هیجانی و درد بدنی مربوط به افراد دارای بیماری آلوپسی آرائاتا که به صورت منتشر درگیر بودند و در ابعاد محدودیت نقش فیزیکی و سرزندگی مربوط به محل ابتلا در سر و در ابعاد سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی مربوط به محل ابتلا در ریش می‌باشد و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه بر حسب مکان آلوپسی آرائاتا مشاهده نشد. همچنین میانگین DLQI در بیمارانی که به صورت منتشر درگیر بودند بیشتر بود یعنی کیفیت زندگی پایین‌تر بود (جدول ۴).

جدول ۲- مقایسه میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی در افراد دارای بیماری‌های پوستی و افراد گروه کنترل بر حسب سن

شاخص‌ها	گروه	سن (میانگین± انحراف استاندارد)				سطح معنی‌داری به تفکیک دو گروه و رده سنی
		۲۰ ≤ سال	۳۰-۲۱ سال	۳۰< سال	جمع کل	
عملکرد فیزیکی	آلوپسی آرائاتا	۹۸/۱۳±۳/۷۲	۹۳/۲۶±۱۴/۱۹	۷۵/۸۰±۲۲/۵۱	۸۳/۸۳±۲۱/۰۷	گروه P=۰/۱۸
	گروه کنترل	۸۹/۵۷±۹/۷۶	۸۸/۹۶±۱۵/۸۲	۷۵/۴۰±۲۳/۱۰	۸۲/۳۷±۲۰/۲۶	سن P=۰/۰۰۱
محدودیت نقش فیزیکی	آلوپسی آرائاتا	۷۸/۱۳±۲۴/۷۸	۵۳/۲۶±۴۲/۱۷	۷۳/۸۶±۳۲/۳۳	۶۸/۰۰±۳۵/۹۶	گروه P=۰/۳۷
	گروه کنترل	۶۳/۰۴±۲۹/۰۷	۶۸/۴۰±۳۷/۳۹	۵۷/۰۹±۳۸/۷۱	۶۲/۰۰±۳۷/۰۶	سن P=۰/۵۰
محدودیت نقش هیجانی	آلوپسی آرائاتا	۴۱/۶۷±۳۴/۵۰	۵۳/۶۲±۴۷/۹۳	۷۱/۲۱±۳۷/۰۷	۶۲/۶۷±۴۱/۳۶	گروه P=۰/۸۶
	گروه کنترل	۵۷/۹۷±۳۶/۵۴	۵۴/۰۹±۴۲/۹۸	۵۸/۱۱±۴۰/۵۷	۵۶/۶۷±۴۰/۶۴	سن P=۰/۱۲
سرزندگی، انرژی	آلوپسی آرائاتا	۵۵/۰۰±۱۷/۹۳	۵۶/۷۴±۱۷/۹۴	۶۰/۲۳±۱۶/۱۰	۵۸/۶۰±۱۶/۷۶	گروه P=۰/۰۲
	گروه کنترل	۷۱/۳۰±۱۷/۹۸	۶۴/۵۳±۱۸/۶۹	۵۸/۵۸±۱۷/۸۶	۶۲/۶۳±۱۸/۶۲	سن P=۰/۶۳
سلامت ذهنی	آلوپسی آرائاتا	۴۶/۰۰±۱۱/۹۰	۵۱/۴۸±۲۰/۳۰	۵۸/۳۶±۱۲/۰۹	۵۴/۹۳±۱۵/۵۰	گروه P=۰/۰۰۳
	گروه کنترل	۶۳/۱۳±۲۱/۷۱	۶۱/۶۶±۱۸/۸۰	۵۸/۲۲±۱۶/۸۰	۶۰/۱۹±۱۸/۳۱	سن P=۰/۵۹
عملکرد اجتماعی	آلوپسی آرائاتا	۴۵/۳۱±۱۹/۹۷	۶۳/۰۴±۲۲/۷۶	۷۱/۵۹±۱۶/۷۰	۶۶/۱۷±۲۰/۵۳	گروه P=۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۸۰/۴۳±۲۰/۵۸	۷۵/۹۴±۱۹/۲۷	۶۸/۹۲±۲۲/۲۱	۷۳/۱۷±۲۱/۳۰	سن P=۰/۲۷
درد بدنی	آلوپسی آرائاتا	۸۳/۱۳±۲۳/۲۹	۹۰/۸۷±۱۳/۸۳	۸۴/۴۳±۲۰/۲۰	۸۶/۲۷±۱۸/۸۴	گروه P=۰/۰۴
	گروه کنترل	۷۹/۸۹±۲۱/۸۹	۸۱/۴۶±۱۸/۲۲	۷۵/۴۴±۲۰/۴۸	۷۸/۲۵±۲۰/۰۰	سن P=۰/۱۳
سلامت عمومی	آلوپسی آرائاتا	۴۸/۱۳±۱۰/۳۳	۵۳/۲۶±۷/۷۸	۵۰/۲۳±۸/۸۹	۵۰/۹۳±۸/۷۶	گروه P=۰/۰۲
	گروه کنترل	۵۸/۰۴±۲۰/۶۶	۵۸/۸۷±۱۹/۳۶	۵۳/۹۹±۱۶/۹۴	۵۶/۳۳±۱۸/۴۳	سن P=۰/۲۸
جمع کل	آلوپسی آرائاتا	۶۷/۴۶±۸/۰۴	۶۶/۹۶±۱۳/۶۵	۶۶/۸±۱۲/۷۴	۶۶/۹۲±۱۲/۴۸	گروه P=۰/۵۵
	گروه کنترل	۷۱/۳۱±۱۲/۵۵	۷۲/۵۱±۱۵/۳۴	۶۳/۸۷±۱۵/۶۶	۶۷/۳۵±۱۵/۴۲	سن P=۰/۲۲

بین نمره کیفیت زندگی حاصل از پرسشنامه DLQI با نمره حاصل از پرسشنامه SF-36 در ابعاد عملکرد فیزیکی، سرزندگی، درد بدنی و نمره کل رابطه معنی‌داری به دست نیامد ولی با نمره کیفیت حاصل از ابعاد محدودیت نقش فیزیکی، محدودیت نقش هیجانی، سلامت ذهنی و عملکرد اجتماعی رابطه منفی و معنی‌دار و نیز با نمره سلامت عمومی رابطه مثبت و معنی‌داری به دست آمد (جدول ۵).

جدول ۳- مقایسه نمره کیفیت زندگی (DLQI) در بیماران مذکر و مؤنث و بر حسب رده‌های سنی در مبتلایان به آلوپسی آرائاتا

متغیر / نمره	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
جنس:			
مذکر	۸/۲۳	۵/۸۷	P=۰/۷۰
مؤنث	۸/۷۷	۶/۱۹	
جمع کل	۸/۴۸	۵/۹۹	
سن:			
۲۰ ≤ سال	۹/۰۰	۶/۸۰	P=۰/۱۷
۳۰-۲۱ سال	۱۰/۳۰	۶/۳۶	
۳۰< سال	۷/۴۳	۵/۵۳	
جمع کل	۸/۴۸	۵/۹۹	

جدول ٤- مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی در مبتلایان به آلوپسی آرائاتا بر حسب مکان درگیری

مکان / شاخص‌ها	ریش	سر	منتشر	جمع کل	سطح معنی‌داری
	میانگین±انحراف استاندارد	میانگین±انحراف استاندارد	میانگین±انحراف استاندارد	میانگین±انحراف استاندارد	
عملکرد فیزیکی	۸۱/۷۷±۲۱/۰۴	۸۰/۹۱±۲۳/۰۶	۹۶/۳۶±۶/۳۶	۸۳/۵۳±۲۱/۰۷	P=۰/۰۹
محدودیت نقش فیزیکی	۶۲/۹۰±۴۱/۲۷	۷۱/۹۶±۳۲/۳۳	۷۰/۴۵±۳۱/۲۶	۶۸/۰۰±۳۵/۹۶	P=۰/۵۹
محدودیت نقش هیجانی	۶۱/۲۹±۴۲/۲۵	۶۲/۶۳±۴۳/۱۱	۶۶/۶۷±۳۶/۵۱	۶۲/۶۷±۴۱/۳۶	P=۰/۹۴
سرزندگی	۵۸/۲۳±۱۵/۸۹	۵۹/۸۵±۱۵/۴۹	۵۵/۹۱±۲۳/۲۲	۵۸/۶۰±۱۶/۷۶	P=۰/۷۹
سلامت ذهنی	۵۶/۰۰±۱۵/۸۰	۵۴/۵۴±۱۳/۵۶	۵۳/۰۹±۲۰/۷۹	۵۴/۹۳±۱۵/۵۰	P=۰/۸۵
عملکرد اجتماعی	۶۹/۳۵±۲۰/۱۱	۶۳/۶۳±۲۰/۱۰	۶۴/۷۷±۲۳/۶۰	۶۶/۱۷±۲۰/۵۳	P=۰/۵۳
درد بدنی	۸۵/۶۵±۱۹/۲۰	۸۴/۱۷±۲۰/۷۵	۹۴/۳۲±۷/۴۲	۸۶/۲۷±۱۸/۸۴	P=۰/۳۰
سلامت عمومی	۵۱/۹۴±۹/۱۰	۵۰/۳۰±۹/۰۱	۵۰/۰۰±۷/۴۲	۵۰/۹۳±۸/۷۶	P=۰/۷۱
جمع کل DLQI	۸/۳۹±۶/۲۴	۸/۴۲±۶/۱۳	۸/۹۰±۵/۲۸	۸/۴۸±۵/۹۹	P=۰/۹۷
جمع کل SF-36	۶۶/۰۵±۱۳/۸۹	۶۶/۵۶±۱۱/۹۶	۷۰/۴۷±۱۰/۱۷	۶۶/۹۲±۱۲/۴۸	P=۰/۵۹

جدول ۵- رابطه بین نمرات کیفیت زندگی حاصل از دو پرسشنامه در افراد دارای بیماری آلوپسی آرائاتا

SF-36	عملکرد فیزیکی	محدودیت نقش فیزیکی	محدودیت نقش هیجانی	سرزندگی	سلامت ذهنی	عملکرد اجتماعی	درد بدنی	سلامت عمومی	نمره کل
DLQI	r=۰/۱۱ p=۰/۳۴	r=-۰/۳۲ p=۰/۰۰۶	r=-۰/۲۳ p=۰/۰۵	r=-۰/۲۲ p=۰/۰۶	r=-۰/۴۴ p<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۸ p=۰/۰۰۱	r=۰/۰۴ p=۰/۷۱	r=۰/۳۰ p=۰/۰۱	r=-۰/۲۰ p=۰/۰۹

بحث

دهه اخیر شاهد افزایش علاقه به تأثیرات روان‌شناختی بیماری‌های پوستی مختلف و کیفیت زندگی در بیمارانی است که از این بیماری‌ها رنج می‌برند (۱۳)؛ بنابراین، این تحقیق جهت بررسی کیفیت زندگی در بیماران آلوپسی آرائاتا انجام شد. در مطالعه‌ی انجام شده توسط انتظاری و همکاران روی بیماران پوستی سرپایی، نمرات هر حیطه در بیماران پایین‌تر از افراد سالم بود (۱۱). همچنین، در مطالعه انجام شده توسط نشاط‌دوست و همکاران روی بیماران آلوپسی آرائاتا، میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه بیماران نسبت به گروه شاهد به طور معناداری کاهش یافته بود (۹). اما در مطالعه ما میانگین کیفیت زندگی فقط در ابعاد سلامت روان، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی از گروه کنترل کمتر بود. در مطالعه انجام شده توسط Dubois و همکاران که روی ۶۰ بیمار آلوپسی آرائاتا انجام شد و از ۳ پرسشنامه متفاوت که جنبه‌های مختلف رضایت از زندگی را بررسی می‌کرد استفاده شده بود، نشان داده شد که سلامت روان و زندگی اجتماعی که از اجزای مهم کیفیت زندگی است به شکل معناداری در بیماران کاهش یافته بود (۱۲).

در مطالعه ما در مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب جنس، میانگین کلی SF-36 در گروه کنترل در افراد مذکر و در بیماران آلوپسی آرائاتا در افراد مؤنث بیشتر بود اما در مطالعه‌ای که توسط نعمت‌پور و همکاران با عنوان بررسی مشکلات روانی بیماران آلوپسی آرائاتا انجام شد نشان داده شد که مردان مبتلا شکایات بیشتری از مشکلات روانی گزارش کرده‌اند (۱۴)؛ علت این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع مطالعه و پرسشنامه‌ها باشد.

در مطالعه ما مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه با توجه به سن نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سرزندگی، سلامت ذهنی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر بود و در سایر ابعاد و نیز در کل تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین میانگین کلی SF-36 در بیماران آلوپسی آرائاتا در افراد بالای ۳۰ سال نسبت به سایر افراد بیشتر بود. در مطالعه انجام شده توسط دکتر انصارین و همکاران روی بیماری‌های پوستی ارتباط مستقیمی بین سن و سطح کیفیت زندگی وجود داشت و هر چه فرد جوان‌تر بوده است کیفیت زندگی پایین‌تری داشته (۶) که با نتایج ما تقریباً همخوانی دارد و علت بعضی از تفاوت‌های موجود در بین این دو مطالعه نیز می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در بین نمونه‌ها باشد.

پس از تعیین رابطه نمره کیفیت زندگی حاصل از پرسشنامه‌های DLQI و SF-36 در بیماران پوستی مشخص شد که بین تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی به جز حیطه عملکرد جسمانی، در پرسشنامه SF-36 با نمرات به دست آمده از پرسشنامه DLQI ، رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ به این معنی که هر چقدر میانگین نمره کیفیت زندگی در این حیطه‌ها بالاتر باشد نمره DLQI پایین‌تر است و بالعکس. همچنین، مشخص شد بین سن و کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و درد بدنی ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به این صورت که هر چه سن بالاتر بوده کیفیت زندگی در این حیطه‌ها به شکل معناداری کاهش یافته است. در مطالعه ما میانگین نمره DLQI در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا ۵/۹۹ ± ۸/۴۸ بود که تفاوت معنی‌داری از نظر جنس و نیز بین رده‌های سنی مختلف وجود نداشت.

در یک مطالعه که اخیراً در کویت توسط Al-Mutairi (۱۸) و همکاران انجام شد مشخص شد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتای شدید نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است به‌طوری‌که میانگین DLQI در بیماران مبتلا ۱۳/۵۴ بود در حالی که در گروه کنترل ۱/۲۴ بود. اما از نظر جنس هیچ اختلاف

معنی‌داری وجود نداشت که این یافته‌ها شبیه نتایج مطالعه ما بود و علت این تشابه احتمالاً شباهت‌های فرهنگی-اجتماعی بین نمونه‌ها، شباهت در نوع مطالعه و استفاده از پرسشنامه مشابه است.

در مطالعه دیگری که توسط Cartwright و همکاران در انگلیس انجام شد (۱۹) مشخص شد که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا کاهش یافته است که این یافته با مطالعه ما همخوانی داشت اما در مطالعه آن‌ها جنسیت یک فاکتور مهم بود به این صورت که در خانم‌های مبتلا کیفیت زندگی نسبت به آقایان بدتر بود و این یافته با مطالعه ما در تضاد بود؛ علت این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی تفاوت در نوع مطالعه باشد (مطالعه‌ی آن‌ها مطالعه‌ای توصیفی شامل ۱۷۱ زن و ۴۳ مرد و فاقد گروه شاهد و استفاده از ۲ پرسشنامه متفاوت دیگر علاوه بر DLQI بود).

در پژوهش دیگری که اخیراً توسط Reid و همکاران (۲۰) در آمریکا انجام شد مشخص شد که شدت آلوپسی در خانم‌های مبتلا نمی‌تواند عامل پیشگویی‌کننده وضعیت کیفیت زندگی در آنان باشد که این یافته با نتایج مطالعه ما و مطالعه Al-Mutairi در تضاد است؛ شاید علت این تفاوت ناشی از محدودیت در انتخاب نمونه‌هایشان (که از بیماران ارجاعی بودند) و همچنین استفاده از پرسشنامه Skindex-16 باشد که پرسشنامه مناسبی جهت بررسی کیفیت زندگی در خانم‌های مبتلا به آلوپسی آرائاتا نیست زیرا این پرسشنامه از روایی کافی برای این منظور برخوردار نمی‌باشد (۲۰).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلوپسی آرائاتا نسبت به گروه شاهد کمتر بود. با توجه به نتایج این پژوهش و جهت افزایش رضایتمندی و کیفیت زندگی بیماران آلوپسی آرائاتا موارد زیر پیشنهاد می شود:

توجه بیشتر به بیماران گروه سنی کمتر از ۳۰ سال؛ ایجاد مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت بیماران پوستی مزمن؛ حمایت بیمه‌ای از بیماران پوستی مزمن مثل آلوپسی آرائاتا؛ انجام تحقیقات بیشتر در زمینه کیفیت زندگی در بیماران پوستی مزمن.

پیشنهاد:

در این مطالعه، ما بیماران را از نظر سن، محل درگیری و جنس مورد بررسی آماری قرار دادیم. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی مدت زمان ابتلا و کیفیت زندگی بیماران پس از درمان نیز بررسی شود.

منابع:

1-Potocka a, Turczyn-Jablonska K, Merecz D. Psychological correlates of quality of life in dermatology –patients: the role of mental health and self acceptance. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriant. 2009; 18(2):53-8, 60.

2-Higaki Y, Watanabe I, Masaki T, Kamo T, Kawashima M, Satoh T, et al. Japanese version of cutaneous body image scale: translation and validation. J Dermatol. 2009 ; 36(9):477-84..

3-Petukhova L, Cabral RM, Mackay-Wiggan J, Clynes R, Christiano AM. The genetics of alopecia areata: What's new and how will it help our patients? Dermatol Ther. 2011; 24(3):326-36.

4-Torchia D, Schachner LA. Bilateral treatment for alopecia areata. Pediatr Dermatol. 2010; 27(4): 415-6.

5-Giovagholi AR, Meneses RF, Silva AM . The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. Epilepsy Behav. 2006; 9:129-43.

6-Ansarin H, Kabir A, Miri Shekarab AA. Comparison of dermatologic patients quality of life with healthy people. J Iran U Med Sci. 2003; 9(32): 649- 658[Persian].

7-Uhlenhake E, Yentzer BA, Feldman SR. Acne vulgaris and depression: a retrospective examination. J Cosmet Dermatol. 2010; 9(1):59-63..

8-Bilgic A, Bilgic O, Akış HK, Eskioğlu F, Kılıç EZ, Psychiatric symptoms and health-related quality of life in children and adolescents with psoriasis. Pediatr Dermatol. 2010; 27(6):614-7.

9- Neshat doust HT, Nilforoush zadeh MA, Dehghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients' quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. J Arak U Med Sci (Rahavard Danesh). 2009; 12(2): 125-133 [Persian]

10-Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth A, Kalfoss M .Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Pract. 2010;24(4):241-59.

11-Entezari A., Nabaei L., Moravvej Farshchi H., Meshkat Razavi G., Tousi P. Quality of Life in Outpatients Dermatologic Clients. Pejouhandeh Quarterly Research Journal 2008;13(1): 65-69 . [Persian]

12-Dubois M, Baumstarck-Barrau K, Gaudy-Marqueste C, Richard MA, Loundou A, Auquier P, et al. Quality of life in alopecia areata: a study of 60 cases. J Invest Dermatol. 2010; 130(12): 2830-33.

13-Saleh HM, Salem SA, El-Sheshetawy Rs, Afaf M. Abd El- Samei AM. Comparative Study of Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Psoriasis, Vitiligo and Alopecia Areata. Egypt Dermatol Online J. 2008; 4 (1): 2.

14-Neamatpour S., Mosavi ZB., Jemsy L., Talebzadeh T. The study of psychological problems in patients with alopecia areata. Sci Med J Ahwaz U Med Sci. 2009;8(61): 239-245. [Persian].

15-Nabaei B, Safizadeh H, Halaji Z. A study concerning quality of life among patients with Psoriasis compared with general population. Iran J Dermatol. 2002; 5(19): 21-15. [Persian].

16- Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Finlay Ay. DLQI score in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. BMC Dermatol 2004; 4: 8.

17- Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. East Mediterr Health J. 2005; 11(3):349-57.

18- Al-Mutairi N, Eldin ON. Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 ; 77(4): 489-93.

19- Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. Br J Dermatol. 2009; 160(5): 1034-9.

20- Reid EE, Haley AC, Borovicka JH, Rademaker A, West DP, Colavincenzo M, et al. Clinical severity does not reliably predict quality of life in women with alopecia areata, telogen effluvium, or androgenic alopecia. J Am Acad Dermatol. 2012; 66 (3): e97–e102

Abstract *Original Article*

Comparison Quality of life for patients with alopecia areata and healthy individuals

R. Ghaderi[1], S.A. Saadatjoo [2], S. Khoshzaher[3]

Background and Aim: Alopecia areata is a common skin disease that can adversely affect the quality of life (QOL) of the patients. The aim of this study was to determine QOL in patients with Alopecia areata and to compare it with QOL in healthy individuals.

Materials and Methods: This study carried out on 75 patients with Alopecia areata and 150 controls. All the patients filled out two questionnaires: Short Form 36 (SF-36) and Dermatology Life Quality index (DLQI) and the controls only filled out SF-36. Then, the obtained data were analyzed by using the statistical package for the social sciences (SPSS) software (version 15) and Chi square, analysis of variance, Tukey ranged test and Pearson's correlation coefficient test.

Results: After comparing the mean score of QOL in SF-36, it was found that the mean score of the patients in the dimensions of social functioning, emotional role and general health was lower compared to the control group (p=0.04, p=0.02, p=0.01 respectively). The mean score of the DLQI in the patients with alopecia areata was 8.48 ± 5.99. There were reverse statistically significant correlations between the scores of the different dimensions of the QOL obtained from the two questionnaires (SF-36 and DLQI).

Conclusion: The study findings showed that the QOL in patients with alopecia areata was lower than that of controls..

Key Words: Quality of life, alopecia areata, social functioning, emotional role, general health.

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2011; 17(3): 200- 209

Received: May 22, 2011 Accepted: October 11, 2011

[1]*Corresponding Author; Associate professor of dermatology, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran rezaghaderi@yahoo.com*

2 Instructor of nursing, Faculty member of Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3 Student of medicine, and member of Student Research Committee of Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran.