

Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Health Locus of Control in Children with Asthma and Normal Children

Fereshteh Ghanbari ^{1,*}, Leila Abdorahimi Noshad ², Niloofar Bazzazzadeh ³,
Azita Esgandari ², Nasrin Moazen ²

¹ MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² MSc, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³ Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, West Azerbaijan, Iran

* **Corresponding author:** Fereshteh Ghanbari, MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: ali4423247@gmail.com

Received: 04 Sep 2017

Accepted: 19 Apr 2018

Abstract

Introduction: Due to the importance of psychological factors in asthma and the need for more recognition of these factors, the aim of this study was to compare cognitive emotion regulation strategies and health locus of control in children with asthma and normal children.

Methods: This descriptive study was causal-comparative, and the study population included all children admitted to hospitals with asthma. Children of Tehran and Tabriz admitted during the first half of 2016 were the study population, among which 45 children with asthma and 45 normal children were selected with available sampling and considering the inclusion and exclusion criteria for the study and matched according to age, education, and gender. After obtaining informed written consent from children and parents, cognitive emotion regulation and health locus of control were evaluated. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including independent t-test by SPSS-16 statistical software.

Results: The results showed that children with asthma had differences compared with normal children, including lower mean acceptance and positive reappraisal, and greater mean strategies of self-blame, rumination, catastrophizing and perspective. This difference was statistically significant ($t = 2.98$ to 5.65 , $P > 0.05$). Also, children with asthma had a greater mean external locus of control and chance locus of control and lower mean health locus of control internal compared to normal children; these differences were statistically significant ($t = -5.76$ to $6/65$, $P > 0.05$).

Conclusions: Considering the results of this study, based on the unfavorable situation of emotional regulation and health locus of control in children with asthma compared with normal children, it is suggested that the results of this research should be used in health and education programs for children with asthma.

Keywords: Asthma, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Children, Health Locus of Control



بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در کودکان مبتلا به آسم و بهنجار

فرشته قنبری^{۱*}، لیلا عبدالرحیمی نوشاد^۲، نیلوفر بزاززاده^۳، آزیتا اسگندری^۲، نسربین مؤذن^۲

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران

^۳ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی آذربایجان غربی، آذربایجان غربی، ایران

* نویسنده مسئول: فرشته قنبری، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل:

ali4423247@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۳

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت عوامل روانشناختی در بیماری آسم و لزوم شناخت هر چه بیشتر این عوامل، هدف پژوهش حاضر تعیین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در کودکان مبتلا به آسم و بهنجار بود.

روش کار: در پژوهش حاضر که از نوع توصیفی- علی مقایسه‌ای بود، جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان کودکان تهران و و تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که از این میان ۴۰ کودک مبتلا به آسم و ۴۰ کودک بهنجار به روش نمونه گیری در دسترس و با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش و هم‌تاسازی در سن، تحصیلات و جنس انتخاب شدند، بعد از کسب رضایت آگاهانه و کتبی از کودکان و والدینشان، در جلسه کودکان با پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان (فرم کودکان) و منبع کنترل سلامت مورد ارزیابی قرار گرفتند، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون تی مستقل توسط نرم افزار آماری SPSS-16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با کودکان بهنجار در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش و ارزیابی مجدد میانگین‌های کمتر و در راهبردهای ملامت خویش، نشخوار، دیدگاه گیری و فاجعه سازی میانگین‌های بیشتری را کسب نمودند که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$ ، $t = 5/65$ الی $2/98$). همچنین کودکان مبتلا به آسم میانگین بیشتری در منبع بیرونی کنترل و منبع کنترل شانس و میانگین کمتری در منبع کنترل درونی سلامت در مقایسه با کودکان بهنجار کسب کردند که این تفاوت‌ها نیز از نظر آماری معنادار بودند ($P < 0/05$ ، $t = -5/76$ الی $6/65$).

نتیجه گیری: با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از این پژوهش مبنی بر وضعیت نامطلوب تنظیم هیجان و منبع کنترل سلامت کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با کودکان بهنجار، پیشنهاد می‌شود از نتایج پژوهش حاضر در طراحی برنامه‌های درمانی و آموزشی کودکان مبتلا به آسم استفاده شود.

واژگان کلیدی: آسم، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، کودکان، منبع کنترل سلامت

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شهر تهران انجام شد، شیوع آسم در مدارس ابتدایی شهر تهران ۳۱/۶ درصد گزارش شد (۳). آسم از دلایل اصلی مراجعه کودکان به اورژانس‌ها و بستری شدن در بیمارستان‌ها می‌باشد، به طوری که از آن به عنوان سومین علت بستری شدن در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در میان کودکان یاد می‌کنند و طبق آمار در یک سال تنها در آمریکا ۱۸۸ هزار کودک به بیمارستان مراجعه کردند و ۱۴/۴ میلیون روز از مدرسه

آسم شایع‌ترین بیماری مزمن در کودکان می‌باشد. بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان از بیماری آسم رنج می‌برند که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۸ این رقم به ۴۰۰ میلیون نفر افزایش یابد. نیمی از موارد ابتلا به آسم، کودکان زیر ۱۰ سال و بقیه بزرگسالان زیر ۴۰ سال هستند (۱). شیوع آسم در ایران ۸/۱ تا ۷/۸ درصد می‌باشد (۲). بر اساس مطالعه‌ای که در مدت یک سال بر روی دانش آموزان سن مدرسه

کنترل حوادث و رفتارها برمی‌آیند و متعاقباً باعث ایجاد احساس کنترل و اثربخشی و همچنین ایجاد پیامدهای موردنظر مثبت می‌شوند (۱۲). با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت تنظیم هیجان و منبع کنترل سلامت به عنوان دو مورد از مهم‌ترین متغیرهای روانشناختی که با سلامت روان و جسم ارتباط موثری دارند و همچنین با توجه به اهمیت شناخت عوامل روانشناختی به عنوان یکی از عوامل مرتبط و مؤثر وضعیت جسمی و علائم بیماری آسم و محدودیت در تعمیم نتایج خارج از کشور به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در کودکان مبتلا به آسم و بهنجار می‌باشد.

روش کار

در پژوهش حاضر که از نوع توصیفی- علی مقایسه‌ای بود، جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان کودکان تهران و و تبریز در نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند، که با مراجعه به بیمارستان و کسب هماهنگی‌های لازم، به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ کودک مبتلا به آسم با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل تأیید بیماری آسم توسط پزشک متخصص، عدم ابتلا به بیماری جسمی دیگر و حداقل سپری شدن یک سال از طول درمان دارویی انتخاب شدند، سپس با جلب رضایت کودک و کسب رضایت آگاهانه و کتبی از والدین انتخاب شدند. همچنین در گروه کودکان بهنجار نیز ۴۰ کودک با هم‌تاسازی در متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات و ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل عدم بیماری جسمی، عدم سپری کردن درمان‌های دارویی و مداخلات روانشناختی از میان مدارس تهران و تبریز انتخاب شدند. سپس در جلسه‌ای از کودکان خواسته شد که به پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان فرم کودکان و منبع کنترل سلامت پاسخ دهند (لازم به ذکر است که پرسشنامه منبع کنترل سلامت نیز در جامعه کودکان قابلیت کاربرد دارد و مورد استفاده قرار می‌گیرد) داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون تی دو نمونه مستقل توسط نرم افزار آماری SPSS-16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان فرم کودکان: این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران (۱۳) و در کشور هلند تدوین شده است که یک پرسشنامه چند بعدی است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع با موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی ارزیابی می‌کند که از ۹ خرده مقیاس در قالب راهبردهای ناسازگارانه و راهبردهای سازگارانه نظم جویی شناختی هیجان شامل: ملامت خویش، ملامت خود، ملامت دیگران، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه ساز، دیدگاه گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت تفکر، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و پذیرش می‌باشد. دامنه نمرات از ۱ (هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) بر اساس طیف لیکرت ۵ تایی می‌باشد. این پرسشنامه توسط مشهدی، حسنی و میردورقی در ایران هنجاریابی شده است، که به شیوه تحلیل عاملی، ۹ عامل این پرسشنامه را تأیید نموده و الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با اضطراب چندبعدی و مقیاس افسردگی کودکان نیز در دامنه ۰/۲۷

را به دلیل این بیماری از دست داده‌اند (۴). ابتلا به آسم در کودکان سن مدرسه (۵ تا ۱۲) ساله که سالهای ابتدایی تحصیل علم را طی کرده و شروع به گسترش ارتباطات اجتماعی خود می‌کنند، نه تنها بر فعالیت‌ها و روابط جاری بلکه در پایه ریزی زندگی آینده آن‌ها نیز می‌تواند تأثیر بسیاری بگذارد. مهم‌ترین عواقب این بیماری در کودکان سن مدرسه، غیبت مکرر از مدرسه، عملکرد تحصیلی ضعیف، تنش‌های عاطفی، ارتباط اجتماعی ضعیف و محدودیت در فعالیت‌های جسمی می‌باشد، اثرات جسمی آسم شامل کوتاه شدن تنفس به صورت مزمن یا دیس پنه که انرژی و نشاط را کاهش می‌دهد (۵). از عوامل مرتبط با سلامت روان و علائم بیماری افراد مبتلا به آسم، تنظیم هیجان می‌باشد (۶). توانایی مدیریت و تنظیم هیجان که برای حفظ روابط اجتماعی پایدار و بهزیستی نقش مهمی را در زندگی افراد ایفا می‌کند. تنظیم هیجان دارای ابعاد و جنبه‌های مختلفی است. یکی از جنبه‌های مهم فرایند تنظیم هیجان، تنظیم تجارب هیجانی از طریق به خدمت گرفتن عناصر شناختی است. این مفهوم در متون روانشناسی تنظیم شناختی هیجان نامیده می‌شود (۷). تنظیم شناختی هیجان به تمامی سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن به‌منظور افزایش، کاهش و یا حفظ تجارب هیجانی استفاده می‌کنند. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد. وضعیت‌های هیجانی نامطلوب همیشه با تشدید علائم این بیماری همراه بوده است (۶). همچنین این بیماران در توصیف هیجان‌ات خود نیز در مقایسه با افراد بهنجار از توانایی کمتری برخوردار بوده‌اند (۸). تنظیم مؤثر هیجان‌ات در افراد مبتلا به آسم می‌تواند علاوه بر سلامت روان و مدیریت مؤثر هیجان‌ات، حتی در کنترل و مدیریت علائم این بیماری نیز مؤثر باشد (۶). از دیگر عواملی که در کنترل بیماری و علائم این بیماری مؤثر است، منبع کنترل سلامت می‌باشد (۹). منبع کنترل سلامت یا باورهای کنترل سلامت اشاره به این موضوع دارد که افراد می‌توانند منبع کنترل بیرونی برای رفتارها و حوادث در نظر بگیرند و مسئولیت رفتارها را به شانس، تقدیر، تصادف و عوامل محیطی بدهند و یا می‌توانند عامل رفتار را منبع درونی فرض نمایند و خود مسئولیت رفتار بپذیرند و خود را عامل مهمی در رفتارها و پیامدهای رفتار در نظر بگیرند که هر یک از این باورها با پیامدهای منفی و مثبت همراه می‌باشد (۱۰). سازه منبع کنترل سلامت، برگرفته از نظریه یادگیری اجتماعی است که در سال ۱۹۶۶ توسط Rutter مطرح شد. نظریه یادگیری اجتماعی بیانگر آن است که افراد بر اساس پیشینه تقویت‌های خود، می‌آموزند که انتظارات کلی و خاصی را رشد دهند و از طریق فرایند یادگیری این باور را در خود می‌پروراند که پیامدهای معینی نتیجه اعمالشان است (درونی) یا نتیجه عوامل دیگری مستقل از خودشان است (بیرونی) پیشینه تحقیق بیانگر این موضوع است که استفاده کنندگان از منبع کنترل درونی در مقایسه با افرادی که معتقدند شانس یا عوامل اجتماعی مسئولیت سلامت آن‌ها را بر عهده دارند بیشتر احتمال دارد که رفتارهای ارتقادهنده سلامت را به کار ببندند. منبع کنترل سلامت در امیدواری و پیش‌گیری از بیماری افراد مبتلا به بیماری مزمن نقش دارد. منبع کنترل سلامت به عنوان یک میانجی، بخشی از مسیر بین وضعیت فردی، وضعیت اجتماعی و سلامت را تشکیل می‌دهد (۱۱). باور به کنترل درونی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد، افرادی که منبع کنترل درونی دارند سعی در

یک ابزار خودگزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را بیان کند. ضریب پایایی کورد-ریچاردسون برای هر یک از مقیاس‌های منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش شده است. مشکئی و همکاران (۱۶) روایی صوری، محتوا، همزمان و سازه و پایایی این پرسشنامه به روشهای دوباره سنجی، آزمون‌های همتا و ثبات درونی در جامعه ایرانی نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

تا ۰/۵۷ معنادار ذکر نمودند همچنین ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های این پرسشنامه را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۷ ذکر نموده‌اند (۱۴). مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت (MHLC): مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط Wallston، Wallston و DeVellis (۱۵) به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخصی دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌ها به صورت مقیاس‌بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. این پرسش‌نامه

جدول ۱: نتایج آزمون t دو نمونه مستقل بر مبنای باورهای کنترل سلامت

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
منبع درونی کنترل	آسم	۴۰	۱۲/۵۸	۳/۱۹	-۵/۷۳	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۱۸/۳۱	۴/۴۳			
منبع بیرونی کنترل	آسم	۴۰	۱۹/۱۱	۴/۵۷	۶/۱۸	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۱۲/۹۳	۴/۴۳			
منبع شانس	آسم	۴۰	۱۸/۰۷	۴/۰۹	۶/۶۷	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۱۱/۴۰	۳/۱۳			

جدول ۲: نتایج آزمون t دو نمونه مستقل بر مبنای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی داری
راهبردهای سازگاران							
پذیرش	آسم	۴۰	۹/۵۶	۱/۵۳	-۳/۰۸	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۱۲/۶۴	۲/۱۴			
تمرکز مجدد مثبت	آسم	۴۰	۱۰/۶۴	۳/۳۹	-۰/۸۲	۷۸	۰/۵۴۳
	بهنجار	۴۰	۱۱/۴۶	۱/۹۸			
تمرکز بر برنامه‌ریزی	آسم	۴۰	۱۲/۲۴	۳/۰۹	-۰/۳۷	۷۸	۰/۳۴۲
	بهنجار	۴۰	۱۱/۸۷	۲/۸۱			
ارزیابی مجدد	آسم	۴۰	۱۰/۲۵	۲/۴۳	-۳/۵۱	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۱۳/۷۶	۲/۳۲			
راهبردهای ناسازگاران							
ملامت خویش	آسم	۴۰	۱۲/۸۷	۲/۱۳	۳/۸۰	۷۸	۰/۰۰۰
	بهنجار	۴۰	۹/۰۷	۲/۷۵			
ملامت دیگران	آسم	۴۰	۱۰/۴۵	۱/۳۴	۱	۷۸	۰/۱۳۱
	بهنجار	۴۰	۹/۴۵	۲/۵۵			
نشخوار	آسم	۴۰	۱۲/۷۶	۳/۷۶	۴/۲۳	۷۸	۰/۰۰۰
	بهنجار	۴۰	۸/۵۳	۲/۴۳			
دیدگاه گیری	آسم	۴۰	۱۳/۲۳	۲/۵۴	۱/۵۰	۷۸	۰/۰۰۲
	بهنجار	۴۰	۱۱/۱۷	۳/۵۳			
فاجعه سازی	آسم	۴۰	۱۳/۱۹	۲۲/۲۷	۳/۲۶	۷۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	۴۰	۹/۹۳	۳/۲۴			

یافته‌ها

میانگین سنی گروه کودکان مبتلا به آسم ۱۲/۲۳ با انحراف استاندارد ۳/۴۵ و در گروه کودکان بهنجار هم ۱۱/۰۸ با انحراف استاندارد ۴/۴۱ بود. هر همچنین در گروه مبتلا به آسم، ۶۹ درصد پسر و ۳۱ درصد دختر بودند، در گروه بهنجار نیز ۵۷ درصد پسر و ۴۳ درصد دختر بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون t دو نمونه مستقل برای بررسی تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در دو گروه مورد پژوهش ارائه شده است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس تنظیم هیجان و منبع کنترل سلامت دامنه آزمون‌های لوین $(F(1, 45) = 0.29 - 1/81; P < 0/05)$ در دو گروه معنی دار به دست نیامد، این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن می‌باشد. بنابراین در **جدول ۱** نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

یافته‌های **جدول ۱** نشان می‌دهد که در باورهای کنترل سلامت، بین دو گروه کودکان مبتلا به آسم و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. در مورد منبع درونی کنترل، میانگین نمرات کودکان مبتلا به آسم به صورت معناداری کمتر از کودکان بهنجار است، اما در مورد منبع بیرونی کنترل و منبع کنترل شانس، میانگین نمرات کودکان مبتلا به آسم به صورت معناداری بیشتر از کودکان بهنجار است. در **جدول ۲** نیز نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

یافته‌های **جدول ۲** نیز نشان می‌دهد که در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، بین دو گروه کودکان مبتلا به آسم و بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که در راهبردهای پذیرش و ارزیابی مجدد کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با کودکان بهنجار نمرات کمتر در راهبردهای ناسازگارانه‌ی ملامت خویش، نشخوار، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی نمرات بیشتری در مقایسه با کودکان بهنجار کسب کرده‌اند.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که کودکان مبتلا به آسم در مقایسه با کودکان بهنجار در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل پذیرش و ارزیابی مجدد نمرات کمتر و در راهبردهای ملامت خویش، نشخوار، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی نمرات بیشتری در مقایسه با کودکان بهنجار کسب کردند، این یافته‌ها همسو با یافته‌های پیشین (۱۷، ۱۸) می‌باشد. علائم جسمی این بیماری تحت تأثیر عوامل روانشناختی می‌باشد، شناخت، هیجان و رفتار می‌تواند نقش مهمی در شدت علائم و تداوم این بیماری داشته باشد، هیجان و بدتنظیمی هیجانی طبق پیشینه پژوهشی از عوامل تشدید و تاثیرگذار در علائم جسمی آسم هستند که کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند (۱۷). ناتوانی در تنظیم هیجان مناسب می‌تواند در بلند مدت به فعالیت خودکار سیستم عصبی و غدد درون ریز منجر شود که در علائم جسمی بیماری آسم تأثیر گذار هستند، تنظیم هیجان ناکارآمد همچنین در افزایش احساس درد در این بیماری نیز مؤثر است (۱۹). یکی از دلایل بدتنظیمی هیجانی بیشتر در مبتلایان به این بیماری، توانایی کمتر در تشخیص و توصیف احساسات و هیجانات می‌باشد، پژوهش‌های پیشین مشخص نموده است که ناتوانی در تشخیص و توصیف احساسات می‌تواند در بدتنظیمی

هیجانی مؤثر باشد و افرادی که راهبردهای ناسازگارانه هیجانی بیشتری استفاده می‌کنند در تشخیص و توصیف احساسات خود نیز مشکل دارند (۶). هیجانات منفی و بدتنظیمی هیجانی را به عنوان راه اندازهای علائم جسمی بیماری آسم ذکر نموده‌اند، که علاوه بر تأثیر در تشدید بیماری، در روند درمانی این بیماری نیز مؤثر می‌باشد (۲۰). از دلایل دیگری که در بدتنظیمی هیجانی این کودکان می‌تواند مؤثر باشد، شیوع بالای مشکلات هیجانی و بدتنظیمی هیجانی در مراقبین و والدین این کودکان می‌باشد (۲۱). این فرض با پژوهش‌هایی قبلی نیز مورد تأیید واقع شده است که بدتنظیمی هیجانی در والدین قابلیت پیش بینی بدتنظیمی هیجانی در کودکان را نیز دارد، این رابطه را می‌توان با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی نیز درک نمود (۲۲). نشخوار فکری با بزرگ‌نمایی مشکلات بین فردی و فردی و کاهش پذیرش این مشکلات تأثیر منفی در روابط زوجین دارد (۲۳). نشخوار فکری با تأثیر منفی که در تصمیم‌گیری و جستجوی راه حل مشکلات دارد و همچنین با تمرکز فرد به گذشته، افکار منفی دربار خود، محیط و آینده، در سلامت روان تأثیر دارد. پذیرش نیز یکی از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌باشد که با کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی، روابط میان فردی بهتر، بهبود توانمندی‌های شناختی و حل مساله بهتر همراه می‌باشد که تمامی این عوامل نقش مهمی در نحوه برخورد فرد با مشکلات نقش حیاتی دارند (۲۴). ارزیابی مجدد مثبت می‌تواند موقعیت و مشکل را در نمایی دیگر و در فرصتی بهتر برای فرد ظاهر گرداند که می‌تواند تأثیر هیجانات منفی و تکانه‌ای را کاهش دهد و به فرد فرصتی جهت بازبینی موقعیت و پیدا کردن دلایل و راه حل مناسب رهنمون سازد (۲۴). همچنین در بررسی توانایی سازگاری مثبت با شرایط، توانایی در تنظیم هیجان‌ها مواجهه با تعارض‌ها و فشارها را مهم‌ترین عوامل سازگاری میان فرهنگی دانسته‌اند. مدیریت هیجان‌ها به منزله فرایندهای دورنی و بیرونی هستند که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی آسیب‌پذیر می‌سازد (۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات کودکان مبتلا به آسم در منبع کنترل درونی سلامت به صورت معناداری کمتر از کودکان بهنجار است، اما در مورد منبع بیرونی کنترل و منبع کنترل شانس، میانگین نمرات کودکان مبتلا به آسم به صورت معناداری بیشتر از کودکان بهنجار است که همسو با یافته‌های پیشین (۹، ۲۵، ۲۶) می‌باشد. منبع کنترل سلامت یکی از متغیرهای مهم در پیش‌آگهی درمان و سلامت روان و جسم می‌باشد، منبع کنترل درونی همیشه در طیف وسیعی از اختلالات به‌عنوان پیش‌بین بهبودی و درمان شناخته‌شده و برعکس، منبع کنترل بیرونی به‌عنوان پیش‌آگهی منفی بهبودی و درمان در طیف اختلالات شناخته‌شده است (۲۵). منبع کنترل درونی در واقع یک عامل محافظتی برای اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های پزشکی می‌باشد، منبع کنترل درونی با راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجان‌های مثبت، عزت‌نفس، تاب‌آوری و تحمل استرس رابطه مثبتی دارد که همگی از عوامل محافظتی در برابر تشدید اختلالات و بیماری‌ها می‌باشند (۲۶). منبع کنترل نقش مهمی در عادات رفتاری و اعمال روزمره زندگی دارد که تحت تأثیر نوع منبع می‌تواند منجر به پیامدهای مثبتی مانند سلامت روان شود. طی مطالعات تصویربرداری‌های مغزی، منبع کنترل درونی با فعالیت نواحی

وضعیت روانشناختی این کودکان یاری نماید، پیشنهاد می‌شود از نتایج پژوهش حاضر در طراحی برنامه‌های درمانی مراکز روانشناختی و بیمارستانی که باین کودکان سروکار دارند استفاده شود، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبه‌رو می‌سازد، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، حجم نمونه بیشتر و بررسی عوامل مرتبط به والدین اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

در آخر نیز از تمامی عزیزانی که ما را در گردآوری داده‌های پژوهش بخصوص آزمودنی‌های عزیز، نهایت تشکر و قدردانی را به جا می‌آوریم.

References

1. Ownby DR, Pet Dander and Difficult-to-Control Asthma: the Burden of Illness. *Allergy Asthma Proc.* 2010;31(5):381-4. doi: 10.2500/aap.2010.31.3389 pmid: 20929604
2. Bozorgzad P, Sarhangi F, Moein M, Ebadi A, Saadat A, Razmjouei N. [Comparing of Visual Concept Map (Painting) and Face to Face Method to Educate Asthmatic Children in Using Spray]. *Iran J Nurs Res.* 2010;5(16):53-60.
3. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age asthma children]. *Iran J Nurs Res.* 2011;6(20):52-63.
4. Burkhart PV, Rayens MK, Oakley MG. Effect of Peak Flow Monitoring on Child Asthma Quality of Life. *J Pediatr Nurs.* 2012;27(1):18-25. doi: 10.1016/j.pedn.2010.11.001 pmid: 22222102
5. Mortazavi H, Tabatabaei Chehr M. *Pediatric Nursing Textbook.* Tehran: Nashr Salami; 2008.
6. von Leupoldt A, Chan PY, Esser RW, Davenport PW. Emotions and Neural Processing of Respiratory Sensations Investigated with Respiratory-Related Evoked Potentials. *Psychosom Med.* 2013;75(3):244-52. doi: 10.1097/PSY.0b013e31828251cf pmid: 23460722
7. Izadpanah S, Schumacher M, Arens EA, Stopsack M, Ulrich I, Hansenne M, et al. Adolescent Harm Avoidance as a Longitudinal Predictor of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation in Adulthood: the Mediating Role of Inhibitory Control. *J Adolesc.* 2016;52(3):49-59. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.07.006 pmid: 27494741
8. Pedrosa Gil F, Ridout N, Kessler H, Neuffer M, Schoechlin C, Traue HC, et al. Facial Emotion Recognition and Alexithymia in Adults with Somatoform Disorders. *Depress Anxiety.* 2009;26(1):E26-33. doi: 10.1002/da.20456 pmid: 19016461
9. Ahmedani BK, Peterson EL, Wells KE, Rand CS, Williams LK. Asthma Medication Adherence: the Role of God and other Health Locus of Control Factors. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013;110(2):75-9 e2. doi: 10.1016/j.anai.2012.11.006 pmid: 23352524
10. Culpin I, Stapinski L, Miles OB, Araya R, Joinson C. Exposure to Socioeconomic Adversity in Early Life and Risk of Depression at 18 Years: the Mediating Role of Locus of Control. *J Affect Disord.* 2015;183:269-78. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.030 pmid: 26047304
11. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Health Locus of Control Beliefs and Socio-Economic Differences in Self-Rated Health. *Prev Med.* 2008;46(4):374-80. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.11.015 pmid: 18177930
12. Richardson A, Field T, Newton R, Bendell D. Locus of Control and Prenatal Depression. *Infant Behav Dev.* 2012;35(4):662-8. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.07.006 pmid: 22982265
13. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems in 9 - 11-Year-Old Children: the Development of an Instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(1):1-9. doi: 10.1007/s00787-006-0562-3 pmid: 16791542
14. Hasani J, Mirdoraghi F. Factor Structure, Reliability and Validity of Persian Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Children Form (CERQ-KP). *J Fundam Ment Health.* 2012;14(55):246-59.
15. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr.* 1978;6(2):160-70. pmid: 689890
16. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. [Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students]. *Ofogh-e-Danesh* 2007;12(1):33-42.
17. Ghorbani F, Khosravani V, Ardakani RJ, Alvani A, Akbari H. the Mediating Effects of Cognitive Emotion Regulation Strategies on the Relationship between Alexithymia and Physical Symptoms: Evidence from Iranian Asthmatic Patients. *Psychiatry Res.* 2017;247(3):144-51. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.015 pmid: 27898375
18. Khosravani V, Alvani A, Sharifi Bastan F, Jamaati Ardakani R, Akbari H. The alexithymia, cognitive emotion regulation, and physical symptoms in iranian asthmatic patients. *Pers Individ Differ.* 2016;101(1):214-9. doi: 10.1016/j.paid.2016.05.364
19. Rhudy JL, Williams AE, McCabe KM, Nguyen MA, Rambo P. Affective Modulation of Nociception at Spinal and Supraspinal Levels. *Psychophysiology.* 2005;42(5):579-87. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00313.x pmid: 16176380
20. Bender B, Zhang L. Negative affect, medication adherence, and asthma control in children. *J Allergy Clin*

- Immunol. 2008;122(3):490-5. doi: [10.1016/j.jaci.2008.05.041](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2008.05.041) pmid: 18602153
21. Wood BL, Lim J, Miller BD, Cheah PA, Simmens S, Stern T, et al. Family Emotional Climate, Depression, Emotional Triggering of Asthma, and Disease Severity in Pediatric Asthma: Examination of Pathways of Effect. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(5):542-51. doi: [10.1093/jpepsy/jsl044](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl044) pmid: 17124184
22. Kean EM, Kelsay K, Wamboldt F, Wamboldt MZ. Posttraumatic Stress in Adolescents with Asthma and their Parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(1):78-86. doi: [10.1097/01.chi.0000186400.67346.02](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186400.67346.02) pmid: 16327584
23. Helmsen J, Koglin U, Petermann F. Emotion Regulation and Aggressive Behavior in Preschoolers: the Mediating Role of Social Information Processing. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012;43(1):87-101. doi: [10.1007/s10578-011-0252-3](https://doi.org/10.1007/s10578-011-0252-3) pmid: 21901542
24. Kovacs M, Kovacs E, Hegedu K. Emotion Work and Burnout: Cross-Sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croat Med J*. 2010;51(5):432-42. pmid: 20960593
25. Calfee CS, Katz PP, Yelin EH, Iribarren C, Eisner MD. the Influence of Perceived Control of Asthma on Health Outcomes. *Chest*. 2006;130(5):1312-8. doi: [10.1378/chest.130.5.1312](https://doi.org/10.1378/chest.130.5.1312) pmid: 17099005
26. Goldbeck L, Bundschuh S. Illness Perception in Pediatric Somatization and Asthma: Complaints and Health Locus of Control Beliefs. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2007;1(1):5. doi: [10.1186/1753-2000-1-5](https://doi.org/10.1186/1753-2000-1-5) pmid: 17678524