

# Wpływ astmy atopowej na funkcjonowanie dzieci w sytuacjach problemowych

ANNA STAŃCZYK, AGNIESZKA TOMCZYK-RUSIŃSKA

Klinika Propedeutyki Pediatrii Instytutu Pediatrii AM, ul. Sporna 36/50, 91-738 Łódź

Zaburzenia emocjonalne w przebiegu astmy dziecięcej obserwowane są często. Uważa się, że ich ujawnienie zależy głównie od ciężkości choroby, czasu jej trwania oraz stosowanych sposobów leczenia. W pracy oceniono częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w 23-osobowej grupie dzieci chorych na astmę. Podjęto również próbę analizy czynników wpływających na częstość pojawienia się zaburzeń emocjonalnych. Badania przeprowadzono metodą ankiety, w której dzieci dokonywały wyboru jednego z możliwych rozwiązań przedstawionych im sytuacji problemowych. Uzyskane wyniki odniesiono do danych na temat przebiegu astmy oraz poziomu wiedzy o chorobie. Wykazano istotną zależność zaburzeń emocjonalnych od niedostatecznej wiedzy dzieci na temat istoty choroby. Dlatego podkreślenia wymaga potrzeba edukacji w zakresie podstawowych problemów związanych z astmą, obejmującej zarówno chore dzieci jak i opiekunów.

## Wstęp

Zależności psychosomatyczne w astmie są znane i opisywane od lat [1-6]. Wiadomo, że mają one wielokierunkowy charakter. Czynniki psychiczne, a szczególnie negatywne emocje takie, jak lęk, strach czy gniew mogą nasilać objawy kliniczne astmy [4,5,7,8]. Z drugiej zaś strony przewlekła choroba, jaką jest astma, z nieuniknionymi okresami pogorszeń, którym towarzyszy duszność, również wpływa niekorzystnie na kształtowanie osobowości dziecka [9-12]. Każda choroba somatyczna, a więc i astma, może w istotny sposób uniemożliwić dziecku zaspokojenie jego podstawowych potrzeb psychicznych, na przykład poczucia bezpieczeństwa. Ograniczenia wynikające z choroby (konieczność przyjmowania leków, hospitalizacje, nieodzowność eliminacji alergenów) obniżają samoocenę dziecka oraz sprzyjają kształtowaniu postaw wycofywania i rezygnacji [5,10,13]. Wśród dzieci chorych na astmę zaburzenia emocjonalne obserwuje się u 25% - 40% [10,14]. Najczęściej jest to nadmierne uzależnienie od osób znaczących i podwyższony poziom lęku [5,11,12]. Według opinii wielu autorów rozwój zaburzeń emocjonalnych zależy od stopnia ciężkości astmy, czasu jej trwania oraz sposobu leczenia [5,9,11,14].

W pracy przeanalizowano wpływ astmy atopowej na umiejętność radzenia sobie przez chore dzieci z sytuacjami problemowymi.

## MATERIAŁ I METODYKA

### Pacjenci

Przebadano 23 dzieci z astmą atopową w wieku 11-12 lat. Czas trwania choroby wahał się od 2 do 12 lat

i średnio wynosił siedem lat. Większość dzieci (77%) chorowała długo, powyżej 5 lat. Wśród badanych dzieci przeważały dzieci z astmą łagodną - 62%. Astmę umiarkowaną rozpoznano u 31%, zaś ciężką u 7% dzieci. Badania przeprowadzono na kolonii zdrowotnej zorganizowanej dla dzieci chorych na astmę w czerwcu 1996 r. przez łódzkie Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Astmę i Choroby Alergiczne.

Grupę porównawczą stanowiło 27 zdrowych dzieci w tym samym wieku z jednej z łódzkich szkół podstawowych.

### Metody ankietowania

Wszystkie dzieci przebadano wykorzystując ankietę opracowaną przez zespół psychologów. Ankieta zawierała opis 16 sytuacji problemowych, które mogą się zdarzyć w życiu 11-12-latka. Zadaniem dziecka było określenie swojego zachowania poprzez wybór jednej z pięciu możliwych wersji rozwiązania problemu. Każda z odpowiedzi była charakterystyczna dla innego typu zachowania. Były to - skuteczne rozwiązanie problemu lub zachowania dysfunkcyjne, a wśród nich: reakcja lękowa, agresja, ucieczka i zewnątrzsterowność.

Ponadto dzieci chore poddano sprawdzianowi wiedzy o astmie, który zawierał 15 pytań ocenianych w punktach od 0 do 2. Uzyskany wynik 20 i powyżej punktów oceniano jako dobry poziom wiedzy o chorobie.

Weryfikacji statystycznej dokonano testem t-Studenta na poziomie istotności  $\alpha=0,05$ .

## WYNIKI

Analiza przeprowadzonej ankiety ujawniła, że 63% dzieci, zarówno chorych na astmę jak i zdrowych, potrafi skutecznie rozwiązywać swoje problemy. Natomiast około 37% dzieci prezentuje zachowania dysfunkcyjne (tab. I).

Tabela I. Wyniki ankiety psychologicznej

	Odpowiedzi w [%]	
	dzieci chorych	dzieci zdrowych
Rozwiązanie problemu	63,2	63,3
Zachowania dysfunkcyjne:	36,8	36,7
- lęk	3,1	6,0
- agresja	6,3	5,5
- ucieczka	5,8	6,0
- zewnątrzsterowność	21,6	19,2

Jedynie w zakresie zewnątrzsterowności obserwowano częstsze występowanie tej formy zachowania wśród dzieci chorych. Jednakże różnice pomiędzy grupami nie były istotne statystycznie.

Analiza częstości zachowań dysfunkcyjnych w zależności od ciężkości choroby nie ujawniła istnienia ujemnej korelacji. Okazało się, że dzieci z cięższą postacią astmy lepiej radziły sobie z problemami. Dzieci te miały również wyższy poziom wiedzy o chorobie.

Analiza badanych dzieci chorych na astmę w zależności od prezentowanego poziomu wiedzy o chorobie wykazała, że większość dzieci z ciężką i umiarkowaną astmą jest dobrze wyedukowana (tab. II).

Tabela II. Stopień ciężkości astmy a poziom wiedzy u dzieci chorych

Stopień ciężkości astmy	Liczba dzieci z poziomem wiedzy	
	niskim (n=13) score < 20 pkt	wysokim (n=10) score ≥ 20 pkt
Astmę łagodną	10 (77%)	4 (40%)
Astmę umiarkowaną	3 (23%)	4 (40%)
Astmę ciężką	0	2 (20%)

Tabela III. Wyniki ankiety psychologicznej w zależności od poziomu wiedzy dzieci chorych

	Odpowiedzi dzieci		
	prezentujących niski poziom wiedzy o astmie [%]	prezentujących wysoki poziom wiedzy o astmie [%]	zdrowych [%]
Rozwiązanie problemu	53,4*	73,1*	63,3
Zachowania dysfunkcyjne:	46,6*	26,9*	36,7
- lęk	4,3	1,9	6,0
- agresja	8,2	4,4	5,5
- ucieczka	7,2	4,4	6,0
- zewnątrzsterowność	26,9**	16,2*	19,2#

\*\* różnice istotne statystycznie na poziomie istotności  $\alpha=0,05$

Ocena wyników ankiety z uwzględnieniem podziału badanych dzieci na grupę z wysokim poziomem wiedzy i grupę z niskim poziomem wiedzy ujawniła różnice istotne statystycznie. Dzieci z niskim poziomem wiedzy rzadziej (53%) radziły sobie z sytuacjami problemowymi w porównaniu do dzieci z wysokim poziomem, które w 73% potrafiły rozwiązywać swoje problemy (tab. III). Zachowania dysfunkcyjne w grupie dzieci słabo wyedukowanych występowały często, bo aż w 47%, zaś w grupie dzieci z dużą wiedzą tylko w 27%. Najczęstszą ich formą była zewnątrzsterowność. Różnica w częstości tego typu zachowania była duża i istotna statystycznie, zarówno w stosunku do dzieci chorych z wysokim poziomem wiedzy, jak również w porównaniu z grupą dzieci zdrowych.

## DYSKUSJA

Astmę atopową należy do najczęstszych przewlekłych chorób wieku rozwojowego. Cierpi na nią około 10% populacji dziecięcej [10]. Wywiera ona poważny degradujący wpływ zarówno na psychikę, jak i intelekt chorujących dzieci [14,15,16]. Wielu autorów podkreśla zależność obserwowanych zaburzeń emocjonalnych od stopnia ciężkości astmy [9,11,14]. W naszych badaniach nie zaobserwowaliśmy wpływu ciężkości przebiegu choroby na funkcjonowanie dziecka w sytuacjach problemowych. Być może jest to zależne od faktu, że wśród badanych dzieci było tylko dwoje z ciężką astmą i obaj pacjenci należeli do grupy dzieci dobrze wyedukowanych.

Ocena zachowań dziecka w trudnych dla niego sytuacjach jest uznanym sposobem analizy psychologicznej w wieku rozwojowym [8]. Najczęstszym zachowaniem dysfunkcyjnym obserwowanym u dzieci chorych na astmę jest zewnątrzsterowność [9,13,14,16]. Pod pojęciem zewnątrzsterowności rozumie się nadmierną zależność emocjonalną dziecka od osób dorosłych oraz postrzeganie dorosłych jako odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów dziecka [8]. Takie ukształtowanie psychiki dziecka jest wynikiem zarówno samego przebiegu choroby i poczucia zagrożenia w przebiegu zaostrzeń, jak i nadopiekuńczości rodziców

i innych znaczących dorosłych. Dlatego też wielu autorów podkreśla konieczność terapii rodzinnej w rodzinach dzieci chorych na astmę [15,16,17,18,19]. W naszych badaniach również zewnątrzsterowność była najczęściej obserwowanym zaburzeniem.

Drugim częstym zaburzeniem zachowania u dzieci z astmą są reakcje lękowe [5,10,14]. Wśród badanych przez nas dzieci lęk jako odpowiedź na sytuacje problemowe obserwowano rzadko (3%). Częściej nasi pacjenci reagowali agresją lub ucieczką. Kształtowanie postaw lękowych jest silnie zależne od ciężkości przebiegu astmy oraz częstości hospitalizacji [10,13]. Ponieważ w badanej przez nas grupie dzieci przeważali pacjenci z łagodną i umiarkowaną astmą, a więc rzadziej przeżywający związane z chorobą poczucie zagrożenia, reakcje lękowe nie występowały u nich często.

W wielu publikacjach liczni autorzy zgodnie podkreślają potrzebę edukacji chorych na astmę [10,11,15,16,17]. Edukacja uważana jest za jeden z istotnych elementów terapii w astmie, również w astmie dziecięcej. Dziecko, które posiada niezbędną wiedzę na temat swoich dolegliwości oraz umiejętność przeciwdziałania im, łatwiej może zaakceptować swoją chorobę i zrozumieć swoje przeżycia a jednocześnie lepiej umie zrealizować zalecenia lekarskie [10,17]. Wiedza o chorobie zmniejsza lęk przed nieznanym a tym samym pozytywnie wpływa na stan emocjonalny dziecka i może

je chronić przed rozwojem zaburzeń psychicznych [8,10,20]. Nasze badania w pełni potwierdzają to stwierdzenie. Dzieci dobrze wyedukowane zdecydowanie rzadziej reagowały zachowaniami dysfunkcyjnymi niż ich mniej wyszkoleni koledzy. Wydaje się nam, że zaburzenia emocjonalne prowadzące u dzieci chorych na astmę do zachowań dysfunkcyjnych w znacznym stopniu zależą od niedostatecznej wiedzy na temat istoty choroby. Dlatego też problem edukacji dzieci chorych na astmę traktujemy jako równie ważny jak odpowiednio dobrana farmakoterapia.

Jedną z form edukacji mogą być organizowane przez Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Astmę i Choroby Alergiczne spotkania edukacyjne dla pacjentów, a także specjalne programy szkoleń w ramach organizowanych kolonii i zimowisk zdrowotnych. Wstępne obserwacje wskazują, że taka forma współpracy z pacjentami wpływa korzystnie na przebieg choroby i istotnie poprawia rokowanie.

Nasze badania wykazały, że najczęstszym zaburzeniem emocjonalnym u dzieci chorych na astmę jest zewnątrzsterowność. Istnieje wyraźna zależność występowania u dzieci z astmą zachowań dysfunkcyjnych od ich niedostatecznej wiedzy na temat istoty swojej choroby.

## Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz T.: Psychogeneza stanów alergicznych. W: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1988: 310-312.
2. Brodziak A.: Choroby psychosomatyczne. W: Psychosomatyka. Wyd.: V Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych ŚIAM, Bytom 1983: 36-82.
3. Cwynar S., Korzeniowski L.: Encyklopedyczny słownik psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986: 81-83.
4. Jarosz M.: Zaburzenia psychosomatyczne. Wpływ choroby na stan psychiczny pacjenta. Psychologia w zastosowaniu do pediatrii. W: Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1988: 207-225, 247-267, 373-390.
5. Pilecka W.: Psychologiczne problemy dzieci chorych na astmę. PZWL, Warszawa 1992: 1-23.
6. Luban-Plozza B.: Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa 1995.
7. Kaplan H.J., Sadock B.J.: Choroby psychosomatyczne. W: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995: 155-159.
8. Popielarska A.: Przyczyny i rozpoznawanie zaburzeń psychiatrycznych u dzieci. Zaburzenia psychosomatyczne. W: Psychiatria wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1989: 36-71, 145-162.
9. Creer T. L., Stein R., Rappaport L. i wsp.: Behavioral consequences of illness: Childhood asthma as a model. *Pediatrics*, 1992, 90: 808-814.
10. Kurzawa R., Wyczesany J.: Dziecko chore na astmę. Integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych. Universitas, Kraków 1995: 83-140.
11. McNichol K.N., Williams H.E., Allan J. i wsp.: Spectrum of asthma in children- Psychological and social components. *BMJ*, 1973, 4: 16-20.
12. Nocon A.: Social and emotional impact of childhood asthma. *Arch-Dis-Child*, 1991, 66: 458-460.
13. Dyga-Konarska M.: Psychologiczne zagadnienia związane z astmą oskrzelową u dzieci i młodzieży. *Klinika*, 1996, 1: 35-38.
14. Mrazek D.: Psychiatric complications of pediatric asthma. *Ann-Allergy*, 1992, 69: 285-289.
15. Gustafsson P.A., Bjorksten B., Kjellman N.M.: Family dysfunction in asthma: A prospective study of illness development. *J- Pediatr*, 1994, 125: 493-498.
16. Kolbe J., Vamos M.: Assessment of practical knowledge of self-management of acute asthma. *Chest*, 1996, 109: 86-90.

17. Blessing -Moore J.: Does asthma education change behavior? *Chest*, 1996; 109: 9-10.
18. Lask B.: Psychological treatments of asthma. *Clin-Exp-Allergy*, 1991; 21: 625-626.
19. Lask B.: Psychological treatments for childhood asthma . *Arch-Dis-Child*, 1992, 67:891-892.
20. Heszen-Klemens J.: Analiza zachowania się człowieka wobec zdrowia i choroby. Obraz własnej choroby: geneza i właściwości, znaczenie dla zachowania się. W: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. PAN, Warszawa 1979: 9-19, 31-35.

## **Influence of atopic asthma on children's functioning in conflict situations**

ANNA STAŃCZYK, AGNIESZKA TOMCZYK-RUSIŃSKA

### **Summary**

Emotional disturbance in children with asthma is frequently observed. It is believed that its manifestation depends mainly on severity and duration of the disease, and on the applied treatment methods.

The authors of the paper estimate the frequency of occurrence of emotional disturbance in a group of children with asthma. They also present an attempt to analyse factors influencing the frequency of emotional disturbance. Research was made by means of a questionnaire in which children chose one of possible solutions of presented problem situations. The obtained results were referred to the data on the course of asthma and the level of knowledge about the disease.

The authors have pointed out the existence of a significant dependence of emotional disturbance on insufficient children's knowledge about the reality of their disease. Therefore it is important to stress the necessity of education in the range of basic problems connected with asthma, both for affected children and persons who take care of them.