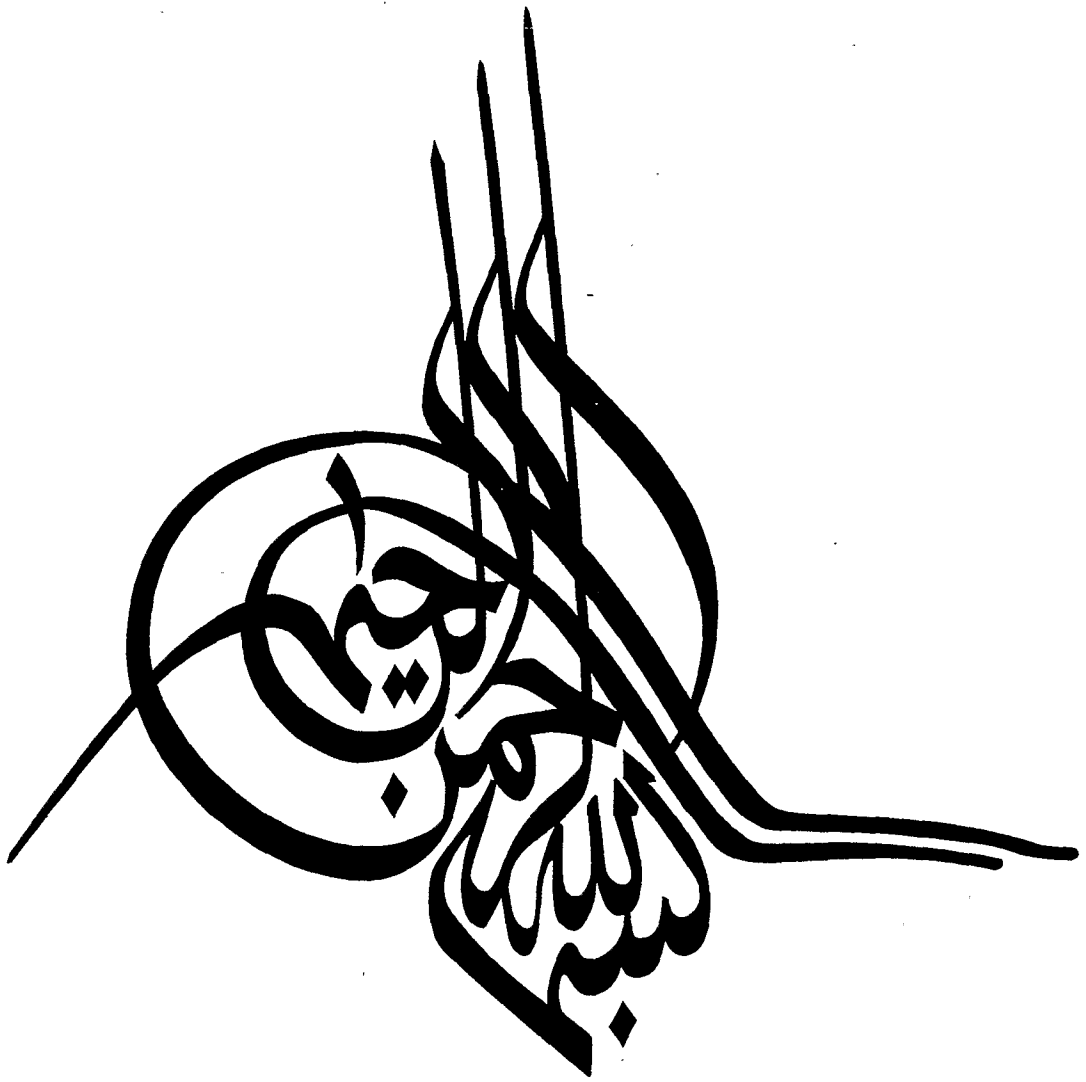
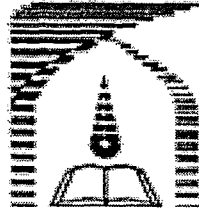


201.



114761



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری
(گرایش اطفال)

عنوان:

بررسی تاثیرالگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی
کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم

نگارش:

فاطمه تیموری

استاد راهنما:

دکتر فاطمه الحانی

استاد مشاور:

دکتر انوشیروان کاظم نژاد

۱۳۸۸ / ۳ / ۳۱

دی ماه ۱۳۸۷

کتابخانه مرکزی علمی تربیت
مدرس

۱۱۴۷۰۱

فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد خانم فاطمه تیموری رشته: آموزش پرستاری گرایش:
تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا
برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

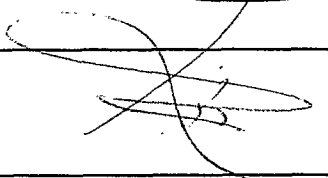
دکتر فاطمه الحانی (استاد راهنما)



دکتر انوشیروان کاظم نژاد (استاد مشاور)



دکتر سید سادات سید باقر مداح (استاد ناظر)



دکتر سیما کرمانشاهی (استاد ناظر)



دکتر زهره ونکی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلا به طور کتبی به دفتر " دفتر نشر آثار علمی " دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را چاپ کند:
" کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته آموزش پرستاری است که در سال ۱۳۸۷ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر العالی، مشاوره دکتران نام برار از آن دفاع شده است."

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداختهای بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ راز محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب فاطمه تیموری دانشجوی رشته آموزش پرستاری مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی فاطمه تیموری

تاریخ و امضا

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی
دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

ماده ۱- حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

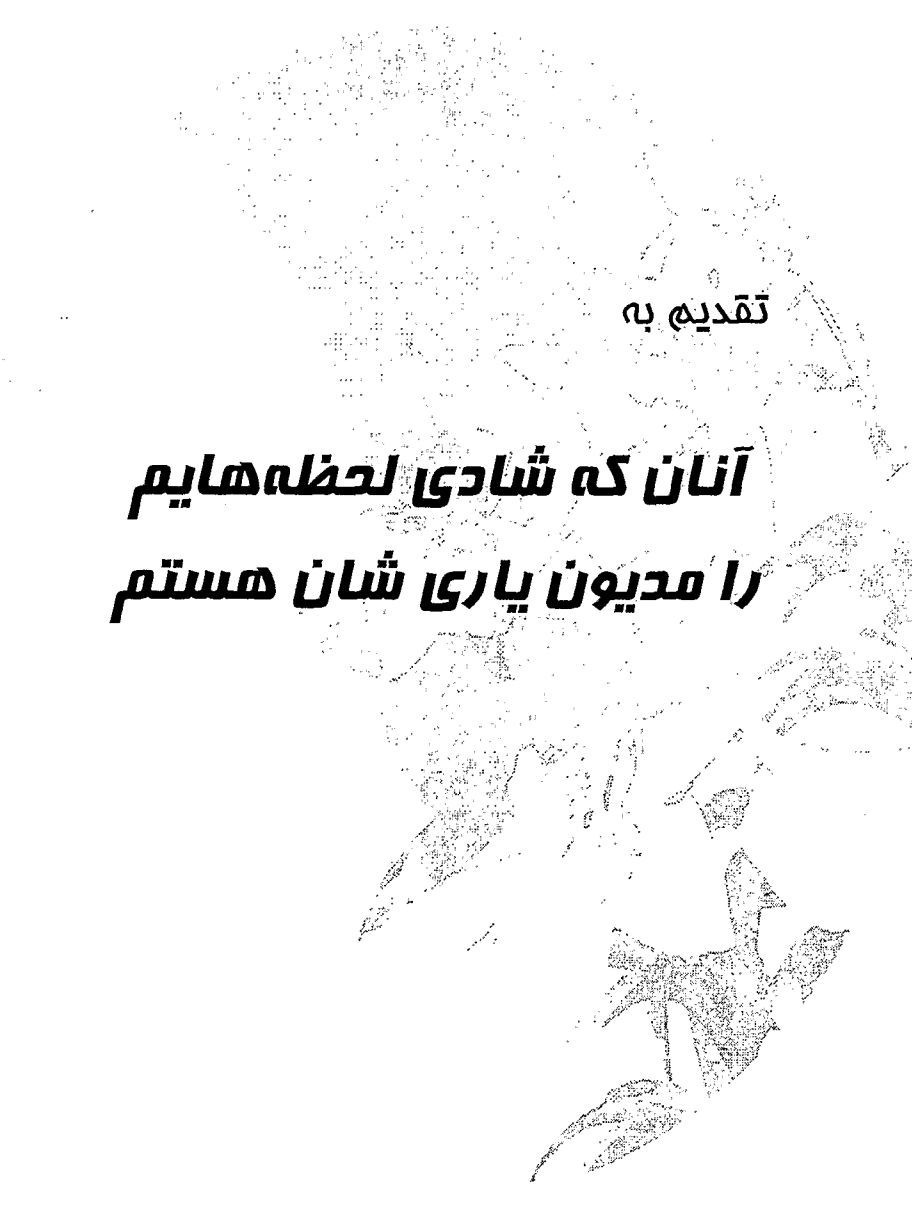
ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی: ناظم تبریز
تاریخ و امضاء



تقدیم به

**آنان که شادی لحظه‌هایم
را مدیون یاری شان هستیم**

تقدیر و تشکر

اکنون که به یاری خالق یکتا و لطف بیکران وی، مراحل انجام پژوهش حاضر و تدوین آن به اتمام رسیده است، جا دارد مراتب قدردانی و سپاس خویش نسبت به اساتید محترم، همکاران، دوستان و کلیه بزرگوارانی که اینجانب را در انجام این تحقیق و تدوین پایان نامه راهنمایی و مساعدت نمودند، ابراز نمایم:

- سرکار خانم دکتر الحانی، استاد محترم راهنما که به ثمر رساندن این پژوهش، بدون راهنمایی و توجه ایشان امکانپذیر نبود و در مراحل مختلف انجام این پژوهش و همچنین در طول مدت این دوره تحصیلی از راهنمایی های ایشان بهره مند شده ام.

- جناب آقای دکتر کاظم نژاد، استاد محترم ناظر و مشاور آماری که انجام امور آماری این تحقیق مرهون زحمات و دقت نظر ایشان می باشد.

- تمامی اساتید محترم گروه پرستاری که در طی مدت تحصیل از محضرشان کسب علم نمودم.

- مدیران و کارکنان محترم آموزش و پرورش که در طی پژوهش مرا یاری نمودند.

- نمونه های پژوهش و خانواده های محترمشان که نتایج به دست آمده در این پژوهش، حاصل همکاری صمیمانه آنهاست.

- همکاران و دوستان عزیزم که در طی این مدت از محضرشان کسب فیض نمودم.

چکیده

مقدمه: آسم یک بیماری شایع در کودکان بوده که باعث کاهش سطح کیفیت زندگی کودک می شود و به علت مزمن بودن بیماری، اثرات قابل توجه ای در کارکرد خانواده نیز دارد. پرستاران که بیشترین ارتباط را با بیماران و خانواده هایشان دارند، می توانند از شیوه های مداخله ای مناسبی برای کمک به این کودکان و والدینشان در بهبود وضعیتشان و ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان استفاده نمایند. لذا هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم می باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی می باشد. از بین مناطق ۱۹ گانه شهر تهران منطقه ۹ به طور تصادفی انتخاب و ۷ مدرسه از بین مدارس ابتدایی پسرانه این منطقه به طور تصادفی انتخاب و به دو گروه کنترل (۳مدرسه) و آزمون (۴ مدرسه) تقسیم گردید. سپس کودکان مبتلا به آسم بر اساس پرونده بهداشتی مدرسه انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و ابزارهای توانمند سازی شامل دانش، دانش مربوط به آلرژنها، احساس خودکارآمدی، خودکارآمدی مصرف دارو، خود گزارش دهی رفتارهای پیشگیری کننده و عزت نفس کودک و والدین و ابزار بررسی کیفیت زندگی عمومی و آسم کودک بود. روایی و پایایی ابزارها قبل از استفاده انجام شد. به منظور انجام توانمندسازی از جلسات بحث گروهی و نمایش علمی برای کودک و والدین و همچنین مشارکت آموزشی استفاده شد. پرسشنامه ها قبل و بعد از مداخله توسط کودکان و والدین تکمیل گردید.

یافته ها: آنالیز داده ها نشان داد نمونه های گروه آزمون و کنترل و والدینشان از نظر متغیرهای دموگرافیک و همچنین میزان دانش، احساس خودکارآمدی، خودکارآمدی مصرف دارو، خود گزارش دهی رفتارهای پیشگیری کننده، عزت نفس و کیفیت زندگی قبل از مداخله همسان بودند. پس از اجرای الگوی توانمندسازی، میزان دانش، خودکارآمدی، خود گزارش دهی رفتارهای پیشگیری کننده، عزت نفس کودک و والدین و همچنین کیفیت زندگی عمومی و آسم کودکان گروه آزمون به طور معنادار افزایش یافت

نتیجه گیری: این پژوهش، تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم را نشان می دهد.

واژه های کلیدی: الگوی توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی، کودک سن مدرسه، آسم، پرستار.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول
۲	مقدمه.....
	فصل دوم
۸	۱-۲: چهارچوب پنداشتی.....
۸	۱-۱-۲: بیماری آسم.....
۸	۱-۱-۱-۲: تعریف و پاتوفیزیولوژی آسم.....
۹	۲-۱-۱-۲: اتیولوژی آسم.....
۹	۳-۱-۱-۲: تظاهرات بالینی آسم.....
۱۰	۴-۱-۱-۲: درمان آسم.....
۱۱	۵-۱-۱-۲: نقش پرستار در کنترل آسم.....
۱۴	۲-۱-۲: کودک سن مدرسه.....
۱۷	۳-۱-۲: کیفیت زندگی.....
۱۹	۴-۱-۲: توانمندسازی خانواده محور.....
۱۹	۱-۴-۱-۲: تعریف توانمندسازی.....
۲۱	۲-۴-۱-۲: انواع توانمندسازی.....
۲۲	۳-۴-۱-۲: توانمندسازی خانواده محور.....
۲۵	۴-۴-۱-۲: الگوی توانمندسازی خانواده محور.....
۲۷	۲-۲: مروری بر مطالعات انجام شده.....

فصل سوم

- ۱-۳: عنوان پژوهش ۴۱
- ۲-۳: اهداف پژوهش ۴۱
- ۳-۳: فرضیه پژوهش ۴۱
- ۴-۳: تعریف واژه ها ۴۲
- ۵-۳: پیش فرض ها ۴۵
- ۶-۳: متغیرها ۴۶
- ۷-۳: جامعه پژوهش ۴۶
- ۸-۳: نمونه پژوهش ۴۶
- ۹-۳: معیارهای ورود به مطالعه ۴۷
- ۱۰-۳: معیارهای خروج از مطالعه ۴۷
- ۱۱-۳: محیط پژوهش ۴۸
- ۱۲-۳: نوع پژوهش ۴۸
- ۱۳-۳: ابزار گردآوری داده ها ۴۸
- ۱۴-۳: روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها ۵۴
- ۱۵-۳: روش کار ۵۵
- ۱۶-۳: تجزیه و تحلیل داده ها ۶۳
- ۱۷-۳: ملاحظات اخلاقی ۶۶

فصل چهارم

- ۴-۱: بیان یافته ها ۶۷
- ۴-۲: بحث و نتیجه گیری ۹۳
- ۴-۳: نتیجه گیری نهایی ۹۹
- ۴-۴: کاربرد نتایج در پرستاری ۹۹
- ۴-۵: پیشنهادات جهت به کارگیری یافته های پژوهش ۱۰۰
- ۴-۶: پیشنهادات برای انجام پژوهش های بعدی ۱۰۱

فهرست منابع و ضمایم

- منابع: ۱۰۲
- ضمیمه شماره ۱: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک کودک و والدین ۱۱۲
- ضمیمه شماره ۲: پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی کودک ۱۱۳
- ضمیمه شماره ۳: پرسشنامه کیفیت زندگی کودک مبتلا به آسم (گزارش کودک) ۱۱۴
- ضمیمه شماره ۴: پرسشنامه کیفیت زندگی کودک مبتلا به آسم (گزارش والدین) ۱۱۶
- ضمیمه شماره ۵: پرسشنامه دانش کودک ۱۱۸
- ضمیمه شماره ۶: پرسشنامه خودکارآمدی کودک ۱۲۰
- ضمیمه شماره ۷: پرسشنامه عزت نفس کودک ۱۲۲
- ضمیمه شماره ۸: چک لیست خودگزارش دهی رفتارهای پیشگیری کننده کودک ۱۲۳
- ضمیمه شماره ۹: پرسشنامه دانش والدین ۱۲۴
- ضمیمه شماره ۱۰: پرسشنامه خودکارآمدی والدین ۱۲۵

- ضمیمه شماره ۱۱: پرسشنامه عزت نفس والدین ۱۲۶
- ضمیمه شماره ۱۲: چک لیست گزارش والدین از مورد رفتارهای پیشگیری کننده کودک ۱۲۸
- چکیده انگلیسی:

فهرست دیاگرام ها


- دیاگرام ۱-۲ فرایند نقش توانمندی در ارتقاء سطح سلامت ۲۴
- دیاگرام ۲-۲ ساختار و مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور ۲۶
- دیاگرام ۱-۳: روش کار ۶۱

فهرست جداول

- جدول ۱-۳: روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها ۵۴
- جدول ۱-۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی اطلاعات دموگرافیک کودکان نمونه پژوهش در گروه آزمون و شاهد ۶۸
- جدول ۲-۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفی اطلاعات دموگرافیک کودکان نمونه پژوهش در گروه آزمون و شاهد ۶۹
- جدول ۳-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش مربوط به آسم کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۳
- جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش مربوط به آلرژنها در کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۴
- جدول ۵-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات احساس خودکارآمدی کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۵

- جدول ۴-۶: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی مصرف دارو در کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۶
- جدول ۴-۷: میانگین و انحراف معیار نمرات خودگزارش دهی رفتارهای پیشگیری کننده کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۷
- جدول ۴-۸: میانگین و انحراف معیار نمرات عزت نفس کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۸
- جدول ۴-۹: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش والدین نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۷۹
- جدول ۴-۱۰: میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی والدین نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۰
- جدول ۴-۱۱: میانگین و انحراف معیار نمرات عزت نفس والدین نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۱
- جدول ۴-۱۲: میانگین و انحراف معیار نمرات خودگزارش دهی والدین از رفتارهای پیشگیری کننده کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۲
- جدول ۴-۱۳: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و رفتارهای پیشگیری کننده کودکان نمونه پژوهش قبل و یک هفته بعد از اجرای توانمندسازی در گروه آزمون ۸۳
- جدول ۴-۱۴: میانگین و انحراف معیار نمرات دانش، خودکارآمدی و عزت نفس والدین کودکان نمونه پژوهش قبل و یک هفته بعد از اجرای توانمندسازی در گروه آزمون ۸۴
- جدول ۴-۱۵: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی عمومی کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۵

- جدول ۴-۱۶: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی عمومی کودکان نمونه پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۷
- جدول ۴-۱۷: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی کودکان در بعد آسم (گزارش کودک) قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۸۹
- جدول ۴-۱۸: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی کودکان در بعد آسم (گزارش کودک) قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۹۰
- جدول ۴-۱۹: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی کودکان در بعد آسم (گزارش والدین) قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۹۱
- جدول ۴-۲۰: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی کودکان در بعد آسم (گزارش والدین) قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد ۹۲



فصل اول

مقدمه:

آسم^۱ کلمه ای یونانی و بیانگر حالتی است که وجه مشخص آن بروز مکرر حملات تنگ نفس، همراه با خس خس، سرفه و احساس خفقان است که همگی ناشی از انقباض تنشنجی و متناوب نایژه ها بوده و علت عمده آن حساسیت به ماده حساسیت زای ویژه ای است [۱]. از ۲۰ سال گذشته آسم بصورت یک مشکل بزرگ تنفسی حداقل در جهان غرب مطرح شده است. آسم یک بیماری شایع در کودکان می باشد که در گذشته اغلب کمتر تشخیص داده می شد زیرا درباره تعریف آن نظرات ضد و نقیض وجود داشت امروزه مشخص شده که طیف آسم در کودکان مشتمل بر تعدادی علائم بالینی است از ابتلا به خس خس گهگاهی در پاسخ به عفونتهای مجاری تنفسی تا علائم بیماری بصورت روزمره به همراه انسداد مزمن راههای هوایی [۲]. آسم نوعی بیماری التهابی مزمن راههای هوایی است که ماستوسیتها، ائوزینوفیلها، لنفوسیتها^T، نوتروفیلها و سلولهای پوششی در آن نقش دارند. این پدیده التهابی موجب پیدایش انسداد گسترده ولی متغیر راههای هوایی می شود که اغلب با یا بدون درمان بر طرف می شود و افزایش تحریک پذیری راههای هوایی را نسبت به برخی عوامل محرک موجب می گردد بنابراین التهاب مزمن، انسداد برگشت پذیر و افزایش تحریک پذیری راههای هوایی، سه پایه تعریف آسم را تشکیل می دهند [۱]. اصلی ترین نشانه های بالینی آسم عبارتند از: حمله های متناوب خس خس، تنگی نفس، گرفتگی سینه و سرفه بویژه در هنگام شب و اول صبح [۱]. شیوع آسم در جهان بطور متوسط ۴ تا ۷ درصد گزارش شده است [۳]. براساس پروژه ایساکو (مطالعه بین المللی آسم و آلرژی در کودکان) میزان شیوع آسم از ۲ درصد در اندونزی تا ۳۷ درصد در سطح کشور انگلستان، استرالیا و زلاندنو متغیر است. براساس نتایج این پروژه شیوع آسم در ایران ۸ تا ۱۲ درصد و بطور متوسط ۱۰ درصد گزارش شده است [۳]. بر اساس مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ بر روی دانش آموزان سن مدرسه شهرستان تهران انجام شد، شیوع آسم در مدارس ابتدائی شهر تهران ۳۱/۶ درصد گزارش شد [۴].

^۱. Asthma

براساس گزارش جهانی بار بیماری آسم^۱ ۳۰۰ میلیون انسان در سراسر دنیا به آسم مبتلا هستند بطوریکه ممکن است ۱۰۰ میلیون فرد آسمی دیگر تا سال ۲۰۲۵ به بیماران فعلی اضافه شود. آسم موجب مرگ ۱۸۰۰۰۰ انسان در سال می شود و همه افراد از نژادهای مختلف، طبقات اقتصادی و اجتماعی و نیز سنین مختلف را درگیر می سازد [۵]. شیوع آسم کودکان در سراسر جهان در حال افزایش است. به عنوان مثال در ایالات متحده از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۴ شیوع آسم کودکان ۷۲ درصد افزایش یافته است [۶]. مطالعات بی شمار انجام شده در کشورهای مختلف افزایش ۵۰ درصدی میزان شیوع آسم کودکان را در همان دهه نشان می دهند. نکته جالب توجه آن است که میزان شیوع آسم کودکان در مکانهای مختلف بطور وسیعی تغییر می کند. یک مطالعه بزرگ بین المللی در رابطه با شیوع آسم کودکان در ۵۶ کشور اختلافی در حدود ۲۰ برابر را نشان داد به نظر می رسد که آسم کودکان عمدتاً در شهرهای بزرگ و مدرن شایع بوده و با حالتهای آلرژیک دیگر نیز مرتبط است [۶]. مطالعه های انجام شده در زمینه آثار نامطلوب آلودگی شهر تهران بر سلامت ساکنان آن در سالهای اخیر نشان داده است که با افزایش آلاینده هایی مانند SO₂ و NO₂ بر میزان حمله های آسم و تعداد مراجعه های مبتلایان به آسم با حمله حاد به اورژانس بیمارستان های تهران افزوده می گردد [۳]. آسم شایعترین بیماری مزمن دوران کودکی و علت نخست پذیرش کودکان در مراکز فوریتهای پزشکی و بستری شدن در بیمارستان، غیبت از مدرسه در کودکان و نیز از دست دادن کار در بزرگسالان است. زیانهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی این بیماری در حدی است که سازمان جهانی بهداشت، آسم را بعنوان "مسئله بهداشت اجتماعی" مطرح کرده است [۱]. گرچه آسم ممکن است در هر سنی شروع شود اما ۸۰-۹۰ درصد از کودکان، اولین علائم خود را قبل از سنین ۴ یا ۵ سالگی بروز می دهند [۷]. در حدود ۵-۱۰ درصد کودکان، مبتلا به آسم می باشند که نسبت پسران به دختران مبتلا تا قبل از نوجوانی ۲ به ۱ می باشد. حدود ۵۰ درصد مبتلایان در سن ۲-۱ سالگی و ۸۰-۹۰ درصد تا سن ۵-۴

^۱. Global burden of Asthma

سالگی اولین علائم ابتلاء به آسم را تجربه می کنند [۸]. آسم رامی توان بر اساس تناوب حمله ها (حاد یا مزمن)، عامل پیدایش حمله ها (برون زاد^۱، درون زاد^۲) [۱] و شدت حمله ها (خفیف متناوب^۳، متوسط پایدار^۴ و پیشرفته پایدار^۵) طبقه بندی کرد [۹]. آسم برون زاد یا آلرژیک در ۹۰ درصد موارد آسم کودکان و در بیش از ۵۰ درصد موارد آسم بزرگسالان بر اثر تماس با مواد حساسیت زا یا تحریک کننده عارض می شود [۱۰]. از عوامل ایجاد کننده آسم آلرژیک می توان مایت های^۶ موجود در گرد و غبار، آلودگی هوا، دود سیگار، حیوانات خردار و پرندگان، گیاهان و گرده ها، کپک ها و قارچ ها، غذاهای بوهای تند مثل بوی رنگ، ورزش، هوای سرد و سرماخوردگی را نام برد [۱۰]. در آسم خفیف متناوب: بیماران دارای حملات آسم در دوره های زمانی بدون علائم نیازمند درمان هستند. به عنوان یک اصل، نسبت روزهای بیماری در مبتلایان به آسم بدون علائم بیماری باید ۱۰/۱ (یک به ده) و یا بیشتر باشد، بیمار نباید بیشتر از یک روز کاری را از دست دهد و باید شبها به آرامی استراحت کند و قادر به انجام فعالیتهای جسمی عادی باشد، در آسم متوسط پایدار: این بیماران در اغلب اوقات ناخوش هستند و علائم بیماری در آنها روزانه و یا چندین بار در هفته بروز می کند و این مسئله در صورت عدم دریافت درمان ادامه می یابد. غیبت از مدرسه و محل کار توسط این بیماران متداول است، حملات شبانه معمول و فعالیتهای ورزشی اغلب مشکل ساز است. آسم در این بیماران با دوز دارویی منظم قابل کنترل می باشد و در آسم پیشرفته پایدار: این بیماران دارای حملات روزانه یا بیشتر هستند و اغلب شبها دچار حمله می شوند، فعالیتهای جسمی طبیعی را نمی توانند انجام دهند و مستعد غیبت از مدرسه و کار هستند آنها نیازمند درمان دارویی با دوز بالا هستند و باید در دوره های زمانی مشخص تحت معاینات بالینی قرار گیرند [۹]. در بیماری آسم راههای هوایی به دلیل برونکواسپاسم، ادم غشاء مخاطی و تجمع

1. Extrinsic asthma

2. Intrinsic asthma

3. Mild intermittent asthma

4. Moderate perennial asthma

5. Severe perennial asthma

6. Mite

مخاط توام با حبس هوا در پشت ناحیه انسداد باریکتر می شود، صرف انرژی برای انجام تنفس موجب خستگی، کاهش کیفیت تنفس و افزایش مصرف اکسیژن و بازده قلبی می شود. تنگی نفس، سیانوز و تاکی پنه بعلت مختل شدن تبادلات گازی و برون ده قلبی رخ می دهد. در صورت افزایش شدت انسداد، میزان تهویه آلوئولی کاهش یافته، دی اکسدکربن احتباس می یابد و هیپوکسمی، اسیدوز تنفسی و نهایتا نارسایی تنفسی رخ می دهد [۷]. یک نشانه معمول در آسم سرفه در طی شب می باشد که موجب اختلال در خواب و بروز خستگی مضاعف در طی روز شده و عملکرد کودک را در مدرسه تضعیف می کند [۷]. آسم عوارض زیادی بر ابعاد جسمی، ذهنی، رشد اجتماعی و تکامل کودکان برجای می گذارد و هزینه اقتصادی ناشی از بیماریزایی آن بالاست [۷]. در بسیاری از کودکان مبتلا به آسم متوسط و پیشرفته الگوی رشد نسبت به کودکان سالم متفاوت است، نشانه های بلوغ و تسریع رشد مورد انتظار در این سنین ممکن است به کندی ظاهر شود همچنین این الگوی رشد غیر عادی ممکن است با عقب ماندگی سن استخوانی همراه باشد [۱]. اثرات جسمی آسم شامل کوتاه شدن تنفس به صورت مزمن یا دیس پنه که انرژی و نشاط را کاهش می دهد همچنین باعث ایجاد اضطراب، وابستگی، کاهش عزت نفس و مشکلات روانی-اجتماعی می شود. ترس از بروز حملات آسمی باعث محدودیت فعالیت در نتیجه افزایش وابستگی به دیگران می شود و تاثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی^۱ دارد [۱۲]. کیفیت زندگی از دیدگاه who مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تاثیر سلامت جسمی، شرایط روانی، میزان استقلال، ارتباط اجتماعی و ارتباط فرد با محیط قرار می گیرد [۱۳]. نتایج مطالعه مقایسه ای مایکوپلو^۲ که بر روی کیفیت زندگی ۷۸ کودک مبتلا به آسم و رنیت آلرژیک و ۱۰۰ کودک سالم انجام داد، نشان داد که بیماری آسم بر کیفیت زندگی کودکان تاثیر دارد [۱۳]. نتایج مطالعه مارکوس^۳ نیز که در اسپانیا بر روی کیفیت زندگی کودکان ۷-۱۴ مبتلا به آسم انجام داد، نشان داد که

1 . Quality of life

2 . Michopoulou

3 . Marcos

کیفیت زندگی آنها در فصل پائیز نسبت به بقیه فصلهای سال پائین تر است [۱۴]. نتایج مطالعه مقایسه ای جنت^۱ که بر روی ۴ گروه کودکان ۷-۱۰ سال که شامل: کودکان آسمی با و بدون اضافه وزن و کودکان سالم با و بدون اضافه وزن، انجام داد، نشان داد که کودکان آسمی که دارای اضافه وزن بودند در مقایسه با ۳ گروه دیگر کیفیت زندگی پائین تری داشتند [۱۵]. نتایج مطالعه وارسک برگر که بر روی کودکان و نوجوانان آسمی در آلمان انجام داد، نشان داد که بازتوانی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران می شود [۱۴]. نتایج مطالعه زندگی و همکاران نیز که در ایران بر روی کودکان آسمی انجام دادند، نشان داد که بیماری آسم اختلال بیشتری در کیفیت زندگی پسران نسبت به دختران ایجاد می کند [۱۱].

شیوع، علائم، عوارض و اثرات بیماری آسم بر رشد و تکامل و سایر جنبه های زندگی کودکان سن مدرسه، اهمیت تحقیق در این دوره سنی را خاطر نشان می سازد. دوره سن مدرسه ۶-۱۲ سالگی است که با رشد جسمانی آهسته ولی مداوم، ارتقا سطح مهارتهای عصبی-عضلانی و گسترش سریع مهارتهای شناختی و اجتماعی مشخص می گردد [۱۷]. کودکان سن مدرسه افزایش تمرکز، تسلط بر محیط خود و استقلال دارند. فقدان بنیه جسمی ممکن است از اشتغال کودک مبتلا به بیماری مزمن در مدرسه و فعالیتهای فوق برنامه پیشگیری کرده و احساس حقارت و عدم کفایت را بوجود آورد. اینگونه فعالیتهای بر دسترسی به مهارتهای اجتماعی، حس موفقیت، کسب مهارتهایی که منجر به خودبستگی و یادگیری برای سازش موثر با استرس می شود، تاثیر می گذارد. لذا کودکان سن مدرسه از یک طرف باید در حد امکان در مراقبت از خود و تصمیم گیری در مورد درمان خود جهت دسترسی به حس کنترل و تسلط مداخله نمایند [۷] و از طرف دیگر چون بیماری مزمن و نا توانی کودک اثرات قابل توجه ای نیز در کارکرد خانواده دارد. بنابراین بیماریهای مزمن، خانواده را درگیر با وظایف زیاد، مسئولیتهای و نگرانیها در ارتباط با نیازهای مراقبتی کودک، خدمات آموزشی و طبی، تحمل هزینه از نظر

^۱. Gent