

نیمرخ آسیب‌پذیری روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی و نقش آن در میزان تکانش‌گری در مراجعان به بیمارستان رازی

زمینه و هدف: زگیل تناسلی یک بیماری عفونی ناشی از نوعی ویروس پاپیلومای انسانی است که از طریق تماس مستقیم پوست و عمدتاً در اثر ارتباطات جنسی منتقل می‌شود؛ لذا نیمرخ آسیب‌پذیری روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی و نقش آن در میزان تکانش‌گری در مراجعان به بیمارستان رازی مورد مطالعه قرار گرفت.

روش اجرا: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری را تمام افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان رازی - که به زگیل تناسلی مبتلا بودند - تشکیل دادند که به روش در دسترس، ۱۲۲ نفر انتخاب و وارد مطالعه شدند. در این پژوهش از پرسش‌نامه آسیب‌پذیری روانی و پرسش‌نامه تکانش‌گری بارات استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام و نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آسیب‌پذیری روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی در وضعیت نرمال قرار و در میزان تکانش‌گری نقش دارد. افکار پارانوئیدی دارای ضریب اثر ۰/۳۰ و پیش‌بینی ۰/۳۰ است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش آسیب‌پذیری روانی در شکل‌گیری اختلالات رفتاری مانند تکانش‌گری از یک سو و نقش تکانش‌گری در ابتلا به بیماری زگیل تناسلی از سوی دیگر، این پژوهش واجد تلویحات کاربردی در برجسته‌ساختن زمینه‌های پیشگیری و درمان تکانش‌گری است.

کلیدواژه‌ها: تکانش‌گری، آسیب‌پذیری روانی، زگیل تناسلی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰

پوست و زیبایی؛ بهار ۱۴۰۲، دوره ۱۴ (۱): ۲۳-۱۴

منصوره نیکوگفتار^۱

امیرهوشنگ احسانی^۲

افشین فتحی^۲

علیرضا سنگانی^۳

رضوانه کوزه‌گران^{*۱}

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. گروه پوست، بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. گروه آسیب‌شناختی روان‌شناسی فرهنگی، مرکز پژوهشی علوم روان‌شناختی فارابی، مازندران، ایران

نویسنده مسئول:

رضوانه کوزه‌گران

تهران، جنت‌آباد شمالی، بلوار انصارالمهدی، خیابان میلاد ۳، پلاک ۴۰، واحد ۴
پست الکترونیک:

koze.garan@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

می‌شود^۲. اکنون دست‌کم یک میلیون ایرانی به ویروس HPV آلوده شده و زگیل تناسلی در آستانه همه‌گیر شدن است. علاوه بر مشکلات جسمانی، آگاهی از ابتلا برای این افراد اضطراب‌زا خواهد بود؛ به‌نحوی که این شرایط باعث بروز آسیب روانی در آنان می‌شود^۳. آسیب‌پذیری روانی (Psychological Vulnerability) در تمامی ابعاد رفتاری و شناختی انسان تأثیرگذار است^۴ و در DSM-5 دو تعریف تجدیدنظرشده از آسیب‌پذیری

زگیل تناسلی یا زگیل مقاربتی (Genital Warts)، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های پوستی و عفونی است که در گروه بیماری‌های آمیزشی قرار می‌گیرد. این بیماری در اثر تماس مستقیم پوست با پوست فرد آلوده و برقراری روابط جنسی بین افراد منتقل می‌شود^۱. بیماری زگیل تناسلی یک بیماری عفونی است که عامل اصلی به‌وجودآورنده آن، نوعی ویروس پاپیلومای انسانی است و این ویروس از طریق تماس مستقیم پوست افراد و عمدتاً در اثر ارتباطات جنسی منتقل

بیرونی و بدون درنظر داشتن عواقب منفی آن برای خود یا دیگران اشاره دارد.^{۱۸} در واقع طیف وسیعی از اعمالی را شامل می‌شود که روی آن تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ بروز می‌یابند^{۱۹}، ریسک و خطر بالایی دارند، اغلب برای موقعیت مناسب نیستند و منجر به عواقب ناخواسته‌ای می‌شوند.^{۲۰}

تکانش‌گری عبارت است از بی‌برنامگی و ازدست‌دادن تسلط بر شناخت و رفتار که سلامت و موفقیت فرد را به تأخیر می‌اندازد^{۲۱}؛ به عبارتی منظور از تکانش‌گری، «عمل بدون تفکر» و «عمل بدون ارزیابی پیامدها» است.^{۲۲} این رفتارها می‌توانند همانند یک راه‌انداز ظاهر و منجر به شکل‌گیری رفتار ناسازگارانه و ناتوانی‌شان برای مقاومت در مقابل آن شوند.^{۲۳}

در همین راستا جاوید و همکاران^{۲۴} در پژوهش خود نشان دادند که اختلالات روانی و شدت تحریف‌های شناختی، بر تکانش‌گری تأثیر دارد. لین و ژانگ دریافته‌اند که بین تکانش‌گری، آسیب روانی و خودکشی، رابطه دوسویه و معنی‌داری وجود دارد.^{۲۵} کارور و جانسون دریافته‌اند که بین واکنش تکانشی به هیجانات و آسیب‌پذیری روانی، رابطه دوسویه و معنی‌داری وجود دارد.^{۲۶}

به‌طور کلی شناخت عوامل و میزان روابط این متغیرها در افراد مبتلا به زگیل تناسلی، علاوه بر شناسایی وضعیت موجود، می‌تواند زمینه‌ساز روش‌های درمانی روان‌شناختی و ارتقادهنده پیشگیری در سطح اولیه گردد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در مراکز مشاوره و درمان اختلالات روان‌شناختی و معاونت بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گیرد. وضعیت شیوع زگیل تناسلی به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، که نیاز بیشتری به نیروی انسانی مولد دارند، حساسیت بیشتری دارد. از طرفی فارغ از نیاز پژوهشی، توان محقق و انگیزه پژوهشی در این زمینه سبب انتخاب جامعه هدف و متغیرهای ذکر شده گردیده است. پیشینه مطالعاتی نیز نقش عوامل

روانی ارائه شده است؛ در تعریف نخست اختلال روانی را به‌عنوان نشانگان روان‌شناختی یا رفتاری که در فرد رخ می‌دهد مطرح می‌کنند^۵ و در تعریف دوم، در زمینه ارزیابی اختلال و ناتوانی نیز در ملاک اول خود، آسیب‌پذیری روانی را نشانگان روان‌شناختی و رفتاری معرفی می‌کند.^۶ از عوامل اساسی ابتلا به بیماری زگیل تناسلی، تأثیر آن بر اختلالات است و حساسیت به آن نیز در میزان درگیری با این شرایط، تأثیر اساسی خواهد داشت.^۷

طبق نظریه‌های شناختی، شیوه‌ای که به‌واسطه آن یک فرد نشانه‌های هیجانی متعدد را تفسیر می‌کند، ممکن است او را برای واکنش‌های شدید آسیب‌پذیر سازد.^۸ الگوی آسیب‌پذیری روانی مبتنی بر نقصان یا مشکل در یک یا چند حوزه از کارکرد روانی، شامل کارکرد عمومی (برای مثال هوشیاری، جهت‌یابی، هوش یا مزاج)^۹ یا کارکردهای اختصاصی (برای مثال توجه، حافظه، هیجان، ادراک و تفکر) است؛ اما محدود به این حوزه‌ها نیست.^{۱۰}

این نشانگان پاسخی قابل‌انتظار به یک عامل استرس‌زای عمومی، فقدان یا پاسخ فرهنگی تأییدشده به یک رویداد خاص بوده^{۱۱} و اساساً می‌تواند ناشی از نقش عصب‌شناختی باشد.^{۱۲} مقصود از آسیب‌پذیری روانی، احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیت‌های معین است.^{۱۳} عوامل خطر شخصی و محیطی احتمال پیدایش بیماری یا اختلال را بالا می‌برند.^{۱۴} آسیب‌پذیری روانی به‌عنوان یک آمادگی مادرزادی یا اکتسابی برای ناسازگاری‌ها و اختلال‌های روانی شناخته شده است.^{۱۵}

آسیب‌پذیری روانی از مؤلفه‌های زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی به‌نام نشانگرهای آسیب‌پذیری تشکیل می‌شود^{۱۶} که عوامل شناختی - رفتاری مانند تکانه‌ای‌بودن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۱۷} تکانش‌گری (Impulsivity) به گرایش به ابراز واکنش‌های تند، سریع و بدون برنامه‌ریزی به محرک‌های درونی یا

پرسش‌نامه آسیب‌روانی 90-Symptom Checklist

پرسش‌نامه آسیب‌روانی فرم ۹۰ سؤالی توسط دراگوتیس (Drogatis) و همکاران در سال ۱۹۷۳ طراحی شد^{۲۷} و بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۰ تا ۴ ثبت می‌گردد. عامل اصلی شامل مقیاس افسردگی حاوی ۱۳ سؤال و مواد ۵، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۵۴، ۷۱ و ۷۹ پرسش‌نامه؛ مقیاس پرخاشگری حاوی ۶ سؤال و شامل مواد ۱۱، ۲۴، ۲۶، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴ و ۵۸ پرسش‌نامه است.

مقیاس حساسیت در روابط متقابل حاوی ۹ سؤال و شامل مواد ۶، ۲۱، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰ پرسش‌نامه است.

نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب‌روانی بیشتر در افراد است. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید شده و پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران بیش از ۰/۹۰ گزارش شده است. امام‌هادی و همکاران^{۲۸} ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است و رضاپور با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی آن را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۱ و ضریب روایی این آزمون را بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ گزارش کرده است. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۹۶ محاسبه و گزارش شد.

روان‌شناختی را در این حوزه مورد بررسی قرار داده است؛ اما در این حوزه به‌طور دقیق نقش آسیب‌پذیری روانی در تکانش‌گری آشکار نیست بنابراین؛ هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش آسیب‌پذیری روانی در تکانش‌گری افراد مبتلا به زگیل تناسلی است.

روش اجرا

پژوهش حاضر توصیفی از لحاظ هدف کاربردی و از نوع پژوهش‌های همبستگی است. جامعه آماری پژوهش تمامی افراد مبتلا به زگیل تناسلی در مراجعان به بیمارستان رازی در سال ۱۴۰۰ بوده‌اند. با توجه به تعداد جامعه هدف براساس جدول کرجسی و مورگان و به روش در دسترس ۱۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل ابتلا به زگیل تناسلی به تشخیص پزشک بیمارستان، حداقل ۱ ماه از تشخیص گذشته، بازه سنی ۱۵ سال به بالاتر، نداشتن بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی به تشخیص روان‌پزشک مراکز، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیار خروج شامل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اختیار خروج در هر بخش از انجام پژوهش و تردید در مورد صحت هر یک از معیارهای ورود به پژوهش بود.

اصول و استانداردهای اخلاقی از جمله مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی، احترام به حقوق و کرامت افراد، عمل به استانداردهای ممکن و مستدل در تحقیق، استفاده به‌جا از دانش و مهارت، عدم ساخت و تحریف اطلاعات، تعارض منافع، رازداری حرفه‌ای، رضایت آگاهانه و ملاحظات مربوط به روند انتشار نتایج رعایت شد. با اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از افراد و توضیح کامل هدف و روش تحقیق، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات، محرمانه باقی خواهد ماند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام و نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

پرسش‌نامه تکانش‌گری بارت

پرسش‌نامه تکانش‌گری توسط بارت در سال ۲۰۰۴ با ۳۰ سؤال ساخته شده است^{۲۹} و دارای سه خرده‌مقیاس می‌باشد. تکانش‌گری شناختی شامل گویه‌های ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۲۰، ۲۴، ۲۶ و ۲۸، تکانش‌گری حرکتی شامل گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۱۶، ۱۹، ۲۳ و ۲۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۳۰ و عدم برنامه‌ریزی شامل گویه‌های ۱، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹ است.

سؤالات این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت تنظیم شده است که از ۱ (به‌ندرت) تا ۴ (همیشه) است. نمره بالاتر نشان‌دهنده تکانش‌گری بیشتر است. روایی سازه و محتوا توسط سازنده تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سؤالات عامل اول ۰/۸۱، برای سؤالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سؤالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و پایایی بازآزمون نمرات کل ۰/۷۷ به‌دست آمده است.

در ایران توسط اختیاری و همکاران^{۳۰} روایی سازه و همزمان تأیید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۰ و ۰/۵۸ به‌دست آمد.

یافته‌ها

از تعداد ۱۳۰ پرسش‌نامه توزیع‌شده، ۱۲۲ پرسش‌نامه به‌طور کامل پاسخ داده شد. میانگین سن مشارکت‌کنندگان ۲۷/۸۹ با انحراف استاندارد ۱۱/۶۰ بود که بیشترین تعداد، مربوط به رده سنی ۱۵ تا ۳۵ سال (۶۷/۲ درصد) و کمترین تعداد مربوط به رده سنی ۵۱ سال به بالا بود (۹ درصد). ۶۳/۹ درصد مشارکت‌کنندگان زن و ۳۶/۱ درصد مرد بودند. ۳۶/۹ درصد مجرد و ۵۷/۴ درصد متأهل و ۵/۷ درصد وضعیت متراکه بودند. هم‌چنین ۶۳/۹ درصد از مشارکت‌کنندگان شاغل و ۳۵/۱ درصد غیرشاغل بودند. اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی.

متغیر	مجموعه	فراوانی	درصد فراوانی
سن	انحراف میانگین استاندارد	۱۵ تا ۳۵ سال	۶۷/۲
		۳۶ تا ۵۰ سال	۲۳/۸
		۵۱ و به بالاتر	۹
جنسیت	زن	۷۸	۶۳/۹
	مرد	۴۴	۳۶/۱
تاهل	متاهل	۷۰	۵۷/۴
	متراکه	۷	۵/۷
وضعیت شغلی	شاغل	۷۸	۶۳/۹
	غیرشاغل	۴۴	۳۵/۱
مجموع	-	۱۲۲	۱۰۰

با توجه به جدول ۱، اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه در شاخص‌های متفاوت نشان داده می‌شود.

با توجه به جدول ۲ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد حاصل از متغیر آسیب‌پذیری روانی نشان داده می‌شود. به‌طور مشخص با توجه به نقطه برش ۱ در خرده‌مقیاس‌ها و نقطه برش ۱/۳ از پرسش‌نامه ۹۰ SCL، نتایج نشان می‌دهد که وضعیت افراد نرمال است.

با توجه به جدول ۳، تفاوت آسیب‌پذیری روانی با توجه به

جدول ۲: آمارهای توصیفی خرده‌آزمون‌های متغیر آسیب‌پذیری روانی با توجه به نقطه برش از پرسش‌نامه SCL 90.

متغیر	حداقل آماره	حداکثر آماره	میانگین	انحراف استاندارد	وضعیت
افسردگی	۰	۳/۵۴	۰/۷۹	۰/۹۰	نرمال
پرخاشگری	۰	۳/۸۳	۰/۸۳	۰/۹۰	نرمال
بدنی‌سازی	۰	۲/۳۳	۰/۵۳	۰/۶۰	نرمال
حساسیت	۰	۳/۴۴	۰/۷۹	۰/۸۲	نرمال
افکار پارانوئیدی	۰	۳/۶۷	۰/۹۱	۰/۸۵	نرمال
وسواس	۰	۳/۴۰	۰/۸۲	۰/۷۷	نرمال
اضطراب	۰	۳	۰/۶۲	۰/۷۰	نرمال
فوبیا	۰	۲/۲۹	۰/۳۵	۰/۴۸	نرمال
روان‌گسستگی	۰	۲/۷۰	۰/۴۸	۰/۶۶	نرمال
آسیب‌پذیری روانی (GSI)	۰	۲/۷۶	۰/۶۲	۰/۶۱	نرمال

۳۰ نفر برابر با ۲۴/۵۹ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس پرخاشگری؛ تعداد ۲۲ نفر برابر با ۱۸/۰۳ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس بدنی‌سازی؛ تعداد ۳۴ نفر برابر با ۲۷/۸۶ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس حساسیت؛ تعداد ۴۲ نفر برابر با ۳۴/۴۲ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس افکار پارانوییدی؛ تعداد ۳۶ نفر برابر با ۲۹/۵۰ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس وسواس؛ تعداد ۲۴ نفر برابر با ۱۹/۶۷ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس اضطراب؛ تعداد ۱۱ نفر برابر با ۹/۰۱ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس فوبیا و تعداد ۲۰ نفر برابر با ۱۶/۳۹ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس روان‌گسستگی، نمره بالاتر از نقطه برش ۱ و تعداد ۲۶ نفر برابر با ۲۱/۳۱ درصد از کل ۱۲۲ نفر در آسیب‌پذیری روانی (GSI)، نمره بالاتر از نقطه برش ۱/۳ کسب کرده‌اند.

نتایج مندرج در جدول ۵، همبستگی مثبت معنی‌داری بین آسیب‌پذیری روانی با تکانش‌گری را نشان می‌دهد. بین آسیب‌پذیری روانی (۰/۲۱) با تکانش‌گری در $P=0/01$ همبستگی مثبت وجود دارد. در بررسی رگرسیون، پیش‌فرض‌های هم‌خطی متغیرها تأیید شد و شرایط لازم جهت بررسی مدل رگرسیونی فراهم بود.

نتایج مندرج در جدول ۶، پیش‌بینی میزان تکانش‌گری براساس افکار پارانوییدی بوده است. برپایه آنچه که در جدول بعد ارائه شده، افکار پارانوییدی (۰/۳۰۳) در پیش‌بینی میزان تکانش‌گری نقش دارند، و مقادیر به‌دست‌آمده از آماره t ، نشان‌دهنده پیش‌بینی معنی‌دار متغیر تکانش‌گری است. هم‌چنین با توجه به مقادیر به‌دست‌آمده از (Beta)، افکار پارانوییدی (۰/۳۰) اثر را بر میزان تکانش‌گری دارند. هم‌چنین با هدف تعیین تفاوت بین مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی‌شده با مدل رگرسیون، از آماره دوربین واتسون استفاده شد که برابر با ۱/۹۰۵ بود که این مقدار در دامنه بین ۱ تا

جدول ۳: تعیین تفاوت آسیب‌روانی با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل.

متغیر	زیرمجموعه	M+SD	معنی‌داری
سن	۱۵ تا ۳۵ سال	۰/۵۹+۰/۵۸	۰/۰۸۸
	۳۶ تا ۵۰ سال	۰/۸۲+۰/۶۸	
	۵۱ و به بالاتر	۰/۳۳+۰/۴۳	
جنسیت	زن	۰/۷۷+۰/۶۵	۰/۰۴۱
	مرد	۰/۵۷+۰/۵۶	
تاهل	مجرد	۰/۶۸+۰/۶۷	۰/۸۷۷
	متاهل	۰/۶۰+۰/۵۹	
	طلاق‌گرفته	۰/۴۸+۰/۴۲	
	متارکه‌کرده	۰/۶۰+۰/۳۵	
وضعیت شغلی	شاغل	۰/۵۶+۰/۵۸	۰/۱۷۵
	غیرشاغل	۰/۷۳+۰/۶۴	

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل نشان داده می‌شود. به‌طور مشخص صرفاً در گروه جنسیتی از نظر آسیب‌روانی تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول ۴ با توجه به نقطه برش ۱ در خرده‌مقیاس‌ها و نقطه برش ۱/۳ در شاخص کلی شیوع فراوانی اختلال‌ها از مجموع ۱۲۲ نفر فراوانی در خرده‌مقیاس‌های آسیب‌پذیری روانی نشان داده می‌شود. به‌طور مشخص تعداد ۳۱ نفر برابر با ۲۵/۴۰ درصد از کل ۱۲۲ نفر در خرده‌مقیاس افسردگی؛ تعداد

جدول ۴: بررسی شیوع افراد مبتلا به آسیب‌روانی با توجه به فراوانی و درصد فراوانی بر اساس به نقطه برش از پرسش‌نامه SCL 90.

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
افسردگی	۳۱	۲۵/۴۰
پرخاشگری	۳۰	۲۴/۵۹
بدنی‌سازی	۲۲	۱۸/۰۳
حساسیت	۳۴	۲۷/۸۶
افکار پارانوییدی	۴۲	۳۴/۴۲
وسواس	۳۶	۲۹/۵۰
اضطراب	۲۴	۱۹/۶۷
فوبیا	۱۱	۹/۰۱
روان‌گسستگی	۲۰	۱۶/۳۹
آسیب‌پذیری روانی (GSI)	۲۶	۲۱/۳۱

جدول ۵: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین آسیب‌پذیری روانی با تکانش‌گری.

متغیر	افسردگی	پرخاشگری	بدنی‌سازی	حساسیت	افکار پارانوئیدی	وسواس	اضطراب	فوبیا	روان‌گسستگی	آسیب‌پذیری روانی
عدم برنامه‌ریزی	۰/۰۳	۰/۱۹*	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۲۲**	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۱۰
تکانش‌گری حرکتی	۰/۰۱	۰/۲۳**	۰/۱۱	۰/۲۰**	۰/۲۸**	۰/۱۸*	۰/۱۴	۰/۱۹*	۰/۱۳	۰/۱۸*
تکانش‌گری شناختی	۰/۳۶**	۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۴۲**
تکانش‌گری	۰/۱۳**	۰/۲۵**	۰/۱۴	۰/۲۳**	۰/۳۱**	۰/۲۱*	۰/۱۷*	۰/۲۱*	۰/۱۵*	۰/۲۱*

* در سطح ۰/۰۵ و ** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

این پژوهش‌ها به نسبت پژوهش حاضر تفاوت‌هایی در ابزار استفاده‌شده و موقعیت زمانی و مکانی دارند؛ اما با توجه به منطق مبانی شناختی و هیجانی در متغیرهای مورد مطالعه، هم‌سویی به‌دست‌آمده قابل تأیید است.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که آسیب‌پذیری روانی زمینه‌ای برای پیدایش ناسازگاری‌ها و اختلالات شناختی، رفتاری و عاطفی محسوب می‌شود. از نشانه‌های مهم آسیب‌پذیری می‌توان به ویژگی‌های شناختی، علائم موقعیتی یا منابع بیرونی مانند حمایت اجتماعی ضعیف اشاره کرد که بدون در نظر گرفتن پیامدهای منفی رفتار منجر به افزایش رفتارهای تکانشی می‌شود^{۱۴}، یکی از مدل‌های پیشنهادی، مدل حساسیت - استرس است که بر تعامل بین آمادگی برای بیماری و اختلالات تأکید دارد. اگرچه آسیب‌پذیری یا آسیب‌پذیری ذهنی به استعداد ذاتی برای بیماری اشاره دارد؛ اما می‌توان آن را به هر ویژگی یا مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصی تعمیم داد که احتمال ابتلای فرد به اختلال را افزایش می‌دهد^{۱۵}. در افراد مبتلا به زگیل تناسلی، اضطراب و استرس نیز نقش مهمی در این مدل برای بروز آسیب‌های دیگر دارد و به‌عنوان یک محرک محیطی

۳، نشان از مستقل بودن خطاها داشته است. در مقادیر Variance Inflation Factor در تمامی مسیر و متغیرها، تورم واریانس نداشته و همچنین ضریب تحمل بالا دارند در نتیجه، مقدار ضریب تحمل بالا و تورم واریانس پایین، نشان‌دهنده عدم هم‌خطی بودن و مناسب بودن مدل رگرسیون است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش آسیب‌پذیری روانی در میزان تکانش‌گری در افراد مبتلا به زگیل تناسلی بود. این نتایج در جهت روابط این متغیرها با یکدیگر همسو با یافته‌های جاوید و همکاران^{۲۴}، لین و ژانگ^{۲۵}، کارور و جانسون^{۲۵} در جهت نقش آسیب‌پذیری روانی در میزان تکانش‌گری می‌باشد. در علت هم‌سویی در نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به نکات مشترک نشانه‌های شناختی و هیجانی در رفتارهای مرتبط با آسیب‌پذیری روانی اشاره کرد. با توجه به مبانی نظری شناختی و هیجانی به‌عنوان یک عامل مهم و مشترک بین مبانی نظری، می‌توان دریافت که آسیب‌پذیری روانی دربرگیرنده مؤلفه‌های چندبعدی شناختی، رفتاری و هیجانی است بنابراین، هرچند که

جدول ۶: ضرایب رگرسیون و اثر به همراه خطای استاندارد برآورد و هم‌خطی داده‌ها.

متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی چندگانه R	ضریب بتا استاندارد شده (Beta)	مجذور ضریب همبستگی چندگانه R2	مجذور ضریب همبستگی چندگانه تعدیل‌شده	خطای استاندارد ضریب t	معنی‌داری	دوربین واتسون	هم‌خطی داده‌ها	تولرانس VIF
افکار پارانوئیدی	۰/۳۰۳	۰/۳۰۰	۰/۰۹۲	۰/۰۸۳	۱۳/۸۴۲	۳/۳۲۰	۰/۰۰۱	۱/۹۰۵	۱

مضر یا ناخوشایند در کنار استعداد ابتلا به بیماری، محرک آسیب‌های روانی است.^{۲۱}

به‌طور کلی، عوامل استرس‌زای روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی شامل رویدادهای آسیب‌زای بزرگ و رویدادهای مزمن بیشتر است. درواقع واکنش افراد به موقعیت‌های استرس‌زا، نشانه‌ای از واکنش افراد به تهدیدات و علائم خطر با استرس است که به یک معنا می‌تواند رفتار تکانشی باشد؛^{۲۰} اما شدت این واکنش بستگی به این دارد که یک موقعیت خاص تا چه حد تهدیدکننده شناسایی شود و چگونه فرد موقعیت‌ها و حوادث را درک و درک کند. این وضعیت ممکن است برای یک فرد بی‌خطر و برای شخص دیگر به عنوان یک تهدید تلقی شود که منجر به اضطراب می‌شود.

اضطراب یک احساس ناراحت‌کننده است که با یک موقعیت آسیب‌زا یا تهدید خطر همراه است. اضطراب درواقع با حالت هیجان منفی بالا مرتبط است و با هیجان مثبت رابطه معناداری ندارد. از سوی دیگر، این وضعیت در افراد مبتلا به زگیل تناسلی بیشتر بر روی عامل احساسات منفی بارگذاری می‌شود؛^{۲۳} اما در مطالعه و تجزیه و تحلیل به‌دست‌آمده، پیش‌بینی تکانش‌گری براساس افکار پارانوئید بود. روان‌پریشی پارانویا نوعی احساس غیرمنطقی و مداوم است که می‌تواند بر عملکرد اجتماعی یا ارتباطات عاطفی فرد تأثیر بگذارد و تحت‌الشعاع قرار دهد. روان‌پریشی پارانوئید ممکن است نشانه تعدادی از شرایط باشد، از جمله شخصیت پارانوئید، اختلال هذیانی (پارانوئید) و اسکیزوفرنی و درمان پارانویا کاملاً به‌علت اصلی بستگی دارد.^{۲۴} طبق نظریه‌گری، تفاوت‌های فردی در تکانش‌گری به‌دلیل تفاوت در پاسخگویی یا حساسیت در سیستم شناختی رفتاری است. براساس این نظریه، افراد با تکانش‌گری بالا مستعد دریافت نشانه‌ها و تقویت‌ها هستند و آن‌ها را در رفتار نزدیک تشخیص داده و به‌کار می‌برند و در موقعیت‌های کم‌پاداش،

عواطف مثبت (لذت پیش‌بینی‌کننده) را تجربه می‌کنند.^{۲۲} این موضوع در رفتارها و افکار پارانوئید که جزء اعمال تکانشی است نیز وجود دارد و یکی از ویژگی‌های ثابت اختلالات به‌ویژه اختلال پارانوئید است. براساس تئوری سندرم کمبود پاداش مغز، نقص در سیستم پاداش مغزی باعث می‌شود افراد از فعالیت‌های روزمره و عادی لذت نبرند و این عامل منجر به اختلالات طیف تکانش‌گری می‌شود که اختلال افکار پارانوئید یکی از این اختلالات است.^{۲۹} موضوع آسیب روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی، علاوه‌بر تبیین نقش عوامل روانی در این افراد در انتقال آسیب‌های روانی و رفتارهای تکانشی، می‌تواند بر سایر عوامل شناختی و رفتاری و حتی عاطفی نیز تأثیر بگذارد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که توجه به آسیب‌های روانی در افراد مبتلا به زگیل تناسلی می‌تواند در درمان و پیشگیری از اختلالات رفتاری مانند تکانش‌گری بسیار مهم باشد.

محدودیت‌های پژوهش شامل محدودشدن پژوهش به افراد مبتلا به زگیل تناسلی در مراجعان به بیمارستان رازی شهر تهران، محدودشدن پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و محدودشدن پژوهش به ابزار پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی بود. این پژوهش در زمان شیوع بیماری کرونا انجام شده است بنابراین، فرایند نمونه‌گیری با دشواری انجام شد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب شورای تخصصی پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با شناسه اخلاق IR.TUMS.IKHC.1400.311 است. از تمامی بیماران، مسئولین و اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاس‌گزاریم.

References

1. Moradi A, Rasoulzadeh Tabatabai SK, Darchini-Maragheh E, et al. Evaluation and comparison of emotional intelligence criteria in patients with and without genital warts. *J Navid* 2019; 21: 19-28.
2. Jung JM, Jung CJ, Lee WJ, et al. Topically applied treatments for external genital warts in nonimmunocompromised patients: A systematic review and network meta-analysis. *Br J Dermatol* 2020;183:24-36.
3. Liberis A, Pratilas G, Dampali R, et al. Psychological aftermath of giant genital warts in a “victim” of the anti-immunisation trend. *J Obstet Gynaecol* 2022;42:1575-597.
4. Muenks K, Canning EA, LaCosse J, et al. Does my professor think my ability can change? Students’ perceptions of their STEM professors’ mindset beliefs predict their psychological vulnerability, engagement, and performance in class. *J Exp Psychol Gen* 2020;149:2119.
5. Kazeminejad A, Yazadani Charati J, Rahmatpour G, et al. Comparison of quality of life in anogenital warts with control group. *Tehran Univ Med J* 2019; 76: 692-98
6. Roehr B. American psychiatric association explains DSM-5. *Brit Med J* 2013;6,346.
7. Mirzadeh F, Yousefi P, Zareei F, et al. Correlation of health belief model constructs with preventive behaviors of genital warts in women in Bandar Abbas: A cross-sectional study. *J Prevent Med* 2021;8: 71-9.
8. Teixeira S, Ferré-Grau C, Canut TL, et al. Positive mental health in university students and its relations with psychological vulnerability, mental health literacy, and sociodemographic characteristics: A descriptive correlational study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:3185.
9. Harpviken AN. Psychological vulnerabilities and extremism among Western youth: A literature review. *Adolescent Research Review* 2020;5:1-26.
10. Gilson EC. Beyond bounded selves and places: The relational making of vulnerability and security. *J Brit Soci Phenomenol* 2018;49:229-42.
11. MataixCols D, Frost RO, Pertusa A, et al. Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V?. *Depress Anxiety*. 2010;27:556-72.
12. Kadiyala PK. Mnemonics for diagnostic criteria of DSM V mental disorders: A scoping review. *Gen Psychiatr*. 2020;33, 67-75.
13. Benincasa V, Passannante M, Perrini F. Burnout and psychological vulnerability in first responders: Monitoring depersonalization and phobic anxiety during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:2794.
14. Soleimani M, Hafeznia M, Masodi S, et al. Comparison of dimensions of psychopathology, life style and family functioning in female students with eating disorders. *Nursi Midwifery J* 2016;14:371-379
15. Leonidou C, Panayiotou G, Bati A, et al. Coping with psychosomatic symptoms: The buffering role of psychological flexibility and impact on quality of life. *J Health Psychol*. 2019;24:175-87.
16. Ioannidis K, Hook R, Wickham K, et al. Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: A meta-analysis. *Neuropsychopharmacol*. 2019;44:1354-361.
17. Bachmann AS, Zaunbauer AC, Tolke AM, et al. Well-being and quality of life among oral cancer patients—Psychological vulnerability and coping responses upon entering initial treatment. *J Craniomaxillofac Surg* 2018;46:1637-644.

18. Loree AM, Lundahl LH, Ledgerwood DM. Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug Alcohol Rev* 2015;34:119-34.
19. Mestre-Bach G, Steward T, Granero R, et al. Dimensions of impulsivity in gambling disorder. *Sci Rep* 2020;10:397.
20. Azimi H, Soleimani E. The Comparison of psychological distress, impulsivity, and type D personality between students with positive and negative attitudes toward addiction. *Addict Res* 2020;14:151-70.
21. Fattore L, Melis M. Sex differences in impulsive and compulsive behaviors: a focus on drug addiction. *Addict Biol.* 2016;21:1043-051.
22. Pan N, Wang S, Zhao Y, et al. Brain gray matter structures associated with trait impulsivity: A systematic review and voxel-based meta-analysis. *Hum Brain Mapp.* 2021;42:2214-235.
23. Argyriou E, Um M, Wu W, et al. Measurement invariance of the UPPS-P impulsive behavior scale across age and sex across the adult life span. *Assessment* 2020;27:432-53.
24. Javed M, Mohammadi N, Rahimi Taganki C, et al. The effect of mental disorders and severity of cognitive distortions on impulsivity. *Mood Disorder Congress.* 2015.
25. Lin L, Zhang J. Impulsivity, mental disorder, and suicide in rural China. *Arch Suicide Res* 2017;21:73-82.
26. Carver CS, Johnson SL. Impulsive reactivity to emotion and vulnerability to psychopathology *Am Psychol* 2018;73:1067.
27. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128:280-9.
28. Emamhadi M A, Jalilvand M, Salehi M. Frequency of psychological disorders in male murderers. *Social Welfare Quarterly* 2006; 5: 153-62.
29. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, et al. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatr* 1997;41:1045-61.
30. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli DG, et al. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 14:326-36.

The profile of psychological vulnerability in people with genital warts and its role in the level of impulsivity in patients visiting Razi Hospital

Mansooreh Nikoogoffar, PhD¹
Amirhooshang Ehsani, MD²
Afshin Fathi, MD²
Alireza Sangani, PhD³
Rezvaneh Koozegaran, Msc^{1*}

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Department of Dermatology, Razi Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Cultural Psychology Pathology, Farabi Research Center for Psychological Sciences, Mazandaran, Iran

Received: Mar 27, 2023

Accepted: Apr 19, 2023

Pages: 14-23

Corresponding Author:

Rezvaneh Koozegaran, Msc

Unit 4, No. 40, 3rd Milad St., Ansar Al-Mahdi Blvd., North JannatAbad, Tehran, Iran

Email: koze.garan@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare

Background and Aim: Genital wart disease is an infectious disease caused by a type of human papilloma virus that is transmitted through direct contact with the skin of people and mainly as a result of sexual intercourse. Therefore, the profile of psychological vulnerability in people with genital warts and its role in the level of impulsivity It was studied in patients at Razi Hospital.

Methods: The current research was of a descriptive-correlation type. The statistical population of the research consisted of all the people referred to Razi Hospital who were suffering from genital warts. 122 people were selected and included in the study. Psychological vulnerability questionnaire and Barat impulsivity questionnaire were used in this research. Data analysis was done with analysis of variance and independent t test, Pearson correlation and stepwise regression and SPSS 18 software.

Results: The results showed that psychological vulnerability is normal in people with genital warts. Psychological vulnerability plays a role in impulsivity. Paranoid thoughts have an effect coefficient of 0.3030 and a prediction of 0.30.

Conclusion: Considering the role of psychological vulnerability in the formation of behavioral disorders such as impulsivity on the one hand and the role of impulsivity in contracting genital warts on the other hand, this research has practical implications in highlighting the areas of prevention and treatment of impulsivity.

Keywords: impulsivity, psychological vulnerability, genital warts

