

مقایسه‌ی شدت نشانه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی با افراد سالم

مینا عبدی زناب^۱
دکتر محمدعلی بشارت^۱
دکتر سیدمسعود داوودی^۲

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. گروه پوست و مو، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

زمینه و هدف: بیماری‌های پوستی با مجموعه‌ای از مشکلات و آسیب‌های روانی در ارتباط هستند که می‌توانند بیمار، خانواده و جامعه را تحت‌تأثیر قرار دهند. هدف اصلی این پژوهش مقایسه دو گروه بیماران پوستی و افراد عادی برحسب شدت نشانه‌های روان‌شناختی بود.

روش اجرا: در این پژوهش، ۳۰۵ نفر از افراد ۱۶ تا ۸۵ ساله (۱۵۳ مورد و ۱۵۲ شاهد) شهر تهران انتخاب شدند. علاوه بر اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI) و پرسش‌نامه شخصیت آیسنک (EPQ-RS) توسط شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی و افراد سالم در متغیرهای افسردگی، اضطراب، وسواس شست‌وشو و نوروزگرایی تفاوت آماری معنادار نداشتند، اما در وسواس چک‌کردن، برون‌گرایی و خوب‌نمایی تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه معنادار بود. بین سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و سابقه‌ی بیماری روانی با نشانه‌های روان‌شناختی بیماران رابطه‌ی معنادار مشاهده نشد. بین سابقه‌ی خودکشی و سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده‌ی بیماران با برون‌گرایی رابطه‌ی معنادار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: همبستگی و تعامل بین بیماری‌های پوستی و نشانه‌های اختلال‌های روانی یک رابطه‌ی ساده نیست و هم‌چنان نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

کلیدواژه‌ها: نشانه‌های روان‌شناختی، بیماری پوستی، افراد سالم

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۳۹۷، دوره‌ی ۹ (۱): ۲۷-۱۳

نویسنده‌ی مسئول:

مینا عبدی‌زناب

تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان جلال آل‌احمد، خیابان دکتر کاردان، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
پست الکترونیک:

minaabdi@ut.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

روان‌شناختی مؤثر روی افراد با بیماری‌های پوستی می‌تواند سلامت روانی و جسمانی این بیماران را بهبود بخشد و به کاهش ارائه‌ی خدمات درمان پوستی بینجامد^۴. تقریباً حدود ۳۰ الی ۴۰ درصد بیماران که در جست‌وجوی درمان مشکلات پوستی خود هستند، یک مشکل روان‌پزشکی زیربنایی دارند که در ایجاد یا تشدید بیماری پوستی آن‌ها نقش دارد^{۵-۹}. یک بیماری پوستی و پریشانی‌های حاصل از آن می‌تواند یکی از علت‌های افسردگی در بزرگسالی باشد^{۱۰}. گزارش شده است که بدشکلی‌های ناشی از بیماری‌های پوستی

بیش از ۳۰۰۰ بیماری پوستی تا به امروزه شناخته شده‌اند^۱. از این میان بعضی از بیماری‌های پوستی مثل آکنه، پسوریازیس، طاسی با الگوی مردانه و طاسی منطقه‌ای از شیوع بالاتری برخوردارند^۲. شیوع اختلالات روان‌تنی در میان بیماران پوستی از فراوانی بالایی برخوردار است اما به دلیل مشکلاتی که در تشخیص و درمان این گروه از بیماران وجود دارد اغلب گزارش نمی‌شوند^۳. این در حالی است که درمان‌های

باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود و می‌تواند افسردگی، اضطراب و هراس اجتماعی شدید ایجاد کند. هم‌چنین برچسب اجتماعی در تشدید نشانه‌های اجتماعی ناشی از بیماری‌های پوستی نقش بسزایی دارند.^۸ افسردگی با طیف وسیعی از بیماری‌های پوست از جمله پسوریازیس، طاسی منطقه‌ای و ریزش مو رابطه دارد.^۱ به‌نظر می‌رسد به‌دنبال افسردگی، عقاید خودکشی با تشخیص افسردگی و شدت نشانه‌های افسردگی همراه باشد.^{۱۱} ریزش مو نیز به‌عنوان یکی از بیماری‌های پوستی ممکن است به احساس کاهش سلامتی و استرس‌های روان‌شناختی منجر گردد.^{۱۲} متخصصان پوست معمولاً با بیماران افسرده برخورد می‌کنند که اغلب از اشکال در تمرکز و احساس لذت یا خلق افسرده شکایت می‌کنند^۹ و اضطراب در میان آن‌ها شایع است.^{۱۳} اضطراب از جمله اختلالاتی است که شیوع آن در بیماران با طاسی منطقه‌ای از سایر مردم بیشتر است. اضطراب در افراد مبتلا به آکنه^{۱۴} و بیماران مبتلا به پسوریازیس نیز، گزارش شده است.^{۱۵} بیماران پسوریاتیک درجات بالای اضطراب را در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن مانند سرطان‌ها گزارش کرده‌اند.^{۱۶} بعضی از بیماران با آکنه‌ی مزمن - که آکنه‌ی مزاحم موقعیت اجتماعی آن‌ها در دوران نوجوانی است - اضطراب اجتماعی را در زندگی آینده هم‌چنان تجربه می‌کنند.^{۱۷} حدود ۲۵٪ از بیماران با مشکلات پوستی از اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) رنج می‌برند، این در حالی است که شیوع OCD در جمعیت عمومی ۲ الی ۳ درصد است.^{۱۸} نمونه‌هایی از OCD در بیماری‌های پوست شامل ازدست‌دادن مو ناشی از وسواس موکنی، وسواس شست‌وشو، آگزمای ناشی از شست‌وشوی افراطی و پوست‌رفتگی بر اثر شست‌وشوی اجباری پوست است.^{۱۹} علی‌رغم تمام شواهد، رابطه‌ی بین پوست و روان که از سال‌ها پیش شناسایی شده، هنوز بسیاری از جنبه‌های مشترک اختلالات روانی - پوستی در

هاله‌ای از ابهام است و یکی از دلایل این امر پیچیدگی و ناهماهنگی واکنش‌های پوستی در برابر پدیده‌های روان‌شناختی است.^{۱۸} پوست با پاسخ‌دهی به محرک هیجانی و توانایی برای بروز هیجان‌هایی مانند خشم، ترس، شرم، ناامیدی و با فراهم‌کردن اعتمادبه‌نفس، نقش مهمی در فرآیندهای اجتماعی‌شدن بازی می‌کند.^{۲۰} نیمی از بیماران مبتلا به آکنه اغلب از جست‌وجوی کمک برای برطرف کردن مشکل جسمانی‌شان باز می‌مانند و تنها دلیل آن احساس خجالت و کم‌رویی اجتماعی در این بیماران است.^{۲۱} در یک پژوهش خارجی میزان بالایی از نوروزگرایی در بیماران مبتلا به آکنه مشاهده شد که نشان می‌دهد نوروزگرایی به‌تنهایی عامل راه‌انداز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی است. علاوه‌بر این، نوروزگرایی نقش مهمی در بیماران با سایر تشخیص‌ها دارد که ارتباط قوی با پریشانی‌های روان‌شناختی مانند تندرستی درونی پایین و مشکلات سلامت جسمانی دارند. با توجه به پژوهش فوق، موقعیت‌های روان‌پزشکی رایج و صفت شخصیتی نوروزگرایی به‌طور چشمگیر در تعداد بالایی از بیماران با آکنه بروز می‌یابد.^{۲۲} یک پژوهش داخلی بر روی بیماری پوستی شایع با نام «طاسی منطقه‌ای» نشان داد که افسردگی، استرس و نوروزگرایی در این بیماران در مقایسه با گروه سالم بالاتر است.^{۲۳} پسوریازیس با آسیب‌های شناختی هم‌چون احساس خجالت، کم‌رویی، حرمت خودپایین و احساس معیوب‌بودن رابطه دارد. نتایج یک پژوهش نشان داده است که افراد مبتلا به این بیماری، گرایش دارند تا فاصله خود را از دیگران حفظ کنند، که این کار، مخالف برون‌گرایی است.^{۲۴}

علی‌رغم شیوع بیماری‌های پوستی و ارتباط قوی آن با اختلال‌های روانی^{۲۵،۲۶} میزان واقعی اختلال‌های روانی هم‌بود با بیماری‌های پوستی هنوز ناشناخته است. این احتمال وجود دارد که اگر اختلال‌های روانی زیربنایی در بیماران پوستی به‌موقع تشخیص داده

پسوریازیس آن را تجربه می‌کنند و ممکن است در خود احساس بدشکلی کنند. بدشکلی قابل مشاهده باعث اختلال در تصویر فردی بیمار می‌شود که تمام جنبه‌های زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با احساس خجالت، شرم، گناه و خشم همراه هستند. در ارتباط بین نشانه‌های روان‌شناختی و بیماری‌های پوستی، چندین متغیر فرعی وجود دارند که به سهم خود در همبودی بیماری‌های پوست و روان نقش بازی می‌کنند.^{۳۱}

سه نوع خطر روانی یا روان‌شناختی وجود دارد که متخصصان پوست باید نسبت به آن هوشیار باشند و یکی از این خطرات احتمالی خطر خودکشی یا دیگر آسیب‌هایی است که فرد بیمار ممکن است به خود وارد کند.^{۳۵}

تفاوت‌های جنسیتی جالبی در مبتلایان به آکنه گزارش شده که نشان می‌دهد مردان جوان مبتلا به آکنه همراه با محل زخم، بیشتر در معرض خطر افسردگی و خودکشی هستند.^{۳۶} در پژوهش Montgomery و همکاران، سن، از جمله متغیرهای دموگرافیک بود که با اضطراب اجتماعی بیماران پوستی در ارتباط بود.^{۳۷} گزارش شده است که زنان مبتلا به بیماری پوستی در مقایسه با مردان ریسک بالایی برای ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی دارند.^{۳۸} زنان مبتلا به اگزما (صرف‌نظر از هر نوع آن) در مقایسه با مردان مبتلا به اگزما شدید به احتمال بیشتری از افسردگی رنج می‌برند. هم‌چنین افکار خودکشی در دختران مبتلا به اگزما در مقایسه با پسران بیشتر گزارش شده است.^{۳۹}

مشکلات ارتباط بین فردی، اضطراب و افسردگی، در زنان مبتلا به بیماری‌های پوستی بیشتر از مردان است.^{۴۰-۴۲} شدت استرس در بیماران مبتلا به آماس پوست مزمن به‌طور معناداری با سن، جنس و سطح تحصیلات در ارتباط است. شیوع اختلالات روانی در بیماران پوستی بی‌سواد یا کم‌سواد بیش از بیماران با

نشوند و هدف درمان‌های روان‌شناختی قرار نگیرند، درمان پزشکی به‌تنهایی نتیجه‌ای دربر نداشته باشد.^{۲۷} از آنجا که پوست اندام بیرونی است و در روابط اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، در نتیجه بدشکلی‌های ظاهری موجب می‌شود که بیماری پوستی اثر عمیقی روی آرامش روانی بیماران بگذارد. در بیماری‌هایی مانند ویتیلیگو و طاسی منطقه‌ای، بیماران بیش از اینکه نگران بیماری پوستی باشند، درگیر نشانه‌های روانی ناشی از بیماری پوستی هستند.^۸ پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آکنه و لگاریس به‌عنوان یکی از بیماری‌های پوستی علاوه‌بر ارتباط با افسردگی و اضطراب؛ شخصیت، احساسات، تصویر فرد از خود و حرمت خود را تحت تأثیر قرار می‌دهد و انزوای اجتماعی را به همراه دارد.^{۱۳} بیماری پسوریازیس با اختلالات شخصیت متنوعی در ارتباط است. استرس روان‌شناختی می‌تواند توانایی لازم برای درمان منظم پسوریاتیک را کاهش دهد و منجر به تشدید پسوریازیس گردد.^{۲۸} با اینکه آثار یک بیماری پوستی در روابط اجتماعی ممکن است بسیار مشکل‌زاتر از محدودیت‌های جسمانی ناشی از آن باشد، اما مطالعات روان‌پزشکی انجام‌شده روی این بیماران بسیار محدود است. افسردگی شدید، خستگی روانی و درونگرایی اجتماعی از خصوصیات بیماران با طاسی منطقه‌ای است.^{۲۹} پژوهش‌ها تأیید کرده‌اند که صفات شخصیتی با بیماری‌های پوستی رابطه دارند. برای مثال، بیماران با پسوریازیس، آلوپسی یا کهیر در مقایسه با سایر بیماران با بیماری پوستی اغلب عصبی‌تر و خصمانه‌تر هستند.^{۳۰-۳۳} بیماران با خارش شدید نمرات بالای معناداری در صفات شخصیتی مانند سوءظن، پرخاشگری جسمانی، ترش‌رویی و اضطراب جسمانی گزارش می‌کنند.^{۲۵} خشونت و خجالت‌کشیدن به دلیل بدشکلی ناشی از بیماری پوستی منجر به انزوای اجتماعی می‌شود.^{۳۱} طرد اجتماعی و از خود بیگانگی از اشکال تبعیض هستند که بیماران مبتلا به

مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS)، مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)، پرسش‌نامه‌ی شخصیت آیسنک (RS-EPQ) و پرسش‌نامه‌ی دموگرافیک. برای توصیف و تحلیل داده‌های آماری از نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار IBM SPSS Statistics (IBM . Crop., Armonk, NY, USA) و برای تحلیل داده‌ها از روش آزمون t برای گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس و مقایسه‌ی میانگین‌ها برای مقایسه‌ی شدت نشانه‌های روان‌شناختی بین بیماران پوستی و افراد سالم استفاده شد. یافته‌ها در قالب جداول فراوانی نمایش داده شده‌اند.

ابزارهای سنجش

مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21): مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS) ۴۴ یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره‌ی ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره‌ی فرد در هر مقیاس برحسب هفت گویه‌ی مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است.^{۴۵-۵۰} بشارت، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره‌ی نمونه‌هایی از جمعیت عمومی (n=۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب درخصوص نمره‌ی نمونه‌های بالینی (n=۱۹۴) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی هم‌زمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس افسردگی اضطراب

تحصیلات بالا است.^{۳۱} اغلب گزارش شده است که بیماران پوستی زن، زنان بیوه و مردان بیوه از شیوع بالای اختلالات روانی همبود با بیماری‌های پوستی برخوردارند.^{۴۲}

مقایسه‌ی سلامت روانی بیماران بر اساس شغل گویای این حقیقت است که اختلال روانی در بیکاران از شیوع بالایی برخوردار است و از نظر آماری رابطه‌ی معناداری بین شغل و سلامت روانی وجود دارد. داشتن شغل از چند نظر حائز اهمیت استک کسب درآمد، برقراری تماس‌های اجتماعی، کسب جایگاه و هویت در جامعه و انجام فعالیت‌های فیزیکی. بنابر این، با ازدست‌دادن این مزایا استرس‌های فرد بیکار افزایش می‌یابد.^{۴۳}

با توجه به یافته‌های موجود، بر آن شدیم شدت نشانه‌های روان‌شناختی را در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی و افراد سالم مقایسه کنیم و نقش متغیرهای دموگرافیک را در بیماران با نشانه‌های روان‌شناختی بسنجیم.

روش اجرا

در این پژوهش، نمونه‌ها از دو زیرجامعه‌ی هدف (افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی و افراد سالم) به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جامعه‌ی آماری گروه بیماران، کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان به کلینیک پوست و موی «به‌سیما» واقع در شهر تهران بود که به‌صورت روزانه و سرپایی تحت درمان بودند. جامعه‌ی آماری گروه سالم از بین همراهان بیماران و همچنین با مراجعه به مدارس و دانشگاه‌های تهران در مناطق مختلف از افرادی که بیماری پوستی نداشتند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در گروه سنی بزرگسال و سواد خواندن و نوشتن. ناقص پرکردن پرسش‌نامه و عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری معیارهای خروج از پژوهش بودند. ابزارهای سنجش در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی شخصیت آیسنک - فرم کوتاه:

پرسش‌نامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی شخصیت آیسنک - فرم کوتاه (EPQ-RS)^{۵۵} یک پرسش‌نامه‌ی خودسنجی ۴۸ سؤالی است که برای سنجش ابعاد نوروزگرایی (پایداری هیجانی/هیجان‌پذیری)، برون‌گرایی (برون‌گرایی/درون‌گرایی) و پسیکوزگرایی برای سنین ۱۶ تا ۷۰ سال به‌کار می‌رود. این پرسش‌نامه یک مقیاس دروغ‌سنج دارد که گرایش به خوب‌نمایی را می‌سنجد. هر مقیاس از ۱۲ سؤال تشکیل شده است و دامنه‌ی نمره در هر مقیاس از صفر تا ۱۲ تعیین می‌شود. ضرایب آلفای کرون‌باخ این پرسش‌نامه برای مقیاس‌های نوروزگرایی، برون‌گرایی، پسیکوزگرایی و دروغ‌سنج به‌ترتیب ۰٫۸۴، ۰٫۸۸، ۰٫۶۲ و ۰٫۷۷ برای مردان و ۰٫۸۰، ۰٫۸۴، ۰٫۶۱ و ۰٫۷۳ برای زنان تأیید شده است.^{۵۶} هم‌بستگی مقیاس‌های فرم کوتاه و بلند این پرسش‌نامه رضایت‌بخش گزارش شده است و ساختار چهارعاملی آن بهترین برازش را نشان داده است.^{۵۶، ۵۷} در فرم فارسی این پرسش‌نامه^{۵۸}، ضرایب آلفای کرون‌باخ برای مقیاس‌های نوروزگرایی، برون‌گرایی، پسیکوزگرایی و دروغ‌سنج در یک نمونه‌ی دانشجویی (n=۳۴۳) به‌ترتیب ۰٫۷۴، ۰٫۷۷، ۰٫۵۲ و ۰٫۶۱ گزارش شده است. روایی که نشانه‌ی همسانی مناسب است. هم‌چنین بازآزمایی در نمره‌ی کل مقیاس برون‌گرایی ۰٫۸۹ بوده است. روایی پرسش‌نامه تجدیدنظرشده شخصیت آیسنک - فرم کوتاه از طریق هم‌بستگی مقیاس‌های آن با مقیاس تجدیدنظرشده‌ی پنج‌عاملی شخصیت نئو (NEO-FFI-R)^{۵۹} برای نوروزگرایی، برون‌گرایی و دروغ‌سنج تأیید شد. تحلیل عاملی اکتشافی ساختار چهارعاملی، پرسش‌نامه تجدیدنظرشده‌ی شخصیت آیسنک را تأیید کرد، گرچه در تحلیل عاملی تأییدی نتایج رضایت‌بخش نبود.^{۵۸}

پرسش‌نامه دموگرافیک

پرسش‌نامه دموگرافیک متغیرهای جمعیت

استرس از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه‌ی نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت.^{۴۷} نتایج ضرایب هم‌بستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت معنادار از ۰٫۴۴ تا ۰٫۶۱ ($P < ۰٫۰۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی معنادار از ۰٫۴۱ تا ۰٫۵۸ ($P < ۰٫۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی هم‌زمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تأیید می‌کنند.

مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI):

مقیاس وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)^{۵۱} یک پرسش‌نامه‌ی ۳۰ سؤالی دوگزینه‌ای (صحیح و غلط) است که برای اندازه‌گیری فراوانی نشانه‌های وسواس ساخته شده است. حداقل و حداکثر نمره‌ی آزمودنی در این مقیاس به‌ترتیب ۰ و ۳۰ است. این پرسش‌نامه چهارزیرمقیاس را شامل می‌شود: چک‌کردن، شست‌وشو، کندی و تردید که حداکثر نمره در هر یک از این زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۹، ۱۱، ۷ و ۷ است. برخی از پرسش‌ها به بیش از یک زیرمقیاس تعلق دارند، بنابر این، نمره‌ی کلی آزمون کمتر از جمع نمرات زیرمجموعه‌هاست.^{۵۲} هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) ضرایب آلفای کرون‌باخ هر یک از این زیرمقیاس‌ها را به‌ترتیب ۰٫۷، ۰٫۸، ۰٫۷ و ۰٫۷ گزارش کرده‌اند. سایر ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس از قبیل هم‌سانی درونی و پایایی بازآزمایی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است. روایی هم‌زمان این مقیاس با سایر ابزارهای اندازه‌گیری وسواس نیز در حد قابل قبول گزارش شده است.^{۵۴-۵۲}

جدول ۱: مشخصات توصیفی نوع بیماری پوستی

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی	نراکمی
Acne		۴۳	۲۶٫۷	۲۶٫۷
Pigmentation		۱	۰٫۶	۲۷٫۳
Vitiligo		۳	۱٫۹	۲۹٫۲
Melasma		۲	۰٫۶	۲۹٫۸
Psoriasis		۱۱	۶٫۸	۳۶٫۶
Hair loss		۳۶	۲۲٫۴	۵۹
Alopecia areata		۳	۱٫۹	۶۰٫۹
Herpes genitalis		۱	۰٫۶	۶۱٫۵
Nail dystrophy		۱	۰٫۶	۶۲٫۱
Skin tag		۱	۰٫۶	۶۲٫۷
Keloid		۱	۰٫۶	۶۳٫۴
Hand eczema		۱	۰٫۶	۶۴
Facial erythrosis		۱	۰٫۶	۶۴٫۶
Seborrhetic dermatitis		۹	۵٫۶	۰٫۷۲
Erythema Multiforme		۱	۰٫۶	۰٫۷۸
Pityriasis alba		۱	۰٫۶	۷۱٫۴
Cicatricial Alopecia		۱	۰٫۶	۷۲
Scalp folliculitis		۲	۱٫۲	۷۳٫۳
Premature graying of hair		۱	۰٫۶	۷۳٫۹
hirsutism		۲	۱٫۲	۷۵٫۲
freckle		۶	۳٫۷	۷۸٫۹
eczema		۴	۲٫۵	۱٫۴
scar acnea		۳	۱٫۹	۸۳٫۲
Burning scar		۲	۱٫۲	۸۴٫۵
Lichen planus		۱	۰٫۶	۸۵٫۱
Trichotilomania		۱	۰٫۶	۸۵٫۷
Nail biting		۱	۰٫۶	۸۶٫۳
mole		۳	۰٫۶	۸۷
xerosis		۲	۰٫۶	۸۷٫۶
Itching		۱	۰٫۶	۸۸٫۲
Seborrheic kerafosis		۱	۰٫۶	۸۸٫۸
deep wrinkle		۲	۰٫۶	۸۹٫۴
onycholysis		۱	۰٫۶	۹۱٫۹
dermatolhyte		۱	۰٫۶	۹۲٫۵
vascular lesion		۱	۰٫۶	۹۳٫۲
macular amyloidosis		۱	۰٫۶	۹۳٫۸
pediculosis		۱	۰٫۶	۹۵
Toe ingrowing nail		۱	۰٫۶	۹۵٫۷
Bite raction		۱	۰٫۶	۹۶٫۹
alergy		۳	۱٫۲	۹۸٫۱
dandruff		۱	۰٫۶	۹۸٫۸
severe Allergy		۱	۰٫۶	۱۰۰

نوع بیماری پوستی

شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سابقه‌ی خودکشی، سابقه‌ی بیماری روانی و سابقه‌ی بیماری اعصاب و روان در خانواده را در برمی‌گیرد.

یافته‌ها

تعداد ۱۵۳ بیمار پوستی (۱۱۶ زن با میانگین سنی ۳۱٫۸۱ و انحراف استاندارد ۱۰٫۳۹، ۳۷ مرد با میانگین سنی ۳۱٫۶۸ و انحراف استاندارد ۱۱٫۷۵) و ۱۵۲ فرد سالم (۹۸ زن با میانگین سنی ۲۶٫۵۱ و انحراف استاندارد ۸٫۶۸، ۵۴ مرد با میانگین سنی ۲۵٫۲۸ و انحراف استاندارد ۸٫۹۶) در این پژوهش شرکت کردند. مشخصات توصیفی نوع بیماری پوستی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی برای آکنه (۷۲٫۶٪)، ریزش مو (۴٫۲٪) و پسوریازیس (۶٫۸٪) است و سایر بیماری‌های پوستی درصد کمی را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۱). مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی افسردگی، اضطراب، وسواس چک کردن، وسواس شست‌وشو، وسواس کل، نورزوغرایی و برون‌گرایی به تفکیک در دو گروه افراد با بیماری پوستی و افراد سالم نشان داده شده (جدول ۲). برای فرض نرمال بودن از آزمون Z کالموگروف اسمیرنوف و برای یکسانی واریانس از آزمون لوین استفاده شد که نشان دادند کجی در متغیر اصلی در نمونه‌ی مورد مطالعه از حد شانس و تصادف بالاتر نرفته و از لحاظ آماری معنادار نبود. بدین معنی که صفات مورد نظر در جامعه‌ی مورد نظر دارای توزیع یکسان و نرمال بود بنابراین، نرمال بودن توزیع متغیر پژوهش برقرار بود (جدول ۳). آزمون لوین مربوط به یکسانی واریانس دو گروه برای تمامی متغیرهای اصلی معنادار نبود، بدین معنی که واریانس دو گروه بیمار پوستی و گروه سالم تفاوت معنادار و بالاتر از حد نشان ندادند. بنابراین مفروضات استفاده از آزمون t مستقل که نرمال بودن جامعه و یکسانی واریانس دو گروه بیمار و سالم برقرار بود و استفاده از

آزمون t مستقل بلامانع بود (جدول ۴).

دو گروه بیماران پوستی و افراد سالم در متغیرهای افسردگی ($P > ۰٫۳۸$ ، $t = -۰٫۸۷$)، اضطراب ($P > ۰٫۰۷$)، وسواس شست‌وشو ($t = -۱٫۸۳$ ، $P > ۰٫۲۳$) و وسواس کل ($t = -۰٫۹۵$ ، $P > ۰٫۳۴$) دارای تفاوت معنادار نبودند، برای وسواس چک کردن ($t = -۲٫۳۱$ ، $P < ۰٫۰۲$).

جدول ۴: آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس دو گروه

متغیر	F	P
افسردگی	۰/۱۸	۰/۶۷
اضطراب	۰/۹۵	۰/۳۱
وسواس چک کردن	۰/۸۶	۰/۳۵
وسواس شست و شو	۱/۸۴	۰/۱۸
وسواس کل	۲/۹۱	۰/۰۹
نوروزگرایی	۱/۵۳	۰/۲۲
برون گرایی	۰/۳۲	۰/۱۵
دروغ گویی	۰/۰۹	۰/۹۰

بیماری روانی و بدون سابقه‌ی بیماری روانی ($P=0.09$)، تفاوت مشاهده‌شده بین افراد با سابقه‌ی خودکشی و بدون سابقه‌ی خودکشی ($t=1.66$) در گروه بیماران پوستی معنادار نبود، تفاوت مشاهده‌شده بین افراد با سابقه‌ی خودکشی و بدون سابقه‌ی خودکشی ($t=2.14, P<0.03$) و افراد با سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده و بدون سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده ($t=3.01, P<0.03$) از نظر آماری معنادار بود (جدول ۶). تفاوت معنادار بین گروه‌های تحصیلی ($F=1.10, P=0.36$) از لحاظ برون گرایی وجود نداشت و هم‌چنین در مقایسه‌ی پنج گروه سنی ($F=2.91, P=0.22$) تفاوت معنادار حاصل نشد (جدول ۷).

بحث

با توجه به نتایج پژوهش حاضر تفاوت آماری

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی دو گروه بیماران پوستی و افراد عادی در افسردگی، اضطراب، نوروزگرایی، برون گرایی و دروغ گویی

متغیر	t	df	p
افسردگی	-۰/۸۷	۳۰۳	۰/۳۸
اضطراب	-۱/۸۳	۳۰۳	۰/۰۷
وسواس چک کردن	-۲/۳۱	۳۰۳	۰/۰۲
وسواس شست و شو	-۱/۲۰	۳۰۳	۰/۲۳
وسواس کل	-۰/۹۵	۳۰۳	۰/۳۴
نوروزگرایی	-۱/۴۶	۳۰۳	۰/۱۴
برون گرایی	-۲/۵۴	۳۰۳	۰/۰۱
دروغ گویی	-۲/۶۲	۳۰۳	۰/۰۱

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب، وسواس، نوروزگرایی و برون گرایی

متغیر	بیماران پوستی		افراد سالم	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۳/۶۷	۴/۷۱	۴/۱۳	۴/۵۹
اضطراب	۲/۳۰	۲/۷۹	۲/۹۶	۳/۴۰
وسواس چک کردن	۳/۰۵	۱/۴۹	۳/۴۹	۱/۷۷
وسواس شست و شو	۴/۱۴	۱/۹۵	۳/۸۸	۱/۷۵
وسواس کل	۱۰/۶۰	۳/۹۴	۱۱/۰۵	۴/۴۷
نوروزگرایی	۶/۵۲	۲/۶۸	۷/۳۳	۶/۳۵
برون گرایی	۷/۰۷	۲/۷۳	۷/۹۱	۳/۰۱

تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه معنادار بود به این صورت که وسواس چک کردن در گروه سالم بیش از گروه بیمار پوستی بود.

وسواس شست و شو و وسواس کل در دو گروه سالم و بیماران پوستی تفاوت معنادار نداشت. هم‌چنین دو گروه بیمار پوستی و سالم در متغیر نوروزگرایی ($t=1.46, P>0.01$) دارای تفاوت معنادار نبودند و در متغیر برون گرایی ($t=2.54, P<0.01$) و دروغ گویی ($t=2.62, P<0.01$) تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده شد (جدول ۵).

تفاوت برون‌گرایی در زنان و مردان ($P>0.06$)، ($t=0.55$)، افراد متأهل و مجرد ($t=0.51, P>0.61$) افراد شاغل و بی‌کار ($t=0.39, P>0.39$) و افراد با سابقه‌ی

جدول ۳: آزمون Z کالموگروف اسمیرنف جهت آزمون نرمال بودن نمونه

متغیر	کجی	Z کالموگروف اسمیرنف	P
افسردگی	۱/۱۲	۱/۴۱	۰/۰۷
اضطراب	۱/۲۱	۱/۲۵	۰/۱۰
وسواس چک کردن	۰/۶۵	۱/۱۴	۰/۱۴
وسواس شست و شو	۰/۳۵	۱/۰۶	۰/۲۵
وسواس کل	۰/۲۲	۰/۹۷	۰/۴۲
نوروزگرایی	۱/۲۰	۱/۲۳	۰/۱۱
برون گرایی	-۰/۳۴	۱/۰۵	۰/۲۵
دروغ گویی	-۰/۳۵	۱/۰۷	۰/۲۷

مطلوب، مهارت ارتباطی قوی و توانایی‌های لازم برای ابراز هیجان، کمتر مستعد اختلال افسردگی هستند^۹ در پژوهش فوق صرف‌نظر از سنجش مهارت‌های ارتباطی، نشانه‌های افسردگی سنجیده شد.

در شیوع اختلالات روانی در بیماران با بیماری‌های پوستی در پژوهش‌های مختلف که از ابزارها و روش‌های گوناگونی استفاده کرده‌اند، نوساناتی وجود دارد. برای مثال، در پژوهشی که از مقیاس اضطراب، افسردگی بیمارستانی استفاده شده شیوع نشانه‌های روانی در بیماران پوستی را بین ۲۵/۹ تا ۳۱٪ برآورده کرده‌اند، این در حالی است که در مطالعات دیگر شیوع اختلالات روانی در بیماران پوستی مراجعه‌کننده به کلینیک پوست با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی، ۳۳/۴٪ گزارش شده است. از طرفی دو پژوهش دیگر با استفاده از همین ابزار، همبودی کمتری از اختلالات روانی در بیماری‌های پوستی را گزارش کرده‌اند (۲۵/۲٪ و ۷/۶٪) و باز با استفاده از همین ابزار شیوع بالای همبودی اختلالات روانی و بیماری‌های

جدول ۶: نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی متغیرهای دموگرافیک دوبعدی در برون‌گرایی

متغیر	ابعاد	M	SD	t	df	P
جنسیت	مردان	۷/۵۳	۲/۹۰	-۰/۵۵	۳۰۲	۰/۰۶
	زنان	۷/۳۳	۲/۸۷			
تأهل	مجرد	۷/۵۸	۲/۹۹	-۰/۵۱	۳۰۳	۰/۶۱
	متأهل	۷/۴۱	۲/۸۰			
اشتغال	بی‌کار	۷/۵۵	۲/۴۸	۰/۰۶	۳۰۳	۰/۳۹
	شاغل	۷/۵۱	۲/۸۹			
سابقه‌ی بیماری روانی	باسابقه	۷/۶۰	۲/۷۸	۱/۶۶	۳۰۳	۰/۰۹
	بی‌سابقه	۶/۵۸	۳/۳۶			
سابقه‌ی خودکشی	باسابقه	۷/۴۸	۲/۸۴	-۲/۱۴	۳۰۳	۰/۰۳
	بی‌سابقه	۱۱/۰۰	۱/۰۰			
سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده	باسابقه	۷/۶۱	۲/۸۲	۳/۰۱	۳۰۳	۰/۰۱
	بی‌سابقه	۵/۴۷	۲/۹۶			

معناداری بین دو گروه از نظر نشانه‌های افسردگی مشاهده نشد در ابتدای افراد به نشانه‌های روانی از جمله افسردگی عوامل متعددی مانند روابط بین فردی، مهارت ارتباطی و توانایی‌های ابراز هیجان نقش بازی می‌کنند. بیماران مجهز به روابط بین فردی

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی متغیرهای دموگرافیک چندبعدی در برون‌گرایی

متغیر	ابعاد	M	SD	SS	df	MS	F	P
تحصیلات	ابتدایی	۵/۵۷	۲/۹۳	۸۰/۲۰	۹	۹/۲۴	۱/۱۰	۰/۳۶
	راهنمایی	۹/۰۰	۰/۳۴					
	دبیرستان	۸/۰۸	۳/۲۸					
	دیپلم	۷/۴۴	۲/۹۴					
	کاردانی	۶/۶۰	۲/۲۹					
	کارشناسی	۷/۴۱	۲/۶۵					
	کارشناسی ارشد	۷/۲۱	۳/۱۳					
	دکتری	۷/۷۱	۳/۰۳					
	دانشجو	۸/۳۷	۲/۹۱					
	بی‌سواد	۶/۰۰	۰/۳۱					
سن	زیر ۲۰ سال	۸/۰۵	۲/۹۷	۹۴/۹۷	۴	۲۳/۷۴	۲/۹۱	۰/۲۲
	۲۰-۲۵ سال	۷/۷۵	۲/۷۰					
	۲۵-۳۰ سال	۷/۹۴	۲/۷۳					
	۳۰-۳۵ سال	۶/۹۵	۲/۸۶					
	سال به بالا	۶/۶۱	۶/۶۱					

جسمانی بلکه نشانه‌های روان‌شناختی این بیماران با استفاده از داروهای تجویزی تا حدی مرتفع گردیده بود. با توجه به اینکه مطالعات فوق در جوامع مختلف صورت گرفته است، ممکن است عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز به‌نوبه‌ی خود در سبب‌شناسی نشانه‌های روان‌شناسی نقش ایفا کرده باشند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های نوروزگرایی و بیماری پوستی رابطه‌ی معنادار وجود ندارد. از آنجا که در این پژوهش بیماران پوستی در مقایسه با افراد عادی احتمالاً تمایل به خوب‌نمایی داشته‌اند در نتیجه نتایج موردانتظار به‌دست نیامد. علی‌رغم تمام شواهد با وجود اینکه ارتباط بین پوست و روان اگرچه از سال‌ها پیش شناسایی شده، اما هنوز بسیاری از جنبه‌های مشترک اختلالات روانی پوستی در هاله‌ای از ابهام است و یکی از دلایل این امر پیچیدگی و ناهماهنگی واکنش‌های پوستی در برابر پدیده‌های روان‌شناختی است.^{۱۸} یکی از دلایل ناهمگونی نتایج پژوهش‌های مختلف استفاده از ابزار و روش‌های آماری گوناگون است.^{۶۲}

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های برون‌گرایی و بیماری پوستی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. درون‌گرایی در بیماران با حساسیت پوستی بیش از افراد سالم است و از ظهور بارز درون‌گرایی در این افراد می‌توان به احساس خجالت و تنهایی اشاره کرد. این افراد اطمینان کمی به خود دارند و معمولاً مضطرب و نگران هستند، خلق آن‌ها افسرده است و دوره‌های افسردگی را تجربه می‌کنند و اغلب انرژی کمی دارند و ناامید هستند و معمولاً در تصمیم‌گیری دچار مشکل می‌شوند. دو گروه بیمار و سالم از نقطه‌نظر متغیر دروغ‌گویی تفاوت آماری معناداری داشتند که نشان داد دروغ‌گویی در افراد بیمار پوستی بیش از افراد سالم بود که ممکن است نشانه‌ی تمایل به خوب‌نمایی در مقایسه با افراد سالم باشد که این امر به نوبه‌ی خود نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داد. بین نشانه‌های برون‌گرایی و سن در بیماران پوستی رابطه‌ی معنادار

پوستی حدود ۵۱/۳٪ گزارش شده است.^{۶۰}

بین نشانه‌های اضطراب و بیماری پوستی رابطه‌ی معنادار حاصل نشد گرچه شواهد موجود حاکی است که شیوع اختلال اضطراب در مراجعین درمانگاه‌های طبی مانند بیماری‌های پوستی در حد بالایی است، اما داده‌ها نشان می‌دهد که چندین رویداد منفی در زندگی، احتمال پیدایش این اختلال را به مقدار زیاد افزایش می‌دهد. هرگاه بیماری پوستی و استرس زمینه‌ای بیمار هم‌زمان درمان شوند، پوست اغلب سریع‌تر و کامل‌تر درمان می‌شود، زیرا اثرات سوءاسترس برداشته می‌شود و این امر باعث کاهش سطح اضطراب عمومی بیمار و ایجاد احساس بهتری نسبت به خود در بیمار می‌گردد.^{۶۰} از آنجا که بیماران پوستی قریب به اتفاق مدت‌های مدیدی تحت درمان پزشکی بودند، از این جهت چنانچه نشانه‌های اضطراب وجود داشته باشد در طول درمان تا حدودی نشانه‌های اضطراب آن‌ها برطرف خواهد شد. هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های وسواس کل و وسواس شست‌وشو با بیماری‌های پوستی رابطه‌ی آماری معنادار وجود ندارد از سوی دیگر، در وسواس چک‌کردن فرضیه‌ی پژوهش در جهت خلاف تأیید شد. به این صورت که وسواس چک‌کردن در افراد عادی بیش از بیماران پوستی گزارش شده است. یکی از دلایل احتمالی این تفاوت ممکن است این باشد که در ظهور نشانه‌های روان‌شناختی در بیماری‌های جسمانی هم‌چون بیماری‌های پوستی علاوه‌بر طول مدت بیماری عوامل فرعی مانند هورمون‌ها، انتقال‌دهنده‌های عصبی و سوخت‌وسازهای عصبی نقش بازی می‌کنند که با اختلالات محور I در DSM-IV-IR به‌خصوص OCD در ارتباط است.^{۶۲}

از آنجا که نمونه‌ی موردنظر در این پژوهش تحت درمان با داروهای پوستی بود و اغلب این داروهای مورد استفاده در بیماری پوستی به توازن هورمونی کمک می‌کنند در نتیجه نه‌تنها نشانه‌های بیماری

آماري معناداري وجود نداشت و اين نشانگر عدم آگاهی بیماران نسبت به نیاز به درمان روان‌پزشکی یا نگرش منفی رایج در جامعه‌ی ما نسبت به مداخلات روان‌شناسی و روان‌پزشکی است.

بین نشانه‌های برون‌گرایی و سابقه‌ی خودکشی در بیماران پوستی رابطه‌ی معنادار وجود داشت. خودکشی در بیماران با بیماری‌های پوستی ناتوان‌کننده اغلب گزارش شده است. حتی از نظر بالینی بیماری‌های پوستی با شدت خفیف تا متوسط می‌تواند به‌طور قابل توجهی با افسردگی و افکار خودکشی در ارتباط باشد. با توجه به بروز و ظهور آشکار بیماری‌های پوستی و هم‌ابتلایی آن با اختلال افسردگی اساسی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) وجود عقاید مربوط به خودکشی و سابقه‌ی خودکشی در این بیماران دور از انتظار نیست. میان نشانه‌های برون‌گرایی و سابقه‌ی اختلال روانی در خانواده‌ی بیماران پوستی رابطه‌ی معنادار وجود داشت. با توجه به اینکه تعدادی از بیماران در مقایسه با سایر بیماران نشانه‌های برون‌گرایی کم‌تری گزارش کردند و این ممکن است به دلیل استعداد ابتلا به نشانه‌های روان‌شناختی در بیماران با برون‌گرایی کم‌تر باشد. با توجه به نقش توارث در اغلب اختلال‌های روانی می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که استعداد ابتلا به اختلال‌های روانی در خانواده این بیماران نیز مشهود باشد. بین نشانه‌های برون‌گرایی و تحصیلات در بیماران پوستی رابطه‌ی معنادار وجود نداشت. با توجه به اینکه اغلب بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی یا در حال تحصیل بودند، در نتیجه از حداقل روابط اجتماعی برخوردار بودند که خود، میل به برون‌گرایی بیشتر را ایجاد می‌کند.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رهنمون پژوهش‌های نوین به‌منظور گسترش علم و دانش روان‌شناختی در زمینه‌ی بیماری‌های پوستی گردد. در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش دانش نسبت به اختلال‌های روانی پوستی را فراهم

وجود نداشت. تفاوت یافته‌ها در پژوهش‌های مختلف می‌تواند ناشی از ویژگی‌های مختلف جمعیت‌شناختی در افراد مورد مطالعه باشد.^{۶۳}

رابطه‌ی بین نشانه‌های برون‌گرایی و جنسیت در بیماران پوستی معنادار نبود. به‌علت حساس‌بودن خانم‌ها نسبت به ظاهر خود و روحیه‌ی ضعیف زنان در مواجهه با حوادث و رویدادهای روزمره تأثیرپذیری آنان از استرس‌های جامعه بیشتر از مردان است. بین نشانه‌های برون‌گرایی و وضعیت تأهل در بیماران پوستی رابطه‌ی معنادار وجود نداشت و با توجه به رشد و توسعه‌ی امکانات ارتباطی در عصر حاضر که میل به برقراری ارتباط را ایجاد می‌کند، نقش تأهل در نشانه‌های روانی کم‌تر به‌نظر می‌رسد. رابطه‌ی بین نشانه‌های برون‌گرایی و شغل در بیماران پوستی معنادار نبود. مقایسه‌ی سلامت روانی بیماران براساس شغل نشان داده است که اختلال روانی در بیماران پوستی بی‌کار از شیوع بالاتری برخوردار است و از نظر آماری ارتباط معناداری بین شغل و سلامت روانی وجود دارد.^{۴۳} داشتن شغل از چند نظر حائز اهمیت است، کسب درآمد، برقراری تماس‌های اجتماعی، کسب جایگاه و هویت در جامعه و انجام فعالیت‌های فیزیکی؛ بنابراین، با ازدست‌دادن این مزایا استرس‌های فرد بی‌کار افزایش می‌یابد. برون‌گرایی به‌عنوان یکی از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، بیشتر تحت تأثیر روابط اجتماعی و میان‌فردی است. به‌عبارت دیگر، برون‌گرایی در افراد شاغل نسبت به سایرین از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به بروز و ظهور آشکار بیماری‌های پوستی می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که برون‌گرایی در افراد شاغل مبتلا به بیماری پوستی در مقایسه با افراد بی‌کار از اهمیت بالایی برخوردار است و احتمال اینکه افراد شاغل با بیماری پوستی نسبت به بیکاران برون‌گرایی کم‌تری داشته باشند دور از انتظار نیست. میان نشانه‌های برون‌گرایی و سابقه‌ی بیماری روانی در بیماران پوستی رابطه‌ی

با توجه به تعداد حجم نمونه و روش نمونه‌گیری در دسترس، هرگونه تعمیم باید با احتیاط صورت گیرد. از آنجا که آزمودنی‌های گروه بیمار مجبور بودند پرسش‌نامه‌های خود را در اختیار پزشک معالج جهت بررسی شدت بیماری قرار دهند، شاید این امر به‌نوبه‌ی خود بر نحوه‌ی پاسخگویی تأثیر گذاشته باشد.

با توجه به تحقیقات صورت گرفته در این زمینه از آنجا که شیوع اختلالات روانی میان بیماران پوستی بستری بالاتر از بیماران پوستی سرپایی است لذا پیشنهاد می‌شود نمونه‌ی پژوهش‌های آتی از بیماران بستری انتخاب شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از مدیریت کلینیک به‌سیما که در اجرای پژوهش ما را یاری نمودند.

می‌کند. از آنجا که اغلب بیماران با بیماری‌های پوستی و نشانه‌های اختلال روانی در آغاز روند درمانی به متخصص پوست مراجعه می‌کنند، از این‌رو نشانه‌های روانی آن‌ها از نظر دور می‌ماند. به همین دلیل پژوهش‌هایی از نوع پژوهش حاضر می‌تواند به متخصص پوست کمک کند تا بر آگاهی خود در مورد اختلال‌های روانی پوستی افزوده تا بتواند مداخلات صحیح را انجام دهد. در سطح عملی، رابطه‌ی نشانه‌های اختلال روانی با بیماری‌های پوستی نیاز اختصاصی به حضور تیم متخصص حاصل از متخصص پوست، روان‌پزشک و روان‌شناس را در کلینیک‌های پوست و مو را برجسته می‌سازد.

این پژوهش همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی در اجرا روبرو بوده است که نتایج آن باید در چارچوب آن‌ها مدنظر قرار بگیرد و تفسیر شود.

References

1. Aruta CL, Calaguas CR, Gameng JK, et al. Mobile-based medical assistance for diagnosing different types of skin diseases using case-based reasoning with image processing. *I J CI T*. 2015; 3(3):115-8.
2. Bezie Z, Deboch B, Ayele D, et al. Common skin diseases. *International Development*. 2005; 13:200-4.
3. Chiriac A, Brzezinski P, Pinteala T, et al. Common psychocutaneous disorders in children. *Neuropsychiatric Dis Treat*. 2015; 11: 333-7.
4. Turner M, Smith C, Thomas N, et al. The development and implementation of stepped-care psychological support in medical dermatology. *Br J Dermatol*. 2015; 173, 200-5.
5. Rayner L, Jackson K, Turner M, et al. Integrated mental health assessment in a tertiary medical dermatology service: feasibility and the prevalence of common mental disorder. *Br J Dermatol*. 2015; 173, 201-3.
6. Shavit E, Dreier J, Freud T, et al. Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29:371-6.
7. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case- control study. *Ann Gen Psychiatry*. 2014; 13: 38-42.
8. Nguyen CM, Danesh M, Beroukhim K, et al. Psychodermatology: A Review. *Pract Dermatol*. 2015;4:49-54.
9. Makara-Studzińska M, Partyka I, Ziemecki P, et al. The occurrence of emotional problems in somatic diseases based on psychodermatology. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2014;2:23-8.
10. Sawant NS, Vanjari NA, Khopkar U, et al. A Study of depression and quality of life in patients of lichen planus. *Sci World J*. 2015; 9:1-6.

11. Picardi A, Lega I, Tarolla E. Suicide risk in skin disorders. *Clin Dermatol*. 2013; 31:47-56.
12. Schmitt JV, Ribeiro CF, Souza FH, et al. Hair loss perception and symptoms of depression in female outpatients attending a general dermatology clinic. *An Bras Dermatol*. 2012; 87:412-7.
13. Ukonu AB, Ibekwe PE, Ezechukwu A. Anxiety state and its psychosocial consequences among acne vulgaris and chronic urticaria patients in Abuja. *Int J Psychol Stud*. 2015;8:1-10.
14. Cotterill JA. Psychophysiological aspect of eczema. *Semin Dermatol*. 1990; 9:216-9.
15. Freire M, Rodríguez J, Möller I, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatol Clin*. 2011;7:20-26.
16. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol*. 2003; 139, 752-6.
17. Walker C, Papadopoulos L. Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:169-71.
18. Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, et al. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:991-9.
19. Woong JW, Koo JY. Psychopharmacological therapies in dermatology. *Dermatol Online J*. 2013;19:18169.
20. Khattri S, Bist JS, Arun A, et al. Clinical correlates of vitiligo with depression and anxiety: A comparative study in patients and their caregivers. *Int J Adv Res*. 2015; 3, 200-5.
21. Mohandas P, Bewley A, Taylor R. Acne excoricee: improved outcomes with low-dose isotretinoin in an integrated multidisciplinary team care setting. *Br J Dermatol*. 2015; 173, 200-8.
22. Gul AI, Colgecen E. Personality traits and common psychiatric conditions in adult patients with acne vulgaris. *Ann Dermatol*. 2015; 27, 48-52.
23. Aghaei S, Saki N, Daneshmand E, et al. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects. *ISRN Dermatology*. 2014;10,1-4.
24. Martin-Brufau R, Corbalán-Berná J, Ramirez-Andreo A, et al. Personality differences between patients with lichen simplex chronicus and normal population: A study of pruritus. *Eur J Dermatol*. 2012; 20:210-9.
25. Remröd C, Sjöström K, Svensson A. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:439-43.
26. Sharquie KE, Noaimi AA, Younis MS, et al. The major psychocutaneous disorders in Iraqi patients. *J Cosmet, Dermatol Sci Applications*. 2015;5:53-61.
27. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Invest Dermatol*. 2015;135:984-91.
28. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, et al. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol*. 2003;139:752-6.
29. Sharma P, Fernandes A, Bharati A, et al. Psychological aspects of alopecia areata. *Indian Journal of Mental Health*. 2015;2:19-26.
30. Alan S, Canan F, Karakash AA, et al. Temperament and character profiles of patients with chronic idiopathic urticaria. *Postęp Derm Alergol*. 2015;32:167-72.
31. Kim S, Lee JY, Oh JY, et al. The association between atopic dermatitis and depressive symptoms in Korean Adults: The Fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2012. *Korean J Fam Med*. 2015;36:261-5.

32. Miniszewska J, Chanduszko-Salska J, Ograczyk A, et al. Characteristics and assessment of stress management workshop for psoriasis patients. *Curr Probl Psychiatry*. 2015;16:55-9.
33. Vora R, Anjaneyan G, Diwan N, et al. Psychodermatology: A review. *Int J Med Sci Dent Health*. 2015;1:89-103.
34. Mina S, Jabeen M, Singh S, et al. Gender differences in depression and anxiety among atopic dermatitis patients. *Indian J Dermatol*. 2015;60:211-21.
35. Marshall C, Bewley A. Social anxiety disorder and gorphobia in dermatology patients; two cases and a review of the literature. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:862-3.
36. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:270-5.
37. Montgomery K, Norman P, Messenger AG, et al. The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *Br J Dermatol*. 2016; 175: 930-6.
38. Wojtyna E, Lakuta P, Marcinkiewicz K, et al. Gender, body image and social support: Biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2017;97:91-7.
39. Nicholas MN, Gooderham MJ. Atopic dermatitis, depression, and suicidality. *J Cutan Med Surg*. 2017;21:237-42.
40. Schmitt JV, Ribeiro CF, Souza FH, et al. Hair loss perception and symptoms of depression in female outpatients attending a general dermatology clinic. *An Bras Dermatol*. 2012;87:412-7.
41. Safa M, Jebreili R, Momen Nasab M. Frequency survey of depression and anxiety in patients with lupus arthritis referring to education and therapy specialized skin and nerves clinics Khorramabad city. *Journal of Scientific Research* 2008; 9: 34-37 (Persian).
42. Jafferany M. Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. *J Clin Psychiatry*. 2007;9:203-13.
43. Haj Heidary Z, Zarghami M, Ali Mohammad Poor R, et al. Investigating mental injury Sari's skin care patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006; 15, 105- 112 (Persian).
44. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33:335-43.
45. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, et al. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10:176-81.
46. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther*. 1997; 35:79-89.
47. Besharat MA. Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) in clinical and general population. *Research Report* 2006;13:29-54 (Persian).
48. Daza P, Novy DM, Stanley MA, et al. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess*. 2002;24:195-205.
49. Lovibond PF. Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *J Abnorm Psychol*. 1998;107:520-6.
50. Norton PJ. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Coping*. 2007;20:253-65.

51. Hodgson RL, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther.* 1977;15:389-95.
52. Sternberger LG, Burns GL. Compulsive Activity checklist and the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: Psychometric properties of two measures of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 1991;21:117-27.
53. Emmelkamp PM, Kraaijkamp HJ, Van den Hout MA. Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Modif.* 1999;23:269-79.
54. Richter MA, Cox BJ, Direnfeld DM. A comparison of three assessment instruments for obsessive-compulsive symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1994;25:143-7.
55. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif.* 1985; 6:21-9.
56. Aluja A, García O, García LF. A psychometric analysis of the revised Eysenck Personality Questionnaire short scale. *Pers Individ Dif.* 2003; 35:449-60.
57. Alexopoulos DS, Kalaitzidis I. Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire Revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Pers Individ Dif.* 2004;37:1205-20.
58. Bakhshipour A, Bagharian Khorrooshi S. Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-RS) short scale. *Contemporary Psychology.* 2006;1:3-12 (in persian).
59. McCrae RR, Costa PT. A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Pers Individ Dif.* 2004;36:587- 96.
60. Mufaddel A, Abdelghani EA. Psychiatric Comorbidity in Patients with Psoriasis, Vitiligo, Acne, Eczema and Group of Patients with Miscellaneous Dermatological Diagnoses. *Open J Psychiatr.* 2014;4:168-175.h
61. Adibi N, Toghyani A. Overview on Psychosomatic aspects of Acne and Legirus (Boils of youth pride). *Behavioral Sciences Research.* 2011;9:460-470 (Persian).
62. Ünsalver BÖ, Özmen M, Tecer Ö, et al. Phenomenology and prevalence of Obsessive Compulsive and other axis I disorders in a Turkish dermatology clinic. *J N S.* 2012;1:16-22.
63. Kosaraju SK, Reddy KS, Vadlamani N, et al. Psychological morbidity among dermatological patients in a rural setting. *Indian J Dermatol.* 2015; 60:635-8.

Comparison of psychological symptoms severity in patients skin suffered from diseases with healthy individuals

Mina Abdi Zenab, MSc¹
MohammadAli Besharat, PhD¹
Seyed Masoud Davoudi, MD²

1. Department of Clinical Psychology,
Faculty of Psychology and Educational
Sciences, University of Tehran, Tehran,
Iran
2. Department of Dermatology,
Baghyatallah University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Background and Aim: Skin diseases are associated with a set of psychological disorders that not only affects the patient, but also has a huge burden on the patient's family and the wider society. The main purpose of the present study was to compare the severity of psychologic symptoms in patients with skin diseases and healthy participants.

Methods: In this study, 305 participants aged from 16-85 years (153 cases and 152 controls) were enrolled. Data including demographic variables, in addition to psychiatric variables such as Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS), Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) were collected by asking participants to complete questionnaires. The data were analyzed with t test and variance analysis.

Results: There was no significant difference between case and control groups regarding the prevalence of depression, anxiety, compulsive washing and neuroticism. However, there was a significant difference in checking, extroversion and lie. No significant relation was found between age, sex, education, marital status, occupation and history of mental illness with psychological symptoms of patients. A significant relation was observed between the history of suicide and the history of mental illness in the family of patients with extraversion.

Conclusion: Correlation and interaction between skin disease and symptoms of mental disorders is complicated and needs further investigations.

Keywords: psychological signs, skin disease, healthy participants

Received: Feb 24, 2018 Accepted: May 05, 2018

Dermatology and Cosmetic 2018; 9 (1): 13-27

Corresponding Author:
Mina Abdi Zenab, MSc

Faculty of Psychology and Educational
Sciences, University of Tehran, Kordan
Ave, Jalal-e- Al-e- Ahmad Ave, Chamran
Highway, Tehran, Iran
Email: minaabdi@ut.ac.ir

Conflict of interest: None to declare