

Interdyscyplinarność w diagnozie i terapii dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego

Interdisciplinarity in diagnosis and therapy of children with allergic diseases of the respiratory system

Andrzej Emeryk^{1,2,A-F}, Renata Zubrzycka^{3,A-F}, Anna Wojnarska^{4,A-F}

¹Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

²Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska

³Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, Polska

⁴Zakład Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(4):305–312

Adres do korespondencji

Renata Zubrzycka

e-mail: r.zubrzycka@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.01.2018 r.

Po recenzji: 17.02.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 23.04.2018 r.

Streszczenie

Alergie układu oddechowego należą do najczęściej występujących schorzeń w populacji dzieci i młodzieży. Według szacunków EAACI ok. 25% dzieci w wieku szkolnym w Europie cierpi na alergię. Wśród nich najbardziej rozpowszechniony u dzieci i młodzieży z Polski jest alergiczny nieżyt nosa. Według dotychczasowych badań empirycznych osoby w wieku rozwojowym dotknięte chorobami alergicznymi są obciążone ryzykiem wystąpienia wielorakich zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego, w tym trudności edukacyjnych. Niniejsza praca poglądowa podejmuje problematykę diagnozy i terapii dzieci z astmą i alergicznym nieżytem nosa w ujęciu interdyscyplinarnym. Na bazie klasycznej koncepcji diagnozy rozwiniętej Ziemskego utworzono teoretyczny model oddziaływań medycznych i psychopedagogicznych wobec chorych dzieci. Zaproponowano także schemat działań profilaktycznych możliwych do realizacji w placówkach medycznych oraz w środowisku rodzinnym i szkolnym. Praca ukazuje zarówno ograniczenia w zakresie aplikacji proponowanych rozwiązań teoretycznych, jak i istotne walory holistycznego podejścia do dzieci z alergicznymi chorobami układu oddechowego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Słowa kluczowe: terapia, dzieci, diagnoza, alergja, pedagogika specjalna

Cytowanie

Emeryk A, Zubrzycka R, Wojnarska A. Interdyscyplinarność w diagnozie i terapii dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego *Piel Zdr Publ.* 2018;8(4):305–312. doi:10.17219/pzp/90353

DOI

10.17219/pzp/90353

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Allergic diseases of the respiratory system are the conditions most commonly diagnosed in children and adolescents. According to EACCI, about 25% of children in Europe have allergy. A disease that is the most prevalent among Polish children is allergic rhinitis. Contemporary research shows that persons in developmental age suffering from allergies are at risk of developing various disorders in psychosocial functioning (including school difficulties). The paper presents the issues of diagnosis and therapy of children with bronchial asthma and allergic rhinitis in an interdisciplinary model. On the basis of the classic theory of expanded diagnosis proposed by Ziemiński, a theoretical model of medical, psychological and pedagogical practices directed at ill children was created. A set of preventive measures applicable in medical centers as well as in school and family environments has been proposed. The paper presents both the limitations in practical application of suggested theoretical solutions, and the benefits of a holistic approach towards children with allergic diseases of respiratory system in the diagnosis and therapy process.

Key words: therapy, children, diagnosis, allergy, special education

Alergie układu oddechowego u dzieci i młodzieży

Opublikowane w ostatnich latach szacunkowe dane liczbowe ujawniają, że w polskich placówkach edukacyjnych uczniowie przewlekłe chorzy stanowią 20–30%.¹ Biorąc pod uwagę perspektywę epidemiologiczną, która przewiduje stały wzrost zachorowań na choroby alergiczne układu oddechowego w populacji osób w wieku rozwojowym,^{2–5} można stwierdzić, że alergicy są i zapewne w najbliższej przyszłości będą jedną z najliczniejszych grup uczniów wymagających zintegrowanych oddziaływań rehabilitacyjnych i edukacji uwzględniającej ich specjalne potrzeby.^{6,7}

Najnowsze polskie badania epidemiologiczne (ankietowe i ambulatoryjne) przeprowadzone wg standardów European Community Respiratory Health Survey (ECRHS) i The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) w wybranych regionach (Warszawa, Lublin, Katowice, Zamojszczyzna, Kraków i Świdnica) wykazały, że przynajmniej 1/4 populacji dzieci i młodzieży cierpi na schorzenia alergiczne. Wśród nich najczęstsze są: alergiczny nieżyt nosa (ANN), który stwierdzono u 25% badanych (dane te korespondują z wynikami badań z innych regionów świata), astma oskrzelowa (AO), stwierdzona u ok. 5% z nich i atopowe zapalenie skóry (AZS) występujące u 7% poddanych testom. Zanotowano także częste współwystępowanie ANN i AO (u 70% pacjentów z astmą występują objawy ANN).² Według szacunków Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej ok. 25% dzieci w wieku szkolnym w Europie cierpi na alergię, co znacząco obniża ich możliwości edukacyjne i jakość życia.⁸

Pomimo powszechności problemów alergicznych układu oddechowego wśród dzieci i młodzieży w Polsce opublikowano stosunkowo niewiele prac empirycznych dotyczących ich psychospołecznej charakterystyki oraz związanych z nimi zagadnień edukacyjnych. W zdecydowanej większości są to badania prowadzone w populacji chorych na astmę oskrzelową.^{9–11} Dostępne są także nieliczne opracowania teoretyczne i prace badawcze na temat alergików oparte na analizie wybranych zmiennych w grupie dzieci z różnego typu alergiami manifestującymi

się wielonarządowo. Należy zaznaczyć, że w literaturze psychopedagogicznej pojawia się także kategoria opisu: „dzieci z alergią”.^{12–14} Pozostaje kwestią dyskusyjną, która perspektywa badawcza powinna być przyjęta w badaniach uczniów z chorobami alergicznymi: kategoriałna czy też niekategoriałna. W psychologii zdrowia oba te podejścia mają swoich zwolenników, uznaje się jednak, że bardziej powszechny jest nurt badań niekategoriałnych. Zakłada on, że psychospołeczne konsekwencje chorób są niezależne od diagnozy,¹⁵ ponadto istnieje więcej podobieństw niż różnic w przystosowywaniu się do chorób różnego rodzaju, a różnice te nie stanowią podstawy do wyróżnienia określonego wzorca przystosowania w odniesieniu do konkretnej choroby.¹⁶ Z kolei badacze reprezentujący kategoriałne podejście uznają, że specyficzne cechy określonych jednostek nozologicznych mają wpływ na występowanie zróżnicowanych skutków w sferze psychicznej jednostek nimi dotkniętych.¹⁷

Z analizy prac badawczych z dziedziny alergologii dziecięcej wynika, iż wiele objawów ze strony psychicznej jest wspólnych dla astmy i nieżyty nosa (m.in. zaburzenia koncentracji uwagi, obniżenie jakości życia, zaburzenia zachowania),¹⁸ stwierdza się jednak pewną odrębność psychologicznych skutków alergicznego nieżyty nosa spowodowanych niedotlenieniem mózgu będącym następstwem przewlekłego zatkania nosa. Uczniowie cierpiący na ANN, zwłaszcza jego cięższą postać, osiągają istotnie niższe wyniki szkolne niż chorzy z egzemą lub astmą.¹⁹ Dodatkowym problemem diagnostyczno-terapeutycznym jest małe zaangażowanie w leczenie osób z alergicznym nieżytem nosa, wynikające m.in. z bagatelizowania objawów choroby, traktowania jej jako „mało poważnej” oraz jej niedokładnie zdiagnozowanie.

Warto podkreślić, że na świecie zainteresowanie badaczy problematyką pozamedycznych aspektów chorób alergicznych układu oddechowego stale wzrasta. Wspomniany trend dobrze obrazuje analiza wskaźników bibliograficznych amerykańskiej naukowej bazy danych PubMed: w 1990 r. zanotowano w niej 36 pozycji dotyczących psychologicznych aspektów alergicznego nieżyty nosa u dzieci w wieku szkolnym (w przypadku astmy 91 pozycji), zaś 10 lat później już niemal 100 (w przypadku astmy – 285), a w 2013 r. ponad 150 (w przypadku ast-

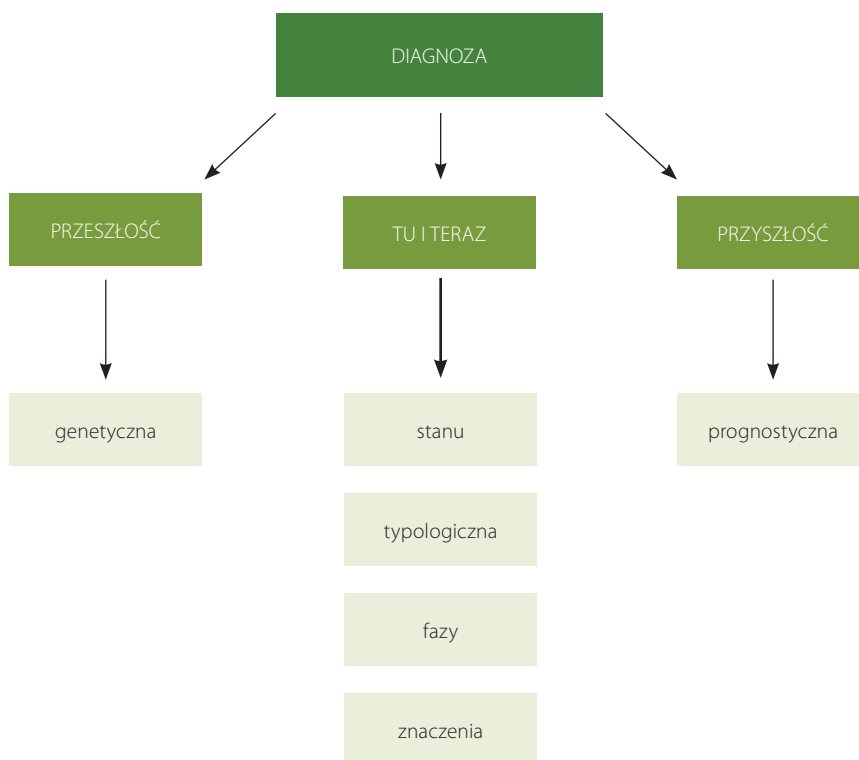
my – 460). Znaczna część europejskich i amerykańskich publikacji dotyczy projektów badawczych realizowanych przez wieloosobowe, także międzynarodowe, interdyscyplinarne zespoły, których członkowie pochodzą z kilku różnych ośrodków naukowych. Są to specjaliści z zakresu pediatrii, pulmonologii, alergologii i laryngologii, pielęgniarstwa pediatrycznego, psychologii klinicznej i nauk o zdrowiu. Niezależnie od przyjętych założeń teoretycznych i metodologicznych dobór próby zawsze przeprowadzany jest według ściśle określonych kryteriów klinicznych, zaś rekrutacja badanych odbywa się zazwyczaj w ośrodkach medycznych.

Polskie badania psychopedagogiczne dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego prowadzone były zarówno w placówkach medycznych, jak i edukacyjnych. Niewątpliwą zaletą badań realizowanych ze wsparciem specjalistów nauk medycznych jest umożliwienie dostępu do badanej grupy, co stanowi dużą pomoc dla badacza przy aktualnie obowiązującym *Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych)*.²⁰ Dodatkową korzyścią jest także możliwość nawiązania merytorycznej współpracy w różnych fazach realizacji projektu badawczego i holistyczne spojrzenie na podmiot badań.

Zaproponowane poniżej modele diagnozy i terapii dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego powstały jako efekt refleksji i kilkuletniej współpracy badawczej interdyscyplinarnego zespołu tworzonego przez specjalistów nauk medycznych i społecznych (psychologii i pedagogiki specjalnej) pod kierownictwem prof. n. med. dr. hab. Andrzeja Emeryka. Problematyka badawcza obejmowała m.in. zagadnienia: interdyscyplinarnego kontekstu chorób alergicznych u dzieci,²¹ radzenia sobie ze stresem,²² kompetencji społecznych,²³ sytuacji szkolnej uczniów z AO i ANN²⁴ oraz ich poczucia kontroli i poczucia kontroli zdrowia.^{25,26} Możliwości i uwarunkowania adaptacji wniosków z badań własnych do praktyki klinicznej skonsultowano z przedstawicielami władz oświatowych oraz placówek diagnostyczno-terapeutycznych i edukacyjnych w ramach działalności Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Interdyscyplinarność diagnozy – modele i stan faktyczny

Uczniowie z chorobami alergicznymi mają specjalne potrzeby edukacyjne spowodowane specyfiką schorzenia, jego dynamiką oraz wpływem leczenia farmakologicznego na funkcjonowanie układu nerwowego. Jedynie holistyczne i interdyscyplinarne podejście w procesie diagnozy



Ryc. 1. Struktura diagnozy rozwiniętej (Wojnarska²⁷ na podstawie Pytki,²⁸ Ziemskiego [za Wysocką]²⁹)

Fig. 1. The structure of full diagnosis (Wojnarska²⁷ based on Pytki,²⁸ Ziemski [quoted by Wysocka]²⁹)

i terapii gwarantuje możliwość skompensowania wpływu tych czynników na proces uczenia się i zachowanie. Warto przyrzeć się założeniom teoretycznym pożądanej diagnozy oraz ich zastosowaniom w praktyce (ryc. 1).

Modelem najlepiej realizującym te cele jest diagnoza rozwinięta uwzględniająca przyczyny, aktualny stan oraz rokowania definiowana przez Ziemskiego jako „rozpoznanie badanego stanu rzeczy przez zaliczenie go do znanego typu lub gatunku, przez przyczynowe i celowościowe wyjaśnienie tego stanu rzeczy, określenie jego fazy obecnej oraz przewidywanego dalszego rozwoju”.^{29s36} Elementami diagnozy rozwiniętej są diagnozy cząstkowe związane z określonymi momentami procesu rozpoznania problemów. Diagnozy cząstkowe dopełniają i warunkują się wzajemnie, a dopiero ich łączne ujęcie uwzględniające perspektywy czasowe (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość) daje pełne, wielostronne rozpoznanie.²⁹

W procesie diagnozowania ucznia zadaniem pierwszoplanowym jest rozpoznanie stanu, czyli aktualnego funkcjonowania dziecka z uwzględnieniem zarówno jego deficytów, jak i pozostających w normie umiejętności. Dokładne opisanie specyfiki funkcjonowania psychospołecznego dziecka pozwala przyporządkować jego symptomy do wybranego systemu klasyfikacyjnego oraz zdefiniować ich istotę, czyli postawić diagnozę typologiczną (inaczej klasyfikacyjną lub nozologiczną). Następnym elementem diagnozy rozwiniętej jest określenie fazy zaawansowania stwierdzonego objawu oraz jego znaczenia dla funkcjonowania w szkole. Istotne zmienne w tym procesie to wiek badanego ucznia oraz etap jego rozwoju osobistego. Największą trudnością w realizacji diagnozy rozwiniętej jest ujęcie aspektów genetycznych (tj. przyczynowych) i prognostycznych. W praktyce dość często diagnoza psychopedagogiczna opiera się na założeniu, że jest to rozpoznanie problemu w chwili obecnej i w badanym środowisku, czyli tu i teraz. Zazwyczaj niewystarczająco uwzględnia się czynniki genetyczne, często z powodu niemożności dotarcia do źródeł informacji, np. przy niechętniej postawie rodziców, oraz elementy prognostyczne. Realizacja tak rozbudowanych celów diagnozy wymaga współpracy specjalistów z różnych dyscyplin: pedagogów, psychologów, lekarzy, pracowników socjalnych, asystentów rodziny itp. Najbardziej pożądanym jest model psychospołeczny pracy zespołowej profesjonalistów, który koncentruje się nie tylko na wnikliwym opisie funkcjonowania badanego, ale uwzględnia szeroki kontekst społeczny. Diagnoza taka jest określana jako ekologiczna, ponieważ bierze pod uwagę środowisko dziecka, które odgrywa ważną rolę zarówno w procesie definiowania problemów, jak i ich łagodzenia i usuwania. Zespół specjalistów współpracuje przy opracowaniu orzeczenia diagnostycznego, dzięki czemu punkty sporne są na bieżąco dyskutowane i ustalane, co daje w konsekwencji spójny obraz problemu. Ponadto metoda zespołowa pozwala zachować ciągłość oddziaływań poprzez bliskie związki z profilaktyką i terapią.³⁰⁻³² Postulowany autorski model podejścia interdyscyplinarnego

w diagnozie rozwiniętej dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego zaprezentowano w tabeli 1.

W praktyce zaproponowane założenia są rzadko realizowane. Diagnoza psychopedagogiczna dziecka rozpoczyna się na poziomie placówki oświatowej (przedszkola/szkoły) i ma charakter postulowanej w podejściu psychospołecznym protodiagnozy. Jednak dalsze etapy zupełnie nie przystają do proponowanego modelu.

Pierwszym problemem jest uzyskanie zgody rodziców / opiekunów prawnych dziecka na przeprowadzenie badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Od 1993 r. na podstawie *Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych publicznych poradni specjalistycznych*³³ badania takie nie mogą być zrealizowane bez takiej zgody udzielonej na piśmie. Dodatkowo *ozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych...*²⁰ powoduje, że przekazanie ustaleń diagnostycznych również jest zależne od woli rodziców / opiekunów prawnych. W praktyce nauczyciele często stykają się z sytuacją, w której dziecko posiadające specjalne potrzeby edukacyjne nie otrzymuje pomocy z powodu braku rozpoznania. W przypadku chorób przewlekłych konieczne jest także uzyskanie informacji dotyczących obrazu choroby, jej przebiegu i ewentualnych konsekwencji dla funkcjonowania w środowisku szkolnym. Dostęp do dokumentacji medycznej jest jednak utrudniony, ponieważ jedynie rodzice są w stanie dostarczyć personelowi przedszkola/szkoły takich danych. Nie ma możliwości uzyskania przez pedagogów informacji od lekarza ze względu na ochronę danych osobowych (lekarz nie informuje osób nieupoważnionych), natomiast w placówkach oświatowych liczba zatrudnionych lekarzy, którzy mogliby konsultować takie przypadki, jest znikoma. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z 1.02.2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych*,³⁴ które jest nowelizacją, poradnie zatrudniają jedynie psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych.

Powyższe trudności byłyby możliwe do pokonania przy zaangażowaniu rodziców w proces stawiania diagnozy, jednak ich brak znajomości psychospołecznych aspektów chorób alergicznych powoduje niedoszacowanie negatywnych konsekwencji nieleczonej alergii. Zdarza się, że rodzice wypierają problem, nie występują z inicjatywą przeprowadzenia badań lub też nie są świadomi takiej możliwości.³⁵ Placówki oświatowe powinny wziąć na siebie odpowiedzialność za upowszechnianie wiedzy na ten temat poprzez organizację wykładów i szkoleń prowadzonych przez lekarzy alergologów. Dobrym rozwiązaniem jest wdrażanie w tego typu akcje jednostek samorządu terytorialnego, uczelni wyższych i organizacji pozarządowych. Przykład realizacji postulowanych wyżej działań może stanowić sympozjum naukowo-szkoleniowe

Tabela 1. Zakresy diagnozy rozwiniętej dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego w kontekście interdyscyplinarnym

Table 1. The areas of full diagnosis in children with allergic diseases of the respiratory system in the interdisciplinary context

Rodzaj diagnozy	Cel diagnozy	Aspekty medyczne	Aspekty psychologiczno-pedagogiczne	Inne obszary
Klasyfikacyjna/typologiczna	zaliczenie zjawiska do określonej klasy lub gatunku	rozpoznanie jednostki choroby alergiczej (AO, ANN i in.)	rozpoznanie towarzyszących alergii zaburzeń rozwojowych wpływających na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka (zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania, dysleksja, ADHD)	rozpoznanie trudności zdrowotnych dziecka i problemów w funkcjonowaniu psychospołecznym – protodiagnoza (rodzice i nauczyciele)
Fazy	ocena ewolucji zjawiska	określenie stopnia ciężkości przebiegu klinicznego i kontroli choroby, identyfikacja alergenów i innych czynników zaostrzających chorobę	określenie stopnia zaawansowania zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym dziecka z uwzględnieniem etapu rozwoju	historia rozwoju symptomów choroby oraz zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym dziecka (rodzice i nauczyciele)
Znaczenia	ocena konsekwencji stwierdzonej diagnozy	ocena przebiegu leczenia, rodzaju stosowanych leków, skutków ubocznych farmakoterapii, ograniczeń związanych z karencją alergenową	określenie konsekwencji choroby alergiczej i towarzyszącego jej leczenia dla funkcjonowania psychospołecznego dziecka w sferze poznawczej, emocjonalno-społecznej; ocena przystosowania społecznego i pozycji socjometrycznej dziecka w grupie	obserwacja funkcjonowania dziecka w trakcie leczenia (rodzice i nauczyciele); ocena warunków bytowych rodziny i możliwości ponoszenia kosztów leczenia (rodzice, pracownicy socjalni)
Genetyczna	zbadanie markerów genetycznych alergii (np. wariant genu <i>FCER1</i>)	prognoza rozwoju alergii, astmy oraz odpowiedzi na leczenie	ustalenie, jakie są uwarunkowania osobowe i środowiskowe zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym dziecka	rozpoznanie uwarunkowań choroby (rodzice i nauczyciele)
Prognostyczna rozwojowa	ekstrapolacja stanu aktualnego w przyszłość	ustalenie rokowań dotyczących wyleczenia; edukacja na temat chorób alergiczych – szkolenia personelu medycznego	prognoza dalszego rozwoju dziecka przy spełnieniu określonych warunków; profilaktyka i terapia psychologiczno-pedagogiczna; motywowanie dziecka do leczenia i pokonywania trudności	ocena stopnia zaangażowania rodziców i nauczycieli we wspomaganie procesu leczenia i pokonywania trudności szkolnych

„Zrozumieć ucznia z alergią i astmą” (Lublin 2015) zorganizowane przez Lubelski Oddział Polskiego Towarzystwa Alergologicznego we współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Wydziałem Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz Wydziałem Oświaty Urzędu Miasta Lublin. Pokonanie pewnej bierności środowiska szkolnego zazwyczaj owocuje większym zainteresowaniem objawami chorób alergiczych u uczniów i skierowaniem uwagi rodziców na konieczność dokonania diagnozy.

Współpraca lekarzy, pedagogów i psychologów jest też konieczna podczas prowadzenia badań naukowych z uwagi na potrzebę ustalenia kryteriów doboru grupy. Jak wspomniano powyżej, stanowisko lekarzy różni się w tym zakresie od podejścia pedagogów i psychologów. Z medycznego punktu widzenia każda jednostka nozologiczna musi być traktowana odrębnie ze względu na symptomy, dynamikę i metody leczenia, natomiast obserwowalna w pedagogice i psychologii tendencja do zacierania różnic pomiędzy jednostkami chorobowymi należącymi do wspólnej kategorii chorób przewlekłych nie zawsze jest słuszna. Problem specyfiki wpływu chorób alergic-

nych na procesy korowe osób w wieku rozwojowym można rozstrzygnąć jedynie dzięki przyjęciu modelu interdyscyplinarnej współpracy. Warto zaznaczyć, że psychologowie i pedagodzy często nie zdają sobie sprawy ze znaczenia dla funkcjonowania psychospołecznego takich zmiennych, jak chociażby stopień ciężkości choroby, możliwych do określenia wyłącznie przez specjalistów alergologów.

Interdyscyplinarność w leczeniu alergii

Choroby alergiczne układu oddechowego po dokładnym rozpoznaniu medycznym uwzględniającym rodzaj jednostki nozologicznej wymagają specjalistycznego leczenia oraz dostosowania warunków życia chorego do rodzaju objawów. Leczenie dzieci z alergicznymi chorobami układu oddechowego obejmuje m.in.: edukację, karencję alergenową i unikanie czynników drażniących, farmakoterapię, immunoterapię alergenową i fizykoterapię.^{36,37}

Z punktu widzenia praktyki pedagogicznej ważne jest zindywidualizowanie podejścia do dziecka w warunkach

przedszkolnych i szkolnych. Jakkolwiek aktualnie koncepcja wyłącznie psychosomatycznej etiologii alergii została odrzucona, to znaczenie czynników psychicznych jest nadal doceniane, szczególnie wśród lekarzy prezentujących holistyczne podejście do pacjenta. Wśród czynników psychicznych mogących nasilać objawy alergii wymienia się: stres, przemęczenie, niestabilną emocjonalność, niektóre cechy charakteru, problemy w relacjach rodzinnych i traumatyczne przeżycia.³⁸

Zaproponowany autorski model podejścia do leczenia i terapii dziecka z chorobami alergicznymi układu oddechowego przedstawiono w tabeli 2.

W procesie leczenia szczególne znaczenie mają nie tylko rodzice/opiekunowie dziecka, ale także personel szkolny. Europejska Akademia Alergii i Immunologii Klinicznej (European Academy of Allergy and Clinical Immunology – EAACI) opracowała szczegółową strategię postępowania wobec ucznia z alergią, a także postulaty dla organizacji medycznych i rządowych.⁸ Prawami ucznia cierpiącego na alergię są: możliwość przebywania w zdrowym otoczeniu pozbawionym alergenów, niestygmatyzowanie dziecka z powodu choroby, uczestniczenie we wszystkich formach aktywności szkolnej, dostęp do leków i kontaktu z wyszkolonym personelem, który potrafi zareagować w sytuacjach kryzysowych (wstrząs anafilaktyczny) oraz dostosowanie edukacji do jego możliwości psychofizycznych.⁸ Zrealizowanie tych zadań jest możliwe tylko przy ścisłej współpracy lekarzy, rodziców i nauczycieli. Z tego względu bardzo istotne jest dostarczenie przez rodziców

pełnej diagnozy choroby dziecka wraz ze wskazówkami dotyczącymi zażywania leków, możliwych zagrożeń związanych z chorobą oraz wpływu choroby i leczenia na funkcjonowanie psychofizyczne.

Warto zauważyć, że choroby alergiczne mogą mieć różnorodny wpływ na osiągnięcia szkolne. Chore dzieci mają obniżony poziom koncentracji uwagi, z powodu stosowanej farmakoterapii mogą odczuwać senność w ciągu dnia itp., istnieją też jednak doniesienia niepotwierdzające takich prawidłowości.¹¹

Ze względu na znaczenie zmiennych psychicznych w przebiegu leczenia należy uwzględnić wsparcie społeczne udzielane uczniowi z alergią ze strony rodziców, nauczycieli i kolegów szkolnych. Oczekiwania wobec rodziców obejmują ich edukację, a następnie skrupulatne przestrzeganie zaleceń medycznych, udzielenie wszystkich niezbędnych informacji personelowi placówki, w której dziecko pobiera naukę oraz pracę z dzieckiem ukierunkowaną na zrozumienie i zaakceptowanie ograniczeń związanych z chorobą. W przypadku niewystarczających kompetencji rodziców powinni oni mieć możliwość skorzystania ze specjalistycznej pomocy, jaka przysługuje dzieciom w ogólnodostępnych przedszkolach i szkołach w formie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych i wyrównawczych.³³ W uzasadnionych przypadkach dziecko i jego rodzina powinni mieć możliwość skorzystania z właściwej formy psychoterapii, która pomoże złagodzić negatywny wpływ czynników psychogennych.

Tabela 2. Zakresy działań profilaktyczno-leczniczych wobec dziecka z chorobami alergicznymi w kontekście interdyscyplinarnym

Table 2. The areas of preventive and therapeutic action in children with allergic diseases of the respiratory system in the interdisciplinary context

Analizowany obszar	Cel	Aspekty medyczne	Aspekty psychologiczno-pedagogiczne	Inne
Profilaktyka pierwotna i wtórna	minimalizowanie ryzyka wystąpienia choroby; wczesne uchwycenie pierwszych symptomów choroby	edukacja kobiet w ciąży oraz matek dzieci w pierwszych miesiącach/latach życia	organizacja kontaktu z lekarzami; poszerzanie wiedzy na temat konsekwencji choroby i leczenia dla funkcjonowania psychospołecznego dziecka; organizacja szkoleń dla rodziców dotyczących opieki nad dzieckiem z chorobą alergiczną; motywowanie dziecka do aktywnego udziału w procesie leczenia	zaangażowanie w higienę zdrowotną dzieci i rodzin (rodzice); zadbanie o zminimalizowanie zagrożeń (osoby odpowiedzialne za infrastrukturę szkoły); popularyzacja wiedzy na temat chorób alergicznych (Internet, inne media)
Zapobieganie rozwojowi choroby (profilaktyka trzeciorzędowa)	zapobieganie zaostrzeniom choroby i jej pogłębianiu się	wczesne rozpoznanie chorób alergicznych i adekwatne leczenie; zwrócenie uwagi na niebezpieczeństwo anafilaksji	praca korekcyjno-terapeutyczna; terapia pedagogiczna; motywowanie dzieci do przestrzegania zaleceń medycznych	wsparcie informacyjne, materialne i emocjonalne rodzin (działalność stowarzyszeń); dostęp dzieci do leczenia sanatoryjnego
Leczenie	objęcie chorych dzieci specjalistycznym leczeniem	farmakoterapia ANN lub/i AO, immunoterapia alergenowa, elementy fizjoterapii w astmie; dostępność postępowania antyanafilaktycznego w przedszkolu i szkole	terapia podtrzymująca i odreagowująca (m.in. radzenie sobie ze stresem)	dostęp do specjalistów; system prawny – odpowiednie regulacje dotyczące korzystania z leczenia i z udogodnień przewidzianych dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; dofinansowanie leczenia – refundacja leków

Podsumowanie

Interdyscyplinarność w diagnozie oraz terapii dzieci i młodzieży z chorobami alergicznymi układu oddechowego można rozumieć dwojako. W odniesieniu do nauk medycznych oznacza ona konieczność współpracy specjalistów z wielu dziedzin, m.in. alergologii, immunologii klinicznej, pulmonologii i laryngologii. Inny (szerzej rozumiany) wymiar interdyscyplinarności wyznaczają wspólne działania teoretyków i praktyków z zakresu medycyny, psychologii i nauk pedagogicznych na rzecz chorego dziecka. O ile praktyka kliniczna sprzyja współdziałaniu lekarzy różnych specjalności, o tyle obszar edukacji i terapii wciąż stanowi trudną płaszczyznę wdrażania interdyscyplinarności.

Omówione w niniejszym artykule modele teoretyczne interdyscyplinarnej diagnozy i terapii dotyczą drugiego z wymienionych wymiarów. Zostały opracowane zarówno na podstawie aktualnej wiedzy teoretycznej, jak i doświadczeń badawczych oraz szkoleniowych autorów. Są też, co warto podkreślić, pierwszą na gruncie polskim próbą syntezy medycznego i psychopedagogicznego ujęcia wspomnianych procesów w odniesieniu do dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego.

Podsumowując prezentowaną pracę, warto wskazać korzyści i wyzwania interdyscyplinarności w obszarach: badawczym i aplikacyjnym. Do pierwszych zaliczyć można:

- wnikliwe spojrzenie na badany podmiot, którym jest dziecko z chorobą alergiczną układu oddechowego i możliwość wieloaspektowej diagnozy jego funkcjonowania;
- możliwość włączenia do modelu badań zmiennych medycznych oraz ich zobiektywizowanego pomiaru;
- adekwatny pod względem merytorycznym dobór grupy badanej i zapewnienie rzetelnych procedur organizacji badań empirycznych;
- możliwość poszerzenia wiedzy badaczy na różnych etapach współpracy: począwszy od kwerendy literatury (m.in. wzbogacenie poznania na podstawie materiałów źródłowych z innych dziedzin) przez dyskusję problematyki badawczej i uzyskanych wyników postrzeganych z pozycji zróżnicowanych perspektyw aż po formułowanie wspólnych wniosków z badań;
- szansa na integrację działań środowisk praktyków z zakresu wieloaspektowo rozumianej diagnozy i terapii dzieci z chorobami przewlekłymi na rzecz wdrażania postulowanych i empirycznie zweryfikowanych wniosków (warto w tym miejscu zwrócić uwagę na możliwość skorzystania z wiedzy i doświadczeń uzyskanych w obszarze multidyscyplinarnych oddziaływań wobec dzieci z chorobami nowotworowymi).³⁹

Wyzwania obejmują zaś:

- przyjęcie otwartej postawy na poznanie podmiotu oddziaływań z perspektywy innej dyscypliny nauki;
- uwzględnienie specyfiki każdej z nauk w zakresie terminologii i języka, sposobu definiowania zmiennych i ich wskaźników, kryteriów doboru grupy, sposobu

prezentacji wyników badań i ich analiz oraz stylu i formalnych aspektów redagowania publikacji;

- podjęcie systemowych rozwiązań w zakresie wprowadzenia modelu interdyscyplinarnej diagnozy i terapii dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego.

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B, red. *Uczniowie z chorobami przewlekłymi – jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
2. Samoliński B, Hałat Z, Samolińska-Zawisza U. Epidemiologia nieżyłtów nosa, astmy i AZS na podstawie badań ECRHS i ISAAC w Polsce. *Alergia*. 2007;3:10–12.
3. Emeryk A. Alergiczny nieżyt nosa. W: Emeryk A, Bręborowicz A, Lis G, red. *Astma i choroby obturacyjne oskrzeli u dzieci*. Wrocław, Polska: Elsevier Urban & Partner; 2010:245–249.
4. Raciborski F, Samoliński B, Emeryk A. Epidemiologia alergicznego nieżyłtu nosa u dzieci. W: Emeryk A, red. *Alergiczny nieżyt nosa u dzieci*. Poznań, Polska: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2011:17–34.
5. Kowal K. Epidemiologia chorób alergicznych. W: Pawliczak R, red. *Alergologia – kompendium*. Poznań, Polska: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2013:61–67.
6. Taras H, Potts-Datema W. Childhood asthma and student performance at school. *J Sch Health*. 2005;75(8):296–312. doi: 10.1111/j.1746-1561.2005.00041.x
7. Chang HY, Seo JH, Kim HY, et al. Allergic diseases in preschoolers are associated with psychological and behavioural problems. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2013;5(5):315–321. doi:10.4168/aa.2013.5.5.315
8. Muraro A, Clark A, Beyer K, et al. The management of the allergic child at school: EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school. *Allergy*. 2010;65(6):681–689. doi:10.1111/j.1398-9995.2010.02343.x
9. Pilecka W. *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej; 1990.
10. Kurzawa R, Wyczesany J, red. *Dziecko chore na astmę – integracja działań pedagogicznych, medycznych i psychologicznych*. Kraków, Polska: Oficyna Wydawnicza Impuls; 1995.
11. Zubrzycka R. *Rodzinne uwarunkowania funkcjonowania społecznego dzieci z astmą*. Lublin, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2010.
12. Maciarz A. *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekłe chorych*. Kraków, Polska: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2001.
13. Dworak A. *Jakość życia dziecka z alergią – uwarunkowania środowiska rodzinnego*. Toruń, Polska: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit; 2010.
14. Parczewska T. *Doświadczenie koleżeństwa i przyjaźni przez dzieci z chorobami przewlekłymi*. Lublin, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; Lublin 2012.
15. Eiser C. What can we learn from other illnesses? *J Cyst Fibros*. 2003;2:58–60. doi:10.1016/S1569-1993(03)00002-X
16. Stein REK, Jessop DJ. What diagnosis does not tell: The case for a noncategorical approach to chronic illness in childhood. *Soc Sci Med*. 1989;29(6):769–778.
17. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Fam Process*. 1987;26(2):203–221.
18. Craig TJ, McCann JL, Gurevich F, Davies MJ. The correlation between allergic rhinitis and sleep disturbance. *J Allergy Clin Immunol*. 2004; 114(supl 5):S139–S145. doi:10.1016/j.jaci.2004.08.044
19. Sundberg R, Torén K, Höglund D, Aberg N, Brisman J. Nasal symptoms are associated with school performance in adolescents. *J Adolesc Health*. 2007;40(6):581–583. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.01.003
20. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). <https://www.giodo.gov.pl/pl/569/9276>. Dostęp 16.10.2018.

21. Emeryk A, Zubrzycka R. Interdyscyplinarne spojrzenie na choroby alergiczne u dzieci. W: Bochniarz A, Bogucki J, Grabowiec A, red. *Teoria i praktyka edukacji zdrowotnej – wybrane zagadnienia*. Lublin, Polska: Wydawnictwo Neurocentrum; 2008:65–70.
22. Zubrzycka R. Coping with stress of children with chronic illness. *Pol J Environ Stud*. 2007;16(1A):102–104.
23. Wojnarska A, Zubrzycka R. Kompetencje społeczne dzieci z astmą oskrzelową i alergią pokarmową w wieku przedszkolnym. W: Pilecka W, Bidziński K, Pietrzakiewicz M, red. *O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Kielce, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach; 2008:211–222.
24. Emeryk A, Wojnarska A, Zubrzycka R. Percepcja sytuacji szkolnej przez dzieci z chorobami alergicznymi. W: Janowski K, Artymiak M, red. *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne*. T 4. Lublin, Polska: Wydawnictwo Polihymnia; 2009:179–198.
25. Emeryk A, Wojnarska A, Zubrzycka R. Health locus of control of children with asthma and allergic rhinitis. *Allergy*. 2013;68(supl 97):52.
26. Wojnarska A, Zubrzycka R. Poczucie kontroli dzieci z chorobami alergicznymi układu oddechowego w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W: Parczewska T, red. *Przestrzeń dziecka i dzieciństwa – wielość perspektyw i znaczeń*. Lublin, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2015:173–185.
27. Wojnarska A. Diagnoza resocjalizacyjna – podstawy teoretyczne i problemy praktyczne. W: Wojnarska A, red. *Diagnostyka resocjalizacyjna – wybrane zagadnienia*. Lublin, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2010:9–22.
28. Pytka L. *Pedagogika resocjalizacyjna*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2000.
29. Wysocka E. Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe pojęcia, przedmiot, problemy i modele diagnozy. W: Skibska J, red. *Diagnoza interdyscyplinarna – wybrane problemy*. Kraków, Polska: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2017:39–68.
30. Kowalik S, Brzeziński J. Ekologiczny kontekst procesu diagnostycznego. W: Sęk H, red. *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014:255–268.
31. Kowalik S. Modele diagnozy psychologicznej. W: Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. T 1. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006:181–192.
32. Pasikowski T, Sęk H. Psychologiczna diagnoza kliniczna – etapy postępowania diagnostycznego a wynik diagnozy. W: Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. T 1. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006:193–212.
33. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 11.06.1993 r. w sprawie organizacji i zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych publicznych poradni specjalistycznych, DzUzr Nr 95, poz 425; DzUzr z 1992 r. Nr 26, poz 13, Nr 54, poz 254. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930670322>. Dostęp 16.10.2018.
34. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 1.02.2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, DzU z 2013 r, poz 199. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130000199>. Dostęp 16.10.2018.
35. Szumilas EM, Czopińska M, Karczewska-Gzik A, Stępiak K. *Model współpracy instytucji i placówek oświatowych realizujących kształcenie dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Warszawa, Polska: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2016.
36. Bręborowicz A, Kurzawa R, Lis G, Wojsyk-Banaszak I. Astma u dzieci. W: Fal AM, red. *Alergia, choroby alergiczne, astma*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2010:319–348.
37. Emeryk A, Bartkowiak-Emeryk M, Bręborowicz A. Postępowanie w alergicznym nieżycie nosa u dzieci. W: Emeryk A, red. *Alergiczny nieżyt nosa u dzieci*. Poznań, Polska: Termedia Wydawnictwo Medyczne; 2011:133–150.
38. Yoshihara K. Psychosomatic treatment for allergic diseases. *Biopsychosoc Med*. 2015;9(8):1–6. doi:10.1186/s13030-015-0036-2
39. Binnebesel J, Krakowiak P. Co-operation between medical personnel, teachers, medical and social team and family for children and teenagers hospitalised with advanced cancer. *Prog Health Sci*. 2012;2(2):107–115. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2012_2/107-115_binnebesel.pdf. Dostęp 16.10.2018.