

JAKOŚĆ ŻYCIA DZIECI Z ADHD W ŚWIETLE BADAŃ

mgr Katarzyna Naszydłowska-Sęk



MIEJSKI ZESPÓŁ PORADNI
PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNYCH
W KIELCACH

Wstęp

- Problematyka jakości życia dzieci i młodzieży, mimo iż niezwykle istotna z perspektywy zarówno teoretycznej jak i aplikacyjnej, jest reprezentowana w literaturze przedmiotu w niewystarczającym stopniu.
- Szczególnie dotyczy to różnych grup klinicznych, w tym osób z diagnozą nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi - ADHD

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej można definiować biorąc pod uwagę dwa jego skojarzenia (Borkowska, 2012). Pojęcie to w znaczeniu szerokim rozumiane jest jako zaburzenie, które diagnozuje się w odwołaniu do zespołu konkretnych objawów behawioralnych, przy czym znaczenia nie ma ich etiologia, psychologicznej i neuropsychologiczne mechanizmy a także to, kiedy oraz z jaką intensywnością dane objawy się pojawiły. Zaistniałe symptomy mogą jednakowoż mieć podłoże genetyczne, biologiczne a nawet społeczno-emocjonalne. Diagnozując nadpobudliwość psychoruchową wymagana jest nasilona nadpobudliwość w sferach: emocjonalnej, poznawczej i motorycznej (Borkowska, 2012). Wąskie znaczenie nadpobudliwości psychoruchowej określa ów zespół jako odrębną, dokładnie sprecyzowaną jednostkę nozologiczną a jej kryteria diagnostyczne zawierają się w klasyfikacji DSM – IV oraz ICD-10 (Borkowska, 2012).

Pomimo istnienia dwóch klasyfikacji określających kryteria diagnostyczne, to warunki diagnozy w obu wspomnianych wyżej klasyfikacjach są ze sobą porównywalne. Zatem zespół nadpobudliwości psychoruchowej określa się jako zaburzenie charakteryzujące się występowaniem problemów z koncentrowaniem uwagi, wzmożoną ruchliwością oraz impulsywnością. Objawy te nie są adekwatne do etapu rozwoju w jakim znajduje się obecnie dziecko oraz występują w stopniu, który powoduje trudności w jego funkcjonowaniu (Wysocka, Lipowska 2010). Zespół ADHD jest uznawany za przewlekły, powodujący zaburzenia procesów rozwojowych oraz przystosowawczych dziecka. Może powodować pojawienie się problemów wychowawczych oraz niepowodzeń w nauce szkolnej (Barkley, Shelton, Crosswait i in., 2000, za: Kądziała-Olech, 2012).

Jakość życia dzieci i młodzieży

W psychologii badania nad jakością życia prowadzone są od lat 60. (Bańka, 2005), jednak przez długi czas dotyczyły osób dorosłych i szczególnie koncentrowały się na sytuacjach trudnych, takich jak choroba, niepełnosprawność czy bezrobocie. Dopiero przełom lat 70. i 80. minionego stulecia dostrzegł konieczność badania jakości życia w grupie dzieci i młodzieży (Marriage, Cummins, 2004).

Jakość życia związaną ze zdrowiem dzieci zaczęto poddawać ocenie około dziesięć lat po badaniach prowadzonych na grupie osób dorosłych. Najczęściej przebiegały one w trzech fazach. W pierwszej (początek lat 80.) skupiano się nad wyborem koncepcji jakości życia oraz na tym, jak ją badać. W drugiej fazie, przypadająca na początek lat 90. koncentrowano się na tworzeniu oraz rozwoju narzędzi służących ocenie jakości życia dzieci. W fazie trzeciej zaczęto stosować skonstruowane narzędzia w badaniach klinicznych, szczególnie dzieci chorych oraz w analizach epidemiologicznych (De Civita, i in. 2005).

Cel badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie jak dzieci ze zdiagnozowaną nadpobudliwością psychoruchową i deficytem uwagi oceniają jakość swojego życia i czy różnią się one w tym zakresie od grupy zdrowych rówieśników

Materiał i metodyka

1. Charakterystyka grupy badanej

- Badaniem objęto grupę 100 dzieci.
- 50 (20 dziewcząt, 30 chłopców) z nich miało diagnozę zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi w wieku 10-15 lat.
- Respondenci z grupy badanej korzystali z pomocy Miejskiego Zespołu Poradni Pedagogiczno-Psychologicznych (24 osoby) oraz prywatnego gabinetu psychiatrycznego (26 osób) w Kielcach.
- Średnia wieku dziewcząt i chłopców przyjmując stosownie wartość $11,95 \pm 1,43$ lat i $12,20 \pm 1,24$ lat nie wykazywała istotnych różnic,

2. Charakterystyka grupy kontrolnej

- Grupę odniesienia, zwaną dalej kontrolną, stanowiło również 50 osób, 26 dziewcząt i 24 chłopców, uczniów dwóch Szkół Podstawowych w Wolicy i Siedlcach.
- Podobnie jak w grupie badanej średni wiek uczestników badania z grupy kontrolnej przyjmując wartość średnią dla dziewcząt $10,84 \pm 1,55$ i $11,04 \pm 0,99$ dla chłopców nie wskazywał na występowanie istotnych statystycznie różnic, $t=0,64$ ($p>0,05$).

Zastosowane narzędzia badawcze

- Do badania jakości życia zastosowano kwestionariusz **KIDSCREEN-52** w wersji dla dzieci i młodzieży w wieku 8-18 lat oraz ich rodziców.
- Kwestionariusz ten pozwala na ocenę 10 wymiarów jakości życia:
 - zdrowia fizycznego;
 - samopoczucia psychicznego;
 - nastojów i emocji;
 - niezależności;
 - relacji z rodzicami;
 - samooceny;
 - zasobów finansowych;
 - wsparcia społecznego i relacji rówieśniczych;
 - środowiska szkolnego;
 - akceptacji społecznej.

Wyniki

- Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na istotne różnice w ocenie każdego z wymiarów jakości życia pomiędzy dziećmi z obu grup objętych badaniem.
- Dzieci z ADHD istotnie niżej ocenili każdy z 10 wymiarów jakości życia w porównaniu z dziećmi zdrowymi.
- W obu grupach respondenci najwyżej oceniali swoje nastroje i emocje, natomiast najniższą ocenę przypisano zasobom finansowym rodziny. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 1.

WYMIARY JAKOŚCI ŻYCIA wg KIDSCREEN-52	Grupa badana	Grupa kontrolna	Wynik testu U Manna- Whitney'a	Poziom istotności
	Średnia arytmetyczna ± Odchylenie standardowe	Średnia arytmetyczna ± Odchylenie standardowe		
Zdrowie fizyczne	13,96±3,69	16,34±3,21	-3,30	p<0,05
Samopoczucie psychiczne	14,94±4,52	19,52±4,85	-4,94	p<0,05
Nastroje i emocje	20,80±3,79	23,30±5,70	-4,17	p<0,05
O sobie	12,84±3,87	17,12±3,42	-5,56	p<0,05
Niezależność	10,90±4,05	14,48±4,59	-4,05	p<0,05
Rodzice i życie w domu	13,48±3,88	20,36±5,21	-6,27	p<0,05
Zasoby finansowe	5,36±2,93	9,38±3,23	-5,59	p<0,05
Wsparcie społeczne i rówieśnicze	12,70±4,58	16,62±5,42	-3,87	p<0,05
Środowisko szkolne	11,06±5,94	15,50±5,74	-3,37	p<0,05
Akceptacja społeczna	7,66±2,86	10,66±1,89	-5,07	p<0,05

Wyniki

- Choroba jest nie tylko problemem samego dziecka, ale również jego rodziców.
- Podobnie jak w ocenach dokonywanych przez dzieci, rodzice dokonywali oceny w zakresie 10 wymiarów jakości życia mierzonych za pomocą kwestionariusza KIDSCREEN-52.
- Otrzymane w toku przeprowadzonych badań wyniki wskazują, że występują istotne statystycznie różnice w ocenie każdego z wymiarów jakości życia pomiędzy rodzicami dzieci z grupy badanej oraz kontrolnej. Rodzice respondentów z grupy badanej podobnie jak dzieci istotnie niżej ocenili każdy z 10 wymiarów jakości życia w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych.
- Rodzice respondentów obu grup, tak samo jak dzieci najwyższe oceny przypisali nastrojom i emocjom, a najniższe zasobom finansowym rodziny.

WYMIARY JAKOŚCI ŻYCIA wg KIDSCREEN-52	Grupa badana	Grupa kontrolna	Wynik testu U Manna- Whitney'a	Poziom istotności
	Średnia arytmetyczna ± Odchylenie standardowe	Średnia arytmetyczna ± Odchylenie standardowe		
Zdrowie fizyczne	14,64±3,32	15,18±2,75	0,71	p<0,05
Samopoczucie psychiczne	15,36±3,58	19,34±3,09	-5,19	p<0,05
Nastroje i emocje	21,84±4,29	24,42±3,69	-3,55	p<0,05
O sobie	12,76±3,27	15,62±3,74	-3,79	p<0,05
Niezależność	17,58±3,46	20,96±2,98	-4,68	p<0,05
Rodzice i życie w domu	13,18±4,02	17,76±2,27	-5,57	p<0,05
Zasoby finansowe	6,84±2,36	8,74±2,88	-3,95	p<0,05
Wsparcie społeczne i rówieśnicze	13,50±5,33	15,22±5,61	-1,39	p<0,05
Środowisko szkolne	11,34±5,16	16,44±4,96	-4,39	p<0,05
Akceptacja społeczna	8,54±2,58	10,60±2,05	-4,33	p<0,05

Wnioski

1. Dzieci ze zdiagnozowanym zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i deficytem uwagi znacznie niżej oceniają jakość swojego życia w zakresie każdego z jej wymiarów w porównaniu z grupą dzieci zdrowych.
2. Należy wdrażać wszelkie czynności, które mogą w istotny sposób przyczynić się do poprawy jakości życia dzieci z ADHD.

Podsumowanie

- Po analizie dostępnej literatury zarówno na gruncie polskim jak i zagranicznym można stwierdzić brak prac prezentujących wyniki aktualnych badań dotyczących oceny jakości życia dzieci z nadpobudliwością psychoruchową i deficytem uwagi realizowanych przy użyciu standaryzowanych kwestionariuszy.
- Istnieje także brak doniesień zawierających ocenę jakości życia dzieci z wyżej wymienionym zaburzeniem dokonywaną przez ich rodziców.
- Wskazany jest przeprowadzenie badań naukowych na istotnie liczniejszej próbie dzieci i młodzieży z wyżej wymienionym zaburzeniem.
- Badania własne stanowią zatem implikację dla dalszych analiz naukowych oraz dla zdrowia publicznego.

Literatura

1. Borkowska, A. (2012). ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. W: A. Borkowska, Ł. Domańska (red.), *Neuropsychologia Kliniczna Dziecka* (s. 177-199). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Kądziela-Olech, H. (2012). Ocena odległych efektów prowadzonych działań psychoedukacyjnych w grupie dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12, 3, 149-156.
3. Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia* (s.11-79). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
4. Marriage, K., Cummins, R.A. (2004). Subjective Quality of Life and Self-Esteem in Children: The Role of Primary and Secondary Control in Coping with Everyday Stress. *Social Indicators Research*, 66, 1-2, 107-122.
5. De Civita, M., Regier, D., Alamgir, A.H., Anis, A.H., Fitzgerald, M.J., Marra, C.A. (2005). Evaluating Health-Related Quality-of-Life Studies in Pediatric Populations. Some conceptual, Methodological and Developmental Considerations and Recent Applications. *Pharmacoeconomics*, 23, 659-685.



Dziękuję za uwagę