

رابطه‌ی ادراک بیماری با افسردگی و کیفیت زندگی در مبتلایان به ویتیلیگو مراجعه کننده به بیمارستان فرشچیان شهر همدان

زمینه و هدف: ویتیلیگو یک بیماری شایع پوست است و به نظر می‌رسد شناخت و مبارزه با پیامدهای اجتماعی و روانی آن حائز اهمیت باشد. بنابراین مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه‌ی بین ادراک بیماری با افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان فرشچیان شهر همدان انجام شد.

روش اجرا: این پژوهش مقطعی روی مبتلا به ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه پوست بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار (۳۲ بیمار مرد و ۶۸ بیمار زن) مبتلا به ویتیلیگو بود که به روش نمونه‌گیری آسان، داخل مطالعه شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسش‌نامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی ادراک بیماری (IPQ-R)، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) و ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck (BDI-II) بود. داده‌ها از طریق تحلیل همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که ادراک بیماری، ارتباط معنی‌داری با افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو دارد. براساس این یافته‌ها، بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در ادراک مثبت و منفی از بیماری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند (به ترتیب $P=0.031$ و $P=0.002$). همچنین بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در یکی از ابعاد کیفیت زندگی (سلامت محیط) تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند ($P=0.031$).

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

کلیدواژه‌ها: ادراک بیماری، افسردگی، کیفیت زندگی، ویتیلیگو

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۸/۲۴

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۳، دوره‌ی ۵ (۳): ۱۳۹-۱۳۱

لیدا بهرامی^۱

دکتر حمزه احمدیان^۱

دکتر غلامرضا عشقی^۲

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی
سندج، سندج، ایران.

۲. گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی
همدان، همدان، ایران.

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر حمزه احمدیان

سندج، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سندج،
گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک:

ahmadian2012@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

ویتیلیگو یک اختلال پیگمانتاسیون پوست است که حدود ۰.۴٪-۱٪ جمعیت دنیا را گرفتار ساخته است. درحقیقت این بیماری تنها یک بیماری پوستی نیست بلکه یک بیماری سیستمیک است که پیدایش نقاط یا لکه‌های فاقد سلول‌های رنگدانه‌ای در پوست تظاهر بارز آن است^۱. از آنجایی که این بیماری اثرات نامطلوب چشم‌گیری روی زیبایی ظاهری افراد دارد، اثرات

سوپی در زندگی شخصی و اجتماعی فرد به‌جا گذاشته، منجر به اختلال عملکرد اجتماعی وی می‌گردد و درنتیجه تأثیر عمده‌ای روی کیفیت زندگی بیماران دارد^۲. ظاهر پوست می‌تواند وضعیت تجسم از خویشتن را در هر فرد تعیین کند و هرگونه تغییر پاتولوژیک می‌تواند نتایج روانی به‌بار آورد^۳.

بیمار پوستی ممکن است فکر کند برخی از مردم نسبت به آن‌ها واکنش منفی نشان می‌دهند و یا با آن‌ها متفاوت برخورد می‌کنند؛ درنتیجه، بیمار ممکن

است احساس پریشانی یا بی‌آبرویی کند و از انجام برخی فعالیت‌های اجتماعی خودداری کند تا این ضایعات آشکار نشود. این رفتار تا حدود زیادی به ادراک فرد از بیماری مرتبط است. از نظر روان‌شناسی ادراک بیماری در فرد بیمار بر پایه‌ی کسب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد و می‌تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهد. شواهد موجود نیز حاکی از آن است که بیماران پوستی به دلیل ادراک خود از بیماری، از قرارگرفتن در معرض اجتماع اجتناب می‌ورزند و ضایعات پوستی خود را نیز پنهان می‌نمایند.^۴

بیماران مبتلا به ویتیلیگو و پسوریازیس از رفتارهای مقابله‌ای اجتناب می‌نمایند که مربوط به شدت بیماری آن‌ها است و این امر از یک سو مربوط به نوع ادراک آنان از بیماری و از سوی دیگر به انگ‌زدن و طرد اجتماعی مربوط است.^۲ بیماران پوستی از این استراتژی‌های ناکارآمد رفتاری برای مدیریت تصویری که در مورد رفتار دیگران دارند، استفاده می‌کنند و استفاده‌ی مکرر از آن‌ها نشان‌دهنده‌ی نگرانی در مورد محرومیت اجتماعی می‌باشد و سرانجام نمودهای خود را بر روی کیفیت زندگی آنان می‌گذارد. تحقیقات مختلف انجام‌شده نشان‌دهنده‌ی آن است که بیماری‌های پوستی هم‌چون ویتیلیگو به شدت بر روی کیفیت زندگی این بیماران اثر داشته است.^۵

در اغلب بیماران پوستی، احساس افسردگی، اضطراب، عدم اطمینان و درماندگی گزارش می‌شود. بیمار درباره‌ی رفتارها یا اقدامات ممکنه که به پیشرفت آن کمک می‌نماید، بدون آگاهی از این که چه زمانی و چگونه ایجاد می‌شود، ممکن است احساس نگرانی کند.^۶ نتایج مطالعه‌ی ملکی و همکاران^۷ نشان می‌دهد که در گروه مبتلایان به ویتیلیگو ۴۶/۲٪ و در گروه شاهد ۵/۸٪ دچار افسردگی بودند و در ۱۷/۶٪ گروه مبتلایان به ویتیلیگو، سابقه‌ی اقدام به خودکشی گزارش شده بود. هم‌چنین نتایج مطالعه‌ی اسفندیارپور

و همکاران^۸ نیز نشان داد که ۳۰/۸٪ از بیماران مبتلا به ویتیلیگو دچار افسردگی اساسی بودند. با این حال نه تنها خانواده و یا دوستان، بلکه متخصصان سلامت نیز به اثرات روانی بیماری‌های پوستی و چالشی که بیماران با آن مواجه می‌شوند، توجه کمی داشته‌اند. از آن جا که بیماری‌های پوستی، به ندرت حیات فرد را تهدید می‌کنند، اهمیت دادن به آن‌ها توسط اغلب کارشناسان بهداشت به حداقل می‌رسد. برخی پزشکان تمایل به قضاوت درباره‌ی وخامت وضعیت پزشکی به لحاظ شدت آسیب‌شناختی به جای کیفیت زندگی دارند، در نتیجه آن‌ها بسیاری از بیماری‌های پوستی را بی‌اهمیت قلمداد می‌کنند.^۹

روش‌های روانی مانند روان‌کاوی و هیپنوتیزم نیز همانند روش‌های رفتاری و درمان‌شناختی رفتاری برای درمان افراد مبتلا به اختلالات پوستی استفاده شده است. در واقع، چنین مداخلاتی باعث کمک به بهبودی بیماری‌هایی مانند درماتیت آتوپیک، پسوریازیس و برخی بیماری‌های پوستی دیگر شده است و به افزایش بیماران رفاه و کیفیت زندگی کمک کرده‌اند.^۹

متأسفانه مطالعات روان‌پزشکی انجام‌شده بر روی بیماران مبتلا به ویتیلیگو بسیار محدود می‌باشد و در مقایسه با سایر بیماری‌های پوستی مثل پسوریازیس که به‌خصوص از این نظر مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی‌های وسیع در این بیماران انجام شده، توجه محدودی به مشکلات روان‌پزشکی در بیماران ویتیلیگو شده است.^۷ بدیهی است که در صورت توجه به سایر ابعاد بیماری ویتیلیگو در زندگی بیمار شاید بتوان ضعف خود را در درمان و کنترل مشکل پوستی با حمایت و درمان مناسب روان‌پزشکی وی تا حد ممکن جبران نمود. بر این اساس، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه بین ادراک بیماری با افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ویتیلیگو انجام شده است.

روش اجرا

این پژوهش توصیفی - همبستگی به منظور بررسی رابطه‌ی بین ادراک بیماری با افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو روی ۱۰۰ نفر از مبتلایان به ویتیلیگو، مراجعه‌کننده به بخش پوست بیمارستان فرشچیان شهر همدان در بهار سال ۱۳۹۳ انجام شد. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین کل مبتلایان به ویتیلیگو مراجعه‌کننده به بخش پوست بیمارستان فرشچیان همدان داخل مطالعه شده و پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (شکل کوتاه) (World Health Organization, Quality of Life-Beck [WHOQOL-BREF] افسردگی (Beck Depression Inventory-II (ویرایش دوم) (BDI-II) و (Illness Perception Questionnaire-R [IPQ-R]) در اختیار آن‌ها قرار داده شد. روش گردآوری داده‌ها براساس پرسش‌نامه‌های بدون نام بود که جهت تکمیل آن‌ها از ۲ نفر پرسشگر دوره‌دیده استفاده شد. این پرسشگران پس از شرکت در جلسه‌ی توجیهی، راهنمایی‌های لازم برای تکمیل یکسان پرسش‌نامه را دریافت کردند. پرسشگران ضمن معرفی خود به بیماران، هدف از اجرای پژوهش را بیان نموده و اطمینان داده می‌شد که تمام پرسش‌نامه‌ها ضمن حفظ محرمانه‌بودن، برای تحلیل آماری یکجا گردآوری می‌شوند. گفتنی است که شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت داوطلبانه و پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی وارد مطالعه شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کتبی و به روش مصاحبه و خودگزارش‌دهی گردآوری شده بود. پرسش‌نامه در سه بخش کلی شامل پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-BREF در بخش اول، پرسش‌نامه‌ی BDI-II در بخش دوم و پرسش‌نامه‌ی IPQ-R در بخش سوم بود. پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-BREF چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط

اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است). به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گرفت و نمرات بالاتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتر بود.^{۱۰}

BDI-II متشکل از ۲۱ ماده است. هر ماده از ۴ عبارت تشکیل شده است که یکی از شاخص‌های افسردگی را برحسب کمترین شدت تا بیشترین شدت نشان می‌دهد. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ تعیین شده است. بر این اساس دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۳ بود. نمرات بین ۰ تا ۱۳ دلالت بر افسردگی بسیارخفیف، نمرات بین ۱۴ تا ۱۹ دلالت بر افسردگی خفیف، نمرات ۲۰ تا ۲۸ دلالت بر افسردگی متوسط و نمرات بین ۲۹ تا ۶۳ دلالت بر افسردگی شدید داشت.^{۱۱}

پرسش‌نامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی ادراک بیماری (IPQ-R) دارای هشت خرده‌مقیاس می‌باشد. همه‌ی ماده‌های این پرسش‌نامه برحسب یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را دربرمی‌گیرد، درجه‌بندی می‌شوند. نمرات بالا در مقیاس‌های پیامدهای بیماری، سیر بیماری (حاد - مزمن)، سیر بیماری (ادواری) و بازنمایی‌های عاطفی بیانگر عقاید منفی و نامطلوب فرد در این مقیاس‌ها و نمرات بالا در مقیاس‌های کنترل درمانی، کنترل شخصی و درک واضح از بیماری بیانگر عقاید مثبت فرد در ابعاد مذکور است.^{۱۲} روایی و پایایی همه‌ی پرسش‌نامه‌ها پیشتر بررسی شده بود^{۱۳-۱۰}.

روش‌های آماری مورد استفاده در پژوهش حاضر، شامل آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، فراوانی نسبی (درصد)، انحراف معیار و هم‌چنین آمار استنباطی (تحلیلی) شامل آزمون‌های هم‌بستگی Pearson و آزمون t مستقل می‌باشد که داده‌ها در نسخه‌ی ۱۸ نرم‌افزار SPSS (PSAW, Armonk, NY, USA) و در سطح

معنی داری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه‌ی سنی بیماران بین ۱۳ تا ۴۶ سال با میانگین سنی 30.2 ± 8.8 سال بود که ۳۹٪ از شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۳۱٪ نیز در در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال قرار داشتند. ۶۸٪ از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه را زنان تشکیل می‌دادند. هم‌چنین میانگین طول مدت بیماری آزمودنی‌ها 8.2 ± 6.9 سال بود که طول مدت بیماری ۶۸٪ از بیماران زیر ۱۰ سال و ۲۲٪ نیز ۱۰ تا ۲۰ سال بود. میانگین، انحراف‌معیار و ضریب همبستگی Pearson بین ادراک بیماری، افسردگی و کیفیت زندگی در جدول ۱ ارائه شده است.

براساس یافته‌های این مطالعه در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ادراک بیماری منفی رابطه‌ی مثبت و معنی داری با افسردگی داشت ($P < 0.05$). ازسوی دیگر، در این بیماران ادراک بیماری مثبت رابطه‌ی منفی و

معنی داری با افسردگی داشت ($P = 0.028$). این یافته‌ها بدان معنا است که در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ادراک بیماری منفی با افسردگی بیشتر و ادراک مثبت از بیماری با افسردگی کمتر همراه است. هم‌چنین ادراک بیماری مثبت رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری با سلامت جسمی و سلامت روانی داشت. ازسوی دیگر، ادراک بیماری منفی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری با سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی داشت ($P < 0.001$). این یافته‌ها بدان معنا است که در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ادراک بیماری مثبت با سلامت جسمی و روانی بهتر و ادراک منفی از بیماری با سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی پایین همراه است.

جدول ۲ وضعیت ادراک بیماری، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به ویتیلیگو را برحسب جنسیت نشان می‌دهد. طبق یافته‌ها، بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در ادراک بیماری مثبت ($P = 0.031$) و منفی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند

جدول ۱: میانگین، انحراف‌معیار، محدوده‌ی نمره‌ی قابل‌اكتساب و ماتریکس ضریب همبستگی Pearson بین ادراک بیماری، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو

متغیرها	ادراک بیماری مثبت	ادراک بیماری منفی	افسردگی	جسمی کیفیت زندگی	روانی کیفیت زندگی	اجتماعی کیفیت زندگی	محیطی کیفیت زندگی	میانگین \pm (انحراف‌معیار)	محدوده‌ی نمره‌ی قابل‌اكتساب
ادراک بیماری مثبت	۱							۵۰/۱۵ ($\pm 5/5$)	۱۸-۹۰
ادراک بیماری منفی	-۰/۶۶۷**	۱						۷۸/۲۸ ($\pm 13/3$)	۲۰-۱۰۰
افسردگی	-۰/۲۲۰*	۰/۳۴۹**	۱					۱۸/۱۶ ($\pm 13/1$)	۰-۶۳
بعد جسمی کیفیت زندگی	۰/۵۱۹**	-۰/۵۰۹**	-۰/۴۱۵**	۱				۲۱/۴۶ ($\pm 4/9$)	۷-۳۵
بعد روانی کیفیت زندگی	۰/۴۷۵**	-۰/۵۵۶**	-۰/۳۸۰**	۰/۸۳۹**	۱			۱۸/۳۸ ($\pm 4/4$)	۶-۳۰
بعد اجتماعی کیفیت زندگی	۰/۱۷۶	-۰/۲۲۰**	۰/۱۹۲	۰/۸۰۲**	۰/۶۹۸**	۱		۹/۴۵ ($\pm 2/9$)	۳-۱۵
بعد محیطی کیفیت زندگی	۰/۱۷۹	-۰/۱۶۷	-۰/۴۶۱**	۰/۶۴۶**	۰/۵۷۸**	۰/۵۶۸**	۱	۲۷/۲۸ ($\pm 5/5$)	۸-۴۰

* همبستگی معنی‌دار از نظر آماری در سطح ۰/۰۵ (دو دامنه)

** همبستگی معنی‌دار از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

تبیین این یافته باید گفت بیماران مبتلا به ویتیلیگو معتقدند توانایی انجام اقداماتی برای کنترل بیماری، سیر و علائم آن را دارند^{۱۶}. بدیهی است بیمارانی که توانایی انجام اقداماتی برای بهبود بیماری خود را دارند، درک واضح و روشنی از بیماری خویش داشته و توانایی پذیرش و کنار آمدن با واقعیت را خواهند داشت، لذا این افراد گرایش کمتری به افسردگی داشته و افسردگی کمتری را تجربه خواهند کرد^۵. از سوی دیگر، بیماران مبتلا به ویتیلیگو که معتقدند بیماری‌شان سیر طولانی، مزمن و دائمی دارد، هنگام فکر کردن به بیماری احساس افسردگی، تنش و اضطراب می‌کنند، به دلیل ابتلا به نگرانی و اضطراب، بیماری‌شان را وخیم و دارای اثرات منفی اقتصادی، اجتماعی و شخصی دانسته، بیشتر گرایش به افسردگی داشته و افسردگی بیشتری را تجربه خواهند کرد^{۱۴}. توصیه می‌شود علاوه بر ارزیابی افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو جهت بررسی مشکلات ناشی از بیماری بر زندگی آن‌ها، مداخلات آموزشی و درمانی مناسب در این بیماران انجام پذیرد. از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر رابطه مثبت و

به عبارتی ادراک بیماری مثبت در زنان بیشتر از مردان می‌باشد و هم‌چنین ادراک بیماری منفی در مردان بیشتر از زنان است. نیز بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو در یکی از ابعاد کیفیت زندگی (سلامت محیط) تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند ($P=0.031$). تفاوت معنی‌داری در رابطه با افسردگی در بین بیماران مرد و زن مبتلا به ویتیلیگو مشاهده نشد.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران مبتلا به ویتیلیگو ادراک بیماری منفی با افسردگی بیشتر و ادراک مثبت از بیماری با افسردگی کمتر همراه است. این یافته با نتایج مطالعه Richards و همکاران^{۱۳} و Kossakowska و همکاران^{۱۴} که در پژوهش خود به بررسی ادراک بیماری‌های پوستی پرداختند و دریافته‌اند که ادراک بیماری منفی با افسردگی بیشتری همراه است، هم‌خوانی دارد. هم‌چنین نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از ارتباط معنی‌دار بین ادراک بیماری و افسردگی می‌باشد^{۱۵}. در

جدول ۲: مقایسه‌ی ادراک بیماری، افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مبتلایان به ویتیلیگو بر حسب جنس

متغیر	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره‌ی <i>t</i>	<i>P</i>
ادراک بیماری مثبت	مرد	۳۲	۴۸/۶۶	۳/۸	۲/۱۹۱	۰/۰۳۱
	زن	۶۸	۵۰/۸۵	۶/۱		
ادراک بیماری منفی	مرد	۳۲	۸۴/۲۵	۱۴/۲	۳/۷۲۷	۰/۰۰۲
	زن	۶۸	۷۵/۴۷	۹/۱		
افسردگی	مرد	۳۲	۱۶/۳۱	۸/۴	۱/۱۶۴	۰/۲۴۷
	زن	۶۸	۱۹/۰۳	۱۴/۸		
بعد جسمانی	مرد	۳۲	۲۱/۹۴	۳/۵	۰/۷۶۳	۰/۴۴۸
	زن	۶۸	۲۱/۲۴	۵/۵		
بعد روانی	مرد	۳۲	۱۷/۸۴	۳/۱	۰/۹۶۹	۰/۳۳۵
	زن	۶۸	۱۸/۶۳	۴/۹		
بعد روابط اجتماعی	مرد	۳۲	۹/۹۴	۳/۱	۱/۱۳۶	۰/۲۷۶
	زن	۶۸	۹/۲۲	۲/۸		
بعد محیط	مرد	۳۲	۲۸/۷۲	۳/۳	۲/۱۵۶	۰/۰۳۱
	زن	۶۸	۲۶/۶۰	۶/۲		

معنی‌دار ادراک بیماری مثبت با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی و رابطه‌ی منفی و معنی‌داری ادراک بیماری منفی با بعد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بود. این یافته‌ها بدان معنا بود که در بیماران مبتلا به ویتلیگو ادراک بیماری مثبت با سلامت جسمی و روانی بهتر و ادراک منفی از بیماری با سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی پایین‌تر همراه است.

هم‌راستا با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیماران پوستی و از جمله بیماری ویتلیگو پس از ابتلا به بیماری در اکثر حوزه‌های کیفیت زندگی، نسبت به هم‌تایان سالم‌شان کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. از جمله‌ی این موارد می‌توان به نتایج مطالعات Ramakrishna^{۱۷} و همکاران، Noh^{۱۸} و همکاران^{۱۹} و Chan^{۱۹} اشاره کرد. افرادی که ادراک بیماری مثبتی دارند علائم و نشانه‌های بیماری و علت بیماری را به‌طور مثبت ارزیابی می‌کنند، بیماری‌شان را کنترل‌پذیر و درمان‌پذیر تلقی می‌کنند و احساس می‌کنند سیر بیماری رو به بهبود خواهد رفت و سطح پیامدهای نامطلوب ناشی از بیماری پایین خواهد بود.^{۲۰} گزارش شده است که پس از ابتلای افراد به بیماری‌های پوستی، بیماران دارای ادراکات منفی، نارضایتی و ناراحتی بیشتری را گزارش می‌کنند.^{۲۱} هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به بیماری‌های پوستی که بیماری‌شان را وخیم و دارای پیامدهای طولانی منفی قلمداد می‌کنند، ناتوانی مرتبط با بیماری بیشتری دارند و دیرتر به شغل خویش برمی‌گردند و ناتوانی بیشتری در فعالیت‌های تفریحی و تعاملات اجتماعی نشان می‌دهند.^{۲۲} قجرزاده و همکاران^۵ علت افت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتلیگو را چنین بیان می‌کنند: در طول بیماری افراد ترس، اضطراب و افسردگی ناشی از آسیب پوستی را به‌طور دائم تجربه می‌کنند و در نهایت علائم پیش‌رونده‌ی بیماری و اختلالات روانی باعث کاهش

کیفیت زندگی بیماران می‌شود. در واقع، بیماری ویتلیگو علاوه‌بر قطع تعاملات اجتماعی، درماندگی‌های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می‌کند.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ادراک بیماری مثبت در زنان بیشتر از مردان و ادراک بیماری منفی در مردان بیشتر از زنان است. این یافته با نتایج مطالعه‌ی خالد و همکاران^{۲۲} و Kossakowska^{۲۳} همکاران^{۱۴} که در پژوهش خود به بررسی ادراک‌های بیماری در بیماران ویتلیگو پرداختند و دریافتند که ادراک بیماری زنان و مردان یکسان است، هم‌خوانی ندارد. در تبیین این یافته باید به این نکته توجه داشت که شرایط فرهنگی، خصوصیات شخصیتی و تفاوت‌های روش شناختی پژوهش‌ها با یکدیگر می‌تواند در یافته‌های حاصل از مقایسه‌های بین دو جنس در متغیرهای روان‌شناختی نقش داشته باشد. Leventhal^{۲۳} و همکاران^{۲۳} پیشنهاد می‌کنند که ادراک بیماری تحت تأثیر دامنه‌ی وسیعی از عوامل فردی، بافتی و فرهنگی قرار می‌گیرد. عامل دیگری که بر ادراک بیماری تأثیر می‌گذارد، منابع کلی روان‌شناختی است که می‌تواند فردی باشد هم‌چون تصور کنترل یا تسلط و یا منابع بیرونی هم‌چون شبکه‌های اجتماعی و حمایتی. هم‌چنین احساس کلی خودکارآمدی ممکن است ادراکات فرد را از یک موقعیت خاص هم‌چون کنترل‌پذیری یک بیماری را تغییر دهد.

یافته‌ها نشان داد که تنها در بعد محیطی کیفیت زندگی بین بیماران مرد و زن مبتلا به ویتلیگو تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌عبارتی زنان نسبت به مردان در بعد محیطی کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کرده بودند. با این حال در سایر ابعاد کیفیت زندگی بین دو جنس اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته هم‌سو با نتایج مطالعه فیضی و همکاران^۵، طلائی و همکاران^{۲۰}، آقایی و همکاران^{۲۴}، Ongenae^{۲۴} و همکاران^{۲۱} و Parsad^۲ و همکاران^۲ است که در

میزان زیاد وابستگی آن‌ها به خانواده و نقش پراهمیت آنان در تنظیم امور خانواده می‌تواند باعث شود تا سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی را در پی تجربه بیماری ویتیلیگو داشته باشند. هم‌چنین، ممکن است مکانیسم‌های سازگاری با بیماری و پیامدهای آن در مردان نسبت به زنان بارزتر، موثرتر و کارآمدتر باشد.^{۲۴}

پژوهش‌های خود دریافتند زنان و مردان مبتلا به ویتیلیگو از نظر کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. در تبیین اختلاف موجود بین دو جنس در بعد محیطی باید توجه داشت که زنان سطح واکنش‌پذیری بالاتری در برابر استرس و پیامدهای روان‌شناختی منفی بیماری‌ها دارند. ازسوی دیگر،

References

1. Bleehen SS, Ebling FJ, Champion RH. Disorders of skin colour. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM (eds.) Rook/Wilkinson/Ebling textbook of dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Scientific Pub, 1998; 1802.
2. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 58.
3. Feizy V, Ghazi P, Dolatshahi M, Hatmi Z. [Quality of life in vitiligo patients: a report from Razi University Hospital in Tehran]. Tehran University Medical Journal 2006; 65: 50-4. (Persian)
4. Silverberg, JI, Silverberg, NB. Quality of life impairment in children and adolescents with vitiligo. *Pediatr Dermatol* 2014; 31: 309-18.
5. Ghajarzadeh M, Kheirkhah S, Ghyiasi M. [Quality of life and depression in patients with vitiligo]. *Dermatology and Cosmetic* 2011; 2: 203-09. (Persian)
6. Esfandiarpour A, Afsharzadeh P. [Frequency of depression among vitiligo patients]. *Iran J Dermatol* 2003; 6:13-8. (Persian)
7. Maleki M, Javidi Z, Kiafar B, et al. [Depression in vitiligo patients]. *The Quarterly Journal of Fundamental of Mental Health*. 2005; 7: 5-11. (Persian)
8. Papadopoulos L, Walker CJ. Understanding skin problems. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 2003.
9. Papadopoulos L. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 385-96.
10. WHOQOL protocol for new centers. Series Number: MNH/PSF/94.4 Geneva: World Health Organization 1994.
11. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Personality Assess* 1996; 67, 588-97.
12. Moss-Morrisa R, Weinman J, Petrie K, et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1-16.
13. Richards HL, Fortune DG, Chong SLP, et al. Divergent beliefs about psoriasis are associated with increased psychological distress. *J Invest Dermatol* 2004; 123: 49-56.
14. Kossakowska MM, Ciescinska C, Jaszewska J, Placek WJ. Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 429-33.
15. Halder RM. Vitiligo. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et al. (eds.). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2008: 616-22.

16. Habif T. Light-related disease and disorders of pigmentation. In: Habif T (ed.) Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and treatment. 3rd ed. Mosby Publications Philadelphia; 1996.
17. Ramakrishna P, Rajni T. Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian J Psychol Med* 2014; 36: 302–03.
18. Noh S, Kim M, Park CO, et al. Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and symptomatic cutaneous diseases: vitiligo and atopic dermatitis. *Ann Dermatol* 2013; 25: 454-61.
19. Chan MF, Thug TG, AW CW, et al. Investigating factors associated with quality of life of vitiligo patients in Singapore. *Int J Nurs Pract* 2013; 19: 3-10.
20. Talaee R, Moayeri M, Mazuchi T, et al. Quality of life in patients with common pigmentation disorders in Kashan. *Dermatology and Cosmetic* 2012; 3: 140-49. (Persian)
21. Ongenaes K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 20: 1-8.
22. Khalid M, AlGhamdi MD. Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition. *Int J Dermatol* 2010; 49: 1141-145.
23. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE (ed.). *Social psychological aspects of health*. Volume 4 of *Handbook of psychology and health*. New Jersey: L. Erlbaum Associates, 1984: 219-52.
24. Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, et al. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol* 2004; 4: 8.

Relationship between illness perception, depression and quality of life among vitiligo patients referred to Farshchian Hospital in Hamedan

Lida Bahrami, MSc¹
Hamze Ahmadian, PhD¹
Gholamreza Eshghi, MD²

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
2. Department of Dermatology, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

Background and Aim: Vitiligo is a common skin disease and it is important to recognize and manage its social and psychological consequences. The aim of this study was to investigate the relationship between illness perception, depression and quality of life among vitiligo patients referred to the skin clinic of Farshchian Hospital in Hamedan.

Methods: This cross sectional study was conducted on the patients with vitiligo referred to the skin clinic of Farshchian Hospital during the first quarter of 2014. The study sample consisted of 100 patients (32 male and 68 female patients) with vitiligo who were selected using convenience sampling. Measurement tools included the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The data were analyzed using Pearson's correlation test.

Results: Illness perception have significant relationship with depression and quality of life in vitiligo patients. There was a significant difference in positive ($P=0.031$) and negative ($P=0.002$) illness perception scores between male and female vitiligo patients. Also, environmental dimension of quality of life in vitiligo patients was significantly different between men and women ($P=0.031$).

Conclusion: Evaluation of quality of life and depression in patients with vitiligo to reduce the adverse consequences of the disease on patients' lives is recommended.

Keywords: illness perception, depression, quality of life, vitiligo

Received: Oct 19, 2014 Accepted: Nov 15, 2014

Dermatology and Cosmetic 2014; 5 (3): 131-139

Corresponding Author:
Hamze Ahmadian, PhD

Department of Psychology, Islamic Azad University (Sanandaj Branch), Sanandaj, Iran.
Email: ahmadian2012@gmail.com

Conflict of interest: None to declare