

بررسی نیمرخ روان‌شناختی مبتلایان به ضایعات پوستی

دکتر ندا ادیبی^۱، دکتر کتایون شفیعی^۲، بهروز ایزدی^۳، دکتر حمید افشار^۴، دکتر رضا باقریان سرارودی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران پوستی شایع است؛ در بین این بیماری‌ها، اختلالات خلقی از سایرین بارزتر است. بیماری‌های پوستی می‌توانند باعث کاهش اعتماد به نفس فرد شوند؛ به گونه‌ای که حتی افزایش خودکشی موفق، اقدام به خودکشی و فکر کردن به آن در بین این بیماران گزارش شده است. هدف از این مطالعه، بررسی نیمرخ روان‌شناختی بیماران مبتلا به ضایعات پوستی مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی - توصیفی، ۲۵۰ بیمار ۱۶ تا ۶۰ ساله دارای ضایعه‌ی پوستی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس وارد مطالعه شدند. از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS) جهت تعیین وضعیت نیمرخ روان‌شناختی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t مستقل، χ^2 ، Kruskal-Wallis، ضریب همبستگی Spearman، Mann-Whitney مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مشکلات روان‌شناختی بر اساس GHQ-28 شیوع ۶۰ درصدی نشان داد؛ اختلال عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی، علایم جسمانی و در نهایت افسردگی، به ترتیب بیشترین میانگین و شیوع را به خود اختصاص دادند. پرسش‌نامه‌ی HADS میزان شیوع اختلال روان‌شناختی را در زیرمجموعه‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۲۷/۶ و ۲۷/۸ درصد نشان داد. سن و جنس با وضعیت نیمرخ روان‌شناختی رابطه‌ای نداشتند؛ ولی تأهل و محل ضایعات پوستی با وضعیت نیمرخ روان‌شناختی به طور معنی‌داری مرتبط بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه همراهی قابل توجه ضایعات پوستی را با ناخوشی‌های روان‌شناختی و وضعیت سلامت روان نشان می‌دهد. با توجه به شیوع بیماری‌های پوستی، توجه به مسایل روان‌شناختی در بیماران مراجعه کننده جهت پیش‌گیری و درمان اختلالات احتمالی حایز اهمیت است.

واژگان کلیدی: نیمرخ روان‌شناختی، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS)، ضایعه‌ی پوستی

ارجاع: ادیبی ندا، شفیعی کتایون، ایزدی بهروز، افشار حمید، باقریان سرارودی رضا. بررسی نیمرخ روان‌شناختی مبتلایان به ضایعات پوستی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۲؛ ۳۱ (۲۳۶): ۶۳۰-۶۳۰

تظاهرات سوماتیک مشاهده می‌شود؛ به عنوان مثال، در بیماران مبتلا به Diabetes mellitus، بیماری عروق کرونر، بیماری‌های ناشی از سیستم ایمنی و

مقدمه

افزایش شیوع علایم و اختلالات روان‌پزشکی در طیف وسیعی از بیماری‌های جسمانی و اختلالات با

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای مرغه‌ای به شماره‌ی ۳۹۰۳۰۷ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

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

۲- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌تنی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

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

Email: shafiei@med.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر کتایون شفیعی

شدت اثر بیماری‌های پوستی بر شرایط روان‌شناختی افراد متفاوت است و به نظر نمی‌آید که با شدت ضایعه مرتبط باشد (۲۱).

از طرفی، سلامت وضعیت روان‌شناختی فرد و تصویر ذهنی وی از خود، جزء مهمترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی وی می‌باشد (۲۲).

بیماری‌های پوستی، به عنوان یک بیماری جسمانی و یک نقص توأم با آشفتگی هیجانی، اثر قابل توجهی بر کیفیت زندگی دارد (۲۳) و می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل قابل توجهی کاهش دهد (۲۴-۲۵)؛ لذا، پرسش‌نامه‌های مختلفی برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران پوستی طراحی شده است (۲۶). برای مثال، بیماری پسوریازیس باعث اختلال روان‌شناختی و کاهش کیفیت قابل ملاحظه در زندگی بیماران می‌شود (۲۷).

برخی مطالعات انجام شده حاکی از نادیده انگاشتن اختلالات روان‌پزشکی همراه با ضایعات پوستی توسط متخصصین پوست، مو و زیبایی است (۲۸)؛ این حالت می‌تواند ناشی از زمان ویزیت کوتاه و شلوغی درمانگاه و کلینیک‌های پوست باشد. از آن جایی که تشخیص اختلالات روان‌پزشکی تنها به وسیله‌ی روان‌پزشک امکان‌پذیر است، استفاده از پرسش‌نامه‌های غربال‌گری روان‌پزشکی می‌تواند در غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی و معرفی افراد غربال شده به متخصصین امر بسیار مفید واقع شود (۲۹). با توجه به نبود مطالعات کافی در زمینه‌ی عوامل مرتبط و اثرگذار پوستی بر وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران، هدف از این مطالعه، بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران پوستی و عوامل مؤثر بر آن بود.

بیماری‌های عصبی و پوستی، افسردگی بیش از افرادی است که به این بیماری‌ها مبتلا نیستند (۴-۱). Andrews و همکاران شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی را در بیماران کرون و کولیت اولسرو (بیماری‌های التهابی روده) ۳۳-۳۴ درصد گزارش کردند (۵).

در این میان، بیماری‌های پوستی به دلیل تأثیر در ظاهر فرد و همچنین، سطح وسیع پوست اهمیت ویژه‌ای دارند. بیماری‌های پوستی باعث کاهش اعتماد به نفس فرد می‌شوند (۶)؛ به گونه‌ای که حتی، افزایش خودکشی موفق، اقدام به خودکشی و فکر کردن به آن در بین این بیماران گزارش شده است (۷-۱۱).

هزینه‌ی کاهش تولید و بازدهی بیماری‌های پوستی در آمریکا ۱۰/۲ میلیارد دلار در سال است (۱۲). بخش قابل توجهی از این بار، شامل اثر بیماری‌های پوستی بر وضعیت روان‌شناختی می‌شود که در زندگی فرد اثر حایز اهمیتی دارد.

اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناسی در حداقل ۳۰ درصد از بیماران پوستی وجود دارد و در برخی مطالعات، تا ۴۰ و در بیماران بستری تا ۶۰ درصد هم گزارش شده است (۱۳-۱۷). این اثر روان‌شناختی وقتی نواحی خاصی از تصویر بدنی (Body image) را تحت تأثیر قرار دهد، بیشتر حایز اهمیت است (۷). بیشترین اختلال خلقی که در بیماران پوستی مشاهده می‌شود، افسردگی و اختلالات خلقی است (۱۸). در مطالعه‌ی رادمنش و همکاران در اهواز، از بین ۱۰۹ بیمار بررسی شده، ۱۰۷ نفر دچار اختلالات خلقی بودند (۱۹)؛ همچنین در بررسی حیدری و همکاران در ساری نیز ۳۹/۴ درصد از بیماران، مشکوک به اختلالات روان‌پزشکی بودند (۲۰).

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی-تحلیلی بر روی بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست و موی دانشگاهی شهر اصفهان، صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید گردید.

۲۵۰ نفر بیمار پوستی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس وارد مطالعه شدند. این افراد، با سن بالاتر از ۱۶ سال، بدون اختلالات شناختی و زوال عقل با ضایعات پوستی به مدت بیش از یک هفته و ویزیت شده در درمانگاه‌های پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند.

ابتدا اطلاعات کامل در مورد هدف مطالعه توسط دانشجو و متخصص پوست به بیماران دارای هر نوع ضایعات پوستی داده شد. سپس، پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در مطالعه، جهت تکمیل در اختیار تمامی بیمارانی که رضایت به شرکت در مطالعه داشتند، قرار گرفت. آن‌گاه، تمامی بیماران توسط متخصص پوست ویزیت شدند و بیماری پوستی آنان در پرسش‌نامه ثبت گردید.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی دموگرافیک و سوابق پزشکی بیمار، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ-28)، پرسش‌نامه‌ی شاخص کیفیت زندگی پوستی (Dermatology life quality index یا DLQI) و پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (Hospital anxiety and depression scale یا HADS) جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه‌ی GHQ-28 یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد برای غربال‌گری سلامت روانی است که

اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه از چهار مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. هر سؤال، چهار گزینه دارد که با نمره‌ی ۰ تا ۳ امتیاز دهی می‌شود. در صورتی که، نمره بین ۰-۲۲ باشد، هیچ اختلالی وجود ندارد. نمره‌ی بین ۲۳-۴۰ نشانه‌ی اختلال خفیف، نمره‌ی بین ۴۱-۶۰ حاکی از اختلال متوسط و نمره‌ی بین ۶۱-۸۴ نشان دهنده‌ی اختلال روانی شدید می‌باشد. در مطالعات داخلی، ضریب پایایی و آلفای Cronbach ۰/۹۲-۰/۸۸ برای آن ذکر شده است؛ این پرسش‌نامه تنها برای افتراق سلامت و عدم سلامت روانی به کار می‌رود (۳۰).

پرسش‌نامه‌ی DLQI اولین پرسش‌نامه‌ی اختصاصی ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران پوستی است که در سال ۱۹۹۲ توسط Khan و Finlay مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه حاوی ۱۰ سؤال است که اثر بیماری پوستی را بر احساسات، فعالیت روزانه، تفریحات کار و تحصیل و روابط شخصی فرد بررسی می‌کند. سؤالات پرسش‌نامه‌ی DLQI، به منظور جلوگیری از خطای یادآوری، اطلاعات لازم را از یک هفته قبل از بیماران درخواست می‌کند. هر سؤال چهار گزینه دارد که با نمره‌ی ۱ تا ۴ امتیاز دهی (۱ تأثیرپذیری زیاد و ۴ عدم تأثیر) شده است. نمره‌ی ۲۰-۱۰ کیفیت زندگی پایین، ۳۰-۲۱ کیفیت زندگی متوسط و ۴۰-۳۱ کیفیت زندگی بالا را نشان می‌دهد. آقایی و همکاران در شیراز روایی و پایایی DLQI را با آلفای Cronbach ۰/۷۷ تأیید کردند (۳۱).

پرسش‌نامه‌ی HADS، که برای اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط Zigmond و Snaith طراحی شد، دو

افسردگی به ترتیب بیشترین میانگین و شیوع را داشتند (جدول ۳).

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی وضعیت دموگرافیک در جمعیت مورد مطالعه

درصد	تعداد	
توزیع فراوانی جنسی		
۲۴/۸	۶۲	مرد
۷۵/۲	۱۸۸	زن
توزیع فراوانی سنی		
۸/۰	۲۰	سال ۱۶-۲۰
۵۰/۸	۱۲۷	سال ۲۱-۳۰
۲۰/۴	۵۱	سال ۳۱-۴۰
۱۲/۰	۳۰	سال ۴۱-۵۰
۸/۸	۲۲	بیشتر از ۵۰ سال
توزیع وضعیت تأهل		
۴۲/۸	۱۰۷	مجرد
۵۶/۰	۱۴۰	متأهل
۱/۲	۳	طلاق گرفته
مدت زمان ضایعه		
۳۸/۴	۹۶	کمتر از ۱ سال
۴۰/۰	۱۰۰	۱-۵ سال
۱۱/۶	۲۹	۵-۱۰ سال
۱۰/۰	۲۵	بیشتر از ۱۰ سال
بیماری زمینه‌ای		
۵۰/۴	۱۲۶	بدون بیماری
۳۲/۴	۸۱	بیماری طبی
۸/۸	۲۲	بیماری روان‌پزشکی
۸/۴	۲۱	هم طبی و هم روان‌پزشکی
مصرف دارو		
۶۷/۲	۱۶۸	دارو مصرف نمی‌کند
۲۵/۲	۶۳	داروی طبی
۲/۴	۶	داروی روان‌پزشکی
۵/۲	۱۳	هم داروی طبی و هم روان‌پزشکی

بررسی نیم‌رخ روان‌شناختی بر مبنای HADS نشان داد که در زیرمجموعه‌ی اضطراب، ۴۵/۲ درصد

بعد اضطراب و افسردگی را می‌سنجد. کاربرد این مطالعه در ارزیابی وجود و شدت اختلالات اضطرابی و افسردگی در بیماری‌های جسمانی و روان‌پزشکی توسط مطالعات مختلفی اثبات شده است (۳۲). این پرسش‌نامه از ۱۴ سؤال با دو زیرمجموعه‌ی اضطراب و افسردگی تشکیل شده است. هر پرسش، چهار گزینه دارد که با نمره‌ی ۰ تا ۳ امتیاز دهی می‌شود. نمره‌ی ۷-۰ در هر زیرمجموعه سالم، نمره‌ی ۱۰-۸ در معرض اختلال و نمره‌ی ۱۱ و بالاتر از آن دارای اختلال در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه برای استفاده در بیماران ایرانی Validate شده است (۳۳). داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های Independent-t، χ^2 ، Mann-Whitney، Kruskal-Wallis و ضریب همبستگی Spearman آنالیز شد.

یافته‌ها

افراد مورد بررسی شامل ۶۲ نفر مرد (۲۴/۸ درصد) و ۱۸۸ نفر زن (۷۵/۲ درصد) بودند. جداول شماره‌ی ۱ و ۲ خصوصیات دموگرافیک و سوابق پزشکی بیماران را نشان می‌دهد.

بر اساس پرسش‌نامه‌ی GHQ-28، وضعیت روان‌شناختی بیماران به صورت ۴۰ درصد سالم، ۴۲/۸ درصد درگیری خفیف، ۱۶/۸ درصد درگیری متوسط و ۰/۴ درصد درگیری شدید به دست آمد؛ با در نظر گرفتن نقطه‌ی برش ۲۴، نزدیک به ۶۰ درصد از افراد مورد مطالعه، دچار اختلال روان‌شناختی بودند. در این میان، اختلال عملکرد اجتماعی، اضطراب و بی‌خوابی، علایم جسمانی و در نهایت،

میانگین سن افراد با نیم‌رخ روان‌شناختی سالم و یا مختل بر اساس HADS، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/490$). نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس GHQ-28 ($r = 0/080$; $P = 0/210$) و کیفیت زندگی پوستی ($r = 0/070$; $P = 0/290$) هم رابطه‌ی معنی‌داری با سن نداشتند.

بر اساس آزمون χ^2 ، بین جنس و نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس HADS رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/510$)؛ همچنین، نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که بین جنس و نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس GHQ-28 ($P = 0/315$) و کیفیت زندگی پوستی ($P = 0/059$) رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد.

بین تأهل و نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس HADS (آزمون χ^2 ، $P = 0/030$) و GHQ-28 (آزمون Kruskal-Wallis، $P = 0/025$) رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. کیفیت زندگی پوستی نیز با تأهل ارتباط معنی‌دار داشت (آزمون Kruskal-Wallis، $P = 0/004$)؛ به گونه‌ای که وضعیت نیم‌رخ روان‌شناختی و کیفیت زندگی پوستی در افراد مجرد بهتر از افراد متأهل بود.

نتایج آزمون‌ها ارتباط معنی‌دار نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس HADS (آزمون χ^2 ، $P = 0/025$) و GHQ-28 (آزمون Kruskal-Wallis، $P = 0/005$) و کیفیت زندگی پوستی (آزمون Kruskal-Wallis، $P < 0/001$) را با محل ضایعه‌ی پوستی نشان دادند.

بدترین وضعیت نیم‌رخ روان‌شناختی و پایین‌ترین کیفیت زندگی پوستی در افراد با ضایعات پوستی در محل تناسلی، اینگواینال، پرینه و مقعد و ضایعات پوستی منتشر دیده شد؛ حال آن که، بهترین وضعیت

سالم، ۲۷/۲ درصد در معرض اختلال و ۲۷/۶ درصد دچار اختلال روان‌شناختی اضطرابی بودند. در زیرمجموعه‌ی افسردگی نیز ۴۳/۶ درصد سالم، ۲۷/۶ درصد در معرض اختلال و ۲۸/۸ درصد دچار اختلال افسردگی بودند (جدول ۳).

جدول ۲. فراوانی ضایعات پوستی بر اساس محل آن

محل ضایعه‌ی پوستی	تعداد	درصد
صورت	۱۳۴	۵۳/۶
سر	۲۵	۱۰/۰
گردن	۴	۱/۶
اندام فوقانی	۵	۲/۰
دست	۱۸	۷/۲
تنه	۲۵	۱۰/۰
ناحیه‌ی اینگواینال، تناسلی، پرینه و مقعد	۸	۳/۲
اندام تحتانی	۱۷	۶/۸
پا	۵	۲/۰
منتشر در بدن	۹	۳/۶

در بررسی وضعیت کیفیت زندگی پوستی، ۷۷/۶ درصد از بیماران از کیفیت خوب زندگی پوستی برخوردار بودند و ۱۹/۲ درصد کیفیت زندگی پوستی متوسط و ۳/۲ درصد کیفیت زندگی پوستی پایین داشتند.

آزمون Mann-Whitney نشان داد که کیفیت زندگی پوستی بر مبنای DLQI، در افرادی که نیم‌رخ روان‌شناختی سالم بر مبنای HADS داشتند، به طور معنی‌داری بهتر از افراد با نمره‌ی اضطراب و افسردگی بیشتر بود ($P < 0/001$). نیم‌رخ روان‌شناختی بر اساس GHQ-28 و کیفیت زندگی پوستی نیز رابطه‌ی معکوس معنی‌داری با هم داشتند ($r = -0/375$; $P < 0/001$).

آزمون Independent-t نیز نشان داد که بین

پوستی را در زمینه‌ی عملکرد اجتماعی و سپس، اضطراب و بی‌خوابی نشان داد. در این مطالعه، نیم‌رخ روان‌شناختی مختل ارتباط معنی‌داری با وضعیت تأهل و محل ضایعه داشت.

بر خلاف مطالعه‌ی Picardi و همکاران که نشان دهنده‌ی افزایش ناخوشی‌های روان‌شناختی در زنان با ضایعات پوستی در نواحی غیرپوشیده بدن بود (۳۵)، این مطالعه، ارتباط وضعیت روان‌شناختی با نواحی پوشیده و غیرپوشیده را تأیید نکرد و تفاوت جنسی در ناخوشی‌های روان‌شناختی در بین بیماران پوستی را نشان نداد.

مطالعه‌ی Aktan و همکاران تأثیر مشخصات ضایعه از قبیل نوع، محل و شدت آن را بر وضعیت روان را تأیید نکرد (۳۴)؛ پژوهش حاج حیدری و همکاران در ساری نیز ارتباطی بین نوع، محل و شدت ضایعه با وضعیت روان‌شناختی نشان نداد (۲۰). در حالی که، مطالعه‌ی حاضر ارتباط نیم‌رخ روان‌شناختی را با محل ضایعه اثبات نمود. این

نیم‌رخ روان‌شناختی در افراد با ضایعات پوستی گردن و پاها بود و بالاترین نمره‌ی کیفیت زندگی پوستی نیز در افراد با ضایعات پوستی پاها و تنه مشاهده شد. مدت ضایعه‌ی پوستی با وضعیت نیم‌رخ روان‌شناختی (بر اساس HADS و GHQ-28) و کیفیت زندگی پوستی رابطه‌ی معنی‌داری نداشت (به ترتیب آزمون Mann-Whitney، $P = 0/502$ ، آزمون Independent-t، $P = 0/990$ و $r = 0/001$ و آزمون Independent-t، $P = 0/330$ و $r = -0/001$).

بررسی ارتباط بین نوع ضایعه و نیم‌رخ روان‌شناختی و کیفیت زندگی پوستی به دلیل تنوع ضایعات و فراوانی کم آنان قابل قضاوت نبود.

بحث

این مطالعه، شیوع مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران پوستی را تأیید کرد؛ یافته‌ای که با مطالعات پیشین هم‌خوانی دارد (۳۴، ۱۷، ۱۴). مطالعه‌ی حاضر، شایع‌ترین حیطه‌ی اختلال روان‌شناختی در بیماران

جدول ۳. میانگین نمرات خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) و فراوانی و درصد فراوانی وضعیت‌های مختلف خرده

مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS)

انحراف معیار	میانگین (از ۲۱ نمره)	خرده مقیاس پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی
۳/۷۴	۶/۹۱	علایم جسمانی
۴/۳۵	۷/۹۴	اضطراب و بی‌خوابی
۳/۳۳	۸/۱۴	اختلال عملکرد اجتماعی
۴/۴۸	۴/۷۱	افسردگی
درصد فراوانی	فراوانی	خرده مقیاس پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی
۴۵/۲	۱۱۳	نمره‌ی ۰-۷ (سالم)
۲۷/۲	۶۸	نمره‌ی ۸-۱۰ (در معرض اختلال)
۲۷/۶	۶۹	نمره‌ی ۱۱-۲۱ (دچار اختلال)
۴۳/۶	۱۰۹	نمره‌ی ۰-۷ (سالم)
۲۷/۶	۶۹	نمره‌ی ۸-۱۰ (در معرض اختلال)
۲۸/۸	۷۲	نمره‌ی ۱۱-۲۱ (دچار اختلال)

زندگی بیماران پوستی سرپایی، این کیفیت در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی پایین‌تر از عموم جامعه گزارش شد. کاهش کیفیت زندگی بیماران پوستی با محل ضایعه و تأهل و الگوی عود و بهبودی بیماری هم مرتبط دانسته شد (۳۷).

Potocka و همکاران نشان دادند که میزان تأثیر ضایعات پوستی بر سلامت روان و کیفیت زندگی با میزان پذیرش ظاهر در فرد مرتبط است؛ این رابطه به شکل یک مقیاس (Self-acceptance scale یا SAS) اندازه‌گیری شد (۲۲).

گرچه تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی تنها با مصاحبه‌ی روان‌پزشک امکان‌پذیر است ولی، مطالعات قبلی که از GHQ و مصاحبه به طور هم‌زمان استفاده کرده‌اند، تفاوت چندانی میان پرسش‌نامه و مصاحبه نشان نداده‌اند (۱۷)؛ این پرسش‌نامه می‌تواند در بررسی وضعیت روان‌شناختی بیماران پوستی سرپایی بسیار مفید باشد (۳۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، بررسی تمامی ضایعات پوستی با ازمان متفاوت است که توصیه می‌گردد، جهت بررسی دقیق ضایعات و تأثیر آن‌ها، هر یک از ضایعات پوستی به صورت منفرد به طور اختصاصی مورد بررسی قرار گیرد.

در نهایت، برخی از این ناخوشی‌های روان‌شناختی با درمان متخصصین پوست درمان می‌شوند اما، توجه به مسایل روان‌شناختی بیماران پوستی برای تمامی کلینیک‌ها و مراکز درمانی بیماری‌های پوستی توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

لازم است از زحمات دکتر اصیلان، مدیریت محترم

تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از یکسان نبودن نوع ضایعات، شدت آنها و زمان مراجعه باشد؛ چرا که انتظار می‌رود، ضایعات پوستی در نواحی غیرپوشیده‌ی صورت و دست، هر چند ناچیز، منجر به مراجعه‌ی سریع بیماران شود.

در مطالعه‌ی دیگری از Picardi و همکاران، ارتباط قوی بین مشکلات روان‌شناختی و کیفیت زندگی نشان داده شد. آنان از پرسش‌نامه‌های GHQ12 و Skindex استفاده کردند (۳۶).

انتظاری و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران پوستی سرپایی، در مجموع، پایین‌تر از افراد جامعه است (۳۷). در آن مطالعه، از پرسش‌نامه‌ی (36-item short-form health survey) SF36 استفاده شد که کیفیت زندگی را نشان می‌دهد؛ حال آن که، پرسش‌نامه‌ی DLQI به طور اختصاصی کیفیت زندگی را در بیماران پوستی اندازه‌گیری می‌کند. مطالعه‌ی انتظاری و همکاران (۳۷) کیفیت زندگی بیماران پوستی متأهل را کمتر از افراد مجرد نشان داد که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد. آنان، ارتباط نوع ضایعه‌ی پوستی و شدت آن با کیفیت زندگی را رد نمودند اما آن را با محل ضایعه مرتبط دانستند؛ گرچه در محل گزارش شده (سر و صورت) با این مطالعه متفاوت است.

انصارین و همکاران کیفیت زندگی بیماران پوستی با گروه شاهد مقایسه کردند که نتایج حاکی از کاهش کیفیت زندگی بیماران در حیطه‌ی روانی و اجتماعی نسبت به گروه شاهد بود؛ در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران با ضایعات آکنه و پیگمنتاسیون پایین‌تر از سایر ضایعات گزارش شد (۳۸).

در مطالعه‌ی دیگری در تهران بر روی کیفیت

محترم مرکز تحقیقات روان-تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قدردانی و سپاسگزاری نمایم.

گروه و درمانگاه‌های آموزشی پوست اصفهان و مهندس اکبر حسن زاده، کارشناس محترم آمار و تمامی اعضای

References

1. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3): 177-80.
2. Hays JC, Krishnan KR, George LK, Pieper CF, Flint EP, Blazer DG. Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry Res* 1997; 72(3): 149-59.
3. Horrobin DF, Bennett CN. Depression and bipolar disorder: relationships to impaired fatty acid and phospholipid metabolism and to diabetes, cardiovascular disease, immunological abnormalities, cancer, ageing and osteoporosis. Possible candidate genes. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 1999; 60(4): 217-34.
4. Sugahara H, Akamine M, Kondo T, Fujisawa K, Yoshimasu K, Tokunaga S, et al. Somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospital medical setting in Japan. *Psychiatry Res* 2004; 128(3): 305-11.
5. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987; 28(12): 1600-4.
6. Ginsburg IH. The psychological impact of skin disease. *Loss, Grief & Care*. 1996; 7(3-4): 1-10.
7. Barankin B, DeKoven J. Psychosocial effect of common skin diseases. *Can Fam Physician* 2002; 48: 712-6.
8. Cohen CG, Krahn L, Wise TN, Epstein S, Ross R. Delusions of disfigurement in a woman with acne rosacea. *Gen Hosp Psychiatry* 1991; 13(4): 273-7.
9. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137(2): 246-50.
10. Cotterill JA. Dermatologic nondisease. *Dermatol Clin* 1996; 14(3): 439-45.
11. Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol* 1998; 139(4): 679-81.
12. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, et al. The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55(3): 490-500.
13. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian J Psychiatry* 2010; 52(3): 270-5.
14. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(12): 833-42.
15. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 51-4.
16. Panconesi E. Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology. *Clin Dermatol* 1984; 2(4): viii-vxiv.
17. Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 686-91.
18. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 657-64.
19. Radmanesh MR, Shafiei S. Psychopathology of psychosomatic illness skin. *Iran J Dermatol* 2002; 5(3): 2-6. [In Persian].
20. Hajheydari Z, Zarghami M, Mohamadpour RA, Khajeh A. Evaluation of psychological problem based on GHQ-28 Questionnaires in patients attending the dermatological clinics of Sari, Iran, 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15(50): 105-12. [In Persian].
21. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002; 146(6): 1006-16.
22. Potocka A, Turczyn-Jablonska K, Kiec-Swierczynska M. Self-image and quality of life of dermatology patients. *Int J Occup Med Environ Health* 2008; 21(4): 309-17.
23. Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D. Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27(4): 306-8.
24. Nadelson T. A person's boundaries: a meaning of skin disease. *Cutis* 1978; 21(1): 90-3.
25. Shuster S, Fisher GH, Harris E, Binnell D. The effect of skin disease on self image [proceedings]. *Br J Dermatol* 1978; 99(Suppl 16): 18-9.
26. Finlay AY. Quality of life assessments in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 1998; 17(4): 291-6.

27. de KJ, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9(2): 140-7.
28. Sampogna F, Picardi A, Melchi CF, Pasquini P, Abeni D. The impact of skin diseases on patients: comparing dermatologists' opinions with research data collected on their patients. *Br J Dermatol* 2003; 148(5): 989-95.
29. Johnstone A, Goldberg D. Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. *Lancet* 1976; 1(7960): 605-8.
30. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *J Res Behav Sci* 2007; 5(1): 5-11. [In Persian].
31. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Mazharinia N, Finlay AY. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol* 2004; 4: 8.
32. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52(2): 69-77.
33. 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.
34. Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998; 197(3): 230-4.
35. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol* 2001; 81(6): 410-4.
36. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; 143(5): 983-91.
37. Entezari A, Nabaei L, Moravvej Farshchi H, Meshkat Razavi G, Tousi P. Quality of life in outpatients dermatologic clients. *Pejouhandeh* 2008; 13(1): 65-9. [In Persian].
38. Ansarin H, Kabir A, Mirishekarab AA. Comparison of quality of life between dermatologic patients and healthy people. *Razi j Med Sci* 2003; 9(32): 649-58. [In Persian].

Evaluation of Psychological Profile of Patients with Skin Lesions

Neda Adibi MD¹, Katayoun Shafiei MD², Behrooz Izadi³, Hamid Afshar MD⁴,
Reza Bagherian-Sararoudi PhD²

Original Article

Abstract

Background: High psychiatric disorders frequency, especially mood disorders, among patients with skin diseases has been proved. Skin diseases can reduce the self-esteem and more suicidal thought and commitment have been reported among these patients. The aim of this study was to evaluate the psychological profile of patients with skin diseases.

Methods: In this cross-sectional study, 250 patients with skin lesions aged from 16 to 60 years were submitted to survey by random convenience sampling. General health questionnaire-28 (GHQ-28) and Hospital anxiety depression scale (HADS) were used for measuring psychological profile. Data were analyzed using Mann-Whitney, chi-square, independent-t, Kruskal-Wallis and Spearman correlation tests.

Findings: Psychiatric disorders prevalence, based on GHQ-28, was 60%. Social function disorder, anxiety and insomnia, somatic symptoms and depression had the higher average rank and frequency, respectively. HADS screening showed 27.6% of prevalence for psychological profile problems and 27.87% for anxiety and depression subscales. Sex and age had no significant correlation to the psychological profile of patients. On the other hand, the marriage status and body location of skin lesions were statistically correlated to psychological profile.

Conclusion: This study confirms the correlation between impaired psychological profile and skin lesions. With regards to high amount of outpatient refer to dermatology clinics, psychological consideration of dermatologic outpatients for preventive and probable therapeutic measurements is recommended.

Keywords: Psychological profile, Skin Lesion, Hospital anxiety depression scale (HADS), General health questionnaire-28 (GHQ-28)

Citation: Adibi N, Shafiei K, Izadi B, Afshar H, Bagherian Sararoudi R. **Evaluation of psychological profile of patients with skin lesions.** J Isfahan Med Sch 2013; 31(236): 630-9

* This paper is derived from a medical doctorate thesis No. 390307 in Isfahan University of Medical Sciences.

1- Dermatologist, Researcher, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Student of Medicine, Psychosomatic Research Center AND Student Research Commit, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Katayoun Shafiei MD, Email: shafiei@med.mui.ac.ir