سنجش همبستگی سطح سلامت روان مادران و شدت آسم کودکان سن مدرسه

الهام ضرقامی[1]، حسن احدی[2]، آدیس کراسکیان[3]، سید شمس‌الدین اطهاری[4]

۱-گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش، جزیره کیش، ایران.۲-گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش، جزیره کیش، ایران. نویسنده مسئول.۳-گروه روان‌شناسی ، دانشگاه آزاد اسلامی کرج ،کرج، ایران.۴- گروه ایمونولوژی ، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ، زنجان، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۷/۱/۳۱
پذیرش : ۹۷/۵/۵

کلید واژگان
آسم کودکان ، سلامت روانی مادر، شدت آسم.

نویسنده مسئول
Email:
drhahadi5@gmail.com

چکیده

مقدمه: آسم یک اختلال تنفسی است که با انسداد مجاری تنفسی، موجب حملات عودکننده تنفس می‌شود. بهداشت روان ضعیف مادر به‌عنوان یک عامل تحریکی مطرح است. هدف از این مطالعه تعیین همبستگی سطح سلامت روان مادران و شدت آسم کودکان سن مدرسه بود.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی بود و جامعه پژوهش شامل مادران دارای کودک مبتلابه آسم در شهر تهران و کودکان آن‌ها بودند که نمونه‌ها شامل ۱۳۲ مادر دارای کودک ۱۲-۶ ساله مبتلابه آسم مراجعه‌کننده به کلینیک ریه بیمارستان کودکان مفید در سال ۱۳۹۵بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه-های سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه کنترل آسم (ACQ) بود که توسط مادران این کودکان تکمیل گردید. پس از گردآوری داده‌ها، برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم افزارSPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: علائم اختلال روانی در مادران دارای کودک مبتلابه آسم مشاهده گردید که میانگین بیشتر از نقطه برش جامعه بود و با شدت آسم کودک همبستگی داشت و با آزمون دقیق فیشر (P= ۰/۰۰۱)، رابطه معنی‌دار بین شدت بیماری آسم کودک و سلامت روانی مادر وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مادران کودکان مبتلابه آسم ازنظر بهداشت روانی در سطح پایین‌تری قرار دارند که این مشکل با شدت آسم فرزند آن‌ها مرتبط بود. بنابراین مادران این کودکان باید از مشاوره و درمان‌های ویژه روان‌شناختی برخوردار گردند.

مقدمه

آسم[1] یک اختلال تنفسی است که با انسداد مجاری تنفسی، موجب حملات عودکننده تنفس می‌شود. علائم تنفسی همراه با آسم عبارت‌اند از تنگی نفس و خس‌خس (ویزینگ) و محرک-های تشدید آسم عبارت‌اند از: آلودگی هوا، گرده گیاهان، بوهای تند، مواد محرک شیمیایی و تنش. در جوامع پیشرفته حدود ۱۰درصد بالغین و ۱۵ درصد کودکان مبتلابه آسم هستند (۱). در حال حاضر تخمین زده‌شده است که ۳۰۰ میلیون نفر مبتلابه آسم در سراسر جهان وجود دارد که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۵ این رقم به ۳۳ درصد افزایش‌یافته و به ۴۰۰ میلیون نفر برسد (۲). این بیماری که از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کودکان است، بیشترین علت غیبت از مدرسه در گروه سنی کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود (۳).

امروزه آسم به‌عنوان یک بیماری سایکوسوماتیک با ابعاد مختلف جسمی و روانی مطرح‌شده است که هر یک می‌تواند تشدیدکننده دیگری باشد و برخورد صحیح با این بیماری نیازمند اقدامات طبی و روان‌شناختی مناسب است (۴). آسم در بین بیماری‌های دوران کودکی، ازجمله اختلالاتی است که ارتباط متقابل عوامل خانوادگی و اختلالات عاطفی- هیجانی با بروز، تشدید، سیر، پیش‌آگهی و عود حملات آن بیش از سایر بیماری‌های مزمن دوران کودکی مورد تأکید قرارگرفته است (۵).

مینوچین[2] و همکاران پیشنهاد کردند: همان‌گونه که بیماری تحت تأثیر فعالیت زیستی بیماری قرار دارد، تحت تأثیر عوامل روانی نیز است. پیشرفت و ماندگاری علائم روان‌تنی در کودکان به الگوهای تعامل خانواده خاص درزمینه آسیب‌پذیری فیزیولوژیکی کودک نسبت داده‌شده است (۶). زندگی با مراقبانی که اختلالات روانی معمول دارند، مشخصه بسیار مهمی در آسم دوران کودکی به‌حساب می‌آید. نشانه‌های اضطراب، افسردگی و تنش روانی با شیوع و شدت هر دو نوع بیماری آسم مرتبط‌اند. پیوستگی‌های مشابهی بین اختلال روانی مشترک مادران و علائم بیماری آسم در بین کودکان دارای آسم آتوپیک و غیرآتوپیک پیداشده است (۷). در مطالعه‌ی خیرآبادی و ملکیان در سال ۱۳۸۶ شیوع افسردگی در مادران کودکان بیمار بیش از مادران کودکان سالم و در گروه مادران کودکان مبتلابه

۱- Asthma
۲- Minuchin

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

آسم، شیوع افسردگی قبل از بروز بیماری کودک بیش از مادران کودکان مبتلا دیابت است (۸). در بررسی جو عاطفی خانواده، افسردگی، آزاد سازهای هیجانی آسم و تشدید بیماری در آسم کودکان در پژوهش دیگری در کشور امریکا تحلیل مسیر نشان داد که جو منفی عاطفی خانواده با علائم افسردگی کودک همراهی دارد که به‌نوبه خود (به‌وسیله مسیرهای آزادسازی هیجانی) به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم، به‌وسیله‌ی مسیرهای تقویت‌کننده آزاد سازهای هیجانی آسم سبب تشدید بیماری می‌شود. مقایسه مدل‌های آشیانه‌ای احتمال نقش‌های افتراقی و مسیرهای علائم اضطراب در مقابل افسردگی را نمایان ساخت (۹). مطالعات خانواده‌های کودکان و نوجوانان دارای آسم، همراهی بین عوامل روانی و تشدید علائم بیماری را نشان می‌دهد. سهم نسبی عوامل بیولوژیک و روانی در بین خانواده‌ها متنوع است. توجه به الگوی زیستی-روان‌شناختی بیماری آسم حائز اهمیت است (۱۰). پس با توجه به شیوع گسترده بیماری آسم کودکان و ازآنجایی‌که مطالعات مختلف تأکید بر نقش عوامل خانوادگی بر تشدید بیماری آسم دارند. هدف از این مطالعه تعیین همبستگی وضعیت بهداشت روانی مادران و کنترل بیماری آسم در کودکان سن مدرسه مبتلابه آسم بود.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - همبستگی[1] بود که در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان کودکان مفید شهر تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش ۱۷۰ نفر از مادران کودکان ۱۲-۶ ساله مبتلابه آسم و دارای پرونده پزشکی که به درمانگاه فوق‌تخصصی ریه کودکان مراجعه کرده بودند و تشخیص قطعی آسم آتوپیک داشتند، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. پس از کنار گذاشتن پرسشنامه‌های ناقص، نهایت ۱۳۲ نفر مادر وارد مطالعه شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی این مادران با مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر تکمیل گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- موافقت مادر کودک برای شرکت در پژوهش، ۲- عدم ابتلا مادر به بیماری جسمی و روانی شناخته‌شده، ۳- عدم ابتلا کودک به بیماری زمینه‌ای دیگر و ۴- تشخیص قطعی آسم در کودک قطع، بود. شرایط خروج هم شامل عدم موافقت خانواده کودک به ادامه همکاری بود. همچنین برای ارزیابی علائم اختلال روانی در مادران دارای کودک مبتلابه آسم از پرسشنامه سلامت عمومی۱۲ عبارتی[2] (GHQ-۱۲) استفاده شد و برای بررسی شدت آسم از - پرسشنامه کنترل آسم[3] (ACQ) استفاده گردید.

۱-پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ عبارتی: این پرسشنامه به سنجش بهداشت روانی می‌پردازد. فرم اصلی پرسشنامه دارای ۶۰ عبارت و دارای چهار مقیاس است که به‌تدریج نسخه‌های کوتاه‌تر، در قالب‌های ۲۸،۱۲،۳۰ عبارت طراحی شد (۱۱). این پرسشنامه، شامل ۶ عبارت مثبت و ۶ عبارت منفی است. دو خرده مقیاس سلامت روانی مثبت و علائم اختلال روانی است. مشارکت‌کننده وضعیت خود را در طول یک ماه گذشته بیان می‌کند. پرسش‌ها برحسب نمره‌گذاری دونمایی(۱-۱-۰-۰) نمره‌دهی می‌شوند (به دو پاسخ سمت راست در هر عبارت، امتیاز صفر و به دو پاسخ بعدی امتیاز یک تعلق می‌گیرد) که درنتیجه دامنه نمره‌ها از صفر تا دوازده متغیر خواهد بود. میانگین نمره به‌دست‌آمده و انحراف معیار به ترتیب۳/۷و ۳/۵بود که نقطه برش ۳/۷ برای نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲عبارتی و جهت تشخیص گروهی در نظر گرفته شد. نمره بالاتر نشان‌دهنده این است که فرد ازلحاظ بالینی علائمی از پریشانی روانی را می‌تواند بروز دهد (۱۱).

عبادی می‌نویسد ثبات درونی، روایی و ساختار عامل پرسشنامه مذکور در بین نمونه همسانی از جوانان ۱۸ ساله ایتالیایی نشان‌دهنده‌ی معتبر بودن این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱/است (۱۱). منتظری و همکاران، در بررسی روایی پرسشنامه۱۲سؤالی پس از ترجمه فارسی روی ۷۴۸ نفر از دانشجویان ۱۸ تا ۲۵ ساله، اعتبار همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ r=۰/۸۷ محاسبه کردند. روایی پرسشنامه نیز از طریق روایی همگرا با پرسشنامه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دست آمد (۱۲). در مطالعه حاضر نیز با بررسی ۳۰ نفر از مادران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰در پژوهش حاضر محاسبه گردید.

۲-پرسشنامه کنترل آسم: این پرسشنامه توسط جونیپر[4] (۱۳) در سال ۱۹۹۹به زبان انگلیسی در کشور بریتانیا طراحی شد و در سال ۲۰۱۰ تجدیدنظر شد که کفایت کنترل آسم را اندازه‌گیری می‌کند و با هر دو نوع آسم خودبه‌خودی و درمان شده قابل‌اجرا است. تعداد عبارت‌ها هفت مورد است که در ظرف هفته گذشته به یاد آورده می‌شود. این پرسشنامه، یک ساختار چندبعدی دارد که نشانه‌ها را ارزیابی می‌کند (پنج عبارت به‌وسیله خود فرد اداره می‌شود) و یک عبارت بیانگر اثر احیاکننده و گشادکننده برونشی است و یک عبارت به وسیله کارمند کلینیک پر می‌شود. نمره‌گذاری عبارت‌ها بر اساس مقیاس ۶ گزینه‌ای است که در نمره صفر: آسم کاملاً کنترل‌شده است و نمره شش: آسم شدیداً غیرقابل‌کنترل است و استفاده از نجات‌بخش‌ها ضروری است. ضریب همبستگی درونی ۰/۹ است و قابلیت باز آزمایی دارد و همچنین دارای ثبات درونی است. پرسشنامه دارای روایی است، درجه‌بندی بالینی جهانی بر پایه مشاوره با بیمار، اسپیرومتری، تاریخچه استفاده از

۱- Descriptive - correlation
۲- General Health Questioner-12-GHQ
۳- Asthma Control Questioner-ACQ
۴- Juniper

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

آنتاگونیست‌های β2کوتاه اثر در یک هفته گذشته و حداکثر جریان بازدمی صبح قبل از استفاده از گشادکننده‌های برونشی است (۱۳).

این پرسشنامه برای نخستین بار در پژوهش حاضر در ایران به فارسی ترجمه گردید و سپس توسط مترجم دیگری به انگلیسی ترجمه و با پرسشنامه اصلی مقایسه شد[1]. به‌علاوه، روایی محتوا با نظرخواهی از ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی پزشکی با درجه علمی فوق تخصص ریه کودکان و آسم و آلرژی کودکان در تهران بررسی شد. سپس برای ارزیابی پایایی، ابزار توسط ۲۰ نفر از واحدهای پژوهش تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ در پژوهش حاضر محاسبه گردید. پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ عبارتی به‌صورت خود گزارش‌دهی توسط مادران این کودکان و یا توسط پژوهشگر پرسشنامه کنترل آسم با روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل گردید و در صورت عدم حضور مادر به‌صورت تلفنی از مادران این کودکان اطلاعات جمع‌آوری شد.

بر اساس مطالعات انجام‌شده در ایران و نمرات پرسشنامه کنترل آسم‌نیز جمع‌بندی شد. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از مادر به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات در نزد پژوهشگر محرمانه می‌ماند. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد، انحراف‌استاندارد) و ضریب همبستگی پیرسون، مجذور خی دو و آزمون دقیق فیشر و از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها

۱۳۲ نفر از مادران کودکان مبتلابه آسم در این پژوهش شرکت داشتند که ۸۲ کودک (۶۶/۲درصد) از کودکان آن‌ها در سن ۸-۶ سال و ۲۴/۲درصد در گروه سنی ۱۰-۸ ساله و بقیه (۹/۶درصد) ۱۰-۱۲ ساله بودند. ۸۸ کودک یا (۶۶/۷درصد) فرزندان آن‌ها پسر و ۴۴ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای فرزند دختر بودند و مادران این کودکان ۶۷ نفر (۵۰/۷ درصد) ازنظر تحصیلی دیپلم متوسطه با بیشترین فراوانی و بقیه به ترتیب فراوانی در رده‌های تحصیلی زیر دیپلم، کارشناسی و فوق‌دیپلم قرار داشتند. شغل مادران به ترتیب ۶۷ نفر (۵۰/۷ درصد) خانه-دار و بقیه (۴۹/۳ درصد) به ترتیب دارای مشاغل آزاد وکارمند بودند. یافته‌ها نشان داد که از ۱۳۲ نفر مادر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۸۴ نفر (۶۳/۶ درصد) که بیشترین تعداد را در برمی‌گیرد، بالاتر از نقطه برش قرار دارند. با توجه به نمره‌دهی پرسش‌نامه سلامت عمومی که نمرات بالاتر علائم آشفتگی روانی را نشان می‌دهند، این مادران با میانگین نقطه برش ۵/۱۲ از میانگین نقطه برش (۳/۷) بالاتر هستند و در وضعیت بهداشت روانی ضعیف‌تری قرار دارند (جدول ۱).

جدول۱: شاخص‌های توصیفی نمونه موردمطالعه ازنظر سطح سلامت روان مادر بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی

شاخص آماری سطح سلامت روان	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
پایین‌تر از نقطه برش	۴۸	۳۶/۴	۵/۱۲	۳/۲۶
بالاتر از نقطه برش	۸۴	۶۳/۶		

مطابق با جدول ۱، ۴۸ نفر (۳۶/۴ درصد) از نمونه‌های آماری سطح سلامت روان کمتر از نقطه برش و ۸۴ نفر (۶۳/۶ درصد) سطح سلامت روان بیشتر از نقطه برش داشتند. با توجه به نمره حاصل از پرسشنامه کنترل آسم، که دامنه‌ای بین صفر تا ۴۲ دارد، ۶۴ کودک (۴۸/۵درصد) که بیشترین تعداد را در برمی‌گیرند دارای آسم خفیف و ۶۳ کودک (۴۷/۷درصد) آسم متوسط و ۵ کودک (۳/۷ درصد) آسم شدید داشتند (جدول۲).

جدول۲: توزیع فراوانی آسم کودک و سلامت روانی مادر بر اساس پرسشنامه کنترل آسم

آسم	سلامت	فراوانی	درصد
آسم خفیف	سلامت روانی	۶۴	۴۸/۴
آسم متوسط	اختلال روانی	۹	۶/۸
	سلامت روانی	۵۴	۴۰/۹
آسم شدید	اختلال روانی	۵	۳/۷

۱– Backward Forward

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار، بالاترین نمره و پایین‌ترین نمره متغیر پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
شدت آسم	۰	۱۲	۵/۱۲	۳/۲۶۱	۰/۱۹۸	۰/۸۵۵
سلامت روان	۰	۳۹	۱۴/۹۱	۸/۹۶۸	۰/۱۳۲	۰/۶۹۵

نتایج حاصل از چولگی یا کشیدگی داده‌ها در جدول۳ نشان می‌دهد که داده‌های مطالعه نرمال است و پراکندگی داده‌ها در رنج قابل قبول است

جدول ۴: همبستگی پیرسون میان متغیرهای تحقیق

متغیر	همبستگی	شدت آسم	سلامت روان مادران
شدت آسم	ضریب همبستگی پیرسون	۱	۰/۲۳۱
	مقدار معناداری	-	۰/۰۰۱
سلامت روان مادران	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۳۱	۱
	مقدار معناداری	-	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص‌شده است همبستگی میان متغیرهای شدت آسم و سلامت روان مادران برابر با ۰/۲۳۱ است که نشان می‌دهد همبستگی مثبت و قابل‌قبولی میان این دو متغیر وجود دارد.

همچنین با استفاده از مجذور خی دو و آزمون دقیق فیشر مشخص گردید که رابطه معنیادار بین دو متغیر شدت بیماری آسم کودک و سلامت روانی مادر وجود دارد. ازآنجایی‌که فروانی مورد انتظار کمتر از ۵ است. با توجه به نتیجه آزمون دقیق فیشر با درصد معناداری ۰/۰۰۱ =Pاست، بنابراین رابطه معنادار بین دو متغیر شدت بیماری آسم کودک و سلامت روانی مادر وجود دارد. بین کودکان دارای آسم خفیف و متوسط و شدید، ازلحاظ اینکه مادرانشان دارای سلامت روان یا فاقد آن هستند تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵: میزان شدت آسم و سلامت روان مادران

همبستگی	ضریب بتای استاندارد نشده	خطای استاندارد	ضریب استاندارد بتا	t	مقدار معناداری نرمال
شدت آسم – سلامت روان	۰/۳۰۳	۰/۰۷۳	۰/۳۷۷	۴/۳۶	۰/۰۰۱

آماره آزمون نیز با تقسیم ضریب بتای استاندارد نشده بر خطای استاندارد قابل‌محاسبه است که در تمامی موارد بزرگ‌تر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ است که این نشان‌دهنده رابطه معنادار بین شدت آسم و سلامت روان مادران است. بنابراین ضریب بتای مشاهده‌شده معنادار است. مقدار معناداری نرمال نیز کوچک‌تر از سطح خطا است که یافته‌های فوق را تأیید می‌کند. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بین شدت آسم و کاهش سلامت روان مادران ارتباط وجود دارد (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نقش بهداشت روان را در مادران کودکان مبتلابه آسم ارزیابی کرده است. میانگین نمرات به‌دست‌آمده مشخص کرد که میانگین علائم اختلال روانی در مادران دارای کودک مبتلابه آسم بیشتر از میانگین نقطه برش جامعه بود و نشانه‌های بهداشت روانی مثبت در این مادران ضعیف بود. پژوهش ما همسو با نتایج جوان‌بخت و ارشدی بود که در پژوهش مورد-شاهدی خود روی مادران کودکان دارای آسم، به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره‌ی معیار کلی علائم مرضی در گروه مورد به‌طور معنادار بیشتر بود و نسبت شانس برای بروز علائم جدی با توجه معیار کلی علائم مرضی در مادران گروه کودکان مبتلابه آسم ۲ و نسبت شانس برای وجود هرگونه علائم در مادران کودکان مبتلابه آسم ۲/۵۴ بوده است (۴).

تئودوراتو-بکو[۱] و همکاران در نظریه مثبت مسیرهای مستقیم روان‌شناختی خانواده در بروز آسم مانند مدل بیورفتاری خانواده ادعا کردند که استرس مزمن و افسردگی در خانواده با اثر روی عملکرد راه هوایی و اختلال در نظم سیستم عصبی خودمختار، بروز حملات آسم را به دنبال دارد (۱۴). ورکلیج[۲] در مطالعه خود روی جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی و تأثیر آن‌ها روی آسم شدید مشخص کرد که تنش والدین، عامل اجتماعی است

۱- Theodoratou-Bekou
۲- Verkleij

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

که در رابطه با کنترل آسم و کیفیت زندگی کودک است (۱۵). فرانکل[۱] و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شدت آسم ممکن است اضطراب را تشدید کند که این خود یک سیکل معیوب را تولید می‌کند (۱۶). فگنانو[۲] و همکاران نیز در پژوهش خود در سال ۲۰۱۲ در نیویورک آمریکا روی ۱۹۹ مراقب کودکان آسمی ۱۲-۲ ساله دریافتند که ۳۰ درصد از مراقبین دارای افسردگی بودند و تأکید کردند که این والدین افسرده روابط اطمینان‌بخش کمتری با فرزندان خود داشتند که این رابطه به‌نوبه خود روی آسم کودک اثرگذار است (۱۷).

تمام این نتایج مشابه بامطالعه حاضر است. در پژوهش قائم‌پناه و همکاران در شهر تهران، در مادران کودکان مبتلابه آسم، گزارش افسردگی به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از نقطه برش جامعه است نمرات تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی تفاوت قابل‌توجهی در سه سطح از کنترل آسم (یعنی خوب کنترل‌شده، تا حدودی کنترل‌شده و کنترل نشده) در کودکان نداشت (۱۸). البته نتایج کمی بامطالعه حاضر متفاوت است که احتمالاً به‌این‌علت است که ابزارهای کنترل آسم و سلامت عمومی متفاوت و همچنین شرایط ورود به پژوهش آن‌ها نیز شامل معیارهای دیگری است که این اختلاف را ایجاد گردیده است.

در تبیین این یافته‌ها و در رابطه بااهمیت بهداشت روانی در خانواده دارای کودک مبتلابه آسم می‌توان گفت سیکل‌های منفی تعامل بین والدین و فرزندانشان ممکن است به صورت سهوی تشدید شود و با منفی‌بافی، کج‌خلقی و رفتار بدتر در کودک افزایش‌یافته که خود منجر به تعارض بیشتر می‌شود و همچنین در کودکانی که همراه با توجه مثبت افزایش‌یافته از والدینشان هستند این خود سبب اغراق در وانمود علائم می‌شود. تأثیر مثبت درمان احتمالاً در خانواده‌هایی است که عملکرد خوب دارند (۱۹). همچنین تنش ناشی از فشارهای خانواده روی کودکان که معمولاً با درجات مختلفی از اضطراب ضمنی همراه است دارای آثار فیزیولوژیکی است و کودکان مبتلابه آسم را مستعد تشدید بیماری می‌سازد. ناراحتی روان‌شناختی کودک ممکن است به‌صورت تنفس غیرطبیعی خود را نشان دهد. ترس از تنگی نفس می‌تواند مستقیماً حملات آسم را شروع کند و سطوح بالای اضطراب با افزایش میزان بستری شدن و مرگ مرتبط با آسم ارتباط دارد.

وجود مشکلات روانی در مادر با شدت آسم کودک مرتبط است و هرچقدر مادر در وضعیت ضعیف‌تری از بهداشت روان نسبت به میانگین جامعه باشد، شدت آسم کودک بیشتر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود به‌منظور پاسخگویی مناسب به نیازهای کودکان مبتلابه آسم، باید مادران دارای کودک مبتلابه آسم از مشاوره و درمان‌های ویژه روان‌شناختی برخوردار گردند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به وضعیت روانی مادر در زمان پاسخگویی و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مداخله‌گر مثل رغبت و انگیزه مشارکت‌کننده‌ها و همچنین خستگی ناشی از انتظار برای ویزیت و وجود کودک بیمار، اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این موارد توجه گردد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه بیماران کودک درمانگاه ریه بیمارستان کودکان مفید تهران و خانواده‌های آن‌ها، کارکنان محترم این مرکز که مسیر انجام این پژوهش را هموار ساختند، تشکر می‌شود.

۱- Frankel
۲- Fagnano

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

References

1.Longo, Fauci, Kasper. Handbook of Internal Medicine, Harrison .Translation: Mansouri A, Amouzegar A, Nikpour M. Tehran: Arjmand Publications, 2013.

2.Burkhart PV, Rayens MK, Oakley MG. Effect of peak flow monitoring on child asthma quality of life. Journal of pediatric nursing. 2012;27(1):18-25.

3.To T, Stanojevic S, Moores G, Gershon AS, Bateman ED, Cruz AA, et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. BMC public health. 2012;12(1):204.

4.Javanbakht M, Arshadi H, Nakhaeizadeh S. Comparing the mental health of mothers of children with asthma and the control group on SCL-90-R tests. Journal Mashhad Islamic Azad University. 2008;4(3):173-80.] In Persian].

5.Klinnert MD, Nelson HS, Price MR, Adinoff AD, Leung DY, Mrazek DA. Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. Pediatrics. 2001;108(4):e69-e.

6.Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. Archives of general psychiatry. 1975;32(8):1031-8.

7.dos Santos LM, dos Santos DN, Rodrigues LC, Barreto ML. Maternal mental health and social support: effect on childhood atopic and non-atopic asthma symptoms. J Epidemiol Community Health. 2012:jech-2011-200278.

8.Kheirabadi G, Malekian A, Fakharzadeh M. Comparing the prevalence of depression in mothers of children with asthma and mothers of children with type I diabetes. Taghighat Olum Raftari Journal. 2007;5(1):7-15. [In Persian].

9.Wood BL, Lim J, Miller BD, Cheah P, Zwetsch T, Ramesh S, et al. Testing the biobehavioral family model in pediatric asthma: Pathways of effect. Family process. 2008;47(1):21-40.

10.Calam R, Gregg L, Simpson B, Morris J, Woodcock A, Custovic A. Childhood asthma, behavior problems, and family functioning. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2003;112(3):499-504.

11.Ebadi M, Montazeri A, Shariati M. A Translation, reliability and validity of 12-item General Health Questionnaire. Payesh Journal. 2002;1(3):39-46. [In Persian].

12.Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health and quality of life outcomes. 2003;1(1):66.

13.Elizabeth F, Juniper M. Asthma Control Questionnaire (ACQ). American Thoracic Society. 2016.

14.Theodoratou-Bekou M, Andreopoulou O, Andriopoulou P, Wood B. Stress-related asthma and family therapy: Case study. Annals of general psychiatry. 2012;11(1):28.

15.Verkleij M. Children with problematic severe asthma: A biopsychosocial perspective: Utrecht University; 2016.

16.Markson S, Fiese BH. Family rituals as a protective factor for children with asthma. Journal of Pediatric Psychology. 2000;25 (7):471-80.

17.Fagnano M, Berkman E, Wiesenthal E, Butz A, Halterman JS. Depression among caregivers of children with asthma and its impact on communication with health care providers. Public health. 2012;126(12):1051-7.

18.Gheampanah Z, Fazollahi M, Norbala A, Movahedi M, Kazemnejad A, Pourpak Z. Maternal Mental Health on Pediatric Asthma. Tanaffos journal. 2013;12(41):23-7. [In Persian].

19.Weinstein AG, Chenkin C, Faust D. Caring for the Severely Asthmatic Child and Family I. The Rationale for Family Systems Integrated Medical/Psychological Treatment. Journal of Asthma. 1997;34(4):345-52.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

Measurement Relatedness between Levels of Mental Health in the Mothers with Asthma Severity in School Age Children

Zarghami E (Ph.D), Ahadi H*(Ph.D), Kraskian A (Ph.D), Athari SS (Ph.D)

Abstract

Introduction: Asthma is a respiratory disorder, which causes recurrent breathing attacks through respiratory tract obstruction. Association between Mothers' poor mental health and asthma is known as a trigger of asthma exacerbations. The aim of this study was to Evaluate Relatedness between Poor mental health in the mothers with asthma Severity in school age children.

Method: This study was a descriptive-correlation research. The statistical population were included all mothers with asthmatic children in Tehran. 132 child 6-12 years old with asthma who referring to the pulmonary clinic of hospital in Tehran and their mothers were selected for sampling in 1395. General Health Questionr-12(GHQ-12) and Juniper Asthma Control Questioner (ACQ) were completed by these children's mother to assess the mental health and asthma control. After data collection, spss21 software was used for data analysis.

Results: Mental disorder symptoms were found in mothers of children with asthma in the cut-off point. The average was more than the community cut-off point and related to with severity of asthma. The Fisher's Exact Test showed that significant relationship (p=0/000)had between asthma severity and mother mental health.

Conclusion: Mothers of children with asthma are at a lower level of mental health. This problem related to their children asthma severity. Therefore, the mothers of these children should have a special counseling and psychological treatment.

Keywords: Children asthma, Mothers mental health, Asthma severity

---

*Coresponding Author: Department of Psycology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Iran. Email: drhahadi5@gmail.com.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]