Archive of SID

پژوهشي

مجلـــــه دانشـــــگاه علـــــوم پـــزشکـــــي مـــازنـــــــدران
دوره پانزدهم شماره 50 بهمن و اسفند سال 1384 (112- 105)

بررسي آسيب رواني مراجعين درمانگاه هاي پوست شهر ساري، سال 1383

زهره حاج حيدري(M.D.)*+ مهران ضرغامي(M.D.)** رضا علي محمدپور(Ph.D.)*** علي اكبرخواجه(M.D.)****

چكيده

سابقه و هدف : سلامت روانی از موضوعات مهم اجتماعی و علمی بوده که بيماران مبتلا به بيماري‌های جسمی در معرض خطر جدی آن قرار دارند و در اين ميان بيماران پوستی به دليل ارتباط مستقيم پوست با محيط خارج بيش از ساير بيماران درمعرض اختلالات روانی هستند. اين مطالعه با هدف بررسی اختلالات روانی بيماران پوستی مراجعه‌کننده به درمانگاه های پوست شهر ساری انجام گرفته است.

مواد و روشها : در اين پژوهش توصيفی تعداد 404 بيمار پوست شهر ساری با استفاده از پرسشنامه دو قسمتي؛ GHQ-28 و مشكصه هاي دموگرافيك- پزشكي مورد ارزيابي قرار گرفتند. اطلاعات به دست آمده به صورت توصيفی و با كمك آزمون مربعات و نرم افزار SPSS مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت .

يافته‌ها : ميانگين سني افراد مراجعه‌كننده به درمانگاه 28/72 سال بود كه 39/4 درصد آنها مشكوك به اختلال روانی بودند. شيوع اختلالات رواني در گروه سني 55-46 سال (52/6 درصد)، زنان (41/2 درصد)، مجردين (40/8 درصد)، ساكنين روستا (46/2 درصد)، نمونه‌هاي بي سواد و كم سواد (62/5 درصد)، بيكار (58/7 درصد)، نمونه‌هاي با سابقه مثبت بيماري اعصاب و روان (65/8 درصد) و با ضايعات منتشر پوستي (63/6 درصد) بيش از ساير گروه‌ها بود. از بين بيماري‌هاي پوستي آكنه (28/2 درصد)، اختلالات رنگدانه پوست (20 درصد)، آلوپسي آندروژنيك (7/4 درصد) و درماتيت‌ها (6/7 درصد) بيشترين شيوع را داشتند. مبتلايان به درماتيت (44/4 درصد) بيشترين اختلال رواني را شامل شدند، آكنه (43 درصد) و اختلالات رنگدانه پوست (42 درصد) در رتبه‌هاي بعدي قرارگرفتند. بين اختلال روانی با شغل، سطح تحصيلات، سابقه مثبت بيماری رواني ارتباط معني‌داری وجود داشت. طول مدت بيماری پوستی، نوع بيماری پوستی، و محل ضايعات با اختلال روانی ارتباط نداشت.

استنتاج : موارد مشكوك به اختلال روانی در مقايسه با مطالعات انجام شده بر روی بيماران پوست در خارج از ايران و همچنين در مقايسه با بررسی‌های انجام شده پيرامون شيوع اختلال های روانپزشكي و وضعيت سلامت روان در افراد 15 ساله و بالا تر در ايران نيز از شيوع بالاتری برخوردار بود. نتايج اين تحقيق ارتباط اختلالات روانی با بيماري‌های پوستی را بيش از پيش روشن می‌سازد و در نظر گرفتن عوامل روانی را در درمان موثر بيماري‌های پوستی برای متخصصين پوست متذكر مي‌شود.

واژه هاي كليدي : بيماري‌های پوستی، آسيب شناسی رواني، GHQ - 28.

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

* متخصص پوست و مو، عضو هئيت علمي (استاديار) گروه پوست دانشگاه علوم پزشكي مازندارن
+ * ساري: بلوارپاسداران- مركزآموزشي درماني بوعليسينا
** متخصص روانپزشكي، عضو هيأت علمي (استاد) گروه روانپزشكي و مركز تحقيقات روانپزشكي و علوم رفتاري دانشگاه علوم پزشكي مازندران
*** دكتري آمارحياتي ، عضو هئيت علمي (استاديار) دانشگاه علوم پزشكي مازندارن
**** پزشك عمومي

E تاريخ دريافت : 83/11/3 تاريخ ارجاع جهت اصلاحات : 84/1/14 تاريخ تصويب: 84/4/29

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

مقدمه

اختلالات رواني از مشكلات شايع در بيماران مبتلا به بيماري‌هاي جسمی مي‌باشد كه ممكن است بر سير بيماري و مراقبت‌هاي بعدي از اين بيماران تأثير به‌سزايي گذارد. چنانچه تحقيقات نشان مي‌دهد افسردگي متعاقب سكته قلبی با افزايش مرگ و مير اين بيماران ارتباط دارد(1). از جمله بيماري‌هاي جسمی، كه ارتباط نزديكي با اختلالات رواني دارند بيماري‌هاي پوستي مي‌باشد. از 2000 سال قبل بشر به رابطه پوست و روان در سلامتي و بيماري پي‌برده است. اختلالات رواني ممكن است نقش اوليه در ايجاد و يا عود مشكلات پوستي ايفاءكنند همانند تريكوتيلومانيا و يا بالعكس اختلالات رواني ثانويه به بيماري‌هاي پوستي كه ناشي از تصوري كه بيمار از مشكل خود دارد و آن را مايه شرمندگي مي‌داند ايجاد شود، همانند اكنه و هيرسوتيسم.

بسياري از متخصصين معتقدند اختلالات رواني از جمله مشكلات شايع در بيماران پوستي بوده كه بايد به آن توجه شده و شدت و وسعت مشكل مشخص شود تا متخصص برآگاهي خود در مورد آن اختلالات افزوده و بتواند مداخلات صحيح انجام دهد(2).

بررسي‌هاي انجام شده برروي بيماران، بيشتر در مورد بيماري‌هاي خاص همانند پسوريازيس(3)، اكنه(4)، ويتليگو(5)، هرپس ژنيتاليا(6)، آلوپسي آرئاتا(8،7) هيرسوتيسم(9)، بوده است وگزارشاتكمي درمورد شيوع بيماري‌هاي رواني در مبتلايان به بيماري‌هاي پوستي وجود دارد. Hughes وهمكارانگزارش نمودندكه 30 درصد از بيماران سرپائي پوست و 60 درصد بيماران بستري، نمره بالايي از پرسشنامه GHQ_{30} را كسب كردند(10). Lewis و wessely نيز شيوع اختلالات رواني دربيماران پوست را 40درصدگزارش نمودند(11).

Mostoghimi وJohnson نيز گزارش كردند كه 70 درصد بيماران سرپائي پوست اختلالات رواني دارند(12) در مطالعه‌اي ديگر بر روي بيماران پوستي، شيوع اختلالات رواني با استفاده از GHQ_{12} 7/6 درصد گزارش گرديد(13). Picardi و همكاران معتقدند كه اگرچه اختلالات رواني در بين بيماران پوستي شايع است ولي كم‌تر مورد توجه متخصصين پوست قرار مي‌گيرد(14). اين مطالعات نشان دهنده همراهي بين اختلالات رواني و پوستي مي‌باشد. بر اين اساس اين مطالعه جهت تعيين شيوع اختلالات رواني در بيماران سرپايي پوست شهر ساري و بررسي عوامل مؤثر بر آنها طراحي گرديد.

مواد و روش ها

مطالعه به روش توصيفي با هدف تعين فراوانی آسيب رواني در بيماران مبتلا به بيماري پوستي طي مدت 6 ماه (از فروردين تا شهريور 1383) انجام شده است. جامعه مورد مطالعه كليه بيماران بالاي 15 سال مبتلا به بيماري‌هاي پوستي مراجعه‌كننده به درمانگاه‌هاي پوست (خصوصي، دولتي) شهر ساري بود. بر اين اساس 450 نفر وارد مطالعه شده كه 46 نفر به علت عدم تكميل كامل پرسشنامه از نمونه‌ها حذف شد. پس از توضيح و توجيه نمونه‌ها

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

توسط دانشجويان پزشكي كه آموزشهاي لازم را در مورد تحقيق ديده بودند، بيماران مبادرت به پركردن داوطلبانه پرسشنامه نمودند. سپس بيماران توسط پزشك متخصص پوست ويزيت شده و بعد از اخذ شرح حال و معاينه فيزيكي بيماري پوستي تشخيص و نوع بيماري، شدت، و محل ضايعات تعيين گرديد.

ابزار اندازه‌گيري، آزمون استاندارد شده GHQ-28 به همراه پرسشنامه دموگرافيك شامل متغيرهاي زمينه‌اي سن، جنس، وضعيت تأهل، محل سكونت، ميزان تحصيلات، شغل، سابقه بيماري اعصاب و روان، طول مدت بيماري پوستي و نوبت مراجعه بود. پرسشنامه GHQ-28 يك پرسشنامه استاندارد روانپزشكي مي‌باشد كه براي غربالگري سلامت رواني به‌كار مي‌رود و دارای روايی وكارآيی بالايی است(15،16،17). در مطالعات مختلفی كه در ايران انجام شده, حساسيت اين آزمون بين 83 تا 88 درصد, ويژگی آن بين 69 تا 93/8 درصد, كارآيی آن 76 درصد, ضريب پايايی و آلفای كرونباخ 88 تا 92 درصد و ميزان اشتباه كلی طبقه بندی 8/2 تا 19 درصد گزارش شده است(18تا23). هدف اصلي اين پرسشنامه تمايز بين بيماري رواني و سلامت رواني است و تشخيص قطعي و خاص بيماري رواني با آن ميسر نيست. اين پرسشنامه شامل 4 مقياس فرعي نشانه‌هاي جسماني، اضطراب و بيخوابي، اختلال در عملكرد اجتماعي و افسردگي مي‌باشد. سئوالات هر مقياس به ترتيب متوالي است به صورتي‌كه از سؤال 1 تا 7 مربوط به مقياس نشانه‌هاي جسماني، سؤال 8 تا14 مربوط به اضطراب و بيخوابي و سؤال 15 تا 21 مربوط به اختلال در عملكرد اجتماعي و از سؤال 22 تا 28 مربوط به افسردگي مي‌باشد(24 تا 26).

مبناي تشخيص موارد مثبت در اين پرسشنامه, طبق راهنمای GHQ نقطه برش 23/24 مي‌باشد(23). در اين پژوهش افرادي به عنوان مشكوك به اختلال رواني تلقي مي‌شدند كه نمره آنها بيشتر از 24 بود. نمره‌گذاري پرسشنامه براساس شيوه ليكرت بود. بيماران مشكوك به اختلال رواني به روانپزشك ارجاع مي‌شدند.

ورود اطلاعات و غربالگري داده‌ها با استفاده ازEpi Info و استخراج نتايج و مقايسه آماري با استفاده از آزمون مربعات كاي دو و نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

يافته ها

از ميان 404 بيماري كه پرسشنامه را به طور كامل تكميل كرده بودند، 325 نفر (80/4 درصد) زن و 79 نفر (19/6 درصد) مرد بودند(جدول شماره 1). ميانگين امتيازات كسب شده پرسشنامه GHQ-28 ، 23 و انحراف معيار 12/49 و حداقل 4 و حداكثر 73 بود. از مجموع 404 بيمار مورد مطالعه 254 نفر (60/6 درصد) نمره 23 و كم‌تر را كسب كردند و داراي سلامت رواني و 159نفر (39/4 درصد) نمره 24 و بالاتر داشتند كه مشكوك به اختلال رواني بودند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

جدول شماره 1: توزيع فراواني نمونه‌هاي مورد پژوهش برحسب برخي از متغيرها و وضعيت رواني در مراجعين به درمانگاه‌هاي پوست شهر ساري، سال 1383

متغير	وضعيت رواني	سلامت‌رواني تعداد(درصد)	مشكوك به اختلال رواني تعداد (درصد)	تعداد (جمع)
جنس	زن	(58/8) 191	(41/2) 134	(80/4) 325
	مرد	54(68/4)	25(31/6)	79(19/6)
وضعيت تأهل	مجرد	(92/2) 103	71(40/8)	(43/1) 174
	متأهل	(61/7) 142	88(38/3)	(56/9) 230
محل سكونت	شهر	210	(38/1) 129	(83/9) 339
	روستا	35	30(46/2)	65(16/1)
سن به سال	15-25	(56/3) 108	84(43/8)	(47/5) 192
	26-35	80(65/6)	42(34/4)	(30/2) 122
	36-45	43(69/4)	19(30/4)	62(15/3)
	46-55	9(47/4)	10(52/6)	19(4/7)
	56-65	5(55/6)	4(44/4)	9(2/2)
تحصيلات	بيسواد تا كم سواد	6(37/5)	10(62/5)	16(4)
	راهنمايي و دبيرستان	29(58)	21(42)	50(12/4)
	ديپلم	93(52/2)	85(47/8)	(44/1) 178
	فوق‌ديپلم و ليسانس	(69/9) 100	43(30/1)	(35/4) 143
	فوق‌ليسانس ودكتري	17(100)		17(4/2)
شغل	بيكار	26(41/3)	37(58/7)	63(15/6)
	درحال تحصيل	55(59/8)	37(40/2)	92(22/8)
	خانه دار	63(54/8)	52(45/2)	(28/5) 115
	كارمند	73(74/5)	25(25/5)	98(24/3)
	آزاد	13(65)	7(35)	20(5)
	ساير مشاغل	15(93/8)	1(6/3)	16(4)

بالاترين نمرات در جمعيت مورد مطالعه به ترتيب نمرات اختلال درعملكرد اجتماعي، اضطراب و بيخوابي بود. 41/2 درصد زنان و 31/6 درصد مردان مشكوك به اختلال رواني بودند كه از نظر آماري تفاوت معني‌دار نبود. هم‌چنين بيشترين نمره آزمون مربوط به گروه بي‌سواد و كم سواد (62/5 درصد) و كم‌ترين مربوط به گروه فوق ليسانس و دكتري بود كه از نظر آماري تفاوت معني‌دار بود (p <0/001) و نيز بالاترين نمره آزمون مربوط به بيكاران (58/7 درصد) بود (p<0/004). ارتباط معني‌داري بين نمرات آزمون و وضعيت تاهل، گروه‌هاي سني و محل سكونت وجود نداشت.

شايع‌ترين بيماري پوستي در اين مطالعه آكنه، اختلالات پيگمانتاسيون, آلوپسي آندروژنيك و درماتيت بود و 196 بيمار (48/5 درصد) اولين بار به درمانگاه پوست مراجعه نموده بودند.

53 بيمار(13/1 درصد) ضايعه بر روي اسكالپ، 229 مورد (56/7 درصد) برروي صورت، 36 مورد (8/9 درصد) برروي تنه و اندام فوقاني،23 مورد (5/6 درصد) اندام تحتاني، 8 مورد (2 درصد) بر روي ناحيه تناسلي، 6 مورد (1/5 درصد) روي ناخن و در 11نفر (2/7 درصد) ضايعات منتشر بود. طول مدت بيماري 60 نمونه (14/9 درصد)كمتر از يك ماه و344 نفر (85 درصد) بيش از يك ماه بود.

65/8 درصد بيماران با سابقه قبلي بيماري اعصاب و روان، مشكوك به اختلال رواني و 36/6 درصد بيماران بدون سابقه بيماري اعصاب روان مشكوك به اختلال رواني بودند كه تفاوت از نظر آماري معني‌دار بود (p<0/01). اما بين اختلالات رواني ونوع بيماري پوستي، محل ضايعه، شدت و طول مدت بيماري پوستي تفاوت معني‌داري وجودنداشت.شيوع اختلالات روانی براساس نوع بيماری پوستی در جدول شماره 2 بيان گرديد.

جدول شماره 2 : شيوع اختلال روانی براساس نوع بيماري پوستي در بيماران پوستي شهر ساري سال1383

نام بيماري	اختلال رواني		جمع
	دارد	ندارد	

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
عفونتهاي قارچي سطحي	11(37/9)	62/1) 18(	29
عفونتهاي باكتريال	2(28/6)	5(71/4)	7
عفونتهاي انگلي	3(33/3)	6(66/7)	9
درماتيت	12(44/4)	15(55/6)	27
اختلالات ناخن	1(16/7)	5(83/3)	6
بيماريهاي مخاط ودهان	2(100)	0(0)	2
پسوريازيس	2(25)	6(75)	8
ليكن پلان	1(33/3)	2(66/7)	3
اكنه	49(43)	65(57)	114
آلوپسي آندروژنتيك	10(33/3)	7) 20(66/	30
آلوپسي آرئاتا	0(0)	8(100)	8
هيرسوتيسم	16/7 1	5(83/3)	6
تريكوتيلومانيا	1(100)	0(0)	1
اختلالات پيگمانتاسيون	34(42)	47(58)	81
كهير وآنژيوارم	5(55/6)	4(44/4)	9
پمفيگوس	1(50)	1(50)	2
عفونتهاي ويروسي	8(61/5)	5(38/5)	13
درماتيت سبورئيك	7(31/8)	15(68/2)	22
تومورهاي پوستي	3(37/5)	5(62/5)	8
ماكولارآميلوئيدوزيس	1(33/3)	2(66/7)	3
خارش عصبي	1(50)	1(50)	2
ساير اختلالات	4(28/6)	10(71/4)	14
جمع	(39/4) 159	(60/6) 245	404

بحث

نتايج نشان داد كه 39/4 درصد بيماران مبتلا به بيماري پوستي براساس پرسشنامه GHQ_{28} دچار آسيب رواني هستند. بر اساس پرسشنامه GHQ_{12} ، شيوع آسيب رواني در مطالعه picardi و همكاران در ايتاليا 25/2درصد و در تركيه 33/4 درصد گزارش شد(2،1).

بر اساس پرسشنامه GHQ_{30} كه توسط Hughes و همكاران بر روي بيماران بستري و سرپايي پوست انجام شد 30 درصد بيماران سرپايي و 60 درصد بيماران بستري نمره بالايي كسب نمودند(10).

از دلايل شيوع بالاي اختلالات رواني در اين مطالعه، وضعيت نا به هنجار جامعه از نظر فرهنگي، اقتصادي و اجتماعي است زيرا در ايران به بهداشت رواني جامعه اهميت چنداني داده نشده و افراد جامعه در رويارويي با مسائل و مشكلات متعدد اجتماعي و خانوادگي، توان مقابله با فشارهاي روحي رواني و استرسهاي شديد رواني را ندارند. هم‌چنين توجه به ظاهر زيبا و اهميت آن در روابط متقابل و امتياز ويژه ظاهر در به دست آوردن امكانات و شرايط بهتر مخصوصا در جوانان و زنان را نبايد از نظر دور داشت.

افسردگي ممكن است اوليه يا ثانويه بر مشكلات پوستي باشد و مي‌تواند سبب احساس خارش حتي در مشكلات پوستي غير روان زاد شود(27). نتايج مطالعات نشان مي‌دهد كه مشكلات رواني در بيماران پوستي شايع است چنان چه ارتباط مستقيم و واضحي بين خارش شديد و علائم افسردگي شديد در پسوريازيس، درماتيت آتوپيك و كهير مزمن ايديوپاتيك مشاهده شده است(3) ولي هيچ فاكتوري كه عامل اختصاصي و مشخص مشكلات رواني در بيماران پوستي باشد تا به حال يافت نشده است كه ممكن است به دليل مقطعي و توصيفي بودن مطالعات و تفاوت در جمعيت‌هاي مورد مطالعه، تعداد نمونه‌ها و روش و ابزار انجام كار باشد.

در اين مطالعه همسو با نتايج ديگر مطالعات شيوع اختلالات رواني در زنان و افراد مجرد بيشتر است. علت شيوع بيشتر اختلالات رواني در زنان مي‌تواند ناشي از حساس بودن خانم‌ها نسبت به ظاهر خود، روح لطيف زنان، شكنندگي بيشتر زنان در مواجهه با

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

حوادث و رویدادهای زندگي و تأثیر پذیری زیاد آنان از استرس‌های جامعه باشد.

نتایج نشان داد که شیوع اختلال روانی در افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیشتر از سایر گروه‌ها مي‌باشد و از 67 بیمار مراجعه کننده با مدرک فوق لیسانس یا دکترا هیچ کدام مشکوک به اختلال روانی نبودند. این یافته با یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام گرفته در ایران هماهنگی دارد(28).

محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و ناتوانی در استفاده از روش‌های مناسب مواجهه با استرس در افراد بی‌سواد یا کم‌سواد و بهره‌مندی نامناسب از محیط اطراف به‌دلیل کم‌سوادی می‌تواند دلیل بالاتر بودن شیوع اختلال در این افراد باشد.

مقایسه سلامت روانی بیماران براساس شغل نشان می‌داد که اختلال روانی در بیکاران از شیوع بالاتري برخوردار است و از نظر آماری ارتباط معني‌داری بین شغل و سلامت روانی وجود دارد. داشتن شغل از چند نظر حائز اهمیت است، کسب درآمد، ایجاد تنوع و برقراری تماس‌های اجتماعی، کسب جایگاه و هویت در جامعه و انجام فعالیت‌های فیزیکی. بنابراین فرد بیکار با از دست دان این مزایا استرس‌هاي او افزایش مي‌یابد.

نتایج نشان داد ارتباط آماری معني‌داری بین مدت زمان، شدت، محل ضایعات و نوع بیماری پوستی با اختلالات روانی وجود نداردکه با نتایج مطالعه Aktan هم‌خواني دارد(1). اما Johnson و Mostaghimi گزارش کردند که بیماری‌های مزمن پوستی مشکلات روانی را افزایش نمي‌دهند اما برخی بیماری‌ها از جمله پسوریاز یس، لیکن سیمپلکس مزمن، راشهایی دارویی، هیپرهیدروز و گال با مشکلات روانی ارتباط دارند(12). در مطالعه Hughes و همکاران نیز بیماران مبتلا به اکنه، اگزما و پسوریازیس که تمایل به مزمن شدن دارند و به راحتی قابل دید هستند نسبت به بیماران با ضایعات لوکالیزه کوچک که ضایعات قابل رویت نداشتند نمره بالایی را در GHQ کسب کردند(10).

سایر مطالعات نیز اضطراب، آرزوی مرگ و افکار خودکشی را در افراد مبتلا به آکنه گزارش کرده اند(29). در این مطالعه بیماري‌هاي پوستی که در آنها اختلالات روانی شایع‌تر بود به ترتیب شامل؛ درماتیت، اکنه، اختلالات رنگدانه پوست، عفونت‌های قارچی سطحی و آلوپسي آندروژنتیک بود. که مشابه نتایج دیگر مطالعات مي‌باشد(1). برخلاف نتایج این مطالعه بیماري‌هاي پوستي که نواحي قابل رویت را درگیر مي‌نماید و منجر به بد شکلي در فرد مي‌گردند همراه با اختلالات رواني بیشتري مي‌باشند.

توجه به بیماری روانی همراه و درمان آن منجر به کاهش استرس بیمار و احساس خوب بودن و بهبود کیفیت زندگی و یا حتی بهتر شدن وضعیت بیماری پوستی فرد مي‌گردد. در این موارد، مشاوره و یا روان درمانی در بیماران مضطرب یا افسرده بسیار موثر است, هرچند که این علایم واکنشی باشد اما متأسفانه مطالعات نشان می‌دهد که یافتن اختلالات روانی توسط متخصصین پوست با موفقیت انجام نمی‌شود(2).

مطالعات بیشتری نیاز است تا نشان دهد تا کدام روش روان درمانی یا دارو درمانی

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

موجب بهبود حال بیماران شده و کدام یک از بیماران بیشتر از مداخلات روانی سود برده و کدام ساختار درمانی موثرتراست.

همان‌طور که متخصص پوست طیف وسیعی از بیماري‌هایی پوستی را درمان می‌کند باید بتواند اختلالات روانی همراه را نیز به خوبی ارزیابی کند تا موجب کاهش موربیدیتی و مورتالیتي شود.

در مجموع می‌توان گفت دلایل متعددی برای وجود اختلال روانی در بیماران پوستی وجود دارد :

1) اختلالات روانی می‌توانند یکی از عوارض بیماري‌های پوستی باشند در پاسخ به بدشکلی که به علت انگ اجتماعی یا تغییرات درکیفیت وسطح زندگی به علت بیماری پوستی ایجاد مي‌شود.

2) پزشک ممکن است با اختلالاتي مثل : تریکوتیلومانیا، دیس مورفوفوبیا، هذیان پارازیتی و اختلالات خود ساخته مواجه شود که اختلالات روانی اولیه ای هستند که با تظاهرات پوستی همراهند .

3) همچنین ضایعات پوستی و نشانه‌های روانی هر دو ممکن است در برخی از بیماري‌های سیستمیك وجود داشته باشند مثل لوپوس سیستمیك یا پورفیری .

4) سرانجام برخی از داروهای مصرف شده در درمان بیماري‌های پوستی مثل کورتیکواستروئیدها ممکن است نشانه های روانی را تشدید کنند و برعکس برخی داروهای مصرفی در روانپزشکی مثل لیتیوم و یا آنتی‌سایکوتیک‌ها دارای عوارض جانبی پوستی هستند.

درکل پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری جهت تعیین نوع بیماری روانی در بیماران پوستی انجام شود و از بیماران پوستی مشکوك به اختلال روانی مشاوره روانپزشکی صورت گیرد تا نوع اختلال روانی دقیق مشخص و در صورت لزوم درمان شود. همچنین با توجه به اینکه بهبود سلامت پوست، عوارض روانی بیمار را کاهش مي‌دهد و بالعکس، پیشنهاد مي‌گردد در موارد مزمن که بیماري‌هاي پوستي به درمان جواب نمي‌دهند مشکلات رواني را مد نظر داشت و بعد از بررسي بر اساس GHQ در صورت وجود اختلال، بیمار را به روانپزشك ارجاع داد.

سپاسگزاری

از زحمات جناب آقای دکتر مرتضی ادبی و جناب آقای دکتر حسامی رستمی متخصصین پوست و سرکار خانم خانی به جهت همکاری صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

فهرست منابع

1. Aktan S, ozmen E, sanli B. Psychiatric disorders in patients attending dermatology outpatient clinic. ***Dermatology.*** 1998, 197: 230-4.
2. Picardi A, Abeni O, Mel chi CF, Puddu P, pasqvini. P. psychiatric morbidity in dermatological outpatiens: an issue to be recognized. ***British Journal of Dermatology.*** 2000, 143:983-991
3. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, Alopecia areata, atopic

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

dermatitis and psoriasis. ***Br j Dermatology.*** 1998; 139: 846-50.

4. Van der meeren HL, Van der schaar ww, vander Hurk CM. The psychological impact of sever acne.***cutis.***1985; 36: 84-6.
5. Kent G, Alubadie MS. psychologic effect of vitiligo: a critical incident analysis. ***JAM Acad Dermatol*** 1996; 35: 895-8.
6. Carney O, Ross E, Bunkerc. A prospective study of the psychological impact on patients with a first episode of genital herpes. ***Genitourin Med.*** 1994, 70: 40-5.
7. Colon EA, Pokin MK, callies AL. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patiens with alopecia areata. ***comper psychiatry*** 1991; 32: 245-51.
8. Koojy, shellow WV, Hallman CP, E dwards JE.Alopecia areata and increased. Prevalence of psychiatric disorders. ***Int J Dermatol*** 1994; 33: 849-50.
9. Barth JH, Catalan J, Cherry CA, Day A. Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. ***J Psychosom Res*** 1993; 37: 615-19.
10. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, white JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. ***Br J Psychiatry*** 1983; 143: 51-4.
11. Wessely SC,Lewis GH.The classification of dermatology clinic. ***Br J psychiatry*** 1989; 155: 686-91.
12. Attah Johnson FY. Mostaghimi H. co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in papua New Guinea. ***Int J Dermatol*** 1995, 34: 244 - 8.
13. Picardi A, Aberi D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorde. in dermatological out patients. ***Br J Dermato.*** 2003; 148(5): 989-95.
14. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofol P, Bolli S, et al. Recognitation of depressive and anxiety disorders in dermatological out pations. ***Psychosom Med.*** 2004; 66(4): 620-4
15. نوربالا, احمدعلی;محمد, کاظم; باقری یزدی, سید عباس; یاسمی, محمد تقی: ***ə Ù Ä Ù Ù .*** نهران. انتشارات مولف. 1380
16. Goldberg D, Williams, P. A user's Guide to the General Health Questionnaire. NEFER: Windsor.
17. Sriram T.G,Chandrshekar C.R, Isac M.K, Shanmugham V.The version General Health Questionnaire (GHQ):Comparsion of the english and a translated Indian version.Social psychiatry and psychiatric. ***Epidemiology.*** 1989; 24: 317-320.
18. یعقوبی, نورالله. نصر, مهدی. شاه محمدی; داوود. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا (گیلان 1374). ***Ù ù*** سال اول, شماره 4 , بهار 1374 صفحه 55-65
19. پالاهنگ, حسن; نصر, مهدی; براهنی, محمدنقی; شاه محمدی, داوود. بررسی

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

ساری. [illegible] دانشگاه علوم پزشکی مازندران. 1381 صفحه 143

24. Makowska, Mececz. The usefulness of the diagnosis of mental Questionnaire D. Gold berg disorders in workers. ***Med - pr.*** 2000; 31: 289-601.

25. Willams P, Goldberg DP, Mari. The Validity of the GHQ Questionnaire. ***social psychiatry***. 1987; 21: 15.

26. Gold berg D.P, Hillier V. A scaled version of general health Questionnaire. ***psychological Medicine***. 1979; 9: 131-145.

27. Gupta MA, schork NJ, Gupta Ak. etal. suicidal ideation in psorisis. ***Int J Dematol*** 1993; 32: 188-90.

28. محمدی محمدرضا، باقری یزدی سیدعباس، رهگذر مهدی، مسگرپور بیتا، بریمانی فریبا، طاهری سید کبری، ملک زاده شقایق. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان پزشکی دراستان مازندران سال 1380 [illegible] زمستان 1382، شماره 41 ، صفحه 8 تا 17.

29. Cotterill JA. Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. ***Br J Dermatol.*** 1997; 137: 246-50.

همه گیر شناسی اختلال های روانی در شهر کاشان. [illegible] سال دوم , شماره 4 , بهار 1375. صفحه 27-19.

20. پرو درا. [illegible] پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. 1376.

21. خزائیلی, مهناز. [illegible] (77-1376). موضوع پژوهش واحد مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران. 1377

22. ویسی, مختار; عاطف وحید, محمدکاظم; رضایی, منصور. تاثیر استرس شغلی بر خوشنودی شغلی و سلامت آنها: اثر تعدیل کننده سر سختی و حمایت اجتماعی. [illegible] سال ششم, شماره 2و3 پائیز و زمستان 1379.

23. الیاسی, فروزان. بررسی شیوع, تشخیص, درمان و ارجاع اختلالات روانپزشکی در مراجعین به پزشک مراکز بهداشت شهر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com