Pielęgniarstwo Polskie 2013, 4 (50), 276–282

WPŁYW ASTMY OSKRZELOWEJ NA ŻYCIE CODZIENNE I AKTYWNOŚĆ DZIECI W WIEKU SZKOLNYM

THE IMPACT OF ASTHMA ON DAILY LIFE AND ACTIVITY OF SCHOOL-AGE CHILDREN

MONIKA SCHUPKE

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie
Kierownik: lek. med. Piotr Lehmann

Streszczenie

Wstęp i cel pracy. Ocena wpływu astmy oskrzelowej na życie codzienne i aktywność dzieci w wieku szkolnym.
Materiały i metody. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Ankietę składającą się z 34 pytań wypełniło 100 rodziców dzieci chorych na astmę oskrzelową. Odebrano i zakwalifikowano do bazy danych 80 ankiet. Dzieci te pozostają pod opieką Poradni Alergologicznej i Pulmonologicznej, a także przebywają na oddziałach pediatrycznych. Badanie przeprowadzono w dniach od 9.09.2010 do 5.03.2011 w Kościanie.
Wyniki. W grupie badanych dzieci znalazło się 41,25% dziewczynek oraz 58,75% chłopców. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania badanych dzieci, można stwierdzić, iż w grupie badawczej znalazły się porównywalne liczby dzieci mieszkających na terenach wiejskich (43,75%) i w mieście (56,25%). Wśród dzieci, które poddano badaniu, dominowały osoby w wieku od 7 do 8 lat (33,8%). Na drugim miejscu znalazły się dzieci mające od 9 do 10 lat (25,0%) i w wieku od 11 do 12 lat (25,0%). Najmniej liczną grupą, biorąc pod uwagę wiek badanych dzieci, były te mające od 13 do 14 lat (16,3%).
Wnioski. Wraz z wydłużaniem się okresu, od jakiego dziecko choruje na astmę oskrzelową, maleje jego aktywność w zakresie uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Zarówno brak opuszczania zajęć w szkole, jak i uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego i korzystanie przez nie z form aktywności, takich jak wycieczki szkolne, obozy, kolenie, nie są związane z częstotliwością ataków występujących w okresie zaostrzenia choroby. Aktywniej czas wolny spędzają dzieci, których kondycja fizyczna zdaniem rodziców jest dobra w porównaniu z rówieśnikami. Nie stwierdzono, aby sposób spędzania czasu wolnego przez dziecko w istotny sposób związany był z miejscem zamieszkania czy wiekiem dziecka.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, dzieci w wieku szkolnym, życie codzienne, aktywność fizyczna, zaostrzenia choroby.

Abstract

Introduction and aim. To assess the impact of asthma on daily life and activity of school-age children.
Materials and methods. The study used a method of a diagnostic survey. The survey consisting of 34 questions was filled in by 100 parents of children with asthma. 80 polls were received and classified in the database. These children are cared for by the Pulmonary and Allergy Clinic, and stay in pediatric wards. The study was conducted in the period from 09/09/2010 to 05/03/2011 in Kościan.
Results. In the group of children studied were 41.25% of girls and 58.75% of boys. Taking into account children's places of residence it can be concluded that in the study group there were comparable numbers of children living in rural areas – 43.75% and living in the city – 56.25%. The biggest number of children tested were 7–8 years old (33.8%). Then there were kids aged 9 to 10 years (25.0%) and children aged 11 to 12 years – 25.0%. The smallest group, taking into account the age of children, were from 13 to 14 years – 16.3%.
Conclusions. The longer the period the child suffers from asthma, the lower the child's activity in terms of participation in physical education classes. Both attending classes and participating in physical education classes, as well as using various forms of activities, such as school trips or camps are not associated with the frequency of fits occurring during exacerbations. Children whose parents believe their physical fitness is good spend leisure time more actively in comparison to their peers. There is no significant correlation between the way of spending spare time and the place of residence or the child's age.

Key words: asthma, school-age children, daily life, physical activity, exacerbation of the disease.

Wprowadzenie

We współczesnym świecie astma oskrzelowa dotyka coraz więcej osób, w tym bardzo liczną grupę dzieci. Obserwuje się wzrost zachorowania u dzieci, jednak często spotykamy się także z brakiem zdiagnozowania i dlatego wielu rodziców nie jest świadomych choroby swojego dziecka. Jako choroba przewlekła w znacznym stopniu przyczynia się do pogorszenia jakości życia pacjenta.

Astma oskrzelowa charakteryzuje się wheezingiem, napadami duszności, suchego kaszlu oraz świszczącym oddechem. Występują również charakterystyczne objawy ostrzegające o zbliżającym się ataku. Główną rolę

odgrywają indywidualne dla każdego chorego czynniki wywołujące zaostrzenie choroby. Ważnym zadaniem personelu medycznego jest takie wyedukowanie pacjenta, by sam potrafił rozpoznać zbliżający się atak i umiał radzić sobie w tej sytuacji.

„Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, w której uczestniczy wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłe zapalenie jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli, powodujące nawracające epizody świszczącego oddechu, duszności, ucisku w klatce piersiowej, kaszlu, występujących szczególnie w nocy lub nad ranem. Epizodom tym zwykle towarzyszy uogólniona obturacja oskrzeli o zmienionym nasileniu często ustępująca samoistnie lub pod wpływem leczenia" [1].

Pod pojęciem zaburzeń obturacyjnych rozumie się stany chorobowe przebiegające ze zwężeniem dróg oddechowych przy zachowanych objętościach płucnych. W trakcie obturacji występują zaburzenia w pomiarach czynnościowych [2].

Wśród objawów astmy wyróżniamy: wheezing, napady suchego kaszlu, trudności i duszności podczas karmienia, duszności manifestujące się często ograniczeniami ruchowymi, furczenia i rzężenia spowodowane hipersekrecją, świsty i trzeszczenia nad polami płucnymi, kaszel nocny, powysiłkowy, uczucie ściskania w klatce piersiowej, zwiększoną męczliwość, zmniejszoną tolerancję wysiłkową, przewlekły nieswoisty kaszel – może być jedynym objawem szczególnie w początkowym etapie choroby, odkrztuszanie wydzielin [3, 4].

Wyróżniamy dwa rodzaje astmy oskrzelowej ze względu na czynniki ją powodujące:

- astmę oskrzelową atopową (alergiczną), która stanowi większość przypadków astmy u dzieci, bo 80–90%. Ekspozycja na alergeny swoiste dla danego pacjenta wywołuje zaostrzenie astmy;
- astmę oskrzelową nieatopową (niealergiczną) – rozpoznawana wtedy, gdy nie znajduje się konkretnego alergenu przyczynowego. Tutaj z zaostrzeniami mamy do czynienia najczęściej w przypadku infekcji dróg oddechowych.

Ze względu na stopień ciężkości przebiegu klinicznego astmę oskrzelową możemy podzielić na:

- astmę lekką: epizodyczną,
- astmę przewlekłą: łagodną, umiarkowaną, ciężką [1, 5].

Czynnikami ryzyka w zachorowaniu na astmę oskrzelową są czynniki środowiskowe oraz predyspozycje genetyczne. Jeśli zwrócimy uwagę na czynniki genetyczne, to największe znaczenie ma uwarunkowana genetycznie skłonność do zwiększonej syntezy IgE, co jest odpowiedzią na kontakt z powszechnie występującymi antygenami. Natomiast wśród czynników środowiskowych wymienić możemy takie jak: alergeny, częste infekcje dróg oddechowych, leki, zanieczyszczenie środowiska zewnętrznego i domowego – palenie papierosów przez rodziców przy dziecku, kosmetyki, jak również inne środki chemiczne [6].

Na świecie w ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowania na astmę oskrzelową szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. W badaniach wykazano, iż jest ona u dzieci w wieku 3–16 lat jedną z najczęstszych przyczyn nieobecności w szkole i hospitalizacji; stwierdzono również, że 50% dzieci do końca wieku szkolnego przeszło epizod obturacji drzewa oskrzelowego. W 3 fazach badań ISAAC zaobserwowano wzrost występowania astmy, szczególnie w młodszej grupie wiekowej, w wielu krajach świata.

W badaniach ECAP, które były prowadzone w latach 2007–2008 w 9 obszarach Polski, wykazano, że astma oskrzelowa występuje u 2–7% dzieci w przedziale wiekowym od 6–7 lat, a także u 4–10% dzieci w wieku 13–14 lat. U badanych dzieci występuje także niedodiagnozowanie astmy, czyli pewna dysproporcja między objawami a rozpoznaniem choroby. Jest ono znacznie większe niż w krajach zachodnich. Średni przyrost częstości astmy na dekadę wynosi 5% [7].

Cel i problemy badawcze

Celem pracy było ukazanie wpływu astmy oskrzelowej na życie codzienne i aktywność dzieci w wieku szkolnym.

Głównym problemem badawczym było udzielenie odpowiedzi na pytania, w jaki sposób astma oskrzelowa wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym dzieci dotkniętych tym schorzeniem oraz jakie czynniki determinują aktywność dzieci. Wśród szczegółowych problemów badawczych znalazły się następujące zagadnienia:

1. Czy istnieją czynniki wpływające na formy spędzania czasu wolnego przez dzieci?
2. W jaki sposób okres, w jakim zdiagnozowano astmę oskrzelową, wpływa na uczęszczanie dzieci do szkoły oraz korzystanie przez dzieci z aktywności w zajęciach pozalekcyjnych?
3. Czy częstotliwość ataków w okresie zaostrzenia choroby jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w zajęciach pozaszkolnych?

W związku z powyższymi pytaniami badawczymi przyjęłam następujące hipotezy badawcze:

1. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczaniem zajęć w szkole.
2. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczaniem na zajęcia wychowania fizycznego.
3. Związek pomiędzy wiekiem dziecka a uczęszczaniem na zajęcia organizowane w kołach zainteresowań.
4. Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystaniem z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii.
5. Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zaostrzeniu astmy a opuszczaniem zajęć w szkole.

6. Związek pomiędzy częstością ataków w zaostrzeniu choroby a uczestniczeniem w zajęciach wychowania fizycznego.
7. Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zaostrzeniu choroby a korzystaniem z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii.
8. Związek pomiędzy wiekiem dziecka a formami spędzania czasu wolnego.
9. Związek pomiędzy miejscem zamieszkania dziecka a formami spędzania czasu wolnego.
10. Związek pomiędzy oceną kondycji fizycznej dziecka a formami spędzania czasu wolnego.

Metoda i technika badawcza

W celu przeprowadzenia badań w pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dzięki tej metodzie możliwe było zdobycie informacji i opinii w dużej populacji na podstawie przebadania jej reprezentacji.

Zastosowaną techniką badawczą była ankieta. W prezentacji uzyskanych wyników zastosowano analizę poszczególnych zmiennych, ukazując ich rozkład procentowy oraz liczebności. Uzyskane dane przedstawiono w formie wykresów słupkowych lub tabel. W analizie wykorzystano także przedstawienie dwóch zmiennych jednocześnie, ukazując zachodzący pomiędzy nimi związek. Zależności zostały przedstawione za pomocą tabel krzyżowych. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu testu chi kwadrat, przyjmując poziom istotności dla $p < 0,05$.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany dla postawionego celu badań. Zawarto w nim 34 pytania. Pytania miały charakter zarówno pytań otwartych, jak i zamkniętych oraz występowały pytania półotwarte z ułożonymi odpowiedziami oraz miejscem na dodatkowe odpowiedzi, a także pytania, w których ankietowani mogli wybrać kilka możliwych odpowiedzi. Ankieta składała się z dwóch części. Część pierwsza dotyczyła informacji o dziecku: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, warunki mieszkaniowe, oraz informacji o rodzicach: wykształcenie, zatrudnienie, aktywność fizyczna. Druga część zawierała pytania dotyczące problemów badawczych.

Dobór próby i przebieg badania

Badanie dotyczyło dzieci chorych na astmę oskrzelową. Zdecydowałam się na dobór próby nielosowy. Wybrano dzieci w wieku szkolnym, dlatego była to próba celowa. Rozdano 100 kwestionariuszy ankiet, odebrano i zakwalifikowano do bazy danych 80 ankiet. Ankietę wypełnili rodzice dzieci chorych na astmę, które pozostają pod opieką Poradni Alergologicznej i Pulmonologicznej, a także przebywających na oddziałach pediatrycznych.

Badanie przeprowadzono w dniach od 9.09.2010 do 5.03.2011 w Kościanie.

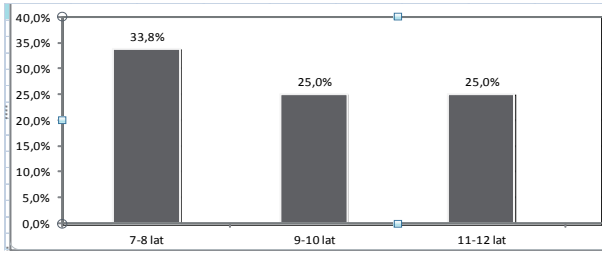
Charakterystyka grupy badawczej

W grupie badanych dzieci znalazło się 41,25% (N = 33) dziewczynek oraz 58,75% (N = 47) chłopców. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania badanych dzieci, można stwierdzić, iż w grupie badawczej znalazły się porównywalne ilości dzieci mieszkających na terenach wiejskich (43,75%, N = 35) i w mieście (56,35%, N = 45).

Tabela 1. Płeć dziecka i miejsce zamieszkania
Table 1. Child's gender and place of residence

Płeć			Miejsce zamieszkania		
	N	%		N	%
Żeńska	33	41,25	Wieś	35	43,75
Męska	47	58,75	Miasto	45	56,25
Razem	80	100,0	Razem	80	100,0

Wśród dzieci, które poddano badaniu, dominowały osoby w wieku od 7 do 8 lat (33,8%, N = 27). Na drugim miejscu znalazły się dzieci mające od 9 do 10 lat (25,0%, N = 20) i w wieku od 11 do 12 lat (25,0%, N = 20). Najmniej liczną grupą, biorąc pod uwagę wiek, były badane dzieci mające od 13 do 14 lat (16,3%, N = 13).



Rycina 1. Wiek dziecka.
Figure 1. Child's age.

Wśród matek badanych dzieci dominowały kobiety z wykształceniem średnim (51,2%, N = 41). W przypadku ojców najczęściej występującym wykształceniem było zasadnicze zawodowe (45,0%, N = 36).

Biorąc pod uwagę częstotliwość aktywności fizycznej, można powiedzieć, że matki najczęściej znajdują na to czas od 2 do 3 razy w tygodniu (42,5%, N = 34). W grupie matek znalazło się także 25,0% (N = 20) korzystających z aktywności fizycznej raz w tygodniu, 18,8% (N = 15) znajdujących na to czas 4–5 razy w tygodniu, ale także 11,3% (N = 9) pozostających czynnymi fizycznie pięć i więcej razy w tygodniu. Wcale aktywności ruchowej nie przejawia 2,5% (N = 2) matek badanych dzieci.

Ojcowie podejmują aktywność fizyczną przeważnie raz w tygodniu (38,8%, N = 31) lub 2–3 razy (37,5%, N = 30). Wśród ojców znalazło się także 10,0% (N = 8) znajdujących czas na aktywność ruchową więcej niż pięć razy w tygodniu. Od czterech do pięciu razy w tygodniu aktywność fizyczna ojców wystąpiła w przypadku 6,3%. Ten sam procent analizowanych przypadków nie wykazuje żadnej formy aktywności (6,3%, N = 5). Odpowiedzi na to pytanie nie uzyskano od 1,3% (N = 1) ojców.

Ankietowane osoby poproszono także o ocenę warunków mieszkaniowych dziecka. Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, ze większość badanych dzieci posiada dobre warunki mieszkaniowe.

Badane osoby poproszono także o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy w mieszkaniu, w którym przebywa dziecko, pali się papierosy. Z uzyskanych danych wynika, że w większości przypadków (71,3%, N = 57) mieszkanie, w jakim przebywa dziecko, wolne jest od dymu nikotynowego.

W grupie badanych dzieci stwierdzono prawie połowę o przeciętnej budowie ciała (47,5%, N = 38). Dzieci o szczupłej budowie ciała reprezentowane były w 30,0%, a o budowie ciała otyłej w 22,5% (N = 18).

Badanych rodziców poproszono także o wskazanie, jakie objawy najczęściej występują u ich dzieci. Z uzyskanych danych wynika, że głównym objawem astmy oskrzelowej jest napadowy kaszel (88,0%, N = 71). Duszność występuje w przypadku co czwartego z dzieci (26,3%, N = 21), a u co piątego (22,5%, N = 18) objawem tym jest świszczący oddech. Głównym czynnikiem wywołującym u dzieci zaostrzenia astmy oskrzelowej są alergeny środowiskowe (91,3%, N = 73). Na drugim miejscu znalazł się wysiłek fizyczny (32,5%, N = 26). Prawie wszystkie z analizowanych dzieci z astmą oskrzelową uczęszczają razem z rówieśnikami do szkoły (97,5%, N = 78). Badanym rodzicom zadano także pytanie odnośnie opuszczania przez dzieci zajęć w szkole w wyniku choroby. Z uzyskanych danych wynika, że przeszło połowa (58,8%, N = 47) nie opuszcza zajęć lekcyjnych w przypadku zaostrzeń choroby. Większość z badanych dzieci (87,5%, N = 70) uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego. Zdaniem prawie połowy rodziców kondycja ich dziecka jest gorsza od kondycji rówieśników (45,0%, N = 36). O tym, iż jest ona porównywalna, przekonanych było 41,3% (N = 33). W grupie rodziców znalazło się także 11,3% (N = 9) uważających, iż kondycja fizyczna ich dziecka jest bardzo słaba, a 2,5% (N = 2) uznało, że jest ona lepsza od kondycji rówieśników.

Wśród analizowanych przypadków dzieci z astmą oskrzelową stwierdzono uczęszczanie na sportowe zajęcia pozalekcyjne (32,5%, N = 26). W zajęciach tego typu nie uczestniczy 67,5% (N = 54) badanych dzieci.

Respondentom zadano także pytanie odnośnie form aktywności dziecka w czasie wolnym. Z uzyskanych danych wynika, że najczęściej dzieci z astmą oskrzelową spędzają go z rówieśnikami na świeżym powietrzu w formie spokojnej zabawy (46,3%, N = 37). W przypadku co piątego (20,0%, N = 16) stwierdzono spędzanie czasu wolnego samotnie w domu lub w domu z rówieśnikami (21,3%, N = 17). W grupie badanych dzieci znalazło się także 12,5% (N = 10) spędzających czas wolny aktywnie na świeżym powietrzu.

Przeszło połowa badanych dzieci bierze udział w wyjazdach typu wycieczki szkolne, obozy, kolonie (66,3%, N = 53). Zdaniem większości rodziców biorących udział w badaniu dziecko z astmą oskrzelową wymaga większej opieki niż dzieci zdrowe (86,3%, N = 69).

Weryfikacja hipotez badawczych

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczaniem zajęć w szkole

Na podstawie uzyskanych danych można zauważyć, iż im dłużej u dziecka istnieje diagnoza astmy oskrzelowej, tym częściej dzieci te opuszczają zajęcia w szkole. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie. Długość trwania choroby nie jest czynnikiem mającym wpływ na opuszczanie zajęć w szkole.

Tabela 2. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a opuszczanie zajęć w szkole
Table 2. The period since when the child was diagnosed with asthma and school classes attendance

	Rok–2 lata		3–4 lata		5–6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sporadycznie	14	58,3	24	63,2	5	62,5	4	40,0
Często opuszcza	9	37,5	14	36,8	3	37,5	6	60,0
Nigdy nie opuszcza	1	4,2	0	0	0	0	0	0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi 2 = 4{,}222$, $p = 0{,}647$ * nieistotne statystycznie, $p > 0{,}05$

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczaniem na zajęcia wychowania fizycznego

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, iż z zajęć wychowania fizycznego najczęściej rezygnują dzieci o dłuższym niż 6 lat okresie leczenia astmy oskrzelowej. Zaobserwowana zależność jest istotna statystycznie.

Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę, jest czynnikiem mającym wpływ na jego uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego.

Tabela 3. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a uczęszczanie na zajęcia wychowania fizycznego
Table 3. The period since when the child was diagnosed with asthma and attend physical education classes

	Rok–2 lata		3–4 lata		5–6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uczestniczy	23	95,8	33	86,8	8	100,0	6	60,0
Nie uczestniczy	1	4,2	5	13,2	0	0	4	40,0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi 2 = 9{,}596$, $p = 0{,}022$ *istotne statystycznie, $p < 0{,}05$

Związek pomiędzy wiekiem dziecka a uczęszczaniem w zajęciach organizowanych w kołach zainteresowań

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że w zajęciach w ramach kółek zainteresowań uczestniczą częściej dzieci mające więcej niż 10 lat. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie.

Wiek dziecka nie jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w kółkach zainteresowań.

Tabela 4. Wiek dziecka a uczęszczanie na zajęcia w kołach zainteresowań
Table 4. Child's age and hobby groups participation

	7–8 lat		9–10 lat		11–12 lat		13–14 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nie uczestniczy	21	77,8	14	70,0	9	45,0	7	53,8
Uczestniczy	6	22,2	6	30,0	11	55,0	6	46,2
Razem	27	100,0	20	100,0	20	100,0	13	100,0

$\chi 2 = 6{,}232$, $p = 0{,}101$*nieistotne statystycznie, $p > 0{,}05$

Związek pomiędzy okresem, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystaniem z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że z aktywności w postaci wyjazdów na wycieczki szkolne, obozy, kolonie korzystają głównie dzieci, u których astmę oskrzelową rozpoznano w okresie nie dłuższym niż 2 lata lub mające taką diagnozę dłużej niż 6 lat. Zaobserwowane różnice nie są jednak istotne statystycznie. Okres, jaki upłynął od zdiagnozowania astmy oskrzelowej, nie jest czynnikiem wpływającym na korzystanie przez dzieci z wyjazdów na wycieczki szkolne, obozy czy też kolonie.

Tabela 5. Okres, od jakiego u dziecka zdiagnozowano astmę oskrzelową, a korzystanie z wycieczek szkolnych, obozów, kolonii
Table 5. The period since when the child was diagnosed with astma and taking part in school trips or camps

	Rok–2 lata		3–4 lata		5–6 lat		Więcej niż 6 lat	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Korzysta z wyjazdów	17	70,8	24	63,2	5	62,5	7	70,0
Nie korzysta z wyjazdów	7	29,2	14	36,8	3	37,5	3	30,0
Razem	24	100,0	38	100,0	8	100,0	10	100,0

$\chi 2 = 0{,}0501$, $p = 0{,}919$ *nieistotne statystycznie, $p > 0{,}05$

Związek pomiędzy częstotliwością ataków w zaostrzeniu astmy a opuszczaniem zajęć w szkole

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, że wśród dzieci o zwiększonej częstotliwości występowania ataków w zaostrzeniu astmy oskrzelowej obserwuje się rzadsze opuszczanie zajęć w szkole. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie.

Obecność dzieci z astmą oskrzelową w szkole nie ma związku z częstotliwością występowania ataków w fazie zaostrzenia choroby.

Tabela 6. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a opuszczanie zajęć w szkole
Table 6. The frequency of fits in the disease exacerbation and school classes attendance

	Kilka razy/ dobę		Raz/dobę		Kilka razy/ tydzień		Raz/ tydzień		Rzadziej niż raz/ tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rzadko opuszcza	3	75,0	1	100,0	0	0	5	41,7	38	65,5
Często opuszcza	1	25,0	0	0	5	100,0	7	58,3	19	32,8
Nigdy nie opuszcza	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,7
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

$\chi 2 = 11{,}728$, $p = 0{,}146$ *nieistotne statystycznie, $p > 0{,}05$

Związek pomiędzy częstością ataków w zaostrzeniu choroby a uczestniczeniem w zajęciach wychowania fizycznego

Na podstawie uzyskanych danych można powiedzieć, że zwiększona częstotliwość ataków w fazie zaostrzenia choroby nie wpływa na zwiększoną absencję w zajęciach wychowania fizycznego uczniów. Zaobserwowane różnice w uczestniczeniu w tego typu zajęciach szkolnych w związku z częstotliwością ataków nie są istotne statystycznie.

Tabela 7. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a uczestniczenie w zajęciach wychowania fizycznego
Table 7. The frequency of fits in the disease exacerbation and participation in physical education classes

	Kilka razy/dobę		Raz/dobę		Kilka razy/ tydzień		Raz/ tydzień		Rzadziej niż raz/tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uczestniczy	3	75,0	1	100,0	3	60,0	9	75,0	54	93,1
Nie uczestniczy	1	25,0	0	0	2	40,0	3	25,0	4	6,9
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

χ 2 = 7,551, p = 0,109 *nieistotne statystycznie, p > 0,05

Związek pomiędzy częstością ataków w zaostrzeniu choroby a korzystaniem z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii

Analizując uzyskane dane, można zauważyć, że im częściej występują ataki w fazie zaostrzenia choroby, tym rzadziej dzieci uczestniczą w wyjazdach szkolnych, obozach, koloniach. Zaobserwowana zależność nie jest jednak istotna statystycznie. Częstotliwość występowania ataków w okresie zaostrzenia astmy oskrzelowej nie jest czynnikiem mającym wpływ na uczestnictwo dzieci w zorganizowanych formach wyjazdów.

Tabela 8. Częstotliwość ataków w zaostrzeniu choroby a korzystanie z wyjazdów szkolnych, obozów, kolonii
Table 8. The frequency or fits in the disease exacerbation and taking part in school trips or camps

	Kilka razy/dobę		Raz/dobę		Kilka razy/ tydzień		Raz/ tydzień		Rzadziej niż raz/ tydzień	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Korzysta	1	25,0	0	0	2	40,0	7	58,3	43	74,1
Nie korzysta	3	75,0	1	100,0	3	60,0	5	41,7	15	25,9
Razem	4	100	1	100,0	5	100,0	12	100,0	58	100,0

χ 2 = 8,498, p = 0,075 *nieistotne statystycznie, p > 0,05

Związek pomiędzy wiekiem dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Analizując uzyskane dane, można powiedzieć, że aktywność dzieci z astmą oskrzelową w czasie wolnym nie jest związana z wiekiem dziecka. Zaobserwowane różnice w formach spędzania czasu wolnego w związku z wiekiem nie są istotne statystycznie.

Tabela 9. Wiek dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 9. Child's age and ways of spending free time

	Do 10 lat		Powyżej 10 lat	
	N	%	N	%
Samo w domu	10	21,3	6	18,2
Z rówieśnikami w domu	10	21,3	7	21,2
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	20	42,6	17	51,5
Na dworze aktywnie	7	14,8	3	9,1
Razem	47	100,0	33	100,0

χ 2 = 0,952 p = 0,813 *nieistotne statystycznie, p > 0,05

Związek pomiędzy miejscem zamieszkania dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, że pomiędzy dziećmi mieszkającymi na wsi i mieszkającymi w mieście istnieje niewielka różnica w formach spędzania czasu wolnego. Różnice te nie są istotne statystycznie. Miejsce zamieszkania nie wpływa na sposób spędzania czasu wolnego przez dzieci z astmą oskrzelową.

Tabela 10. Miejsce zamieszkania dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 10. Child's place of residence and ways of spending free time

	Wieś		Miasto	
	N	%	N	%
Samo w domu	7	20,0	9	20,0
Z rówieśnikami w domu	9	25,7	8	17,8
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	16	45,7	21	46,7
Na dworze aktywnie	3	8,6	7	15,5
Razem	33	100,0	45	100,0

χ 2 = 1,356, p = 0,716 *nieistotne statystycznie, p > 0,05

Związek pomiędzy oceną kondycji fizycznej dziecka a formami spędzania czasu wolnego

Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, iż im lepsza ocena kondycji fizycznej dziecka tym aktywniej spędza ono czas wolny. Zaobserwowana zależność jest istotna statystycznie. Kondycja fizyczna dziecka ma związek z formami aktywności w czasie wolnym.

Tabela 11. Ocena kondycji fizycznej dziecka a formy spędzania czasu wolnego
Table 11. Child's physical fitness assessment and ways of spending free time

	Porównywalna z kondycją rówieśników		Gorsza od kondycji rówieśników		Lepsza od kondycji rówieśników		Bardzo słaba	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Samo w domu	9	9,1	10	27,8	0	0	3	33,3
Z rówieśnikami w domu	8	24,2	6	16,6	0	0	3	33,3
Z rówieśnikami na dworze na spokojnej zabawie	15	45,5	19	52,8	0	0	3	33,3
Na dworze aktywnie	7	21,2	1	2,8	2	100,0	0	0
Razem	33	100,0	36	100,0	2	100,0	9	100,0

χ 2 = 25,478, p = 0,002 *istotne statystycznie, p < 0,05

Wnioski

1. Wraz z wydłużaniem się okresu, od jakiego dziecko choruje na astmę oskrzelową, maleje jego aktywność w zakresie uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Istnieje więc realna potrzeba aktywowania dzieci dłużej borykających się z chorobą do aktywności fizycznej. Należy także zastanowić się, czy rezygnacja z tego rodzaju aktywności nie jest wynikiem pogarszania się wydolności fizycznej, a tym samym utrudnieniem w możliwościach korzystania z aktywności w postaci zajęć wychowania fizycznego.
2. Zarówno brak opuszczania zajęć w szkole, jak i uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego i korzystanie przez nie z form aktywności, takich jak wycieczki szkolne, obozy, kolenie, nie są związane z częstotliwością ataków występujących w okresie zaostrzenia choroby. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, iż choroba, jaką jest astma oskrzelowa, nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie w środowisku szkolnym dzieci dotkniętych tą chorobą.
3. Aktywniej czas wolny spędzają dzieci, których kondycja fizyczna zdaniem rodziców jest dobra w porównaniu z kondycją rówieśników. Nie stwierdzono, aby sposób spędzania czasu wolnego przez dziecko w istotny sposób związany był z miejscem zamieszkania czy wiekiem dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Kurzawa R., Jędruś-Kłucjasz U., Astma oskrzelowa, w: Pediatria, t. 1, Kubicka K., Kawalec W. (red.), PZWL, Warszawa 2004, 244–270.
2. Mazurek H., Patofizjologia obturacji oskrzeli, w: Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 1–8.
3. Emeryk A., Bartkowiak-Emeryk M., Kurzawa R., Symptomatologia i klasyfikacja astmy, w: Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 37–47.
4. Drożdż-Gessner Z., Zarys pielęgniarstwa pediatrycznego, Wyd. Akademii Med., Poznań 2006, 27–31.
5. Jędras-Kłucjasz U., Astma oskrzelowa u dzieci – diagnostyka i leczenie, w: Terapia, Rok XII, Nr 11 (158), listopad 2004, 7–15.
6. Bręborowicz A., Choroby układu oddechowego, w: Zarys pediatrii. Podręcznik dla studiów medycznych, Pawlaczyk B. (red.), PZWL, Warszawa 2005, 230–234.
7. Emeryk A., Lis G., Epidemiologia astmy, w: Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci, Emeryk A., Bręborowicz A., Lis G. (red.), Wyd. Urban and Partner, Wrocław 2010, 9–18.

Adres do korespondencji:
mgr Monika Schupke
e-mail: monias74@wp.pl