

دانش و پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره هشتم - تابستان ۱۳۸۰

صص ۲۹ - ۳۸

مقایسه ویژگیهای روان‌شناختی بیماران پوستی و افراد عادی

مهرداد کلانتری* - فرحناز فاطمی** - حسین مولوی*** - معصومه زنگی‌آبادی****

چکیده

هدف از این تحقیق، مقایسه ویژگیهای روان‌شناختی بیماران پوستی و افراد سالم بوده است. برای دستیابی به هدف پژوهش، ۱۱۱ نفر مراجعه کننده به مراکز درمانی پوست و ۹۳ نفر افراد سالم، به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های SCL-90-R و ویژگیهای جمعیت‌شناختی در مورد آنها اجرا گردید.

نتایج تحلیل مانوای اول نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مقیاس SCL-90-R و دو متغیر از ویژگیهای جمعیت‌شناختی وجود دارد. میانگین نمرات بیماران پوستی، در زیر مقیاسهای افسردگی ($P=0/0001$) و حساسیت بین فردی ($P=0/003$) و وسواس ($P=0/0001$) و جسمی سازی ($P=0/023$) به‌طور معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه عادی بود.

نتایج این تحلیل، همچنین نشان داد که میانگین نمرات بیماران پوستی، در

***- متخصص پوست

** - عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

*** - دانشیار دانشگاه اصفهان

*** - کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

مقیاسهای افسردگی ($P=0/001$)، و سواس ($P=0/008$) و حساسیت بین فردی ($P=0/0001$) پس از بررسی مدرک تحصیلی، سن و وضعیت اقتصادی به طور معنی داری بیشتر از میانگین گروه عادی بود.

مقدمه

اختلالات روان‌تنی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چند وجهی بین زمینه‌ها و استعدادها، زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل فشارزای محیطی و روانی از سوی دیگر اشاره دارد. پیوند بین عوامل روان‌شناختی و سلامت جسمانی، رابطه یکطرفه نیست. هر حالت روان‌شناختی در مستعد ساختن فرد برای ابتلای به بیماری جسمانی نقش دارد، اما بیمار شدن نیز حالت ذهنی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افسردگی، اضطراب، خشم، احساس ناامیدی و درماندگی مشخصه بیشتر کسانی است که مجبورند با بیماری و ناتوانی جسمانی زندگی کنند (ساراسون، ۱۳۷۵، ص ۴۲۸).

این نظریه که عوامل روانی اجتماعی در ایجاد بعضی از بیماریهای روان‌تنی مؤثرند، از دیرباز شناخته شده است. امروزه حالاتی را که در آنها شکایت بدنی با ضایعات بافتی همراه است و علت آن روانی است، تحت عنوان اختلالات روانی-فیزیولوژیک یا روانی-بدنی نامیده‌اند (آزاد، ۱۳۷۶، صص ۲۴۶-۲۲۹). در حال حاضر، بیشتر پژوهشگران و متخصصان معتقدند در مورد هر فرد، متغیرهای جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی معین، به پدیده‌ای که ما «بیمار شدن» می‌نامیم، کمک می‌کند. نظریه‌ای که بیماری را صرفاً بر اثر میکروبیهای خارجی مربوط می‌داند، نظریه‌ای منسوخ شده به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه در آسیب‌پذیری اندامها، نسبت به بیماری، تفاوت‌های فردی مطرح است، این تفاوتها باید در پرتو ویژگیهای شخصیتی و عوامل محیطی و وضعیت کلی بدنی مد نظر قرار گیرند (ساراسون، ۱۳۷۵، ص ۴۲۷). از آنجا که نگرش بیمار، نسبت به بیماری می‌تواند بهبود را سرعت بخشد و بیشتر کند، پژوهشگران توجه روزافزونی به نقش پیچیدگیهای روان‌شناختی در اختلالات جسمانی معطوف می‌دارند (ساراسون، ۱۳۷۵، ص ۴۲۸).

با آنکه رشته پوست در میان رشته‌های بالینی، دارای بیشترین درصد بیماریهای روان‌تنی است، ولی باید اقرار کرد که بخش روان‌تنی پوست، همچنان به عنوان بخش

ناشناخته در حاشیه مانده و تاکنون توجه چندانی بدان مبذول نشده است (رادمنش و شفیع، ۱۳۷۷). درست است که با درمانهای پوستی می‌توان مشکلات بیمار را به صورت موقت کاهش داد، ولی مسائل یا مشکلات پوستی، فقط پوسته‌ای ظاهری از یک آسیب‌شناسی مزمن است. درمان علایم پوستی، بدون توجه به حل مسائل ریشه‌ای روانی، درمان موقتی و سطحی است و دیری نخواهد پایید که مشکل بیمار به همان شکل یا اشکال دیگر بروز خواهد کرد. با توجه به این موارد، انجام چنین پژوهشهایی می‌تواند کمک ارزنده‌ای، هم به متخصصان پوست و هم به روان‌پزشکان و روان‌شناسان بکند و توجه این متخصصان را به مشکلات جانبی این بیماران جلب نماید.

قرنها پیش متفکرانی به تأثیر ذهن بر بدن اشاره نموده‌اند. اما مطالعات علمی در اواخر قرن بیستم، افزایش روزافزونی داشته است. مراکز (۲۰۰۰) الگوی جدیدی را برای بیماریهای روان‌تنی پیشنهاد کرد. به اعتقاد او، بیماریهای روان‌تنی انعکاسی از واکنش متقابل بین استعداد ژنتیکی و عوامل فشارزای محیطی زود هنگام هستند. به‌طور کلی، ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی هنوز کاملاً روشن نشده است.

اطلاعات کافی در مورد اینکه این دو با هم رابطه دارند و اینکه تا چه اندازه یکی با دیگری همبستگی دارد، وجود دارد، اما این موضوع از یک اختلال جسمانی به اختلال دیگر متفاوت است (مایر و سالمون ۱۹۹۸). برای روشن شدن موضوع، چنین فرض گردید که بین میانگین نمرات زیر مقیاسهای SCL-90-R در دو گروه سالم و بیمار تفاوت وجود دارد.

پوست در معرض تأثیرات زیانبار فراوان است و پایانه‌های عصبی پوست پذیرای انواع مختلف آنتی‌ژن‌ها می‌باشد. پوست نسبت به درد که می‌تواند معلول عوامل جسمی و روان‌شناختی باشد، بسیار حساس است. همه اختلالات روان‌تنی در پی اهدافی مثل کسب محبت و یا فرار از مسؤلیت هستند. اختلالات روان‌تنی باید قابل رؤیت باشد و پوست محل مناسبی برای این امر است. نیاز به مورد توجه قرار گرفتن می‌تواند در بیماریهای پوستی مطرح شود. به استثنای موارد آشکار عضوی، اکثر بیماریهای پوستی ممکن است جنبه روان‌تنی داشته باشند. در یک تقسیم‌بندی رابطه بین دو طیف وسیع پوست و روان، به دو صورت زیر ممکن است اتفاق بیفتد:

۱- طیف اول: تأثیر بیماریهای پوستی در وضع روانی بیمار است. این طیف از اضطراب

طبیعی ناشی از مشاهده ضایعات بدشکل پوستی تا نگرانی غیرعادی بیمار از عیوب کوچک پوستی را که به پیدایش حالت وسواس نسبت به پوست منجر می‌شود، شامل می‌گردد.

۲- طیف دوم: شامل بیماریهای روانی است که قادرند بیماری پوست را ظاهر سازند و یا آن را تشدید کنند (مشیر، ۱۳۷۱).

تاناتم و همکاران (۱۹۸۲) در مطالعه‌ای درباره خواب و خارش و خواب دیدن، به این نتیجه رسیدند که بیماران پوستی مورد مطالعه، دارای ویژگیهای شخصیتی منطبق با اختلال خلقی بودند. نتایج تحقیقات کینگ و ویلسون (۱۹۹۱)، نشان داد که هم فشار روانی و هم افسردگی به نحو معنی‌داری با تغییرات پوستی ارتباط دارد.

پلینخی و همکاران (۱۹۹۴) در تجارب مربوط به ۱۷۹ بیمار مبتلا به یک نوع بیماری پوستی پسوریازیس، در درمانگاه درماتولوژی با استفاده از روشهای سایکونوروفیزیولوژی و روشهای بیوفیدبک، نشان دادند که ۷۲ درصد از بیماران پسوریازیس حدود یک ماه قبل از بروز بیماری، دچار یک حادثه مهم پرتنش شده‌اند. این افراد دارای سطح بالایی از اضطراب و افسردگی بودند.

کاپوری، رولند و گلدین (۱۹۹۸)، در پژوهشهای خود بر روی بیماران پوستی به این نتیجه رسیدند که توجه به رابطه بین درماتولوژی و روانپزشکی، کمک با ارزشی به درمان بیماریهای پوستی می‌کند و به تسریع فرایند بهبود منجر می‌شود.

نتیجه‌ای که از مرور بر پیشینه تحقیقات حاصل می‌گردد، این است که تحقیقات قبلی به صورت محدود، رابطه نیمرخ روانی و بیماریهای روان‌تنی، به‌ویژه بیماریهای پوستی را مورد بررسی قرار داده‌اند. در تحقیقاتی که در ایران انجام شده، اکثراً گروه گواه نداشته و متغیرهای جامعه‌شناختی را نیز مدّ نظر قرار نداده‌اند.

روش

در این پژوهش با توجه به اینکه هدف تحقیق بررسی و مقایسه ویژگیهای روان‌شناختی بیماران پوستی و افراد عادی است، لذا از روش تحقیق توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای استفاده شد. هیچ‌گونه دستکاری در متغیرهای پژوهش صورت نگرفته است. متغیرهای جامعه‌شناختی موجود عبارت بودند از: سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و وضعیت

اقتصادی. در ضمن ۹ مقیاس روانی مربوط به ویژگیهای روان‌شناختی نیز از طریق پرسشنامه SCL-90-R برآورد شد.

افراد مورد مطالعه در این پژوهش شامل دو گروه شاهد (۹۳ نفر) و بیمار (۱۱۱ نفر) بود. جامعه آماری گروه بیمار، کلیه مراجع‌کنندگان به درمانگاههای پوست شهر اصفهان بودند که به صورت روزانه و سرپایی تحت درمان قرار می‌گرفتند. جامعه آماری گروه شاهد، کلیه افرادی بودند که بیماری پوستی نداشتند.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش، تصادفی ساده بود. دامنه سنی افراد بین ۱۸ تا ۵۰ سال بود.

گروههای انتخاب شده به دلیل مراجعه بسیار کم مردان به درمانگاه پوست، فقط زن بودند.

نتایج

نتایج تحلیل مانوا در مورد تأثیر عضویت گروهی بر سیمای روانی افراد نمونه در جدولهای ۱ و ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین تفاوت بین دو گروه بیمار و سالم به ترتیب در زمینه وسواس، افسردگی، حساسیت بین‌فردی و جسمی سازی به‌دست آمده است. در این موارد میانگین گروه بیمار، به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم بوده است. در سایر موارد، تفاوتها از نظر آماری معنی‌دار نبوده است.

جدول ۲ تحلیل مانوای تأثیر عضویت گروهی بر سیمای روانی افراد نمونه را پس از بررسی مدرک تحصیلی، سن و وضعیت اقتصادی، نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌دار به ترتیب در زمینه وسواس، افسردگی و حساسیت بین‌فردی می‌باشد و در سایر موارد تفاوتها معنی‌دار نبوده است.

میانگین نمرات گروه بیمار در زیر مقیاسهای وسواس، افسردگی و حساسیت بین‌فردی به‌طور معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه سالم بوده است. بنابراین فرضیه پژوهش در این موارد تأیید می‌گردد و در سایر موارد تأیید نمی‌شود.

جدول ۱- تحلیل مانوای تأثیر عضویت گروهی (سالم و بیمار) بر سیمای روانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	واریانس	ضریب F	معنی دار بودن	میزان تأثیر	توان آماری
روان‌پریشی	۱۹/۶۸۰	۱۹/۶۸۰	۰/۶۰۸	۰/۴۳۶	۰/۰۰۳	۰/۱۲۱
فوییا	۰/۷۴۵	۰/۷۴۵	۰/۰۳۹	۰/۸۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۵۴
افکار پارانوئید	۸/۲۱۰	۸/۲۱۰	۰/۳۷۲	۰/۵۴۳	۰/۰۰۲	۰/۰۹۳
خصومت	۱۸/۹۹۹	۱۸/۹۹۹	۰/۸۹۷	۰/۳۴۵	۰/۰۰۴	۰/۱۵۶
اضطراب	۶۹/۰۷۹	۶۹/۰۷۹	۱/۲۱۴	۰/۲۷۲	۰/۰۰۶	۰/۱۹۵
افسردگی	۱۱۰۶/۲۴۶	۱۱۰۶/۲۴۶	۱۴/۸۹۹	۰/۰۰۰	۰/۰۶۹	۰/۹۷۰
حساسیت بین فردی	۳۸۲/۷۹۷	۳۸۲/۷۹۷	۸/۸۷۷	۰/۰۰۳	۰/۰۴۳	۰/۸۴۳
وسواس	۷۷۵/۳۶۴	۷۷۵/۳۶۴	۱۷/۴۷۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	۰/۹۸
جسمی‌سازی	۳۵۲/۸۰۴	۳۵۲/۸۰۴	۵/۲۸۲	۰/۰۲۳	۰/۰۲۶	۰/۶۲۸

۱ = درجه آزادی

جدول ۲- تحلیل مانوای تأثیر عضویت گروهی بر سیمای روانی پس از بررسی
مدرک تحصیلی، سن و وضعیت اقتصادی در دو گروه سالم و بیمار

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	واریانس	ضریب F	معنی‌دار بودن	میزان تأثیر	توان آماری
روان‌پریشی	۱۶/۴۰۵	۱۶/۴۰۵	۰/۵۲۹	۰/۴۶۸	۰/۰۰۰۳	۰/۱۱۲
فوییا	۰/۳۰۶	۰/۳۰۶	۰/۰۱۷	۰/۱۸۹۶	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲
افکار پارانوئید	۱/۹۷۹	۱/۹۷۹	۰/۰۹۲	۰/۷۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۶۰
خصوصیت	۲۴/۱۹۱	۲۴/۱۹۱	۱/۱۵۷	۰/۲۸۳	۰/۰۰۶	۰/۱۸۸
اضطراب	۲۵/۲۷۶	۲۵/۲۷۶	۰/۴۵۲	۰/۵۰۲	۰/۰۰۲	۰/۱۰۳
افسردگی	۷۹۱/۲۲۹	۷۹۱/۲۲۹	۱۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳	۰/۹۰۹
حساسیت بین فردی	۲۹۴/۵۳۸	۲۹۴/۵۳۸	۷/۱۴۹	۰/۰۰۸	۰/۰۳۵	۰/۷۵۸
وسواس	۶۱۷/۶۹۱	۶۱۷/۶۹۱	۱۳/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۰۶۶	۰/۹۶۰
جسمی‌سازی	۱۸۴/۰۱	۱۸۴/۰۱	۲/۸۲۴	۰/۰۹۴	۰/۰۱۴	۰/۳۸۷

۱ = درجه آزادی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین افسردگی در دو گروه سالم و بیمار وجود داشت. نتیجه پژوهشهای فروزش نژاد (۱۳۵۳) تانام و همکاران (۱۹۸۲) گوپتا و گوپتا (۱۹۹۸)، کینگ و ویلسون (۱۹۹۱) و پلینخی و همکاران (۱۹۹۴)، بر این موضوع اشاره دارند که اختلال افسردگی از جمله اختلالات روانی همراه با بیماریهای پوستی است. بر طبق جدول ۲، بین دو گروه سالم و بیمار، در حساسیت بین فردی، تفاوت معنی داری وجود داشت. نتایج این تحقیق نشان داد که بیماران پوستی، در روابط متقابل با دیگران، دچار اشکال می شوند. به خصوص اگر ضایعه در نواحی نمایان بدن باشد، این حساسیت در زمان ارتباط با دیگران شدت پیدا می کند. نتایج همچنین نشان داد که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی دار در دو مقیاس وسواس و جسمی سازی تأیید شد. یعنی شیوع اختلال وسواس اجبار و جسمی سازی، در گروه بیماران پوستی به طور معنی دار بیشتر از افراد عادی بود.

به نظر می رسد که اهمیت تأثیر جنبه های روان شناختی بر جنبه های جسمانی بیش از آن چیزی است که قبلاً تصور می شده است و روان انسان وضعیت پوستی را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می دهد. همان گونه که در این پژوهش نشان داده شد، بیماران پوستی به ترتیب در مقیاسهای افسردگی، حساسیت بین فردی، وسواس و جسمی سازی، در مقایسه با افراد عادی، بیشترین نمرات را کسب نموده اند، یافته های این پژوهش همچنین می تواند کمکی به متخصصان پوست باشد که در بررسی وضعیت پوستی بیماران خود احتمال اختلالات ذکر شده را فراموش نمایند. این موضوع که آیا به عنوان مثال افسردگی باعث بیماری می شود یا برعکس، نیاز به بررسی بیشتری دارد. احتمال دارد رابطه دوطرفه باشد. یعنی در کسانی که زمینه ارثی یا محیطی بیماریهای پوستی را دارند، در صورت ابتلای به افسردگی، احتمال بیشتری دارد که افسردگی آنها نمود پوستی پیدا کند و یا اینکه بیماران پوستی، تحت تأثیر افسردگی خود، این اختلال را بیشتر نشان می دهند. به نظر می رسد افسردگی می تواند پوست را تحت تأثیر قرار دهد و در عین حال بیماری پوستی نیز می تواند موجب افسردگی شود.

بر اساس نتایج تحقیق به نظر می رسد، بیماران پوستی همچنین در روابط متقابل،

حساسیت زیادی نشان می‌دهند. به‌عنوان مثال اگر کسی در نواحی نمایان بدن بیماری پوستی داشته باشد، احتمال بیشتری دارد که روابط بین فردی او را تحت تأثیر قرار بدهد و برعکس کسانی که حساسیت بین فردی زیادی دارند، بیشتر به جنبه‌های ظاهری پوست خود توجه می‌کنند. همین مطلب در مورد وسواس و جسمی‌سازی نیز می‌تواند مصداق داشته باشد.

منابع

- آزاد، ح. (۱۳۷۶)، آسیب‌شناسی روانی، تهران، بعثت.
- اسداللهی، ق. (۱۳۷۸)، روانپزشکی اجتماعی، مرکز بهداشت اصفهان، نشر پرستش.
- ساراسون، ای. جی و ساراسون، بی.آ. (۱۹۸۷)، روانشناسی مرضی، ترجمه ب نجاریان، م.ع. اصغری مقدم و م. دهقانی. (۱۳۷۵)، تهران، رشد.
- مشیر، م. (۱۳۷۱)، بیماریهای پوست، تهران، انتشارات جهاد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- منشی، غ. (۱۳۷۶)، روانشناسی تندرستی، اصفهان، انتشارات غزل.
- مولوی، ح. (۱۳۷۹)، راهنمای عملی SPSS در علوم رفتاری، اصفهان، انتشارات مهر قائم.
- ولمن، ب. (۱۹۸۸)، اختلالات روان‌تنی، ترجمه ب. نجاریان، م. دهقانی و ب. دباغ. (۱۳۷۵)، تهران، انتشارات رشد.

AKTAN, S, OZMAN. E. and SANLI. B. (1998). Psychiatric disorder in patients attending a dermatology out- patient clinic. *Dermatology*. 197(3). P: 2230-40.

ANDERSON, R. and RAJAGOPLAN. R. (1988). Responsiveness of the dermatology specific quality of life in a placebo controlled clinical trial. Dec 7(8). P: 723-734.

CAPPORE, Hs, ROWLAND. C. and GOLDIN. D. (1998). Dose psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgrad. Med.* 34(877). P:662-4.

- GUPTA, M. A. and GUPTA. A.K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with ache. *British Journal of Dermatology*.139(5). P: 746-50.
- KING, R.M. and WILSON. G. (1991). Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*. 35(6). p: 697-706.
- MAYER. R.G. and SALMON. P. (1998). *Abnormal Psychology And Education* Massachusetts: Allyn and Bocon Inc.
- MRAZEK, D. (2000). Somatic expression of disease. *The Guilford Press*. Xvil. p: 424-439.
- POLENGHI, M, MOLINARY. E, GALA. C, GUZZI. R, GARUTTI. C. and FINIZE. AF. (1994). Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Italian Auxologic Center. Acta Derm Venereol Osuppi Stockh*. 186: 85-60.
- TANTAM D, KALUCY. R. and BROWN. D. (1982). Sleep, scratching and dreaming eczema *Journal of Psycho-Somatics* 37 (1): 26-35.