

過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為及其相關因素之研究

詹靜惠* 姜逸群** 黃淑貞** 呂克桓*** 陳素珍****

摘要

本研究目的在探討過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為及其相關因素。以中部某醫學中心過敏性鼻炎兒童及其父母為研究對象，共得有效樣本136人。主要結果如下：一、兒童醫療遵從行為，在兒童自我報告及其父母協同報告整體平均得分，分別為33.27分、33.33分（總分50分），兩者具一致性。而在鼻阻力改善率方面，有改善只佔29.4%，疾病治療結果上改善不明顯。二、過敏性鼻炎兒童父母疾病認知偏高。自我效能及醫病互動關係偏正向。三、影響過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為相關因素分析結果顯示：兒童年齡小、父母專科大學以上、中高社經地位其醫療遵從行為較佳。父母疾病認知、自我效能、醫病互動與醫療遵從行為呈顯著正相關。四、年齡、父母親教育程度、家庭社經地位、父母疾病認知、父母自我效能及父母醫病互動關係對過敏性鼻炎兒童「醫療遵從行為」的預測力為35%，其中「自我效能」是最有力的預測因

* 中山醫學大學附設醫院護理師

** 國立台灣師範大學健康促進與衛生教育系教授

*** 中山醫學大學醫學系教授

**** 中山醫學大學護理學系兼任講師

通訊作者：姜逸群

聯絡地址：106台北市和平東路一段162號 國立台灣師範大學健康促進與衛生教育系

聯絡電話：(02) 7734-1722

E-mail：t09009@ntnu.edu.tw

子。建議未來在推廣過敏性鼻炎衛生教育時，可藉由提升父母自我效能，增進執行的自信心，進而促進兒童醫療遵從行為。

關鍵字：兒童、過敏性鼻炎、醫療遵從行為

壹、前言

過敏性鼻炎是一種長期的慢性疾病，不是短期內可以治癒的疾病，治療目標為控制症狀、預防合併症、改善生理功能及生活品質（Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma〔ARIA〕, 2007）。治療應是多方面配合進行，包括：持續改善環境，避免過敏原與非過敏性刺激物質、遵循醫師指示用藥、免疫療法，若過敏性鼻炎兒童能遵從以上處置，大都可以適當控制疾病（台灣氣喘衛教學會，2008；徐世達，2009）。但在研究者臨床護理經驗中，經常發現過敏性鼻炎兒童及主要照顧者很少能夠充分配合醫師完成整個療程，往往在小朋友自覺症狀改善或擔心孩童服用藥物過久會影響其發育就自行停藥；居家生活環境控制方面，常因孩童的不配合而執行不徹底，導致其症狀控制不佳及併發症的產生，進而影響到孩童的上學情形、睡眠及生活品質。根據Dunbar-Jacob等（2000）研究顯示，在醫療照顧體系中「遵從度差」會使得疾病惡化、合併症及住院日數增加，相對造成醫療成本的浪費、與醫療照顧經濟效益降低。

過敏性疾病是孩童時期最常見的慢性疾病，其中氣喘與過敏性鼻炎為最常見（林雅如，2007）。美國疾病管制局的國家衛生統計中心統計顯示，2002年約有一千八百二十萬個成人及七百五十萬個兒童被診斷為過敏性鼻炎發生率約為19.3%（National Center for Health Statistics〔NCHS〕, 2002）。台灣根據台大謝貴雄教授調查台北市7-15歲兒童的氣喘與過敏性鼻炎盛行率中，於1985年分別為5.08%與7.84%，至1994年為10.79%與33.53%（吳家興、林瑞雄、謝貴雄，1998）；2007年統計資料，台北市國中小學童氣喘與過敏性鼻炎的盛行率分別為19.7%與50%（台灣氣喘衛教學會，2008），由此可知，過去二十年來，台北市學童的氣喘與過敏性鼻炎盛行率分別增加14%與42%。目前氣喘逐漸為家長及兒童所重視，但卻忽略過敏性鼻炎，雖然過敏性鼻炎不像過敏性氣喘一樣會引起致命的結果，但其流鼻水、鼻子癢、鼻塞、打噴嚏等症狀容易反覆再發，一旦控制不佳，常會導致氣喘、鼻竇炎和中耳炎等併發症（顏大欽，2003；謝昌成、陳建甫、劉鎮嘉，2006），影響睡眠品質（Stuck et al., 2004）、課業和學習能力（Skoner, 2001）、決策能力、社交及生活品質（Berger, 2004；謝昌成等，2006），是一個不容輕忽的疾病。

綜觀台灣國內過去十年於過敏性鼻炎的相關研究上，大多著重於免疫學、醫學及流行病學的調查，於過去文獻中較少針對醫療遵從行為的趨勢及相關因素進行探討。因此，本研究針對過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為及其相關因素做初步探討，以作為後續研究與設計衛生教育方案之參考，期望提升未來醫療照護品質及促進過敏兒之醫療

遵從性。

貳、研究方法

一、研究設計與對象

本研究採橫斷式研究設計，以中部某醫學中心兒童過敏免疫科門診，經專科醫師診斷確診為過敏性鼻炎且罹病達一年以上之6-14歲兒童及其父母為研究對象，運用自擬式結構問卷為研究工具，於兒童就診後，由研究者親自訪談收集資料。本研究經該醫學中心人體試驗委員會同意後進行，資料收集期間2010/08/25~2010/10/15，訪談總個案數150人，拒訪5人，共發出145份問卷，刪除9份作答不全，得到有效問卷計有136份。

二、研究工具

本研究使用工具包括：兒童醫療遵從行為自我報告問卷、父母協同報告問卷，及鼻阻力測量。分述如下：

（一）兒童醫療遵從行為自我報告問卷

兒童醫療遵從行為自我報告問卷，參酌相關文獻（賴泉源、莊永鑣、吳克修、黃文雄，2008；顏大欽，2003）、學者專家意見及個人實務經驗編製，問卷效度採專家內容效度，邀請國內兒童過敏免疫科專科醫師、兒科護理專家學者、衛生教育專家學者、國小護理師及氣喘過敏專責衛教師七位，就每一題目之適切性進行修正意見，以建立問卷內容的內容效度。信度採內在一致性檢定，量表Cronbach' α 值.82。問卷內容包含：醫療遵從行為及基本資料。「醫療遵從行為」，包含：用藥遵從及居家生活遵從，共10題。採 Likert 五分法計分，總分五十分，分數愈高，代表過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為愈好。「基本資料」，包含兒童及父母親二部份。兒童包括：年齡、性別、疾病嚴重度、罹病期間。其中疾病嚴重度以臨床專科醫師依據 ARIA（2007）指引診斷，將疾病嚴重分為四級。父母親包括：年齡、婚姻狀況、社經地位（教育程度、職業）。

（二）父母協同報告問卷

父母協同報告問卷，參酌相關文獻（何千惠，2004；林雅如，2007；蔣立琦，

1999；賴泉源等，2008；顏大欽，2003）及個人實務經驗編製，問卷效度採專家內容效度，信度採內在一致性檢定。問卷內容包含：疾病認知、自我效能、醫病互動關係及醫療遵從行為。「疾病認知」內容評估過敏性鼻炎兒童父母對於過敏性鼻炎相關知識之瞭解情形，包含：環境過敏原及誘發因素、藥物治療知識、居家生活環境控制方法，共23題，以「是非題」形式評估，答對一題給1分，答錯及不知道者不予給分，分數愈高，表示對過敏性鼻炎相關知識愈瞭解，量表Cronbach' α 值.78。「自我效能」內容評估過敏性鼻炎兒童父母在照顧過敏性鼻炎兒童時（依醫囑用藥及居家生活控制）之把握程度，共15題。採Likert五分法計分，總分七十五分，分數愈高，表示自我效能愈強，量表Cronbach' α 值.93。「醫病互動關係」內容評估過敏性鼻炎兒童父母之醫病互動關係。本量表採用蔣立琦（1999）「醫病互動關係量表」共10題，採Likert五分法計分，總分五十分，分數愈高，表示醫病之間的溝通愈好，醫病互動關係愈佳，量表Cronbach' α 值.75。「醫療遵從行為」此部份與兒童醫療遵從行為自我報告問卷為平行格式其內容是一致的，只有在問句的第一人稱（我…）改成「您的小孩」，問卷內容與計分方式與兒童醫療遵從行為自我報告問卷相同，量表Cronbach' α 值.82。

（三）鼻阻力測量（Nasal peak expiratory flow rate, nPEFR）

本研究以Mini-Wright尖峰呼氣流速計測量其鼻阻力（nPEFR），來作為評估疾病治療結果。測量方式：先將Mini-Wright尖峰呼氣流速計接上符合兒童臉部大小的面罩，測量時兒童須採立姿，先行深呼吸後緊閉嘴巴，接著由鼻子用力呼氣，相同步驟，連續測量3次，取數值最好的一次為測量結果（Lee, Sun, Lu, Ku, & Lue, 2009）。本研究為克服執行nPEFR測量的正確性，統一由研究者執行nPEFR測量。藉由計算鼻阻力改善率（公式：此次鼻阻力值－過敏性鼻炎兒童於研究前六個月在衛教室所測得之鼻阻力值/前六個月在衛教室所測得之鼻阻力值 *100%），來評估疾病治療結果。鼻阻力改善率的評定標準，目前無相關文獻，但國內過敏免疫專家認為，一般若改善率>20%，則表示兒童達穩定醫療控制，可藉此對醫療遵從行為的評估，提供一健康結果的呈現。

三、研究流程

本研究採方便取樣，研究期間由過敏免疫科醫師依照本研究的選樣條件，選取符合研究對象，於看診後，轉介給研究者，研究者向兒童及其父母說明研究目的，徵求同意後進行鼻阻力測量，依病歷收集資料，並陪伴兒童及其父母填寫問卷。

四、資料處理

本研究以SPSS12.0套裝統計軟體進行統計分析，依研究目的、架構及變項特性進行分析。描述性統計分析包括以次數分配、百分比、平均值、標準差來描述研究對象個人背景因素及醫療遵從行為分佈情形；推論性統計分析包括以t檢定、單因子變異數分析（One-way Analysis of Variance；One-way ANOVA）、皮爾遜積差相關（Pearson product-moment correlation）、複迴歸統計分析（Multiple Regression）來進行推論性統計。

參、結果與討論

一、研究對象基本資料

本研究共收集136位過敏性鼻炎兒童及其父母，其中男童77位（56.6%）、女童59位（43.4%）；兒童平均年齡為8.66歲（標準差2.22歲），其中＜9歲有76位（55.9%）、≥9歲有60位（44.1%）；在疾病嚴重度上，以中/重度間歇型（2級）83位（61.0%）最多，其次為輕度持續型（3級）46位（33.8%）；罹病時間平均2.91年（標準差1.49年）；藥物治療種類，單以口服藥治療有127位（93.4%）、口服藥併鼻噴劑治療有9位（6.6%）。

父親平均年齡為40.68歲（標準差4.54歲，範圍26至62歲），其中以40-44歲54位（39.7%）居多，其次為35-39歲50位（36.8%）；母親平均年齡為37.65歲（標準差3.89歲，範圍24至48歲），其中以35-39歲66位（48.5%）居多，其次為40-44歲34位（25.0%）。在教育程度上，父親大多為專科大學69位（50.7%），其次為高中職52位（38.2%）；母親大多為專科大學62位（45.6%），其次為高中職56位（41.2%）。家庭社經地位（依據Hollingshead二因素社經地位指標歸納），以中社經居多（64位，47.1%），其次為中低社經（40位，29.4%）、中高社經（30位，22.1%）、高社經（2位，1.5%）。在婚姻部分，已婚124對（91.2%）、離婚10對（7.4%）、喪偶則有2對（1.5%）。

二、研究對象醫療遵從行為之現況

兒童自我報告測得總分平均數33.27分，標準差6.69分；父母協同報告測得總分平

均數33.33分，標準差6.53分。而在「用藥遵從」及「居家生活遵從」次量表方面，兒童在「用藥遵從」得分較高，其次為「居家生活遵從」；而父母協同報告亦然（表1）。兩者以Pearson's correlation分析，呈顯著正相關（ $r=.949$ ， $p=.000$ ）；以Pair-t test檢定兩者間，並未達統計上的顯著差異（ $t=-.324$ ， $P=.746$ ），顯示兒童與父母在醫療遵從行為上報告具有一致性。在鼻阻力測量部份，未改善有96位（佔70.6%）（其中鼻阻力無變化有41.2%），有改善40位（佔29.4%）（其中改善率 $<10\%$ 有16.9%、10-20%有8.8%、 $>20\%$ 有3.7%）。

研究結果顯示，過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為自我報告及其父母協同報告皆偏高且具一致性；而以鼻阻力改善率來說，鼻阻力有改善只佔29.4%，大部份為鼻阻力無變化，佔41.2%，顯示兒童在鼻阻力改善上不明顯，目前國內在鼻阻力改善率的評定標準無相關文獻，在臨床研究大多是以個案本身治療前後鼻阻力來評估治療效果，國內過敏免疫專家認為，一般若改善率 $>20\%$ ，則表示兒童達穩定醫療控制。由此可知，兒童醫療遵從行為在比例上差異頗大，此結果與Bender, Milgran and Rand（1997）、林美玲（2003）研究結果相似，自我報告方面調查其遵從度常被高估。或許這也跟本研究取樣有關，本研究非隨機抽樣，以醫院門診兒童為對象，且當面會談以填答問卷方式獲取資料，兒童及其父母在醫護人員面前容易產生本能的心理防衛機轉，而不願承認其不遵從行為，使得有高估遵從度的可能性。而「用藥遵從行為」較「居家生活遵從行為」佳，與蕭彤宇（2003）、Kyngas（2000）之研究結果相似。分析可能原因，本研究收案地點為醫院門診，會至醫院就診，表示兒童過敏症狀明顯且受到兒童及父母的關注，期望醫師給予藥物治療，相對此時用藥遵從性會較高，且用藥處方較居家生活遵從更為確實明瞭、具體可行。而居家生活遵從包含層面較廣，易受外在因素（如：抗拒喜好及美食誘因、克服惰性、生活習慣、環境因素等）影響，故遵從性會較用藥遵從低。

表1 研究對象兒童自我報告/父母協同報告之醫療遵從行為分佈情形（ $n=136$ ）

變項名稱	題數	兒童自我報告			父母協同報告		
		平均值	標準差	單題平均得分	平均值	標準差	單題平均得分
遵醫療行為	10	33.27	6.69	3.33	33.33	6.53	3.33
用藥遵從	4	14.47	2.96	3.62	14.39	2.77	3.60
居家生活遵從	6	18.80	4.69	3.13	18.94	4.85	3.16

研究對象父母疾病認知部份，平均答對率82.2%（表2），此與童小綺（2004）研究結果相符，但與Whitehouse and Morris（1997）結果不同。分析可能原因，本研究父母集中於都會區，以中社經地位居多，教育程度高中以上佔92%。自我效能部份，總分平均數56.57分（平均單題得分3.77分），偏向正向，其中「依醫囑用藥自我效能」得分較高，其次為「居家生活控制自我效能」（表3），此與Kyngas（2000）、Shi, Pothiban, Wonghongkul, Panya, and Ostwald（2008）研究結果相似。父母在照顧過敏性鼻炎兒童時「依醫囑用藥自我效能」把握程度高於「居家生活控制自我效能」，分析可能原因，過敏性鼻炎為慢性病，一般可先藉由居家生活控制做起，若症狀嚴重則需配合藥物治療，而本研究過敏性鼻炎兒童在疾病嚴重度皆為2級以上（上學、睡眠及日常生活已受影響），父母會將兒童帶至醫院求診，顯示期望藉由藥物治療來改善兒童過敏情形，依醫囑用藥執行的動機較強，且治療藥物只需每天睡前服用一顆，相對把握程度較高。而居家生活控制層面較廣，易受外在因素（如：兒童配合度及堅持度、父母時間、體力、家庭環境、家庭以外的環境等）影響，因此較沒有依醫囑用藥的把握。醫病互動部份，總分平均數39.71分（平均單題得分3.97分）（表4），偏向正向，此與林美玲（2003）與潘國揚（2002）研究結果相符。

表2 研究對象父母疾病認知各題得分分佈情形（n=136）

題 目	答對人數	答對率%
1. 過敏性鼻炎是鼻腔黏膜對於空氣中過敏原的刺激，產生慢性發炎的一種過敏性疾病	129	94.9
2. 過敏性鼻炎常見的症狀為連續性打噴嚏、流鼻水及鼻塞等三大症狀	131	96.3
3. 兒童過敏性鼻炎除了家族遺傳性，環境也是重要的影響因素	134	98.5
4. 造成兒童過敏性鼻炎的環境因素，包含：過敏原及非過敏原誘因	116	85.3
5. 台灣兒童過敏性鼻炎常見的過敏原為塵蟎與家塵	123	90.4
6. 造成兒童過敏性鼻炎的非過敏原誘因為：氣候劇烈變化、食物冷熱變化、空氣污染、二手煙、刺激性的味道（如：蚊香、殺蟲劑、香水等）、情緒的強烈起伏、病毒感染等	97	71.3
7. 兒童過敏性鼻炎可藉由居家生活管理而獲得有效控制	122	89.7

8. 過敏性鼻炎治療藥物主要有，口服抗組織胺、局部鼻類固醇噴劑	89	65.4
9. 適當的居家環境改善及正確藥物治療後，仍然無法改善症狀，則可考慮減敏治療	62	45.6
10. 配合醫師指示規則服藥可使過敏性鼻炎獲得有效控制	134	98.5
11. 當感覺孩子症狀好多了，可以不必使用藥物以免有副作用	86	63.2
12. 當感覺孩子症狀變差了，可自行停止過敏藥物使用	132	97.1
13. 定期返診拿藥，並且讓醫師知道孩子的病況有助病情控制	131	96.3
14. 床單、被套、枕頭套最好每兩週用55°C的熱水清洗	103	75.7
15. 可使用毛毯、綿毛製品、榻榻米、草蓆，以減少塵蟎滋生	79	58.1
16. 避免給小朋友絨毛類的填充玩具	134	98.5
17. 平時勤於打掃室內，清掃時儘可能使用吸塵器或濕抹布擦拭	135	99.3
18. 控制室內溼度在50%-65%，可以減少塵蟎	68	50.0
19. 家中不可飼養有毛的寵物，如貓、狗等	136	100.0
20. 做好廚房衛生，可避免蟑螂滋生	134	98.5
21. 家中不種開花植物	82	60.3
22. 可使用芳香劑、蚊香、殺蟲劑來防止塵蟎滋生	87	64.0
23. 避免食用冰冷飲料及食物、高熱量食物及油炸食物	129	94.9
平均		82.2

表3 研究對象父母自我效能分佈情形 (n=136)

項目名稱	平均值	標準差	題數	單題平均得分
自我效能	56.57	9.26	15	3.77
依醫囑用藥自我效能	16.03	2.71	4	4.01
居家生活控制自我效能	40.54	7.07	11	3.68

表4 研究對象父母醫病互動各題分佈情形 (n=136)

題目	從不 %	很少 %	偶爾 %	經常 %	總是 %	平均 值	標準 差
1.我有問題時會向醫護人員詢問 該怎麼辦	0	3.7	36.0	47.8	12.5	3.30	0.85
*2.醫護人員太忙，我無法得到我 所需要的答案	22.8	58.1	16.9	2.2	0	2.81	1.07
3.醫護人員能告訴我有關「過敏 性鼻炎治療」的說明	0.7	0.7	34.6	49.3	14.7	3.98	0.97
4.醫護人員的說明我大多能明白	0	0	22.1	57.4	20.6	4.32	0.83
*5.醫護人員會覺得我問他問題是 在找麻煩	52.9	40.4	4.4	2.2	0	2.80	1.01
*6.有時候不同的醫護人員給我的 意見不一樣	36.0	50.0	11.0	1.5	1.5	3.18	1.24
*7.我的照顧觀念會有與醫護人員 不一致的情形	24.3	66.2	7.4	2.2	0	4.06	1.36
8.我會與孩子的醫護人員保持聯絡	4.4	26.5	46.3	16.9	5.9	2.79	1.08
9.每次看醫師，我會詳細說明孩 子不舒服的情形	0	0	11.8	51.5	36.8	2.87	1.04
10.對醫護人員的說明有不清楚的 地方，我會適時發問	0	0	8.8	50.7	40.4	3.23	0.94

註1：選項計分：總是5分～從不1分

註2：*為逆向計分：從不為5分、很少為4分、偶爾為3分、經常為2分、總是為1分

註3：醫病互動，總分平均數39.71分（標準差3.98分），平均單題得分3.97分

三、影響研究對象醫療遵從行為的相關因素

研究對象醫療遵從行為，因「年齡」、「父親教育程度」、「母親教育程度」及「家庭社經地位」在醫療遵從行為有顯著差異（表5）；年齡部分，9歲以下其醫療遵從行為顯著高於9歲以上，此與Jacobson 等（1987）、McQuaid, Kopel, Klein and Fritz（2003）及蕭彤宇（2003）之研究結果相似。分析可能原因，父母親在兒童照護上擁

有充分的決策權，年齡小兒童，自主性低較容易接受父母親監督及管理，醫療遵從性較佳；而年齡大兒童，自主性較高，隨著在學校時間較長，且此時期亦受同儕影響，故遵從性較年齡小差。教育程度經Scheffe's事後比較發現，父親研究所、專科大學以上程度優於高中職，母親研究所、專科大學以上程度優於國中；社經地位部份，中高社經地位優於中社經及中低社經，此與Apter, Reisine, Affleck, Barrows and ZuWallack (1998)、Mitchell, Scheier and Baker (2000)、及蕭彤宇 (2003) 研究相符，家庭社經地位高，相對父母教育程度高，越容易了解遠離過敏原的重要性並進行遠離行為，且有能力並願意購買較多環境控制設備 (蔣立琦, 1999)，故在醫療遵從行為較佳。

父母疾病認知與醫療遵從行為呈顯著正相關 ($r=.488$, $p=.000$) (表6)，此與林美玲 (2003)、蕭宇彤 (2003)、Bender, Milgram and Rand (1997) 研究結果相似。確實知識是執行某一項健康行為的基礎，在實施衛生教育時，知識確實是不可或缺的一環，但執行時需多層面的考量，不單依醫療人員主觀認知給予指導，應就個案的個別需求給予衛教才能達到最佳成效。父母自我效能與醫療遵從行為亦呈現顯著正相關 ($r=.551$, $p=.000$) (表6)，此與何千惠 (2004)、吳曼阡 (2005)、楊珏璿 (2009)、Shi, Pothiban, Wonghongkul, Panya and Ostwald (2008) 研究結果相似。

醫病互動關係與醫療遵從行為亦呈現顯著正相關 ($r=.271$, $p=.001$) (表6)，此與林美玲 (2003) 針對氣喘兒童醫療遵從行為的研究結果相似，父母親與醫護人員的互動愈好，兒童在用藥遵從行為上也愈好。衛生教育執行時，並不只是注重知識的傳遞，良好的醫病互動以及有效的醫病溝通可提高滿意度，有助於醫療遵從行為的促進。

表5 研究對象個人背景因素對其整體醫療遵從行為的差異性分析 (n=136)

自變項	組別	平均數	t值	F 值	P值	事後比較
性別	①男童	33.32	0.104		0.917	
	②女童	33.20				
年齡 (一)	①6-8歲	33.88		2.090	0.128	
	②9-11歲	32.50				
	③12-14歲	30.50				
年齡 (二)	①<9歲	33.88	1.198		0.050	
	②≥9歲	31.50				

疾病嚴重度	①中/重度間歇型（2級）	33.56	1.093	0.354	
	②輕度持續型（3級）	32.48			
	③中/重度持續型（4級）	36.14			
罹病時間	①1-2年	34.39	1.176	0.312	
	②>2年-4年	32.87			
	③>4年	32.15			
父親年齡	①35歲以下	35.50	2.842	0.053	
	②35-39歲	31.86			
	③40-44歲	34.91			
	④45歲以上	31.45			
母親年齡	① 35歲以下	32.93	0.212	0.888	
	②35-39歲	33.59			
	③40-44歲	33.26			
	④45歲以上	31.50			
父親教育程度	①國中	31.20	4.071	0.025	④>②
	②高中職	31.69			③>②
	③專科大學	34.12			
	④研究所	36.70			
母親教育程度	①國中	28.40	5.781	0.004	④>①
	②高中職	32.34			③>①
	③專科大學	34.42			
	④研究所	37.00			
家庭社經地位	①中低社經	30.73	9.008	0.000	③>①
	②中社經	32.48			③>①
	③中高社經	38.10			
	④高社經	37.00			
婚姻	①已婚	33.78	8.728	0.062	
	②離婚	28.40			
	③喪偶	26.00			

表6 研究對象父母疾病認知、自我效能、醫病互動與醫療遵從行為的相關性分析 (n=136)

變項名稱	整體醫療遵從行為	用藥遵從	居家生活遵從
疾病認知	0.488***	0.372***	0.460***
自我效能	0.551***		
依醫囑用藥自我效能		0.563***	
居家生活控制自我效能			0.458***
醫病互動	0.271**	0.218**	0.249**

** p<0.01 *** p<0.001

綜合上述發現，研究對象「年齡」、「父親教育程度」、「母親教育程度」、「家庭社經地位」、「父母疾病認知」、「父母自我效能」及「父母醫病互動關係」在研究對象醫療遵從行為上皆有顯著統計差異。由上述7個變項來預測研究對象醫療遵從行為，有35%的解釋力 ($R^2=.35$, $F=6.713$, $P=.000$) (表7)。進一步分析發現，「父母自我效能」與「家庭社經地位-中高社經」能有意義的預測研究對象醫療遵從行為；標準化迴歸係數顯示，父母自我效能 β 值(.42)大於家庭社經地位-中高社經 β 值(.26)，故父母自我效能是預測醫療遵從行為的最佳因子。這與多數研究(何千惠, 2004; 吳曼阡, 2005; 楊珏璿, 2009; Chiang, Huang, & Chao, 2005; Shi, Pothiban, Wonghongkul, Panya, & Ostwald, 2008)結果相似。因此，藉由提升父母自我效能，以提高兒童醫療遵從行為的順從性，是未來衛生教育應努力之方向。

表7 研究對象醫療遵從行為影響因素之複迴歸分析 (n=136)

預測變項	標準迴歸係數 (β)	t值	R2	F值
			.35	6.713***
年齡				
9歲以下 (為參照組)				
9歲以上	-.04	-.521		
父親教育程度				
國中	.04	.495		
高中職	.04	.349		

專科大學（為參照組）		
研究所	-.03	-.297
母親教育程度		
國中	-.10	-1.180
高中職	.07	.697
專科大學（為參照組）		
研究所	-.08	-.821
社經地位		
中低社經	-.13	-1.139
中社經（為參照組）		
中高社經	.26**	2.706
高社經	.09	1.064
父母疾病認知	.12	1.183
父母自我效能	.42***	4.455
父母醫病互動關係	-.03	-.412

** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

肆、結論與建議

本研究以中部某醫學中心兒童過敏免疫科門診136位過敏性鼻炎兒童及其父母為研究對象，探討過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為及其相關因素，依據研究結果及討論，歸納結論如下：

一、結論

（一）兒童醫療遵從行為，在兒童自我報告及其父母協同報告整體平均得分，分別 為

33.27分、33.33分（總分50分），而「用藥遵從」得分較「居家生活遵從」高，且兩者具一致性。而在鼻阻力改善率方面，有改善只佔29.4%，疾病治療結果上改善不明顯。

- （二）過敏性鼻炎兒童父母疾病認知偏高。自我效能偏正向，其中「依醫囑用藥自我效能」把握程度高於「居家生活控制自我效能」。醫病互動關係亦偏正向。
- （三）兒童年齡小、父母專科大學以上、中高社經地位其醫療遵從行為較佳。父母疾病認知、自我效能、醫病互動與醫療遵從行為呈顯著正相關。
- （四）年齡、父母親教育程度、家庭社經地位、父母疾病認知、父母自我效能及父母醫病互動關係對過敏性鼻炎兒童「醫療遵從行為」的預測力為35%，其中「自我效能」是最有力的預測因子。

二、建議

（一）衛生教育實務方面：

- 1.本研究顯示過敏性鼻炎兒童及其父母在醫療遵從行為中，比較重視用藥遵從，較忽略居家生活遵從，因此衛生教育者應加強居家生活控制對過敏性鼻炎的重要性。
- 2.本研究過敏性鼻炎兒童父母雖疾病認知偏高，但對於非過敏原誘因、藥物使用觀念及環境塵蟎控制方法等認知的得分偏低，建議日後舉辦衛生教育時，可在認知偏低項目加強，尤其在環境塵蟎控制上，應更具體說明並提供書面文字，以增強衛生教育的效果。
- 3.本研究顯示過敏性鼻炎兒童醫療遵從行為中，用藥遵從行為較居家生活遵從行為好。而父母之自我效能為其醫療遵從行為最有力的預測因子，愈正向之自我效能，其醫療遵從行為愈佳。故衛生教育者在推廣過敏性鼻炎衛生教育時，應加強父母在居家生活控制的把握程度，協助克服其外在因素的影響，增進執行的自信心，進而促進兒童醫療遵從行為。

（二）衛生教育研究方面：

- 1.本研究僅就中部某醫學中心之兒科門診過敏性鼻炎兒童為研究對象，研究結果的推論有所限制。另外，能按時就醫之兒童其醫療遵從性應較為合作，醫療遵從行為結果可能會有偏高之情形，建議未來可擴大研究對象、增加樣本數及研究對象來源的廣泛性。

- 2.本研究為橫斷式研究，無法針對各相關影響因素之因果關係提供長期完整明確之證明及瞭解過敏性鼻炎兒童長期的醫療遵從行為改變情形，未來研究方向可朝向縱貫式研究設計長期追蹤，並建立較適當的因果關係模式來深入探究過敏性鼻炎兒童之醫療遵從行為。

參考文獻

一、中文部份

- 台灣氣喘衛教學會（2008）。過敏性鼻炎診療指引。2010 年3月10日，取自 <http://www.asthma-edu.org.tw/asthma/member7.aspx>
- 何千惠（2004）。第2型糖尿病病人自我效能及社會支持與遵醫囑行為之相關研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北。
- 林美玲（2003）。氣喘兒童醫療遵從行為與相關因素之探討。未出版碩士論文，長庚大學，台北。
- 林雅如（2007）。過敏性鼻炎之治療策略。成醫藥誌，17（4），14-17。
- 吳家興、林瑞雄、謝貴雄（1998）。台灣北部國中學生氣喘盛行率調查。中華衛誌，17（3），214-225。
- 吳曼阡（2005）。高血壓個案健康體能與血壓控制行為及其相關因素之探討-以花蓮吉安鄉為例。未出版碩士論文，慈濟大學，花蓮。
- 徐世達（2009）。過敏性鼻炎治療準則。台灣氣喘衛教學會通訊，14，13-18。
- 童小綺（2004）。腸胃科住院病童家屬之溝通滿意與疾病認知對遵醫囑行為之影響。未出版碩士論文，長庚大學，台北。
- 楊珣璿（2009）。某醫學中心門診高血壓病人服藥遵守行為之探討-自我效能及行動線索之影響。未出版碩士論文，國立台灣大學，台北。
- 潘國揚（2002）。兒科加護病房醫病溝通與病患家屬需求及滿意度之探討。未出版碩士論文，慈濟大學，花蓮。
- 蔣立琦（1999）。氣喘兒童父母自我處理效能及其相關因素之研究。未出版博士論文，國立台灣師範大學，台北。
- 賴泉源、莊永鑣、吳克修、黃文雄（2008）。過敏性鼻炎。臺灣兒童過敏氣喘及免疫學會學會通訊，9（4），10-15。
- 顏大欽（2003）。孩童過敏性鼻炎的治療原則。臺灣兒童過敏氣喘及免疫學會學會通訊，4

(1)，14-15。

謝昌成、陳建甫、劉鎮嘉（2006）。過敏性鼻炎。《基層醫學》，21（12），346-351。

蕭彤宇（2003）。《癲癇兒童醫療遵從行為與相關因素之探討》。未出版碩士論文，長庚大學，台北。

二、英文部分

Apter, A.J., Reisine, S.T., Affleck, G., Barrows, E., & ZuWallack, R. (1998). Adherence with twice-daily dosing of inhaled steroids. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 157, 1810-1817.

Allergic Rhinitis and its impact on Asthma (2007). *ARIA Guidelines*. Retrieved March 10, 2010, from <http://whiar.org/Documents&Resources.php#1>

Bender, B. Milgram, H., & Rand, C. (1997). Nonadherence in asthmatic Patient: is there a solution to the problem. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*, 97, 177-186.

Berger, W.E. (2004). Allergic rhinitis in children: diagnosis and management strategies. *Paediatr Drugs*, 6, 233-250.

Chiang, L.C., Huang, J.L., & Chao, S.Y. (2005). A Comparison, by Quantitative and Qualitative Methods, Between the Self-Management Behaviors of Parents with Asthma. *Journal of Nursing Research*, 13(2), 323-333.

Dunbar-Jacob, J., Erlen, J.A., Schlenk, E.A., Ryan, C.M., Sereika, S.M. & Doswell, W.M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 48-90.

Jacobson, M.A., Hauser, S.T., Wolfsdorf, J.L., Houlihan, J., Milley, J.E., Herskoeitz, R.D., Wertlieb, D., & Watt, E. (1987). Psychologic predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics*, 110(5), 805-811.

Kyngas, H. (2000). Compliance with health regimens of adolescents with epilepsy. *Seizure*, 9(3), 598-604.

Lee, C.F., Sun, H.L., Lu, K.H., Ku, M.S., & Lue, K.H. (2009) The comparison of cetirizine, levocetirizine and placebo for the treatment of childhood perennial allergic rhinitis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 20, 493-499.

McQuaid, E.L., Kopel, S.J., Klein, R.B., & Fritz, G.K. (2003). Medication Adherence in Pediatric Asthma: Reasoning, Responsibility, and Behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 323-333.

Mitchell, W.G., Scheier, L.M., & Baker, S.A. (2000). Adherence to treatment in children with

epilepsy: who“follows doctor’s order”*Epilepsia*, 41(12), 1616-1625.

National Center for Health Statistics (2002). Allergies/Hay Fever. *National Health Interview Survey 2002*. Retrieved March 10, 2010, from <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/allergies.htm>.

Shi, Q., Pothiban, L., Wonghongkul, T., Panya, P., & Ostwald, S.K. (2008). Effect of a Hospital-based Clinic Intervention on Glycemic Control Self-efficacy and Glycemic Control in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Chiang Mai University Journal Natural Science*, 7(1), 1-11.

Skoner, D.P. (2001). Allergy rhinitis: Definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 108, S2-S8.

Stuck, B.A., Czajkowski, J., Hagner, A., Klimek, L., Verse, T., & Hormann, K., (2004). Changes in daytime sleepiness, quality of life, and objective sleep patterns in seasonal rhinitis: A controlled clinical trial. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 663-668.

Whitehouse, W., & Morris, B. (1997). Paediatric out-patient antiepileptic drug doses recorded in the medical charts are not reliable: implications for the notion of noncompliance. *Seizure*, 6(1), 41-42.

投稿日期：100年6月7日

修改日期：100年7月15日

接受日期：100年7月29日

Exploration on Adherence Behavior of Children with Allergic Rhinitis and its related factors

Ching-Hui Chan* I-Chyun Chiang** Sheu-Jen Huang**

Ko-Huang Lue*** Sah-Jen Chen****

Abstract

The purpose of this study was to explore the medical adherence behavior and associated factors of children with allergic rhinitis. Further, the research objects focus on allergic rhinitis children and their parents from a medical center in central Taiwan, and 136 effective samples acquired. The main results are as follows: Firstly, the overall average scores of medical adherence behavior of allergic rhinitis and children self reports combined with their parents synergy reports show significant correlation with 33.27 scores and 33.33 scores respectively (of 50 perfect score). However, it is not significant in terms of treatment outcome as the improvement rate of Nasal resistance (nPEFR) acquired as 29.4% only. Secondly, the disease cognition from the parents of allergic rhinitis children presents as a high level, as well as the self-efficacy and client-professional interaction tend to be positive. Thirdly, according to the result of factors analysis associated with the children adherence behavior, it shows that adherence

* Nurse, Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital

** Profesor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

*** Professor, School of Medicine, Chung Shan Medical University

**** Lecturer, Department of Nursing, Chung Shan Medical University

Corresponding author : I-Chyun Chiang

Phone : (02) 7734-1722

E-mail : t09009@ntnu.edu.tw

behavior would be higher depends on younger age of children (under 9 years old) and the parents with college academic background or in medium-to-high level of social or economic status. Further, the disease cognition from parents, self-efficacy and client-professional interaction displayed as a significant positive correlation . Finally, the predictive power reflected from the factors of 「age」 、 「parents' academic background」 、 「family's social/economic status」 、 「parents' disease cognition」 、 「parents' self-efficacy」 、 「parents' client-professional interaction」 to 「medical adherence behavior」 of children with allergic rhinitis presents 35% , and 「self-efficacy」 shows the best predictive factor. among these. Therefore, it suggests that medical adherence behavior of children could be improved by means of promoting parents' self-efficacy and raising confidence of performance upon the promotion of hygiene education on allergic rhinitis in the future.

Key Words: adherence behavior, allergic rhinitis, children