

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۲/۰۴  
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۲/۲۴  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۰۸/۱۷

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۴  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۲، شماره‌ی ۱  
صص: ۶۷-۸۸

## اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۰-۱۵ سال دارای علائم آسم شهر اهواز

پریسا گنجی \*

مهناز مهربابی زاده هنرمند \*\*

ایران داودی \*\*\*

یدالله زرگر \*\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۰-۱۵ سال دارای علائم آسم، مراجعه‌کننده به کلینیک‌های آسم و آلرژی شهر اهواز بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید و بر اساس تکمیل پرسشنامه بین‌المللی شیوع‌شناسی آسم و آلرژی (ایساک)، وجود علائم آسم در آنها تأیید گردید. ۱۲ کودک شرکت‌کننده در پژوهش به طور تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. همه‌ی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش به پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم کودکان و نوجوانان، پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله شناختی- رفتاری قرار گرفت و سپس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری یومان ویتنی در نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری کیفیت زندگی و خودکارآمدی افراد گروه

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی (نویسنده مسئول)، شماره تماس: ۰۹۳۶۵۵۵۲۵۸۸  
parisaganje@yahoo.com

\*\* استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

\*\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است. اما در مؤلفه علائم آسم کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل یافت نشد. یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان یک شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی برای کودکان دارای علائم آسم در کاهش پیامدهای بیماری سودمند باشد.

**کلید واژگان:** مداخله شناختی- رفتاری، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، علائم آسم.

### مقدمه

آسم<sup>۱</sup> بیماری مزمن پیشرونده در کودکی و عامل اصلی ناتوانی در این گروه سنی است (آموریم و دنلوزی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). ۹ میلیون نفر (۷ تا ۱۷ درصد کودکان) در آمریکا زیر سن ۱۸ سال تشخیص آسم گرفته‌اند و بیش از ۴ میلیون کودک (۶٪) حداقل یک دوره حاد از آسم را طی یک سال تجربه کرده‌اند (کوپر، رودریگز، کروز و بارتو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بخش عظیمی از تحقیقات بر نقش ژنتیک و عوامل محیطی در ظهور آسم تأکید می‌کنند و محققان زیادی اخیراً به ارتباط بین عوامل روان‌شناختی و بیماری آسم علاقه‌مند شده‌اند (ارتگا، گودوین، مک‌کوئید و کانیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ رایت و سابرامانین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷، هر دو به نقل از فیتوسا، سانتوس، بارتو دوکارمو، سانتوس، تلس و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). شواهدی وجود دارد که برخی از احساسات منفی به‌ویژه اضطراب و افسردگی، حتی زمانی که شدید نیستند، ممکن است اثرات تنفسی ایجاد کنند. این حالات با تشدید آسم، از طریق اثراتشان بر رفتارهای خود مراقبتی بیمار و هم از طریق اثرات روانی- فیزیولوژیک مستقیم بر ریه، ارتباط دارند. از سوی دیگر، این حالات هیجانی ممکن است به خاطر آسم ایجاد شوند (لهر، فلدمن، جیاردینو، سونگ، شاملینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). در فرا تحلیلی از ۵۰۰ کودک که از آسم رنج می‌بردند، مک‌کوئید، کوپل<sup>۸</sup> و ناسائو<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) دریافتند

- 1- Asthma
- 2- Amorim & Daneluzzi
- 3- Cooper, Rodrigues, Cruz, & Barreto
- 4- Ortega, Godwin, McQuaid, & Canino
- 5- Wright & Sabramanian
- 6- Feitosa, Santos, Barreto do carmo, Santos, Teles, & et al
- 7- Lehrer, Feldman, Giardino, Song, & Shameling
- 8- Kopel
- 9- Nassau

که این کودکان نسبت به همسالان سالم خود مشکلات روان‌شناختی، به‌ویژه مشکلات درونی (اضطراب، افسردگی) بیشتری دارند. در دو مطالعه (ساندبرگ، پاتون، آهولا، مک‌کان، مک‌گوینس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ مارین، چن، مانچ و میلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) مشخص شد که ترکیب استرس مزمن و شایع و استرس حاد به طور مثبت با افزایش تولید نشانگرهای ایمنی و خطر حمله‌های آسمی جدید ارتباط دارد. یک مطالعه مروری (تیبوچ، ورهاک و مارکوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱) نشان داد که مشکلات روان‌شناختی مختلف در کودکان و مراقبان‌شان بر سیر آسم کودکی، نشانه‌های ادراک شده آسم، نشانگرهای عینی آلرژی و التهاب و احتمالاً بر شروع آسم اثر دارد. در واقع سطوح بالای نشانه‌های اضطراب با خود گزارشی بیشتر نشانه‌های بیماری در کودکان مبتلا به آسم همراه است (مک‌گریدی، کاتون، روزنتال، رابرتز، بریتو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). وقوع همزمان مشکلات رفتاری و آسم با پیروی کمتر از درمان و افزایش فراوانی و طول مدت بستری شدن مرتبط شده است (رایت، رودریگز و کوهن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸؛ ویل، وید، باثومن، لین، میشل و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹).

مشخص شده است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به آسم شدید و متوسط، پایین‌تر از افراد غیر مبتلا به آسم و مبتلا به آسم خفیف است (موی، اسرائیل، ویس، جانپیر، داب و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). گلدبک، کافمن، لچر، تایسن و فیگرت<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) مشاهده کردند که واکنش‌های هیجانی کودکان با نمرات کیفیت زندگی آن‌ها رابطه منفی و معنی‌دار دارد، اما شدت آسم‌شان با کیفیت زندگی مرتبط نیست. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به آسم، بیشتر به دلیل عوامل روان‌شناختی، کاهش می‌یابد تا به علت شدت بیماری (گلدبک و همکاران، ۲۰۰۷؛ ون‌دی‌ون و انجلز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). کودکان مبتلا به آسم مجبورند با انواع پاسخ‌های هیجانی سازگاری یابند (هامپل، رادولف، استاچو و پترمن<sup>۱۰</sup>،

- 1- Sandberg, Paton, Ahola, McCann, McGuinness, & et al
- 2- Marin, Chen, Munch, & Miller
- 3- Tibosch, Verhaak, & Markus
- 4- McGrady, Catton, Rosenthal, Roberts, Britto, & et al
- 5- Chohen
- 6- Weil, Wade, Bauman, Lynn, Mitchel, & et al
- 7- Moy, Israel, Weiss, Juniper, Dube, & et al
- 8- Goldbeck, Koffmane, Lecheler, Thiessen, & Fegert
- 9- Van De Ven, & Engels
- 10- Hampel, Rudolph, Stachow, & Petermann

(۲۰۰۳).

در این میان متغیر خودکارآمدی یا اطمینان به خود که بر طبق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا<sup>۱</sup>، به احساس‌های کفایت، شایستگی و قابلیت کنار آمدن با زندگی اشاره دارد (شولتز<sup>۲</sup> و شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷) می‌تواند تحت تأثیر آسم قرار گیرد. مؤید این مطلب تحقیقاتی است که نشان می‌دهد سطوح بالای خودکارآمدی در کودکان و نوجوانان با استفاده بیشتر از راهبردهای مدیریت آسم (کلارک و والرینو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) و پیروی بیشتر از درمان (وندی‌لن، استرونکز، بیندلز، اوری و ون‌آلدرن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) همراه است که به نظر می‌رسد به درمان بهتر و کیفیت زندگی بالاتر منجر می‌شود.

شیوع بیماری آسم در کودکان سرتاسر جهان و از جمله ایران بالا است. میانگین نرخ شیوع این بیماری در میان افراد زیر ۱۸ سال ایرانی، ۱۳/۴ درصد (حیدرنیا، انتظاری، محرابی، پورپاک و معین، ۱۳۸۶) گزارش شده است. از سوی دیگر، اثرات این بیماری بر بیماران، خانواده‌هایشان و جامعه، از لحاظ از دست دادن کار و غیبت از مدرسه، کاهش کیفیت زندگی، بستری شدن در بیمارستان و مرگ (انستیتو ملی سلامت، انستیتو ملی قلب، ریه و خون، برنامه ملی پیشگیری و آموزش آسم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) قابل توجه است. هزینه‌های اقتصادی آسم، به‌ویژه در آسم شدید و کنترل نشده، هم به‌طور مستقیم و هم غیرمستقیم در حال افزایش است. در آمریکا آسم کودکی باعث ۱۴ میلیون روز غیبت از مدرسه در هر سال می‌شود، که در نتیجه به نوبه خود، از دست رفتن کار و از دست دادن دستمزد، برای مراقبان را به همراه دارد (ملون، پاراسورامن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از پوانکار، کانونیکا، هولگیت و لاکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲).

با توجه به نتایج تحقیقات قبلی (مک‌کوئید و همکاران، ۲۰۰۱، گیل‌اسپای<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، هر دو به نقل از مارساک، فانک و نلسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). می‌توان گفت کودکان مبتلا به آسم

- 1- Bandura
- 2- Scultz
- 3- Clark & Valerio
- 4- Van Dellen, Stronks, Bindels, Ory, & Van Aalderen
- 5- National Institutes of Health, National Heart, Lung, & Blood Institutes, National Asthma Education and Prevention Program
- 6- Mellon & Parasuraman
- 7- Pawankar, Canonica, Holgate, & Lockey
- 8- Gillespie
- 9- Marsac, Funk, & Nelson

یک گروه در معرض خطر بالا برای ابتلا به مشکلات روان‌شناختی هستند. از سوی دیگر، با بالا رفتن سن، بتدریج مدیریت آسم از والدین به خود کودک سپرده می‌شود تا مسئولیت بیشتری در برابر مدیریت بیماری خود به عهده گیرد (هورنر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). پس کودکان بزرگ‌تر، مسئولیت بیشتری در مراقبت از خود در برابر بیماری دارند و بنابراین نیازمند آموزش در رابطه با کنترل هیجان‌ها و مهارت‌های مقابله، سازگاری و چگونگی مدیریت بیماریشان می‌باشند.

به طور خلاصه با توجه به شیوع بالای آسم در کودکان و نوجوانان، هزینه‌های بالای این بیماری برای خانواده‌ها و جامعه، احتمال خطر بالاتر ابتلا به مشکلات روان‌شناختی در این گروه و همچنین ضرورت آموزش کودکان و نوجوانان مبتلا به آسم برای مراقبت مستقلانه از خود، توجه هر چه بیشتر به کودکان و نوجوانان مبتلا به این بیماری ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی از جمله مداخله شناختی- رفتاری ممکن است در جهت مدیریت بهتر و کنترل بیشتر بر بیماری مؤثر باشد. با این شیوه‌ها شاید بتوان برخی از مشکلات درونی و عواقب روان‌شناختی را که به دنبال بیماری به وجود می‌آیند کنترل کرد. همچنین با ارتقا سطح متغیرهایی همانند خودکارآمدی، علاوه بر افزایش رضایت و توانمندی کودکان و نوجوانان از خود، باعث تغییرات رفتاری در پیروی از درمان، مدیریت بهتر بیماری و بهبود نشانه‌های بیماری شد. در یک بررسی سیستماتیک (یورک، فلمینگ و شلدهام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) از اثرات مداخلات روان‌شناختی در کودکان مبتلا به آسم، نشان داده شد که به طور کلی، درمان‌های شناختی- رفتاری، آرمیدگی تدریجی، درمان رفتاری، اثرات مثبتی بر خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله، اضطراب، افسردگی و نگرش راجع به آسم در کودکان دارد. لاست، استام، نیوان هویزن و گروتنهویز<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، در مطالعه خود در رابطه با اثر مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری به نام "آپی‌کُرس"<sup>۴</sup> در یک گروه از کودکان دچار بیماری‌های مزمن، بهبودهایی را در متغیرهای هیجانی- رفتاری، مؤلفه‌های اجتماعی، جستجوی اطلاعات، آرمیدگی و تفکر مثبت در دوره‌های زمانی کوتاه و متوسط یافتند. اسکالتن، ویلمن، گروتنهویس، موریک ستا، شنگل و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) در بررسی اثر بخشی درمان شناختی-

1- horner

2- York, Feleming, & Shuldham

3- Last, Stam, Niewwenhuizen, & Grootenhuis

4- op koers

5- Scholten, Willems, Grootenhuis, Maurice-Sta, Schuengel, & et al

رفتاری گروهی بر کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و والدین آن‌ها، پیشرفت‌های قابل توجه در بهبودی روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله با بیماری یافتند و در مورد کودکان و نوجوانان مبتلا به آسم، کلاند<sup>۱</sup> (۱۹۹۳، به نقل از یورک و همکاران، ۲۰۰۹) بهبود معنی‌داری در نمرات میانگین مقابله با آسم در گروه دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل گزارش کرد. اما تغییر قابل توجهی در اضطراب پنهان در دو گروه نیافت، در حالی که اضطراب ویژه آسم، در کودکان بسیار مضطرب، به طور قابل توجهی در گروه دریافت‌کننده درمان، در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته بود. پیرز<sup>۲</sup> (۱۹۹۹، به نقل از یورک و همکاران، ۲۰۰۹) بهبود قابل توجهی در نمرات (میانگین ۲۱/۷۷) خود مدیریتی و خودکارآمدی کودکان مبتلا به آسم که درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل (میانگین ۱۷/۱۶) نشان داد. پس ضرورت ایجاب می‌کند تا در جهت انجام مداخلات روان‌شناختی به شیوه شناختی- رفتاری که جای خالی آن برای کودکان دچار بیماری‌های مزمن، به ویژه مبتلایان به آسم احساس می‌شود، گام برداشت و کارآمدی این‌گونه مداخلات را مورد آزمون قرار داد. تا آنجا که بررسی پژوهش‌های در دسترس نشان داد، مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی کودکان مبتلا به آسم در ایران صورت نگرفته است، لذا این پژوهش در پی یافتن پاسخی برای این است که آیا مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۰-۱۵ سال دارای علائم آسم مراجعه‌کننده به کلینیک‌های آسم و آلرژی شهر اهواز تأثیر دارد؟

## روش پژوهش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل پسران ۱۰ تا ۱۵ سال، دارای علائم آسم مراجعه‌کننده به کلینیک‌های آسم و آلرژی شهر اهواز است. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه شامل ۱۲ نفر پسر بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

1- Colland

2- Perez

ملاک ورود به پژوهش شامل: ۱- قرار گرفتن در محدوده سنی ۱۰ تا ۱۵ سال. ۲- داشتن علائم آسم و ۳- موافقت با مشارکت در جلسات مداخله بود. ملاک خروج از پژوهش نیز داشتن عقب‌ماندگی ذهنی و یا داشتن اختلال روان‌پزشکی بود.

### ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به نمونه

میانگین و انحراف معیار شرکت‌کننده‌ها بر حسب سن، در گروه آزمایش به ترتیب ۱۲ و ۱/۲۶، در گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۵۰ و ۱/۶۴ بود. جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها را در گروه آزمایش و گروه کنترل بر حسب پایه تحصیلی نشان می‌دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل بر حسب پایه تحصیلی

پایه تحصیلی												
درصد فراوانی						فراوانی						
اول	دوم	اول	ششم	پنجم	چهارم	اول	دوم	اول	ششم	پنجم	چهارم	
گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه	
آزمایش	۱۶/۷	۱۶/۷	۰	۵۰	۱۶/۷	۰	۱	۱	۰	۳	۱	۰
کنترل	۱۶/۷	۰	۱۶/۷	۱۶/۷	۰	۵۰	۱	۰	۱	۱	۰	۳

### ابزار پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم کودکان (وارنی، بوروینکل، راپف، کمپس و السون، ۲۰۰۴)، مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم کودکان و نوجوانان (بروش، اسکوانکوسکی، گیلبرت و زایگر، ۱۹۹۹) و پرسشنامه شیوع‌شناسی مطالعه بین‌المللی آسم و آلرژی (ایساک<sup>۳</sup>) (مرکز اطلاعات بین‌المللی ایساک، ۲۰۰۰) در کودکان استفاده شد. -پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم کودکان. این پرسشنامه توسط وارنی و همکاران در سال ۲۰۰۴، ساخته و هنجاریابی شد و ۲۸ آیتم آن بر طبق روش لیکرت از نمره ۰ (هرگز)

1- Varni, Burwinkle, Rapoff, Kamps, & Olson

2- Bursch, Schwankovsky, Gillbert, & Zeiger

3- International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)

تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل چهار مؤلفه: مؤلفه علائم آسم (۱۱ سؤال)، مؤلفه مشکلات با درمان (۱۱ سؤال)، مؤلفه نگرانی (۳ سؤال) و مؤلفه ارتباط (۳ سؤال) است که نمره در هر مؤلفه، از محاسبه‌ی مجموع نمرات حاصل از هر پرسش مختص به آن مؤلفه، به دست می‌آید. نمره کل نیز از جمع نمرات چهار مؤلفه محاسبه می‌شود. تمام سؤال‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در پژوهش حاضر از فرم خود گزارشی کودکان، نسخه‌های ۱۲-۸ و ۱۸-۱۳ سال استفاده شد. همسانی درونی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم و مؤلفه‌های علائم آسم، مشکلات با درمان، نگرانی و ارتباط، به ترتیب: ۰/۷۱، ۰/۸۵، ۰/۵۸، ۰/۷۲ و ۰/۷۰، گزارش شده است (وارنی و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران همسانی درونی پرسشنامه به طور کلی و در مؤلفه‌های علائم آسم، مشکلات با درمان، نگرانی و ارتباط، با روش آلفای کرونباخ به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۷۳، ۰/۸۳، ۰/۶۴ و ۰/۶۴ محاسبه گردید (گنجه، ۱۳۹۲). روایی این پرسشنامه را وارنی و همکاران در سال ۲۰۰۴، مطلوب ارزیابی کردند. در ایران نیز روایی این پرسشنامه را با استفاده از همبستگی بین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با آسم و مؤلفه‌های آن با نمره کل کیفیت زندگی کلی، نمره سلامت روانی اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی کیندل (راوانز سایبرر و بولینگر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸) مطلوب و قابل قبول گزارش شده است (گنجه، ۱۳۹۲).

**-مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم کودکان و نوجوانان.** این مقیاس، برای اولین بار توسط بروش و همکاران در سال ۱۹۹۹، برای کودکان ۸ تا ۱۷ ساله ساخته و هنجاریابی شده است، دارای ۱۴ ماده می‌باشد و بر طبق روش لیکرت از نمره ۱ (هرگز مطمئن نیستم) تا ۵ (کاملاً مطمئن) نمره‌گذاری شده است. این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس جلوگیری از حمله آسم (سؤال‌ها ۱ تا ۸) و مدیریت حمله آسم (سؤال‌ها ۹ تا ۱۴) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخرا برای نمره کل ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس‌های جلوگیری از حمله و مدیریت حمله به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۲ اعلام شده است (بروش و همکاران، ۱۹۹۹).

در ایران، گنجه، مهرابی‌زاده هنرمند، داودی و زرگر در سال ۱۳۹۲، نیز مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم برای نمره کل و دو خرده‌مقیاس جلوگیری از حمله و مدیریت حمله به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ محاسبه کردند. بروش و همکاران (۱۹۹۹) نتایج روایی این مقیاس را با استفاده از همبستگی مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم



و خرده‌مقیاس‌های آن با وضعیت سلامت، نشانه‌های آسم و اثر بر خانواده، مطلوب ارزیابی کردند. گنجه و همکاران در سال ۱۳۹۲ نیز، روایی این مقیاس را با استفاده از همبستگی نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آن با نمره کل پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (موریس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)، خرده‌مقیاس اجتماعی و تحصیلی این مقیاس و دو خرده‌مقیاس جلوگیری از حمله و مدیریت حمله با هم، مطلوب و در حد انتظار بدست آوردند.

- پرسشنامه شیوع‌شناسی مطالعه بین‌المللی آسم و آلرژی (ایساک). این پرسشنامه در مطالعات بین‌المللی آسم و آلرژی در کودکان، جهت بررسی شیوع آسم و آلرژی، رینیت آلرژیک و اگزما استفاده می‌شود (مرکز اطلاعات بین‌المللی ایساک، ۲۰۰۰). در این پژوهش از بخش سنجش علائم آسم این پرسشنامه استفاده شد که دارای ۸ سؤال است. از پرسشنامه ایساک جهت غربالگری و تایید وجود علائم آسم در کودکان استفاده شد. در واقع تشخیص علائم آسم به سه صورت مورد بررسی قرار گرفت: ۱- مراجعه ماهانه به کلینیک تخصصی آسم و آلرژی و دریافت تشخیص از سوی پزشک. ۲- تأیید وجود علائم بر اساس استفاده از پرسشنامه بین‌المللی شیوع‌شناسی آسم و آلرژی (ایساک) در کودکان. ۳- علاوه بر استفاده از پرسشنامه ایساک، برای تأیید وجود علائم آسم، بنا به توصیه پزشکان متخصص، یک پرسشنامه سه سؤالی توسط یکی از پزشکان متخصص برای استفاده در این پرسشنامه طراحی گردید. این پرسشنامه شامل سه سؤال است، که روایی صوری آن توسط پزشکان متخصص تأیید شد.

### جلسات مداخله

مداخله شناختی- رفتاری که در این پژوهش استفاده شد، مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هر جلسه ۲ ساعت و هفته‌ای یک‌بار) بود که درمورد گروه آزمایش اعمال گردید. این بسته مداخله با اقتباس از درمان شناختی- رفتاری کندال، چودهوری، هودسون و وب<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ برای اضطراب در کودکان و نوجوانان، برنامه مدیریت استرس برای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به تشخیص‌های مزمن پزشکی (تونسنده<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲)، استفاده از کتاب‌های مختلف درمانی کودکان و نوجوانان و با توجه به نیازهای کودکان مبتلا به آسم توسط پژوهشگران برای استفاده در این پژوهش آماده شد.

1- Muris

2- Kendall, Choudhury, Hudsorn, & Webb

3- Townsend

### ملاحظات اخلاقی

خانواده‌ها و کودکان شرکت‌کننده در پژوهش با آگاهی و رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند. جلسات به صورت رایگان برگزار شد. تاریخ و ساعت جلسات با هماهنگی همه اعضا و با رضایت آن‌ها معین می‌گردید. والدین در جریان محتوی جلسات قرار می‌گرفتند. برای گروه کنترل نیز جلسات مداخله پس از اتمام پژوهش صورت گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آماری فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار داده‌ها و آزمون آماری غیرپارامتریک یومان ویتنی، به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم، برای تحلیل استفاده گردید. فرضیه‌های پژوهش با سطح اطمینان ۰/۹۵ مورد بررسی قرار گرفتند.

### یافته‌های پژوهش

در جدول ۲، ۳ و ۴ میانگین و انحراف معیار نمره شرکت‌کننده‌های پژوهش در پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم و مؤلفه‌های آن شامل علائم آسم، مشکلات با درمان، نگرانی، ارتباط و همچنین مقیاس خودکارآمدی مرتبط با آسم، در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گروه آزمایش و گروه کنترل آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره پیش آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش

گروه	آماره متغیر	میانگین		انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
کیفیت زندگی	نمره کل	۷۲/۸۳	۶۷/۸۳	۱۱/۰۱	۱۲/۰۴
	علائم آسم	۲۶/۳۳	۲۵/۱۶	۹/۴۳	۸/۲۳
	مشکلات با درمان	۳۴/۶۶	۳۱/۳۳	۳/۹۸	۴/۴۱
	نگرانی	۶/۳۳	۵/۵	۲/۷۳	۲/۵۸
خودکارآمدی	ارتباط	۵/۵	۶/۸۳	۳/۳۹	۲/۶۳
	نمره کل	۳۷/۵	۴۲/۱۶	۵/۵۷	۵/۴۹

به منظور بررسی اثربخشی مداخله‌ی به کار رفته در پژوهش حاضر و به دلیل تعداد کم نمونه، تفاضل بین نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون کودکان گروه آزمایش و گروه کنترل در

متغیرهای پژوهش با استفاده از تحلیل آماری یومان ویتنی، مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش

گروه	آماره متغیر	میانگین		انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
کیفیت زندگی	نمره کل	۹۳/۶۶	۶۴/۱۶	۱۰/۱۳	۱۲/۳۱
	علائم آسم	۳۲/۱۶	۲۳/۸۳	۸/۳۲	۶/۱۴
	مشکلات با درمان	۴۰	۲۷/۵	۳/۶۳	۷/۸۴
	نگرانی	۱۱/۱۶	۶/۳۳	۰/۷۵	۲/۰۶
	ارتباط	۱۰/۳۳	۶/۵	۰/۵۱	۱/۵۱
خودکارآمدی	نمره کل	۵۹/۳۳	۴۸/۳۳	۳/۰۱	۶/۶۲

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره پیگیری گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای پژوهش

گروه	آماره متغیر	میانگین		انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
کیفیت زندگی	نمره کل	۸۹/۵	۵۱/۵	۳/۵۶	۱۱/۱۴
	علائم آسم	۲۹/۸۳	۲۲	۲/۴۰	۷/۶۴
	مشکلات با درمان	۳۸/۸۳	۲۰/۳۳	۲/۴۰	۱/۳۶
	نگرانی	۹/۶۶	۵/۸۳	۰/۸۱	۱/۱۶
	ارتباط	۱۱/۱۶	۳/۳۳	۰/۷۵	۲/۳۳
خودکارآمدی	نمره کل	۵۸/۶۶	۳۶/۱۶	۴/۶۷	۵/۴۱

در جدول ۵ نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های کیفیت زندگی مرتبط با آسم، مؤلفه‌های آن و خودکارآمدی مرتبط با آسم در پس آزمون و پیش آزمون در گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است. در جدول ۶ نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های کیفیت زندگی مرتبط با آسم، مؤلفه‌های آن و خودکارآمدی مرتبط با آسم در پیش آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گروه کنترل ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های پیش آزمون- پس آزمون کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و خودکار آمدی مرتبط با آسم گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	میانگین رتبه	مقدار یومان ویتنی	مقدار Z	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	آزمایش	۹/۱۷	۲	-۲/۵۶	۰/۷۳	۰/۰۱
	کنترل	۳/۸۳				
مؤلفه علائم آسم	آزمایش	۸/۱۷	۸	-۱/۶۰	۰/۴۶	۰/۱۰۹
	کنترل	۴/۸۳				
مؤلفه مشکلات با درمان	آزمایش	۸/۶۷	۵	-۲/۱۲	۰/۶۱	۰/۰۳
	کنترل	۴/۳۳				
مؤلفه نگرانی	آزمایش	۸/۶۷	۵	-۲/۱۳	۰/۶۱	۰/۰۳
	کنترل	۴/۳۳				
مؤلفه ارتباط	آزمایش	۹/۳۳	۱	-۲/۷۵	۰/۷۹	۰/۰۰۶
	کنترل	۳/۶۷				
خود کارآمدی مرتبط با آسم	آزمایش	۹	۳	-۲/۴۰	۰/۶۹	۰/۰۱
	کنترل	۴				

جدول ۶. نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های پیش آزمون- پیگیری کیفیت زندگی، مؤلفه‌های آن و خودکار آمدی مرتبط با آسم گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	میانگین رتبه	مقدار یومان ویتنی	مقدار Z	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	آزمایش	۹/۵۰	۰/۰۰۰	-۲/۸۸	۰/۸۳	۰/۰۰۴
	کنترل	۳/۵۰				
مؤلفه علائم آسم	آزمایش	۷/۵۸	۱۱/۵	-۱/۰۴	۰/۳۰	۰/۲۹
	کنترل	۵/۴۲				
مؤلفه مشکلات با درمان	آزمایش	۹/۵۰	۰/۰۰۰	-۲/۸۹	۰/۸۳	۰/۰۰۴
	کنترل	۳/۵۰				
مؤلفه نگرانی	آزمایش	۸/۴۲	۶/۵	-۱/۹۱	۰/۵۵	۰/۰۵۶
	کنترل	۴/۵۸				
مؤلفه ارتباط	آزمایش	۹/۵۰	۰/۰۰۰	-۲/۹۰	۰/۸۴	۰/۰۰۴
	کنترل	۳/۵۰				
خود کارآمدی مرتبط با آسم	آزمایش	۹/۵۰	۰/۰۰۰	-۲/۸۸	۰/۸۳	۰/۰۰۴
	کنترل	۳/۵۰				

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۵-۱۰ سال دارای علائم آسم شهر اهواز بود. فرضیه‌ها شامل اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی مرتبط با آسم و چهار مؤلفه آن (علائم آسم، مشکلات با درمان، نگرانی و ارتباط) و اثربخشی بر خودکارآمدی مرتبط با آسم بودند. نتایج حاصل از فرضیه‌ها در دوره پیگیری نیز بررسی شدند. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که در متغیر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های مشکلات با درمان، نگرانی و ارتباط و همچنین متغیر خودکارآمدی مرتبط با آسم، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود معناداری حاصل شده است. البته برای مؤلفه علائم آسم تفاوت معنادار در گروه آزمایش و گروه کنترل یافت نشد. نتایج در مرحله پیگیری نیز همانند مرحله پیش آزمون تداوم داشتند، با این تفاوت که در مرحله پیگیری نتایج همانند مؤلفه علائم آسم، در مؤلفه نگرانی نیز تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های بسیاری از جمله، اسکالتن و همکاران (۲۰۱۱)، لاست و همکاران (۲۰۰۷)، ولی‌زاده، بیلان، زارعی و شریفی (۱۳۹۱)، رضایی، کجیاف، وکیلی زارچ و دهقانی (۱۳۹۰)، رضایی، نشاطدوست، مولوی و امرا (۱۳۸۸)، بوکتر، سیمونس، براک‌فیلد، هاوکنس، فیلی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، همسو است. همان‌گونه که پیش از این اشاره شد، بیماری آسم از جمله بیماری‌های مزمن دوران کودکی است. این بیماری باعث ایجاد محدودیت در فعالیت‌های گروهی، اجتماعی، بازی با همسالان، غیبت از مدرسه به خاطر بیماری و ایجاد مسئولیت برای خود مراقبتی و پیروی از رژیم‌های درمانی به طور روزانه می‌شود. این اثرات، از طریق کاهش اعتماد به نفس، کاهش در کیفیت عملکرد تحصیلی و اجتماعی، ایجاد نگرانی در رابطه با بروز حمله تنفسی و حتی انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی کودکان مبتلا به این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با استفاده از روش‌های زیر تلاش شد تا چهارچوب کلی درمان شناختی رفتاری برای کودکان اعمال گردد: ۱) افزایش آگاهی و دانش کودکان در مورد ماهیت بیماری، آلرژن‌ها، راه‌اندازهای حملات و سرفه‌های آسم، ۲) آموزش تنفس عمیق و دیافراگمی جهت بهتر نفس کشیدن در هنگام تنگی نفس و یا سرفه، ۳) صحبت راجع به محدودیت‌های بیماری و

1- Buckner, Simmons, Brakefield, Hawkins, Feeley, & et al

احساسات کودکان در این مورد، ۴) چگونگی یادگیری مهارت‌های مقابله‌ی سازگار، انجام آرمیدگی، ۵) آموزش انجام فعالیت‌هایی جایگزین فعالیت‌هایی که بیماری آن‌ها را محدود می‌کند، ۶) کار بر روی شناخت‌ها و تفکرات منفی به‌ویژه راجع به بیماری و اثرات آن، ۷) آموزش استفاده از منابع حمایتی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و جرأت‌ورزی. همچنین، حضور در جمع همسالانی که مانند خود کودک، محدودیت‌ها را تجربه می‌کنند و مبتلا به بیماری هستند، از حس متفاوت بودن کودک نسبت به دیگران می‌کاهد و باعث می‌شود تا کودکان از تجربیات یکدیگر در برخورد با مسائل نیز موضوعاتی را یاد بگیرند. استفاده از روش‌های فوق احتمالاً از طریق تغییر دیدگاه کودکان راجع به بیماری و روند زندگی خود، توانست در ارتقاء کیفیت زندگی آنان اثرات مثبت داشته باشد. در میان کودکان و نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن، آن‌هایی که از درمان‌های توصیه شده پیروی می‌کنند، نسبت به همسالانشان احتمالاً پاسخ بهتری به درمان نشان می‌دهند (استوارت و اسپوزیتو، ۲۰۰۷). با توجه به نکته فوق و ماهیت سؤال‌های مؤلفه مشکلات با درمان پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم (وارنی و همکاران، ۲۰۰۴) که شامل این موارد است: عدم علاقه برای همراه داشتن داروها و اسپری استنشاقی، مشکل داشتن در کنترل آسم، سخت بودن استفاده از اسپری استنشاقی، فراموش کردن زمان استفاده از داروها یا به عهده گرفتن مسئولیت استفاده از داروها، بسته مداخله اعمال شده در این پژوهش، از موارد زیر برای کاهش مشکلات مربوط به درمان استفاده کرد: افزایش آگاهی و دانش در مورد بیماری، کمک به کودکان برای کنار آمدن و پذیرش موقعیت‌شان، آموزش استفاده صحیح از اسپری استنشاقی به کمک تنفس عمیق. همچنین به کودکان کمک شد تا مسئولیت استفاده از داروها را به جای والدین خود به عهده بگیرند، که این موضوع نوعی توانایی برای آن‌ها محسوب می‌شد. علاوه بر این با توضیح روش‌های مختلف درمانی که ممکن است برای آن‌ها بکار گرفته شود و استفاده از آرام‌سازی تلاش شد تا ترس کودکان از رفتن به دکتر، اورژانس و بیمارستان کاسته شود. به نظر می‌رسد که عناصر و روش‌های فوق که در مداخله شناختی- رفتاری این پژوهش به کار رفت، توانسته است مشکلات شرکت‌کنندگان در حیطه درمان را کاهش دهد. کودکان دچار بیماری‌های مزمن، حساس و مستعد ابتلا به اضطراب هستند. این اضطراب معمولاً مربوط است به جنبه‌های ناشناخته بیماری، پیشرفت بیماری، پیش آگهی ضعیف احتمالی، توانایی‌ها برای

درمان و مدیریت مؤثر تغییرات فیزیکی یا رژیم‌های درمانی، توانایی عملکرد خوب تحصیلی و عملکرد اجتماعی (استوارت و اسپوزیتو، ۲۰۰۷). کودکان مبتلا به آسم نیز از این قاعده مستثنی نیستند. به‌ویژه که ماهیت غیرقابل پیش‌بینی این بیماری، آسم را برای کودکان و خانواده‌هایشان استرس‌زا می‌کند. به نظر می‌رسد مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش نیز با استفاده از به کارگیری موارد زیر، سبب کاهش حس نگرانی در رابطه با بیماری در کودکان شرکت‌کننده در پژوهش شده باشد: استفاده از فنون آرام‌سازی، تصویرسازی، آموزش احساسات و حالت‌های هیجانی مختلف، درجه‌بندی کردن آن‌ها، آموزش این مسئله که افکار چگونگی بر احساسات اثر می‌گذارند و به چالش کشیدن افکار و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت‌های کنترل خشم، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگار. نتایج به دست آمده در مرحله‌ی پیگیری نشان داد که از نظر نگرانی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل یافت نشد. از بین رفتن تفاوت دو گروه در مرحله پیگیری، شاید به این دلیل است که می‌بایست در دوره پیگیری، تمرینات آرمیدگی با همان کیفیت دوره مداخله و جلسات انجام می‌شد و کار بر روی شناخت‌ها و تفکرات منفی نیز با تمرین بیشتری صورت می‌گرفت تا تغییرات حاصل تداوم می‌یافتند. در واقع به دلیل وجود چالش‌های رشدی، در سنین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، نیاز به جلسات پیگیری منظم در فواصل طولانی برای انجام تمرینات منظم ضروری است تا آنچه افراد در جلسات می‌آموزند به زندگی واقعی آنان تعمیم یابد و از استمرار بیشتری برخوردار شود.

در کودکان دچار بیماری‌های مزمن، مشکلات اجتماعی ممکن است به دلیل تجربه‌های مستقیم همراه با بیماری باشد از جمله، محدودیت برای شرکت در تعاملات اجتماعی و همچنین به دلیل سایر نشانه‌های هیجانی، شناختی و رفتاری مانند اضطراب که تعامل راحت با دیگران را محدود می‌کند و فعالیت‌های رفتاری که طرد از سوی همسالان را در پی دارد (استورت و اسپوزیتو، ۲۰۰۷). بیماری آسم نیز به دلیل ایجاد محدودیت در فعالیت‌ها و سایر اثرات منفی بر کیفیت زندگی، کیفیت ارتباط کودکان مبتلا را ضعیف می‌گرداند. مداخله شناختی- رفتاری که در این پژوهش از آن استفاده شد، با استفاده از بازی‌های گروهی، دعوت کودکان به حضور فعالانه در گروه و کمک به آن‌ها برای پذیرش بیماریشان تلاش نمود تا مهارت‌های ارتباطی کودکان را افزایش دهد. علاوه بر این کودکان به گفتن احساسات خود راجع به بیماری و به اشتراک گذاشتن آن‌ها با سایر افراد گروه تشویق شدند. مهارت‌های

جرات‌ورزی و چگونگی جستجوی حمایت‌های اجتماعی نیز آموزش داده شد. احتمالاً مجموع این آموزش‌ها توانست به ارتقاء مهارت‌های ارتباطی این کودکان کمک نماید. با در نظر گرفتن این موضوع که خودکارآمدی پیش‌بین مهمی در پیروی و شناسایی موانع درمان نوجوانان مبتلا به آسم است و افزایش آن می‌تواند موجب ارتقاء درمان از طریق کاهش موانع درمان در این بیماران شود (رهی، بلیا، سیرزینسکی و براش<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹)، در جلسات مداخله‌ی به کارگرفته در این پژوهش، آموزش‌هایی با هدف خاص افزایش خودکارآمدی برای کودکان شرکت‌کننده صورت گرفت. در واقع بر طبق نظریه یادگیری بندورا (۱۹۹۷) که بیان می‌کند سرمشق‌گیری بر رفتار مؤثر است، یکی از آموزش‌های به کار گرفته شده برای این کودکان در رابطه با افزایش خودکارآمدی مرتبط با آسم‌شان، استفاده از نقش بازی کردن و سرمشق‌گیری و آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی بود. از تکنیک‌های خود پاداش‌دهی با هدف افزایش آگاهی کودکان از توانایی‌های خود استفاده شد. همچنین بر شمردن ویژگی‌های مثبت هر یک از اعضاء از دید سایر اعضاء گروه با این هدف انجام شد که کودکان توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت خود را از دید دیگران نیز بدانند. بدین گونه تشویقی در جهت تقویت ادراک آنان از توانایی‌هایشان صورت می‌گرفت. با توجه به نیازهای هر یک از اعضاء به طور خاص و خود گویی‌های کلی در رابطه با بیماری و استفاده از داروها برای همه اعضاء، از کارت‌های خودگویی مثبت استفاده شد. آموزش مهارت حل مسئله با هدف ارتقاء توانایی کودکان در حل مسائلی که برای آنها پیش می‌آید، نیز جزء برنامه مداخله بود. بنابراین در جهت افزایش حس توانمندی و خودکارآمدی این کودکان گام برداشته شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری، در مؤلفه علائم آسم پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم، بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج حاصل با نتایج پژوهش‌های چیانگ، ما، هوانگ، تی‌سنگ و هسوه<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) و پیک، بری و کهل<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) ناهمسو است. وجود آموزش و تمرینات تنفس عمیق و آرام‌سازی از جلسه سوم به بعد در بسته مداخله اعمال شده در این پژوهش دو هدف داشت. این دو هدف شامل ایجاد آرمیدگی و کاهش علائم آسم بود، هرچند ظاهراً اعمال این روش‌ها نتوانست تفاوت معنی‌داری از نظر وجود علائم در گروه آزمایش و

1- Rhee, Belyea, Ciurzynski, & Brasch

2- Chiang, Ma, Huang, Tseng, & Hsueh

3- Peck, Bray, & Kehle



گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری ایجاد نماید. در تبیین این یافته می توان به این نکته اشاره کرد که در پژوهش حاضر نتایج بهبود علائم تنها بر اساس خود گزارشی کودکان از مؤلفه علائم آسم پرسشنامه کیفیت زندگی سنجیده شد. شاید لازم باشد که بهبود علائم با روش های عینی تر مانند تست های آزمایشگاهی سنجیده شود تا شناسایی تفاوت های ظریف تر و ناآشکارتر نیز ممکن شود. علاوه بر این، به نظر می رسد بهبود در نشانه های آسم به مدت زمان بیشتری برای تمرین تنفس عمیق و دیافراگمی نیاز دارد، به طوری که تنفس دیافراگمی جزء تنفس معمول کودک شود. در واقع فرض بر این است که درمان شناختی- رفتاری به کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به آسم کمک می کند و کاهش اضطراب شاید باعث کاهش در علائم آسم نیز شود، اما در این پژوهش، با وجود کاهش نگرانی در گروه آزمایش، اثرات آن بر کاهش علائم معنی دار نبود. هرچند میانگین مؤلفه علائم آسم در پس آزمون بهبود نشان داد اما تفاوت معنی داری در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

از محدودیت های پژوهش حاضر که می تواند تعمیم نتایج را با احتیاط روبرو کند، می توان به موارد زیر اشاره کرد: استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و تعداد کم نمونه، محدوده سنی خاص کودکان و انجام پژوهش تنها بر روی پسران، طبقه بندی نشدن آسم و انجام ندادن تست های آزمایشگاهی ریوی به دلیل هزینه بر بودن، کنترل نکردن داروهای مصرفی توسط پزشک در گروه آزمایش و کنترل. بنابراین پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی، با تعداد نمونه بیشتر و در دو جنس دختر و پسر، مداخله آزمایشی انجام شود. علاوه بر پرسشنامه خود گزارشی، متغیرهای پژوهش از دیدگاه والدین نیز سنجیده شود تا اعتبار نتایج بیشتر گردد. با همکاری پزشک متخصص، شرکت کنندگان در پژوهش از لحاظ شدت بیماری نیز دسته بندی شوند. مداخله بر روی والدین نیز انجام شود، تا فرصت مقایسه بین نتایج مداخله بر روی کودکان با والدین نیز فراهم شود. بهتر است دوره های پیگیری طولانی تر (همراه با تعداد جلسات پیگیری بیشتر در فواصل دوره ها) و پژوهش ها به صورت طولی بر روی کودکان مبتلا به آسم صورت گیرد. در پایان از کلیه کودکان شرکت کننده در پژوهش و خانواده هایشان، کارکنان کلینیک تخصصی آسم و آلرژی بیمارستان گلستان اهواز و کلیه کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر می کنیم.

## منابع

## فارسی

- حیدرنیا، محمدعلی؛ انتظاری، عباس؛ محرابی، یدالله؛ پورپاک، زهرا و معین، مصطفی (۱۳۸۶). شیوع علائم آسم در ایران بر اساس فراتحلیل مطالعات کشوری. پژوهش در پزشکی، دوره ۳۱، شماره ۳، ۲۲۵-۲۱۷.
- رضایی، فاطمه؛ کجباف، محمدباقر؛ وکیلی زارچ، نجمه و دهقانی، فهیمه (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم. فصلنامه دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۳، ۱۵-۹.
- رضایی، فاطمه؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین و امرا، بابک (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۱، ۴۲-۳۳.
- شولتز، دوان‌پ. و شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۷). تهران: ویرایش.
- گنجه، پریسا (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی پسران ۱۰-۱۵ سال دارای علائم آسم شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- ولی‌زاده، لیلا؛ بیلان، نعمت؛ زارعی، سهیلا و شریفی، اکبر (۱۳۹۱). تأثیر آموزش و کنترل محرک‌ها بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به آسم: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۰، شماره ۹۱، ۵۷-۴۹.

## لاتین

- Amorim, A. J., & Daneluzzi, J. C. (2001). Prevalence of asthma in school- age children. *Jornal De Pediatria*, 77 (3), 197-202.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hell.
- Buckner, E. B., Simmons, S., Brakefield, J. A., Hawkins, A. K., Feeley, C., Kilgore, L. A., & Gibson, L. (2007). Maturing

- responsibility in young teens participating in an asthma camp: A daptive mechanisms and outcomes. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 12 (1), 24-36.
- Bursch, B., Schwankovsky, L., Gillbert, J., & Zeiger, K. (1999). Construction and validation of four childhood asthma self-management scales: Parent barriers, child and parent self-efficacy and parent belief in treatment efficacy. *Journal of Asthma*, 36, 115-128.
- Chiang, L. C., Ma, W.F., Huang, J. L., Tseng, L. F., & Hsueh, K.C. (2009). Effect of relaxation- breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1061-1070.
- Clark, N. M., & Valerio, M. A. (2003). The role of behavioral theories in educational intervention for pediatric asthma. *Pediatric Respiratory Review*, 21, 325-333.
- Cooper, P. J., Rodrigues, L. C., Cruz, A. A., & Barreto, M. L. (2009). Asthma in Latin America: A public health challenge and research opportunity. *Allergy*, 64, 5-17.
- ISAAC international data center (2000). *International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC), phase three manual*. Auckland, Newland.
- Feitosa, C. A., Santos, D. N., Barreto do carmo, M. B., Santos, L. M., Teles, C. A. S., Rodrigues, L. C., & Barreto, M. L. (2011). Behavior problems and prevalence of asthma symptoms among Bazilian children. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 160-165.
- Ganje, P., Mehrabizadeh honarmand, M., Davodi, I., & Zargar, Y. (1392). Reliability and validity of the Persian version of child asthma self-efficacy scale. *Jentashapir Journal of Health Research*. [in press].
- Goldbeck, L., Koffmane, K., Lecheler, J., Thiessen, K., & Fegert, J. R. M. (2007). Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma. *Pediatric Pulmonology*, 42, 15-22.
- Hampel, P., Rudolph, H., Stachow, R., & Petermann, F. (2003). Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient Education and Counseling*, 49, 59-66.

- Horner, S. D. (1998). Catching the asthma: Family care for school-aged children with asthma. *Journal of Pediatric Nursing, 13*, 356-366.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J., & Webb, A. (2004). *The C. A.T. program manual for the cognitive-behavior treatment of anxious adolescents*. Guilford Press.
- Last, B. F., Stam, H., Nieuwenhuizen, A. M. O.V., & Grootenhuis, M. A. (2007). Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: First result. *Patient Education and Counseling, 65*, 101-112.
- Lehrer, P. M., Feldman, J., Giardino, N., Song, H., & Schmalings, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 691-711.
- Marin, T. J., Chen, E., Munch, J. A., & Miller, G. E. (2009). Double – exposure to acute stress and chronic family stress is associated with immune change in children with asthma. *Psycho Somatic Medicine, 71*, 378-384.
- Marsac, M. L., Funk, J. B., & Nelson, L. (2006). Coping style, psychology functioning and quality of life in children with asthma. *Journal Compilation, 33* (4), 360-367.
- McGrady, M. E., Catton, S., Rosenthal, S. L., Roberts, Y. H., Britto, M., & Yi, M. S. (2010). Anxiety and asthma symptoms in urban adolescents with asthma: The mediating role of illness perception. *J Clin Psychol Med Settings, 17*, 349-356.
- McQuid, E. L., Kopel, S. J., & Nassau, J. H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *J Der Behav Pediatr, 22*, 430-439.
- Moy, M. L., Israel, E., Weiss, S. T., Juniper, E. F., Dube, L., Drazen, J. M., & the NHLBI Asthma Clinical Research Network. (2001). Clinical predictors of health-related quality of life depend on asthma severity. *Am J Respir Crit Care Med, 163*, 924-929.
- Muris, P. (2001). A Brief Questionnaire for Measuring Self-Efficacy in Youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23* (3), 145-9.
- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Full Report of the Expert Panel 3, Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. (<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma>).

- Pawankar, R., Canonica, G. W., Holgate, S. T., & Lockey, R. F. (2012). Allergic disease and asthma: A major global health concern. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 12, 39-41.
- Peck, H. L., Bray, M. A., & Kehle, T. H. (2003). Relaxation and guided imagery: a school-based intervention for children with asthma. *Psychology in the School*, 40 (6),657-675.
- Ravens- Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Qual Life Res*, 7, 399- 407.
- Rhee, H., Belyea, M. J., Ciurzynski, S., & Brasch, j. (2009). Barriers to asthma self-management in adolescents: Relationships to psychosocial factors. *Pediatric Pulmonology*, 44, 183-191.
- Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., Hillary, C. R., & Oja, H. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The lancet*, 356 (16),982-87.
- Scholten, L., Willemen, A. M., Grootenhuis, M. A., Maurice-Sta, H., Schuengel, C., & Last, B. F. (2011). A cognitive behavioral based group intervention for children with a chronic illness and their parents: A multicenter randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 11 (65),1-8.
- Stewart, J. L., & Esposito, C. (2007). CBT Groups in medical settings. In R. W. Christner, J. L. Stewart & A. Freeman. (Eds), *Handbook of cognitive behavior group therapy with children and adolescents*. New York: Rutledge.
- Tibosch, M. M., Verhaak, C. M., & Markus, P. J .F .M. (2011). Psychological characteristics associated with the onset and course of asthma in children and adolescents: A systematic review of longitudinal effects. *Patient Education and Counseling*, 82, 11-19.
- Townsend, A. N. (2012). *Kids able to fight stress every day (KAFSE): A stress-management program for children with medical diagnoses*. Professional dissertation submitted to the faculty of the school of professional psychology. Wright State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Psychology.
- Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2011). Quality of life adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal Psychosomatic Research*, 71, 166-173.

- Van Dellen, Q. M., Stronks, K., Bindels, P. J. E., Ory, F. G., & Van Aalderen, W. M. C. (2008). Adherence to inhaled corticosteroids in children with asthma and their parents. *Respiratory Medicine, 102*, 755-763.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Rapoff, M. A., Kamps, J. L., & Olson, N. (2004). The Peds QL in pediatric asthma: Reliability and validity of pediatric quality of life inventory generic core scales and asthma module. *Journal of Behavioral Medicine, 27*, 297-318.
- Weil, C. M., Wade, S. L., Bauman, L. J., Lynn, H., Mitchel, H., & Lavigne, J. (1999). The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics, 104*, 1274-1280.
- Wright, R., Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Review of psychosocial stress and asthma: An integrated bio-psycho-social approach. *Thorax, 53*, 1060-1074.
- Yurke, J., Fleming, S. L., & Shuldham, C. (2009). Psychological interventions for children with asthma (review). *The Cochrane Collaboration, 19* (4), 1-40.