

افسردگی و اختلال کیفیت زندگی در بیماران ویتیلیگو

دکتر مهسا قجرزاده^۱
دکتر شهربانو خیرخواه^۲
دکتر مریم غیاثی^۳

۱. مرکز تحقیقات ضایعات نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

زمینه و هدف: ویتیلیگو یکی از بیماری‌های مزمن پوستی است که با لکه‌های بدون رنگ ناشی از از بین رفتن ملانوسیت‌های پوست مشخص می‌شود. ویتیلیگو اختلال فیزیکی زیادی به همراه ندارد، اما مشکلات زیبایی فراوانی را به وجود می‌آورد که با اختلالات روحی و روانی بسیاری برای بیماران همراه است. هدف مطالعه‌ی کنونی بررسی افسردگی و اختلال کیفیت زندگی در بیماران ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ بود.

روش اجرا: از دی ماه ۱۳۸۸ تا دی ماه ۱۳۸۹، از ۱۰۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو که به روش تصادفی ساده از درمانگاه سرپایی بیمارستان رازی انتخاب شده بودند، درخواست شد که به پرسش‌نامه‌های روا و پایایی Beck Depression Inventory، SF-36 و DLQI و Dermatology Life Quality Index (DLQI) پاسخ دهند.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران 28.9 ± 11.5 سال و میانگین زمان ابتلا به بیماری 5.7 ± 5.5 سال بود. میانگین نمره‌ی DLQI، SF-36، Beck Depression Inventory، میانگین بیماران 11.8 ± 15.9 ، 4.4 ± 6.3 و 8.4 ± 6.9 بود. درحالی که ارتباط معنی‌داری بین نمره‌های DLQI و SF-36 و طول مدت بیماری وجود داشت (به ترتیب $r=0.3$ ، $P<0.001$ و $r=0.263$ ، $P=0.01$)، نمره‌های هیچ‌یک از پرسش‌نامه‌ها با سن ارتباطی نداشت.

نتیجه‌گیری: توصیه می‌شود ارزیابی کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو جهت بررسی مشکلات ناشی از بیماری بر زندگی آن‌ها انجام گیرد.

کلیدواژه‌ها: ویتیلیگو، کیفیت زندگی، افسردگی

دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۰۷ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۹/۰۷

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۳۹۰، دوره‌ی ۲ (۴): ۲۰۹-۲۰۳

نویسنده‌ی مسئول:
دکتر مهسا قجرزاده

تهران، انتهای بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، پست الکترونیک:
mahsa_blue719@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

به اختلال خلقی و کیفیت زندگی ناشی از آن نشان نمی‌دهند^{۱-۳}.

متفاوت به نظر رسیدن، خصوصاً در بیماران با لکه‌های قابل‌رویت ممکن است باعث کاهش اعتمادبه‌نفس بیماران شود. در مطالعه‌ی صورت‌گرفته‌ی قبلی، بیش از ۵۰٪ از بیماران ویتیلیگو ایرانی کاهش اعتمادبه‌نفس ناشی از بیماری پوستی خود را بیان کرده بودند^۴. موارد شروع اخیر بیماری ممکن است در دوست‌یابی و برقراری ارتباط با افراد ناشناس به دلیل ترس از برچسب‌خوردن، احساس نگرانی، اضطراب و شرمساری همراه باشد^۵. همچنین این عواقب روانی - اجتماعی

ویتیلیگو یکی از بیماری‌های مزمن پوستی است که با لکه‌های بدون رنگ ناشی از از بین رفتن ملانوسیت‌های پوست مشخص شده و ۰.۵٪ تا ۲٪ جمعیت همه‌ی نژادها را صرف‌نظر از سن و جنس مبتلا می‌سازد، هرچند گزارش شده است که ۵۰٪ موارد ویتیلیگو را جوانان زیر ۲۰ سال تشکیل می‌دهند. ویتیلیگو اختلال فیزیکی زیادی برای بیماران به وجود نمی‌آورد، اما مشکلات زیبایی فراوانی را به وجود می‌آورد و این درحالی است که غالب پزشکان اهمیتی

پرسش‌نامه‌ی SF-36 که از ۳۶ سؤال تشکیل شده، ابزاری است که برای سنجش کیفیت زندگی جمعیت سالم و همچنین افراد مبتلا به بیماری‌های گوناگون به کار می‌رود. نسخه‌ی روا و پایای فارسی این پرسش‌نامه در ارزیابی ما به کار گرفته شد. نمره‌ی بالای این پرسش‌نامه بیانگر اختلال کمتر کیفیت زندگی است.^{۱۱}

BDI متشکل از ۲۱ سؤال است. افراد باید پرسش‌ها را بر پایه‌ی احساسات‌شان طی هفته‌ی گذشته پاسخ دهند. هر سؤال برای سنجش میزان افسردگی افراد از صفر تا ۳ ارزش‌دهی شده است. افراد دارای نمره‌ی صفر تا ۹ افسرده محسوب نمی‌شوند. نمره‌ی بین ۱۰ تا ۱۸ نمایانگر افسردگی خفیف تا متوسط است و نمره‌ی ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره‌ی ۳۰ تا ۶۳ موارد شدید را نشان می‌دهد.^{۱۲}

از تمامی بیماران قبل از ورود به مطالعه فرم رضایت آگاهانه گرفته شد. پروپوزال مطالعه توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شده بود.

اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد نسخه‌ی ۱۳ نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) شد و داده‌ها توصیف و تحلیل شدند. از آزمون‌های آماری ANOVA یک‌طرفه و مربع کای و در موارد نیاز Kruskal-Wallis جهت مقایسه استفاده شد. داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار یا میانه و فاصله‌ی بین چارکی نشان داده شدند.

یافته‌ها

۱۰۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو در این مطالعه‌ی مقطعی شرکت کردند. میانگین سنی بیماران ۲۸/۹ \pm ۱۱/۵ سال (دامنه‌ی ۱۸-۵۸ سال) و میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ۵/۵ \pm ۵/۷ سال بود. ۴۹ نفر بیماران متأهل و ۵۱ نفر آنها مجرد بوده و ۴۰٪ آنها شاغل، ۳۸٪ بیکار و ۲۲٪ دانشجو بودند.

ممکن است پیامد منفی در عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ویتیلیگو به همراه داشته باشد.

انزوای اجتماعی در نتیجه‌ی احساس طردشدن توسط دیگران منجر به افسردگی و در موارد شدید، ممکن است باعث خودکشی این افراد شود.^{۷،۸} از طرف دیگر، مشکلات شغلی مانند از دست دادن شغل یا صرف وقت زیاد برای ملاقات پزشک و درمان، جنبه‌ی اقتصادی زندگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو را متأثر می‌کند.^۹

با توجه به این که ویتیلیگو ظاهر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند مشکلات روحی و روانی زیادی را برای فرد ایجاد کند، مطالعه‌ی کنونی جهت بررسی افسردگی و اختلال کیفیت زندگی در بیماران ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ صورت گرفت.

روش اجرا

از دی ماه ۱۳۸۸ تا دی ماه ۱۳۸۹، از ۱۰۰ بیمار مبتلا به ویتیلیگو معیارهای ورود شامل سن بالاتر از ۱۸ سال و ابتلا به بیماری حداقل به مدت ۶ ماه که با نمونه‌گیری تصادفی ساده (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) از درمانگاه سرپایی بیمارستان رازی انتخاب شده بودند، درخواست شد که به پرسش‌نامه‌های روا و پایای پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (Beck Depression Inventory [BDI])، SF-36 و DLQI (Dermatology Life Quality Index) پاسخ دهند.

DLQI (Dermatology Life Quality Index) که توسط Khan و Finlay^{۱۰} تدوین شده، یک پرسش‌نامه‌ی ۱۰ سؤالی است که بیماران می‌توانند به راحتی در زمان یک یا دو دقیقه به آن پاسخ دهند. نسخه‌ی روا و پایای فارسی این پرسش‌نامه (پس از کسب اجازه از تدوین‌کننده از طریق پست الکترونیک) برای سنجش اثر ویتیلیگو بر کیفیت زندگی در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت.

بیماران با درگیری پا میانگین BDI و DLQI بالاتر و SF-36 پایین‌تری نسبت به بیماران با درگیری نواحی بالاتر در بدن داشتند. بیماران با درگیری صورت نمره‌ی DLQI کمتر و BDI بالاتر نسبت به بیماران با درگیری دست و تنه داشتند (جدول ۴).

بحث

براساس دانسته‌های ما، مطالعه‌ی حاضر اولین مطالعه‌ای است که به بررسی هم‌زمان کیفیت زندگی و افسردگی بیماران ایرانی مبتلا به ویتیلیگو می‌پردازد. مشکلات زیبایی ناشی از ویتیلیگو می‌تواند منجر به اختلالات روحی و افسردگی شود.

مطالعات نشان داده‌اند که ویتیلیگو توسط متخصصین پوست صرفاً یک مشکل زیبایی تلقی می‌شود و متخصصین پوست به جنبه‌های روان‌پزشکی بیماری بی‌توجه‌اند، لذا اغلب بیماران ویتیلیگو حمایت روحی و عاطفی مورد نیاز خود را دریافت نمی‌کنند.^{۱۳}

میانگین نمره‌ی DLQI در مطالعه‌ی ما $۸٫۴ \pm ۶٫۹$ بود. Kent و al Abadie در مطالعه‌ای با ارزیابی ۶۱۴ بیمار انجمن ویتیلیگو انگلستان، میانگین پرسش‌نامه‌ی DLQI آن‌ها را $۴٫۸$ گزارش کردند.^{۱۴}

Parsad و همکاران با بررسی بیماران هندی، میانگین نمره‌ی DLQI بالاتری ($۱۰٫۶۷$) را نسبت به مطالعه‌ی ما گزارش کردند.^{۱۵} بالاتر بودن نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی DLQI در بیماران ما نسبت به بیماران سایر مطالعات، می‌تواند به علت عدم توجه پزشکان ایرانی به جنبه‌های روانی ویتیلیگو و تأثیرات آن بر زندگی افراد باشد.

در مطالعه‌ی ما، اختلال کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بود که یافته‌های مطالعه‌ی Ongena و همکاران را تأیید می‌کند.^{۱۷} از طرف دیگر Kent و al-Abadie عنوان کردند که نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی DLQI تفاوت معناداری بین دو جنس ندارد.^{۱۴}

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی BDI، SF-36 و DLQI بیماران به ترتیب $۱۱٫۸ \pm ۱۵٫۹$ ، $۶۳٫۸ \pm ۱۹٫۴$ و $۸٫۴ \pm ۶٫۹$ بود.

ارتباط معنی‌داری بین نمره‌های پرسش‌نامه‌های DLQI و SF-36 و طول مدت بیماری یافت شد (به ترتیب $r=۰٫۳$ و $P<۰٫۰۰۱$ و $r=۰٫۲۶۳$ و $P=۰٫۰۱$) در حالی که ارتباط معنی‌داری بین نمره‌های DLQI، BDI و SF-36 سن وجود نداشت (جدول ۱ تا ۳).

جدول شماره‌ی ۱: ارتباط سن و مدت زمان بیماری ویتیلیگو با DLQI، SF-36 و BDI.

	BDI	SF-36	DLQI
مدت زمان بیماری	$r=۰٫۰۷$ $P=۰٫۰۸$	$r=-۰٫۲۶۳$ $P=۰٫۰۱$	$r=۰٫۳$ $P<۰٫۰۰۱$
سن	$r=۰٫۰۷$ $P=۰٫۰۴$	$r=-۰٫۱۸$ $P=۰٫۲$	$r=۰٫۱$ $P=۰٫۲$

جدول ۲: توزیع بیماران با درگیری‌های متفاوت پوستی.

نواحی بدن	میزان درگیری	شدید	متوسط	کم	عدم درگیری
صورت	۳٪	۱۴٪	۵۲٪	۳۱٪	
پاها	۵٪	۲۳٪	۳۰٪	۴۲٪	
تنه	۱۱٪	۱۸٪	۳۷٪	۳۴٪	
دستها	۱۰٪	۲۶٪	۳۷٪	۲۷٪	

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات BDI، SF-36 و DLQI در گروه‌های سنی مختلف در ۱۰۰ بیمار ویتیلیگو.

گروه سنی (سال)	نسبی (%) فراوانی	DLQI	SF-36	BDI
≤۲۵	۴۴٫۳	$۷٫۷ \pm ۶٫۰۱$	$۶۷٫۹ \pm ۱۸٫۱$	$۱۵٫۱ \pm ۱۱٫۱$
۲۶ تا ۳۵	۲۷٫۸	$۱۰ \pm ۶٫۶$	$۵۸٫۰ \pm ۱۷٫۲$	$۱۷٫۹ \pm ۱۰٫۸$
۳۶ تا ۴۵	۱۷٫۵	$۹٫۸ \pm ۹٫۱$	$۶۳٫۰ \pm ۲۱٫۵$	$۱۵٫۲ \pm ۱۴٫۰$
۴۶ تا ۵۵	۸٫۲	$۷٫۷ \pm ۶٫۳$	$۶۴٫۳ \pm ۲۲٫۴$	$۱۹٫۸ \pm ۱۳٫۷$
۵۶ تا ۶۵	۲٫۱	$۹٫۸ \pm ۷٫۰$	$۵۰٫۹ \pm ۵۰٫۸$	$۱۶٫۲ \pm ۱۱٫۵$

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پرسش‌نامه‌های BDI، SF-36 و DLQI برحسب شدت درگیری قسمت‌های مختلف بدن.

محل و میزان درگیری	شدید	متوسط	کم	عدم درگیری	P value
BDI	۱۷/±۱۵/۰۹	۲۵/۷±۱۴/۲	۱۵/۰۵±۱۱/۰۶	۱۲/۷±۹/۷	۰/۰۰۵
SF-36	۶۵/۵±۲۹/۹	۵۶/۳±۲۲/۳	۶۴/۱±۱۸/۰۹	۶۶/۵±۱۹/۶	۰/۴
DLQI	۱۴/۳±۸/۰۲	۱۲/۴±۶/۰۷	۷/۷±۶/۷	۷/۳±۶/۹	۰/۰۴
BDI	۱۷/۵±۱۲/۹	۱۶/۵±۱۱/۴	۱۵/۸±۱۱/۱	۱۴/۷±۱۳/۲	۰/۹
SF-36	۵۹/±۲۱/۸	۶۱/۸±۱۸/۹	۶۴/۱±۱۸/۲	۶۷/۱±۲۱/۲	۰/۶
DLQI	۸/۰۹±۱۳/۲	۱۰/۵±۷	۷/۵±۵/۴	۷/۲±۶	۰/۰۱
BDI	۲۲/۱±۱۲/۷	۲۰/۹±۱۳/۴	۱۳/۳±۸/۴	۱۴/۰۲±۱۲/۸	۰/۰۲
SF-36	۶۰/۳±۱۹/۸	۵۹/۲±۲۲/۳	۶۴/۶±۱۸/۰۳	۶۶/۵±۱۹/۶	۰/۵
DLQI	۱۵/۲±۷/۲	۱۱/۴±۶/۳	۷/۰۸±۶/۰۷	۶/۳±۶/۱	<۰/۰۰۱
BDI	۱۶/۴±۱۱/۱	۱۹/۸±۱۱/۹	۱۷/۳۷±۱۰/۲	۱۲/۶±۱۲/۲	۰/۱
SF-36	۶۲/۱±۱۸/۷	۵۴/۴±۱۸/۶	۵۲/۹±۱۸/۰۹	۶۹/۸±۱۹/۴	۰/۰۲
DLQI	۱۹/۶±۶/۵	۱۰±۶/۵	۹/۵±۶/۳	۵/۸±۵/۵	<۰/۰۰۱

همکاران دریافته بودند که طول مدت بیماری ارتباطی با نمره‌ی DLQI ندارد.^{۱۷}

۶۲٪ بیماران ما از نظر اجتماعی فعال بودند (شاغل یا دانشجو) که مطابق با یافته‌های Ongenae است.^{۱۷} در مطالعه‌ی آن‌ها ۶۳/۳۵٪ بیماران از نظر اجتماعی فعال بودند و ۲۴ نفر از ۱۰۱ نفر تنها زندگی می‌کردند؛ درحالی که در مطالعه‌ی ما ۵۱٪ مجرد بودند.

بیشترین و کمترین نواحی مبتلا در بیماران ما دست و پا بود درحالی که در مطالعه‌ی Ongenae دست و تنه بود.^{۱۷}

انتظار می‌رود ابتلای مناطقی از پوست که در معرض دید هستند مانند دست و صورت بیش از نواحی مخفی مانند تنه کیفیت زندگی را مختل کند اما در مطالعه‌ی ما، بیماران با درگیری پا میانگین BDI و DLQI بالاتر و SF-36 پایین‌تری از بیماران با درگیری نواحی بالاتر در بدن داشتند. بیماران با

در یک نمونه‌ی ۷۷ تایی از بیماران ایرانی مبتلا به ویتیلیگو، زنان نمره‌ی DLQI بالاتری داشتند و اختلال فعالیت‌های اجتماعی و جنسی بیشتری را نیز بیان کرده بودند.^۴

یافته‌های ما نشان می‌دهد که زنان مبتلا به ویتیلیگو بیش از مردان از اختلالات خلقی مانند افسردگی رنج می‌برند (۷۰٪ در برابر ۶۰٪) که مشابه یافته‌های مطالعه‌ی Sampogna است.^{۱۶} این یافته می‌تواند به علت اهمیت بیشتر ظاهر و چهره برای زنان نسبت به مردان باشد.

متوسط سن شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۱/۵ ± ۲۸/۹ سال و میانگین طول مدت بیماری ۵/۵ ± ۵/۷ سال بود که ارتباط معنی‌داری با نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی DLQI داشت. این یافته‌ها برخلاف یافته‌های قبلی است که غالب بیماران ویتیلیگو را در سنین کمتر از ۲۰ معرفی کرده بود؛ ضمناً Ongenae و

بیماران باشد.^۷ Papadopoulos نشان داد که مشاوره می‌تواند به بهبود تصویر ذهنی، اعتماد به نفس و کیفیت زندگی بیماران ویتیلیگو و تغییر سیر بیماری منجر شود.^{۱۹}

ارزیابی کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو جهت بررسی مشکلات ناشی از بیماری بر زندگی فرد باید مدنظر باشد.

درگیری صورت نمره‌ی DLQI کمتر و BDI بالاتر از بیماران با درگیری دست و تنه داشتند. ظاهر پوست به درک شخص از خود کمک می‌کند و هر تغییر آسیب‌شناختی منجر به عواقب روان‌پزشکی می‌شود.^{۱۸} ما نیز دریافتیم که افراد با نمرات BDI بالاتر (افسردگی شدیدتر)، کیفیت زندگی نامطلوب‌تری دارند ($r=0.3$ و $P<0.001$). علت این یافته می‌تواند ناشی از تصویر ذهنی بد و طرد اجتماعی و عدم حمایت از این

References

1. Taieb A, Picardo M. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment Cell Res* 2007; 20: 27-35.
2. Whitton ME, Ashcroft DM, Barrett CW, Gonzalez U. Interventions for vitiligo. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1:CD003263.
3. Porter JR, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders. A study of patients with vitiligo. *General Hosp Psychiatry* 1979; 1: 73-7.
4. Firooz A, Bouzari N, Fallah A, Dowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition. *Int J Dermatol* 2004; 43: 811-4.
5. Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with normal subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15: 220-4.
6. Hautmann G, Panconesi E. Vitiligo: a psychologically influenced and influencing disease. *Clin Dermatol* 1997; 15: 879-90.
7. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, et al. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002, 16: 573-8.
8. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997, 137: 246-50.
9. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual of Life Outcomes* 2003; 1:58.
10. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, et al. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatology* 2004, 4: 8.
11. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: Reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. *J Postgrad Med* 2008; 54: 273-5.
12. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21: 185-92.
13. Njoo MD, Bossuyt PM, Westerhof W. Management of vitiligo. Results of a questionnaire among dermatologists in the Netherlands. *Int J Dermatol* 1999; 38: 866-72.

14. Kent G, al-Abadie M. Factors affecting response on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21: 330-3.
15. Parsad D, Pandhi R, Dogra S, et al. Dermatology life quality index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. *Br J Dermatol* 2003; 148: 363-84.
16. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med* 2004; 66: 620-4.
17. Ongenaes K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol* 2005; 152: 1165-72.
18. Savin J. The hidden face of dermatology. *Clin Exp Dermatol* 1993, 18: 393-5.
19. Papadopoulos L, Bor R, Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behaviour therapy. *Br J Med Psych* 1999; 72: 385-96.

Quality of life and depression in patients with vitiligo

Mahsa Ghajarzadeh, MD, MPH¹
Shahrbanoo Kheirkhah, MD²
Maryam Ghyasi, MD³

1. Brain and Spinal Injury Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Dermatology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Background and Aim: Vitiligo is a chronic skin disease which is characterized by depigmented patches due to loss of melanocytes. On contrary of low physical impairment, vitiligo causes a lot of cosmetic problems which can lead to psychological problems. The aim of this study was to evaluate the quality of life and depression in Iranian patients with vitiligo, who were referred to Razi Hospital in 2009 and 2010.

Methods: From January 2009 until January 2010 one hundred vitiligo patients were randomly selected from outpatient clinic of Razi Hospital and asked to answer to the following valid and reliable instruments Beck Depression Inventory (BDI), SF-36 and Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Results: The mean age \pm standard deviation of the participants was 28.9 ± 11.5 years and mean scores of BDI, SF-36 and DLQI of all patients were 15.9 ± 11.8 , 63.8 ± 19.4 and 8.4 ± 6.9 respectively. There was a significant relationship between DLQI scores and the duration of the disease ($r=0.3$, $P<0.001$) while there was no significant relationship between DLQI scores and age ($r=0.1$, $P=0.2$).

Conclusion: Evaluation of quality of life and depression in patients with vitiligo and consequences of the disease on patients' lives should be considered.

Keywords: vitiligo, quality of life, depression

Received: Sep 29, 2011 Accepted: Nov 28, 2011

Dermatology and Cosmetic 2011; 2 (4): 203-209

Corresponding Author:

Mahsa Ghajarzadeh, MD, MPH

Emam Khomeini Hospital, Keshavarz Blv., Tehran, Iran.

Email: mahsa_blue719@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare