

Właściwości psychosomatyczne dzieci przewlekle chorych a zaburzenia ich zachowania w świetle badań wstępnych

ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

Zachowanie się dziecka, przez które rozumie się reakcje ruchowe lub czynności, za pomocą których organizm reguluje swoje stosunki z otoczeniem - uwarunkowane jest szeregiem czynników biopsychosocjalnych.

Czynniki biologiczne związane są głównie z reaktywnością układu nerwowego, zależną od siły, zrównowżenia i tempa przebiegu procesów neurofizjologicznych. Regulacyjna w stosunku do zachowania rola centralnego układu nerwowego uwarunkowana jest więc jego stanem. Dla oceny tego stanu u dziecka konieczne jest uchwycenie czynników mających wpływ negatywny, uszkadzający, a działających w czasie życia płodowego dziecka, w okresie okołoporodowym i wreszcie w przebiegu rozwoju pozapłodowego.

Jak wiadomo czynniki konstytucjonalne determinują w pewnym zakresie wrażliwość na różne szkodliwości egzogenne. Genetycznie uwarunkowana jest również struktura wegetatywna każdego człowieka. Według Eppingera i Hessa, występowanie pewnych chorób można wyjaśnić konstytucjonalnymi cechami układu wegetatywnego. Twierdzili oni, że przewaga układu parasympatycznego predestynuje jednostkę do określo-

nych chorób, m. in. do astmy oskrzelowej (Herman E., Prusiński A., 1975).

Stan somatyczny dziecka ocenić można w oparciu o badania morfologiczne oraz o badania czynnościowe służące do określenia wydolności organizmu.

Przedstawione w zarysie czynniki stanowią biologiczne uwarunkowania zachowania. Uwarunkowania psychologiczne wiążą się ściśle ze społecznymi, albowiem czynności związane z różnymi doświadczeniami życiowymi, czynniki wyznaczone poprzez określone formy kontaktów z osobami znaczącymi - determinują pewne typy reakcji u dziecka nie tylko na drodze bezpośredniego wpływu, ale także pośrednio, tworząc różnorodne zjawiska psychiczne będące niejako echem przeżytych sytuacji.

Dane uzyskane w bezpośrednim kontakcie z dzieckiem, np. w czasie badania psychiatrycznego, powinny być poszerzone o szereg danych zebranych w wywiadzie z rodzicami (opiekunami) dziecka.

Dezorganizacja zachowania pojawić się może pod wpływem czynników stresowych, w sytuacji trudnej, a więc np. deprywacji, zagrożenia, przeciążenia, utrudnienia czy sytuacji konfliktowej.

Jako zasadnicze przejawy dezorganizacji zachowania w sytuacji stresowej, można przyjąć (Lewicki A., 1978):

- 1) Lękowe zahamowania działań,
- 2) Gniew wyrażający się w działaniu agresywnym skierowanym na zewnątrz lub do wewnątrz,
- 3) Regresję, czyli stosowanie działań charakterystycznych dla wcześniejszych stadiów rozwoju,
- 4) Fiksację, czyli uporczywe powtarzanie działań czy reakcji, nawet jeśli są niecelowe.

Tak więc forma zachowań u człowieka zależy nie tylko od omówionych wyżej czynników biopsychicznych, ale i od struktury sytuacji aktualnej stanowiącej określony układ bodźców, wpływających bezpośrednio na reakcje psychoruchowe.

Przewlekła choroba somatyczna u dziecka ma w tym kontekście ogromne znaczenie jako czynnik wywierający wpływ na zachowanie. Nie tylko bowiem jej nasilenie i przebieg determinują stan somatyczny i wydolność fizyczną chorego, ale również poprzez występowanie określonych objawów i dolegliwości mają wpływ na samoocenę u dziecka, na zmianę hierarchii potrzeb i wartości oraz na zmianę pozycji społecznej w grupie rówieśników.

Typowe dla przewlekłe chorych dzieci ogólne osłabienie, złe samopoczucie, szybkie męczenie się, lęk przed dolegliwościami a nawet lęk przed śmiercią mogą wpływać na zubożenie czy deformację przeżyć poznawczych, przy czym ogromne znaczenie dla kształtowania się zakresu i poziomu funkcji gnostycznych ma reakcja emocjonalna na chorobę.

Przewlekłe choroby u dzieci - wg M. Zięciny - "wpływają niekorzystnie na fizyczny i umysłowy rozwój uczniów, utrudniając a nawet ograniczając w różnym zakresie i stopniu ich możliwości poznawcze w przyswajaniu, odkrywaniu, przeżywaniu i wartościowaniu wiadomości, a zwłaszcza w działaniu" (1978).

Jak wykazały badania P. Janowicza (1978), u dzieci z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego dochodzi do znacznych dewiacji w zakresie postaw (np. takich aspektów postaw, jak stosunek do obowiązków, do samodzielności). Chorych tego typu cechuje niska samoocena w zakresie zdrowia odporności na zmęczenie, pamięci i możliwości uczenia się, przy czym poziomy samooceny w poszczególnych składnikach są u nich gorsze niż u inwalidów narządu ruchu, choć zakres obiektywnych trudnień wydaje się tu być nieporównywalnie mniejszy. Jednocześnie nieadekwatnie podwyższona była u niektórych dzieci samoocena w zakresie np. wiadomości szkolnych.

Jak twierdzi T. Janowicz "w przebiegu przewlekłej choroby układu oddechowego dochodzi do bardzo niekorzystnego ukształtowania się niektórych właściwości psychicznych, fun-

kcjonujących jako dynamiczne schematy regulujące zachowanie się jednostek", co "wymaga wdrożenia specjalistycznego postępowania kompleksowego" (1978).

Te ogólne sformułowania wymagają uszczegółowienia i podbudowy naukowej, pozwalającej stwierdzić wpływ poszczególnych jednostek nozologicznych na omawiane zjawiska.

Zgodnie z przedstawioną koncepcją - zachowanie, a więc wszystkie reakcje psychoruchowe traktować należy jako zmienną zależną wyznaczoną przez szereg czynników będących zmiennymi niezależnymi.

Zależność tę wyraża formuła (por. z formułami A. Lewickiego (1978):

$$R = f(\text{Ch}, \text{O}, \text{W}, \text{S}, \text{B})$$

gdzie: R - stanowi symbol reakcji psychomotorycznych,
Ch - symbol przewlekłej choroby układu oddechowego,
O - symbol osobowości,
W - symbol warunków środowiska społecznego,
S - symbol sytuacji zewnętrznej,
B - symbol struktury biologicznej ustroju, na którą składają się: stan somatyczny, wydolność wysiłkowa, reaktywność układu nerwowego itp.,
f - stanowi symbol zależności reakcji psychomotorycznych od wyszczególnionych czynników.

Każdy z czynników winien być określony przez wybrane wskaźniki, poddające się pomiarom i klasyfikacji.

Praktycznym celem analizy biopsychosocjalnych czynników warunkujących zaburzenia zachowania jest ustalenie optymalnych rozwiązań rewalidacyjnych.

MATERIAŁ I METODY

Podjęte badania wstępne dotyczą wpływu przewlekłych chorób układu oddechowego na zachowanie się dzieci.

Przyjmując założenie, iż przewlekła choroba układu oddechowego jest jednym z czynników wpływających na dezorganizację zachowania u dziecka, dąży się do wyodrębnienia różnorodnych uwarunkowań zachowania u badanego dziecka.

Badania wstępne ograniczono do dzieci z dychawicą oskrzelową i dzieci z nawracającymi przewlekłymi nieżytami górnych dróg oddechowych^M. Objęto nimi dzieci w wieku 7 - 11 lat, wychodząc z założenia, że rozpoczynający się w 12 roku życia okres dojrzewania może, poprzez szereg zmian hormonalnych zachodzących w organizmie, wpływać zakłócająco na zachowanie jednostki. Tak więc dla uniknięcia w analizie zachowania dzieci chorych czynników związanych z pokwitaniem, jako kryterium doboru do grupy badanej i kontrolnej przyjęto wiek dzieci.

W badaniach dla oceny napędu psychoruchowego i nastroju dziecka posłużono się badaniem psychiatrycznym. Przeprowadzony wywiad umożliwiał orientację w skargach małego pacjenta oraz w objawach dołączających się do dolegliwości związanych ze schorzeniem zasadniczym.

W ocenie stanu psychicznego i zachowania dziecka brano również pod uwagę dane uzyskane drogą wywiadu z rodzicami (opiekunami) dziecka, a także informacje uzyskane poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej.

Opracowany schemat wywiadu z rodzicami pozwolił uzyskać szereg danych na temat: schorzeń w rodzinie, warunków bytowania dziecka, pożycia rodziców, popełnianych przez nich błędów wychowawczych, dolegliwości i chorób matki w czasie ciąży, przebiegu porodu, stanu dziecka po urodzeniu, rozwoju psychoruchowego dziecka, przebytych przez niego chorób i szczepień ochronnych, przebiegu choroby aktualnej a także dane charakteryzujące zachowanie się dziecka w okresie niemowlęcym, przedszkolnym oraz przed przyjęciem do sanatorium.

^M Omawiane dzieci leczone były w Instytucie Matki i Dziecka - Oddział w Rabce, a przedstawione badania są fragmentami szerszej pracy prowadzonej w ramach badań międzyre-sortowych. (MR - 13, III p).

Analiza dokumentacji medycznej umożliwiała pewną weryfikację informacji uzyskanych od rodziców (opiekunów) dziecka oraz dostarczała danych na temat poprzednich hospitalizacji, pobyków w sanatorium, wniosków bilansowych itp.

Stan somatyczny dziecka określano w oparciu o badania morfologiczne i obliczone wskaźniki.

Brano pod uwagę wskaźnik "wagowo-wzrostowy" Queteleta (Wolański N., 1975):

$$W_Q = \frac{\text{ciężar ciała w gramach}}{\text{wysokość ciała w centymetrach}}$$

oraz wskaźnik Pignet'a określający "siłę" budowy ciała (Wolański N., 1975):

WP = wysokość ciała w cm - (obwód klatki piersiowej w spoczynku na wysokości X_1 w cm + ciężar ciała w kg).

Wiek rozwojowy dziecka obliczano wg wzoru:

$$WR = \frac{\text{wiek kalendarzowy} + \text{wiek ciężaru} + \text{wiek wysokości}}{3}$$

Do określenia napięcia układu wegetatywnego posłużono się wskaźnikiem wegetatywnym I. Kőrdo:

$$VK = (1 - \frac{d}{p}) \times 100$$

gdzie: d - ciśnienie rozkurczowe;

p - częstość tętna/min.

Na parasympatykotonię wskazują ujemne wartości wskaźnika I. Kőrdo, dodatnie świadczą o sympatykotonii.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Badanie psychiatryczne miało na celu - jak już wspomniano - ocenę głównie nastroju i napędu psychoruchowego dzieci oraz orientację w skargach dziecka i objawach dołączających się do objawów związanych ze schorzeniem podstawowym.

T a b e l a 1

Wyszczególnienie	Grupa I (dzieci z astmą oskrzelową)	Grupa II (dzieci z nieży- tem górnych dróg oddechowych)
	liczba dzieci w wartościach względnych	liczba dzieci w wartościach względnych
	N = 25	N = 15
Nastrój obniżony - przy- gnębienie, depresja	0,92	0,53
Nastrój chwiejny	0,20	0,27
Nastrój drażliwy - wybu- chowość, agresywność	0,60	0,13
Niepokój	0,48	0,20
Zwiększona ruchliwość - nadpobudliwość	0,36	0,33
Zmniejszona ruchliwość - zahamowanie	0,32	0,46
Tiki, grymasowanie, nawy- ki patologiczne (obgryza- nie paznokci)	0,32	0,13
Myślenie przyspieszone	0,20	0,13
Myślenie zwolnione	0,28	0,26
Uwaga rozproszona	0,56	0,46
Gadatliwość	0,36	0,20
Spowolnienie mowy	0,12	0,13
Wady wymowy	0,08	0,13
Zaburzenia łaknienia, brak apetytu	0,36	0,40
Zaburzenia snu (trudnoś- ci w zasypianiu, częste budzenie się w nocy)	0,64	0,73
Sny lękowe	0,36	0,40
Lęki nieokreślone, fobie	0,60	0,33
Lęki przed rówieśnikami	0,08	-
Zmniejszenie zakresu za- interesowań	0,24	0,13
Mniejsze uspołecznienie	0,52	0,06
Moczenie nocne	0,16	-

Jak widać, skłonność do stanów depresyjnych i zachowań agresywnych, a także niepokój, nawyki patologiczne oraz lęki, jakkolwiek występują w obu grupach - są jednak znacznie częstsze u dzieci z astmą oskrzelową. Ponadto wyraźnie częściej można się spotkać u nich z mniejszym uspołecznieniem. W grupie dzieci astmatycznych występuje również moczenie nocne.

Aż 68 % dzieci z dychawicą (tab. 2) było leczonych szpitalnie (średnio 3,7 x). Natomiast w grupie dzieci z nieżytami hospitalizowanych było 33 % (średnio 0,6 x). Natomiast leczeniem sanatoryjnym objęto 84 % dzieci astmatycznych (średnio 1,7 x) oraz 40 % dzieci z grupy drugiej (średnio 1,2 x).

T a b e l a 2

Badane grupy	Leczenie szpitalne		Leczenie sanatoryjne	
	liczba osób w wart.wzgl.	średnio x	liczba osób w wart.wzgl.	średnio x
I. Dzieci z dychawicą oskrzelową	0,68	3,7	0,84	1,7
II. Dzieci z nieżytem górnych dróg oddechowych	0,33	0,6	0,40	1,2

Wiek rozwojowy dzieci z obu grup był w znacznym odsetku przypadków mniejszy niż wiek ich życia (tab. 3). W grupie dzieci z astmą oskrzelową 58 % wykazywało wiek rozwojowy mniejszy w stosunku do wieku kalendarzowego, 33 % - wiek rozwojowy większy niż wiek życia, a w 8 % występowała zgodność między nimi. Natomiast w grupie dzieci z przewlekłymi nieżytami górnych dróg oddechowych 75 % wykazywało mniejszy wiek rozwojowy niż wiek życia, a 25 % - wyższy.

T a b e l a 3

Badane grupy	Wiek rozwojowy większy niż wiek życia $WR > WZ$	Wiek rozwojowy równy wiekowi życia $WR = WZ$	Wiek rozwojowy mniejszy niż wiek życia $WR < WZ$	
	Liczba osób w wart. wzgl.	Liczba osób w wart. wzgl.	Liczba osób w wart. wzgl.	Średnia różnicy wieku w latach $WZ - WR$
I. Dzieci z dychawicą oskrzelową	0,33	0,08	0,58	1,03
II. Dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych	0,25	-	0,75	0,56

Wprawdzie w grupie z nieżytami nieco częściej spotykamy obniżenie wieku rozwojowego w stosunku do wieku życia, jednakże różnica ta w przeliczeniu na lata wynosi średnio 0,56 roku, natomiast u dzieci astmatycznych różnica ta jest znacznie wyraźniejsza i wynosi średnio 1,03 roku.

Wskaźnik wagowo-wzrostowy Queteleta w grupie pierwszej miał wartość średnią 20,1, podczas gdy w grupie drugiej wskaźnik średni miał wartość 19,8 (tab. 4).

Znacznie większe odchylenie standardowe - jak wynika z obliczeń - wiąże się z próbą dzieci astmatycznych. Wynika stąd, że wskaźnik wagowo-wzrostowy poszczególnych dzieci z dychawicą znacznie bardziej oddalony jest od średniej arytmetycznej niż obserwuje się to w grupie drugiej, a więc większe jest tu rozproszenie próby.

Średnie wartości wskaźnika Pigneta (tab. 5), określającego siłę budowy ciała, przedstawiały się następująco: w grupie dzieci z astmą - 1161, a w grupie dzieci z nieżytem górnych dróg oddechowych - 1177.

T a b e l a 4

Badane grupy	Wskaźnik Queteleta			
	Wartość średnia	Wartość najwyższa	Wartość najniższa	Odchylenie standardowe S
I. Dzieci z astmą oskrzelową	20,1	26	15	9,18
II. Dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych	19,8	24	18	2,08

T a b e l a 5

Badane grupy	Wskaźnik Pigneta			
	Wartość średnia	Wartość najwyższa	Wartość najniższa	Odchylenie standardowe S
I. Dzieci z astmą oskrzelową	1161	1315	1062	81,97
II. Dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych	1177	1201	1102	45,12

Podobnie jak przy wskaźniku poprzednim - odchylenie standardowe obliczone dla wskaźnika Pigneta w obu grupach dzieci jest znacznie, prawie dwukrotnie wyższe w grupie dzieci z dychawicą oskrzelową. Potwierdza to większe rozproszenie wyników określających siłę budowy ciała u dzieci z astmą w porównaniu do dzieci z nieżytami.

Wskaźnik Kärdo nie miał wartości ujemnej u żadnego z badanych dzieci, co wskazuje, iż nie ma wyraźnej przewagi napięcia układu parasympatycznego u przedstawicieli obu grup.

Wskaźnik Kërdo (tab. 6) w grupie dzieci astmatycznych wynosił średnio 28, przy czym wahał się od 2 do 48. U jednej z dziewczynek wynosił 0, co wskazuje na równowagę pomiędzy układem sympatycznym a parasympatycznym. Pozostałe dzieci wykazywały przewagę układu sympatycznego (co nie potwierdzałoby badań Eppingera i Hessa). Była to jednak przewaga mniejsza, niż ta, którą obserwowano w grupie drugiej. U dzieci z nieżytem górnych dróg oddechowych średnia wartość wskaźnika Kërdo wynosiła 37,3, co wskazuje na większe u nich niż w grupie poprzedniej napięcie układu współczulnego (wskaźnik ten wahał się w granicach 26 do 47).

T a b e l a 6

Badane grupy	Wskaźnik Kërdo			
	Wartość średnia	Wartość najwyższa	Wartość najniższa	Odchylenie standardowe S
I. Dzieci z astmą oskrzelową	28,0	48	2	11,09
II. Dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych	37,3	47	26	12,24

Natomiast odchylenie standardowe jest nieco mniejsze w grupie pierwszej, co wskazuje, iż wartości wskaźnika u poszczególnych dzieci z astmą są bliższe średniej arytmetycznej dla tej grupy. Średnia arytmetyczna wskaźnika Kërdo dla dzieci z nieżytami jest wyższa i częściej spotyka się większe odchylenie jego wartości u poszczególnych pacjentów od średniej w porównaniu do grupy poprzedniej.

Spostrzeżenia te wymagają potwierdzenia na większym materiale oraz posłużenia się do określenia parasympatykotomii szeregiem innych wskaźników (np. odsetkami limfocytów, liczbą eozynofili, poziomem glukozy w krwi, przemianą podstawową, zużyciem tlenu na kg wagi ciała, częstością fali alfa w EEG).

Z danych uzyskanych drogą wywiadu z rodzicami lub w oparciu o analizę dokumentacji medycznej można wyodrębnić szereg czynników różnicujących obie grupy (zob. tab. 7).

Jak widać - w grupie dzieci z dychawicą oskrzelową spotykamy astmę również wśród członków najbliższej rodziny tych dzieci, w tym także wśród rodzeństwa. W grupie drugiej nikt z rodziny chorych dzieci nie cierpiał na astmę.

Złe pożycie rodziców częściej występowało w grupie dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych, natomiast dzieci z dychawicą oskrzelową znacznie częściej wychowywane były przez inne osoby - głównie dziadków. Błędy wychowawcze rodziców znacznie częściej dotyczyły dzieci chorych na astmę.

Jednym z najistotniejszych błędów była nadmierna troskliwość i opiekuńczość rodziców. Dotyczyła ona dwukrotnie częściej dzieci astmatycznych, niż dzieci z nieżytami. Znacznie częściej także dzieci z dychawicą były wyróżniane wśród rodzeństwa.

Z danych dotyczących przebiegu ciąży wynika, iż wymioty u matek w pierwszym okresie ciąży wyraźnie częściej występowały w grupie dzieci z dychawicą. Częściej również u matek tych dzieci pojawiały się obrzęki w okresie ciąży.

Poród nieprawidłowy, powikłany był udziałem wyłącznie dzieci z astmą oskrzelową.

Odsetek dzieci z dychawicą, u których w okresie niemowlęctwa występowały choroby o ciężkim przebiegu wynosił 56 i był znacznie wyższy od analogicznego w grupie kontrolnej. (13).

Również i w późniejszym okresie życia dzieci z astmą częściej zapadały na choroby zakaźne, przy czym schorzenia te miały u nich mniej pomyślny przebieg.

Niektóre dane dotyczące rozwoju dzieci w obu grupach ilustruje tabela 8.

T a b e l a 7

			Grupa I Liczba osób w wart. wzgl.	Grupa II Liczba osób w wart. wzgl.
Choroby w rodzinie	Przewlekłe choroby w najbliższej rodzinie	astma	0,36	-
		inne	-	0,06
	Przewlekłe choroby wśród rodzeństwa dziecka	astma	0,12	-
		inne	-	0,06
Czynniki negatywne związane ze środowiskiem rodzinnym dziecka	Złe pożycie rodziców, separacje, rozwód		0,04	0,20
	Dziecko wychowywane jest nie przez rodziców (babcię, dziadka, w Domu Dziecka)		0,16	0,06
	Błędy wychowawcze rodziców		0,56	0,20
	Nadopiekuńczość rodziców		0,40	0,20
	Brak jednolitych metod wychowawczych		0,12	-
	Wyróżnianie chorego dziecka wśród rodzeństwa		0,28	0,13
Dane dotyczące ciąży i porodu	Wymioty u matki w czasie ciąży		0,44	0,20
	Obrzęki u matki w czasie ciąży		0,16	0,13
	Poród nieprawidłowy, powikłany		0,16	-
Choroby przebyte	Choroby o ciężkim przebiegu w niemowlęctwie		0,56	0,13
	Przejęcie co najmniej 3 chorób zakaźnych wieku dziecięcego, w tym o ciężkim przebiegu		0,24 0,08	0,13 -

T a b e l a 8

		Grupa dzieci z astmą os- krzelową N = 25	Grupa dzieci z nieżytym górnym dróg oddechowych N = 15
Odżywianie dziecka - karmione piersią średnio do :		2 miesiące	3,3 miesiące
Rozwój ruchowy	Zaczął siadać średnio w czasie:	5,5 "	5,7 "
	Zaczął stać średnio w czasie:	9 "	8,5 "
	Zaczął chodzić średnio w czasie:	12 "	12,3 "
	Moczenie nocne średnio do: w tym nadal do chwili obecnej:	3,5 lat 16 % dzieci	1,5 roku -

Z zestawienia danych wynika, że dzieci z dychawicą oskrzelową wcześniej przeszły na pokarm sztuczny niż dzieci z grupy drugiej i znacznie dłużej niż tamte moczyły się w nocy. U 16 % z nich moczenie nocne trwa do chwili obecnej.

Dane dotyczące charakterystyki zachowania się dziecka oraz jego usposobienia - w ocenie rodziców - zestawiono porównawczo w tabeli 9.

Jak obrazuje to tabela - dzieci z astmą znacznie rzadziej oceniane są jako drażliwe i kapryśne oraz agresywne. Dzieci z nieżytami są częściej określane jako towarzyskie, ujawniające nadmierną ruchliwość i kłamiwość.

Określenie usposobienia dziecka dokonywane przez rodziców wydaje się wskazywać, iż rodzice dzieci z dychawicą mają skłonność do bardziej łagodnej oceny, do niedostrzegania zaburzeń zachowania. Może to wynikać z nadmiernie ochraniającej postawy przyjmowanej przez rodziców, a uwarunkowanej dolegliwościami tychże dzieci. Natomiast w przypadku dzieci

T a b e l a 9

Charakterystyka zachowania się dzieci w ocenie rodziców		Grupa I Dzieci z astmą oskrzelową N = 25 Liczba osób w wart.wzgl.	Grupa II Dzieci z nieżytami górnych dróg oddechowych N = 15 Liczba osób w wart.wzgl.
W okresie nie-mowlęc-twa	Dziecko niespokojne, krzykliwe	0,44	0,26
	Występowały zaburzenia snu	0,28	-
W okresie przedszkolnym	Ujawniały lęk przed rówieśnikami	0,08	-
	Sprawywały trudności wychowawcze z powodu nadpobudliwości psychoruchowej	0,28	0,13
	Występowały zaburzenia snu	0,08	0,06
	Występowały zaburzenia łaknienia	0,40	0,33
Usposobienie przed przyjęciem do sanatorium	Kapryśne	0,12	0,20
	Agresywne	0,04	0,13
	Drażliwe	0,12	0,40
	Lękliwe	0,16	0,20
	Przekorne	0,28	0,20
	Leniwe	0,04	-
	Apatyczne	0,08	0,20
	Towarzyskie	0,16	0,40
	Spokojne	0,44	0,47
	Nadmiernie ruchliwe	0,28	0,47
	Nieśmiałe	0,20	0,33
	Kłamlliwe	0,08	0,20

z nieżytami górnych dróg oddechowych rodzice bardziej wnikliwie i niejako krytycznie oceniają ich zachowanie. Poziom funkcjonowania społecznego chorych dzieci wyznaczony jest m. in. przez objawy dodatkowe, dołączające się do zasadniczych objawów schorzenia. Najczęściej z objawów dodatkowych dzieci wymieniają uczucie duszności, męczący kaszel, bóle głowy oraz osłabienie.

Kształtowanie się tych wskaźników u dzieci astmatycznych przedstawia tabela 10.

T a b e l a 1 0

		Dzieci z astmą oskrzelową N = 25 Liczba osób w wart. wzgl.
Czas trwania choroby	1. Od 1 roku życia	0,36
	2. Od 2 roku życia	0,12
	3. Od 3 roku życia	0,32
	4. Od 4 roku życia	0,04
	5. Od 5 roku życia	0,08
	6. Od 6 roku życia	0,04
	7. Od 7 roku życia	0,04
Częstość ataków	Ataki pojawiają się:	
	1. Okresowo w określonych porach roku	0,76
	2. Przez okres całego roku	0,24
	3. Kilkakrotnie w ciągu dnia	0,12
	4. Raz na dobę	0,20
	5. Kilka razy w tygodniu	0,04
	6. Kilka razy w miesiącu	0,12
7. Kilka razy w roku	0,52	
Objawy dodatkowe	1. Częste uczucie duszności	0,84
	2. Uporczywy, męczący kaszel	0,60
	3. Częste bóle głowy	0,40
	4. Uczucie osłabienia	0,40

Jak wynika z zestawienia, dychawica oskrzelowa wystąpiła u 68 % badanych dzieci we wczesnym dzieciństwie (1 - 3 r. ż.). U większości z nich ataki astmy pojawiają się okresowo w ciągu roku podczas wiosny lub jesieni, w czasie infekcji, przy zmianach pogody. U największego odsetka dzieci ataki pojawiają się kilka razy w roku. Ponad połowa dzieci uskarża się na częste pojawianie się uczucia duszności oraz męczący kaszel, co nie może pozostawać bez wpływu na ich funkcjonowanie psychospołeczne.

WNIOSKI I POSTULATY PEDAGOGICZNE

Stwierdzone w obu badanych grupach zaburzenia zachowania się dzieci, wiążące się ściśle z ich funkcjonowaniem psychospołecznym, wymagają odpowiedniej korekty pedagogicznej. Ustalenie optymalnego programu dydaktycznego i wychowawczego, oprócz koniecznej indywidualizacji oddziaływań - musi również uwzględniać pewien ramowy schemat postępowania.

Dzieci z dychawicą oskrzelową, u których w znacznym odsetku przypadków stwierdzono obniżenie nastroju, drażliwość, agresywność, niepokój i lęki, wymagają działań terapeutyczno-wychowawczych, skierowanych na usunięcie niepokoju i lęku, zmniejszenie drażliwości i agresywności oraz na podwyższenie nastroju. Dzieci te ujawniają mniejsze uspołecznienie, ich tok myślenia częściej niż u rówieśników jest przyspieszony a uwaga rozproszona. Ponadto występują u nich różnorodne objawy nerwicowe, np. moczenie nocne, tiki, nawyki patologiczne. Stąd też w swoich działaniach terapeutycznych pedagog musi nie tylko uwzględniać przy wytyczaniu celów wychowawczych konieczność usunięcia tych zaburzeń, ale również musi liczyć się z przeszkodami, jakie objawy te będą stwarzały w procesie terapii. Potrzeba stałej kontroli działań i ich efektów, ciągła korekta programu opierająca się na obserwacji reakcji dziecka przez pedagoga łączy się

z potrzebą znajomości różnorodnych podejść terapeutycznych oraz metod i technik najskuteczniejszych w psychoterapii dzieci i młodzieży.

Dzieci z przewlekłymi nieżytami górnych dróg oddechowych są nieco częściej niż dzieci astmatyczne zahamowane, spowolnione, ujawniają chwiejny nastrój, zaburzenia łaknienia i zaburzenia snu, łącznie z przykrymi, lękowymi snami. Będą więc częściej niż dzieci astmatyczne wymagały uaktywnienia i równocześnie działań odprężających przed snem czy posiłkami. Dzieci te są bardziej uspołecznione, rzadziej wykazują spadek zainteresowań, stąd postępowanie terapeutyczne nie będzie tak utrudnione jak w przypadku dzieci astmatycznych.

Dzieci przewlekłe chore często i niekiedy przez dłuższy okres czasu przebywają w szpitalach i sanatoriach. Stąd tak znacząca rola w oddziaływaniu terapeutycznym przypada w udziale nauczycielom i wychowawcom zatrudnionym w placówkach lecznictwa zamkniętego. Oni to właśnie przez odpowiednie ukształtowanie środowiska wychowawczego mogą - w trakcie leczenia dziecka - dokonać korzystnych zmian w jego zachowaniu. Ponadto przy wypisie np. z sanatorium, instruując rodzinę i przekazując wskazówki nauczycielom ze szkoły macierzystej mogą ułatwić dziecku właściwy przebieg procesu adaptacji do normalnych warunków życiowych bez nerwicowych obciążeń i zakłóceń sytuacyjnych.

Planowane badania właściwe, obejmujące większą liczbę dzieci chorych na różnorodne schorzenia o przewlekłym przebiegu, pozwolą na ustalenie programów terapeutycznych dostosowanych do potrzeb tych dzieci zarówno w zakresie działań dydaktycznych, jak i wychowawczych. Muszą się one opierać na szczegółowej znajomości wytrzymałości psychofizycznej dziecka i możliwości wysiłkowych jego organizmu. Wymaga to określonego ukierunkowania prowadzonych badań.

Metody oceny stanu chorobowego, podobnie jak i kryteria służące do określenia zdrowia psychofizycznego jednostki są różnorodne.

Diagnoza nozologiczna na ogół nie dostarcza informacji na temat zasięgu i głębokości zaburzeń ani też stopnia ograniczenia sprawności czy możliwości chorego. Nie mówi więc o wpływie choroby na daną jednostkę.

Dlatego też należy dążyć do pełnej oceny stanu chorego, a więc nie tylko rodzaju dolegliwości, ale również ograniczeń przez nie spowodowanych.

U chorych przewlekle z ograniczoną sprawnością należy określić zakres możliwości w wykonywaniu czynności właściwych dla badanej jednostki, a więc związanych m. in. z jej wiekiem.

Dlatego też w przypadku dzieci z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego istotne jest ustalenie ograniczeń w spełnianiu właściwych im ról społecznych. Przy tego typu ocenie można oprzeć się o skalę zaproponowaną przez W. Sokołowską, którą autorka wzorowała na ustaleniach amerykańskich (US National Health Interview Survey).

Proponowana modyfikacja tej skali z dostosowaniem dla dzieci uwzględnia następujące kategorie:

1) niemożność spełnienia żadnej z podstawowych ról społecznych - leżenie w łóżku, długotrwały pobyt w szpitalu lub sanatorium z wyraźnym nakazem ograniczenia wszelkiej aktywności poza ćwiczeniami usprawniającymi (gimnastyka oddechowa itp.);

2) niemożność pełnienia niektórych z podstawowych ról np. edukacji w warunkach szkolnych;

3) ograniczenie w sposobie pełnienia podstawowych ról - np. skrócenie czasu nauki, mniejsze wymagania szkolne;

4) brak ograniczeń w sposobie pełnienia podstawowych ról przy wyraźnych ograniczeniach w innych aktywnościach, np. sporcie, zabawach ruchowych;

5) brak jakichkolwiek ograniczeń we wszystkich wymienionych sferach.

Takie podejście do choroby, jako przyczyny ograniczeń zdolności dziecka do wykonywania zadań społecznych i życio-

wych jest ściśle związana z koniecznością określania wydolności fizycznej małego pacjenta. Wydolność ta może stanowić kryterium podziału chorych dzieci na określone grupy:

1) dzieci, które pomimo choroby mają pełną lub prawie pełną wydolność fizyczną,

2) dzieci, którym choroba uniemożliwia duży wysiłek fizyczny,

3) dzieci, u których dolegliwości pojawiają się podczas zwykłej aktywności fizycznej, związanej z czynnościami dnia codziennego,

4) dzieci niezdolne do prowadzenia normalnego, typowego dla ich stanu trybu życia.

Stąd też szczegółowa analiza biopsychospołecznych warunkowań u dzieci z określonymi przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego winna być prowadzona w obrębie poszczególnych grup.

Pozwoli to dostosować opracowane programy kompleksowej terapii do możliwości wysiłkowych i wytrzymałości dziecka.

Programy te w oparciu o atrakcyjne formy kształtować muszą charakter dzieci i rozwijać ich indywidualne zainteresowania i uzdolnienia. Konieczna jest więc dla ich opracowania ścisła współpraca nauczycieli, wychowawców, psychologów, lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, zajmujących się bezpośrednio rewalidacją dzieci przewlekle chorych.

LITERATURA

1. Herman E., Prusiński A.: Choroby układu wegetatywnego. PZWL, Warszawa 1975.
2. Janowicz T.: Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami układu oddechowego w: Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi. A. Hulek (red.). IBP MO i W., Warszawa 1978.

3. Lewicki A.: Psychologia kliniczna (red.). PWN, Warszawa 1978.
4. Tomaszewski T.: Psychologia. PWN, Warszawa 1977.
5. Wolański N.: Metody kontroli i normy rozwoju dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 1975.
6. Zięcina M.: Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami przewlekłymi w: Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleiami i zaburzeniami rozwojowymi. A. Hulek. IBP MO i W, Warszawa 1978.