

شیوع افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه کننده به یک درمانگاه مرجع پوست در شهر یزد: مطالعه‌ای مقطعی

زمینه و هدف: ریزش مو یکی از بیماری‌های شایع مزمن پوستی می‌باشد که شیوع و بروز فراوانی دارد. ریزش مو تأثیر منفی در وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و فعالیت‌های روزمره‌ی افراد مبتلا دارد به همین دلیل، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه کننده به درمانگاه شهید صدوقی یزد انجام شد.

روش اجرا: این مطالعه‌ی مقطعی در بهار سال ۱۳۹۴ بر روی ۵۴ نفر از زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه کننده به درمانگاه شهید صدوقی یزد انجام شد. جهت سنجش افسردگی از پرسش‌نامه‌ی Beck استفاده و سپس داده‌ها با استفاده از نسخه‌ی ۱۸ نرم‌افزار PASW (IBM Corp., Armonk, NY, USA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی افسردگی شرکت کنندگان در این مطالعه 16.1 ± 13.5 بود. این مطالعه نشان داد که ۶۷٪ افراد مراجعه کننده از درجاتی از افسردگی رنج می‌بردند. گرچه فراوانی افسردگی برحسب تحصیلات متفاوت بود ولی این اختلاف معنی‌دار نشد ($P < 0.05$). فراوانی افسردگی برحسب سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی بیماری قبلی و مصرف دارو و هم‌چنین نوع ریزش مو اختلاف معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو فراوانی بالایی دارد. از آنجایی که زیبایی برای زنان بسیار مهم است و عدم احساس زیبایی و جذابیت در آنان باعث کاهش روابط اجتماعی و به دنبال آن افسردگی می‌شود، بنابراین درمان مناسب ریزش مو می‌تواند باعث بهبود ارتباطات اجتماعی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود.

کلیدواژه‌ها: فراوانی، ریزش مو، افسردگی، ریزش مو با الگوی زنانه، تلوزن افلوویوم

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۹

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۵، دوره‌ی ۷ (۱): ۲۳-۱۷

دکتر محمد ابراهیم زاده اردکانی^۱
دکتر قاسم دستجردی^۲
دکتر فاطمه صحرایی^۲
دکتر پروانه دهقان هراتی^۲

۱. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر محمد ابراهیم زاده اردکانی

یزد، چهارراه معلم، بیمارستان سوانح و سوختگی، بخش پوست
پست الکترونیک:

mohammad110eb@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

تحت تأثیر قرار می‌دهد و در هر سنی از دوران شیرخوارگی تا کهولت دیده می‌شود ولی آغاز آن اغلب در سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی است و در سن ۳۰ تا ۵۰ سالگی شایع‌تر می‌باشد^{۱،۲}. این بیماری تحت تأثیر عوامل ژنتیکی و هم‌چنین عوامل برانگیزنده‌ای هم‌چون استرس قرار دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که آلوپسی می‌تواند با اختلالات اضطرابی، افسردگی و ترس از جامعه همراه باشد و شیوع این اختلالات به‌طور معنی‌داری در این‌گونه افراد بالاتر است^۳. مو به‌ویژه موی سر بیش از آنکه از نظر بیولوژیک اهمیت

ریزش مو (alopecia) از بیماری‌های شایع پوستی است که شیوع و بروز زیادی دارد و علی‌رغم درمان‌های نوین، هنوز درمان قطعی برای آن یافت نشده است. ریزش مو به فقدان موهای سر یا بدن به علل مختلف و با فنوتیپ‌های مختلف اشاره دارد. ریزش مو می‌تواند اولیه یا ثانویه به سایر بیماری‌ها باشد. تا از دست‌دادن یکصد عدد تار مو در روز طبیعی تلقی می‌شود^۱. ریزش مو، زنان و مردان از هر نژادی را به‌طور یکسان

داشته باشد دارای اهمیت روان‌شناختی و اجتماعی است. موی سر می‌تواند یک مشخصه‌ی اجتماعی از جنس، سن، ارزش‌ها و حتی عضویت‌های گروهی باشد و فراتر از معنای اجتماعی، مو نقش مهمی در هویت و تصور فرد از بدن خود دارد.^۳ موی سر هم‌چنین نقش مهمی در جذابیت فیزیکی دارد و عامل مهمی در روابط بین فردی محسوب می‌شود. مطالعات اخیر نشان داده است که ۷۴٪ بیماران مبتلا به آلوپسی حدافل یک تشخیص روان‌پزشکی در طول زندگی خود داشته‌اند^۳. بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که ازدست‌دادن مزمن موها بر کیفیت زندگی به‌طور جدی اثر می‌گذارد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها کاهش اعتمادبه‌نفس می‌باشد.^۴ شدت ریزش مو یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی پریشانی‌های روانی است. افرادی که دارای ریزش موی شدید هستند، احتمالاً تجارب پریشان‌کننده‌ی روانی بیشتری خواهند داشت. بیشتر تحقیقات و مطالعات نیز بیان می‌کنند که اضطراب و افسردگی در بین این افراد بسیار بالا بوده و علاوه‌بر آن این بیماران دارای عزت‌نفس پایین‌تر، کیفیت زندگی و تصویر بدنی ضعیف‌تری می‌باشند^۵، لذا به‌دلیل اهمیت این موضوع مطالعه حاضر قصد دارد تا میزان افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید صدوقی یزد را مورد بررسی قرار دهد.

روش اجرا

این مطالعه‌ی مقطعی در بهار ۱۳۹۴ روی زنان مبتلا به ریزش مو مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید صدوقی یزد با هدف تعیین فراوانی افسردگی در گروه موردنظر انجام شد. پنجاه و چهار (۵۴) نفر از بیماران با شکایت ریزش مو و بعد از معاینه توسط متخصص پوست و تأیید ریزش مو و علت آن وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه قبلی انجام گرفت. در ابتدا هدف از انجام مطالعه به کلیه‌ی افراد توضیح داده شد و رضایت‌نامه‌ی کتبی جهت

شرکت در مطالعه اخذ شد. کسانی که دارای سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی ثابت‌شده یا تحت درمان زیرنظر روان‌پزشک بودند و کسانی که داروهای ایجادکننده‌ی عوارض روان‌پزشکی مانند اسیترتین (acitretin) و داروهای ایجادکننده‌ی ریزش مو مانند داروهای شیمی‌درمانی، والپروات سدیم و پروپرانول استفاده می‌کردند، افرادی که از مواد مخدر و روانگردان استفاده می‌کردند و هم‌چنین کسانی که پاسخ‌های قابل اعتماد نمی‌دادند، در مطالعه داخل نشدند. مبتلایان به آلوپسی آره‌آتا (alopecia areata) نیز به‌دلیل نقش تنش روانی (stress) در ایجاد آن داخل مطالعه نشدند.

جهت تعیین افسردگی از پرسش‌نامه‌ی Beck که شامل ۲۱ سؤال بود استفاده شد. پرسش‌نامه توسط بیماران تکمیل شد. به هر سؤال از ۰ تا ۳ نمره تعلق گرفت و جمع نمرات از ۰ تا ۶۳ متغیر بود. براساس نمرات:

A: ۱-۱۰: عدم وجود افسردگی

B: ۱۱-۱۶: افسردگی خفیف

C: ۱۷-۳۰: افسردگی متوسط

D: ۳۱-۴۰: افسردگی شدید

E: بیش از ۴۰ افسردگی بسیارشدید

درنظر گرفته شد. اثرگذاری عواملی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی بیماری و سابقه‌ی مصرف دارو نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نسخه‌ی ۱۸ نرم‌افزار (PASW (IBM Corp., Armonk, NY, USA) و آزمون دقیق Fisher استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد کل بیمارانی که با شکایت ریزش مو در بهار ۱۳۹۴ به درمانگاه شهید صدوقی یزد مراجعه کرده بودند ۶۰ مورد بود که با توجه به معیارهای واردنشدن به مطالعه، ۵۴ نفر از بیماران مورد بررسی قرار گرفتند. ۹ نفر (۱۶٪) از بیماران مجرد و بقیه (۴۵ نفر،

جدول ۲: مقایسه‌ی توزیع فراوانی شدت افسردگی برحسب تحصیلات در بیماران ($P=0.052$)

جمع	افسردگی افسردگی افسردگی طبیعی			
	شدید	متوسط	خفیف	طبیعی
دیپلم و زیردیپلم	۶	۱۳	۶	۹
	۱۷.۶٪	۳۸.۲٪	۱۷.۶٪	۲۶.۵٪
فوق دیپلم و بالاتر	۰	۴	۷	۹
	۰٪	۲۰٪	۳۵٪	۴۵٪

بیشترین فراوانی با ۳۴ نفر (۶۳/۰٪) شرکت‌کنندگان دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر و هم‌چنین بیشترین شغل خانه‌داری با ۳۸ نفر (۷۰/۴٪) بود. فراوانی افسردگی برحسب وضعیت تأهل در زنان مبتلا به ریزش مو تفاوتی نداشت ($P=0.187$).

براساس جدول ۲ و آزمون دقیق Fisher به عمل آمده، $P=0.052$ به دست آمد که این اختلاف بسیار نزدیک به معنی‌دار شدن بوده و بر این موضع دلالت دارد که در افراد با تحصیلات بالاتر فراوانی افسردگی کمتر بوده است.

در زنان مبتلا به ریزش مو اختلاف معنی‌داری بین نمره‌ی افسردگی و شغل بیمار وجود ندارد ($P=0.417$). هم‌چنین، اختلاف معنی‌داری بین نمره‌ی افسردگی و سابقه‌ی مصرف دارو در زنان مبتلا به ریزش مو وجود ندارد ($P=0.142$).

همان‌گونه که در جدول ۳ نمایش داده شده است اختلاف معنی‌داری بین نمره‌ی افسردگی برحسب نوع ریزش مو وجود نداشت ($P=0.734$).

بحث

در این مطالعه میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی افسردگی 13.5 ± 16.1 به دست آمد و از بین ۵۴ نفر که وارد مطالعه شدند ۱۸ نفر (۳۳/۳٪) افسردگی نداشتند، ۱۳ نفر (۲۴/۱٪) افسردگی خفیف و ۱۷ نفر (۳۱/۵٪) علائم افسردگی با شدت متوسط داشتند و تنها ۶ نفر از آن‌ها (۱۱/۱٪) دچار افسردگی با شدت بالا بودند.

جدول ۱: تعیین توزیع فراوانی وضعیت افسردگی در خانم‌های با ریزش مو

وضعیت افسردگی	فراوانی	درصد
A: عدم افسردگی	۱۸	۳۳/۳٪
B: افسردگی خفیف	۱۳	۲۴/۱٪
C: افسردگی متوسط	۱۷	۳۱/۵٪
D: افسردگی شدید	۶	۱۱/۱٪
کل	۵۴	۱۰۰٪

(۸۳/۳٪) متأهل بودند. سی و چهار نفر از بیماران (۶۳٪) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند و تعداد افراد با تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر ۲۰ نفر (۳۷٪) بود. هم‌چنین در این مطالعه بیماران براساس شغل به ۴ گروه خانه‌دار، محصل (دانش‌آموز و دانشجو)، کارمند و شغل آزاد تقسیم شدند که در گروه اول ۳۸ نفر (۷۰/۴٪)، در گروه دوم ۶ نفر (۱۱/۱٪)، در گروه سوم ۷ نفر (۱۳٪) و نهایتاً در گروه چهارم ۳ نفر (۵/۶٪) قرار گرفتند. بیماران برحسب نوع ریزش مو به دو گروه تقسیم شدند: ۳۱ نفر (۵۷/۴٪) دچار تلوزن افلوویوم بودند و ۲۳ نفر (۴۲/۶٪) ریزش مو از نوع آندروژنتیک داشتند.

فراوانی افسردگی در جدول ۱ گزارش شده است. بیشترین فراوانی، ۱۷ مورد (۲۴/۱٪) افسردگی در کسانی بود که افسردگی متوسط داشتند.

در بین بیماران ۴۴ نفر (۸۱/۵٪) سابقه‌ی بیماری دیگری نداشتند و ۱۰ نفر (۱۸/۵٪) سابقه‌ی بیماری را ذکر کردند. هم‌چنین ۷ نفر (۱۲/۹٪) سابقه‌ی مصرف دارو و ۴۷ نفر (۸۷/۰٪) سابقه‌ی مصرف دارو نداشتند.

میانگین \pm نمره‌ی افسردگی در این مطالعه 13.5 ± 16.1 بود. هم‌چنین میانگین سنی در این مطالعه ۳۰/۹ سال و میانگین سنی در بیماران بدون افسردگی ۳۲/۳ سال، در افراد با شدت خفیف افسردگی ۳۰/۱ سال، با افسردگی متوسط ۳۰/۱ سال و در افراد با بالاترین شدت افسردگی ۳۰/۸ سال بود. در رابطه با وضعیت تحصیلی و شغلی، به ترتیب

جدول ۳: مقایسه‌ی توزیع فراوانی شدت افسردگی برحسب نوع ریزش مو در بیماران ($P=۰/۷۳۴$)

نوع ریزش مو	طبیعی	افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید	جمع
تلوژن	۱۰	۶	۱۱	۴	۳۱
افلوویوم	۳۲/۳٪	۱۹/۴٪	۳۵/۵٪	۱۲/۹٪	۱۰۰٪
آلپسی	۸	۷	۶	۲	۲۳
آندروژنتیک	۳۴/۸٪	۳۰/۴٪	۲۶/۱٪	۸/۷٪	۱۰۰٪

مطالعات انجام شده نیز شیوع بالای اختلالات روانی از جمله افسردگی را در بیمارانی که دچار ریزش مو بودند نشان داده و بر این مهم دلالت دارند که اضطراب، افسردگی و اختلالات خلقی در این بیماران بیشتر از سایر مردم می‌باشد^{۶-۱۲}. براساس این مطالعات شیوع اضطراب و افسردگی به خصوص از نوع شدید آن در زنان مبتلا به ریزش مو بیشتر از مردان می‌باشد^۹. اختلالات روان‌پزشکی در افراد مبتلا به ریزش مو نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است. این افراد خطر بالاتری برای اپیزودهای افسردگی، اختلالات اضطرابی، پارانوئیدی و هم‌چنین انزوا در جامعه دارند. ریزش مو در زنان اثرات جدی بر روی اعتماد به نفس آن‌ها دارد. این اثرات روان‌پزشکی مختص زنان نمی‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط Hunt مشاهده شده است که اشتغال ذهنی و تنش روانی در مردان مبتلا به ریزش مو، به خصوص در افراد مجرد و با ریزش موی شدیدتر، با شیوع بیشتری همراه است^{۶-۱۲}. در مطالعه‌ای که توسط ادیبی و همکاران^{۱۳} انجام شد فراوانی افسردگی در افراد مبتلا به ریزش مو (زنان و مردان) ۶/۲۹٪ بوده است که در مقایسه با گروه شاهد با ۵/۲۶٪ تفاوت آشکاری نداشته است و بین دو گروه زنان و مردان تفاوتی وجود نداشت.

شیوع افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو در جوامع مختلف متفاوت است. در مطالعه‌ی حاضر ۶/۷٪ افراد مراجعه‌کننده دچار درجاتی از افسردگی می‌باشند که فراوانی زیادی است.

مهم‌ترین محدودیت مطالعه‌ی حاضر وجود نداشتن گروه شاهد جهت مقایسه است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۳ در شهر یزد انجام شد شیوع افسردگی در جمعیت عادی ۳/۷٪ بوده است و این تفاوت نشان‌دهنده‌ی اثر قابل توجه ریزش مو در بروز افسردگی در افراد مبتلا می‌باشد. متفاوت بودن جامعه‌ی مورد بررسی از لحاظ سن، جنس و سایر عوامل نیز در این اختلاف تأثیرگذار است. نتایج مشابه این بررسی در مطالعه‌ی صفا و همکاران است که روی بیماران مبتلا به آلپسی آره‌آتا انجام شده است دیده شد. در این بیماران افسردگی قابل توجه ناشی از ریزش مو وجود داشته است^۸. در مطالعه‌ای که توسط Schmitt و همکاران روی زنان مبتلا به ریزش مو انجام شد، فراوانی افسردگی ۲/۹٪ گزارش شد که این عدد نسبت به جامعه‌ی برزیل بالا می‌باشد و سن متوسط افراد در این مطالعه ۵۱ سالگی بوده است^۷ در حالی که در مطالعه‌ی حاضر میانگین سنی ۳۰/۹ سالگی بوده است. متفاوت بودن جامعه‌ی مورد بررسی، فرهنگ جامعه، سن افراد و سایر عوامل مؤثر در بروز و ایجاد افسردگی می‌تواند دلیل فراوانی بالای افسردگی در زنان مورد بررسی در مطالعه‌ی ما باشد. علاوه بر ریزش مو، سایر بیماری‌های پوستی مانند اکنه، پسوریازیس، ویتیلیگو و آلپسی‌های منتشر نیز می‌تواند باعث افسردگی در فرد مبتلا شود. نتایج نشان داد که ارتباط تنگاتنگی بین بیماری‌های پوستی و عوامل روان‌شناختی وجود دارد بنابراین تشخیص زودرس اهمیت ویژه‌ای دارد. در مطالعه‌ی صفا و همکاران^۸ میانگین سنی در افراد بدون افسردگی ۳۲/۳ سال و در افرادی که علائم افسردگی داشتند حدود ۳۰ سال بود. در مطالعه‌ی Schmitt و همکاران میانگین سن بیماران مبتلا به افسردگی ۵۱ سالگی بود. در این مطالعه سن بر فراوانی افسردگی اثر قابل توجهی داشت در حالی که در مطالعه‌ی حاضر، سن تأثیری بر فراوانی افسردگی نداشت که این تفاوت می‌تواند ناشی از میانگین سنی

ریزش مو تأثیر بگذارد^{۱۴}. بخشی از اثربخشی مداخله که به جزء رفتاری مربوط می‌باشد با توجه به آموزش شیوه‌هایی برای کاهش استرس و بهبود روابط اجتماعی که در نتیجه آن عملکرد فرد بهبود می‌یابد قابل تبیین می‌باشد و در نتیجه می‌توان بیان کرد که اضطراب و استرس فرد از جهتی عامل مؤثری در تشدید علائم است و از جهت دیگر بر طبق دور باطلی که ایجاد می‌کند باعث افزایش افکار ناکارآمد و در نتیجه افسردگی متعاقب آن می‌شود^{۱۴}. نتایج مطالعه‌ی حاضر شباهت زیادی با مطالعاتی که روی آلپوسی آره‌آتا انجام شده دارد. مطالعه‌ی نشاط‌دوست و همکاران، مطالعه‌ی Willemssen و همکاران^{۲۱} و هم‌چنین مطالعه‌ی Teshima و همکاران^{۲۲} گزارش دادند از آنجایی که استرس روانی، افسردگی و ناهنجاری‌های وابسته به سیستم ایمنی به‌عنوان دلایل آلپوسی و ریزش مو می‌باشد، می‌توان با رفتار درمانی وضعیت روانی افراد مبتلا به ریزش مو را بهبود بخشید. نتایج این مطالعه نشان داد افسردگی در زنان مبتلا به ریزش مو شایع است و از آنجایی که زیبایی در زنان مهم بوده و عدم احساس زیبایی و جذابیت در زنان باعث کاهش روابط اجتماعی و به‌دنبال آن افسردگی آن‌ها می‌شود، توجه به بیماری و درمان مؤثر ریزش مو می‌تواند در کاهش این اختلال و بهبود روابط اجتماعی و به‌دنبال آن کیفیت زندگی این بیماران کمک‌کننده باشد.

بالتر در مطالعه‌ی ذکر شده باشد. از آنجایی که افزایش سن کاهش عملکرد و حضور کم‌رنگ در جامعه را به‌دنبال دارد و اغلب با ناتوانی‌های جسمی همراه است، خود عاملی بر بالابردن فراوانی افسردگی می‌باشد^۷. در مطالعه‌ی نشاط‌دوست و همکاران^{۱۴} گزارش شده که درمان شناختی و رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است و به‌طور کلی نقش عوامل روانی در آسیب‌شناسی آلپوسی^{۱۷-۱۵} و نیاز به انجام درمان‌های روان‌شناختی در پژوهش‌های متعدد به‌وضوح تأکید شده است^{۱۸-۲۰}. در مطالعه‌ی نشاط‌دوست و همکاران^{۱۴} بیان گردید که بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران آلپوسی شاخص‌های کیفیت زندگی از جمله علائم بیماری، وضعیت خلقی و هیجانی، عملکرد و روابط اجتماعی به‌علت بیماری و مشکلات ناشی از آن افت شدید پیدا کرده است، از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال‌شدن این افکار نه‌تنها باعث تمرکز فرد بر روی ظاهر خود، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود بلکه موجب افزایش تنش روانی فرد نیز می‌گردد که خود می‌تواند روی چرخه رشد و ریزش مو تأثیر بگذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرطبیعی با تأثیر بر روی هر دو جنبه می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی بیمار مبتلا به

References

1. Bedocs LA, Bruckner AL. Adolescent hair loss. *Curr Opin Pediatr* 2008;20: 431-5.
2. Rushton D. Nutritional factors and hair loss. *Clin Exp Dermatol* 2002;27: 396-404.
3. Cash TF. The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clin Dermatol* 2001;19:161-6.
4. van der Donk J. Psychosocial aspects of androgenetic alopecia: Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam; 1992. Doctoral Thesis. Available at: Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/40224>
5. Poot F. Psychological consequences of chronic hair diseases. *Revue Medicale de Bruxelles* 2004;25: A286-8.

6. Grimalt R. Psychological aspects of hair disease. *J Cosmetic Dermatol* 2005;4:142-7.
7. Schmitt JV, Ribeiro CF, Souza FHdMd, et al. [Hair loss perception and symptoms of depression in female outpatients attending a general dermatology clinic]. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2012;87:412-7. [Portuguese]
8. Safa M, Jebraieli R, Momennasab M. [Prevalence of depression and anxiety in patients with alopecia]. *Journal of Lorestan University of Medical Sciences* 2007;9(4):33-7.[Persian]
9. Ruiz-Doblado S, Carrizosa A, Garcia Hernandez MJ. Alopecia areata psychiatric comorbidity and adjustment to illness. *Int J Dermatol* 2003;42:434-7.
10. Colón EA, Popkin MK, Callies AL, et al. Life time prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. *Compr Psychiatry*. 1991; 32:245-51.
11. Garcia Hernandez M, Ruiz Doblado S, Rodri guez Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders. *J Dermatol* 1999;26:625-32.
12. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ* 2005;331:951-3.
13. Adibi N, Akbarzadeh N, Shafiei K, et al. [A comparative study on psychological profile (anxiety, depression, self-esteem, and body dysmorphism) in patients with and without hair loss]. *J Isfahan Med Sch* 2014; 32: 110-9. [Persian]
14. Neshatdoust HT, Nilforoushzadeh MA, Dehghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients's quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12 :125-33.
15. Berker DAR, Messenger AG, Sinclair RD. Disorders of hair. In:Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. (eds.). *Rook's textbook of dermatology*. 7th Ed. Oxford. Oxford. Blackwell Science Publishing, 2004; P.63.1-63.
16. Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Roddriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia areata, stress and psychiatric disorders:a review. *J Dermatol* 1999; 26: 625-32.
17. Giovagholi AR, Meneses RF, Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006; 9: 129-43.
18. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, et al. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific quality-of-life questionnaire. *J Gastroenterol* 2000;95:999- 1007.
19. Schatz M, Mosen D, Kosinski M, et al. The relationship between asthma- specific quality of life and asthma control. *J Asthma* 2007; 44: 391-5.
20. Issa BA, Baiyewu O. Quality of life in patients with diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. *J Hong Kong Psychiatry* 2006;16:27-33.
21. Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A Roseeuw D. Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:233-7.
22. Teshima H, Sogawa H, Mizobe K, et al. Alopecia universalis. *Psychother Psychosom J* 1991;56:235-41.

Depression in women with hair loss in a referral clinic in Yazd, Iran: A cross-sectional study

Mohamad Ebrahimzadeh Ardakani, MD¹
Ghasem Dastjerdi, MD²
Fatemeh Sahraie, MD²
Parvneh Dehqan Harati, MD²

1. Department of Dermatology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Background and Aim: Hair loss is a chronic and frequent dermatological condition. It negatively affects the psychological status, social relationships and daily activities of the patients. The aim of this study was to evaluate the prevalence of depression in women with hair loss in a referral dermatology clinic in Yazd, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted from March 21 to June 21, 2015. Fifty-four women suffering from hair loss referred to the Shahid Sadoughi Dermatology Clinic in Yazd were recruited. Depression was assessed by using the Beck Depression Inventory. Data were analyzed using version 18 of PASW (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and Fisher's exact test was used for comparing proportions in different groups.

Results: The mean \pm standard deviation score of depression was 16.1 ± 13.5 . The study showed that 67% of hair loss patients were experiencing depression. While not statistically significant, frequency of depression seems to be associated with the level of education ($P=0.052$). There was no association between the frequency of depression and age, marital status, previous medical history, or drug use.

Conclusion: This study showed that depression is highly frequent among women with hair loss. Beauty is crucial for most women and feeling the lack of beauty and not being attractive decrease their social interaction. More effective treatment of hair loss may improve depression and community relations, and consequently result in higher quality of life in a hair loss patient.

Keywords: alopecia, hair loss, depression, prevalence

Received: Feb 1, 2016 Accepted: April 17, 2016

Dermatology and Cosmetic 2016; 7 (1): 17-23

Corresponding Author:

Mohamad Ebrahimzadeh Ardakani, MD

Department of Dermatology, Savaneh Hospital, Yazd, Iran
Email: mohammad110eb@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare