

بررسی میزان ابتلا به اختلالات خواب در بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای

دکتر غلامحسین غفارپور^۱، دکتر عباس زمانیان^۲، دکتر عباس رائی^۳، دکتر سپیده اسدیگی^۴، دکتر شیوا قدس^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ریزش موی سکه‌ای یا منطقه‌ای (AA یا Alopecia areata)، به بیماری مزمن التهابی اطلاق می‌شود که می‌تواند منجر به از دست دادن ناگهانی مو در ناحیه‌ی سر، ریش، ابرو، مژه و یا هر جای دیگری از بدن شود. اتیولوژی ریزش موی سکه‌ای شناخته شده نیست؛ اما به نظر می‌رسد که یک بیماری خود ایمنی که تحت تأثیر عوامل ژنتیک و استرس روانی بروز می‌کند، عامل شروع این بیماری باشد. محرومیت از خواب و کیفیت پایین آن، به عنوان عاملی که با نتایج بسیار متنوعی از اختلالات فیزیکی و روانی همراه است، شناخته می‌شود. یکی از عواقب این اختلال، اثرات منفی بر روی سیستم ایمنی و همچنین اثرات استرس‌زای آن بر روی بدن است.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مورد-شاهدی، جمعیت مورد مطالعه ۹۲ نفر شامل ۲ گروه ۴۶ نفره از بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای و افراد سالم بود. علاوه بر پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه‌ی بیماری مبتلایان، پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب Pittsburgh (Pittsburgh sleep quality index یا PSQI) که کیفیت خواب را در ۷ قلمرو مختلف می‌سنجد، توسط هر دو گروه تکمیل و امتیازبندی شد. در انتها، داده‌ها جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفت. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری تلقی شد.

یافته‌ها: میزان ابتلا به اختلال خواب به طور معنی‌داری در گروه مبتلا به ریزش موی سکه‌ای (۴۵/۷ درصد) در مقایسه با افراد سالم (۲۱/۷ درصد) بالاتر بود. اختلافی در نمره‌ی آزمون و در نتیجه شدت اختلال خواب در بین بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای (Score = ۵/۳۷) و افراد سالم (Score = ۴/۰۴) وجود نداشت ($P > 0.05$). میزان ساعت خواب افراد مبتلا به ریزش موی سکه‌ای (با میانگین ۶/۷۳ ساعت) نسبت به افراد سالم (با میانگین ۷/۷۶ ساعت) به طور قابل توجهی از لحاظ آماری کمتر بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: در مجموع، در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین میزان ابتلا به اختلال در کیفیت خواب و ابتلا به ریزش موی سکه‌ای وجود داشت که نشان دهنده‌ی بالاتر بودن میزان اختلال خواب در بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای در مقایسه با گروه شاهد بود، اما اختلافی در شدت اختلال خواب در بین بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای و افراد سالم وجود نداشت. با توجه به نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد که اختلال خواب، می‌تواند علت یا معلول ریزش موی سکه‌ای باشد.

واژگان کلیدی: ریزش موی سکه‌ای، پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب Pittsburgh، اختلال خواب

ارجاع: غفارپور غلامحسین، زمانیان عباس، رائی عباس، اسدیگی سپیده، قدس شیوا. بررسی میزان ابتلا به اختلالات خواب در بیماران مبتلا به ریزش موی سکه‌ای. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۶۵): ۲۲۹۶-۲۳۰۱

اختلالات روان‌پزشکی / روان‌شناختی را به عنوان اتیولوژی این بیماری پیشنهاد کرده‌اند؛ گرچه هیچ کدام از این عوامل تا به حال به صورت قطعی به اثبات نرسیده است (۱). استرس روانی، به عنوان یکی از عوامل شروع و پیشرفت این بیماری گزارش شده است؛ تا جایی که در برخی از مطالعات، تا حدود ۹۳ درصد بیماران مبتلا به AA را

مقدمه

ریزش موی سکه‌ای یا منطقه‌ای (AA یا Alopecia areata)، یک نوع بیماری درگیر کننده‌ی مو است که با ریزش سریع مو به صورت یک یا چند ناحیه‌ی Patch مانند اطلاق می‌شود. عوامل متفاوتی از جمله علل ایمونولوژیک، اختلالات اندوکراین، عوامل ژنتیک و

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و گروه پوست و مو، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پوست و مو، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و گروه پوست و مو، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- دستیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و گروه پوست و مو، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مبتلا به یک بیماری روانی جدی می‌داند (۲).

محرومیت خواب (Sleep deprivation)، به عنوان عاملی که با نتایج بسیار متنوعی از اختلالات فیزیکی و روانی همراه است، شناخته می‌شود (۳). اختلالات خواب و استرس نیز دو شرایطی هستند که به طور قوی با هم در ارتباط هستند و به نظر می‌رسد که پاتوفیزیولوژی این دو بیماری روانی تداخلاتی با یکدیگر داشته باشد. استرس می‌تواند باعث به وجود آمدن اختلالات خواب شود و همچنین، اختلالات خواب به تشدید بیماری‌های اضطرابی منجر می‌شوند. هم‌زمانی این دو بیماری، تأثیرات منفی متعددی بر روی پیش‌آگهی این دو بیماری دارد (۴). همراهی اختلالات و بیماری‌های خواب و بیماری‌های خود ایمن به صورت هم‌زمان نیز پیشنهاد شده است؛ به طوری که اختلالات خواب، سبب افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های خود ایمن می‌شود (۵). محرومیت از خواب، به عنوان یک عامل استرس‌زا می‌تواند بدن را تحت تأثیر قرار دهد (۶). با توجه به این که اتیولوژی این بیماری شناخته شده نیست و همچنین روش‌های درمانی متفاوتی برای این بیماری به کار می‌رود که مطالعات قوی کمی این روش‌ها را ارزیابی کرده‌اند و با در نظر گرفتن اثر منفی روانی و اجتماعی بالای این بیماری که اغلب از سنین جوانی شروع می‌شود، همراهی اختلالات خواب و بیماری ریزش موی سکه‌ای و درمان این اختلال، می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا را ارتقا دهد و به پیش‌گیری، کوتاه شدن سیر بیماری، کاهش دفعات و یا شدت عود آن کمک کند. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط میان اختلالات خواب و بیماری ریزش موی سکه‌ای انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی مورد-شاهدی بود. گروه مورد مطالعه، کلیه‌ی بیماران مراجعه کننده به کلینیک پوست و مو بودند که تشخیص بیماری Alopecia areata برای آن‌ها قطعی بود. گروه شاهد شامل کارکنان و دانشجویان شاغل در بیمارستان و همراهان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های مختلف بود که از لحاظ سن و جنس با گروه مورد مطابقت داشتند و هیچ گونه سابقه‌ی ابتلا به بیماری Alopecia areata نداشتند. کارورزان، دستیاران، پرستاران و سایر افراد با شیفت‌های کاری مکرر شبانه در این مطالعه وارد نشدند. ضمن جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک مانند سن و جنس با استفاده از پرسش‌نامه‌های حاوی لیست متغیرها، سن در اولین تاریخ ابتلا، تعداد دفعات عود، بیماری‌های زمینه‌ای شناخته شده، سابقه‌ی سایر بیماری‌های پوست، نوع بالینی ریزش موی سکه‌ای، نوع درمان، سابقه‌ی فامیلی مثبت و وضعیت فعال و یا غیر فعال بودن ریزش مو در زمان مراجعه بر اساس اطلاعات بیمار و پرونده‌ی بالینی درمانگاه

ثبت شد و پرسش‌نامه‌ی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) یا Pittsburgh sleep quality index) توسط بیمار تکمیل گردید.

این پرسش‌نامه، توسط Buysse و همکاران برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، ساخته شده است (۷). این مقیاس خود گزارشی، قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت خواب ذهنی، تأخیر خواب، مدت خواب، کیفیت عادت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروی خواب و اختلال عمل در طی روز می‌باشند. همچنین، سؤالات آن به دو صورت جواب باز و چند جوابی تشکیل می‌شود. بیشتر موارد بر اساس سؤالات چند جوابی تنظیم شده، کوتاه و به آسانی قابل فهم هستند. دامنه‌ی نمرات ۰-۲۱ است و نمره‌ی بالاتر از ۵، به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود. نمره‌دهی با محاسبه‌ی نمره در هر قلمرو و جمع نمرات کل قلمروها می‌باشد. در سؤالات چند جوابی، پاسخ‌ها بین ۰-۳ درجه‌بندی می‌شوند. نمره‌ی کل بالاتر از ۵، به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود و هر نمره‌ی بالاتر، مؤید اختلال شدیدتر می‌باشد. پایایی این مقیاس به نسبت بالا و ضریب Cronbach's alpha آن ۰/۸۳ گزارش شده است. حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۵/۸۶ درصد، شاخص‌های اعتبار این مقیاس را تشکیل می‌دهند. در این مطالعه، از نسخه‌ی معتبر و استاندارد فارسی شده‌ی این ابزار، جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.

حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و یافته‌های مطالعات قبلی تعیین شد. در این مطالعه ۹۲ نفر، شامل ۴۶ نفر در گروه مورد (مبتلا به AA) و ۴۶ نفر در گروه شاهد (سالم) وارد مطالعه شدند. معیار ورود افراد به مطالعه، دارا بودن سن بالای ۱۸ سال و نداشتن مشکلات شناختی بوده است. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد. برای داده‌ها، شاخص‌های آماری مرکزی از جمله میانگین و شاخص‌های پراکنندگی از جمله انحراف معیار تعیین گردید. درصد فراوانی نیز برای داده‌ها تعیین شد. از آزمون‌های Fisher's exact و Mann-Whitney و Independent sample t جهت بررسی بین متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۹۲ نفر، شامل ۴۶ نفر در گروه مورد و ۴۶ نفر در گروه شاهد وارد مطالعه شدند. میانگین سنی افراد در این مطالعه، ۳۲/۷۱ سال بود. از ۹۲ نفر شرکت کننده، ۳۸ نفر مرد (۴۱/۳ درصد) و ۵۴ نفر زن (۵۸/۷ درصد) بودند. از میان افراد مبتلا، ۲۱ بیمار (۴۵/۷ درصد) در این مطالعه ریزش مو در سطح اسکالپ، ۵ بیمار (۱۰/۹ درصد) ریزش موی ابرو، ۷ بیمار (۱۵/۲ درصد) ریزش موی

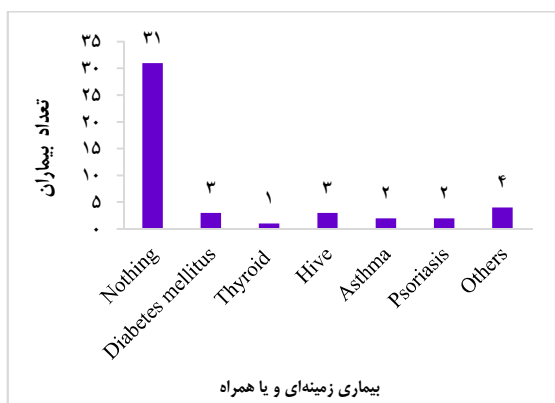
نتیجه، به نظر می‌رسد که در مبتلایان به AA، میزان بیشتری از اختلالات خواب وجود دارد؛ اما افراد مبتلا به AA و افراد غیر مبتلا که اختلال خواب دارند، تفاوتی از نظر شدت این اختلال با هم ندارند.

میانگین ساعت خواب شبانه‌ی مبتلایان، ۶/۷۳ ساعت و میانگین ساعت خواب شبانه‌ی غیر مبتلایان ۷/۷۶ ساعت بود ($P < 0/05$) که نشان دهنده‌ی تفاوت معنی‌دار آماری و میزان خواب شبانه‌ی کمتر در مبتلایان، در مقایسه با غیر مبتلایان بود.

در بررسی سایر پارامترها در این مطالعه، ۴۲/۱ درصد از مردان مبتلا به AA، اختلال خواب داشتند و ۵۷/۹ درصد آنان اختلال خواب نداشتند. ۴۸/۱ درصد از زنان مبتلا به AA، اختلال خواب داشتند و ۵۱/۹ درصد آنان اختلال خواب نداشتند ($P > 0/05$)؛ در نتیجه، اختلافی بین زنان و مردان مبتلا به AA از نظر میزان ابتلا به اختلال خواب وجود ندارد. ۲۶/۳ درصد از مردان غیر مبتلا به AA و ۱۸/۵ درصد از زنان غیر مبتلا به AA اختلال خواب داشتند ($P > 0/05$). در نتیجه، اختلافی بین زنان و مردان گروه شاهد نیز از

نظر میزان ابتلا به اختلال خواب وجود نداشت

از بین افراد مبتلا، در این مطالعه ۳۱ نفر (۶۷/۴ درصد) هیچ نوع بیماری زمینه‌ای و همراه نداشتند و ۳ نفر (۶/۵ درصد) دیابت، ۳ نفر (۶/۵ درصد) سابقه‌ی راش‌های متعدد، ۲ نفر (۴/۳ درصد) آسم آلرژیک، ۱ نفر (۲/۲ درصد) کم کاری تیروئید، ۲ نفر (۴/۳ درصد) پسوریازیس، ۴ نفر (۸/۷ درصد) بیماری‌های دیگر، ۱ نفر Frozen shoulder، ۱ نفر آپنه‌ی خواب، ۱ نفر Seizure و ۱ نفر اسکیزوفرنی را ذکر کردند (شکل ۲).



شکل ۲. تفکیک بیماری زمینه‌ای و یا همراه در مبتلایان به ریزش موی سکه‌ای

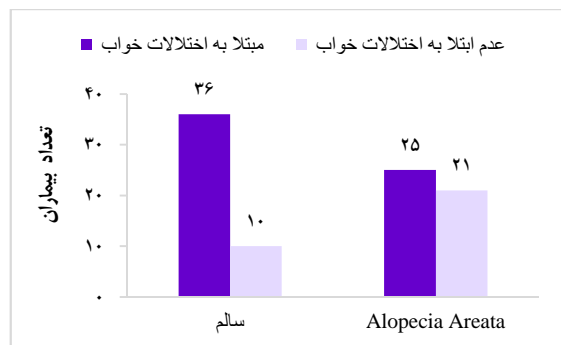
بین بیماران مبتلا به AA از نظر میزان ابتلا به اختلال خواب و فعال بودن بیماری، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت که می‌تواند نشان دهنده‌ی اختلال خواب به عنوان Trigger شروع فعالیت مجدد بیماری باشد (جدول ۲).

ریزش، ۱ بیمار (۲/۲ درصد) ریزش مو به صورت Ophiasis داشتند. ۲ بیمار (۴/۳ درصد) مبتلا به نوع Totalis و ۱۱ بیمار (۲۳/۹ درصد) سابقه‌ی ریزش مو در هر ابرو و سطح اسکالپ را به طور هم‌زمان و یا جدا از هم داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه‌ی درصد ابتلا به اختلالات خواب به تفکیک محل درگیری بیماری

محل ریزش مو	درصد ابتلا به اختلال خواب
Scalp	۵۰
Eyebrow	۰
Barbae	۱۴
Totalis	۱۰۰
Ophiasis	۱۰۰
Scalp and eyebrow/beard	۶۳

در بین افراد مورد مطالعه، ۳۱ نفر (۳۳/۷ درصد) مبتلا به اختلال خواب بودند و ۶۱ نفر (۶۶/۳ درصد) اختلال خواب نداشتند. از بین افراد مبتلا به AA، ۲۱ نفر (۴۵/۷ درصد) و در بین غیر مبتلایان، ۱۰ نفر (۲۱/۷ درصد) مبتلا به اختلال خواب بودند. با از استفاده از آزمون Fisher's exact $P < 0/05$ به دست آمد که نشانگر رد فرضیه‌ی صفر و نشان دهنده‌ی وجود همراهی اختلال خواب و AA بود (شکل ۱).



شکل ۱. مقایسه‌ی درصد ابتلا به اختلالات خواب در مبتلایان به AA (Alopecia areata) در مقایسه با گروه شاهد (افراد سالم)

میانگین نمره‌ی آزمون انجام شده بر روی بیماران مبتلا به AA، ۵/۳۷ و میانگین نمره‌ی غیر مبتلایان، ۴/۰۴ بود. به علت غیر طبیعی بودن توزیع داده‌ها، از آزمون Mann-Whitney استفاده شد. $P > 0/05$ نشان دهنده‌ی معنی‌دار نبودن تفاوت میانگین نمره‌ی اختلال خواب در دو گروه با وجود معنی‌دار بودن میزان ابتلا بود. در

بر خلاف گروه شاهد، بین بیماران مبتلا به AA از نظر میزان ابتلا به اختلال خواب و افزایش سن، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. این نتیجه، می‌تواند نشان دهنده‌ی ارتباط بین اختلال خواب به عنوان عاملی جهت شروع بیماری باشد. بیماری AA، بیماران را بیشتر در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال درگیر می‌کند و بیشتر بودن میزان اختلال خواب در گروه سنی پایین‌تر که بر خلاف ارتباط معکوس در گروه شاهد بود، بیانگر ارتباط متقابل این دو اختلال می‌باشد.

بحث

Alopecia areata، یک بیماری خود ایمن در ارتباط با دو عامل اصلی ژنتیک و محیط می‌باشد. حوادث روحی و یا استرس‌زا را همیشه به عنوان عامل مرتبط با شروع و یا تشدید این بیماری نام برده‌اند (۸). محرومیت از خواب، به عنوان عاملی که همراهی با نتایج بسیار متنوعی از اختلال فیزیکی و روانی دارد، شناخته شده است (۳). یکی از عواقب اختلال خواب، اثرات منفی بر روی سیستم ایمنی از طریق اثر بر روی IL-6 (Interleukin-6)، IL-1 و TNF alpha (Tumor necrosis factor alpha) است (۹). به نظر می‌رسد که AA بر روی کیفیت زندگی بیماران نیز اثرات منفی دارد، اما با این حال، ارتباط بین اختلالات خواب و AA که شاید به دنبال اثرات منفی این بیماری بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا به وجود آمده باشد، هنوز ناشناخته است (۱۰).

در مطالعه‌ی Inui و همکاران (۱۰) که جهت بررسی کیفیت خواب در بیماران مبتلا به AA انجام شده بود، میزان خواب‌آلودگی شدید روزانه (Excessive daytime sleepiness) با استفاده از مقیاس Epworth sleepiness scale (ESS) بررسی گردید و ارتباط معنی‌داری بین این دو اختلال یافت نشد. ESS، مقیاسی برای اندازه‌گیری خواب‌آلودگی روزانه است که شامل یک پرسش‌نامه‌ی بسیار کوتاه می‌باشد (۱۱). در مطالعه‌ی حاضر، از پرسش‌نامه‌ی پیتزبورگ استفاده گردید و اختلاف آماری معنی‌داری که مؤید ارتباط بین میزان ابتلای هم‌زمان به اختلال خواب و ابتلا به AA بود، یافت شد. دو پرسش‌نامه‌ی پیتزبورگ و ESS جهت بررسی اختلال خواب رایج می‌باشند که هم‌پوشانی محدودی دارند و جنبه‌های مختلف خواب را با هم مقایسه می‌کنند. اختلاف نتایج این دو مطالعه، می‌تواند مربوط به اختلاف ابزار مطالعه باشد.

در مطالعه‌ی رمضان‌پور و همکاران (۱۲) که جهت بررسی کیفیت خواب در بیماران مبتلا به AA و افراد طبیعی جامعه انجام شده بود، از دو پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و از پرسش‌نامه‌ی SF-36 (Short form-36) جهت بررسی کیفیت زندگی استفاده شد. در این مطالعه، وضعیت خواب نیز به عنوان یکی

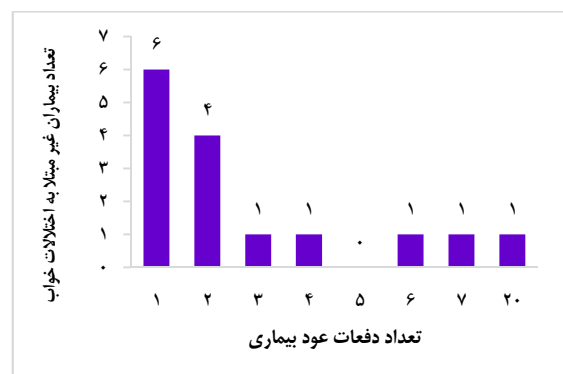
جدول ۲. میزان ابتلا به خواب به تفکیک فعال بودن بیماری

فعالیت ریزش مو	فقدان اختلال خواب (درصد)	وجود اختلال خواب (درصد)
فعال	۶۲/۱۵	۳۷/۸۵
غیر فعال	۲۲/۲۵	۷۷/۷۵

بین بیماران مبتلا به AA از نظر میزان ابتلا به اختلال خواب و سابقه‌ی خانوادگی مثبت بیماری، سابقه‌ی بیماری پوستی و تعداد دفعات عود، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳ و شکل‌های ۳ و ۴).

جدول ۳. میزان ابتلا به خواب به تفکیک سابقه‌ی خانوادگی

سابقه‌ی خانوادگی	فقدان اختلال خواب (درصد)	وجود اختلال خواب (درصد)
ندارد	۵۷/۶	۴۲/۴
دارد	۴۶/۱	۵۳/۹



شکل ۳. تعداد بیماران غیر مبتلا به اختلالات خواب به تفکیک تعداد دفعات عود بیماری ریزش موی سکه‌ای



شکل ۴. تعداد بیماران مبتلا به اختلالات خواب به تفکیک تعداد دفعات عود بیماری ریزش موی سکه‌ای

بیماری AA باشد و یا با توجه به اثر منفی محرومیت از خواب بر روی سیستم ایمنی و همراهی AA با اختلالات خود ایمن، این اختلال در خواب به عنوان یکی از عوامل شروع AA تلقی می‌شود. با توجه به بار روانی بالای این بیماری و علت به نسبت ناشناخته‌ی آن، درمان هم‌زمان اختلال خواب و بررسی بیماران از لحاظ این اختلال نیز توصیه می‌شود. بیماران مبتلا به AA در معرض اختلالات روانی بیشتری از جمله اضطراب، افسردگی و اختلال خواب می‌باشند و با توجه به اختلال خواب همراه، به نظر می‌رسد که درمان دارویی با داروهای کنترل‌کننده‌ی اضطراب و ضد افسردگی نظیر بنزودیازپین‌ها و SSRIs (Selective serotonin re-uptake inhibitors) می‌تواند به سیر درمان بیماری کمک کند.

با توجه به مورد- شاهدهی بودن نوع مطالعه، ارزیابی رابطه‌ی علت و معلولی بیماری AA و اختلال خواب، مشکل است. توصیه می‌شود مطالعات بیشتری جهت بررسی تقدم و تأخر این دو اختلال انجام شود. با توجه به مطالعات بسیار محدود در این زمینه، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی جهت بررسی بازده درمان اختلال خواب و تأثیر آن بر بیماری AA انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مرکز تحقیقات پوست و مو و تمامی اساتید محترم گروه پوست و مو بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) قدردانی به عمل می‌آید.

از عوامل دخیل در کیفیت زندگی بیماران AA ارزیابی و مشاهده شد که وضعیت خواب بیماران مبتلا به AA ضعیف‌تر از گروه شاهد بوده است ($P = 0/006$). در مطالعه‌ی حاضر نیز ارتباط مشابهی دیده شد. نتیجه‌گیری نهایی این که در مجموع، در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین میزان ابتلا به اختلال خواب و ابتلا به AA وجود داشت که نشان دهنده‌ی بالاتر بودن میزان اختلال خواب در بیماران مبتلا به AA در مقایسه با گروه شاهد بود، اما اختلافی در شدت اختلال خواب در بین بیماران مبتلا به AA و افراد سالم وجود نداشت. این امر، بیانگر آن است که گرچه بیماران مبتلا به AA به میزان بیشتری مبتلا به اختلالات خواب هستند، اما شدت این اختلال خواب در بین این بیماران نسبت به افراد طبیعی جامعه بیشتر نیست.

میزان ساعت خواب افراد مبتلا به AA نسبت به افراد طبیعی نیز به طور قابل توجهی کمتر بود. در افراد مبتلا به AA، اختلال خواب در سن پایین‌تر، بیشتر از سنین بالاتر بود که این بر خلاف جمعیت سالم جامعه می‌باشد و می‌تواند نشان دهنده‌ی این باشد که اختلال خواب، با AA ارتباط دارد؛ چرا که AA نیز در سنین پایین‌تر (۲۰-۳۰ سال) بیشتر دیده می‌شود.

با توجه به نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد که اختلال خواب، می‌تواند علت یا معلول AA باشد. با توجه به اثرات منفی این بیماری بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا، اختلال خواب می‌تواند معلول

References

- Gulec AT, Tanriverdi N, Duru 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(5): 352-6.
- Perini GI, Veller FC, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A. Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1984; 41(1): 48-52.
- Johnson, LC. Sleep deprivation and performance. In: Webb WB, editor. *Biological rhythms, sleep and performance*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1982. p. 111.
- Jennum P, Zachariae B. Stress and insomnia. *Ugeskr Laeger* 2012; 174(4): 197-200. [In Danish].
- Dikeos D, Georgantopoulos G. Medical comorbidity of sleep disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24(4): 346-54.
- Hu J, Chen Z, Gorczyński CP, Gorczyński LY, Kai Y, Lee L, et al. Sleep-deprived mice show altered cytokine production manifest by perturbations in serum IL-1ra, TNF α , and IL-6 levels. *Brain Behav Immun* 2003; 17(6): 498-504.
- Buyse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989 28(2):193-213.
- Alfani S, Antinone V, Mozzetta A, di Pietro C, Mazzanti C, Stella P, et al. Psychological status of patients with alopecia areata. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(3): 304-6.
- Rechtschaffen A, Bergmann BM, Everson CA, Kushida CA, Gilliland MA. Sleep deprivation in the rat: X. Integration and discussion of the findings. *Sleep* 1989; 12(1): 68-87.
- Inui S, Hamasaki T, Itami S. Sleep quality in patients with alopecia areata: questionnaire-based study. *Int J Dermatol* 2014; 53(1): e39-e41.
- King LE, Jr., Eastham AW, Curcio NM, Schmidt AN. A potential association between alopecia areata and narcolepsy. *Arch Dermatol* 2010; 146(6): 677-9.
- Ramezanpour A, Golchaji J, Ghanbari A, Sadr-Eshkavary S, Darjani A, Alizad N. A comparative study on health-related quality of life in healthy people and patients with alopecia areata. *World Appl Sci J* 2012; 18(5): 689-92.

The Prevalence of Sleep Disorders in Patients with Alopecia Areata

Gholamhossein Ghafarpour MD¹, Abbas Zamanian MD², Abbas Rasi MD²,
Sepideh Asadbeigi MD³, Shiva Ghods MD⁴

Original Article

Abstract

Background: Alopecia areata is a chronic inflammatory disorder that causes nonscarring hair loss. The cause is unknown, but an interaction between autoimmune and psychological factors may trigger the disease. Sleep deprivation is associated with a variety of adverse consequences including the effects on both psychological and physical health. Sleep deprivation can adversely affect immune function and exacerbate autoimmunity. Poor sleep quality is also associated with stress.

Methods: A case control study was conducted on 92 patients divided into two groups of 46, those diagnosed with alopecia areata and a healthy population. The demographic information of both groups was gathered with a questionnaire and the sleep quality was evaluated using Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), a self-rated questionnaire that assesses sleep quality and disturbances over a 1-month time interval. SPSS₁₆ was used to analyze the data. P value of less than 0.05 was considered significant.

Findings: 45.7% of patients with alopecia areata and 21.7% of the control group had sleep disorders. The difference between these percentages was significant ($P < 0.05$). There was not any significant difference in the scores of PSQI between the two groups (mean score = 5.37 and 4.04 in alopecia areata and control groups, respectively). The mean night sleep hours in patients with alopecia areata (6.73 hours) was significantly lower than the normal population (7.76 hours).

Conclusion: The results of this study revealed that the poor sleep quality is more common among patients with alopecia areata compared to the normal population; but the difference of the severity of sleep disturbances between the two groups was not statistically significant.

Keywords: Alopecia areata, Pittsburgh Sleep Quality Index, Sleep disorder

Citation: Ghafarpour Gh, Zamanian A, Rasi A, Asadbeigi S, Ghods Sh. **The Prevalence of Sleep Disorders in Patients with Alopecia Areata.** J Isfahan Med Sch 2016; 33(365): 2296-2301

1- Associate Professor, Skin and Stem Cell Research Center, Tehran University of Medical Sciences AND Department of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- General Practitioner, Skin Disease and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan AND Department of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Resident, Skin Disease and Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan AND Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Sepideh Asadbeigi MD, Email: may1986glory@gmail.com