

بررسی پروفایل روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و احساس بدشکلی) در بیماران مبتلا به انواع مختلف ریزش مو و مقایسه‌ی آن با افراد سالم

دکتر ندا ادیبی^۱، دکتر نیلوفر اکبرزاده^۲، دکتر کتایون شفیعی^۳، دکتر حمید افشار^۴، عباس حقایق^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ریزش مو می‌تواند همراه با نگرانی در مورد وضعیت ظاهری باشد که منجر به احساس بدشکلی یا کاهش اعتماد به نفس می‌گردد و علاوه بر این، می‌تواند باعث اضطراب و نگرانی شود و بر عملکردهای اجتماعی فرد مبتلا تأثیر بگذارد.

روش‌ها: این مطالعه به فرم مقطعی بر روی دو گروه مورد و شاهد (۹۸ نفر در هر گروه) انجام شد. به هر یک از افراد دو گروه ۴ پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی (Hospital anxiety & depression scale)، اعتماد به نفس (Rosenberg self-esteem scale)، کیفیت زندگی (WHOQOL-Bref یا World health organization quality of life instrument) و احساس بدشکلی (Body image disturbance questionnaire یا BIDQ) داده شد و سپس نتایج این پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون t مستقل مقایسه شد.

یافته‌ها: در این مطالعه بین افراد گروه مورد و شاهد از نظر اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود نداشت؛ اما از لحاظ احساس بدشکلی بین دو گروه اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به ریزش مو به وضوح دچار احساس بدشکلی در ظاهر خود هستند که می‌تواند روی عملکرد اجتماعی و میزان حضورشان در جامعه تأثیر بگذارد.

واژگان کلیدی: ریزش مو، اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس، کیفیت زندگی، احساس بدشکلی

ارجاع: ادیبی ندا، اکبرزاده نیلوفر، شفیعی کتایون، افشار حمید، حقایق عباس. بررسی پروفایل روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و احساس بدشکلی) در بیماران مبتلا به انواع مختلف ریزش مو و مقایسه‌ی آن با افراد سالم. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۲۷۴): ??

است. موی سر می‌تواند یک مشخصه‌ی اجتماعی از جنس، سن، ارزش‌ها و حتی عضویت‌های گروهی باشد. فراتر از معنای اجتماعی، مو نقش مهمی در هویت

مقدمه

مو به ویژه موی سر بیش از آن که اهمیت بیولوژیک داشته باشد، دارای اهمیت سایکولوژیک و اجتماعی

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرافه‌ای به شماره‌ی ۳۹۲۰۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

۱- متخصص پوست و پژوهشگر، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Email: nedaadibi705@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر ندا ادیبی

و تصور فرد از بدن خود (Body image) دارد (۱).

موی سر همچنین نقش مهمی در جذابیت فیزیکی دارد و عامل مهمی در روابط بین فردی محسوب می‌شود؛ چرا که در حقیقت اولین و مستقیم‌ترین قسمت زبان بدن (Body language) است. تحقیقات علمی نشان می‌دهد افرادی که خود را از نظر ظاهری جذاب می‌دانند، موفق‌ترند، احترام بیشتری کسب می‌کنند، دوستان بیشتری دارند و از نظر اجتماعی بهتر خود را با اجتماع وفق می‌دهند. از طرفی، به طور کلی جذابیت ظاهری بیشتر باعث افزایش اعتماد به نفس و نبود آن باعث اضطراب و نگرانی در فرد می‌شود (۲).

علل ریزش مو در دو گروه کلی قرار می‌گیرند: Non cicatricial (که شایع‌ترین انواع آن Androgenetic alopecia, Alopecia areata و Telogen effluvium هستند) و Cicatricial (۳).

در این بین، شایع‌ترین نوع ریزش مو Androgenetic alopecia می‌باشد که نوعی ریزش موی تدریجی اسکالپ است و خود را به دو صورت نشان می‌دهد:

Male-pattern androgenetic alopecia ریزش مو در مردان است که به طور معمول از ورتکس و ناحیه‌ی فرونتوتمپورال آغاز می‌شود و خط رویش مو عقب‌تر می‌رود.

Female-pattern androgenetic alopecia ریزش مو در زنان است که خود را به صورت ریزش موی منتشر نشان می‌دهد، اما خط رویش مو دست نخورده باقی می‌ماند.

این بیماری ممکن است هر زمان بعد از بلوغ آغاز شود، اما اغلب از دهه‌ی سوم و اوایل دهه‌ی چهارم شروع می‌شود. سرعت ریزش مو بین افراد مختلف

متفاوت است، اما در اکثر موارد سال‌ها پیشرفت می‌کند (۳-۵).

از آن جا که مو یکی از نواحی قابل رؤیت و بسیار تأثیرگذار در ظاهر فرد است، به خصوص در افراد جوان کیفیت و حجم آن بسیار مورد توجه قرار می‌گیرد.

مطالعات نشان می‌دهد که ریزش مو، تأثیری منفی در وضعیت سایکولوژیک، روابط اجتماعی و فعالیت‌های روزانه‌ی افراد مبتلا دارد و گاهی باعث مشکلات سایکولوژیک جدی می‌شود. برخی از مشکلات گزارش شده عبارت از اعتماد به نفس پایین‌تر، احساس جذابیت ظاهری کمتر، افسردگی، نگرانی و اضطراب و ناسازگاری روانی-اجتماعی هستند (۶).

در مطالعه‌ای که توسط van der Donk و همکاران انجام شد، گروهی از زنان مبتلا به Androgenetic alopecia با گروهی از زنان که مبتلا به یک بیماری پوستی غیر قابل رؤیت بودند و همچنین با گروهی از مردان مبتلا به Androgenetic alopecia مقایسه شدند. زنان مبتلا به Androgenetic alopecia ناسازگاری اجتماعی، خشکی در رفتار، آسیب‌پذیری و ناسازگاری روانی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر از خود نشان دادند (۷).

در مطالعه‌ی Eckert، زنان مبتلا به ریزش موی منتشر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۰ درصد این افراد از مشکلات شدید زناشویی و افسردگی رنج می‌برند (۲).

مطالعه‌ی Cash و همکاران، نشان داد که در زنان مبتلا به Androgenetic alopecia، ریزش مو اثرات روانی قابل توجهی ایجاد کرده است. این افراد

دیگر ریزش مو را شامل شده است. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی همراهی ریزش مو از هر نوع با اختلالات اضطرابی، افسردگی، اعتماد به نفس پایین و Body dysmorphism (احساس بدشکلی) بر اساس پرسش‌نامه‌های استاندارد انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به فرم مقطعی شاهدار (Cross Sectional) بود و در بهار و تابستان ۱۳۹۲ در بیماران مبتلا به ریزش مو (با تشخیص متخصص پوست) مراجعه کننده به کلینیک‌های پوست وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. ابتدا به کلیه افراد، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ی کتبی جهت شرکت در مطالعه از آن‌ها اخذ گردید.

میزان حجم نمونه ۹۸ نفر در گروه مورد و ۹۸ نفر در گروه شاهد به دست آمد. معیارهای ورود شامل سن بین ۱۵-۴۵ سال و ابتلا به ریزش موی اسکالپ با هر علت بود.

۱) معیارهای خروج از مطالعه شامل کسانی می‌شد که سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی ثابت شده یا تحت درمان زیر نظر روان‌پزشک داشتند (با گرفتن شرح حال از بیمار)، کسانی که داروهای مولد عوارض روان‌پزشکی (مانند رواکوتان) استفاده می‌کردند، کسانی که داروهای مولد ریزش مو (مانند داروهای شیمی درمانی، سدیم والپروات و ایندرال) استفاده می‌کردند و کسانی که به مواد وابستگی داشتند و نیز افراد غیر قابل اعتماد مثل بیماران عقب مانده‌ی ذهنی (به دلیل غیر قابل اعتماد بودن پاسخ‌ها). برای سنجش سطح اضطراب و افسردگی بیمار از

احساس درماندگی و کاهش جذابیت می‌کردند و نگرانی و اشتغال ذهنی زیادی در مورد ریزش موی خود داشتند (۸).

در مطالعه‌ی دیگر Cash بر گروهی از مردان مبتلا به Aandrogenetic alopecia، اکثر این مردان ریزش موی خود را به عنوان یک عامل استرس‌زا در زندگیشان قلمداد می‌کردند. علاوه بر این، توجه بیش از اندازه و اشتغال ذهنی مداوم در مورد ریزش موی خود در حال حاضر و پیشرفت آن در آینده داشتند و احساس کاهش جذابیت می‌کردند (۹).

در مطالعه‌ی Colon و همکاران بر ۳۱ بیمار مبتلا به Alopecia areata، ۳۹ درصد این افراد مبتلا به افسردگی و ۳۹ درصد مبتلا به اختلال اضطرابی بودند (۱۰).

Wells و همکاران مطالعه‌ای بر روی ۱۸۲ مرد ۱۹-۷۳ ساله انجام دادند که در سه گروه طاس، نیمه طاس و بدون ریزش مو قرار داشتند. نتایج نشان داد که شدت بیشتر طاسی با اعتماد به نفس پایین‌تر، افسردگی بیشتر، حالت‌های عصبی بیشتر و احساس کاهش جذابیت بیشتر همراه بود (۶).

همان‌طور که از مرور مطالعات بر می‌آید تحقیقات گذشته اغلب با روش Interview به بررسی تأثیرات منفی ریزش مو بر روی احساسات فردی، احساس جذابیت و موفقیت در زندگی و سازگاری با اجتماع پرداخته است و کمتر به بررسی همراهی ریزش مو با اختلالات سایکولوژیک از جمله اختلالات اضطرابی و Body dysmorphic disorder توجه شده است.

به علاوه در نمونه‌های مورد مطالعه اغلب افراد مبتلا به Alopecia areata یا Aandrogenetic alopecia بوده‌اند و به ندرت انواع

فرم فارسی شده پرسش‌نامه‌ی HADS (Hospital anxiety & depression scale) استفاده می‌شود که ۱۴ سؤال دارد: ۷ سؤال برای سنجش افسردگی و ۷ سؤال برای سنجش اضطراب. برای هر سؤال گزینه‌ها از ۰-۳ نمره‌دهی می‌شوند و نمره‌ی کل برای هر قسمت بین ۰-۲۱ است. نمره‌ی بین ۰-۷ نشان دهنده‌ی وضعیت طبیعی، نمره‌ی ۸-۱۰ نشان دهنده‌ی وضعیت بینابینی و در خطر و نمره‌ی ۱۱ و بیشتر نشان دهنده‌ی حضور اضطراب یا افسردگی در حد بیماری است.

در مطالعه‌ی منتظری و همکاران، روایی و پایایی فرم فارسی شده‌ی پرسش‌نامه‌ی HADS بررسی شد. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که مقیاس HADS و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، پایایی و هماهنگی درونی مناسبی هستند (Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶) و اعتبار لازم برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی را دارند (۱۱).

برای سنجش اعتماد به نفس از پرسش‌نامه‌ی Rosenberg استفاده می‌شود (۱۲). این آزمون دارای ۱۰ مورد می‌باشد که برای هر کدام گزینه‌ی کاملاً موافق نمره‌ی ۳، موافق نمره‌ی ۲، مخالف نمره‌ی ۱ و کاملاً مخالف نمره‌ی ۰ می‌گیرد. نمره‌ی ۱۵-۲۵ بیانگر وضعیت طبیعی فرد است و افراد دارای نمره‌ی کمتر از ۱۵ اعتماد به نفس پایین دارند. در مطالعه‌ی مظلومی همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه بررسی شد و میزان Cronbach's alpha ۰/۷۸ به دست آمد (۱۳).

برای سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-Bref (World health organization quality of life)

فرم فارسی شده پرسش‌نامه‌ی HADS (Hospital anxiety & depression scale) استفاده می‌شود که ۱۴ سؤال دارد: ۷ سؤال برای سنجش افسردگی و ۷ سؤال برای سنجش اضطراب. برای هر سؤال گزینه‌ها از ۰-۳ نمره‌دهی می‌شوند و نمره‌ی کل برای هر قسمت بین ۰-۲۱ است. نمره‌ی بین ۰-۷ نشان دهنده‌ی وضعیت طبیعی، نمره‌ی ۸-۱۰ نشان دهنده‌ی وضعیت بینابینی و در خطر و نمره‌ی ۱۱ و بیشتر نشان دهنده‌ی حضور اضطراب یا افسردگی در حد بیماری است.

در مطالعه‌ی منتظری و همکاران، روایی و پایایی فرم فارسی شده‌ی پرسش‌نامه‌ی HADS بررسی شد. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که مقیاس HADS و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، پایایی و هماهنگی درونی مناسبی هستند (Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶) و اعتبار لازم برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی را دارند (۱۱).

برای سنجش اعتماد به نفس از پرسش‌نامه‌ی Rosenberg استفاده می‌شود (۱۲). این آزمون دارای ۱۰ مورد می‌باشد که برای هر کدام گزینه‌ی کاملاً موافق نمره‌ی ۳، موافق نمره‌ی ۲، مخالف نمره‌ی ۱ و کاملاً مخالف نمره‌ی ۰ می‌گیرد. نمره‌ی ۱۵-۲۵ بیانگر وضعیت طبیعی فرد است و افراد دارای نمره‌ی کمتر از ۱۵ اعتماد به نفس پایین دارند. در مطالعه‌ی مظلومی همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه بررسی شد و میزان Cronbach's alpha ۰/۷۸ به دست آمد (۱۳).

برای سنجش کیفیت زندگی بیماران از پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-Bref (World health organization quality of life)

نجات و همکاران مطالعه‌ای جهت اعتبارسنجی WHOQOL-Bref انجام دادند و مقادیر Cronbach's alpha در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد (۱۵).

برای سنجش احساس بدشکلی از فرم فارسی شده‌ی (Body image disturbance questionnaire) BIDQ استفاده می‌شود که در حین همین مطالعه روایی و پایایی آن به روش پایلوت بررسی شد. BIDQ فرم تعدیل شده‌ی BBDQ () است و شامل ۷ قسمت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. سؤالات این فرم نشان دهنده‌ی «نگرانی در مورد ظاهر، اشتغال ذهنی در مورد این نگرانی‌ها، تجربیات عاطفی شدید، اختلال در عملکرد شغلی یا اجتماعی یا سایر بخش‌های عملکردی مهم، تداخل با زندگی اجتماعی یا کارهای مدرسه یا وظایف شغلی و کناره‌گیری قابل توجه» می‌باشند. برای وضوح بیشتر پاسخ‌ها، قسمت‌های ۱، ۲، ۵، ۶ و ۷ دارای یک سؤال با پایان باز می‌باشند. نمره‌ی کل میانگین نمره‌ی همه‌ی قسمت‌ها است.

نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی ناراحتی بیشتر نسبت به تصویر بدنی هستند.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده می‌شود. آزمون‌های آماری مورد استفاده، آزمون t مستقل و آنالیز رگرسیون لجستیک می‌باشد و جهت بررسی رابطه‌ی شدت نیز از آزمون همبستگی Spearman استفاده شد.

نفری مورد و شاهد انجام شده است. خصوصیات دموگرافیک هر دو گروه در جدول ۱ آمده است. افراد گروه مورد به طور میانگین $4/3 \pm 3/9$ سال دچار ریزش مو بودند.

در گروه مورد ۶۲/۹ درصد از قبل برای درمان ریزش مو به پزشک مراجعه کرده‌اند و ۶۰/۸ درصد برای درمان ریزش مو دارو مصرف کرده بودند. همچنین ۶۹/۸ درصد سابقه‌ی خانوادگی ابتلا به ریزش مو را داشتند.

سایر یافته‌های مربوط به خصوصیات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

این مطالعه به فرم مقطعی شاهددار در دو گروه ۹۸

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک افراد گروه‌های مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد	گروه شاهد	P-value
سن (میانگین \pm انحراف معیار)	۲۹/۸ \pm ۷/۹	۳۱/۹ \pm ۹/۴	۰/۱۰۰
جنسیت			
زن (درصد)	۵۲/۰	۴۸/۰	۰/۷۶۰
مرد (درصد)	۵۴/۲	۴۵/۸	
وضعیت تأهل (درصد)			
متأهل	۵۲/۰	۴۸/۰	۰/۴۲۰
مجرد	۴۸/۰	۵۲/۰	
وضعیت اشتغال (درصد)			
خانه‌دار	۲۲/۱	۱۲/۵	۰/۲۶۰
کارگر	۴/۲	۱/۱	
کارمند	۲۶/۳	۲۷/۳	
شغل آزاد	۴۵/۳	۵۵/۷	
بازنشسته	۲/۱	۳/۴	
وضعیت تحصیلات (درصد)			
بی‌سواد	۱/۰	۱/۰	۰/۲۸۰
دیپلم	۸/۲	۲/۱	
فوق دیپلم	۲۴/۷	۲۵/۸	
لیسانس	۵۳/۶	۵۵/۷	
فوق لیسانس و بالاتر	۱۲/۴	۱۵/۵	
درآمد (تومان) (میانگین \pm انحراف معیار)	۸۰۰/۰۰۰ \pm ۴۵۰	۹۱۱/۰۰۰ \pm ۴/۳	

مقایسه‌ی پروفایل روان‌شناختی در گروه‌های مورد و شاهد

افسردگی: میانگین نمره‌ی افسردگی در گروه مورد $4/3 \pm 7/8$ و در گروه شاهد $3/8 \pm 7/8$ بود. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی افسردگی در دو گروه مورد و شاهد با هم اختلاف معنی‌دار ندارد ($P = 0/930$). شیوع افسردگی در گروه مورد ۲۹/۶ درصد و در گروه شاهد ۲۶/۵ درصد بود.

اضطراب: میانگین نمره‌ی اضطراب در گروه مورد $3/4 \pm 6/6$ و در گروه شاهد $3/0 \pm 5/9$ بود. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی اضطراب بین دو گروه مورد و شاهد با هم اختلاف معنی‌دار ندارد ($P = 0/160$). شیوع اضطراب در گروه مورد ۱۹/۳ درصد و در گروه شاهد ۱۳/۴ درصد بود.

اعتماد به نفس: میانگین نمره‌ی اعتماد به نفس در گروه مورد $3/9 \pm 22/4$ و در گروه شاهد $4/5 \pm 23/5$ بود. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی اعتماد به نفس در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار ندارد ($P = 0/940$) و میزان اعتماد به نفس در هر دو گروه بالا است.

کیفیت کلی زندگی و ابعاد آن: کیفیت کلی زندگی در دو گروه مورد و شاهد متوسط تا خوب بوده است. میانگین نمره‌ی کیفیت کلی زندگی در گروه مورد $10/3 \pm 61/7$ و در گروه شاهد $10/1 \pm 60/1$ بود. آزمون t مستقل نشان داد که کیفیت کلی زندگی در دو گروه اختلاف معنی‌دار ندارد ($P = 0/230$). علاوه بر این، کیفیت زندگی در هر یک از چهار حیطه‌ی مورد بررسی نیز بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشت.

احساس بدشکلی: نمره‌ی احساس بدشکلی در گروه مورد $0/5 \pm 4/5$ و در گروه شاهد $0/4 \pm 2/3$ بود و آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$).

در این مطالعه، پرسش‌نامه‌ی BIDQ توسط تحقیق‌کنندگان ترجمه و پایایی و روایی آن به روش پایلوت بررسی شد. میزان Cronbach's alpha $0/90$ و پایایی بازآزمایی $0/76$ به دست آمد. سپس ضریب همبستگی بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه‌ی BBDQ محاسبه شد و روایی همزمان برابر با $0/56$ به دست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار بود. نتایج به دست آمده در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین نمره‌ی خصوصیات روان‌شناختی بر اساس پرسش‌نامه‌ها در گروه‌های مورد و شاهد

متغیر	مدت زمان ریزش مو	r	P-value
نمره‌ی اعتماد به نفس		0/170	0/100
نمره‌ی اضطراب		-0/274	0/008
نمره‌ی افسردگی		-0/249	0/020
نمره‌ی کیفیت زندگی		0/145	0/170
نمره‌ی احساس بدشکلی		-0/109	0/300

علاوه بر این هر یک از موارد فوق بین زنان و مردان به طور جداگانه بررسی شد. به این صورت که زنان گروه مورد و شاهد با هم و مردان گروه مورد و شاهد نیز با هم مقایسه شدند. در هیچ کدام از موارد اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد؛ به غیر از احساس بدشکلی که در هر دو گروه زنان ($P < 0/001$) و مردان ($P < 0/005$) اختلاف معنی‌دار بود.

با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک و با کنترل

در سؤالات با پایان باز و در توضیح احساسات خود به این مطلب اشاره داشتند که به علت ریزش موی خود احساس جذابیت کمتری می‌کنند و سعی دارند که از حضور در محیط‌های جمعی تا جایی که ممکن است، اجتناب ورزند.

با توجه به جدول ۳، بین مدت زمان ابتلا به ریزش مو با سطح اعتماد به نفس و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد. از طرفی، بین مدت ریزش مو و اضطراب، افسردگی و احساس بدشکلی رابطه‌ی معکوس وجود دارد که می‌تواند نشان دهنده‌ی این باشد که بیماران با گذشت زمان با وضعیت ریزش موی خود سازگاری می‌یابند و پذیرش آن‌ها نسبت به مشکلشان بیشتر می‌شود. اما این نتایج ممکن است به سبب حضور متغیرهای مخدوشگر هم به دست آمده باشد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Cash و همکاران مشابهت داشت. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که در زنان مبتلا به Androgenetic alopecia ریزش مو اثرات روانی قابل توجهی ایجاد کرده است. این افراد احساس درماندگی و کاهش جذابیت می‌کردند و نگرانی و اشتغال ذهنی زیادی در مورد ریزش موی خود داشتند (۸).

متغیرهای سن، جنس و تأهل، باز هم از لحاظ احساس بدشکلی تفاوت بین دو گروه مورد و شاهد معنی‌دار بود.

همبستگی بین مدت ریزش مو و هر یک از عوامل سلامت روان نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی ارتباط بین ریزش مو و حضور اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، کیفیت پایین زندگی و احساس بدشکلی بود.

میزان احساس بدشکلی به طور بارزی در گروه بیمار بیشتر از گروه شاهد بود. در حالی که نمرات اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

این بدین معنی است که در افراد مبتلا به ریزش مو، میزان احساس بدشکلی بیشتر است و این مسأله می‌تواند در میزان حضور افراد در اجتماع و برخوردهای اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی BIDQ نیز این مطلب تأیید می‌شود. بسیاری از افراد

جدول ۳. ضریب همبستگی متغیرهای کیفیت کلی زندگی، اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و احساس بدشکلی با مدت زمان ریزش مو

P-value	گروه شاهد	گروه مورد	متغیر
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۹۳۰	۲۳/۵ \pm ۴/۵	۲۲/۴ \pm ۳/۹	نمره‌ی اعتماد به نفس
۰/۱۶۰	۵/۹ \pm ۳/۰	۶/۶ \pm ۳/۴	نمره‌ی اضطراب
۰/۹۴۰	۷/۹ \pm ۳/۸	۷/۸ \pm ۴/۳	نمره‌ی افسردگی
۰/۲۳۰	۶۰/۱ \pm ۱۰/۱	۶۱/۷ \pm ۱۰/۳	نمره‌ی کیفیت زندگی
۰/۰۰۱ >	۲/۳ \pm ۰/۴	۴/۵ \pm ۰/۵	نمره‌ی احساس بدشکلی

مو با اضطراب و افسردگی به دست نیامد و شیوع افسردگی و اضطراب در هر دو گروه به هم نزدیک بود. شاید به سبب این که عوامل مولد افسردگی و اضطراب در جامعه‌ی ایرانی بیشتر و متعددتر هستند و به عنوان عامل مخدوشگر عمل کرده‌اند.

در مطالعه‌ی Wells، افراد مبتلا به ریزش مو اعتماد به نفس پایین‌تر، افسردگی بیشتر، حالت‌های عصبی بیشتر و احساس کاهش جذابیت بیشتر داشتند (۶). در حالی که در مطالعه‌ی حاضر ارتباط معنی‌داری بین ریزش مو و کاهش اعتماد به نفس به دست نیامد. شاید به این دلیل که مطالعه‌ی حاضر هر دو جنس را بررسی نمود. از طرفی، میانگین سنی افراد در این مطالعه به نسبت بالا (حدود ۳۰ سال) بود. شاید اگر بررسی در افراد جوان‌تر صورت گیرد، بین ریزش مو و کاهش اعتماد به نفس ارتباط وجود داشته باشد.

در نهایت، در مطالعه‌ی حاضر با توجه به این که میزان اعتماد به نفس و سطح کیفیت زندگی در افراد مبتلا به ریزش مو بالا است و با افراد عادی تفاوت چندانی ندارد؛ به نظر می‌رسد که ریزش مو عامل چندان مهمی در سلامت روان نمی‌باشد.

از طرفی پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی این متغیرها به تفکیک جنسیت و تأهل بررسی شوند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، می‌توان گفت که بین ریزش مو و احساس بدشکلی ارتباط وجود دارد و درمان‌های مؤثرتر ریزش مو می‌تواند در کاهش این اختلال و بهبود روابط اجتماعی و به دنبال آن، کیفیت زندگی افراد مبتلا به ریزش مو کمک کننده باشد.

در مطالعه‌ی دیگر Cash در گروهی از مردان مبتلا به Androgenetic alopecia، اکثر این مردان ریزش موی خود را به عنوان یک عامل استرس‌زا در زندگی قلمداد می‌کردند. علاوه بر این، توجه بیش از اندازه و اشتغال ذهنی مداوم در مورد ریزش موی خود در حال حاضر و پیشرفت آن در آینده داشتند و احساس کاهش جذابیت می‌کردند (۹).

در مطالعه‌ی Eckert (۲)، زنان مبتلا به ریزش موی منتشر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۰ درصد این افراد، از مشکلات شدید زناشویی و افسردگی رنج می‌برند. نتایج مطالعه‌ی حاضر با این مطالعه همخوانی نداشت. شاید به این دلیل که Eckert زنان متأهل را مورد بررسی قرار داد و احتمال می‌رود مشکلات روانی در افراد متأهل، بیشتر از افراد مجرد باشد.

در مطالعه‌ی van der Donk و همکاران، زنان مبتلا به Androgenetic alopecia ناسازگاری اجتماعی، خشکی در رفتار، آسیب‌پذیری و ناسازگاری روانی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر از خود نشان دادند (۷).

مطالعه‌ی حاضر موارد فوق را مورد بررسی قرار نداده است. شاید اگر در مطالعات بعدی به بررسی این موارد با استفاده از پرسش‌نامه‌های مناسب پرداخته شود، بین ریزش مو و این موارد ارتباط یافت شود.

در مطالعه‌ی Colon و همکاران در ۳۱ بیمار مبتلا به Alopecia areata، ۳۹ درصد این افراد مبتلا به افسردگی و ۳۹ درصد مبتلا به اختلال اضطرابی بودند (۱۰).

در مطالعه‌ی حاضر ارتباط معنی‌داری بین ریزش

References

1. Cash TF. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clin Dermatol* 2001; 19(2): 161-6.
2. van der Donk J, Hunfeld JA, Passchier J, Knecht-Junk KJ, Nieboer C. Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetica. *Soc Sci Med* 1994; 38(1): 159-63.
3. James WD. *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. 10th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2006.
4. Habif TP, Campbell JL, Chapman MS, Dinulos JG. *Skin disease: diagnosis and treatment*. Philadelphia, PA: C V Mosby Company; 2005.
5. Sinclair R, Dawber PR. *Handbook of diseases of the hair and scalp*. New Jersey, NJ: Wiley; 1999.
6. Grimalt R. Psychological aspects of hair disease. *J Cosmet Dermatol* 2005; 4(2): 142-7.
7. van der Donk J, Passchier J, Knecht-Junk C, van der Wegen-Keijser MH, Nieboer C, Stolz E, et al. Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a controlled study. *Br J Dermatol* 1991; 125(3): 248-52.
8. Cash TF, Price VH, Savin RC. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: comparisons with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29(4): 568-75.
9. Cash TF. The psychological effects of androgenetic alopecia in men. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(6): 926-31.
10. 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.
11. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 14.
12. Gana K, Alaphilippe D, Bailly N. Factorial Structure of the French Version of the Rosenberg Self-Esteem Scale Among the Elderly. *International Journal of Testing* 2005; 5(2): 169-76.
13. Mazloomi Mahmoodabad S, Mehri A, Morowatisharifabad M. The Relationship of Health Behavior with Self-esteem and Self-efficacy in Students of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences. *Strides Dev Med Educ* 2007; 3(2): 111-7. [In Persian].
14. Masaeli N, Atari A, Moulavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *Koomesh* 2010; 11(4): 263-70. [In Persian].
15. 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. [In Persian].