

哮喘儿童行为问题及其主观生活质量研究

孔元原, 胡 勇*, 孙明明*

(河南省安阳市人民医院儿科, 河南 安阳 455000)

中图分类号: R395.1

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2001)03-0216-02

Behavioral Problems and Quality of Life in Children with Asthma

KONG Yuan-yuan, HU Yong, SUN Ming-ming

Department of pediatrics First Hospital An Yang He Nan 455000, China

【Abstract】 Objective: To explore differences in behaviors and quality of life between asthmatic and non-asthmatic children. **Methods:** Behaviors and quality of life were assessed in the 84 children with asthma and healthy children, 4-11 years of age. **Results:** Behavioral problems were more prevalent in asthmatics than non-asthmatics. The major behavioral problems in children with asthma were recession, physical complaints, anxiety/depression, and social intercourse. The children with asthma were less satisfactory than healthy children with respect to quality of life especially on anxiety, depression and somatic feelings. **Conclusion:** Asthma contributes to the development of behavioral problem and adversely affects the children's quality of life.

【Key words】 Asthma; Children; Behavioral problem; Quality of life.

随着医学模式、健康概念的转变, 社会心理因素和行为方式与健康之间的相互影响已日益受到重视。人们对慢性疾病的认识不再局限于对躯体和生命数量的影响, 其对心理行为和生活质量的影响也同样受到关注^[1]。哮喘作为儿童时期最常见的慢性疾病之一^[2], 且近年来患病率及死亡率有所上升^[3], 已严重危害了儿童的健康。本次研究旨在通过对不同程度的哮喘儿童与正常儿童的行为问题进行比较, 了解哮喘儿童行为问题的发生, 同时对哮喘儿童和主观生活质量进行了初步的探讨, 以求在新的医学模式观点指导下, 对哮喘儿童进行综合治疗, 全面提高哮喘儿童的生活质量和健康水平。

1 对象与方法

1.1 研究对象

1.1.1 病例组 随机抽取 1995 年 6 月至 1999 年 11 月在贵阳医学院儿科哮喘专科门诊建卡的哮喘儿童 84 例。抽样率为 50%。其中男 51 例, 女 33 例。年龄 4~11 岁, 平均 8.4 岁。均为贵阳地区及附近的城镇儿童, 全部病例均符合儿童哮喘的诊断及分级标准^[4], 其中轻度哮喘患儿 49 例, 中重度 35 例。病程 0.2~10 年, 平均病程: 4.19 年。

1.1.2 正常对照组 根据病例对照研究原则, 采用 1:1 配对法, 在贵医子校及门诊选择同性别、同年

龄、父母文化程度相同或相近、无慢性躯体疾病的儿童 84 人。

1.2 测试方法

1.2.1 行为测试 采用 Achenbach 儿童行为量表 (Child Behavior Checklist, 父母问卷, 简称 CBCL, 湖南常模)。由湖南医科大学精神卫生研究所苏林雁、李雪荣等 1996 年修订。该量表由社会力量表和行力量表两部分组成, 用以评价儿童的社会能力和行为^[5]。为保证调查的准确性, 填表前向家长讲解量表内容及填表方法, 根据儿童近半年来的行为表现逐项填写, 行力量表由 113 个条目组成, 按 3 级评分, “没有”记 0 分, “偶尔有”记 1 分, “经常有”记 2 分。行为异常的判断标准: 以各分量表的第 98 百分位或总分的第 90 百分位为划界分, 超过此分诊断为行为障碍。2 周后对 28 名进行了重测, 社会能力、行为总分的重测相关系数分别为: 0.8322, 0.8948, ($P < 0.001$)。说明本课题的测量信度达到心理测量学标准。

1.2.2 儿少生活质量测试 采用湖南医科大学心理研究中心程灶火、高北陵编制的儿少主观生活质量问卷, 共 52 个条目, 适用于 9 岁及以上儿童^[5]。由调查对象本人逐项填写, 按“没有”“有时有”“经常有”“总是有”四种程度进行评分, 得出粗分归纳为认知成分和情感成分, 两者粗分之和为总粗分。共调查 37 名哮喘儿童和 32 名正常儿童填写此表。

1.2.3 社会心理因素调查 采用自编问卷, 包括儿童的姓名、年龄、学习成绩、父母的文化程度、职业、

胡 勇 (江苏省妇幼保健中心 210013)

孙明明 (贵阳医学院附属医院儿科 550004)

家庭经济、家庭关系、母孕期疾病等。

2 结 果

2.1 哮喘儿童的行为问题

2.1.1 行为问题总的检出情况 本次研究调查了84例哮喘儿童,行为异常检出率为34.52%(29例),对照组行为异常检出率13.1%(11例),二组差异显著($\chi^2=10.6313, P<0.01$)。

2.1.2 哮喘儿童的行为因子分布情况 在社会能力量表中,社交情况和学校情况哮喘儿童与对照组差异无显著,活动情况差异有显著性($u=5.64, P<0.01$)。行为因子中,除思维问题、攻击性行为、性行为外,其余行为因子均较对照组差异显著(见表1)。

表1 哮喘、正常儿童行为因子粗分比较($\bar{x} \pm s$)

行为因子	哮喘儿童($n=84$)	正常儿童($n=84$)	u 值
活动情况	4.83±2.14	6.69±1.68	-5.64*
社交情况	6.78±2.14	7.26±1.75	-1.33
学校情况	5.26±1.01	5.10±0.73	1.07
社会能力总分	16.69±4.10	19.00±2.84	-3.79*
退缩	2.58±2.68	1.42±1.47	3.48*
躯体主诉	2.13±1.96	0.69±1.12	5.85*
焦虑/抑郁	3.14±3.32	1.69±1.86	3.49*
社会问题	3.13±2.58	1.75±1.68	4.11*
思维问题	0.44±0.81	0.23±0.57	1.94
注意问题	3.98±3.35	3.00±2.31	2.21*
违纪行为	2.14±1.90	1.61±1.30	2.11*
攻击性行为	6.21±4.43	5.24±3.19	1.63
性行为	0.38±0.86	0.18±0.52	1.82
行为问题总分	29.69±17.52	20.38±11.05	4.12*

2.2 哮喘儿童的主观生活质量

2.2.1 两组儿童主观生活质量的比较 哮喘儿童与对照组相比,主观生活质量的总体满意度低, ($t=2.9847, P<0.01$)。具体表现在:家庭生活、生活环境、抑郁体验及焦虑体验、躯体情感成分方面差异显著(表2)。

表2 哮喘、正常儿童主观生活质量的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	哮喘儿童($n=37$)	正常儿童($n=31$)	t 值
家庭生活	6.11±1.17	6.75±1.16	2.27*
同伴交往	5.95±1.54	6.38±1.56	1.15
学校生活	5.84±1.42	6.09±1.63	0.70
生活环境	5.73±1.26	6.44±1.65	2.02*
自我认识	5.41±1.59	6.09±1.65	1.76
认知成分	57.59±13.46	64.75±17.30	1.93
抑郁体验	5.38±2.49	6.59±1.39	2.55*
焦虑体验	5.08±1.74	6.47±1.52	3.50*
躯体情感	4.76±2.31	6.53±1.80	3.52*
情感成分	47.78±22.08	64.66±15.20	3.74*
总体满意度	53.32±17.70	65.84±16.70	2.98*

2.2.2 主观生活质量与其行为的关系 将哮喘儿童的主观生活质量与其行为量表得分作皮尔逊相关,发现家庭生活、学校生活、生活环境、自我认知、抑郁体验、焦虑体验、躯体情感都同行为因子或行为总分呈显著性相关,相关系数较大的是:家庭生活、学校生活、抑郁体验、焦虑体验、躯体情感。

3 讨 论

3.1 哮喘对儿童心理行为的影响

本次研究的84例哮喘儿童的行为障碍检出率为34.52%,显著高于对照组(13.10%)差异有显著,与国内文献报道一致^[7]。说明哮喘的长期发作是引起儿童行为问题的一个高危因素^[7],躯体的痛苦常使患儿感到惊恐、焦虑,甚至有濒死感,从而表现出抑郁、孤独、沮丧。而各种心理因素又可促发或加重哮喘的症状,使患儿发生各种行为问题,后者又可诱发或加重哮喘的发生,形成恶性循环。

大多数哮喘儿童由于活动受限,不能象同龄儿一样分享一些喜爱的活动,加之需要经常性的用药及某些症状有可能成为嘲笑的目标,使患儿产生一种不同于同龄儿的感觉,影响其社交行为。哮喘的严重程度及处理方式会影响到家庭功能。家长对患儿病情的焦虑,以及不能有效地控制症状而产生负罪感,且会使家长过度地保护患儿,不敢对患儿出现的行为问题加以适当的约束,尤其在发病时,而使病态模式强化、巩固。当患儿某些要求不能满足或受到情绪刺激时,哮喘就可能成为躯体语言作为情绪的一种形式发泄出来,从而导致儿童的过分依赖、害羞、胆小、社会退缩等。

3.2 哮喘儿童的主观生活质量

在医学或心理学研究中,生活质量是相对生命数量(寿命)而言,被界定为个体的生理、心理和社会功能状态。主观评价是指个体对自身生理、心理和社会功能的满意程度^[9]。我们应用儿少主观生活质量问卷,就哮喘儿童的主观生活质量进行了初步的探讨。结果表明:哮喘儿童在家庭生活、生活环境、抑郁体验、焦虑体验、躯体情感五个维度满意度低,尤其在焦虑、抑郁、躯体情感三个情感成分方面表现明显,这与国内外的许多研究结果相类似。对成人哮喘患者的研究也发现其焦虑和抑郁表现尤为多见^[10-11]。

上述负性情感的产生一方面与哮喘的症状直接

心境、害怕、失眠条目中的得分明显高于中型手术患者。

表2 不同手术类型病人术前焦虑症状的比较

	大型手术		中型手术	
	例数	$\bar{x} \pm s$	例数	$\bar{x} \pm s$
焦虑心境	108	1.72±0.68	98	1.28±0.49*
紧张	108	1.43±0.50	98	1.24±0.43
害怕	108	1.52±0.50	98	1.27±0.44*
失眠	98	1.31±0.78	78	1.08±0.76*
记忆或注意障碍	10	0.09±0.08	7	0.07±0.26
抑郁心境	53	0.56±0.63	31	0.36±0.56

3 讨 论

外科手术和麻醉对病人来说,是一种强烈的生活事件,每个病人都会产生不同程度的心理反应。本研究的调查结果表明外科手术病人术前存在明显的焦虑情绪。焦虑的程度与手术大小有一定的关系,大型手术病人的术前焦虑高于中型手术病人的

(上接第217页)

有关,哮喘发作时过度通气所致的低碳酸血症可导致脑血流减少,脑供氧不足,使患者产生类似窒息时伴发的紧张、恐惧和焦虑^[6]。另一方面与哮喘相关的事件有关,如外出忘记带支气管扩张剂,居住地点与医院较远,从书刊和电影中看到哮喘病人死亡的情景,对其预后的担忧,住院治疗与家庭父母的分离或一些侵入性治疗(如静脉穿刺)也会产生焦虑。此外一些治疗药物也可引起情绪的改变:口服氨茶碱和大剂量的类固醇激素可以发生情感障碍,口服抗组织胺类药物会引起嗜睡和抑郁。

哮喘儿童由于躯体的不适以及在学习、生活和社会交往中会遇到更多的挫折和压力,体验到更多的负性情绪,促使患者自信心不足。他们常会把自己的困难和失败归于外部原因,对别人缺乏信任感。这些又会引起行为问题的发生,我们对主观生活质量和行为问题的相关研究也证实了这点。

参 考 文 献

- 1 郑立新,陶广放. 儿童主观生活满意度影响因素的研究. 中国临床心理学杂志, 2001, 9(2): 105-107
- 2 Newacheck PW, Taylor WR. Childhood chronic illness: prevalence severity and impact. Am J Public Health, 1992, 82: 364

术前焦虑。

有研究表明^[2]:在术前焦虑程度类似的两组病人中,接受教育组比对照组术后恢复要顺利,不仅镇痛药用量少,遇到的术后困难少,出院时间亦早;性格坚强、心胸宽广的人可能比意志较弱、无力自拔的人恢复要快,因此为了减轻病人术前焦虑情绪,有利于术后康复,对于外科手术病人中存在的特殊心理问题,进行各种心理治疗为主的干预措施是医生不容忽视的任务。首先应建立起良好的医患关系,给予患者足够的社会支持,同时从本研究结果中发现手术大小明显地影响患者的焦虑情绪,因此在心理干预过程中还应根据手术大小来分别对待不同的病人。

参 考 文 献

- 1 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993, 134-137
- 2 车文博. 心理治疗指南. 长春: 吉林人民出版社, 1990, 655-668, 966-976

(收稿日期: 2001-02-26)

- 371

- 3 Pearce N, Weiland S, Keil U, et al. Self-reported prevalence of asthma symptoms in child in Australia, England, Germany and New Zealand: an international comparison using the ISAAC protocol. Eur respir J, 1993, 6: 1445-1461
- 4 全国儿科哮喘防治协作组. 儿童哮喘防治常规. 中华儿科杂志, 1998, 36(12): 747-750
- 5 苏林雁, 李雪荣, 万国斌, 等. Achenbach 儿童行为量表手册. 湖南医科大学儿童精神病教研室, 1996
- 6 程灶火, 高北陵, 彭健. 儿童主观生活质量问卷的编制和信效度分析. 中国临床心理学杂志, 1998, 6(1): 11-16
- 7 张玲, 杨志斌, 魏治文, 等. 支气管哮喘儿童心理学特点的对照研究. 中华儿科杂志, 2000, 38(3): 163-165
- 8 Gostmaker SL, Walker DK, Weitzman M, et al. Chronic conditions socioeconomic risks and behavioral problems in children and adolescents. Pediatrics, 1990, 85: 267
- 9 程灶火, 龚耀先. 学习障碍儿童的生活质量. 中国心理卫生杂志, 1997, 11(1): 31-33
- 10 李连弟, 蔡映云, 王晓燕. 哮喘患者的焦虑、抑郁情绪调查. 中国行为医学, 1988, 7(3): 205
- 11 Garden GMF, Ayres. Psychiatric and social aspects of brittle asthma. Thorax, 1993, 48: 501-505

(收稿日期: 2001-02-05)