

Parents' Medication Beliefs, Quality of Life and Adherence to Medication in Children Referring to Asthma and Allergy Centers Located in the Mazandaran Province, Iran

Azita Rabitabar¹, Shoaleh Bigdeli², Abbas Dabbaghzadeh Souraki³, Leili Borimnejad^{4*}

1- Master of Pediatric Nursing, Nursing and Midwifery School Iran University of Medical Sciences, Tehran Iran.

2- Associate Professor, Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences (IUMS) Vice-Director for Research, Center for Educational Research in Medical Sciences (CERMS), IUMS.

3- Assistant Professor of Allergy and Clinical Immunology Department of Pediatrics, School of Medicine Sari Bu Ali Sina Hospital Mazandaran University of Medical Sciences, Iran.

4- Professor, Nursing Care Research Center Iran University of Medical Sciences, Iran.

Corresponding author: Leili Borimnejad, Professor, Nursing Care Research Center Iran University of Medical Sciences, Iran.

Email: Borimnejad.l@iums.ac.ir

Received: 10 June 2021

Accepted: 8 Sep 2021

Abstract

Introduction: Asthma is the most common chronic disease among children. The incidence of asthma in Iran is 10.9% in people under the age of 18. Poor adherence with inhalation treatments in asthma is associated with poor quality of life in patients. Since the belief of patients affects their compliance, this study was an attempt to evaluating belief in treatment and quality of life, and the treatment of children with asthma.

Methods: This cross-sectional study was conducted on asthmatic children aged 8-12 years referring to Asthma and Allergy centers of Mazandaran province, Iran. Convenient sampling method was used and continued till data saturation (n=170).

Results: The average score of quality of life was $32/56 \pm 69/11$. The mean score of necessity-concern was $9/2 \pm 71/6$. The Patient's belief is 2/9 quality of life is 56/32% and 55.9% of children did not adhere to the treatment. Duration of the disease was the only variable that was associated with the belief in the treatment. The quality of life in the female children was higher than boys.

Conclusions: Healthcare workers are encouraged to follow treatment and improve their quality of life in children with asthma with appropriate educational interventions and parental encouragement.

Keywords: Adherence to medication, Quality of life, Parental Belief, Asthma, Pediatric, Parents.

بررسی باور درمان، کیفیت زندگی و تبعیت از درمان از دیدگاه والدین کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به مراکز آسم و آلرژی استان مازندران

آزیتا ربیع تبار^۱، شعله بیگدلی^۲، عباس دباغ زاده^۳، لیلی بریم نژاد^۴

۱- کارشناس ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه بیماریهای عفونی اطفال مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران.

۴- استاد مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: لیلی بریم نژاد، استاد مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایمیل: borimnejad.l@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۰

چکیده

مقدمه: شیوع آسم کودکان در ایران ۱۰/۹ است. عدم تبعیت درمان های استنشاقی در آسم با کاهش کیفیت زندگی بیماران همراه است این پژوهش با هدف تعیین باور درمان و کیفیت زندگی و تبعیت درمان کودکان مبتلا به آسم انجام گرفت. **روش کار:** این پژوهش مقطعی بین ۱۷۰ کودک ۸-۱۲ ساله مبتلا به آسم مراجعه کننده به مراکز آسم و آلرژی استان مازندران با نمونه گیری مستمر صورت گرفت. داده ها با پرسشنامه کیفیت زندگی، باور درمان، تبعیت درمان جمع آوری شدند.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت زندگی $56/32 \pm 11/69$ میانگین نمره ضرورت-نگرانی $6/71 \pm 2/9$ بوده و ۵۵/۹ درصد از کودکان تبعیت از درمان نداشتند. مدت ابتلا تنها متغیری بوده که با باور درمان ارتباط داشت ($P=0/011$). کیفیت زندگی دختران و کودکانی که سابقه مصرف سیگار در خانواده نداشتند، بالاتر بوده است ($P=0/032$). بین باور درمان و کیفیت زندگی و تبعیت درمان ارتباط مستقیم بدست آمد و با افزایش تبعیت درمان کیفیت زندگی بالاتر بوده است. **نتیجه گیری:** باور والدین در مورد ضرورت مصرف داروها می تواند تبعیت درمان و کیفیت زندگی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. به کارکنان بهداشتی-درمانی پیشنهاد می شود، با مداخلات آموزشی مناسب و تشویق والدین موجب تبعیت بیشتر درمان و بهبود کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به آسم شوند.

کلیدواژه ها: تبعیت از درمان، باور درمان، کیفیت زندگی، آسم، کودکان، والدین.

مقدمه

آسم شایع ترین بیماری مزمن در میان کودکان است. حدود ۲۳۵ میلیون نفر در جهان از آسم رنج می برند. این بیماری در همه کشورها صرف نظر از سطح توسعه یافتگی رخ می دهد. بیش از ۸۰ درصد از مرگ و میر آسم در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رو به پایین رخ می دهد. (۱) آمارها نشان می دهد شیوع آسم در کودکان ایران ۱۰،۹ درصد و مشابه سایر کشورهای در حال توسعه است. (۲) که در کلان شهرها تا دو برابر هم نشان داده شده است. (۳) در

مطالعه ای که در شهر ساری، انجام شده شیوع آسم در دانش آموزان دوره اول دبستان در این شهر ۱۲ درصد گزارش شده است (۴).

کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم، بیشتر در معرض حملات آسم، بستری شدن در بیمارستان، عوارض جانبی داروها، مرگ و میر و هزینه های بستری شدن قرار می گیرند. آسم همچنین جنبه های دیگری از زندگی، از جمله حضور در مدرسه، فعالیت بدنی، پویایی خانواده، عملکرد روانی و خواب را تحت تأثیر قرار می دهد و موجب می شود، والدین که به عنوان مراقبین کودک، مسئول

بسیاری از جنبه های مراقبت از فرزندان خود از جمله مشاهده علائم، تجویز دارو و انتقال به سیستمهای بهداشتی هستند، استرس های طولانی تحمل کنند، که بهره وری شغلی، تصمیم گیری های درمانی و مراقبت های کلی را تحت تاثیر قرار می دهد. کودکان با شدت آسم بالاتر نیاز به مراقبت بیشتر دارند که می تواند منجر به محدودیت در فعالیتها و عواطف و کاهش کیفیت زندگی والدین شود (۵، ۶). کودکان سن مدرسه نیازمند افزایش تمرکز، تسلط بر محیط خود و استقلال می باشند و فقدان بنیه جسمی ممکن است مانع اشتغال کودک مبتلا به بیماری های مزمن در مدرسه و فعالیت های فوق برنامه وی باشد و احساس حقارت و عدم کفایت را برای وی بوجود آورد. به دلیل شیوع علائم، عوارض و اثرات بیماری آسم بر رشد و تکامل و سایر جنبه های زندگی کودکان سن مدرسه، تحقیق در این گروه سنی اهمیت دارد (۷).

بیماری آسم یک مسئله جدی بهداشت جهانی است، که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تحت تاثیر قرار می دهد. با توجه به اینکه یک بیماری مزمن است، فعالیت های کودک از لحاظ جسمی، عاطفی و اجتماعی را محدود می کند. علائمی مانند تنگی نفس، خس خس سینه و سرفه باعث محدودیت فعالیت های روزانه از قبیل ورزش کردن، تکالیف مدرسه و مشارکت در فعالیت ها با دوستان می شود. علاوه بر کودکان، خانواده های آنها نیز تحت تاثیر عوامل عاطفی ناشی از این وضعیت قرار می گیرند. تست عملکردی خوب و کیفیت زندگی خوب از شاخصهای مهم بهبودی، در پیشگیری و درمان آسم است. (۸، ۹).

بررسی کیفیت زندگی در بیماری مزمنی چون آسم یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از این کودکان محسوب می شود. ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ارزشمندی را در اختیار کادر بهداشتی قرار می دهد تا با استفاده از این اطلاعات نقاط قابل بهبود در این حوزه شناسایی شود و با طراحی مطالعات و اقدامات آتی مراقبتها و کیفیت خدمات بهبود یابد (۱۰).

از طرفی میزان تبعیت در آسم به طور گسترده از ۲۲٪ تا ۷۸٪ متغیر است. تبعیت خوب از درمان های استنشاقی با کاهش استفاده از منابع بهداشتی، در هر سه گروه سنی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مرتبط است. بطور کلی تبعیت از درمان خوب با بهبود در کیفیت زندگی از طریق

کاهش تشدید علائم بیماری مرتبط می باشد و موفقیت درمان در آسم تا حدود زیادی وابسته به تبعیت از درمان است (۱۱).

عدم تبعیت ممکن است غیر عمدی و عمدی باشد. موارد غیر عمدی زمانی اتفاق می افتد، که بیمار بخواهد به آن پایبند باشد، اما به دلیل عدم وجود ظرفیت یا منابع نمی تواند پایبند بماند. عدم تبعیت عمدی زمانی رخ می دهد، که بیمار تصمیم به پیروی از توصیه ها نداشته باشد. فاکتورهای ادراکی (مثلا باورها و ترجیحات) بر روی انگیزه برای شروع و ادامه درمان موثرند. (۱۲) اعتقادات بیمار درباره داروهای تجویزی، برای تصمیم گیری در مورد تبعیت درمانی ضروری است (۱۳).

تبعیت کم در درمانهای پیشگیرانه، منجر به عوارض قابل توجه بیماریها و افزایش هزینه های درمانی می شود. عدم تبعیت باید در همه کودکان با کنترل ضعیف آسم در نظر گرفته شود. کودکان از خانواده های آشفته و کودکان گروه های پایین تر اجتماعی در معرض افزایش خطر عدم تبعیت از درمان قرار دارند. بلکه برنامه های درمانی باید به طور هماهنگ توسعه یابند و نگرانی ها و پیش فرض های بیماران بررسی شوند. بیماران برای مصرف دارو، به استراتژی حفظ انگیزه تبعیت از درمان و همچنین ابزاری برای ارزیابی تبعیت با کنترل بیماری ضعیف نیازمندند. (۱۴).

از آنجایی که کودکان برای تصمیم گیری در مورد سلامتی خود به والدین یا مراقبینشان نیازمندند، این والدین هستند که درباره چگونگی مراقبت از آنها تصمیم گیری می کنند و مسئولیت پیروی از برنامه های درمانی شامل تهیه و مصرف داروها را به عهده دارند. بدلیل اینکه باورهای بهداشتی بر روی تصمیم گیری در مورد مراقبت های بهداشتی فردی تاثیر می گذارد، در نتیجه مهم است تا درک کنیم چگونه باور والدین در مورد درمان آسم بر تبعیت درمانی تجویز شده بر کودکانشان تاثیر می گذارد. (۱۵).

با توجه به اینکه در ایران طبق بررسی های انجام گرفته، تاکنون مطالعه ای در خصوص باور درمان و تبعیت از درمان در کودکان مبتلا به آسم انجام نشده و از طرف دیگر، اهمیت زیاد این نوع مطالعات در سطح دنیا و حصول نتایج متفاوت در جوامع مختلف، با انجام این مطالعه سعی شد تا باور درمان و تبعیت از درمان در آسم کودکان و ارتباط عوامل دموگرافیک با این متغیرها بررسی شود. همچنین مرور متون نشان داد در استان مازندران مطالعه ای به کیفیت زندگی کودکان در

گذاری می شوند. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نمره گذاری بصورت مقیاس ۵ تایی لیکرتی از ۰ (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) است.

واری و همکاران همسانی درونی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با آسم و مؤلفه های علائم آسم، مشکلات با درمان، نگرانی و ارتباط را به ترتیب: ۰/۷۱، ۰/۸۵، ۰/۵۸، ۰/۷۲ و ۰/۷۰ گزارش کردند و روایی آنرا نیز مطلوب تعیین نمودند. (۱۶).

در ایران خوشخویی و همکاران جهت بررسی پایایی پرسشنامه به روش تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ را در همه حیطه ها بالاتر از ۰/۷ گزارش کردند. همچنین روایی پرسشنامه از طریق روش آماری تحلیل عاملی مطلوب تعیین شد (۱۷).

پرسشنامه تبعیت از داروهای استنشاقی پس از طی فرایند اجازه استفاده از ابزار از سازنده، ترجمه و بازترجمه و تایید روایی با مصاحبه با والدین کودکان تکمیل شد. این پرسشنامه علل اصلی کاهش تبعیت از داروهای استنشاقی در کودکان را نیز شناسایی می کند و دارای ۶ سوال است. سوالات شماره ۱ و ۳ هر کدام از یک تا ۵ امتیازدهی شدند. امتیاز کمتر، تبعیت از درمان بیشتر است. امتیاز ۲ نشان دهنده تبعیت درمان و امتیاز ۳ و بیشتر نشان دهنده عدم تبعیت درمان است. سوالات ۵ و ۶ برای ارزیابی علل بالقوه افزایش استفاده از MDI چهار سوال اول اهمیت دارند، که مستقیماً استفاده از MDI و دلایل عدم انطباق را ارزیابی می کنند. زمان پاسخگویی به پرسشنامه ۳-۱ دقیقه می باشد.

پرسشنامه باور درمان در مورد باور والدین در مورد درمان کودک است و توسط والدین تکمیل شد. این پرسشنامه دارای یک چارچوب ضرورت-نگرانی می باشد و از دو بخش تشکیل شده است؛ بخش اول شامل ۵ سؤال است و باور بیمار درباره ضرورت درمان برای حفظ سلامتی را ارزیابی می کند. بخش دوم نیز ۵ سؤال دارد که نگرانی بیمار از درمان دارویی و وابستگی به داروها را می سنجد. پاسخهای هر یک از این سؤالات دارای پنج نمره بر مبنای مقیاس لیکرت است. بنابراین نمره های کل برای بخشهای ضرورت و نگرانی از ۵ تا ۲۵ متغیر است. بیمارانی که نمره ضرورت درمان آنها بالاتر از ۱۳ باشد، دارای باور قوی و بیمارانی که نمره نگرانی از درمان آنها بالاتر از ۱۳ باشد، دارای نگرانی زیاد نسبت به مصرف داروهای خود

این سن پرداخته است. مطالعات بدست آمده در سایر نقاط کشور به مقایسه کیفیت زندگی از دیدگاه مادران و کودکان در سنین (۱۶) مقایسه کیفیت زندگی دختران و پسران مبتلا به آسم در زنجان (۱۷) یافت شد و سایر مطالعات به بررسی تاثیر مداخلاتی در جهت بهبود کیفیت زندگی پرداخته بودند. (۱۸، ۱۹) با توجه به شیوع بالای بیماری در مازندران، این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم در این استان طراحی شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی ۱۷۰ کودک ۸-۱۲ ساله مبتلا به آسم دارای معیارهای ورود به مطالعه از بین مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی بوعلی ساری و کلینیک تخصصی طب ساری با نمونه گیری مستمر وارد مطالعه شدند.

معیار ورود به مطالعه عبارت بودند از: آسم تأیید شده توسط پزشک، استفاده از اسپری های استنشاقی، ۶ ماه از زمان تشخیص آسم گذشته باشد، کودکان (۸ تا ۱۲ ساله)، عدم ابتلا به معلولیت ذهنی و سایر بیماری های مزمن. برای تعیین حجم نمونه لازم به منظور برآورد میانگین نمره درک از بیماری و کیفیت زندگی و تبعیت از درمان در کودکان مبتلا به آسم و در سطح اطمینان ۰/۹۵ پس از مقدارگذاری در فرمول نمونه ۱۷۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 - \alpha/2 \sigma^2}{d^2}$$

در این پژوهش روش گردآوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و ترجمه روا و پایا شده پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه تبعیت از داروهای استنشاقی و پرسشنامه باوردرمان بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم اختصاصی برای همین گروه سنی توسط واری و همکاران ۲۰۰۴ طراحی شده است. در این پژوهش از نسخه گزارش دهی والدین استفاده شد. این پرسشنامه شامل چهار مؤلفه: علائم آسم (۱۱ سؤال)، مشکلات با درمان (۱۱ سؤال)، نگرانی (۳ سؤال) و ارتباط (۳ سؤال) است، که نمره در هر مؤلفه، از محاسبه مجموع نمرات حاصل از هر پرسش مختص به آن مؤلفه، به دست می آید. نمره کل نیز از جمع نمرات چهار مؤلفه محاسبه می شود. تمام سؤال ها به صورت معکوس نمره

هستند. نمره های هر دو بخش (ضرورت و نگرانی) با هم جمع و یک نمره مقیاس حاصل می شود. در نهایت تفاضل نمره (ضرورت-نگرانی) به عنوان معیاری برای باور بیماران درباره داروها در نظر گرفته می شود؛ به طوری که هر چه این نمره بالاتر باشد باور بیماران درباره داروها و مفید بودن آنها قویتر است.

این پرسشنامه توسط Horne و همکاران در سال ۱۹۹۹ طراحی شده است. (۱۸) روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه ای که توسط میناییان و همکاران در سال ۱۳۹۰ انجام شده است مورد بررسی قرار گرفته است و شاخص آلفای کرونباخ آن ۰/۷۱ گزارش شده است. روایی آن نیز مطلوب گزارش شده است (۱۹).

پس از جمع آوری نمونه ها برای توصیف داده ها از آمار توصیفی، و برای بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای تحقیق از آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون کای اسکوئر استفاده شد و با SPSS 19 تحلیل گردید.

ملاحظات اخلاقی

برای انجام پژوهش، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1397.516 و مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی مازندران کسب شد. پس از اعلام دانشگاه علوم پزشکی مازندران به محیط پژوهش مراکز تابعه این دانشگاه (یعنی مرکز آموزشی درمانی بوعلی ساری و کلینیک تخصصی طبوبی ساری) یکی از پژوهشگران با مراجعه به مراکز مورد اشاره، اهداف پژوهش و نحوه انجام کار را برای مسئولین این مراکز توضیح داد و موافقت آن ها برای انجام پژوهش را جلب نمود. در مورد اهداف پژوهش به کودکان و والدین توضیح کامل داده شد و با توجه به تمایل آن ها برای شرکت در پژوهش، رضایت شفاهی از کودکان گرفته شد و همچنین فرم رضایت نامه آگاهانه توسط والدین تکمیل شد. نویسنده اول مقاله ابتدا لیست انتظار بیماران و پرونده

آنها را از منشی درمانگاه دریافت می کرد و سابقه و تاریخچه بیماری کودک را مرور می کرد. به والدین کودک در ابتدا درخصوص ماهیت و اهداف پژوهش، توضیحات لازم را ارائه می کرد و از آنها درخواست می کرد، بعد از ویزیت پزشک و تایید ایشان در صورت تمایل در مطالعه شرکت نمایند. با هماهنگی و صلاحدید پزشک، والدین برای شرکت در پژوهش به اتاق جنب اتاق ویزیت راهنمایی می شدند. شدت آسم توسط پزشک تعیین شد. از کودکان خواسته می شد، روش استفاده از اسپری های استنشاقی به صورت عملی در حضور پژوهشگر انجام دهند. کودکانی که روش استفاده صحیح اسپری را بلد بودند و سایر معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه شدند. اطلاعات دموگرافیک (شامل سن، جنس، پایه تحصیلی، سابقه خانوادگی بیماری، سابقه بستری شدن و غیره) با مصاحبه از کودک و والدین بدست آمده و ثبت شد. سپس نسخه فارسی پرسشنامه های کیفیت زندگی pedQL3.0 asthma modul، تبعیت درمان Pediatric Inhaler Adherence Questionnaire، باور درمان Beliefs about Medicines Questionnaire با مصاحبه از والدین تکمیل شد.

یافته ها

بررسی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش نشان می دهد، میانگین سنی مادران ۳۴/۰۷ با انحراف معیار ۴/۸۴ سال و میانگین سنی پدران مورد پژوهش ۳۸/۱۳ با انحراف معیار ۵/۷۳ سال بود. سطح تحصیلی دیپلم در مادران با ۴۱/۲ درصد و در پدران ۴۵/۳ درصد بیشترین فراوانی را در بین سایر سطوح تحصیلی داشت. تک والدی در اکثر والدین منفی بود. (۹۳/۵ درصد) وضعیت تبعیت از درمان، کیفیت زندگی و باور درمان در واحدهای مورد پژوهش در (جدول ۱ الی ۳) ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص های عددی باور درمان والدین کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به مراکز آسم و آلرژی استان مازندران- ۱۳۹۷

باور درمان	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
ضرورت (باور) (۵ تا ۲۵)	۷	۲۵	۱۸/۵۳	۴/۶
نگرانی (۵ تا ۲۵)	۵	۲۵	۱۵/۶۲	۴/۷۷
ضرورت- نگرانی (۲۰ تا ۲۰-)	-۱۳	۱۷	۲/۹	۶/۷۱

آزیتا ربیع تبار و همکاران

ملاحظه می شود که میانگین نمره ضرورت-نگرانی ۲/۹ با انحراف معیار ۶/۷۱ محاسبه شده که مثبت بودن این نمره و بالاتر بودن آن از مقدار صفر نشان دهنده قوی بودن باور والدین درباره داروها و مفید بودن آن ها می باشد.

همانطور که جدول فوق نشان می دهد، باور درمان در حیطه ضرورت ۱۸/۵۳ با انحراف معیار ۴/۶ بدست آمده که از میانه نمره ابزار یعنی ۱۵ بالاتر است که نشاندهنده باور قوی است. میانگین نمره در حیطه نگرانی ۱۵/۶۲ با انحراف معیار ۴/۷۷ بدست آمده که نزدیک به میانه نمره ابزار است.

جدول ۲: شاخص های عددی کیفیت زندگی و مولفه های آن در کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به مراکز آسم و آلرژی استان مازندران- سال ۱۳۹۷

کیفیت زندگی و مولفه های آن (+۱۰۰-)	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
علائم آسم	۱۴/۵۵	۷۵	۵۰/۹۲	۱۳/۷۷
مشکلات با درمان	۲۰/۴۵	۷۵	۶۰/۹۴	۱۲/۶۳
نگرانی	۰	۷۵	۵۹/۷	۲۰/۰۷
ارتباط	۰	۷۵	۵۵/۸۳	۲۴/۵۹
کیفیت زندگی	۲۲/۳۲	۷۵	۵۶/۳۲	۱۱/۶۹

که به ترتیب نشان دهنده بالاترین و پایین ترین کیفیت زندگی در این حیطه ها است. ملاحظه می شود که میانگین نمره کیفیت زندگی ۵۶/۳۲ با انحراف معیار ۱۱/۶۹ بود که از میانه نمره ابزار یعنی ۵۰ بالاتر است.

کیفیت زندگی در حیطه مشکلات با درمان با میانگین ۶۰/۹۴ و انحراف معیار ۱۲/۶۳ بالاترین و علائم آسم با میانگین ۵۰/۹۲ و انحراف معیار ۱۳/۷۷ پایین ترین میانگین نمره را در بین سایر حیطه های کیفیت زندگی کسب کردند

جدول ۳: توزیع فراوانی تبعیت از درمان کودکان مبتلا به آسم مراجعه کننده به مراکز آسم و آلرژی استان مازندران- سال ۱۳۹۷

تبعیت از درمان (۲-۱۰)	فراوانی	درصد
تبعیت (۲)	۷۵	۴۴/۱
عدم تبعیت (۳-۱۰)	۹۵	۵۵/۹
جمع کل	۱۷۰	۱۰۰
انحراف معیار $\pm$ میانگین	۳/۱ $\pm$ ۰۶/۳۷	
بیشینه - کمینه	۱۰-۲	

تعداد روزهای غیبت از مدرسه نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری داشت. ($p < ۰/۰۰۱$) مقایسه دو به دو نشان دهنده آن بود که کیفیت زندگی در کودکانی که کمتر از دو روز در طی یکسال اخیر از مدرسه غیبت داشته اند به طور معنی داری بالاتر از کودکان با غیبت بین ۲ تا ۵ روز ($p < ۰/۰۰۱$) و همچنین بیشتر از ۵ روز ($p < ۰/۰۰۱$) بود و در سایر موارد این اختلاف معنی دار نبود.

درخصوص ارتباط بین کیفیت زندگی و باور درمان نتایج بیانگر آن بود که نگرانی با علائم آسم ($p < ۰/۰۰۱$)، مشکلات با درمان ($p < ۰/۰۰۱$)، نگرانی ($p < ۰/۰۰۱$) و ارتباط ($p < ۰/۰۰۱$) از حیطه های کیفیت زندگی همبستگی معنی دار آماری داشته است که این همبستگی منفی بوده است. یعنی با افزایش نگرانی، کیفیت زندگی در این

نشان دهنده آن است که ۵۵/۹ درصد از کودکان مورد پژوهش تبعیت از درمان نداشتند. ۳۸/۴ درصد از آنها دلیل خود را "فکر کردم کودکم بهتر است" دانستند که بیشترین فراوانی را در بین سایر دلایل داشت.

بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی، باور درمان و تبعیت از درمان نتایج نشان داد:

مدت ابتلا به بیماری تنها متغیری بود که با باور درمان ارتباط معنی دار آماری داشته است. ($P < ۰/۰۱$).

همچنین نتایج حاکی از این بود که کیفیت زندگی در کودکان دختر بالاتر از پسر است. ($p < ۰/۰۲$) به علاوه، کیفیت زندگی کودکانی که سابقه مصرف سیگار در خانواده نداشتند ($p < ۰/۰۰۸$) و سابقه مراجعه به اورژانس ها به دلیل بیماری آسم را نداشتند ($p < ۰/۰۰۱$) بالاتر از سایرین بود.

حیطه ها کاهش می یابد. نگرانی با کیفیت زندگی نیز همبستگی معنی دار آماری معکوس داشت. ($p < 0/001$) یعنی با افزایش نگرانی کیفیت زندگی کاهش می یابد. ضرورت نگرانی با کیفیت زندگی و حیطه های آن همبستگی معنی دار آماری مثبت داشته است. یعنی هرچه باور بیماران درباره داروها و مفید بودن آنها قویتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر می رود. بررسی ارتباط بین باور درمان و تبعیت درمان نتایج نشان داد با افزایش باور درمان تبعیت نیز افزایش پیدا می کند. ($p < 0/001$).

بحث

این مطالعه، اولین مطالعه در جمعیت کودکان مبتلا به آسم در ایران است که به بررسی تبعیت درمان، کیفیت زندگی و باور درمان و ارتباط آنها با هم پرداخته است. این مطالعه نشان داد که بیشتر والدین به مفید بودن داروها اعتقاد دارند هرچند درصدی از آنها نگرانی هایی در مورد استفاده از این داروها دارند. اما در برخی مطالعات نیز نتایج متناقضی وجود داشت مثلاً در مطالعه Özçeker et al (۲۰۱۷) در ترکیه اکثر والدین نسبت به عوارض مصرف داروهای آسم نگران بودند که این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت فرهنگی و سطح دانش افراد نسبت به دارو باشد. اما در مقایسه با مطالعه ای که توسط HUI انجام شده، نتایج مشابهی بدست آمد. (۲۱، ۲۰).

کیفیت زندگی در اکثر کودکان مورد مطالعه در حد متوسط بود و در مقایسه با کودکان هم سن خود در سایر مطالعات که از ابزار مشابه و یا متفاوت برای اندازه گیری کیفیت زندگی استفاده شده بود، پایین تر بود. (۸، ۹، ۲۲) که این مورد در تحقیقاتی که در سایر نقاط کشور هم انجام شده بود صادق است. (۲۳). لذا به نظر میرسد نیاز به توجه بیشتری در این منطقه وجود دارد.

سومین متغیری که در این مطالعه بررسی شد، تبعیت از درمان بود که نتایج نشان داد بیش از نیمی از این کودکان تبعیت از درمان نداشتند که در راستای نتایج مطالعات در سایر کشورها است. (۱۵، ۲۴) اما در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۰ در کشورهای اروپایی انجام شد، عدم تبعیت ۲۴٪ گزارش شده که تقریباً نصف شیوع در مطالعه حاضر است. (۲۵) با توجه به اینکه عدم تبعیت، عامل عدم اثربخشی داروها در بیماران واقعی نسبت به اثربخشی آن ها در مطالعات کارآزمایی بالینی گزارش شده (۲۶) بکارگیری مداخلاتی که

میزان تبعیت را افزایش دهد ضروری به نظر می رسد. در مورد علت عدم تبعیت بین این مطالعه و مطالعات انجام شده در سایر کشورها تفاوت وجود داشت به طوریکه در اکثر مطالعات ترس از عوارض دارو (۲۰)، مشکلات اقتصادی، بیمه (۲۷) و عدم باور به درمان و سواد سلامت پایین (۲۸) به عنوان علت عدم تبعیت ذکر شده بود. اما در این مطالعه احساس والدین مبنی بر عدم نیاز به دلیل بهبود علائم، ذکر شده بود که ممکن است ناشی از سواد سلامت پایین باشد. البته در مطالعه Klok و همکاران که به دسته بندی موانع تبعیت پرداخته است، می توان نتیجه این تحقیق را در دسته موانع مرتبط با درک والدین قرار داد (۲۹) که نیاز به اقدامات آموزشی برای والدین را نشان می دهد.

در این مطالعه مشخص شد، بین باور درمان با کیفیت زندگی و تبعیت از درمان کودک ارتباط مستقیم وجود دارد که در راستای اکثر مطالعات در این زمینه در سایر کشورهاست (۳۰).

یافته ها در ارتباط با ارتباط باور درمان با متغیرهای دموگرافیک کودک نشان داد، مدت ابتلا به بیماری تنها متغیری بود که با باور درمان ارتباط معنی دار آماری داشته است و سایر متغیرها مشابه نبود. در این مطالعه ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک کودک بیانگر بالاتر بودن کیفیت زندگی در کودکان دختر نسبت به پسر است. در حالی که در مطالعه کوزه گران و همکاران تفاوتی بین دو گروه جنسیتی یافت نشده بود. (۳۱).

از محدودیتهای این مطالعه می توان به خودگزارشی بودن پرسشنامه تبعیت اشاره کرد که احتمال گزارش کمتر وجود دارد.

نتیجه گیری

با توجه به عدم تبعیت در اکثر کودکان مبتلا به آسم، تاثیر کیفیت زندگی در کودکان مبتلا، در مورد ضرورت مصرف داروها، به نظر می رسد اقدامات بیشتری بالاختص مداخلات آموزشی در این زمینه ضرورت دارد. نقش کادر درمان بالاختص پزشکان و پرستاران کودکان که در ارتباط مستقیم با خانواده هستند از اهمیت بسزایی برخوردار است. پرستاران به عنوان گروهی که بیشترین زمان را با بیماران می گذرانند، با توجه به شیوع عدم تبعیت در کودکان مبتلا به آسم، می باید موارد عدم تبعیت و علل عدم تبعیت در کودکان مبتلا را شناسایی کنند و در مورد ضرورت

پرستاری کودکان نویسنده اول است که در دانشگاه علوم پزشکی ایران با همکاری مرکز تحقیقات عفونی اطفال دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. پژوهشگران مراتب سپاسگزاری خود را از مسئولین هر دو موسسه و والدین و کودکان شرکت کننده در مطالعه اعلام می نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافی ندارند.

References

1. Serebrisky D, Wiznia A. Pediatric asthma: a global epidemic. *Annals of global Health*. 2019;85(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2416>
2. Fazlollahi MR, Najmi M, Fallahnezhad M, Sabetkish N, Kazemnejad A, Bidad K, et al. Pediatric asthma prevalence: The first national population-based survey in Iran. *The clinical respiratory journal*. 2019;13(1):14-22. <https://doi.org/10.1111/crj.12975>
3. Varmaghani M, Farzadfar F, Sharifi F, Rashidain A, Moin M, Moradi LM, et al. Prevalence of asthma, COPD, and chronic bronchitis in Iran: a systematic review and meta-analysis. 2016.
4. Ghaffari J, Mohammadzadeh I, Khalilian A, Rafatpanah H, Mohammadjafari H, Davoudi A. Prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in elementary schools in Sari (Iran). *Caspian journal of internal medicine*. 2012;3(1):372.
5. Ferrante G, La Grutta S. The burden of pediatric asthma. *Frontiers in pediatrics*. 2018;6:186. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00186>
6. Montalbano L, Ferrante G, Cilluffo G, Gentile M, Arrigo M, La Guardia D, et al. Targeting quality of life in asthmatic children: The MyTEP pilot randomized trial. *Respiratory medicine*. 2019;153:9-14. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2019.05.008>
7. Borimnejad L, Hoseinalipoor S, Haghani H. The effect of self care program education on the quality of life of school-age children with asthma. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014;1(1):36-44.
8. Monteiro FP, Solé D, Wandalsen G. Quality of life of asthmatic children and adolescents: Portuguese translation, adaptation, and validation of the questionnaire. *Pediatric Quality of Life (PedsQL) Asthma Module*.

مصرف داروها، ماهیت بیماری و رفع نگرانی ها به والدین و کودکان آموزش دهند تا به هدف افزایش کیفیت زندگی برای کودکان دست یابیم.

همچنین پیشنهاد می شود مطالعات آینده بر تاثیر اجرای مداخلات خانواده محور بر روی باور درمان، تبعیت درمان و کیفیت زندگی در کودکان مبتلا به آسم پردازند.

سپاسگزاری

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته

- Journal of Asthma. 2017; 54 (9):983-9. <https://doi.org/10.1080/02770903.2016.1277543>
9. Kalyva E, Eiser C, Papathanasiou A. Health-related quality of life of children with asthma: self and parental perceptions. *International journal of behavioral medicine*. 2016;23(6):730-7. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9558-7>
10. Alsamghan AS, Awadalla NJ, Mohamad YA, Hassan AM. Influence of altitude on pediatric asthma severity and quality of life in southwestern Saudi Arabia. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. 2016;65(3):555-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2016.04.009>
11. Monti MD, Nealis RM. Indicators of Non-adherence to Asthma Treatment in Pediatric Primary Care. *Journal of pediatric nursing*. 2017;36:7-12. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.04.011>
12. Hommel KA, Ramsey RR, Rich KL, Ryan JL. Adherence to pediatric treatment regimens. *Handbook of Pediatric Psychology*. 2017:119-33.
13. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PloS one*. 2013;8(12):e80633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>
14. Burgess S, Sly P, Devadason S. Adherence with preventive medication in childhood asthma. *Pulmonary medicine*. 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/973849>
15. Plevinsky JM, Gutierrez-Colina AM, Carmody JK, Hommel KA, Crosby LE, McGrady ME, et al. Patient-Reported Outcomes for Pediatric Adherence and Self-

- Management: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology*. 2019;45(3):340-57. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz096>
16. Varni JW, Burwinkle TM, Rapoff MA, Kamps JL, Olson N. The PedsQL™ in pediatric asthma: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ generic core scales and asthma module. *Journal of behavioral medicine*. 2004;27(3):297-318. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000028500.53608.2c>
17. Khoshkhui M, Jafari P, Afrasiabi M, Orooj M, Kashef S. Level of Agreement between Children with Asthma and their Parents on Quality of Life. *Iranian journal of medical sciences*. 2016;41(2):86.
18. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and health*. 1999;14(1):1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
19. Minaian M, Taheri M, Mirmoghtadaee P, Marasi M. Comparative Role of Demographic Factors and Patient's Belief about Prescribed Medicine on Adherence to Drug Treatment in Chronic Diseases. *Journal of Isfahan medical school*. 2011;29(156).
20. Özçeker D, Uçkun U, İslamova D, Tamay Z, Güler N. Corticosteroid phobia among parents of asthmatic children. *The Turkish journal of pediatrics*. 2018;60(2):142-6. <https://doi.org/10.24953/turkjpeds.2018.02.004>
21. Hui RWH. Inhaled corticosteroid-phobia and childhood asthma: Current understanding and management implications. *Paediatric respiratory reviews*. 2020;33:62-6. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2019.03.009>
22. Mendonca K, Monteiro K, Santino T, Mendes R, Amaral C, Silva A, et al. Comparison between two questionnaires to assess health-related quality of life in Brazilian children and adolescents with asthma. *D53 PEDIATRIC ASTHMA CLINICAL STUDIES: American Thoracic Society*; 2019. p. A6723-A. <https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2019.199.1.MeetingAbstracts.A6723>
23. Yaghobi M, Alhani F, Gholami fesharaki M, Mohamadzadeh I. Determining the effect of self-care program on quality of life of school aged children with asthma. *Iranian journal of pediatric nursing*. 2016;3(2):58-65. eng. <https://doi.org/10.21859/jpen-03028>
24. Al-Hassany L, Kloosterboer SM, Dierckx B, Koch BC. Assessing methods of measuring medication adherence in chronically ill children-a narrative review. *Patient prefer adherence*. 2019;13:1175-89. PubMed PMID: 31413546. eng. <https://doi.org/10.2147/PPA.S200058>
25. Demoly P, Gueron B, Annunziata K, Adamek L, Walters R. Update on asthma control in five European countries: results of a 2008 survey. *European respiratory review*. 2010;19(116):150-7. <https://doi.org/10.1183/09059180.00002110>
26. Desager K, Vermeulen F, Bodart E. Adherence to asthma treatment in childhood and adolescence - a narrative literature review. *Acta Clinica Belgica*. 2018 2018/09/03;73(5):348-55.
27. McQuaid EL. Barriers to medication adherence in asthma: The importance of culture and context. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2018 2018/07/01;121(1):37-42. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.03.024>
28. Ezzell KG. Strategies to guide medication adherence discussions with parents of children with asthma. *Pediatric nursing*. 2017;43(5):219-22.
29. Klok T, Lubbers S, Kaptein AA, Brand PL. Every parent tells a story: why non-adherence may persist in children receiving guideline-based comprehensive asthma care. *Journal of asthma*. 2014;51(1):106-12. <https://doi.org/10.3109/02770903.2013.841191>
30. Conn KM, Halterman JS, Lynch K, Cabana MD. The impact of parents' medication beliefs on asthma management. *Pediatrics*. 2007;120(3):e521-e6. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3023>
31. Kouzegaran S, Samimi P, Ahanchian H, Khoshkhui M, Behmanesh F. Quality of life in children with asthma versus healthy children. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2018; 6 (8):1413-8. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.287>