

بررسی ارتباط بین شدت بیماری درماتیت آتوپیک در کودکان مبتلا با وضعیت سلامت روان مادران آنها

مریم کلاته جاری^۱، دکتر حمید افشار^۲، دکتر مهدی خدادادی^۳، دکتر ندا ادیبی^۴

چکیده

مقدمه: بیماری درماتیت آتوپیک (خشکی سرشتی پوست اطفال) ۱۰ درصد کودکان جامعه ایرانی را گرفتار می‌کند. حضور علائمی مانند خارش و خشکی شدید پوست می‌تواند سبب اختلالات خواب و اختلالات عاطفی در کودک و در نتیجه باعث ایجاد استرس ناشی از بیماری فرزند و صرف وقت و هزینه در محیط خانواده شود. والدین از عوارض روان‌شناختی بیماری آتوپیک در امان نیستند. در نتیجه، انتخاب برنامه‌های مشاوره‌ای برای والدین می‌تواند در بهبود اثربخشی درمان مؤثر باشد. به همین دلیل شناخت ویژگی‌های روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به آتوپیک و احتمال وجود رابطه‌ی آن با شدت بیماری کودکان می‌تواند به انتخاب درمان مؤثرتر و شیوه‌های حمایتی از خانواده‌ی کودکان مبتلا منجر شود.

روش‌ها: این مطالعه روی مادران کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک انجام شد. شدت بیماری درماتیت آتوپیک در ۸۲ کودک مبتلا ارزیابی شد و در میان مادران آنها ۵ پرسشنامه‌ی افسردگی - اضطراب - استرس، کمال‌گرایی، ارزیابی شخصیت، سلامت عمومی و شیوه‌های فرزندپروری توزیع شد.

یافته‌ها: آزمون همبستگی Pearson یک ارتباط مستقیم بین شدت بیماری کودک و استرس و کمال‌گرایی مادر ($P < 0.05$) و نیز یک ارتباط معکوس بین شدت بیماری کودک و برون‌گرایی و گشودگی (۲ زیر مقیاس از آزمون سنجش شخصیت) و وضعیت سلامت عمومی مادر ($t < 0$) را نشان داد.

نتیجه‌گیری: از آن جایی که بین جنبه‌های مختلف ویژگی‌های روان‌شناختی مادر و شدت بیماری درماتیت آتوپیک در کودک ارتباط واضحی نشان داده شد، مداخلات هم‌زمان درمانی در مادران کودکان مبتلا در کنترل بیماری کودک مؤثر به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: درماتیت آتوپیک، استرس سایکولوژیک، کمال‌گرایی

مقدمه

می‌گردد. پاپول‌های خارش‌دار، قرمز و پوسته‌دهنده ضایعات معمول این بیماری هستند. ضایعات حاد ممکن است ترشح‌دار و وزیکولی باشند. ضایعات تحت حاد پوسته‌دهنده و دلمه‌ای و ضایعات مزمن قرمز مات، چرمی و بسیار خارش‌دار هستند (۲).

درماتیت آتوپیک به طور معمول در ۲ تا ۶ ماه اول زندگی شروع می‌شود و با دوره‌های فرونشینی و شعله‌وری مشخص می‌گردد. توزیع محل‌های درگیری

درماتیت آتوپیک یک بیماری التهابی مزمن و بسیار شایع پوستی می‌باشد که شیوع آن در حال افزایش است و سبب شده است این بیماری به یک مشکل عمده‌ی جهانی تبدیل شود (۱). این بیماری به طور آزار دهنده‌ای خارش‌دار و راجعه است و اغلب در سطوح فلکسور و متقارن دیده می‌شود. بیماری به صورت ناگهانی با قرمزی و خارش شدید شروع

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

^۱ دانشجوی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان‌پزشکی دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دستیار، گروه پوست، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ متخصص پوست و پژوهشگر، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: nedaadibi705@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر ندا ادیبی

گاستروانتریت و عدم تکامل کافی سیستم دفاعی دستگاه گوارش کودک نسبت به آلرژن‌های محیطی می‌شود (۷).

مواد آلرژی‌زا، تحریک‌کننده‌های تماسی، تعریق، گرمای زیاد، فیبرهای خشن مثل لباس‌های پشمی، لباس‌های تنگ و هوای سرد و خشک از جمله عوامل تشدید کننده هستند (۷).

استرس‌های هیجانی کودک یکی از عوامل مؤثر بر تشدید بیماری درماتیت آتوپیک شناخته شده است. ۳۰ تا ۴۰ درصد کودکان مبتلا به آتوپیک به دنبال استرس، دچار عود بیماری می‌شوند. سیستم ایمنی سلولی و ایمونوگلوبولین‌ها در ایجاد و تشدید درماتیت آتوپیک نقش مؤثری دارند. اکثر این کودکان درماتیت آتوپیک را پشت سر می‌گذارند، ولی بعضی از آن‌ها به اگرمای مزمن و عودکننده به خصوص در پلک‌ها، دست‌ها و پشت گوش دچار می‌شوند (۲).

با توجه به خارش و خشکی ناشی از بیماری و نیز عفونت‌های جلدی که ممکن است ضایعات پوستی را همراهی کنند، کودکان مبتلا به آتوپیک متوسط تا شدید، ممکن است با مشکلات هیجانی و رفتاری متعدد و نیز اختلال در خواب مواجه شوند که به دنبال آن اغلب والدین آن‌ها، دچار احساس سردرگمی در رفتار با کودک می‌شوند (۲).

با توجه به تأثیرپذیری آتوپیک از استرس‌های روحی و حالات هیجانی کودک، بخش مهمی از درمان، حمایت و گوش دادن به درد دل بیمار و والدین او می‌باشد. به گونه‌ای که اغلب توصیه می‌شود با تنظیم جلساتی برای اطمینان‌بخشی به والدین و حمایت از بیمار میزان پذیرش و پیروی بیمار از ادامه‌ی درمان را افزایش داد (۸).

پوست بسته به سن متفاوت است و با افزایش سن تغییر می‌کند (۳). این بیماری حدود ۱۵-۳۰ درصد اطفال و ۱۰-۲ درصد بالغین را گرفتار می‌کند؛ به طوری که ۴۵ درصد بیماران در ۶ ماه اول زندگی، ۶۰ درصد در یک سال اول زندگی و ۸۵ درصد قبل از ۵ سالگی مبتلا می‌شوند (۴).

اغلب کودکان مبتلا، سابقه‌ی خانوادگی یک یا چند مورد از بیماری‌های آتوپیک (آسم، تب یونجه، رینوکونژکتیویت آلرژیک یا درماتیت آتوپیک) را دارند (۵).

جهت تشخیص درماتیت آتوپیک حضور سه ویژگی از چهار ویژگی زیر ضروری است:

- ۱) خارش
- ۲) مورفولوژی و نحوه‌ی توزیع معمول بیماری (چرمی شدن و نمای خطی نواحی فلکسور در بزرگسالان، درگیری صورت و نواحی اکستانسور در شیرخواران)
- ۳) روند مزمن یا مزمین و عودکننده
- ۴) سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی آتوپیک (آسم، تب یونجه، رینوکونژکتیویت آلرژیک یا درماتیت آتوپیک) (۶).

شیوع این بیماری روندی رو به رشد دارد. تئوری‌های مطرح برای افزایش شیوع عبارت هستند از:

۱. افزایش آلرژن‌های موجود در محیط و کاهش مقاومت سیستم گوارشی کودکان در برابر این آلرژن‌ها.
۲. افزایش سطح اقتصادی-اجتماعی خانواده‌های چارک بالای جامعه موجب افزایش رفتار وسواس‌گونه‌ی مادران در مراقبت از کودکان می‌شود که منجر به کاهش ابتلای کودکان به

برنامه‌ها می‌تواند شامل افزایش اطلاعات پزشکی، توانایی تطابق و کنترل خارش بدن کودک، مراقبت مناسب از پوست و آموزش آرام‌سازی باشند (۱۱).

مطالعات انجام شده بیانگر حضور ارتباط بین شدت بیماری کودکان و ویژگی‌های شخصیتی مادران آن‌ها می‌باشد و به نظر می‌رسد که توجه به مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و والدین آن‌ها می‌تواند منجر به بهبود این بیماران شود (۱۴).

حمایت خانواده‌هایی که فرزند آن‌ها با بیماری درماتیت آتوپیک دست و پنجه نرم می‌کند، برای درمان موفق و مداوم آن‌ها بسیار حیاتی است؛ اگر چه ابزار دقیقی جهت سنجش میزان تأثیر حمایت از خانواده‌ها در درمان کودک آن‌ها در دسترس نیست (۱۵).

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود و در زمستان سال ۱۳۹۰ و بهار سال ۱۳۹۱ بر روی کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک و مادران آن‌ها که به کلینیک‌های پوست مرکز تحقیقات بیمارستان خورشید و بیمارستان الزهراء (س) اصفهان مراجعه کردند، انجام شد.

حجم نمونه بر مبنای فرمول زیر به دست آمد.

$$n = \frac{(z_1 + z_2)^2 \cdot (1 - r^2)}{r^2} + 2 = 82$$

در این فرمول ضریب اطمینان ۹۵ درصد و ضریب توان ۸۰ درصد در نظر گرفته شد. r برآوردی از ضریب همبستگی بین شدت درماتیت آتوپیک کودکان با سطح سلامت روان مادران آن‌ها بود که حداقل ۰/۳ می‌باشد (۱۶).

کلیه‌ی مادران کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک که بیماری آن‌ها توسط متخصصین پوست تأیید شده بود، وارد مطالعه شدند. مادران معتاد یا عقب مانده‌ی ذهنی

درماتیت آتوپیک نه تنها موجب علایم جسمی مثل خارش شدید، ناراحتی پوستی و اختلالات خواب برای کودک می‌شود، بلکه سبب اختلالات عاطفی و اجتماعی مانند ناامیدی، کاهش اعتماد به نفس و عصبی و ایرادگیر بودن می‌شود (۹).

به دلیل این که درماتیت آتوپیک یک بیماری پوستی مزمن با دوره‌ی عود مکرر می‌باشد، علاوه بر اثری که روی زندگی بیمار می‌گذارد، کیفیت زندگی سایر افرادی که با وی زندگی می‌کنند به خصوص والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث ایجاد استرس در آن‌ها می‌شود (۱۰).

در مطالعات، ثابت شده است که والدین کودکان مبتلا نیز از عوارض روحی درماتیت آتوپیک فرزندان خود در امان نیستند و آن‌ها نیز علاوه بر اختلالات خواب، دچار احساس گناه، ملامت کردن خود، ناامیدی و نگرانی از آن چه در انتظار فرزندشان است، می‌باشند (۹).

اگر خانواده‌های این بیماران را با این مشکلات تنها بگذاریم ممکن است به خوبی از پس درمان مناسب برای کودکان برنیایند و به علاوه روابط بین والدین و کودکان مبتلا را ویران کنند (۱۱). به عنوان مثال ممکن است بعضی از کودکان یاد بگیرند که می‌توانند با خارانیدن بدنشان والدین خود را تحت کنترل در آورند (۱۲).

همچنین در مطالعاتی که انجام شده است، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مادران کودکان مبتلا، احساس مؤثر بودن کمتری در کنترل و انضباط کودکان نسبت به دیگر والدین دارند (۱۳). بنابراین، برنامه‌های مشاوره‌ای برای والدین کودکان مبتلا می‌تواند از ناامیدی و نگرانی آن‌ها بکاهد. برای مثال این

(DASS)، کمال‌گرایی Frost، ارزیابی شخصیت (NEO-FFI Neuroticism-extroversion-openness) (five factor inventory)، شیوه‌های فرزندپروری و سلامت عمومی (General health questionnaire) یا (GHQ) بررسی شد.

برای بررسی افسردگی، اضطراب و استرس از پرسشنامه‌ی DASS21 استفاده شد. در این پرسشنامه مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس بررسی می‌شود. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته‌ی گذشته مشخص کند.

هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سؤال است که نمره‌ی نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (به طور کامل در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آن جا که DASS-21 فرم کوتاه شده‌ی مقیاس اصلی ۴۲ سؤالی است، نمره‌ی نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط Antony و همکاران مورد تحلیل عاملی قرار گرفت (۱۸).

پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی Frost یک مقیاس چند بعدی به منظور ارزیابی ابعاد مختلف کمال‌گرایی است. این آزمون دارای ۳۵ عبارت و دارای ۶ زیر مقیاس نگرانی در مورد اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقاد والدین، استانداردهای فردی و نظم و ترتیب است. به علاوه نمره‌ی کمال‌گرایی کلی از طریق جمع کردن نمره‌ی همه‌ی ۳۵

و یا مادرانی که مبتلا به یکی از بیماری‌های روان‌پزشکی بودند و یا سابقه‌ی ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی را داشتند، افراد غیر قابل اعتماد (Unreliable) نامیده شده، وارد مطالعه نشدند.

ابتدا هدف از انجام مطالعه برای کلیه‌ی مادران مورد مطالعه توضیح داده و به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه‌ی اطلاعات به صورت محرمانه نزد مجری طرح باقی خواهد ماند، سپس فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی از مادران شرکت کننده در طرح اخذ شد.

سپس بیماری درماتیت آتوپیک توسط متخصص پوست همکار طرح تشخیص داده شد و شدت بیماری با معیار سه‌تایی TIS Score (Three item severity score) تعیین شد.

TIS Score یک معیار سه‌تایی جهت تقسیم‌بندی شدت اگرما در سه حالت خفیف، متوسط و شدید می‌باشد. در این روش یکی از شدیدترین ضایعات بیمار، انتخاب می‌شود و از سه جهت شدت قرمزی (Redness)، تورم (Edema) و خارش (Itching) مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ضایعه‌ی انتخاب شده عدم وجود علائم نمره‌ی صفر، علائم با شدت خفیف نمره‌ی یک، علائم با شدت متوسط نمره‌ی دو و علائم با شدت زیاد نمره‌ی سه در نظر گرفته می‌شود. به این ترتیب حداکثر نمره‌ی هر علامت سه و حداکثر نمره‌ی شدت بیماری نه می‌باشد. اگر نمره‌ی بیمار از مجموع این معیارها کمتر از ۳ شود، در دسته‌ی شدت بیماری خفیف قرار می‌گیرد. نمره‌ی بین ۳-۶ شدت متوسط و نمره‌ی بیشتر از ۶ شدید در نظر گرفته می‌شود (۱۷).

ویژگی‌های روان‌شناختی مادران توسط ۵ پرسشنامه‌ی استاندارد با عناوین افسردگی - اضطراب - استرس (Depression anxiety stress scales) یا

صفر تا چهار نمره گذاری می شود و با جمع نمرات، سه نمره ی مجزا در مورد آزادگذاری مطلق، استبدادی و اقتدار منطقی برای هر آزمودنی به دست می آید. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط Buri ارزیابی شد (۲۱).

پرسشنامه ی GHQ دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاس های مذکور عبارت از علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلالات خواب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی می باشد. برای نمره گذاری به ستون اول نمره ی صفر، ستون دوم نمره ی ۱، ستون سوم نمره ی ۲ و به ستون چهارم نمره ی ۳ تعلق می گیرد. در هر مقیاس کسب نمره ی ۶ به بالا نشانه ی وجود اختلال است. در مجموع نمره ی کل ۲۲ به بالا بیانگر علایم مرضی است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط Williams و همکاران بررسی شد (۲۲).

پس از جمع آوری داده ها، با استفاده از SPSS نسخه ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون های همبستگی Pearson و Linear regression تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

یافته ها

این مطالعه بر روی ۸۲ کودک مبتلا به بیماری درماتیت آتوپیک و مادران آنها انجام شد. اطلاعات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

در ۳۹ درصد افراد مورد مطالعه، سابقه ی فامیلی آتوپیک مثبت بود و ۷۵/۶ درصد افراد مورد مطالعه، جهت بهبود و کنترل بهتر بیماری از درمان، استفاده کرده اند. شدت بیماری در ۴۸/۸ درصد افراد خفیف، در ۴۸/۸ درصد افراد متوسط و در ۲/۴ درصد افراد شدید بود.

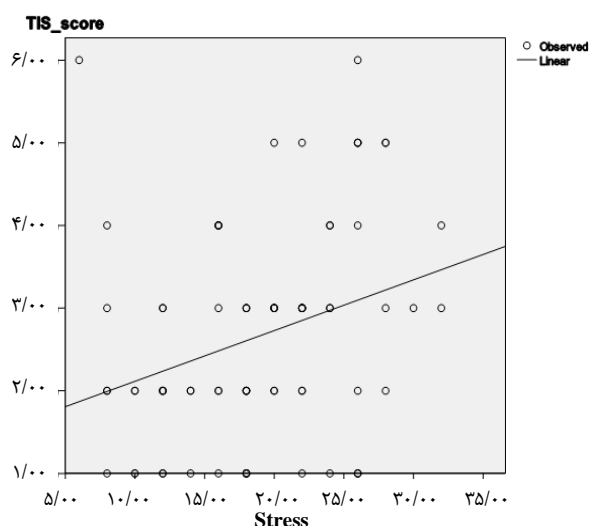
عبارت آزمون به دست می آید. نمره ی بالا در این آزمون حاکی از کمال گرایی بالای فرد در حیطه ی مورد نظر است. پاسخ سؤالات در این آزمون با مقیاس لیکرتی ۵ تایی از به طور کامل مخالفم تا به طور کامل موافقم می باشد. نمره گذاری گزینه ها از ۱ برای به طور کامل مخالفم تا ۵ برای به طور کامل موافقم انجام می گیرد. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط Frost و همکاران توسط تحلیل عاملی قرار دادند بررسی شد (۱۹).

پرسشنامه ی صفات شخصیتی NEO-FFI یک پرسشنامه ی پنج عاملی و فرم کوتاه شده ی پرسشنامه ی NEO می باشد که دارای ۶۰ سؤال است. مدت زمان لازم جهت تکمیل پرسشنامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است و فرد را از ۵ منظر برون گرایی، سازش پذیری، وظیفه شناسی، روان آزاده خوئی و گشودگی (پذیرا بودن نسبت به تجربه ها) ارزیابی می کند و هر قسمت به سه دسته ی خفیف، متوسط و شدید تقسیم می شود. برای نمره گذاری گزینه ها در این آزمون برای گزینه ی به طور کامل مخالفم: صفر، مخالفم: ۱، نظری ندارم: ۲، موافقم: ۳ و به طور کامل موافقم: ۴ در نظر گرفته می شود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط Costa و Crae ارزیابی شده است (۲۰).

پرسشنامه ی شیوه های فرزند پروری اقتباسی است از نظریه ی اقتدار والدین که بر اساس نظریه ی Baumrind از سه الگوی آزادگذاری، استبدادی و اقتدار منطقی والدین جهت بررسی الگوهای نفوذ و شیوه های فرزندپروری ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ ماده است که ۱۰ ماده ی آن به شیوه ی آزادگذاری مطلق، ۱۰ ماده به شیوه ی استبدادی و ۱۰ ماده ی دیگر به شیوه ی اقتدار منطقی والدین در امر پرورش فرزند مربوط می شود. جواب سؤال ها از

جدول ۲ ارتباط بین نمره‌ی TIS در کودکان و نمره‌ی DASS مادران را نشان می‌دهد. ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی TIS و نمره‌ی استرس رابطه‌ی مستقیم وجود دارد (شکل ۱).

رابطه‌ی TIS Score کودکان و پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی مادران در جدول ۳ نشان داده شده است. ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی TIS و مجموع نمرات پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی Frost، رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (شکل ۲).



شکل ۱. رابطه‌ی بین نمره‌ی شدت بیماری کودک با نمره‌ی استرس مادر

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی TIS کودکان و اجزای پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی مادران

مقدار P	r	نمره انحراف معیار ± میانگین	زیر مقیاس‌های Frost مادران
< ۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۱۹/۷ ± ۳/۷	نگرانی در مورد اشتباهات
< ۰/۰۰۱	۰/۴۵۹	۹/۷ ± ۲/۳	تردید نسبت به اعمال
< ۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۱۳/۴ ± ۳/۳	انتظارات والدین
۰/۰۲۱	۰/۲۲۵	۱۰/۹ ± ۲/۱	انتقادات والدین
< ۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۲۰/۱ ± ۲/۸	استانداردهای فردی
۰/۰۳۰	۰/۲۰۹	۱۹/۸ ± ۶/۰	نظم و ترتیب
< ۰/۰۰۱	۰/۷۷۰	۹۳/۹ ± ۱۰/۶	مجموع کل نمره

TIS: Three item severity

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد مورد پژوهش

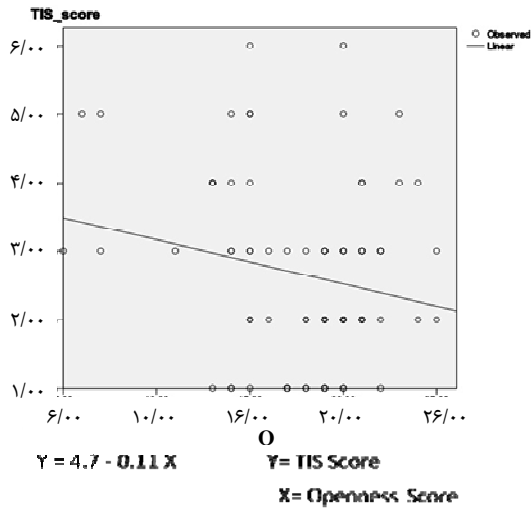
متغیر	مقدار
سن کودکان (سال)*	۳/۳ ± ۲
سن مادران (سال)*	۲۶/۲ ± ۰/۴
جنسیت کودکان**	
دختر	۴۷/۶
پسر	۵۲/۴
تعداد فرزندان خانواده*	۱/۷ ± ۰/۸
میزان تحصیلات مادر**	
زیر دیپلم	۴۳/۹
دیپلم و فوق دیپلم	۳۱/۷
لیسانس و بالاتر	۲۴/۴
سطح اقتصادی خانواده**	
پایین	۸/۶
متوسط	۷۸
بالا	۱۳/۴

*: انحراف معیار ± میانگین ** درصد

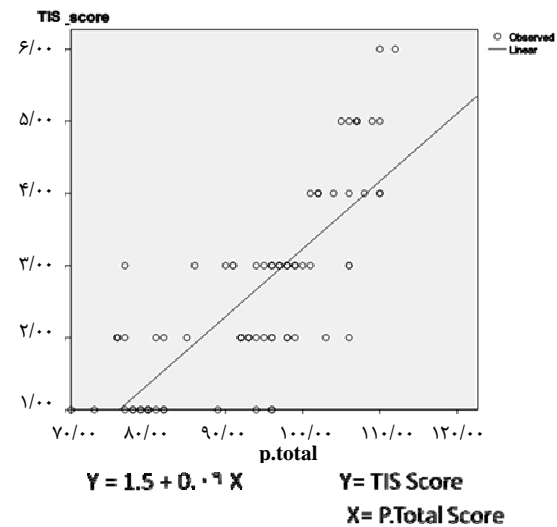
جدول ۲. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی TIS کودکان و افسردگی و اضطراب و استرس مادران

متغیر	نمره انحراف معیار ± میانگین	r	مقدار P
افسردگی	۱۶/۳ ± ۸	۰/۰۷۰	۰/۲۸۰
اضطراب	۱۸ ± ۶	۰/۱۶۴	۰/۰۷۰
استرس	۱۸ ± ۶/۱	۰/۲۹۳	۰/۰۰۴

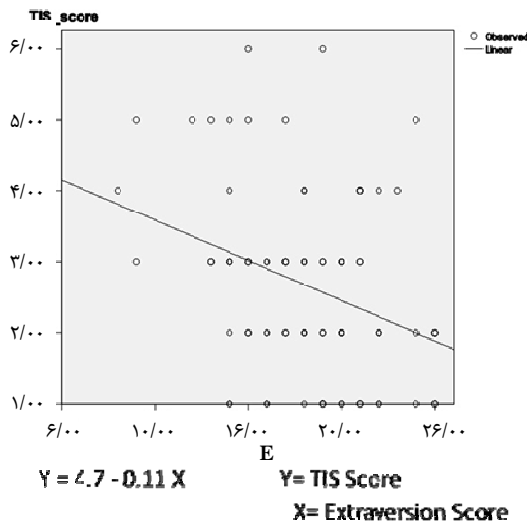
TIS: Three item severity



شکل ۳. رابطه‌ی بین نمره‌ی شدت بیماری کودک با نمره‌ی گشودگی مادر (از زیر مقیاس‌های پرسشنامه‌ی NEO)



شکل ۲. رابطه‌ی بین نمره‌ی شدت بیماری کودک با مجموع نمرات کمال‌گرایی مادر



شکل ۴. رابطه‌ی بین نمره‌ی شدت بیماری کودک با نمره‌ی برون‌گرایی مادر (از زیر مقیاس‌های پرسشنامه‌ی NEO)

رابطه‌ی بین TIS Score کودکان و نمرات مربوط به پرسشنامه‌ی NEO مادران در جدول ۴ نشان داده شده است.

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی TIS کودکان و نمره‌ی گشودگی مادران یک رابطه‌ی عکس (شکل ۳) و بین نمره‌ی TIS و نمره‌ی برون‌گرایی مادران رابطه‌ی عکس (شکل ۴) وجود دارد.

رابطه‌ی بین TIS Score کودکان و اجزای پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری مادران در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی TIS کودکان و اجزای پرسشنامه‌ی NEO-FFI

مقدار P	r	نمرات NEO-FFI مادران	
		نمره	انحراف معیار ± میانگین
۰/۲۴۸	۰/۰۷۶	روان آزوده‌گرایی	N ۱۷/۵ ± ۳
< ۰/۰۰۱	-۰/۳۳۱	برون‌گرایی	E ۱۸/۱ ± ۳/۷
۰/۰۳۵	-۰/۲۰۱	گشودگی	O ۱۷/۸ ± ۴
۰/۲۹۵	۰/۰۶۰	موافق بودن	A ۲۰/۳ ± ۳
۰/۱۰۰	-۰/۱۴۳	با وجدان بودن	C ۲۰ ± ۳/۵

NEO: Neuroticism-extroversion-openness five factor inventory

TIS: Three item severity

جدول ۵. ضرایب همبستگی بین نمره TIS و اجزای پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری.

مقدار P	r	نمره انحراف معیار ± میانگین	نمرات پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری
۰/۱۴۱	-۰/۱۲۰	۱۶/۹ ± ۳/۴	شیوه‌ی آزادگذاری
< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۱	۱۳/۹ ± ۴/۶	شیوه‌ی استبدادی
۰/۰۵۰	۰/۱۸۱	۲۹/۱۴ ± ۴/۶	شیوه‌ی اقتدار منطقی

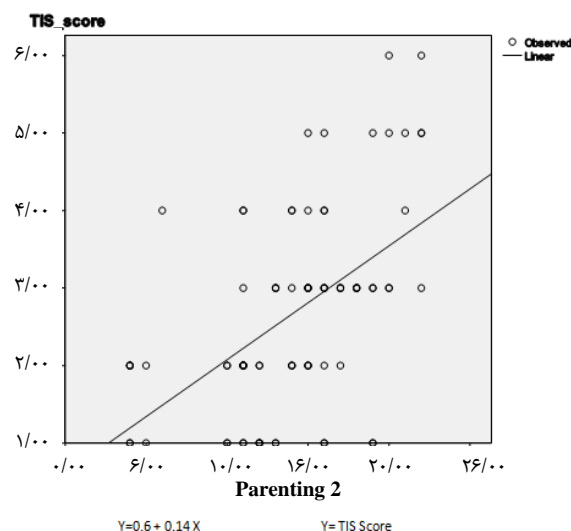
TIS: Three item severity

Regression مشخص شد که برای پیش‌بینی نمره‌ی TIS از بین این ۶ متغیر، فقط کافی است از مجموع نمره‌ی Frost و نمره‌ی شیوه‌ی استبدادی پرسشنامه‌ی فرزندپروری استفاده شود.

بحث

درماتیت آتوپیک یک نوع بیماری بثورات اگزمایی است که حدود ۱۰ درصد کل اطفال را مبتلا می‌کند. این بیماری در ۶-۲ ماه اول زندگی به صورت دوره‌های مکرر عود و رکود با بثورات اگزمایی قرمز و خارش‌دار مشخص می‌گردد. گاهی عفونت ثانویه روی ضایعات اضافه می‌شود و باعث ازمان ضایعات می‌گردد. این بیماری اغلب دارای سیر مزمن می‌باشد و ممکن است تا سن بلوغ ادامه یابد. ۲۵ درصد افراد مبتلا، این بیماری را تا سال‌های بزرگسالی نیز به همراه دارند. به دلیل سیر کند و طولانی بیماری و نیاز به مراقبت مکرر توسط والدین بسیاری از اوقات بیماری برای اطرافیان آزار دهنده می‌شود. کودک نیز به دلیل خارش‌های مکرر و خشکی پوست اغلب اظهار کلافگی می‌کند. در بسیاری از موارد عملکرد طبیعی کودک دچار اختلال می‌گردد. این بیماری حتی خواب شبانه‌ی طفل را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شیوع درماتیت آتوپیک اغلب در کودکانی است که

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی TIS کودکان و نمره‌ی شیوه‌ی استبدادی، رابطه‌ی مستقیم وجود دارد (شکل ۵).



شکل ۵. رابطه‌ی بین نمره‌ی شدت بیماری کودک با نمره‌ی شیوه‌های فرزندپروری مادر

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی TIS و سلامت عمومی رابطه‌ی معکوس وجود دارد ($P = ۰/۰۲۱$, $r = -۰/۲۲۵$).

با آنالیز Multivariate linear regression ۶ متغیر استرس، مجموع نمره‌ی Frost، برون‌گرایی، گشودگی، GHQ و نمره‌ی شیوه‌ی استبدادی پرسشنامه‌ی فرزندپروری و وارد کردن همه‌ی متغیرها به مدل

و به دلیل افزایش مراقبت از کودک و محدود کردن شدید کودک جهت جلوگیری از تماس با عوامل عفونت‌زای محیطی باعث القای حساسیت پوستی بیشتری در کودکان می‌شوند. جالب این است که بین جنبه‌های کمال‌گرایی نمره‌ی نگرانی در مورد اشتباهات کودکان و انتظارات والدین نسبت به سایر جنبه‌ها ارتباط قوی‌تری با شدت بیماری داشت. به نظر می‌رسد مادرانی که انتظارات بالایی از رفتار کودکان دارند، باعث تشدید استرس کودکان و در نتیجه تشدید شدت بیماری در آن‌ها خواهند شد.

پرسشنامه‌ی شیوه‌های فرزندپروری نشان داد، شدت بیماری کودکان در خانواده‌هایی که شیوه‌ی استبدادی روش غالب در تربیت فرزندان بوده است، بیشتر می‌باشد. این مسأله ممکن است ناشی از رفتار کنترل‌گرایانه‌ی شدید در مادران آن‌ها باشد. همانند مطالعه‌ی Warschburger و همکاران (۱۶)، مطالعه‌ی ما نیز شیوه‌های استبدادی فرزندپروری و کنترل‌گری مادران را دارای ارتباط مستقیم با شدت بیماری کودکان ارزیابی کرد.

پرسشنامه‌ی NEO نشان داد که شدت بیماری با برون‌گرایی و گشودگی مادر ارتباط معکوس دارد. به نظر می‌رسد که قدرت بیان مناسب هیجانات و عواطف در مادران و نگاه باز نسبت به مشکلات سبب کاهش استرس کودک و به همین ترتیب باعث کاهش شدت بیماری‌های وابسته به استرس مانند درماتیت آتوپیک در کودک می‌شود.

پرسشنامه‌ی GHQ نشان داد که جنبه‌های مختلف سلامت مادران نقش بسیار مؤثری در کنترل بیماری کودک دارد و مادرانی که از سطح سلامت بالاتری در پرسشنامه‌ی سنجش سطح سلامت عمومی برخوردار

خانواده‌های با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالایی دارند، زیرا مراقبت مکرر و وسواس گونه‌ی مادر از کودک باعث کاهش تماس با عفونت‌های محیطی و در نتیجه کاهش ابتلای وی به بیماری‌هایی مانند گاستروآنتریت می‌شود و تشکیل ایمونوگلوبولین A مخاطی در دستگاه گوارش را دچار اختلال می‌کند. بنابراین کودک به آلرژن‌های محیطی به خصوص آلرژن‌های خوراکی حساس می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر نیز ۹۱/۵ درصد خانواده‌های شرکت‌کننده از سطح اقتصادی-اجتماعی متوسط تا بالا برخوردار بودند.

در مطالعه‌ی حاضر ارتباط واضحی بین نمره‌ی افسردگی و شدت بیماری یافت نشد، اما میانگین نمره‌ی استرس مادران با توجه به آزمون DASS رابطه‌ی معنی‌داری با شدت بیماری نشان داد. به نظر می‌رسد که مادران پر استرس باعث تشدید استرس در محیط زندگی و در نتیجه در کودکان خانواده می‌شوند و چون بیماری آتویی به طور واضح با استرس عود می‌کند، شدت بیماری در کودکان مادران پر استرس بیشتر است؛ اگر چه افزایش میانگین نمره‌ی استرس می‌تواند ثانویه به شدت بیماری در کودکان باشد و یک بیماری شدید در کودک می‌تواند باعث استرس شدید در مادر کودک شود. DASS ارتباط واضحی بین افسردگی و شدت بیماری کودکان نشان نداد که شاید به علت کاهش علاقه‌ی مادر نسبت به مراقبت از کودک ناشی از علایم افسردگی باشد.

پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی نشان داد که شدت بیماری آتوپیک درماتیت با کلیه‌ی جنبه‌های مورد ارزیابی این پرسشنامه ارتباط مستقیم واضحی دارد و به نظر می‌رسد که مادرهای کمال‌گرا در نگهداری و مراقبت از کودک نیز جنبه‌های کمال‌گرایانه را در نظر می‌گیرند

آتوپیک و والدین آنها انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که با برگزاری ۶ جلسه ملاقات با فواصل یک هفته شامل ملاقات با یک متخصص آلرژی اطفال، یک متخصص پوست و یک متخصص روان پزشکی می توان باعث اثرگذاری بهتر درمان های موجود، کاهش اضطراب والدین کودکان و برقراری رابطه ی بهتر بین پزشک، والدین کودک مبتلا و کودک شد (۹).

نتیجه گیری

مطالعه ی حاضر نشان داد که خصوصیات شخصیتی مانند کمال گرایی، کنترلگری و نیز استرس والدین باید در درمان کلیه ی کودکان مبتلا به درماتیت آتوپیک جهت دستیابی به نتایج بهتر درمان مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از سرکار خانم دکتر ادیبی و جناب آقای دکتر افشار به دلیل راهنمایی ها و زحماتشان و همچنین با تشکر از جناب آقای دکتر اصیلان مدیر محترم گروه پوست، جناب آقای حقایق و سایر عزیزانی که در اجرای طرح این جانب را یاری نمودند.

بودند، باعث القای احساس آرامش در کودکان شدند و سبب تعدیل شدت بیماری در کودک شدند. نتایج مطالعه ی حاضر با مطالعه ای که توسط Arnold و همکاران (۱۵) انجام شد، همخوانی دارد.

با توجه به این که درماتیت آتوپیک بیماری شایع و در عین حال مزمن و هزینه بر می باشد و با توجه به ارتباط واضحی که جنبه های روان شناختی و شخصیتی مادر و سطح استرس او در شدت بیماری کودک به جای می گذارد، مداخلات روان شناسی و روان پزشکی در مادران کودکان که مراقبین اصلی از پوست کودک هستند، می تواند شدت و دوره ی بیماری و نیز دفعات عود بیماری را کاهش دهد.

همچنین استفاده از درمان های چند جانبه یعنی همکاری هم زمان متخصص پوست، اطفال، روان پزشکی و روان شناس به صورت توأم می تواند روش مداخله ای مناسبی در بهبود بیماری کودک و نیز بهبود کیفیت زندگی او و سلامت خانواده و افزایش کیفیت زندگی اطرافیان باشد.

Ricci و همکاران نیز در مطالعه ای که برای بهبود بخشیدن کیفیت زندگی کودکان مبتلا به درماتیت

References

1. Asher MI, Montefort S, Bjorksten B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet* 2006; 368(9537): 733-43.
2. Habif TP, Campbell JL, Chapman MS, Dinulos J, Zug K. *Skin disease: diagnosis and treatment*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2005. p. 154-80.
3. Williams HC. Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2005; 352(22): 2314-24.
4. Habif TP. *Clinical dermatology*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2010. p. 154-66.
5. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 112(6 Suppl): S118-S127.
6. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1980; (Suppl 92): 44-7.
7. Bieber T, Bussmann C. Atopic dermatitis. In: Bologna JL, Jorizzo, JL, Rapini R, editors. *Dermatology*. 3rd ed. New York, NY: Mosby; 2012. p. 203-16.
8. Kondo-Endo K, Ohashi Y, Nakagawa H, Katsunuma T, Ohya Y, Kamibepu K, et al. Development and validation of a questionnaire measuring quality of life in primary caregivers of children with atopic dermatitis (QPCAD). *Br J Dermatol* 2009; 161(3): 617-25.
9. Ricci G, Bendandi B, Aiazzi R, Patrizi A, Masi

- M. Three years of Italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2009; 26(1): 1-5.
10. Gieler U, Kohnlein B, Schauer U, Freiling G, Stangier U. Counseling of parents with children with atopic dermatitis. *Hautarzt* 1992; 43(Suppl 11): 37-42. [In German].
 11. Miller H, Baruch DW. A study of hostility in allergic children. *Am J Orthopsychiatry* 1950; 20(3): 506-19.
 12. Daud LR, Garralda ME, David TJ. Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Arch Dis Child* 1993; 69(6): 670-6.
 13. Absolon CM, Cottrell D, Eldridge SM, Glover MT. Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *Br J Dermatol* 1997; 137(2): 241-5.
 14. Al Robaee AA. Reliability and validity of the Arabic version of "dermatitis family impact" questionnaire in children with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 2010; 49(9): 1063-7.
 15. Arnold RJ, Donnelly A, Altieri L, Wong KS, Sung J. Assessment of outcomes and parental effect on Quality-of-Life endpoints in the management of atopic dermatitis. *Manag Care Interface* 2007; 20(2): 18-23.
 16. Warschburger P, Buchholz HT, Petermann F. Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *Br J Dermatol* 2004; 150(2): 304-11.
 17. Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, de Waard-van der Spek FB. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *Br J Dermatol* 2007; 157(4): 645-8.
 18. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998; 10(2): 176-81.
 19. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JJ, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Pers Individ Dif* 1993; 14(1): 119-26.
 20. Costa PT, Mc Crae RR. NEO-PI-R professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc; 1992.
 21. Buri JR. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess* 1991; 57(1): 110-9.
 22. Williams P, Goldberg DP, Mari J. The validity of the general health questionnaire. *Social Psychiatry* 1987; 21: 15-8.

The Relationship between the Severity of Atopic Dermatitis in Children and Psychological Characteristics of Mothers

Maryam Kalateh Jari¹, Hamid Afshar MD², Mehdi Khodadadi MD³, Neda Adibi MD⁴

Abstract

Background: More than 10% of Iranian children are affected with atopic dermatitis. Symptoms of the disease like itching and eczema can lead to emotional and sleep disorders in children and impose a lot of stress on parents. It can also have great time and money burden for families. Hence implementing consultation programs for parents can improve the effectiveness of treatment. Similarly, recognizing the relations between psychological characteristics of sick children's mothers and the severity of the disease can result in more efficient treatment and support.

Methods: The disease severity of 82 children with atopic dermatitis was measured. The psychological characteristics of the children's mothers were evaluated by 5 questionnaires including depression anxiety stress scale (DASS), the Frost's multidimensional perfectionism scale, the neuroticism, extraversion, openness five-factor inventory (NEO-FFI), general health questionnaire, and the parenting styles scale. Pearson's correlation was used to analyze the relations between variables.

Findings: There were positive, significant relationships between severity of the child's disease and the mother's level of stress and perfectionism. Significant negative relationships were found between severity of the child's disease and the mother's level of extraversion, self-openness, and general health.

Conclusion: Strong relationships between severity of atopic dermatitis in children and psychological characteristics of mothers necessitate simultaneous therapeutic interventions for both children and mothers.

Keywords: Atopic dermatitis, Psychological stress, Perfectionism

* This paper is derived from a medical doctorate thesis in Isfahan University of Medical Sciences.

¹ Student of Medicine, Behavioral Sciences Research Center AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Resident, Department of Dermatology, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁴ Dermatologist, Researcher, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Neda Adibi MD, Email: nedaadibi705@gmail.com