

تأثیر رخدادهای اخیر زندگی بر بیماران مبتلا به آلپوسی آرهاتا (مطالعه‌ای در ایران)

دکتر میرهادی عزیز جلالی^۱، دکتر گلناز مهران^۲، دکتر زهرا مهران احد^۳، دکتر علیرضا حنیف نیا^۴

چکیده

مقدمه: آلپوسی آرهاتا (طاسی منطقه‌ای) بیماری شایع هر دو جنس با میزان شیوع ۱ تا ۲ درصد می‌باشد. ظهور این بیماری به طور معمول در اوایل نوجوانی، ابتدای کودکی و یا اوایل بزرگسالی رخ می‌دهد، اگر چه احتمال بروز آن در هر سنی ممکن می‌باشد. این مطالعه به بررسی تأثیر استرس‌های روحی در بروز بیماری آلپوسی آرهاتا پرداخت.

روش‌ها: ۴۷ نفر با تشخیص طاسی و ۴۷ نفر از افراد سالم (بر اساس سن و جنس میزان شده) انتخاب و به مطالعه وارد شدند و به ترتیب در گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. این افراد سپس به کلینیک تخصصی پوست بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) واقع در شهر تهران ارجاع داده شدند. اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان و پرسشنامه‌ی Paykels برای بررسی حوادث اخیر زندگی و همچنین برای دریافت و بررسی اطلاعات مورد نیاز استفاده شد.

یافته‌ها: در ۳۰ نفر از بیماران (۶۳/۸ درصد) آلپوسی آرهاتا در سر، در ۱۶ نفر (۳۴ درصد) در ریش و در ۱ نفر (۲/۱ درصد) در بدن بود. نمره‌ی حوادث اخیر زندگی برای ۱۲ ماه گذشته در گروه بیماران $1/01 \pm 6/9$ بود که تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد با نمره‌ی $0/91 \pm 7/12$ نشان نداد ($P = 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین وقایع پر استرس زندگی اخیر و وقوع تاسی نشان نداد.

واژگان کلیدی: طاسی منطقه‌ای، حوادث اخیر زندگی

مقدمه

روحی، فرد و بستگان وی تحت فشار روحی حضور در اجتماع هستند.

طول دوره‌ی بیماری غیر قابل پیش بینی است و بستگی به دوره‌ی ریزش مو و سرعت رشد مجدد آن دارد. شدت تظاهرات بالینی در بیماران تاس نمی‌تواند شاخص خوبی برای تعیین میزان کاهش کیفیت زندگی ناشی از بیماری و یا رضایت روحی فرد از زندگی باشد (۲). این مطالعه برای بررسی ارتباط بین طاسی منطقه‌ای و فشارهای روحی اخیر زندگی انجام شد.

تاسی منطقه‌ای یک بیماری فاقد التهاب و بدون اسکار است که باعث ریزش مو در مردان، زنان و کودکان می‌شود. مکانیسم و عواملی که باعث بروز ناگهانی طاسی می‌شوند به طور کامل شناخته شده نیستند. شواهد موجود حاکی از آن است که این پدیده یک بیماری خودایمنی می‌باشد که در آن سلول‌های سیستم ایمنی بدن فرد مبتلا از تولید فیبرهای مو در فولیکول‌های مو جلوگیری می‌کنند (۱). اگر چه طاسی برای فرد مبتلا خطر حیاتی در بر ندارد، اما از نظر

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات پوست و سلول‌های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و گروه پوست، بیمارستان حضرت رسول اکرم، دانشگاه علوم تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه پوست، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دستیار، گروه پوست، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ دستیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوست و سالک و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان و گروه پوست، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: glmehran@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر گلناز مهران

روش‌ها

شرکت‌کنندگان از قسمت سرپایی کلینیک تخصصی پوست بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) انتخاب و به مطالعه وارد شدند. تمام بیماران برای ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و چنانچه افراد معیارهای لازم برای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه می‌شدند. معیارهای ورود شامل داشتن سواد تحصیلی (حداقل ۸ سال آموزشی) و تشخیص قطعی تاسی منطقه‌ای توسط یک متخصص پوست بودند.

گروه شاهد شامل مراجعینی بودند که محدوده‌ی سنی و سطح سواد یکسان به نسبت گروه مورد داشتند ولی اثری از بیماری تاسی در آنها مشاهده نشده بود. یک فرم استاندارد برای جمع‌آوری اطلاعات شاخص‌های دموگرافیک، منطقه‌ی مبتلا به عارضه و سن فرد در زمان ابتلا به بیماری استفاده گردید.

اتفاق‌های استرس‌زا با پرسشنامه‌ی Paykels جمع‌آوری و بررسی شدند. این پرسشنامه ۶۱ رخداد استرس‌زا را پوشش می‌دهد. نمره‌ی کل آن بر اساس تعداد و شدت اثرگذاری (۳-۱) هر کدام از رخداد‌های زندگی محاسبه می‌شود. از شرکت‌کنندگان در مورد وقوع و یا عدم وقوع هر یک از این رخدادها در ۱۲ ماه اخیر سؤال شد. برای این مطالعه نسخه‌ی ایرانی تأیید شده‌ی پرسشنامه استفاده شد (۳-۴).

پروتکل مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاقی-بنیادی تصویب شد. مفاهیم اساسی مطالعه برای تمام افراد واجد شرایط توضیح داده شد و از آنها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. فرم رضایت‌نامه توسط شرکت‌کنندگان امضا و سپس آنها به یک متخصص تحقیقات پوست ارجاع داده شدند.

تمام رخداد‌های روزمره‌ی استرس‌زا (رخداد‌های

بسترساز بیماری) در طول ۱۲ ماه قبل شمرده و آنالیز شدند. پرسشنامه‌ی مشابهی که به طور اختصاصی فاکتورهای وابسته به تاسی در آن حذف شده بود در اختیار افراد سالم با محدوده‌ی سنی و جنس یکسان نسبت به افراد گروه مورد مطالعه، قرار گرفت تا به عنوان گروه شاهد اطلاعات لازم جمع‌آوری و آنالیز شوند.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) ابتدا با روش آماری تک متغیره آنالیز شدند. سپس از آزمون χ^2 برای بررسی تفاوت‌های بین متغیرهای طبقه‌بندی شده‌ی هر گروه استفاده شد. Student-t برای بررسی تفاوت بین شاخص‌های پیوسته استفاده گردید.

یافته‌ها

۹۴ شرکت‌کننده پرسشنامه‌ها را به طور کامل تکمیل کردند (۴۷ نفر در گروه بیمار و ۴۷ نفر در گروه شاهد). میانگین سنی و نمره‌ی کل شرکت‌کنندگان به ترتیب $28/56 \pm 8/34$ سال (محدوده‌ی سنی ۱۴-۴۸ سال) و $7/05 \pm 6/58$ (محدوده‌ی ۰-۲۷) بود.

۵۴ نفر (۵۷/۴ درصد) از شرکت‌کنندگان مطالعه را مردان و ۴۰ نفر (۴۲/۶ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. ۴۹ نفر (۵۲/۱ درصد) مجرد و ۴۴ نفر (۴۶/۸ درصد) متأهل بودند و تنها یک نفر مطلقه (۱/۱ درصد) بود. ۲۶ نفر (۲۷/۷ درصد) تحصیلات کمتر از دیپلم، ۳۹ نفر (۴۱/۵ درصد) دیپلم، ۲۸ نفر (۲۹/۸ درصد) لیسانس یا فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۱ درصد) دکتری داشتند.

میزان درآمد ماهیانه در چهار گروه طبقه‌بندی شد. ۱۸ نفر (۱۹/۱ درصد) کمتر از ۲۰۰/۰۰۰ تومان، ۲۵ نفر (۲۶/۶ درصد) بین ۲۰۰/۰۰۰-۴۰۰/۰۰۰ تومان، ۲۷ نفر

می‌شود هیچ تفاوت معنی‌داری در متغیرهای مورد مطالعه از قبیل سن، جنس، وضعیت ازدواج، درآمد، شغل، سطح تحصیلات وجود نداشت ($P < 0/05$).

سن $28/51 \pm 8/51$ سال در مقابل $28/61 \pm 8/35$ سال، در حالی که نمره پرسشنامه‌ها برابر بودند با $28/51 \pm 8/51$ (رنج ۲۷۰) در مقایسه با $28/21 \pm 0/91$ (رنج ۲۴-۰) همچنین در گروه مورد ($23/4\%$) ۱۱ نفر در مقایسه با $12/8\%$ ۶ در مقایسه با افرادی که نمره صفر داشتند ($P > 0/018$, Chiz test).

طول دوران ابتلا به بیماری $9/85 \pm 1/79$ ماه (محدوده‌ی ۵-۱۱ ماه) بود. توزیع افراد مبتلا بر اساس طبقه‌بندی منطقه‌ی ابتلا به بیماری به شرح زیر بود: سر

۲۸/۷ درصد) بین $600/000-400/000$ تومان و ۲۴ نفر (۲۵/۵ درصد) بیشتر از $600/000$ تومان درآمد داشتند.

۲۴ نفر (۲۵/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه شاغل، ۲۴ نفر (۲۵/۵ درصد) تاجر، ۱۷ نفر (۱۸/۱ درصد) خانه‌دار، ۱۶ نفر (۱۷ درصد) دانش‌آموز، ۵ نفر (۵/۳ درصد) مهندس، ۳ نفر (۳/۲ درصد) کارگر و ۲ نفر بیکار (۲/۱ درصد) بودند.

میانگین نمره در افراد گروه مورد $6/97 \pm 1/01$ و در افراد گروه شاهد $7/12 \pm 0/91$ بود که با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P = 0/95$).

مشخصات گروه‌های مورد و شاهد در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول مشاهده

جدول ۱. مقایسه‌ی مشخصات شرکت‌کنندگان در گروه‌های مورد و شاهد

متغیرها	مورد (درصد) تعداد	شاهد (درصد) تعداد	مقدار P
سن	$28/61 \pm 8/51$	$28/61 \pm 8/35$	$0/91^*$
جنس	مرد ۲۷ (۵۷/۴)	۲۷ (۵۷/۴)	۱
	زن ۲۰ (۴۲/۶)	۲۰ (۴۲/۶)	
وضعیت تأهل	مجرد ۲۵ (۵۳/۲)	۲۴ (۵۱/۱)	$0/6$
	متأهل ۲۲ (۴۶/۸)	۲۲ (۴۶/۸)	
درآمد (تومان)	مطلقه ۰ (۰/۰)	۱ (۲/۱)	$0/99$
	< 200000	۹ (۱۹/۱)	
	$200000-400000$	۱۲ (۲۵/۵)	
	$400000-600000$	۱۴ (۲۹/۸)	
شغل	> 600000	۱۲ (۲۵/۵)	$0/95$
	شاغل ۱۵ (۳۱/۹)	۱۲ (۲۵/۵)	
	کارگر ۲ (۴/۳)	۱ (۲/۱)	
	خانه‌دار ۷ (۱۴/۹)	۱۰ (۲۱/۳)	
	تاجر ۱۱ (۲۳/۴)	۱۳ (۲۷/۷)	
	دانش‌آموز ۸ (۱۷/۰)	۸ (۱۷/۰)	
تحصیلات	بیکار ۱ (۲/۱)	۱ (۲/۱)	$0/58$
	مهندس ۳ (۶/۴)	۲ (۴/۳)	
	زیر دیپلم ۱۲ (۲۵/۵)	۱۴ (۲۹/۸)	
	دیپلم ۲۲ (۴۶/۸)	۱۷ (۳۶/۲)	
	لیسانس یا فوق لیسانس ۱۳ (۲۷/۷)	۱۵ (۳۱/۹)	
دکتری ۰ (۰)	۱ (۲/۱)		

رابطه‌ی معنی‌دار ناملموس و یا گاه منفی را مشاهده کرده‌اند (۱۵-۱۴). هم جهت با نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی ما نتایج به دست آمده از دو مطالعه‌ی دیگر که در ایتالیا (۱۶) و ترکیه (۱۷) انجام شد نیز هیچ رابطه‌ی معنی‌داری را بین این دو فاکتور نشان ندادند.

میانگین نمره‌ی رخدادهای اخیر زندگی در گروه مورد تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد نداشت. به علاوه باید در نظر داشت که نتایج حاکی از این نبود که استرس‌های روحی هیچ تأثیری بر طاسی ندارند چون تنها تأثیر رخدادهای زندگی مجزا از انواع منابع دیگر استرس از قبیل بیماری‌های روحی مزمن گذشته و یا عذاب‌های روحی روزانه بررسی شد (۱۸). چنانچه در یک مطالعه توسط Colon و همکاران (۱۹)، شیوع بالای افسردگی (۳۹ درصد) و اختلال اضطراب منتشر شونده (۳۹ درصد) در ۳۱ نفر از بیماران مبتلا به طاسی فوق گزارش شد. همچنین نتایج مشابه در مطالعات دیگر حاصل شده است (۲۰-۲۱). همچنین در بعضی از مطالعات، نقش عوامل تعدیل‌کننده‌ی حساسیت به طاسی از جمله حمایت‌های اجتماعی (۲۳-۲۲)، امنیت عاطفی (۲۴) و یا Alexithymia (۲۵) را بررسی شده است.

با وجود جمعیت کم گروه‌های مطالعه در این تحقیقات، نتایج حاکی از این بود که بروز طاسی ارتباط مستقیم با دل‌بستگی اجتنابی، شخصیت بالا و ارتباط ضعیف اجتماعی دارد. از این رو مطالعات بیشتری برای شناخت کامل هر گونه رابطه بین این فاکتورها نیاز است.

نتیجه‌گیری

نتایج ما فرضیه‌ی تأثیرگذاری زندگی پراسترس بر بروز بیماری طاسی را رد کرد.

در ۳۰ نفر (۶۳/۸ درصد)، ریش در ۱۶ نفر (۳۴ درصد) و بدن در ۱ نفر (۲/۱ درصد). بیماران مبتلا به طاسی در ناحیه‌ی ریش بودند سن بیشتری به نسبت گروه در مقایسه با افراد مبتلا به طاسی سر (۰/۱ ± ۲۷/۳ سال) داشتند.

بحث

تا به امروز بیماری‌زایی آلوپسی آره اتا به طور کامل مشخص نشده است. زمینه‌ی ژنتیکی و فاکتورهای محیطی به عنوان شاخص‌های علیتی بیماری شناسایی شده‌اند. اگر چه علت یا علت‌های آن همچنان ناشناخته باقی مانده است. طاسی در سنین جوانی به یک نسبت در هر دو جنس شیوع دارد (۵-۶). جوان‌ترین بیمار ما ۱۴ سال و سالخورده‌ترین آن‌ها ۴۵ سال داشت. سن بروز بیماری در این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه‌های قبل سازگار بود (۷-۹)، به صورتی که بیشتر مبتلایان برای اولین بار در ۴ دهه‌ی اول زندگی دچار بیماری شده بودند. با توجه به نتایج مطالعات قبل (۵-۹) تصور بر این است که طاسی نوجوانی شدیدترین نوع طاسی است که کمترین احتمال بهبودی را دارد. طاسی روی سر، ریش و بدن به ترتیب در ۶۳/۸ درصد، ۳۴ درصد و ۲/۱ درصد از بیماران مشاهده شد. بیماران مبتلا به طاسی از ناحیه‌ی ریش در مقایسه با سر مسن‌تر بودند، اگر چه این تفاوت معنی‌دار نبود. همچنین نمره‌ی حوادث اخیر زندگی آن‌ها بالاتر بود که تا حدی معنی‌دار شد.

اگر چه ارتباط بین رخدادهای استرس‌زا و بروز طاسی توسط برخی از مطالعات کنترل شده‌ی گذشته‌نگر و حتی برخی از مطالعات مورد-شاهدی پیشنهاد شده است (۱۰-۱۳)، اما در مقابل بقیه‌ی مطالعات تنها یک

References

1. Aita VM, Christiano AM. The genetics of alopecia areata. *Dermatologic Therapy* 2001; 14(4): 329-39.
2. Adamson H. Goulstonian lectures on modern views upon the significance of skin eruptions. London: J. Bale, Sons & Danielsson; 1912.
3. Mohajer M. Ranking rent life events. *H Drug* 1981; 8(96).
4. Poorshahbaz A. The correlation between recent life event and personality in patient with blood malignancies. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatry Institute; 1993. [In Persian].
5. Madani S, Shapiro J. Alopecia areata update. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(4): 549-66.
6. Muller SA, Winkelmann RK. Alopecia areata an evaluation of 736 patients. *Arch Dermatol* 1963; 88: 290-7.
7. Sharma VK, Dawn G, Kumar B. Profile of alopecia areata in Northern India. *Int J Dermatol* 1996; 35(1): 22-7.
8. Dawber RP, de Barker D. Wojnarowska of hair. In: Champion RH, Rook A, Burton JL, Ebling FJ, editors. *Textbook of dermatology*. Boston: Blackwell Scientific; 1992. p. 2869-973.
9. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP, De Raeymaecker DM, Peereboom-Wynia JD. Juvenile versus maturity-onset alopecia areata--a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14(6): 429-33.
10. Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985; 44(3): 122-31.
11. Perini GI, Veller FC, Cipriani R, Bettin A, Zecchino F, Peserico A. Life events and alopecia areata. *Psychother Psychosom* 1984; 41(1): 48-52.
12. Invernizzi G, Gala C, Russo R, Polenghi M, Manca G. Life events and personality factors in alopecia areata. *Med Sci Res* 1987; 15(17-20): 1219-20.
13. Baldaro B, Brociani G, Bossi G, Offidani AM, Novelli N, Ferri AM. Incidenza di eventi stressanti nei sei mesi precedenti la comparsa di alopecia areata. *Medicia psicosomatica* 1989; 34: 271-5.
14. Russiello F, Arciero G, Decaminada F, Corona R, Ferrigio L, Fucci M, et al. Stress, attachment and skin diseases: a case-control study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 1995; 5(3): 234-9.
15. Page G, Faina P, Teodori A, Angelini C, Biondi M, Ruvinetti S. Psychological factors in alopecia areata: results from a preliminary, controlled study. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 2003; 8(2): 73-9.
16. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44(5): 374-81.
17. 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.
18. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom* 2000; 69(4): 184-97.
19. Colon EA, Popkin MK, Callies AL, Dessert NJ, Hordinsky MK. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry* 1991; 32(3): 245-51.
20. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. *Acta Derm Venereol* 1997; 77(4): 296-8.
21. Koo JY, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol* 1994; 33(12): 849-50.
22. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38: 300-14.
23. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98(2): 310-57.
24. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1988.
25. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43(6): 531-43.

The Impact of Recent Life Events on Patients with Alopecia Areata: A Study from Iran

Mir Hadi Aziz Jalali MD¹, Golnaz Mehran MD², Zahra Mehran-Ahad MD³,
Alireza Hanifnia MD⁴

Abstract

Background: Alopecia areata (AA) affects 0.1%-0.2% of the general population, and occurs in both males and females. Initial presentation occurs most commonly in the late teenage years, early childhood or young adulthood, but can happen in all ages. In the present study, we aimed to find an association between the onset of AA and preceding emotional stress.

Methods: A total of 47 patients diagnosed with AA and 47 controls (healthy subjects matched on age and gender) were enrolled to the study at the dermatology clinic of Hazrat Rasoul Akram Hospital, Tehran, Iran. Participants were administered Paykel's questionnaire for recent life events, and the demographic data of all subjects was also collected simultaneously.

Findings: The distribution of AA was as follows: 30 (63.8%) subjects in head, beard in 16 (34%) and body in 1 (2.1%) subject. The total score of recent life events (during the last 12 months) was not significantly different between the AA patients (6.9 ± 1.01) and the control subjects (7.12 ± 0.91) ($P = 0.95$).

Conclusion: Our findings do not support the hypothesis that stressful life events are associated with the occurrence of AA.

Keywords: Alopecia areata, Recent life events, Iran

¹ Associate Professor, Skin and Stem Cell Research Center And Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Resident, Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Resident, Skin Diseases and Leishmaniasis Research Center And Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan And Department of Dermatology, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Golnaz Mehran MD, Email: gimehran@yahoo.com