Journal of Research in Psychological Health
December 2018, Volume 12, Issue 3

Comparison Personality Traits and Perceived Anxiety Control among Individuals with and without Psoriasis

Mojgan Agah Heris[1], *Nahid Ramezani[2], Iman Rafiemanzelat[3]
1. Departmant of psychology, Faculty of education and psychology, Payame Noor University, Garmsar, Iran
2. M.A. In Psychology, Garmsar University,
3. Student in Medical, Shahrekord University of Medical Sciences

Citation: Agah Heris M, Ramezani N, Rafiemanzelat I. Comparison Personality Traits and Perceived Anxiety Control among Individuals with and without Psoriasis. Journal of Research in Psychological Health. 2018;12(3):49-62.[Persian].

Highlights

- The openness to experience of individuals with psoriasis was lower than the normal group.
- Individuals with psoriasis had higher score in the perceived anxiety control than control group.

Keywords
Personality traits, Perceived Anxiety Control, Psoriasis

Abstract

Psoriasis is a chronic and inflammatory disease that psychological factors could cause or maintain it. The objective of this study was to compare personality traits and perceived anxiety control among individuals with and without psoriasis. Applying a causal-comparative research design, and using convenient sampling method, 260 participants were selected and assigned into two groups (with and without psoriasis). All of them completed the demographic information and NEO Personality Inventory and perceived anxiety control questionnaire. Findings revealed that individuals with psoriasis get the lower score in openness to experiences in comparison to individuals without psoriasis ($p<0.05$).But, there were no significant differences between two groups in regard to four other personality characteristics. In addition, Individuals without psoriasis got higher scores in the perceived anxiety control and it subscales in comparison to the control group. In according to these findings, having biases in perceiving anxiety control and openness to experience can be a crucial factor in the formation or maintenance of psoriasis.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیت و ادراک کنترل اضطراب در افراد با و بدون پسوریازیس

مژگان آگاه هریس[۱]، ناهید رمضانی[۲]، ایمان رفیع‌منزلت[۳]

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور گرمسار، تهران، ایران.

۲*. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه گرمسار، تهران، ایران. این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه است.

۳. دانشجوی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۳۰

یافته‌های اصلی

- در ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه، نمره‌ی افراد با پسوریازیس، کمتر از گروه عادی است.
- نمره افراد با پسوریازیس در مقایسه با افراد عادی در ادارک کنترل اضطراب بالاتر است.

چکیده

پسوریازیس، بیماری مزمن و التهابی پوستی است که عوامل روان شناختی در ایجاد و تداوم آن دخالت دارند. این پژوهش با هدف مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و ادراک کنترل اضطراب در افراد با و بدون پسوریازیس انجام شد. طرح پژوهشی علّی‌مقایسه‌ای بود و با نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۶۰ نفر انتخاب و در دو گروه با و بدون پسوریازیس جایگزین شدند. تمامی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پنج‌عاملی نئو، ادراک کنترل اضطراب و اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد در ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه، نمره‌ی افراد با پسوریازیس، از گروه عادی کمتر است؛ ولی در دیگر ویژگی‌های شخصیتی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. از لحاظ ادراک کنترل اضطراب در همه‌ی خرده‌مقیاس‌ها، تفاوت دو گروه معنی‌دار بود و نمره‌ی افراد با پسوریازیس کمتر بود. بر این اساس به نظر می‌رسد سوگیری در ادراک کنترل اضطراب و گشودگی به تجربه در شکل‌گیری و تداوم پسوریازیس نقش جدی داشته باشند.

واژگان کلیدی

ادراک کنترل اضطراب، پسوریازیس، ویژگی‌های شخصیت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]

[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

مقدمه

بیماری‌های خودایمنی، از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، پیش‌رونده و پرهزینه در جهان هستند. سیر بالینی بسیاری از بیماری‌های پوستی ناشی از تعامل و تقابل میان عوامل زیستی، روان‌پزشکی و روان شناختی است که تسریع‌کننده، مستعدکننده یا تداوم‌بخش بیماری پوستی هستند (۱). بیماری پوستی پسوریازیس[1] جزء واکنش‌های غیراختصاصی دستگاه ایمنی محسوب می‌شود (۲). میزان شیوع، ۲ تا ۳درصد جمعیت کلی است و شیوع آن در بین مردان و زنان تقریباً مساوی است (۳). اوج شروع بیماری در ۱۶ تا ۲۲ و ۵۰ تا ۶۰سالگی است و غالباً شروع آن در بیشتر بیماران، قبل از ۴۰سالگی است (۴). سیر بیماری پیش‌بینی‌ناپذیر، همراه با شعله‌وری و خاموشی بوده و بهبودناپذیر است (۵). درد، خارش، کیفیت پایین زندگی، اضطراب و افسردگی در این بیماران شایع است (۶). میزان افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران پسوریازیس و خصوصاً افراد جوان، بالاتر گزارش شده است (۷). ارتباط ذهن و جسم در بیماران پسوریازیس جدایی‌ناپذیر است؛ بر همین اساس این بیماری در دسته‌ی بیماری های روان‌تنی[2] قرار دارد (۸). به‌علت قرارگیری در رده‌ی بیماری‌های روان‌تنی، ویژگی‌های شخصیتی این افراد نیز با دیگران تفاوت دارد (۸). این ویژگی‌ها بر علائم پسوریازیس تأثیرگذار هستند (۹). این عقیده نیز وجود دارد که ویژگی‌های شخصیتی باعث افزایش آسیب‌پذیری فرد شده و درنتیجه به مزمن شدن بیماری منجر می‌گردد (۱۰). ویژگی‌های شخصیتی ستیزه‌جویی، کژخویی[3] و نشانه‌های نوروتیک در بیماران پسوریازیس دیده می‌شود (۱۱). بیماران پسوریازیس، به‌واسطه‌ی وجود ضایعات پوستی، سطوح بالایی از نوروزگرایی شامل اضطراب و افسردگی، کاهش آستانه‌ی فعالیت، عدم بازداری و کنترل هیجان، واکنش در مقابل هرگونه عامل فشارزا، غمگین و عصبی شدن با کوچک‌ترین محرک ناسازگار را تجربه می‌کنند (۱۲). حالت‌های اجتناب از صمیمیت و نزدیکی عاطفی در روابط دلبستگی و محدودیت در توانایی شناسایی و ابراز کلامی هیجان‌ها نیز در این بیماران دیده شده است (۱۲). احساس ناخوشایند به‌وجودآمده به‌واسطه‌ی ظاهر فیزیکی نامناسب، به انزوا و اجتناب از تعامل با دیگر افراد و اجتناب از تجربه‌های جدید منجر می‌گردد و این تغییر رفتار ممکن است به افسردگی، اضطراب، استرس و حتی افکار خودکشی نیز منتهی شود (۱۲،۹). تأثیرات روانی‌اجتماعی منفی پسوریازیس، در مراحل مختلف زندگی خصوصاً زمینه‌های کاری و روابط و فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند شدید باشد (۱۳). مشکل درک و تنظیم احساسات و حالات درونی در بیماران پسوریازیس سبب مشکلات روانی بسیار می‌گردد که ناشی از ناتوانی شایان‌توجه بیمار در پاسخ به علائم مفاصل دردناک و خارش در بیماری است. این در اکثر افراد دارای پسوریازیس شایع است و ریسک اختلالات اضطرابی را افزایش می‌دهد (۶). علائم اضطرابی خصوصاً علائم فیزیولوژیک نظیر سرخ شدن و عرق کردن در بیماران پوستی، به‌شدت بر نشانه‌های پوستی اثر می‌گذارند و چون منابع اضطراب پس از شروع یا تشدید بیماری به‌طور قابل‌توجهی بالا می‌رود، ممکن است پاسخ‌های اضطرابی نیز تقویت شده و افزایش یابند. شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران پوستی مهم است. تحقیقات نشان داده است که اضطراب در بیماران پوستی شایع است و سهم بار روانی ناشی از بیماری‌های پوستی در تحقیقات انجام‌شده، برای اضطراب تقریباً ۱۷/۲درصد گزارش شده است (۱۴).

اضطراب، ترکیب پیچیده‌ای از هیجان‌های ناخوشایند و

[1] psoriasis
[2] psychosomatic
[3] dysthymia

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

شناخت‌هایی است که بیشتر به آینده گرایش دارد و دارای عنصر شناختی‌ذهنی، شاملِ نگرانی درباره‌ی تهدید یا خطر احتمالی در آینده، اشتغال ذهنی و احساس ناتوانی در پیش‌بینی نمودن تهدید و عنصر فیزیولوژیکی‌رفتاری است که اغلب نوعی تنش و برانگیختگی مفرط مزمن ایجاد می‌کند. اضطراب در سطح خفیف تا متوسط به عملکرد کمک می‌کند؛ اما اگر شدید و مزمن باشد، ناسازگارانه می‌شود (۱۵). اضطراب، گذشته از اثرات حرکتی و جسمانی، بر ادراک و یادگیری و تفکّر فرد هم اثرگذار است که غالباً در ادراک تحریف ایجاد کرده و باعث سردرگمی می‌شود؛ به‌نحوی‌که در درک زمان و مکان و حتی در درک اهمیت وقایع و معانی آن‌ها نیز انحراف ایجاد می‌نماید. این تحریف‌ها از تمرکز کم کرده و قدرت ربط امور به هم را مختل می‌نماید (۱۶). افراد مضطرب معمولاً به برخی چیزها توجّه انتخابی[1] نموده و از بقیه چشم‌پوشی می‌کنند؛ به این دلیل که آن‌ها سعی دارند اثبات کنند موقعیت ترس‌آور واقعاً وجود داشته و باعث واکنش آن‌ها شده است و اگر آن‌ها ترس خود را غلط نشان دهند، اضطرابشان با این واکنش انتخابی تقویت شده و به‌این‌ترتیب دور باطلی از اضطراب ایجاد می‌شود که یک سر آن ادراک تحریف شده و سر دیگر آن، تشدید اضطراب است (۱۶). ارزش انطباقی اضطراب این است که به فرد کمک کند برای تهدید احتمالی برنامه‌ریزی کرده و آماده شود؛ همچنین به نظر می‌رسد افرادی که بر محیط یا هیجانات خود یا هر دو کنترل ندارند، در مقابل اختلالات اضطرابی آسیب‌پذیرتر هستند (۱۵). گاهی افراد با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که امکان کنترل آن‌ها، کم است و افراد در این موقعیت‌ها واکنش‌های بارزی چون اندوه، اضطراب، افسردگی، سلطه‌جویی و مقابله‌ی جسورانه نشان می‌دهد (۱۷). تجربه‌ی اولیه‌ی حوادث کنترل‌ناپذیر باعث می‌شود که فرد فرض کند حوادث تحت کنترل شخصی او نیستند. تجربیات کنترل‌ناپذیر ممکن است به آسیب‌پذیری بیشتر در قالب یک الگوی شناختی منجر شود و فرد را به سمت تفسیر کنترل‌ناپذیر وقایع سوق دهد و این تفسیر، به‌نوبه‌ی خود با احساسات، اضطراب و افسردگی مرتبط شود. درواقع ساختار کنترل، شامل پیش‌بینی‌پذیری حوادث است؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت تجربه‌ی رویدادهای پیش‌بینی‌پذیر به این تفکر که حوادث در کنترل شخص هستند، کمک کند (۱۸)؛ همچنین به‌منظور کنترل رویدادهای آینده و احساسات مبهم، فرد به راهکارهایی نظیر نگرانی روی می‌آورد و افرادی که نمی‌توانند ابهام را تحمل کنند، دچار اضطراب شدیدی شده و به رفتارهای تکراری روی می‌آورند که به‌واسطه‌ی این رفتارها، اجتناب از گشودگی به تجربه را نشان می‌دهند (۱۹). اعتقاد بر این است که ادراک کنترل، عامل تشخیصی آسیب‌پذیری در اختلالات اضطرابی است. در همین خصوص نتایج بررسی فراتحلیل نشان داده است که ادراک کنترل، ارتباطی قوی با معیارهای مشخص اضطراب و ارتباطی متوسط با هر یک از اختلالات اضطرابی دارد (۲۰). بیشتر نوشته‌های مربوط به اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد که اگرچه عموماً اضطراب و افسردگی خلق منفی ایجاد می‌کنند، اما برای تأثیر بر محیط اطراف خود نیازمند ادراک ناتوانی، یعنی ویژگی برجسته‌ی اضطراب هستند (۲۱). افزایش ادراک کنترل طی زمانی که استرس بالاست، احتمالاً باید علائم مرتبط با اضطراب را کاهش دهد و این موضوع زمانی امکان‌پذیر است که در طول استرس با خصوصیات شخصی درونی، نظیر تسلط بر محیط همراه شود. این تفسیر در روابط درون‌فردی بین کنترل، اضطراب و استرس ازنظر موقعیتی، برای کسانی که توانایی کنترل زندگی خویش را دارا هستند، نشان‌دهنده‌ی انطباق متقابل فرد و موقعیت است (۲۱). ساختار ادراک کنترل اضطراب تا حدودی نشان‌دهنده‌ی افکار یا رفتارهای مرتبط با کنترل اضطراب است. کنترل پایین در حوادث ناگوار باعث

[1] selectivity

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

پایه‌ریزی اختلال‌های اضطرابی می‌گردد. یافته‌ها نشان می‌دهد که کنترل اضطراب، رابطه‌ای قوی با اضطراب روانی و علائم و شدت اختلالات اضطرابی خاص دارد (۲۲). با توجه به نقش مهم ویژگی‌های شخصیتی در بروز بیماری‌های روان‌تنی (۸) لزوم بررسی عوامل مؤثر در آسیب‌پذیری اضطراب، نظیر ادراک کنترل اضطراب مشخص می‌شود (۲۳)؛ پس هدف این پژوهش، یافتن پاسخی مناسب برای این سؤال است که آیا ویژگی‌های شخصیتی و ادراک کنترل اضطراب در افراد با پسوریازیس و افراد عادی تفاوت دارد؟

روش

الف) جامعه و نمونه

این پژوهش از نوع پژوهش‌های علّی‌مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمام بیماران پسوریازیس که بهار ۱۳۹۶، به کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی پوست‌وموی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. این افراد با کمک روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود-خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود، ابتلا به پسوریازیس دست‌کم برای مدت ۶ ماه، دامنه‌ی سنی ۱۹ تا ۵۶ سال (سن شیوع پسوریازیس)، داشتن دست‌کم تحصیلات دیپلم، رضایت کتبی شرکت در پژوهش و معیارهای خروج نیز، ابتلا به هرگونه اختلال روانی بارز، نظیر اختلال شخصیت، دوقطبی و اختلال وسواسی‌اجباری بود که تشخیص، براساس مصاحبه‌ی بالینی، برعهده‌ی روان شناس بالینی بود و با توجه به معیارهای DSM-۵، بیماران دارای علائم و آسیب‌های دستگاه اعصاب مرکزی و... خارج شدند. درمجموع، ۲۶۰ آزمودنی، در دو گروه ۱۳۰ نفره‌ی افراد با پسوریازیس و افراد بدون پسوریازیس، با میانگین سنی ۳۳ سال و ۵ ماه و ۲۱ روز و انحراف استاندارد سنی ۸/۰۲ در این پژوهش شرکت کردند. ۵۱/۹ درصد از شرکت‌کنندگان را زنان و ۴۸/۱ درصد را مردان تشکیل می‌دادند.

ب) ابزار

۱. پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی نئو[1] (NEO-FFI)

نسخه‌ی اصلی این پرسش‌نامه با نام نئو در سال ۱۹۹۲ برای سنجش الگوی پنج‌عاملی شخصیت، شامل نوروزگرایی[2]، برون‌گرایی[3]، گشودگی به تجربه[4]، توافق‌پذیری[5] و وظیفه‌شناسی[6] تنظیم شد (۲۴). هر حیطه، شش جنبه یا مقیاس فرعی دارد. فرم FFI این آزمون ۶۰ پرسش دارد که می‌توان آن را به صورت فردی و گروهی اجرا کرد. فرم بلند در ایران اعتبار یابی شده است (۲۵). همسانی درونی زیرمقیاس‌های آن هم در دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ برآورد شده است. پاسخنامه‌ی این پرسش‌نامه، بر اساس مقیاس لیکرتی تنظیم شده است. در نمره‌گذاری برخی از مواد فرم کوتاه پرسش‌نامه، به کاملاً مخالفم نمره‌ی ۴، مخالفم نمره‌ی ۳، بی‌تفاوت نمره‌ی ۲، موافقم نمره‌ی ۱ و کاملاً موافقم نمره‌ی ۰ تعلق می‌گیرد؛ برخی مواد، به صورت عکس حالت گفته شده نمره‌گذاری می شوند. ضرایب آلفای کرونباخ برابر A=۰/۷۱، C=۰/۸۳، O=۰/۵۷، E=۰/۷۱، N=۰/۸۱ گزارش شده است (۲۶). اخیراً نیز پژوهشی درباره‌ی شخصیت و اختلالات خوردن، ثبات درونی ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ را برای مقیاس‌های آزمون گزارش کرده است (۲۷). در بررسی روایی همزمان ضریب همبستگی نوروزگرایی و برون‌گرایی در پرسش‌نامه‌ی نئو، با نوروزگرایی و برون‌گرایی در پرسش‌نامه‌ی آیزنک به‌ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ مشاهده شد (۲۸). از این پرسش‌نامه در پژوهش روی بیماران مزمن جسمی و بالینی هم به‌وفور استفاده شده است (۳۰،۲۹).

[1] Five Factor Inventory
[2] neuroticism
[3] extraversion
[4] Openness
[5] agreeableness
[6] conscientiousness

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

۲. پرسش‌نامه‌ی ادراک کنترل اضطراب[1] (ACQ)

این پرسش نامه برای سنجش درک افراد از کنترل واکنش‌های هیجانی و تهدیدهای بیرونی طراحی شده است (۳۱)؛ ۵۸ پرسش ابتدایی، بعد از بازبینی به ۳۰ پرسش کاهش پیدا کرد. هر پرسش دارای پنج پاسخ است. این پرسش‌نامه روی نمونه‌های متفاوتی اعتباریابی شده است و ثبات درونی و اعتبار آزمون- بازآزمون مناسبی دارد (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (۳۲). در پژوهشی نیز اعتبار آزمون- بازآزمون پس از یک هفته و یک ماه به‌ترتیب r=۰/۸۸ و r=۰/۸۲ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار این پرسش‌نامه، مطلوب گزارش شده است (۳۳). این پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس است (۳۲). آگاه هریس (زیرچاپ) در ایران پژوهش روی ۳۰۴ شرکت‌کننده‌ی غیربالینی آلفای کرونباخ اولیه ۰/۶۲۳ را با میانگین ۸۷/۸۱ و انحراف استاندارد ۱۳/۴۱ گزارش و روایی و اعتبار این پرسش‌نامه را مطلوب ارزیابی کرده است.

ج) روش اجرا و تحلیل داده‌ها

ابتدا پزشک متخصص، تمامی شرکت‌کنندگان را معاینه کرد و بیماران با تشخیص پسوریازیس، به پژوهشگران که در همان مکان حضور داشتند، معرفی شدند. همه‌ی شرکت‌کنندگانِ دو گروهِ افراد با و بدون پسوریازیس، پس از مطالعه و امضای فرم رضایت‌نامه‌ی شرکت در پژوهش، به تمام گویه‌های پرسش‌نامه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت، مقیاس ادراک کنترل اضطراب و اطلاعات جمعیت‌شناختی در یک جلسه پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه‌ی ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS و شاخص‌های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش، میانگین سنی ۳۳ سال و ۵ ماه و ۲۱ روز و انحراف استاندارد سنی ۸/۰۲ بود. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان از ۱۹ تا ۵۶ سال گسترده شده بود؛ ۵۱/۹درصد از شرکت‌کنندگان را زنان و ۴۸/۱درصد را مردان تشکیل دادند؛ ۳۵/۸درصد از شرکت‌کنندگان این پژوهش، تحصیلات دیپلم (۹۳ نفر)، ۸/۵در صد کاردانی (۲۲ نفر)، ۴۱/۲در صد کارشناسی (۱۰۷ نفر)، ۱۲/۷درصد کارشناسی ارشد (۳۳ نفر) و باقی‌مانده، ۱/۹ درصد (۵ نفر) مدرک دکتری داشتند.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در متغیر ویژگی‌های شخصیتی

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
وظیفه‌شناسی	با پسوریازیس	۲۸/۱۹	۴/۵۲
	کنترل	۲۸/۳۸	۳/۸
توافق‌گرایی	با پسوریازیس	۲۸/۲۸	۵/۲۲
	کنترل	۲۸/۹	۴/۷۹
گشودگی به تجربه	با پسوریازیس	۲۴/۹۳	۴/۰۰۵

[1] Perceived Anxiety control questionnaire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

	کنترل	۲۷/۵۴	۴/۵۵
برون‌گرایی	با پسوریازیس	۳۱/۴۳	۵/۱۵
	کنترل	۳۱/۰۲	۵/۷۱
نوروزگرایی	با پسوریازیس	۲۷/۲۸	۳/۷۰۶
	کنترل	۲۸/۰۶	۳/۶۷

به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه، ابتدا آزمون‌های پیش‌فرض پارامتریک یا ناپارامتریک بودن داده‌ها انجام شد. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف، حاکی از نرمال نبودن توزیع داده‌ها برای هر یک از پنج مؤلفه‌ی شخصیت نئو بود (P<۰/۰۵)؛ اما نتایج آزمون لون، بیانگر همگنی واریانس نمرات هر پنج مؤلفه‌ی نئو (P>۰/۰۵) بود. به‌واسطه‌ی عدم نرمالیتی، از آزمون ناپارامتریک یو مان-ویتنی برای مقایسه‌ی رتبه‌ی میانگین نمرات آزمودنی های دو گروه برای این مقیاس ها استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تنها مقیاس نمرات گشودگی به تجربه در شرکت‌کنندگان کنترل (۲۷/۵۴) به‌طور معنادار، بیش از گروه افراد با پسوریازیس است (P<۰/۰۵)؛ ولی در دیگر مؤلفه‌های شخصیتی این تفاوت معنادار نیست (P>۰/۰۵).

جدول ۲- نتایج آزمون یو مان-ویتنی برای مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیت دو گروه پسوریازیس و کنترل

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مان-ویتنی
وظیفه‌شناسی	پسوریازیس	۱۲۶/۵۴	-۰/۸۵۲	۷۹۳۵
	کنترل	۱۲۶/۹۲		
توافق‌گرایی	پسوریازیس	۱۳۴/۰۸	-۰/۷۶۹	۷۹۸۵
	کنترل	۱۱۰/۸۸		
گشودگی به تجربه	پسوریازیس	۱۱۰/۸۸	-۴/۲۲۴	**۵۹۰۰
	کنترل	۱۵۰/۱۲		
برون‌گرایی	پسوریازیس	۱۳۰/۳۹	-۰/۰۲۳	۸۴۳۶
	کنترل	۱۳۰/۶۱		
نوروزگرایی	پسوریازیس	۱۲۲/۲	-۱/۶۷۵	۷۳۷۹
	کنترل	۱۳۷/۷۴		

** P < ۰/۰۱
* P < ۰/۰۵

در جدول شماره‌ی ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان برای ادراک کنترل اضطراب و هر یک از زیرمقیاس‌های کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس، به تفکیک دو گروه (افراد با پسوریازیس و کنترل) ارائه شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات ادراک کنترل اضطراب در دو گروه پسوریازیس و کنترل

خرده مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل هیجانی	با پسوریازیس	۱۱/۰۷۶۹	۵/۷۰۲۷
	کنترل	۱۳/۵۳۰۸	۵/۳۵۷۲
کنترل تهدید	با پسوریازیس	۱۶/۹۳۰۸	۶/۶۹۳۶
	کنترل	۱۹/۳۲۳۱	۵/۲۴۹۱
کنترل استرس	با پسوریازیس	۸/۴۲۳۱	۴/۴۶۱۴
	کنترل	۹/۹۷۶۹	۴/۱۶۶۰
ادراک کنترل اضطراب کل	با پسوریازیس	۷۷/۵۶۹۲	۲۱/۶۸۹۴
	کنترل	۸۷/۸۱۵۴	۲۰/۵۸۸۱

نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف دو گروه در مقیاس ادراک کنترل اضطراب و زیرمقیاس های کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس حاکی از نرمال بودن توزیع اندازه‌های نمره‌کل ادراک کنترل اضطراب و هر سه زیرمقیاس آن است ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون نیز بیانگر همگنی واریانس نمرات ادراک کنترل اضطراب و هر یک از سه خرده‌مقیاس آن، در دو گروه است ($P>۰/۰۵$)؛ بنابراین برای مقایسه‌ی نمرات دو گروه در ادراک کنترل اضطراب و زیرمقیاس‌های آن از تحلیل واریانس چندراهه[1] استفاده شده است. در جدول شماره‌ی ۴ نتایج آزمون پیلایی برای بررسی اثر جمعی زیرمقیاس‌های ادراک کنترل اضطراب ارائه شده است که حاکی از معناداری تفاوت دو گروهِ با پسوریازیس و گروه کنترل، در ادراک کنترل درونی و بیرونی اضطراب است ($P<۰/۰۵$).

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندراهه برای مقایسه‌ی اثر جمعی زیرمقیاس‌های ادراک کنترل اضطراب در دو گروه

اثر	ارزش	نمره‌ی آزمون	درجه‌ی آزادی	مربع اتا
آزمون رد پیلایی	۰/۰۵۸	**۵/۲۷۴	۳	۰/۰۵۸

** $P < ۰/۰۱$

جدول ۵ بیانگر نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه[2] آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی ادراک کنترل اضطراب و هر یک از سه مؤلفه‌ی کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس در دو گروه با و بدون پسوریازیس است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج بیانگر آن است که میان نمرات هر سه زیرمقیاس «کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس»

[1] Manova

[2] Anova

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

و نمره‌کل ادراک کنترل اضطراب در میان دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵)؛ بدین‌معنا که میانگین نمرات هر سه خرده‌مقیاس و نمره‌کل در شرکت‌کنندگان گروه کنترل، به‌طور معناداری بیش از گروه افراد با پسوریازیس است.

جدول ۵-نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل اضطراب و نمره‌کل آن در دو گروه

خرده‌مقیاس	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	مربع میانگین	نمره‌ی F	مربع اتا
کنترل هیجان	۳۹۱/۳۸۸	۱	۳۹۱/۳۸۸	۱۲/۷۸۶	۰/۰۴۷
کنترل تهدید	۳۹۲/۰۰۴	۱	۳۷۲/۰۰۴	۱۰/۴۷۵	۰/۰۳۹
کنترل استرس	۱۵۶/۹۳۸	۱	۱۵۶/۹۳۸	۸/۴۲۴	۰/۰۳۲
ادراک کنترل اضطراب (کل)	۶۰۲۳/۹۳۸	۱	۶۰۲۳/۹۳۸	۱۵/۲۶۱	۰/۰۵۶

**P <۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و ادراک کنترل اضطراب، در افراد با پسوریازیس و افراد عادی انجام گرفت. نتایج نشان داد که ویژگی شخصیتی در خرده‌مقیاس گشودگی به تجربه، در افراد با پسوریازیس، کمتر از افراد بدون پسوریازیس و در خرده مقیاس های دیگر ویژگی‌های شخصیتی نظیر وظیفه‌شناسی، توافق‌گرایی، نوروزگرایی و برون‌گرایی در افراد با پسوریازیس، در مقایسه با افراد بدون این بیماری تفاوت معناداری وجود ندارد. رابطه‌ی بین پوست و روان را به دو صورت می‌توان بیان کرد؛ حالت اول، تأثیر بیماری‌های پوستی بر وضعیت روانی است که طیف وسیعی از اضطراب تا نگرانی غیرمعمول در بیمار را موجب می‌شود و حالت دوم، خصوصیات روانی‌اند که قادر به ایجاد یا تشدید بیماری پوستی هستند (۳۴)؛ بنابراین این یافته می‌تواند به این دلیل باشد که تأثیر روان‌شناختی بیماری پسوریازیس ممکن است بسیار فردی باشد و این تأثیر ممکن است به‌جای تفاوت در خصوصیات شخصیتی به‌صورت تشدید بیماری بروز نماید (۳۵). این یافته از یک‌سو با یافته‌های برخی پژوهش‌ها که حاکی از نبود تفاوت معنادار بین نوروزگرایی و بیماری پوستی بوده، هم‌راستا است (۳۶) و از سوی دیگر، با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها در این زمینه که نشان از نوروزگرایی بیشتر، توافق‌پذیری و برون‌گرایی کمتر، در افراد مبتلا به پسوریازیس داشته است (۱۲،۹) ناهماهنگ است که این اختلاف می‌تواند به‌واسطه‌ی ویژگی‌های فردی و اجتماعی گروه افراد عادی در این پژوهش باشد و شاید هم ناشی از تفاوت در ابزار اندازه‌گیری و روش‌های آماری به کار رفته باشد (۳۶). یافته‌ی گشودگی به تجربه‌ی پایین‌تر در افرادِ با پسوریازیس را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که افراد دارای بیماری پسوریازیس، به‌علت ابتلا به مشکلات پوستی، نسبت به افراد عادی ویژگی‌های شخصیتی متفاوتی ازجمله عزت‌نفس پایین‌تر دارند (۳۷) و احساس ننگ درونی ادراک‌شده در آن‌ها (۳۸) و احساس انتقاد به هنگام مورد مشاهده قرار گرفتن شرایط پوستی یا حس طرد شدن از جانب دیگران (۳۷)، همچنین خلق منفی و بازداری اجتماعی (۳۹) باعث می‌شود که کمتر خواهان تجربه‌ی موارد جدید در مقایسه با افراد بدون مشکلات پوستی باشند. در این راستا، اعتقاد بر این است که بیماران پسوریازیس به‌واسطه‌ی تمایل به اجتناب و فاصله‌جویی از دیگران از سازوکار محافظت‌جویانه

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

استفاده می‌کنند (۴۰). می‌توان گفت افراد با پسوریازیس به‌واسطه‌ی ابتلای به یک بیماری مزمن، دچار خطاهای منطقی و برداشت‌های ذهنی نابجا هستند و ازآنجاکه این بیماری را نوعی ننگ درونی می‌دانند، از تجارب جدید روگردان می‌شوند و گشودگی به تجربه‌ی کمتری نسبت به افراد عادی دارند (۴۱)؛ همچنین، افراد مبتلا به پسوریازیس، به‌واسطه‌ی ترس از طرد یا در معرض تبعیض قرار گرفتن، کمتر از افراد عادی تمایل به گشودگی به تجارب جدید دارند. ازآنجاکه بیماران پوستی به‌دلیل ارزیابی بالاتر میزان فشار واقعی ناشی از استرس‌های وارده از درون دچار ناراحتی و فشار می‌شوند، این ناراحتی را به‌صورت تظاهرات پوستی نشان می‌دهند (۴۲)، این نیز می‌تواند دلیلی بر عدم گشودگی به تجربه در آن‌ها باشد (۴۳). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که احتمالاً افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن پوستی، ازجمله پسوریازیس به‌علت تجربه‌ی سطوح بالای اضطراب و استرس، گشودگی به تجربه‌ی کمتری را در مقایسه با افراد بدون پسوریازیس تجربه کنند (۴۱). با وجود اینکه سال‌هاست ارتباط بین پوست و روان شناسایی شده است، اما هنوز جنبه‌های مشترک زیادی کشف نشده است که می‌تواند به دلیل پیچیدگی و ناهماهنگی بین واکنش‌های پوست در برابر پدیده‌های روان‌شناختی باشد (۴۴).

یافته‌ی دیگر این پژوهش آن است که تفاوت نمره‌ی کل ادراک کنترل اضطراب و هر سه مؤلفه‌ی آن «کنترل هیجان، کنترل تهدید و کنترل استرس» در شرکت‌کنندگان مبتلا به پسوریازیس کمتر از افراد بدون این بیماری است. ازآنجاکه بیماری پسوریازیس یک نوع بیماری پوستی است و ابتلا به آن ممکن است در فرد ایجاد اضطراب نماید (۱۴)، ادراک کنترل‌ناپذیری اضطراب به‌عنوان یک جزء مهم از آسیب‌پذیری روانی، ممکن است ریسک ابتلای فرد به اضطراب را افزایش دهد (۴۵) و باعث می‌شود به‌تدریج در ذهن فرد باورهایی مبنی بر ناتوانی در تأثیرگذاری بر وقایع شکل گیرد (۱۸). با شکل‌گیری تدریجی باور ناتوانی در ذهن شخص، سامانه‌های هشداردهنده در زمان وقوع رویدادهای استرس‌زا به‌طور اشتباه به کارافتاده و وقایع بی‌خطر را تهدیدآمیز ارزیابی می‌کنند و افزایش احساس خطر را در فرد به وجود می‌آورند (۴۶). اعتقاد بر این است که آسیب‌پذیری روان‌شناختی، مانند سبک‌های تفکر و آسیب‌پذیری زیستی، مانند تروما به آسیب‌پذیری افراد هنگام تجربه‌ی رویدادهای استرس‌زا منجر می‌گردد (۴۷). افزایش احساس تهدید در فرد، به افزایش تنش عضلانی[1] و گوش‌به‌زنگی[2] او منجر می‌شود. در این حالت فرایند نگرانی برای حل مشکل و مقابله با تهدید خیالی به کار می‌افتد. این نگرانی، اجتناب از تصویرسازی ذهنی تهدیدآمیز و افزایش فشار بر نظام پردازش شناختی، فرایند حل مسئله و مقابله با تهدید را دچار مشکل می‌کند. مجموعه‌ی این عوامل به مهارت‌های ناکارآمد حل مسئله، بازداری پاسخ‌های خودکارآمد و درنتیجه تشدید علائم بیماری منجر می‌شود (۴۵) که تمامی این موارد می‌تواند به کاهش ادراک کنترل هیجانی، استرس و تهدید ناشی از اضطراب بینجامد. بنا بر نظر بارلو، شیوه‌ی روان‌شناختی ایجاد اضطراب و ترس، حس کنترل‌ناپذیر بودن حوادث ناگوار زندگی است؛ به‌طور خاص فقدان یا نقص ادراک کنترل وقایع استرس‌زا موجب افزایش افکار مرتبط با اضطراب و مشکلات جسمانی می‌گردد. افرادی که ادراک توانایی مقابله و مواجهه با احساسات منفی بدنی را ندارند یا این ادراک را از دست داده‌اند، علائم اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۸). در همین راستا، نتایج پژوهش کیفیت زندگی مرتبط با تنظیم احساسات در بیماران مبتلا به پسوریازیس نیز نشان داد که بیماران پسوریازیس در درک و تنظیم احساسات و

[1] Muscle tension
[2] Vigilance

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

حالات درونی‌ای که در پا سخ به علائم بیماری نقش ا سا سی دارند، با مشـکل مواجه‌اند و به همین علت ریسـک اختلالات اضطرابی در آن‌ها بیشتر است (۶) که این نیز می‌تواند گواهی بر کاهش احسـاس کنترل هیجان، تهدید و اسـترس در این افراد باشـد. در تحقیق دیگری نیز اشـاره شـده اسـت که به‌طورکلی درصـورتی‌که در ادراک کنترل تهدیدات بیرونی یا تهدیدات درونی نقص به وجود آید، مشـکل اصـلی هنگام ا ضطراب، مربوط به ادراک کنترل ا ضطراب خواهد بود و چون بیماران پ سوریازیس در درک احـ سا سات درونی دچار مـ شکل هسـتند، ادراک کنترل اضـطراب آن‌ها پایین اسـت و دچار اضـطراب بیشـتری می‌گردند (۴۶). کنترل‌ناپذیری اضـطراب، موجب افزایش ا ضطراب در بیماران پ سوریازیس می‌گردد که ناشـی از تأثیر عوامل روانی و کنترل‌ناپذیری اضـطراب در آن‌هاسـت (۴۹). در همین خصـوص گزارش شـده اسـت که شیوع ا ضطراب در بیماران مبتلا به پ سوریازیس بالا ا ست و نیاز اسـت که به اضـطراب در این بیماران توجّه ویژه‌ای شـود (۵۰). این گزارش‌ها نشان داده‌اند که ادراک ا ضطراب در افراد با پسـوریازیس بالاسـت و این امر موجب آزاد شـدن هورمون کورتیزول از غدد فوق‌کلیه می‌شود. این هورمون سبب تحریک غدد چربی‌ساز بدن شده و پروسه‌ی ابتلا به بیماری پوستی را شدت می‌دهد (۵۱، ۵۲). جمع‌بندی نتایج این پژوهش حاکی از تفاوت ادراک اضـطراب و ویژگی شـخصـیتی گشـودگی به تجربه در افراد مبتلا به پ سوریازیس در مقایـ سه با افراد عادی است.

جمع‌آوری یافته‌ها از طریق پر سش‌نامه‌ی خود سنجی انجام شده ا ست؛ بنابراین یافته‌ها برا ساس گزارش‌های ذهنی افراد تنظیم شـده اسـت که این می‌تواند محدود به زمان و دوره‌ی عود یا فروکش بیماری باشـد؛ پس پیشـنهاد می‌شـود که این ویژگی‌ها، به‌ویژه ادراک کنترل ا ضطراب در افراد در زمان‌های عود و فروکش بیماری، سنجش و نتایج با هم مقایـ سه شود؛ همچنین این پژوهش محدود به جمعیت مبتلا به پسوریازیس اسـت و تعمیم آن به دیگر بیماری‌های مزمن می‌تواند با محدودیت همراه باشـد؛ از همین رو پیشـنهاد می‌شـود این ویژگی‌ها در دیگر بیماری‌های مزمن هم بررسی گردد.

References

1. Zakeri MM, Hasani J, Esmaeili N. Effectiveness of processing emotion regulation strategies training (PERST) in psychological distress (PD) of patient with vitiligo. Health Psychology. 2017;6,3(23):39-56. [Persian]
2. Chiu HY, Wang TS, Chen PH, Hsu SH, Tsai YC, Tsai TF. Psoriasis in Taiwan: From epidemiology to new treatments. Dermatol Sin. 2018;36:115-23.
3. Larsen MH, Hagen KB, Krogstad AL, Aas E, Wahl AK. Limited evidence of the effects of patient education and selfmanagement interventions in psoriasis patients. Patient Educ Couns. 2014:94:158–69.
4. Garshick M, Kimball A. Psoriasis and the life cycle of persistent life Effects. Dermatol Clin. 2015;33(1): 25-39.
5. Bebars SM, Al-Sharaky DR, Gaber MA, Afify DR. Immunohistochemical Expression of Caspase-3 in Psoriasis. J Clin Diagn Res. 2017;11(7):01-05.
6. Innamorati M, Quinto R, Imperatori C, Lora V, Graceffa D, Fabbricatore M, et al. Health-related quality of life and its association with alexithymia and difficulties in emotion regulation in patients with psoriasis. Compr Psychiatry. 2016:70:200-08.
7. Singh S, Taylor C, Kornmeh H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol. 2017;77:425-40.
8. Vallecillo ER, Farina MA. Dermatological Manifestations of Stress in Normal and Psychiatric Populations. Psychiatr Clin N Am. 2014;37:625–51.
9. Mahawer B, Dandaliya I, Vijayvergia D. Personality Characteristics and Quality of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

Life in Patients with Psoriasis. Int j med res prof. 2016;2(2):21-24.
10. Schultz DP, Schultz SE.10th ed. 2015
11. Laihinen A. Psychosomatic aspects in dermatoses. Ann Clin Res.1987;19(2):147-9.
12. Kumar S, Vats G, Sonare D, Kachhawha D. The Personality Characteristics and Quality of Life in Psoriasis Patients. IJSR. 2017;6(2):78-96.
13. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2016;9:383–92.
14. Dalgard F, Gieler U, Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec G, et al. The Psychological Burden of Skin Diseases. J Invest Dermatol. 2015;135:984-991.
15. Bacher J, Holli J, Minka S. Abnormal Psychology. 16th ed. 2014.
16. Sadock BJ, Sadock PR. Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 11th ed. 2015.
17. Sokolowski KL, Israel AC. Perceived anxiety control as a mediator of the relationship between family stability and adjustment. J janx dis. 2008;22:1454–61.
18. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: The role of control in the early environment. Psychol Bull.1998;124(1):3-21.
19. Ranjbari T, Hafezi E, Mohammadi A, Ranjbar Shirazi F, Ghafari F. Comparison of The Anxiety, Worry and Intolerance of Uncertainty among individuals with Obsessive-Compulsive and Substance Use Disorders. Journal of Research in Psychological Health. 2018;12(1):54-65. [Persian]
20. Gallagher MW, Bentley KH, Barlow DH. Perceived Control and Vulnerability to Anxiety Disorders: A Meta-analytic Review. Cogn Ther Res. 2014;38:571–84.
21. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL. Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. Pers Individ Dif. 2005;38:1057–67.
22. Gallagher MW, Gainey KN, Brown TA. Perceived Control is a Transdiagnostic Predictor of Cognitive-Behavior Therapy Outcome for Anxiety Disorders. Cognit Ther Res. 2014;38(1):10–22.
23. Ferreira B, Abreu J, Dos Reis J, Figueiredo A. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders. J Clin Aesthet Dermatol. 2016;9(6):36-43.
24. Costa PT. McCrae RR."Revised NEO personality inventory(NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI) professional manual"Psychological assessment resources. Odessa: FL. 1992.
25. Garosi MT, Mehryar AH, Ghazi-Tabatabaee M. Application of NeoP I- R test and Analytic Evaluation of its Characteristics and factorial Structure among Iranian University students.Journal of Human Science in Alzahra University. 2001;11(39):173-98. [Persian]
26. Haghshenas, H. personality psychology. Shiraz; 1387. [Persian]
27. Eggert J, Levendosky A, Klump K. Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. Int J Eat Disorder. 2007;40(2):149–155.
28. Anisi J, Majdiyan M, Joshanloo M, Gohari Kamel Z. Reliability and validity of the NEO Five-Factor Inventory short form in student. Journal of Behavioral Sciences. 2012;5(4):351-55. [Persian]
29. Khanjani Z, Farooghi P, Yaghobi AR. Psychosocial risk factors in relation to coronary artery disease. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2010; 32(3):30-34. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]
[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]

30. Ghasemi N. The Comparison of Personality Traits in Irritable Bowel Syndrome Patients with Normal Matched Group in Shiraz City. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012;13(48):95-105. [Persian]
31. Rapee RM, Craske MG, Brown TA, Barlow DH. Measurement of perceived control over anxiety-related events. Behav Ther. 1996;27(2):279-93.
32. Brown TA, White KS, Forsyth JP, Barlow DH. The Structure of Perceived Emotional Control: Psychometric Properties of a Revised Anxiety Control Questionnaire. Behav Ther. 2004;35(1):75-99.
33. Zebb BJ, Moore MC. Another look at the psychometric properties of the Anxiety Control Questionnaire. Behav Res THer. 1999;37(11):1091-103.
34. Kalantari M, Fatemi F, Molavi H, Zangiabadi M. Comparing psychological characteristics of skin patients and normal people. Knowledge and Research.1991;8:29-38. [Persian]
35. Ros S, Puig L, Carrascosa JM. Cumulative Life Course Impairment: The Imprint of Psoriasis on the Patient's Life. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(2):128-34.
36. Abdi M, Besharat MA, Davoudi SM. Comparison of psychological symptoms severity in patients skin suffered from diseases with healthy individuals. Dermatology and Cosmetic. 2018;9(1):13-27. [Persian]
37. Schut CH, Bosbach S, Gieler U, Kupfer J. Personality Traits, Depression and Itch in Patients with Atopic Dermatitis in an Experimental Setting. Acta Derm Venereol. 2014;94(1):20–25.
38. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak U, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. Acta Derm Venereol. 2012;92(1):67-72.
39. Basińska MA, Woźniewicz A.The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. Postepy Dermatol Alergol. 2013;30(6):381-7.
40. Ulnik JC. Psychological evaluation of the dermatology patient. Clin Dermatol. 2013;31(1):11-17.
41. Lotfi R, Alipoor A, Tarkhan M, Farzad V, Maleki M. Prediction of changes in peritoneum perception in chronic skin diseases Based on personality traits, anxiety and depression. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015;17(6):278-83. [Persian]
42. Nasri S, yalan M. Compare Stressors and Coping Strategies in Patients with Skin Diseases and Normal Individuals. Health Psychology. 2015;5(16):103-17.[Persian]
43. Dehghani F, Dehghani F, Kafaie P, Taghizadeh MR. Alexithymia in Different Dermatologic Patient. AJP. 2017;25:42-45.[Persian]
44. Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, et al. Obsessive-compulsive Disorder in Dermatology. J Dtsch Dermatol Ges. 2015;13(10):991-9.
45. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2002.
46. Ghamkharfard Z, Bakhtiyari M, Tahmasiyan K, Torabi N, Maleki M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in increasing 11 Years Old - Perceived Control of Girl's Anxiety 13 Disturbing general anxiety. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2015;11(1):29-50.
47. Zvolensky MJ, Paulus DJ, Bakhshaie J, Garza M, Ochoa-Perez M, Medvedeva A, et al. Interactive effect of negative affectivity and anxiety sensivity in terms of mental health among Latinos in primery care. Psychiatry Res. 2016;243:35-42.
48. Gregor KL, Zvolensky MJ. Anxiety sensivity and perceived control over anxiety related events: E valuating the singular and

interactive effects in the predictionof anxious and fearful responding to bodily sensations. Behav Res Ther. 2008;46(9):1017-25.

49. Lakuta P, Przybyla-Basista H. Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patient: The role of determinants, mediators, and moderators. J Psychosom Res. 2017. 94:32-38.
50. Fleming P, Bai JW, Pratt M, Sibbald C, Lynde C, Gulliver WP. The prevalence of anxiety in patients with psoriasis.J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(5):798-807.
51. Nagarale V, Jaiswal S, Prabhu A, Sinha D, Nayak Ch. Psoriasis and neurodermatitis: comparing psychopathology, quality of life and coping mechanisms. Int J Adv Med. 2017;4(1):238-43.
52. Heller MM, Lee ES, Koo JY. Stress as an influencing factor in psoriasis. Skin Therapy Lett. 2011;16(5):1-4.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.3.4.7]

[DOI: 10.52547/rph.12.3.53]