

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

DIPLOMSKO DELO

DARJAN KOVAČIČ

Ljubljana, 2008

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA ŠPORT

Specialna športna vzgoja
Prilagojena športna vzgoja

MOŽNOSTI RAZVOJA KINEZITERAPIJE ZA ASTMATIKE V POMURJU

DIPLOMSKO DELO

MENTOR

izr. prof. dr. Damir Karpljuk, prof. šp. vzg.

SOMENTOR

asist. dr. Milan Hosta, prof. šp. vzg.

RECENZENT

doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med.

KONZULTANT

asist. Vedran Hadžić, dr. med.

AVTOR DELA
Darjan Kovačič

Ljubljana, 2008

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju, izr. prof. dr. Damirju Karpljuku, za strokovno pomoč pri izdelavi diplomskega dela, somentorju asist. dr. Milanu Hosti za idejno misel, nasvete in pomoč ter doc. dr. Derviševiću in asist. Vedranu Hadžiću.

Za strokovno pomoč medicinske prakse pri izdelavi diplomskega dela, gre posebna zahvala mag. Antonu Horvatu, dr.med., mag. Antonu Lopertu, dr.med., Ivici Brezoviču, dr.med., Gorazdu Požunu, dr.med. in gospe Metki Vlaj.

Iskrena hvala družini, ki mi je študij finančno omogočila in me pri tem dan za dnem vzpodbujala.

Zahvala tudi Miranu, Jerneji, Nini in Katji za nesebično pomoč skozi študijska leta, moralno podporo v najtežjih, kot tudi vašo bližino v najlepših trenutkih.

Ključne besede: astma, kineziterapija, telesna aktivnost, šport, razvoj, Pomurje

MOŽNOSTI RAZVOJA KINEZITERAPIJE ZA ASTMATIKE V POMURJU

Darjan Kovačič

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, 2008

Specialna športna vzgoja, Prilagojena športna vzgoja.

Število strani: 65; število grafov: 16; število slik: 10; število virov: 31.

IZVLEČEK

Glavni namen diplomske naloge je bil ugotoviti, kakšno je trenutno stanje ponudbe kineziterapevtske dejavnosti za astmatike v Pomurju. Zanimala nas je predvsem organizirana vadba za bolnike z astmo, želje oz. potrebe po ukvarjanju s športom, povpraševanje bolnikov z astmo po športni aktivnosti ter potencialne smernice razvoja na omenjenem področju.

Raziskovali smo mnenja 100. bolnikov astmatikov in mnenja zdravnikov specialistov s področja pulmologije. Mnenja bolnikov smo raziskovali z anketnimi vprašalniki, s posameznimi zdravniki pa so bili opravljeni individualni intervjuji.

Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS (Statistical Package for The Social Sciences). Za analizo skupnega vzorca je bila uporabljena deskriptivna statistika.

Ugotovili smo, da je trenutna ponudba kineziterapevtske dejavnosti v Pomurju omejena zgolj na enega izvajalca, kar je daleč pod pričakovanji in željami tako bolnikov astmatikov, kot samih zdravnikov, ki v športni aktivnosti vidijo nujno pomoč njihovem delu. Vzroki za takšno stanje so v slabem socialnem in ekonomskem standardu regije, organizacijski in logistični problematiki, kako obvestiti, ozavestiti in motivirati bolnike z astmo, ki bi bili primerni za tovrstno vadbo, kot tudi v problematiki financiranja terapevtskih in športnih delavcev, ki bi samo vadbo izvajali.

Key words: asthma, kinesiotherapy, physical activity, sport, development, Pomurje

MOŽNOSTI RAZVOJA KINEZITERAPIJE ZA ASTMATIKE V POMURJU

Darjan Kovačič

University of Ljubljana, Faculty of sport, 2008

Special physical education, Adapted physical education

Number of pages: 65; number of graphs: 16; number of pictures: 10; number of sources: 31.

ABSTRACT

The main aim of this diploma was to establish the state of kinesiotherapy services for asthma patients in the Pomurje area. Our main focus was set on organized exercise for asthma patients, their desires and needs for engagement in sports activities, their demand for sports activities and potential guidelines of development in the aforementioned area.

Surveys were used to investigate the opinions of 100 asthma patients. We also interviewed pulmonology physicians to get their opinions.

The data was processed with the statistics program SPSS (Statistical Package for The Social Sciences). Descriptive Statistics were used for analysis of the complete survey pattern.

We discovered that the current state of kinesiotherapy services in the Pomurje area is limited to merely one practitioner, which is far from expectations and desires of asthma patients as well as physicians, who see sports activities as an important aid to their work. Reasons for such a state are low standards of living and economy in the region, organizational and logistical problems concerning the manner in which asthma patients are informed, made aware and motivated for suitable exercise, as well as problems in funding therapy and exercise practitioners.

KAZALO:

1. UVOD	8
2. ASTMA	9
2.1 Pojavne oblike astme	11
2.2 Sprožilni dejavniki bolezni astme.....	13
2.3 Preventivno zdravljenje in ureditev bivalnega prostora	15
2.4 Zdravljenje z zdravili	15
2.5 Imunoterapija.....	16
2.6 Komplementarne in alternativne metode zdravljenja	16
2.7 Izobraževanje bolnikov.....	17
2.8 Ocenitev stanja astme	17
2.8.1 Nadzorovanje izvajanja PEF meritev doma.....	19
2.9 Izogibanje sprožilcem ali poslabševalcem astme.....	19
3. ASTMA IN ŠPORT.....	21
3.1 Astma, sprožena z naporom	22
3.2 Zdravljenje astme, sprožene z naporom.....	23
3.3 Priporočila pri ukvarjanju s športom	24
3.4 Koristi športa za astmatike.....	26
4. KINEZITERAPIJA IN ŠPORT PRI BOLNIKI Z ASTMO.....	28
4.1 Cilji kineziterapije pri bolnikih z astmo	29
4.2 Načela kineziterapije pri bolnikih z astmo.....	29
4.3 Sredstva in metode kineziterapije pri bolnikih z astmo.....	30
4.3.1 Razvoj osnovnih psihomotričnih sposobnosti	30
4.3.2 Dihalne vaje.....	32
4.3.3 Joga.....	32
4.4 Naloge terapevta pri delu z bolniki astmatiki	33
5. KINEZITERAPIJA ZA ASTMATIKE V POMURJU.....	37
6. CILJI	38
6.1 Cilji raziskave anketnih vprašalnikov bolnikov z astmo	38
6.2 Cilji raziskave intervjujev z zdravniki specialisti.....	38
7. HIPOTEZE	39
8. METODE DELA	39
8.1 Vzorec merjencev	39
8.2 Vzorec spremenljivk.....	40

8.3 Organizacija zbiranja podatkov.....	40
8.4 Metode obdelave podatkov.....	41
9. REZULTATI ANKETNIH VPRAŠALNIKOV BOLNIKOV Z ASTMO.....	41
9.1 Spol.....	41
9.2 Starost	42
9.3 Izobrazba.....	43
9.4 Socialni status	44
9.5 Finančno-ekonomski položaj	45
9.6 Pogostost vašega ukvarjanja s športno-rekreativno dejavnostjo.....	46
9.7 Vzroki za športno neaktivnost	47
9.8 Pomen športa oz. gibanja za zdravje	48
9.9 Seznanjenost s terapevtskimi programi.....	49
9.10 Neudeležba pri terapevtskih programih.....	50
9.11 Pripravljenost plačati strokovnjaka.....	51
9.12 Pomoč strokovnjaka.....	52
9.13 Pogoji za obiskovanje terapevtskih programov	53
9.14 Želeni prostori za izvajanje vadbe	54
9.15 Udeležba pri vadbi v bazenu.....	55
9.16 Udeležba pri organizirani vadbi	56
10. REZULTATI INTERVJUJEV Z ZDRAVNIKI SPECIALISTI.....	57
11. RAZPRAVA	59
12. SKLEP.....	61
13. LITERATURA	64

1. UVOD

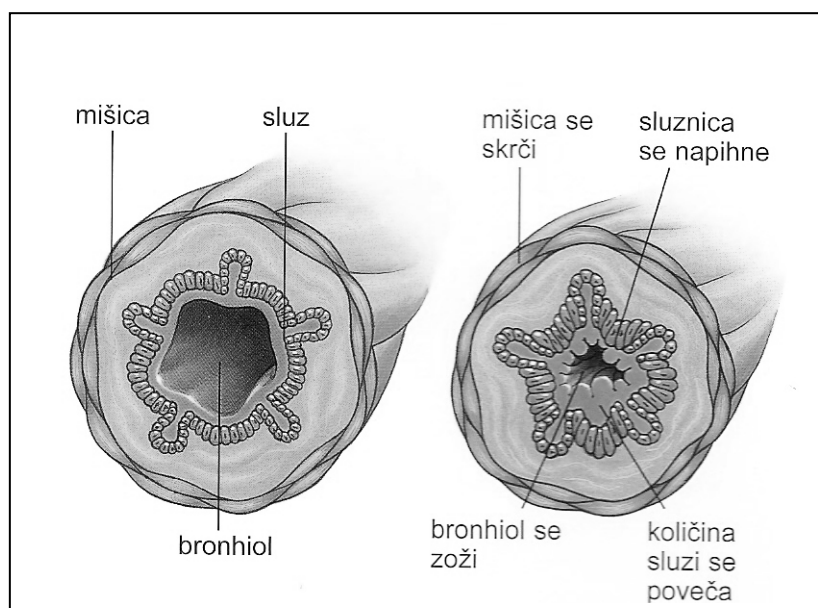
Astmo kot kronično bolezen dihal skušamo zdraviti, omejiti in premagati s trajnim preventivnim ukrepanjem. Šport je prijazna in zelo priporočljiva metoda premagovanja te bolezni, predvsem v otroštvu in adolescenci, v kasnejšem obdobju pa z redno športno vadbo skrbimo predvsem za ohranjanje oz. izboljšanje dihalnega, srčnega in imunskega sistema ter dobrega počutja nasploh. Ker mnoge študije že dokazujejo pozitivne vrednosti kineziološke stimulacije pri bolnikih z astmo, bo ta raziskava skušala ugotoviti njeno realizacijo oz. dejansko izvajanje v praksi. Znanost se na področju ugotavljanja in razumevanja bolezni astme hitro razvija, vendar je eden od problemov na nivoju prenosa teh hitro razvijajočih se zdravstvenih dognanj v prakso. Informacija iz znanstveno raziskovalnega centra se na poti do posameznega bolnika izgubi oz. do njega sploh ne pride. Mnoge raziskave kažejo, da bolnik z večjo mero poučenosti o rednem spremljanju bolezni, dražilcih, simptomih in dejavnik poslabšanja, lahko sam bistveno pripomore k zdravljenju astme oz. ohranjanju zdravja. Če k temu dodamo še redno sistematično in kontinuirano športno vadbo, je tak človek na zelo dobri poti, da zaživi "normalno" življenje.

Kineziologija pomeni obliko nespecifičnega funkcionalnega zdravljenja, ki uporablja gibanje kot osnovno sredstvo v prizadevanju za izboljšanje zdravja. Težko govorimo o popolni zmagi nad boleznijo, vendar pa najdemo vse več dokazov o izjemno ugodnem in uspešnem vplivu športa na zdravljenje bolezni. Ugodni vplivi so vidni ne le na zdravstvenem, temveč tudi na osebostnem, psihološkem in širšem socialnem področju.

Kakšno je trenutno stanje na področju kineziterapije astmatikov oz. njenega izvajanja v praksi, katerih ugodnosti je deležen bolnik z astmo, kdo ga pri tem usmerja in česa si bolniki na tem področju najbolj želijo, so problemi, ki jih bo raziskava skušala ugotoviti. Z druge strani pa raziskovalna naloga skuša ugotoviti mnenje izbranih pomurskih pulmologov; kaj meni o kineziterapiji astmatikov v pomurski regiji predstojnik dispanzerja za pljučne bolezni v Murski Soboti, kaj pulmolog zasebne ambulante v Murski Soboti in kaj pulmolog elitnega pomurskega termalnega zdravilišča, ter ali se pojavlja problem realizacije kineziterapije zaradi razlik med javnim in zasebnim sektorjem, socialnim dobrim in dobičkom, ali zgolj zaradi nepoznavanja celotnega področja s strani bolnikov astmatikov.

2. ASTMA

Za astmo je značilno kronično vnetje dihalnih poti zaradi prekomerne občutljivosti na različne dražljaje, kar povzroči zoženje dihalnih poti. Običajne sestavine iz okolja povzročijo čezmeren odziv v bolnikovih dihalih in zaradi tega se bolezen poslabša. Sprožilci sprožijo odgovor, ki se v sapnicah kaže kot skrčitev sapničnih mišic, sluznica oteče in poveča se izločanje sluzi. To imenujemo astmatični napad ali poslabšanje astme. Zožitev ni trajna, lahko se spreminja sama ali zaradi zdravil, in se običajno vrne v normalno stanje. Zožitev dihalnih poti povzroči, da zrak težje potuje po dihalnih poteh, posledica pa so piski, kašelj in težko dihanje. Prvi znaki astme se lahko pokažejo že po nekaj minutah po stiku s sprožilcem. Ta čas imenujemo zgodnja faza bolezní oziroma hitri odgovor. V tej fazi sodelujejo mastocitne celice, ki izločajo snovi iz svojih zrn, te pa povzročajo značilen odgovor in privabljajo še druge celice. Te s svojimi snovmi povzročajo t.i. pozno fazo bolezní oziroma zapoznel odgovor, ki se začne po šestih do osmih urah. V tej fazi bolezní nastajajo počasi delujoče snovi, ki še naprej vplivajo na razvoj vnetja v dihalih (Šušteršič-Bregar, 1995).



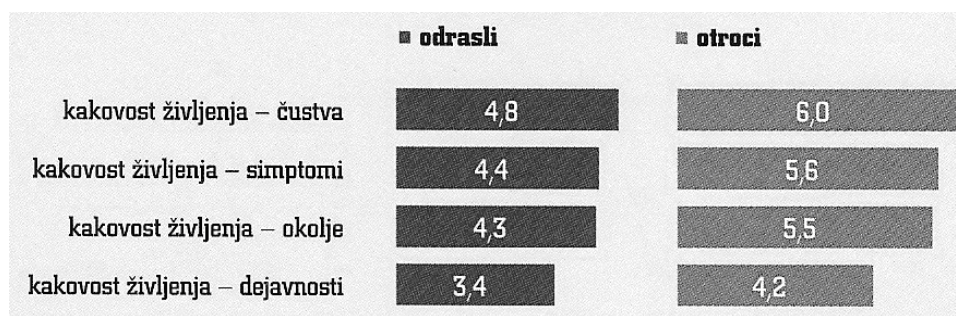
Slika 1: Zdrav bronhiol (levo); bronhiol med astmatičnim napadom (desno) (Llewellyn, 2003: 7).

Astma velja za zelo nepredvidljivo bolezen. Pojavi se lahko že v zgodnjih letih življenja, zaradi česar lahko postane človek pasiven in s tem telesno šibkejši in imunsko občutljivejši. Včasih astma izgine sama od sebe, nekateri pa z njo živijo celo življenje. Za slednje je pomembno predvsem ustrezno nadzorovanje bolezní, da lahko človek živi čim bolj normalno življenje. K temu spadajo jemanje zdravil, kineziterapija in zdrav način življenja, kar posledično podaljšuje obdobje brez simptomov ali hujšega poslabšanja bolezní.

Napotki za odkrivanje astme se nenehno izpopolnjujejo, najznačilnejši simptomi pa so kronični kašelj, piskajoče sopenje pri otrocih ter občasno piskajoče sopenje in zasoplost pri odraslih. Izjema so športniki, pri katerih se kažejo nekoliko drugačni znaki astme, kot so na primer hitra zasoplost, slabost, slabši dosežki, ipd., in velikokrat niti niso prepoznani kot simptomi te bolezní.

Obolenost za astmo je dandanes v porastu. Vzroke za ta pojav lahko poiščemo v tem, da so otroci že v zgodnjem otroštvu izpostavljeni številnim prehrabnim alergenom, ki modulirajo imunski odziv v smer preobčutljivosti. Poleg tega je vzrok lahko tudi v nagli industrializaciji okolja, ki povzroča vse večjo onesnaženost z onesnaževalci in alergeni. Večja onesnaženost zraka vpliva na imunski odziv in povzroča astmo v večji meri, kot je bilo to v preteklosti. Astma vedno bolj ogroža zdravje ljudi, saj velja za najpogostejšo kronično bolezen otrok in se pri le-teh povečuje s 5 odstotno letno stopnjo. Raziskava pri otrocih, ki so jo leta 2000 opravili slovenski strokovnjaki s področja zdravljenja astme, je pokazala, da je prevlada astme pri otrocih v Sloveniji visoko v mejah evropskega povprečja, to je najmanj 13,9 % (Singulina, 2006).

Kljub temu, da pri redkih bolnikih bolezen izgine, velja astma za neozdravljivo kronično bolezen, saj je znanih mnogo dejavnikov, ki astmo povzročajo, in simptomov, ki so poznani, ni pa znanega pravega vzroka, ki samó bolezen povzroča. Zaradi neozdravljivosti je potrebna nujna strokovna obravnava kineziterapije, saj se s tem lahko ljudem omogoči, da s športom vzdržujejo ali izboljšajo psiho-fizične sposobnosti ter s tem zmanjšajo pogostost poslabšanja bolezni. Kineziterapija je namreč sredstvo, s katerim bolnik aktivno sodeluje pri zdravljenju svoje bolezni ter posredno spoznava delovanje bolezni. Medicinska in športna stroka sta dolgo poudarjala zaščito in neaktivnost otrok, obolenih z astmo, nova znanstvena spoznanja o pozitivnih učinkih športne stimulacije pa so takšna stališča spremenila. Se vedno pa obstajajo dileme, ki se nanašajo predvsem na astmo, povzročeno z naporom (gre za obstrukcijo dihalnih poti, ki se pojavi kot posledica povečane telesne dejavnosti). Kar 75-95% bolnikov z astmo je namreč občutljivih za napor. Poleg tega lahko astmo, povzročeno z naporom, občutijo tudi bolniki, ki imajo seneni nahod ali v 3-4% tudi ljudje, ki nimajo nobenih simptomov bolezni.

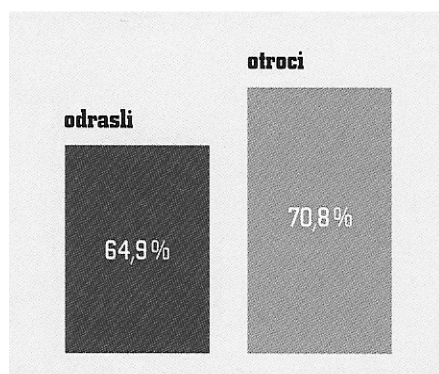


Slika 2: Kakovost življenja pri bolnikih z astmo (od 1-najslabše do 7-najboljše)
(Šuškovič, 2002: 14)

Po ocenah EFA (European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association) ima astmo približno 300 milijonov ljudi po vsem svetu. V zadnjih desetletjih njena pojavnost še narašča. Ocene kažejo, da bi do leta 2025 število bolnikov po svetu lahko naraslo na kar 400 do 450 milijonov. GINA (Global Initiative for Asthma) v svojem poročilu Global Burden of Asthma Report pojasnjuje, da pojavnost astme narašča predvsem tam, kjer skupnosti sprejemajo »zahodnjaški« življenjski stil in se pospešeno urbanizirajo (GINA, 2003).

Astma je kronična bolezen dihal. Ljudje s to boleznijo imajo pogosto težave z dihanjem in kašljanjem ter jim piska v prsih. Večina jih zboli že pred petim letom starosti, lahko pa se bolezen začne v katerikoli starosti, ne glede na spol ali raso.

Astma je dobro obvladljiva, če jo pravilno zdravimo. Pri slednjem ni samo pomembno pravilno in učinkovito ukrepanje zdravnika, ampak je izjemno pomembna tudi samopomoč. Dobro sodelovanje bolnika z zdravnikom, terapevtom kot tudi ostalim medicinskim osebjem, je ključ do normalnega življenja kljub bolezni astme.



Slika 3: Poznavanje lastne bolezni astme (Šuškovič, 2002: 14)

Astma torej vedno bolj ogroža zdravje sodobne družbe, zato si zdravstvo v razvitem svetu prizadeva, da bi javnost in stroko o njej temeljito poučilo (Šormaz, 2004). Pomembno je tudi, da so o bolezni dobro poučeni ne le zdravniki, temveč tudi terapevti, športni pedagogi in vsi ostali, ki z bolniki astmatiki sodelujejo, ter nenazadnje bolniki sami.

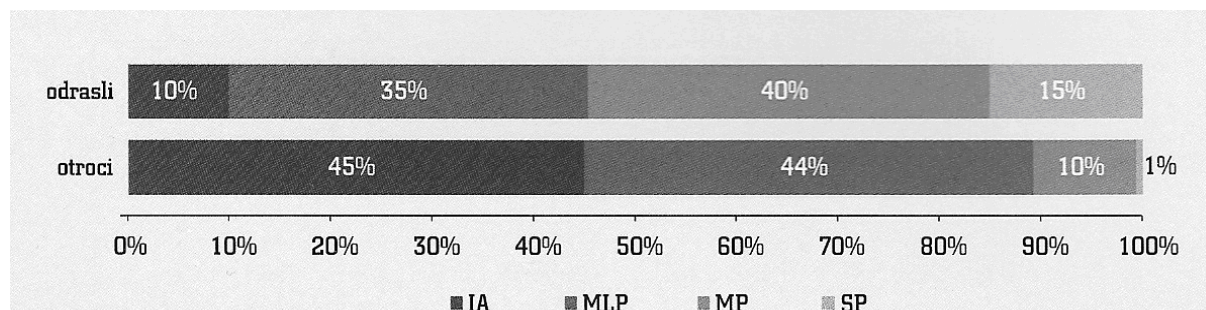
2.1 Pojavne oblike astme

Bolezen se lahko spreminja in kaže na različne načine. Stopnja astme glede na klinične znake, simptome in vrednosti PEF-a (peak expiratory flowrate) - največjega pretoka v izdihu (Furlan, 1995):

BLAGA ASTMA	ZMERNNA ASTMA	HUDA ASTMA
Blagi simptomi 1- do 2-krat na teden Težave ponoči 1- do 2-krat na mesec V obdobju med dvema poslabšanjema ni težav PEF pred uporabo bronhodilatatorja večja od 80% PEF po uporabi bronhodilatatorja normalen Dnevna variabilnost PEF 20-30%	Poslabšanje več kot 1-2 krat na teden Nočna astma več kot 2-krat na teden PEF pred uporabo bronhodilatatorja 60-80% PEF po uporabi bronhodilatatorja je normalen Dnevna variabilnost PEF 20-30%	Pogosta dnevna poslabšanja Pogosta nočna poslabšanja Motena telesna dejavnost Nevarna poslabšanje v anamnezi PEF pred uporabo bronhodilatatorja manj kot 60% Po terapije se PEF ne normalizira Dnevna variabilnost PEF več kot 30%

Glede na pogostost pojavljanja in trajanje simptomov ločimo tudi:

- Astmo v napadih ali akutno astmo.
- Kronično astmo.



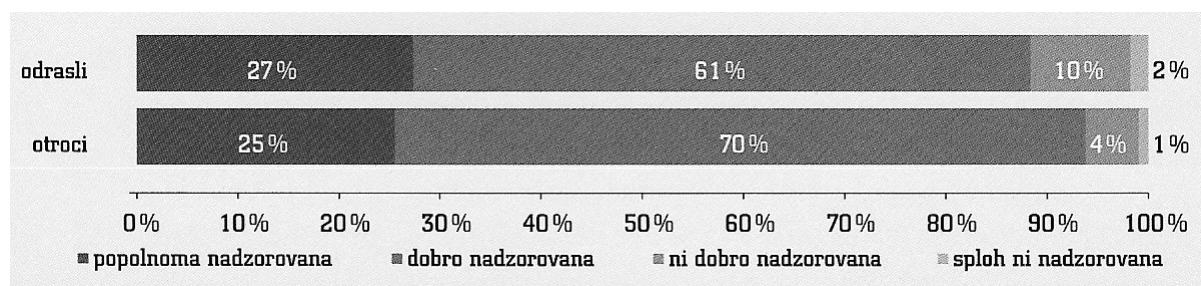
Slika 4: Stopnje težavnosti astme (IA - intermitentna astma; MLP - blaga persistentna astma, MP - zmerna persistentna astma; SP - težka persistentna astma) (Šuškovič, 2002: 12)

Eden izmed meril za določanje oblik astme je tudi prisotnost alergije oziroma alergijskih mehanizmov. Tako ločimo (Furlan, 1995):

- Ekstrinzično astmo, kjer je dokazana alergija in vzrok v zunanjem dejavniku.
- Intrinzično astmo, kjer ni ugotovljena preobčutljivost in vzroka ne poznamo.

Danes pa je nekako najpogostejša delitev bolezni astme, glede na njeno nadzorovanost. S to opredelitvijo se prenaša večja odgovornost na samega bolnika in njegovo skrb za lastno zdravje (Gina, 2007). Tako ločimo:

- Nadzorovano astmo.
- Zmerno nadzorovano astmo .
- Slabo nadzorovano astmo.



Slika 5: Nadzorovanost lastne bolezni astme (Šuškovič, 2002: 16)

2.2 Sprožilni dejavniki bolezní astme

Na čezmerno vzdražljive sapnice pri astmi lahko delujejo številni dejavniki, ki nato sprožijo astmatsko dušenje. Nekateri dejavniki delujejo preko alergije, drugi imajo z njo le malo veze in jim pravimo nespecifični dejavniki. Sem spadajo okužbe dihalnih poti, fizikalno-kemični dražljivci, telesni napor ter psihični dejavniki. Poleg alergije ali nespecifičnih dejavnikov pa je za nastanek astme nujno potrebna sapnična hiperreaktivnost, ki jo povezujejo predvsem z dednimi dejavniki nastanka bolezní astme.

Najpogostejši sprožilci poslabšanj astme v zaprtih prostorih:

- *Hišna pršica*, ki je povsod, zlasti pa v postelji, ker ji ustreza toplo in vlažno okolje. Je očem nevidna, alergični pa smo na njene iztrebke. V pravih pogojih se neverjetno namnoži. V posteljnini jo je tudi na milijone ali več kilogramov. Na srečo jo lahko s posebnimi posteljnimi prevlekami, ki prepuščajo le vodo, ne pa večjih delcev (pršica se namreč hrani s človeškim prhljajem), zelo uspešno odpravimo.
- *Plesni* se namnožijo v vlažnem prostoru, na mokrih površinah (kopalnica, klet). So tako imenovani »skriti«, toda zato nič manj pomembni alergeni.
- *Domače živali* (pes, mačka, morski prašiček, drugi sesalci, ptiči ipd.) so pogost vzrok alergijskih pojavov. Načeloma smo alergični na njihovo slino ali seč, ki se jim prilepi na dlake in preide v sobni zrak. Alergen mačke je zelo agresiven in zelo lahek, saj ostane v zraku še več ur po tem, ko je mačka že davno zapustila prostor. Zgodilo se je že, da so otroci na svoji obleki prinesli prilepljen alergen mačke v vrtec, kjer se je ta sprostil v zrak in povzročal alergijske težave drugim otrokom, česar pa ni bilo enostavno odkriti.
- *Cigaretni dim*. 25 % astmatikov kadi (Šuškovič idr., 2006). Kajenje jim pretvori sicer morda blago astmo v astmo, ki jo z zdravili uredimo le s težavo ali pa sploh ne (Šuškovič, 2006). Astmatiki, ki kadijo, potrebujejo nekajkrat večje odmerke protivnetnih zdravil za ureditev astme (Šuškovič idr., 2006). Premalo se še zavedamo, da tudi pasivno kajenje hudo škodi bolnikom z alergijsko boleznijo zgornjih ali spodnjih dihal. Pasivno kajenje povzroča povečano obolevnost otrok za astmo, celo pasivno kajenje ploda ima enako škodljive nasledke.

Na žalost le polovica nosečnic opusti kajenje, večina med njimi pa prične po porodu ponovno kaditi. Tako tudi dojenček pasivno kadi, kar mu lahko temeljito zagreni življenje.

- *Dušikov dioksid* je plin brez barve in vonja, ki se lahko tvori pri nekaterih plinskih pečeh. V dihalih se pretvori v dušikovo kislino, ki močno draži alergijsko vnete bronhije ali nos.
- *Alergeni delovnega okolja*. Na delu smo lahko izpostavljeni zraku, v katerem so snovi, ki povzročajo astmo. Teh snovi je izjemno veliko (blizu 400 do 500), zato ne preseneča dejstvo, da je vsaj deset odstotkov astme poklicnega izvora.
- Tudi v *zunanjem okolju* prežijo na nas številne nevarnosti. Škodljivosti na prostem vdihanega zraka so nadvse številne in še kako pomembne za bolnike z astmo. Bolniki se morajo sproti poučiti o trenutnem stanju pelodov ali onesnaženj zunanjega zraka in temu primerno (v skladu s priporočili osebnega zdravnika ali zdravnika alergologa) ukrepati. O trenutnem stanju koncentracije pelodov v Sloveniji ter njihovi alergogeni pomembnosti se lahko vsakodnevno poučimo na spletni strani Inštituta za varovanje zdravja RS.



Slika 6: Astmogeni dejavniki zunanjega okolja (Drnovšek, 1998: 8)

- *Pelodi dreves ali trav* so najbolj poznani sprožilci poslabšanja astme. V jesenskem času nekaterim škodijo pelodi plevelov. Ni pa nujno, da vsi pelodi povzročajo alergijske pojave. Ko cvetijo smreke, je vse rumeno, vendar ti pelodi ne sprožajo alergijskih bolezni. Ob visokih zračnih koncentracijah za posameznega bolnika pomembnih alergenov je priporočljivo, da ti ostanejo v zaprtih, po možnosti klimatiziranih prostorih. Rastline cvetijo v ne povsem enakih časovnih obdobjih leta. Razlika je glede na klimatske razmere, ki se iz leta v leto spreminjajo. Dober primer je breza, ki intenzivno cveti le nekaj dni. Bolniki, ki jim škodijo pelodi breze, naj teh nekaj dni, če se le da, ostanejo doma. Vendar brez poizvedovanja, kdaj je breza pričela cveteti, tega nasveta ne bodo mogli upoštevati.
- *Ozon* je močan dražljivec. Ob visokih koncentracijah ozona je opazno povečanje bolezni dihalnega sistema, tudi astme.
- *Smog*. Onesnažen zrak (izpušni plini avtomobilov, tovarniški plini, SO₂, NO₂ ali ozon, zlasti ob megli ali pod vplivom svetlobe – tako imenovani fotokemični

smog) je izjemno nevaren za pljučne bolnike. Vdihavanje smoga je že povzročilo prave epidemije hudih in neredko smrtnih poslabšanj kroničnih pljučnih (tudi alergijskih) bolezni (Šuškovič, 2006).

2.3 Preventivno zdravljenje in ureditev bivalnega prostora

Za preventivno zdravljenje je zelo dobro, če izvajamo redno in primerno športno aktivnost. S športom ohranjamo in dvigujemo telesno spodobnost, ter tako krepimo svoj imunski sistem na takšni ravni, da ob bolezni oziroma poslabšanju stanja lahko hitreje okrevamo. Z vadbo organizem prilagajamo na različne napore. S tem dosežemo tudi, da se stopnja občutljivosti na bronhokonstrikcije zmanjšuje oziroma manjšamo težave.

Z odstranitvijo alergenov se lahko stanje astmatika izboljša ali pa celo izgine, saj ni več dražljajev iz okolja, ki bi sprožili napad. Astmatičen napad lahko izgine le v primeru, če je vzrok le en alergen in sicer mačja, pasja ali druge dlake živali v stanovanju. Nekatere alergene, ki jih vdihujemo, pa ne moremo odstraniti, jih pa lahko zmanjšamo. To so na primer: hišni prah, prah, pršice, spore plesni...

2.4 Zdravljenje z zdravili

Na podlagi klinične slike zdravnik za vsakega bolnika posebej določi zdravila, s katerimi se bo bolnik zdravil. Glede na učinek ločimo dve vrsti zdravil (Hosta, 2003):

- *Olajševalci*

So zdravila, ki predvsem širijo dihalne poti. Delujejo na gladke mišice na bronhijih. Zaradi relaksacije gladkih mišic se zmanjša upor v dihalnih poteh. Zmanjša se tudi količina ujetega zraka in kongestija sluznice. Zato se zmanjša občutek težkega dihanja in povečajo vrednosti PEF (peak expiratory flow ali največji ekspiratorni pretok zraka; v nadaljevanju PEF) in FEV1 (forced expiratory volume in one second ali forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi izdiha; v nadaljevanju FEV1). Bronhodilatatorji zmanjšajo ali preprečujejo bronhospazem, izzvan tudi z naporom ali dražljivci.

- *Preprečevalci*

Preventivna zdravila za astmo so tista, ki jih bolnikom z astmo zdravnik predpiše za dolgotrajnejšo uporabo. Z njimi se želi bolezen stabilizirati oziroma preprečevati poslabšanje astme. Preventivna zdravila imenujemo preprečevalci. Mednje sodijo glukokortikoidi.

Inhalacijski glukokortikoidi so uspešna preventivna zdravila. Z uvedbo teh zdravil se je zdravljenje astme spremenilo. Večino astmatičnih bolnikov, ki se jih je pred uvedbo teh zdravil pogosto videvalo v bolnišnicah, sedaj uspešno zdravijo zdravniki splošne medicine ali v dispanzerjih za pljučne bolezni.



Slika 7: Uporaba glukokortikoidnega pršila
(www.aloeridereviews.com)

Za vse glukokortikoide je značilno, da intenzivno zmanjšujejo vnetje bronhijev. Posledica zmanjšanega vnetja je blažja klinična slika astme, zmanjšana bronhialna preodzivnost, manjša cirkadiana variabilnost, in kar je zelo pomembno, zmanjšano število poslabšanj.

2.5 Imunoterapija

O specifični hiposenzibilizaciji govorimo, kadar se bolnik z alergijsko astmo ne more izogniti alergenom, zdravljenje z zdravili pa astmo in simptome ne odpravi. Hiposenzibilizacija je postopek, s katerim skušamo bolnikom z astmo zmanjšati prag občutljivosti na alergen iz okolja. To dosežemo s ponavljajočimi se injekcijami alergenskega izvlečka, ki ga dajemo bolniku pod kožo nadlahti. Tako dosežemo, da se astmatik po vnovičnem stiku z alergenom ne odzove več z alergijsko reakcijo. Zdravljenje s hiposenzibilizacijo je učinkovito in smiselno za astmo, ki jo povzroča cvetni prah, pa tudi pri zdravljenju astme, katere edini vzročni alergen je pršica. Metoda je delno učinkovita pri otrocih in odraslih. Rezultati raziskav sicer ugotavljajo, da hiposenzibilizacija statistično pomembno zmanjša simptome in porabo zdravil, vendar pogosto ni optimalna (Hosta, 1999).

2.6 Komplementarne in alternativne metode zdravljenja

Astma se lahko zdravi tudi s komplementarnimi in alternativnimi metodami. Vendar to ne pomeni, da bi opustili zdravljenje pri zdravniku. Vsekakor moramo z medicinskim zdravljenjem nadaljevati in v to naše zdravljenje vključiti še kakšne druge metode. Na ta način lahko zdravnik spozna medsebojno povezanost in vpliv ene metode na drugo.

Joga je kot edina metoda pokazala v znanstvenih raziskavah pozitiven vpliv na bolezen. Joga s posebnimi položaji in dihalnimi vajami sprošča posamezne mišične skupine. Pri tem se lahko uporabljajo tudi posamezne ponavljajoče se besede, ki še dodatno prispevajo k relaksaciji.

Metode ki jih še poznamo:

- psihoterapija
- tradicionalna kitajska terapija
- Butejkova metoda
- homeopatija
- uporaba zelišč
- aromaterapija
- kiropraktika...

2.7 Izobraževanje bolnikov

Izobraževanje astmatikov je kontinuiran proces. Oseba z astmo (družina) mora biti seznanjena z ustreznimi informacijami in šolanjem, da lahko uspešno ohranja kontrolo nad boleznijo, prilagaja jemanje zdravil, izpolnjuje individualni plan ravnanja skupaj s profesionalno zdravstveno oskrbo in da ohranja zadovoljivo kvaliteto življenja. Astme torej ne moremo uspešno zdraviti, ne da bi bolnika temeljito poučili o vseh plateh bolezni. Poudarek mora biti na razvoju sodelovanja med profesionalno zdravstveno oskrbo (zdravniki, terapevti) in pacientom. Bistven, pri učenju bolnikov z astmo, pa je predvsem individualni pristop do vsakega pacienta.

2.8 Ocenitev stanja astme

Astmo lahko natančno določimo z merjenjem simptomov, pljučne funkcije, z opazovanjem in kliničnim pregledom. Glede na pogostost pojavljanja simptomov je določena teža oz. vrsta astme in s tem je povezana količina in pogostost uporabe bronhodilatatorja.

Preučevanje pljučne funkcije je bistveno za diagnozo in določitev teže astme pri bolniku od petega leta starosti. Za ugotavljanje astme se uporablja bronhodilatatorni test, bronhialni provokacijski test z metaholinom (metaholinski test) ter meritve PEF (največji ekspiratorni pretok - peak expiratory flow).

Za bronhodilatatorni test pri odraslem uporabimo 4 vdihe (0,4 mg) salbutamola. Zdravilo iz inhalatorja aplicira medicinska sestra. Ob tem ponovi navodila (tehniko) za pravilno jemanje zdravila. Spirometrijo ponovimo po 15 minutah. Test vrednotimo kot pozitiven, če se vrednosti FEV1 (forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi izdiha - forced expiratory volume in one second) povečajo vsaj za 12 odstotkov referenčne vrednosti in za vsaj 200 ml. Pozitivni bronhodilatatorni test je tipičen za astmo le ob močnejših porastih FEV1 in diagnostičen za astmo ob normalizaciji FEV1 po bronhodilatatorju. Mejno ali blago pozitiven bronhodilatatorni test je možen tako pri astmi kakor pri kronični obstruktivni pljučni bolezni. Pri FEV1 nad 80 odstotki se večkrat zgodi, da je tudi bronhodilatatorni test negativen. V tem primeru se zdravnik odloči za bronhialni provokacijski test z metaholinom. Za ta test uporabimo nebulizacijsko ali dozimetrično metodo. Slednja je natančnejša, saj le z nekaj vdihmi bolnik prejme točno določen odmerek metaholina. Odmerki se podvajajo do skupnega (kumulativnega) odmerka 4 mg. Rezultat se izrazi s PD20 – provokacijskim odmerkom metaholina, ki je povzročil 20% zmanjšanje FEV1 glede na FEV1, izmerjen po dajanju fiziološke raztopine. Pozitiven metaholinski test ni diagnostičen za astmo.

Verjetnost astme se večja z zmanjšanjem PD20 in je močno odvisna tudi od predtestne verjetnosti astme. Vrednotenje testa je relevantno, če bolnik pred testom nima obstrukcije. Upoštevati je potrebno tudi stanja, ki lahko povzročajo bronhialno preodzivnost. Največjo vrednost ima metaholinski test pri izključevanju astme, saj negativni test z zelo veliko verjetnostjo izključuje le-to. Lažno negativni metaholinski test je možen v sklopu poklicne astme ali alergijske astme izven izpostavljenosti alergenu (Šuškovič, 2005).

Za astmo je značilna povečana cirkadiana variabilnost zapore bronhijev, ki se razkrije z meritvijo PEF. S prenosnim merilnikom PEF bolnik spremlja časovni potek zapore, ki mu podaja pomembne informacije, kajti tako lahko manj pogosto in bolj primerno jemlje zdravila. Je nepogrešljiv pripomoček v bolnišnicah kot tudi za domačo oskrbo.

Merjenje PEF je pomembno tudi pri ugotavljanju stopnje hudosti astme. Pri občasni in blagi astmi je dnevna variabilnost PEF od 20 do 30%, pri zmerno in hudo trajni astmi je variabilnost PEF več kot 30%. Kadar je dnevna variabilnost PEF pod 20%, lahko govorimo o urejeni trajni astmi. Kadar je PEF med 20 – 30%, gre za ne povsem urejeno astmo in pri variabilnosti več kot 30% za neurejeno (Šuščkovič idr., 2006).

Dnevno ali dvakrat dnevno merjenje PEF doma pacienta indicira v začetno določitev teže astme in dovezetnost za terapijo. Redno spremljanje PEF doma posamezen mesec ali leto utegne biti posebno koristno za bolnike, starejše od petih let, ki imajo trajno astmo. Ne velja pa to za prav vse bolnike. V času, ko dajemo prednost rednemu merjenju pljučne funkcije doma, pa si na drugi strani nekateri zaradi nizkega ekonomskega statusa PEF merilcev ne morejo privoščiti in tako ne morejo redno spremljati variabilnosti PEF. Pri takih je težko določiti zgodnje simptome in potemtakem raste nevarnost za življenjsko grožnjo poslabšanja astme. Te bolnike je mogoče identificirati med začetno kontrolo in ocenitvijo po določenem času in s pozornostjo njihovega zaznavanja teže akutnega poslabšanja.

Veliko odraslih in otrok še mlajših od pet let pogosto izvajajo PEF meritve. Najboljši oz. najbolj realen rezultat doseže astmatik pri merjenju, če stoji in je deležen spodbujanja ob izvajanju meritve. Poleg tega pa je pomembna tudi pravilna tehnika izvajanja in ustrezen merilec. Najbolj optimalno je izvajati meritev dvakrat na dan: takoj zatem, ko vstanemo, in kasneje med 10. in 12. uro, pred in za tem, ko vzamemo bronhodilatator, če je le-ta potreben. Če izvajamo meritev enkrat na dan, je najbolje, da to storimo zjutraj, takoj ko vstanemo in dosledno pred tem, ko vzamemo bronhodilatator, če je potreben. Nekateri pacienti ne privolijo v redno merjenje pljučne funkcije, zato rajši izvajajo PEF meritve v presledkih. Čeprav ta metoda izgublja prednosti za ugotavljanje zgodnjega poslabšanja pljučne funkcije, še vedno daje pomembne informacije o spremenljivosti. Če se PEF meritve izvajajo le 2 – 3 krat na teden, naj jih naredijo obakrat zjutraj, občasno zvečer in dosledno pred in po uporabi

bronhodilatatorja. Vseeno so pri veliko bolnikih PEF vrednosti stalno višje ali nižje od napovedanih. Zato je priporočljivo, da se pri vsakem posamezniku upošteva njegovo najboljšo dnevno PEF variabilnost in se glede na to izvaja terapija, kot pa primerjanje odstotkov od normalne pričakovane vrednosti. Predvsem to velja za bolnike s kroničnimi poslabšanji delovanja pljuč. Pomembna je ureditev najvišje in najnižje dnevne variabilnosti, medtem ko je bolnik pod učinkovitim zdravljenjem. V tem času v obdobju 2 – 3 tednov si mora bolnik zapisovati vrednosti PEF vsaj dvakrat na dan. V obeh primerih izvede meritve trikrat in zapiše najvišjo vrednost. Če potrebuje bronhodilatator, mora biti PEF merjen pred in po vzetju le-tega. Osebo najboljša je dosežena najvišja PEF vrednost, ko je bolnikova astma pod kontrolo. Če je bolnikova najvišja vrednost manjša od 80% po vzetju bronhodilatatorja in če je dnevna variabilnost več kot 20% prav tako po vzetju zdravila, je potrebna močnejša terapija. Uvaja se jemanje glukokortikoida za ohranjanje dnevne osebne najvišje in najnižje PEF variabilnosti. Variabilnost PEF-a preko dneva nam pokaže oceno teže astme in urejenosti trajne astme.

2.8.1 Nadzorovanje izvajanja PEF meritev doma

Posamezni elementi so bistveni za uspešno merjenje PEF doma in prispevajo k načrtu zdravljenja. Najprej je potrebno izobraziti bolnika in njegovo družino o tehniki izvajanja meritev. Poučevanje vključuje tudi, kako in kdaj uporabiti merilec največjega pretoka, kako zapisovati meritve preko dneva, kako si razlagati dobljene meritve, katere informacije sporočiti zdravniku in kako se odzvati na spremembe, ter razložiti bolniku, kako zdravstveno osebje uporablja podatke PEF, ki so si jih izmerili sami doma, za spreminjanje in določanje zdravljenja (GINA, 2003).

2.9 Izogibanje sprožilcem ali poslabševalcem astme

Kljub temu da lahko farmakološka pomoč poskrbi in uredi, da zelo uspešno kontroliramo simptome astme in da izboljšajo kvaliteto življenja, lahko vsako izpostavljanje nevarnosti pripelje do poslabšanja, kajti astma je kronična, življenjska in neozdravljiva bolezen.

PRIMARNA PREPREČITEV predstavlja izogibanje nevarnim dejavnikom, ki povzročajo napad bolezni. To pa ni vedno mogoče. Različne raziskave dokazujejo, da so alergijska obolenja najbolj skupen začetnik razvoja astme. Primarna preprečitev astme s tem še ni mogoča, obetajoča pa so številna raziskovanja na tem področju.

SEKUNDARNA PREPREČITEV sledi primarni, vendar preden so vidni znaki bolezni. Cilj te preventive je preprečiti nastanek kronične bolezni pri ljudeh, ki imajo šele

zgodnje znake bolezni. Temu dajejo velik pomen, saj o tem potekajo splošne raziskave. Sekundarno preprečevanje astme je specifično usmerjeno na prvo in drugo leto življenja. Pomembno je zgodnje prenehanje izpostavljanja pogostim alergenom, preden dokažemo občutljivost in simptome bolezni.

TERCIARNA PREPREČITEV obsega izogibanje alergenom in nespecifičnim sprožilcem astme, ko je astma dokazana. Cilj je preprečiti poslabšanje stanja s tem, da se izogibamo sprožilcem in poslabševalcem astme.

Terciarno preprečevanje vodi k zmanjšanju izpostavljenosti sprožilcem in poslabševalcem ter izboljšanju nadzora nad astmo in zmanjšanju jemanja farmakoloških sredstev (GINA, 2003).

3. ASTMA IN ŠPORT

Včasih so astmatiki živeli kakovostno zelo okrnjeno življenje. Zanje je veljalo, da jim vsak napor škoduje, zato so jim šport odsvetovali. Danes je takšno pojmovanje povsem zastarelo. Kot pravijo zdravniki, je cilj sodobnega zdravljenja astme normalno življenje z vsemi dejavniki, vključno s telesno dejavnostjo, ki je celo priporočljiva. Če je astma nadzorovana, se pri naporih ne smejo pojaviti simptomi le-te. Najpomembnejši cilj zdravljenja je torej zdravljena in nadzorovana astma. To pomeni, da bolniki nimajo simptomov oziroma so ti minimalni, da se ponoči ne prebujajo zaradi težav z dihanjem, da ne prihaja do pomembnih poslabšanj in nujnih obiskov pri zdravniku, da je poraba olajševalcev minimalna, sposobnost za delo in šport pa enaka kot pri zdravem človeku, pljučna funkcija normalna, neželenih učinkov zdravil pa ni. Za uspešno zdravljenje je potrebno zlasti bolnikovo tesno sodelovanje z zdravnikom, dobra izobrazba o astmi in s tem tudi poznavanje njenega samozdravljenja.

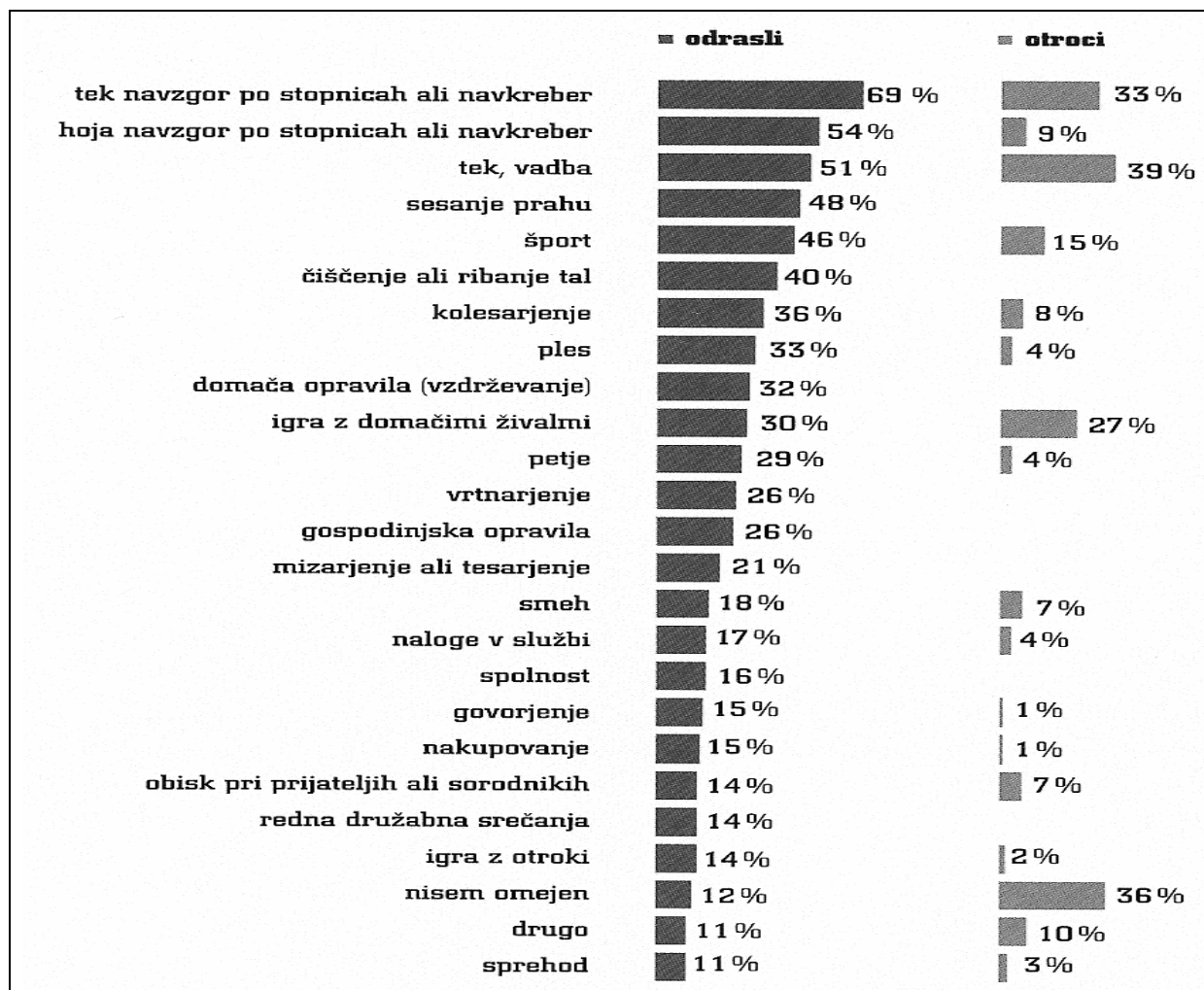
V današnjem času zdravniki priporočajo, da se bolniki z astmo čim več ukvarjajo s športom oz. redno telesno aktivnostjo, saj lahko z rednim treningom dosežejo boljšo pljučno funkcijo in zmanjšajo pojav simptomov, ki jih sproži napor (Jeler-Kačar, Maček, 1998).

Mnoge raziskave ugotavljajo, da razvoj pljuč v adolescenci bistveno vpliva na stanje pljučnih funkcij pri odraslih. Torej je ukvarjanje s športom in razvijanje motoričnih sposobnosti na določeno raven, ki jo dosežemo z redno vadbo v dobi adolescence, in ki jo ohranjamo ter razvijamo še naprej v dobi odraslega, lahko stopnjo astme zmanjša ali celo umiri do ravni, ko pravimo, da bolezen sicer je prisotna, simptomov pa ni. Večina raziskav, opravljenih na temo vpliva športnih programov na otroke in najstnike z astmo, kaže izboljšanje aerobnih sposobnosti, nekaj med njimi pa tudi na izboljšanje kvalitete življenja in psihičnega stanja. Niso pa mogli dokazati, da športna aktivnost vpliva na zmanjšanje težavnosti ali pogostosti astmatskih obolenj. Kljub temu se lahko pojavijo obdobja, ko se simptomi po večletnem mirovanju zopet pojavijo. V takem primeru se posvetujemo z zdravnikom, poskušamo najti vzrok za poslabšanje in vadbo prilagodimo stanju bolezni.

Med bolniki z astmo je veliko takšnih, pri katerih napor sproži poslabšanje bolezni, kar 75-95%. Temu pravimo astma, povzročena z naporom oz. bronhokonstrikcija ob naporu, ki je najverjetneje posledica ohladitve in izsušitve bronhijev, ter je zlasti moteča pri otrocih, ki so bolj aktivni in imajo veselje do športa (Hosta, 2003).

Astmatiki se lahko ukvarjajo z različnimi športnimi aktivnostmi, pri čemer pa morajo upoštevati določena pravila (Rus, 2002). Priporočljivo je, da si izberejo tistega, ki jim dela najmanj težav (Furlan, 1986). Astmogenost športa je velikokrat dejavnik, ki najbolj vpliva na izbiro zvrsti športa. Nekateri športi se izvajajo v okolju, ki je astmatikom bolj prijazen, druga okolja pa povzročajo poslabšanja bolezni. Večinoma se bolnik že sam odloči za šport, ki mu ne povzroča težav. Tako so športi, ki so povezani z vodo (plavanje, veslanje, jadrnanje, skoki v vodo, kajak kanu...) najbolj primerni, ker je v okolju le malo prahu in dovolj vlage. Drugače pa se bolnik z blago ali z zmerno astmo lahko ukvarja z vsemi zvrstmi športa kot zdravi ljudje. Ko se bolezen poslabša (večinoma v jeseni in zimi ter spomladanske alergijske reakcije),

naj se intenzivnost vadbe prilagodi trenutnim sposobnostim, se z njo prekine ali pa se zamenja s kakšno drugo, ki povzročajo manj težav (plavanje).



Slika 8: Dejavnosti, pri katerih so bolniki ovirani zaradi bolezni astme (Šuškovič, 2002: 13)

Pri izbiri športa mora biti bolnik, ki ima hudo stopnjo astme, s pogostimi ali celo vsakodnevnimi poslabšanji in napadi zelo previden. Manj astmogeni športi se odvijajo v čistem, toplem in dokaj vlažnem okolju. Aerobne športe, kot so kolesarjenje, pohodništvo, planinarjenje ipd. izvajamo le do take mere intenzivnosti, dokler jo lahko dosežemo z dihanjem skozi nos. Postopoma, s prilagajanjem učinkovitosti dihanja skozi nos, se povečuje intenzivnost vadbe.

3.1 Astma, sprožena z naporom

Astma, sprožena z naporom, je oblika astme, pri kateri napor sproži krč sapnic s preobčutljivostjo dihalnih poti. Takšne težave naj bi imelo po navajanju Jelerove in Mačkove (2001) kar 75-95% bolnikov z astmo. Te težave so še posebej opazne pri otrocih in mladostnikih, ki so v stalnem fizičnem gibanju. Poleg tega lahko astmo, povzročeno z naporom, občutijo tudi bolniki, ki imajo seneni nahod ali v 3-4% tudi ljudje, ki nimajo nobenih simptomov bolezni.

Strokovnjaki, ki se v raziskavah ukvarjajo s problematiko bronhokonstrikcijo, ki je povzročena z naporom, so enakega mnenja. Bronhospazem (zožitev dihalnih poti), ki nastane ob povečani obremenitvi, je verjetno posledica ohladitev in izsušitev bronhijev. Ko je človek pod naporom, diha hitreje in skozi usta, kar posledično vodi do tega, da vdihuje hladen zrak in le-ta vstopa v pljuča neogret ter nenavlažen. Tako tudi prašni delci vstopajo v dihalne poti, ne da bi se prej usedli v sluznico nosne votline. Vsi ti "dejavniki" bremenijo bronhialno sluznico in tako aktivira vnete celice, ki potem sprožijo krčenje gladkih mišic v dihalih in povečajo proizvod sluzi, ki še potem bolj zoži že tako manj prehodne poti. Pravi vzrok za preobčutljivost sluznice in posledično vnetje in zoženje dihalnih poti še ni znan.

Leta 1984 so med pripravami na Olimpijske igre v Los Angelesu v ekipi ZDA naredili preventivni pregled za ugotovitev bronhospazme, ki je povzročen z naporom. Pregledali so 597 športnikov, ter ugotovili, da ima kar 67 (11.2%) izbranih olimpijcev bronhospazem, ki jo povzroča napor. Od teh jih je 26 poročalo o že odkriti in potrjeni diagnozi astme. 42 športnikov z BPN je povedalo, da velikokrat po končani vadbi kašljajo, stiska jih v prsnem košu in piskajo pri izdihu. Vse to so simptomi, ki kažejo na zožitev dihalnih poti. Čeprav športniki bolehajo za astmo, povzročeno z naporom, je na Olimpijskih igrah teh 67 športnikov osvojilo 41 medalj, od tega 15 zlatih (Hosta, 2003).

Dejavniki, ki vplivajo na poslabšanje stanja, so: vrsta in intenzivnost telesne dejavnosti, temperatura zraka, vlažnost zraka ter stopnja bronhialne odzivnosti. V primeru, da sta temperatura zraka in vlaga enaki telesni temperaturi in vlagi, se zapora dihalnih poti ne bo sprožila niti pri najhujšem naporu, saj težave nastopijo pri vdihavanju velikih količin hladnega in suhega zraka. Da nastopijo težave, pravita Jelerova in Mačkova, bi moral intenziven napor trajati vsaj tri minute. Astmatiki so ponavadi v primerjavi z zdravimi ljudmi slabše telesno pripravljene in ker včasih ne razumejo nastanka težav, se začnejo izogibati naporom, kar pa vodi v še slabšo telesno pripravljenost in tako so ujeti v začaran krog vzrokov in posledic (Jeler in Maček, 2001).

3.2 Zdravljenje astme, sprožene z naporom

Bolnik mora pri zdravljenju v prvi vrsti poznati svojo bolezen in upoštevati nasvete za ustrezno zdravljenje le-te. Preventivno zdravljenje astme, sprožene z naporom, lahko poteka brez ali z zdravili. V t.i. nemedikamentozno zdravljenje spadajo počasno ogrevanje in ustrezne klimatske razmere. Astmatik se lahko ukvarja z vsemi športi, če ima normalno pljučno funkcijo in čim nižjo stopnjo bronhialne odzivnosti (Jeler in Maček, 2001).

Pri medikamentoznem zdravljenju astme se uporabljajo različna zdravila z dolgotrajnim ali kratkotrajnim učinkom, ki jih zdravnik predpiše posameznemu pacientu glede na astmatikovo stanje in namen učinkovanja zdravil (Jeler in Maček, 2001).

3.3 Priporočila pri ukvarjanju s športom

Pri športnih aktivnostih morajo astmatiki upoštevati določena pravila, povezana z razvitostjo svoje bolezni. Praviloma so kratkotrajni napor in lažje telesne obremenitve za astmatike lažje obvladljivi in manj izčrpajoči.

Pri vadbi ali samem ogrevanju, ob seveda že znani diagnozi telovadca, da športna aktivnost povzroča bronhokonstrikcijo, bi naj ob pričetku vadbe vdihnil bronhodilatator. Tako se izognemo potencialnim težavam.



Slika 9: Merjenje PEF vrednosti
(www.cdc.gov)

Priporočljivo je, da se pri posamezniku pred vadbo, med njo in po njej, spremlja gibanje PEF-a oziroma napora. Če je le-ta pred samo vadbo za 15-20% nižja od običajnega, je treba vzeti bronhodilatatorno zdravilo. Pri sami porabi in vnosu tega zdravila je pazljivost nujna, da je ne vzamemo preveč kot nam je predpisal zdravnik. Če nas ob vadbi oziroma naporu spremlja slabost, ga je potrebno zmanjšati. Ob akutnem poslabšanju, katerega spremlja napor, je potrebno prekiniti dejavnost in z zdravili in z zavestnim nadzorom dihanja zopet vzpostaviti normalno stanje.

Najbolj priporočljiva športna aktivnost za astmatike je plavanje, saj pri njem vse mišične skupine telesa sodelujejo enakomerno in skladno. Med plavanjem vdihujemo topel, vlažen zrak, ki le v redkih primerih sproži astmatični napad. Zrak tik nad gladino vode je praviloma tudi čistejši, kot tisti, ki ga dihamo v svojem bivalnem okolju.

Za astmatike so primerni tudi zimski športi, a je pri le-teh potrebna večja previdnost kot na primer pri plavanju, zato je priporočljiv posvet z zdravnikom.

Kot primerne športe za astmatike se omenja tudi kolesarjenje (previdnost je potrebna le pri kolesarjenju v planinah), jadrnanje, deskanje, gimnastika, skupinski športi z žogo (bolniki z hujšo obliko astme naj raje igrajo vloge vratarjev in obrambnih igralcev, ne napadalcev), hoja v naravo, planinarjenje (upoštevanje ritma in dihalnih sposobnosti).

Kot neprimerne športne aktivnosti za astmatike pa se največkrat omenja potapljanje z uporabo jeklenk, jahanje ter športne aktivnosti v zaprtih in prašnih prostorih (Birsa, 1985; Furlan, 1986; Jeler in Maček, 2001).

Pri ukvarjanju s športno aktivnostjo mora vsak astmatik upoštevati še nekaj splošnih navodil: pred vadbo se je treba primerno ogreti, vsaj 15 minut pred vadbo je treba vzeti primerno zdravilo, vadbo je treba začeti počasi, ob mrzlem vremenu se je treba toplo obleči ter nenazadnje odstraniti alergene, če jih astmatik pozna (Birsa, 1985; Furlan, 1986).

Kako se varno ukvarjati s športom in izogniti težavam?

- Izberite šport, ki vam ustreza in daje zadovoljstvo in užitek v gibanju. Lahko se posvetujete z zdravnikom ali profesorjem športne vzgoje, ki bosta svetovala vaši starosti in sposobnostim primerno.
- Pri hudi stopnji astme je obvezno imeti pri sebi bronhodilatator v obliki prišla, ki prepreči hudo poslabšanje – napad. Z boleznijo in ukrepanjem ob napadu je nujno seznaniti soudeležence.
- Ne pretiravajte s tekmovalnostjo, saj hitro pripelje do pretiravanja v intenzivnosti, hkrati pa še dodatno psihično obremenjuje. Šport naj bo sprostitev in hkrati zavestno vzdrževanje telesnih sposobnosti na zadovoljivi ravni, ki pomaga ohranjati imunski sistem na visoki ravni.
- Gibajte se v čistem okolju, če je mogoče, naj bo znak primerno topel in vlažen. Izogibajte se dejavnostim v onesnaženem zraku, polnem različnim delcev, ki povzročijo vnetje dihalnih poti.
- Če ste izbrali vzdržljivostni šport (tek, kolesarjenje...), skušajte med naporom dihati skozi nos.
- Priporočljivo je spremljanje stanja bolezni s PEF-metrom. V primeru več kot 15-20% manjšega pretoka preventivno uporabite bronhodilatator pred vadbo ali pa se vadbe odpovejte. Namesto nje opravite dihalne vaje ali pa joga vaje, opisane v poglavju o kineziterapiji.
- Šport naj bo redna dejavnost skozi vse leto. Zavedajte se, da se telo prilagaja načinu življenja. Torej, če zanemarite šport (gibanje), zanemarite tudi telesne sposobnosti in zdravstveno stanje je zaradi posledično manjših sposobnosti imunskega sistema bolj ogroženo.
- Z redno vadbo se naučimo poslušati in prepoznavati telesne občutke. Upoštevajte jih in če je treba, prekinite in začasno opustite dejavnost, ki vam povzroča neugodje in poslabšanje bolezni.

3.4 Koristi športa za astmatike

Ugotovljenih je bilo več koristi za astmatike pri ukvarjanju s športom. Redne športne aktivnosti omogočajo povečanje telesne sposobnosti in prenašanje večjih obremenitev z manj napora, zato je manj tudi astmatičnih napadov, povzročenih zaradi napora. Poleg tega športne aktivnosti omogočajo krepitev dihalnih mišic, ki posledično prinaša lažje obvladovanje astmatičnega napada (lahko je blažji ali pa se ga celo prepreči), krepitev dihalnih mišic pa prav tako vpliva na zmanjšanje že deformiranega prsnega koša. Poleg vsega se krepijo še ostale mišice telesa, ki omogočajo izboljšanje telesne drže. Z ustrezno vadbo se lahko poveča moč mišic in zmanjša količina maščevja v telesu.

Posledično dobra telesna pripravljenost pomeni boljše duševno počutje, saj se pri ukvarjanju s športom srečuje astmatik z drugimi ljudmi ter na ta način lažje navezuje nove stike in družbene odnose. Šport pomeni tudi lažje obvladovanje bolezni, kar je bistvenega pomena pri otrocih. Le-ti namreč zaradi pogostih napadov in zdravljenja bolezni velikokrat izostanejo od pouka, s športno dejavnostjo pa se take težave vsaj omilijo (Birsa, 1985; Furlan, 1986).

Koristi, ki jih imajo astmatiki zaradi redne telesne dejavnosti pri športni vzgoji, so številne:

- Poveča se telesna sposobnost in prenašanje večjih obremenitev, hkrati pa je napadov, sproženih z naporom, manj.

Redno ukvarjanje s športom omogoča vzdrževanje ali povečanje telesne sposobnosti. Z manj napora je mogoče prenašati večje obremenitve, zato je tudi astmatičnih napadov, katerih vzrok je telesni napor, manj.

- Obvladovanje napovedujočega se napada.

Športna dejavnost omogoča krepitev dihalnih mišic. Ko astmatik začuti, da se bliža napad, ga lažje obvladuje. Prizadeva si za miren vdih in čim globlji izdih. To mu omogoča, da je napad blažji ali da ga celo uspe preprečiti.

- Krepijo se dihalne mišice, preprečuje se deformacija prsnega koša in izboljšuje se telesna drža.

Deformiran prsi koš je posledica dolgoletne bolezni, ki jo lahko opazimo pri astmatikih. Dihalne mišice so šibke. Z vztrajnim treningom se te mišice krepijo, zato je najboljša, da se s temi vajami začnejo ukvarjati čim prej, ker tako lahko zmanjšajo samo deformacijo. Krepijo se še druge mišice, ki so pomembne za samo držo telesa. Lokostrelstvo, plezanje, plavanje so le ene izmed dejavnosti, ki krepijo roke in predvsem ramenski obroč.

- Izboljšuje se mišična moč, pusta telesna masa in delovanje srca.

To je pozitivna posledica športa. Tako pridobimo na moči in zmanjšamo maščobo v telesu, samo utrip srca, ki je hitrejši med aktivnostjo, pa tako krepimo srčno mišico.

- Izboljšuje se splošno zdravstveno stanje in počutje.

Bolezen lažje obvladamo, če smo telesno dobro pripravljene in občutek strahu skoraj izgine.

- Astmatičnih težav je manj, potrebno je manj zdravil in pri otrocih manj izostajanja od pouka.

Astma je velika ovira, posebno, če nastopi že v otroštvu, saj je tako otrok za veliko dobrega prikrajšan, tudi pouka. S športom odpravimo te težave in otrok lahko normalno živi.

- Učinki boljše telesne pripravljenosti se kažejo v duševnosti in družbeni koristi.

Ko se otrok začne ukvarjati s športom, se ne izboljša samo njegovo zdravstveno stanje temveč tudi njegovo psihološko stanje, saj lažje naveže stike z drugimi in tako pridobi nove prijatelje. Je bolj samozavesten in dobi samozaupanje ter se ne osredotoča v tolikšni meri na negativne stranske učinke bolezni astme.



Slika 10: Astma in šport (www.learn2swim.com.my)

4. KINEZITERAPIJA IN ŠPORT PRI BOLNIKI Z ASTMO

Kineziterapija pomeni obliko nespecifičnega funkcionalnega zdravljenja, ki uporablja gib oziroma gibanje kot osnovno sredstvo v prizadevanju za izboljšanje zdravja. Naziv izhaja iz grških besed kinesis (gibanje) in therapeio (zdravljenje). Kineziterapija ali terapija s športom astme v večini primerov ne more ozdraviti, lahko pa skupaj s primernim zdravljenjem z zdravili in primernimi metodami vadbe doseže izjemne uspehe.

Nova znanstvena spoznanja o pozitivnih vrednostih kineziološke stimulacije pri bolnikih z astmo so vplivala na spremembo miselnih vzorcev v dojemanju medicinskih in športnih strokovnjakov v pristopu k obravnavanju bolnikov. Že leta 1974 so na strokovnem srečanju v Washingtonu zaključili, da imajo tudi otroci z astmo pravico do telesne dejavnosti ter da se z ustrezno mero previdnosti in pravilnim zdravljenjem z zdravili lahko udeležujejo šolskih športnih dejavnosti (Hosta, 2003).

Pomanjkanje gibanja in neenakopravno obravnavanje bolnikov z astmo v dobi odrasčanja ima lahko usodne posledice za potek bolezni v prihodnosti. Otrok je tako prikrajšan za številne psihosocialne in telesne koristi, to pa vodi v socialno izolacijo in osebne težave in s tem v kronično pomanjkanje gibanja. Pomanjkanje gibanja povzroči zmanjšanje gibalnih sposobnosti in posledično poslabšanje funkcionalnih zmogljivosti organizma. To vodi k zniževanju ravni splošnega zdravstvenega stanja ter k poslabšanju stanja bolezni. Posledica je še večja psihofizična omejenost in začaran krog med neaktivnostjo in boleznijo je sklenjen. Iz njega lahko stopimo le s primerno prilagojenim programom kineziterapije. Prav takemu začaranemu krogu pa smo mnogokrat še vedno priča pri šolski športni vzgoji, kjer je otrok z astmo zaradi pretirane previdnosti in strahu staršev ter športnih pedagogov (zaradi neznanja), opravičen športne vzgoje, posledično pa je nemalokrat, zaradi slabše motorične razvitosti, ponižan tudi pri vrstnikih (Ratajc, 1996).

Šport je nujen in duhovit način za premagovanje bolezni predvsem v dobi otroštva in adolescence. Terapija, ki obsega gibanje/šport - kineziterapija, mora dolgoročno, v celoti ali delno, zamenjati pasivno zdravljenje z zdravili. Zaradi individualnih sprememb v stanju in napredovanju bolezni mora biti vadba posebej prilagojena in v začetnem obdobju spoznavanja telesnih značilnosti in odziva na napor tudi spremljana z zdravili, ki lajšajo in preprečujejo poslabšanje. Torej, otroci z astmo morajo biti soočeni z normalnostjo v čim večji meri in posebnimi omejitvami le toliko, kot je treba.

Kineziterapija poleg večje telesne zmogljivosti prinaša še mnoge druge koristi, ki imajo lahko večji učinek na samega človeka. V procesu kineziterapije, ki za svoje sredstvo uporablja tudi šport, je bolnikom omogočeno, da se počutijo enakega med ostalimi, poleg tega so tudi več v stiku s soljudmi. S tem bolnik lažje vzpostavlja nove vezi in komunikacijo, kar je bistvenega pomena za povrnitev samozavesti. Celotna družba, in ne le njeni tako ali drugače zaznamovani posamezniki, na ta način vključuje v svoje dejavnosti tudi ljudi, ki so na nek način drugačni (v našem primeru astmatiki) od določene množice.

Učinkovita in redna vadba vpliva poleg vsega naštetega tudi na delovno učinkovitost, zmanjšanje odsotnosti z delovnega okolja, v primeru poslabšanja same bolezni pa bolnik le-to dosti lažje nadzoruje oziroma jo lažje prenaša in si tudi hitreje opomore.

4.1 Cilji kineziterapije pri bolnikih z astmo

Skoraj vsakodnevno ukvarjanje s športom nam lahko prinese številne koristi. Kineziterapija mora imeti dolgoročne cilje in velikokrat, kljub trenutnim težavam, ki jih ima bolnik, ga je potrebno spodbujati k vztrajnosti in vadbi. Cilji naj bi bili vedno pomembni in v zavesti bolnika, saj mu le-ti prinesejo želene koristi in rezultate.

Splošni in specialni cilji kineziterapije pri bolniki z astmo (Hosta, 2003):

- Znižanje pogostosti poslabšanja bolezni z zvišanjem tolerance na napor in izboljšanju sposobnosti imunskega sistema (manjša odsotnost od pouka ali dela).
- Povečanje moči in vzdržljivosti dihalnih in pomožnih dihalnih mišic.
- Zmanjšanje strahu pred posledicami napora in občutka nesposobnosti ali celo zapostavljenosti.
- Socialna integracija.
- Razvijanje samozavedanja in prepoznavanje telesnih občutkov.
- Zvišanje splošne telesne vzdržljivosti in moči ter izboljšanje preostalih motoričnih sposobnosti (gibljivost, hitrost, koordinacija).
- Povečanje učinkovitosti dihanja z učenjem pravilne tehnike dihanja.
- Izboljšanje samopodobe in splošne kakovosti življenja.

4.2 Načela kineziterapije pri bolnikih z astmo

Kineziterapija je postopek, ki sledi tako športnim kot terapevtskim načelom (Ušaj, 1996):

- Načelo aktivnega in zavestnega celostnega pristopa

Kineziterapija je že sama po sebi aktiven pristop, ki pa mora biti tudi zavestno voden in izveden proces, ki ob pomoči strokovne ekipe celostno obravnava bolnika, ki nastopa kot enakopravni del strokovne ekipe in si prizadeva, da prevzame nalogo izvajanja kineziterapije in obvladovanja bolezni v svoje roke.

- Načelo individualnosti

Astma je izredno spremenljiva bolezen. Spremenljivost se kaže v njenih različnih pojavnih oblikah pri bolnikih in tudi kot spreminjanje stanja bolezni pri posamezniku.

Zato je nujno splošni kineziterapevtski vzorec prilagoditi posamezniku. Da spoznamo, katera oblika kineziterapije je bolniku najprijaznejša in učinkovita, je nujno stalno merjenje in opazovanje različnih parametrov (anatomski, fiziološki, psihološki, sociološki...).

- Načelo cikličnosti in spremenljivosti

Glede na naravo astme, ki se pričakovano in nepričakovano spreminja v obdobjih povečane izpostavljenosti ogrožajočim dejavnikom in ima svoj ritem, se prilagaja tudi kineziterapija. V obdobju mirovanja bolezni in/ali zmanjšanja intenzivnosti simptomov, mora biti kineziterapija temu primerno bolj intenzivna in lahko vključuje tudi sredstva in metode, ki bi sicer v obdobju aktivnosti bolezni povzročili hujša poslabšanja.

- Načelo sistematičnosti

Kineziterapija mora biti logično zaporedje izbire sredstev in metod, njihove količine in intenzivnosti v skladu z razvojno stopnjo bolnika in stopnjo bolezni. Slediti moramo pravilom težje vaje k lažji, ter logično nadaljevanje nove vaje že znanim vajam.

- Načelo pestrosti in učinkovitosti

Izbira sredstev in metod naj bo pestra, da se izognemo monotonosti vadbe. Ob tem naj se poudarja tisto sredstvo ali metoda, ki prinaša največje pozitivne učinke pri čim manjši obremenitvi.

4.3 Sredstva in metode kineziterapije pri bolnikih z astmo

4.3.1 Razvoj osnovnih psihomotoričnih sposobnosti

Vzdržljivost, moč, gibljivost, koordinacija in hitrost so osnovne psihomotorične sposobnosti, ki so odvisne tako od bioloških kot tudi od psiholoških dejavnikov. Za bolnike z astmo je ključen razvoj vzdržljivosti, gibljivosti in moči (splošna vzdržljivost srčno-žilnega in dihalnega sistema ter gibljivost in prožnost mišic in sklepov prsnega koša, ramenskega obroča in vratu). Vsaka izmed teh stvari, ki jih bolnik z astmo lahko izboljša, pa seveda pripomore k pozitivnemu vplivu na počutje. Ravno zaradi tega je priporočljiv tudi razvoj koordinacije in hitrosti, ki sicer ne vplivata neposredno na dihalne funkcije (Ušaj, 1996).

Vzdržljivost:

Za bolnike z astmo so priporočljivi predvsem športi, ki jih lahko izvajamo neprekinjeno, a z nizko intenzivnostjo in dalj časa (na primer plavanje, tek, kolesarjenje idr.), vzdržljivost pa se skupaj z drugimi psihomotoričnimi sposobnostmi razvija tudi pri nekaterih igrah z žogo. S tem spodbujamo organizem, da deluje dolgotrajno s povečano zmogljivostjo in izzovemo prilagoditvene mehanizme, ki vplivajo predvsem na učinkovitost delovanja srčno-žilnega in dihalnega sistema. Redna vadba tako vpliva na povečanje vzdržljivosti, moči dihalnih mišic, učinkovitost izmenjave plinov, pljučno kapaciteto, poveča se tudi aerobna moč (VO_2 max) ter se

daljša bronhodilatatorno obdobje med naporom ter upočasnjeno vračanje v normalno stanje (Ušaj, 1996).

Najučinkovitejša preventivna ukrepa pri vzdržljivostnih športih sta dihanje skozi nos, ki preprečuje izsušitev in ohladitev dihalnih poti ter 15-minutno ogrevanje, s katerim pripravimo organizem na napor in s podaljšano bronhodilatacijo zmanjšamo stopnjo bronhokonstrikcije.

Glavne koristi vadbe vzdržljivosti so naslednje:

- večja delovna zmogljivost
- hitrejšo okrevanje po poslabšanju (večja toleranca na napor)
- izboljšanje učinkovitosti dihalnega in srčno-žilnega sistema

Gibljivost:

Vaje za gibljivost so namenjene temu, da sprostimo napete mišice in omogočimo večje območje gibanja. Mišica se namreč pri svojem delu aktivno krči in si prizadeva, da bi bila čim krajša. Na podoben način delujejo tudi dihalne in pomožne dihalne mišice. Bolniki s hudo stopnjo astme imajo zaradi težav z dihanjem in povečano obremenitvijo pomožnih dihalnih mišic toge in skrajšane mišice prsnega koša in ramenskega obroča. Če so v obdobju poslabšanja bolezni težave hude in pogoste, se to odrazi tudi na telesu: napet vrat, odprta usta, rame pa so v inspiratornem položaju ter dvignjene.

Z balističnimi in statičnimi razteznimi vajami se izboljšuje znotrajmišična in medmišična koordinacija. Z zavestnim krčenjem in sproščanjem se naučimo čutiti posamezne mišice, pritiski na sklepe pa se s povečanjem gibljivosti in prožnosti mišic zmanjšajo.

Pomembno pri vsem tem je, da izvajamo vaje za gibljivost celega telesa (poudarek je predvsem na gibljivosti sklepov in prožnosti mišic zgornjega trupa in hrbtenice). Glavna korist vadbe gibljivosti je torej sprostitev napetosti kot posledice oteženega dihanja – gre tako za telesno kot psihično sprostitev.

Moč:

Z večjo močjo dihalnih in pomožnih dihalnih mišic se izboljšuje dihanje, kar dosežemo z razvojem moči mišic zgornjega dela telesa. Poleg tega se poveča tudi vzdržljivost v moči, ki je v veliko pomoč pri astmatskih napadih in kljub zožanim potem omogoča, da močneje izdihujemo in izdihamo tudi zrak, ki bi sicer ostal v pljučih. Za ohranjanje ravnovesja pa je treba razvijati tudi moč preostalih mišic.

Glavne koristi vadbe moči so:

- večja moč dihalnih in pomožnih dihalnih mišic omogoča lažje dihanje ob enaki stopnji bronhokonstrikcije
- korekcija mišičnega neravnovesja in deformacije prsnega koša (torakalna kifoza)
- psihosocialne koristi

4.3.2 Dihalne vaje

Pri astmatičnih bolnikih so dihalne vaje nujna terapija, saj je treba bolnika naučiti pravilnega dihanja. Lahko se izvajajo kjerkoli in kadarkoli.

Poznamo tri dele dihanja: trebušno, prsno in ramensko. Astmatiki ponavadi ne znajo zavestne uporabe trebušne prepone, ki predstavlja glavno dihalno mišico, saj uporabljajo le prsno in ramensko dihanje. V obdobjih poslabšanja bolezni je že tako okrnjeno dihanje še bolj oteženo, izkoristek dihalnega volumna pa je še manjši kot sicer. Zaradi tega je pomembno učenje pravilnega dihanja v mirujoči fazi bolezni, saj bolnik tak vzorec sčasoma prevzame in začne nezavedno pravilno dihati.

Kot je že znano, zastaja zaradi krčenja sapničnih mišic zrak v pljučih. Bolnik ima občutek oteženega dihanja in se čuti ogroženega. Ne samo z zdravili, tudi z dihalnimi vajami lahko pomagamo, da pljuča bolje delujejo.

Obstaja več dihalnih vaj:

- statične dihalne vaje, ki se izvajajo v ležečem, sedečem ali stoječem položaju
- dinamične dihalne vaje, ki poudarjajo koordinacijo dihanja z gibanjem
- dihalne vaje s pozornostjo na dih, gib ali notranji občutek
- dihalne vaje za sprostitev in umirjanje
- dihalne vaje za poživitev in vitalizacijo

Glavne koristi dihalnih vaj pa so naslednje:

- prevzem zavestnega nadzora dihanja
- povečanje učinkovitosti dihanja
- preprečevanje in pomoč pri porušeni tehniki dihanja

Namen dihalnih vaj:

- Z njimi se astmatik sprosti.
- Pri astmi so zgornji deli prsnega koša preobremenjeni z delom. Z dihalnimi vajami lahko uporabljamo spodnje predele prsnega koša.
- Dihalne vaje moramo vaditi 10 minut vsaj dvakrat dnevno. Nič hudega ni, če vaje povzročajo kašelj. To je včasih celo koristno, ker lažje izkašljujemo izpljunek.
- Če je kašelj hud, nehamo vaditi, kasneje poskusimo znova, le da naj bo izdih krajši.
- Med vajami pazimo predvsem na izdih in manj na vdih. Zelo pomembno je, da med izdihom ne uporabljamo sile. Izdihnemo rahlo, sproščeno.

4.3.3 Joga

Joga (»enost« ali »edinost«) izvira iz indijske kulture in predstavlja znanost o življenju. Izhaja iz sanskrske besede »yuj«, kar pomeni »združiti«. V praksi joga predstavlja način uravnoteženja in harmoniziranja telesa, uma in emocij.

Joga si prizadeva za popolno koordinacijo različnih telesnih funkcij in tako ugodno vpliva na celo telo. V začetnem delovanju deluje le na zunanji vidik osebnosti, torej na fizično telo, kasneje pa preide na miselne in čustvene ravni. Strokovnjaki iz zdravstva so mnenja, da je terapija z jogo uspešna, ker v živčnem in endokrinem sistemu ustvarja ravnotežje, kar neposredno vpliva na druge telesne sisteme in organe. Kot alternativna oblika terapije je dosegla uspeh predvsem pri naslednjih boleznih: diabetes, artritis, prebavne motnje, astma, nenormalen krvni pritisk in pri drugih kronični boleznih (Swami, 1998).

V kineziterapiji so najbolj uporabne metode asana in pranayama joge. Pri prvi gre za posebne telesne položaje, ki so podobni razteznim vajam in se uporabljajo za razvoj gibljivosti in razvoj moči, odpirajo pa energetske kanale in psihična središča. Za pravilno izvajanje asan moramo biti pozorni na dihanje, sprostitvev in zavedanje, saj lahko na ta način tudi učinkoviteje nadziramo svoj um. Pranayama pa na splošno pomeni nadzor nad dihanjem, ima pa tudi globlji pomen: pomeni prav tako nadzorovano podaljšanje ali širjenje razsežnosti življenjske sile in energije.

Za bolnike z astmo je naboaj priporočljivo izvajati naslednje asane: pozdrav soncu (surya namaskara), položaj meseca ali zajca (shashankasana), položaj priklonitve (pranamasana), stoja na ramenih – sveča (survangasana), položaj speče strele (supta vajrasana), položaj pretegujoče se mačke (marjariasana) in vse asane z upogibanjem nazaj.

Glavne koristi joge po Bundgaard-u so:

- učinkovitejši nadzor dihanja in telesa nasploh
- zmanjšanje števila poslabšanj in potrebe po zdravlilih
- boljše splošno počutje, umirjenost in sproščenost

4.4 Naloge terapevta pri delu z bolniki astmatiki

Respiratorni terapevt se velikokrat srečuje z astmatičnimi bolniki. Njegova pomoč je odvisna predvsem od bolnikovega stanja oz. teže obolenja. Obstaja nekaj smernic, ki so pri delu z bolniki s kronično obliko astme, skupne:

- poučimo ga o astmi in njenih vzrokih
- naučimo ga pravilno jemati zdravila, poučimo ga o učinkih in nevarnosti zdravil
- naučimo ga opazovati in ocenjevati dihalne sposobnosti
- kontroliramo in vodimo njegov fizični trening
- uporaba PEF metra
- uporaba dnevnika astme
- pravilna uporaba vdihalnikov
- razlika med preprečevalnimi in olajševalnimi zdravili
- ugotavljanje in kontrola sprožilnih dejavnikov astme
- prepoznavanje zgodnjih znakov poslabšanja
- ukrepanja že ob zgodnjih znakih poslabšanja bolezni
- naučimo ga relaksacijo in pravilen način dihanja
- svetujemo mu zdrav način življenja
- povežemo ga z ljudmi, ki imajo podobne probleme

Astmatiku svetujemo:

- izogibati se povzročiteljem poslabšanja bolezni
- prepoznavati znake poslabšanja obolenj
- redno meriti PEF (peak expiratory flow)
- uporabljati kartico za zapisovanje meritev in subjektivnih občutkov
- kdaj in kako poiskati zdravniško pomoč
- stalno nositi zdravilo, ki pomaga ob napadu

Terapevt mora bolnika poučiti, kako si lahko sam pomaga ob poslabšanju obolenja. Respiratorna terapija ne bo preprečila samega napada, temveč predvsem omilila občutek dušenja. Bistveno je, da bolnika pred napadom naučimo metode sproščanja in pravilnega dihanja. Le takrat, ko bo bolnik to popolnoma obvladal, si bo lahko pomagal ob astmatičnem napadu.

Ob akutnem poslabšanju astme terapevt:

- kontrolira pravilno jemanje predpisanega zdravila, ki sproža spazem bronhialnih mišic
- bolnika namesti v sedeč položaj s komolci naslonjenimi na mizo ali naslonjalo stola
- poskusi bolnika pomiriti in mu svetovati
- dihanje skozi nos
- dihanje s prepono počasi in mirno
- sprostiti se
- če se stanje ne izboljša, terapevt pokliče zdravnika

Praden začnemo bolnika učiti pravilno, kontrolirano dihati, se mora dihanja sploh zavedati. Namestimo ga v polsedeč položaj s podloženimi koleni. Svetujemo mu, da si v mislih predstavlja gibanje zraka skozi cev od grla do trebuha. Pozornost usmeri v vdih in izdih. Sledi naj globok vdih, ki ga zadrži. To naj izvede kratko, da ne povzroči neprijetnega občutka.

Lahko si pomaga tudi s polaganjem rok na prsni koš in trebuh, da razloči apikalno in abdominalno dihanje. Kontrola nad lastnim dihanjem je bistvenega pomena, ker ljudje z astmo živijo v stalnem strahu pred težkim, neobvladljivim dihanjem. Vaje, ki jih želimo vpeljati v bolnikovo življenje, naj bodo izvajane redno. Za to moramo imeti tudi primeren prostor. Ta naj bo zračen in ne premrzel. Izogibamo se uporabe sobnih vlažilcev. Seveda bomo bolnika naučili pravilno abdominalno dihati in sproščati v latentnem stadiju obolenja in ne med napadom. Tudi med napadom lahko vodimo njegovo dihanje, vendar bo to veliko manj učinkovito. Bolnik mora obvladati svoje dihanje pred napadom, da si bo lahko pomagal.

Dihanje s trebušno prepono je najučinkovitejše za skoraj vsakega pljučnega bolnika. Bolnik, ki ima napad težkega dihanja, bo največkrat uporabil pomožne dihalne mišice. Tako bo predihal samo zgornje predele pljuč, kateri bodo hiperinflirani, medtem ko bodo baze pljuč nepredihane. Bolnik diafragme kot glavne dihalne mišice ponavadi ne uporablja. Zaradi utrujenosti in posledične neučinkovitosti dihalnih mišic bo bolnik zapadel v vedno hujšo dihalno stisko. Vso svojo energijo bo uporabljal za hlastanje za zrakom s pomožnimi dihalnimi mišicami, ki pa so vedno bolj utrujene in

neučinkovite. Tudi hipoksija dodatno prispeva k začaranemu krogu. Bistveno je, da se bolnik začne zavedati nepravilnega dihanja in ga skuša popraviti. S kontroliranim abdominalnim dihanjem bo aktiviral diafragmo, porabil za dihanje manj energije in predihal tudi spodnje predele pljuč.

Bolnika lahko naučimo s preprostimi ukazi, s pomočjo roke na trebuhu in z demonstracijo. Med vdihom naj odriva svojo roko. Včasih bolnik začne paradokсно dihati. V takem primeru opustimo inštrukcije in poizkusimo z PNF metodo oziroma s taktilnim stimulusom na zgornji del trebuha. Če se bo naša roka gibala v ritmu vdihava in izdiha, bo bolnik spontano začel dihati s prepono.

Bolnika najprej dobro opazujemo, da ugotovimo njegov način dihanja. Posebno ob napadu astme bolnik hlasta za zrakom. Naučimo ga mirnega, počasnejšega dihanja. To ne sme povzročiti neugodja, napetosti ali razburjenja. Bolniku upočasnimo ritem dihanja z ustrezno globino. Vendar počasno dihanje ne pomeni vedno globokega dihanja.

Če to predstavlja težave, posvetimo temu več pozornosti in vodimo ritem dihanja. Naš glas naj bo pri tem miren, besede pa izgovorjene ritmično in monotono. Vodenje ritma dihanja naj bo za spoznanje počasnejše, kot je ritem bolnikovega dihanja.

Na primer:

vdih-in-izdih ; in ; vdih-in-izdih; in ;ali...
vdih-in-izdih-dva-tri ; vdih-in-izdih-dva-tri ; ...

Besede so časovno fleksibilne in prilagojene bolniku, ki lahko zazna samo malenkostno pomanjkanje zraka, nikoli pa neugodja in napetosti. Če je potrebno, lahko bolnik vmes nekajkrat globoko zadiha in se potem ponovno vrne k vodenemu ritmu. Napredek je, ko bolnik tako diha sam brez našega vodstva. Vse te vaje lahko povzročajo bolniku neugodje, posebno če je težji astmatični bolnik.

Včasih bolniku pomagajo naslednji nasveti:

- požrite slino, če hočete zmanjšati potrebo po globokem dihanju
- stisnite pesti, če čutite napetost
- mislite si: dihanje je gladko, mirno, sproščeno
- bodite sproščeni, toda ne po vsej sili
- zavedajte se, da vam terapevt vedno lahko pomaga in da lahko vedno začnete dihati po svoje

Najpogostejše napake, ki se pojavijo pri takem učenju:

- postopno vdihovanje
- povečanje globine dihanja kot kompenzacije
- dvigovanje trebuha brez hkratnega dihanja ali paradokсно dihanje
- ponovno apikalno dihanje in napetost pomožnih dihalnih mišic

Glede na to, da smo si ljudje zelo različni, potrebuje na začetku vsak bolnik individualno obravnavo. Velikokrat je potrebno vložiti veliko truda v stvari, ki so

zdravim ljudem samoumevne. Za doseg cilja si lahko pomagamo tudi z improvizacijami, le da bolniku ne škodimo. Včasih pomagajo naslednji nasveti:

- Bolniku lahko demonstriramo njegovo napačno dihanje in potem na sebi pokažemo, kako naj pravilno diha.
- Bolnik včasih lažje sledi ritmu, če opazuje terapevtovo dihanje ali ima položeno roko na njegov trebuh.
- Včasih naj bolnik posluša svoje dihanje.
- Za lažje opazovanje damo bolniku na trebuh lažji ali težji predmet (obremenitev).
- Občasno skupinsko delo koristi. Bolniki se med seboj opazujejo in popravljajo napake.

Ko bolnik obvlada sprostitev, dihanje s prepono in pravilen ritem, nadaljujemo omenjene vaje sede, stoje, med hojo in aktivnostjo. Aktivnosti, ki zahtevajo zadrževanje vdiha (med hranjenjem, govorjenjem) zahtevajo dodatno treniranje. Koristno je tudi glasno branje teksta. Počasen govor napeljuje k počasnemu dihanju, zato pri aktivnostih odsvetujemo pretirano naglico.

Ko bolnik osvoji priporočene vaje oz. način dihanja, naj to izvaja sam. Seveda je še vedno potrebno spodbujanje in občasna kontrola. Pomembno je, da bolnik in njegovi svojci jemljejo te vaje kot del vsakdanjosti. Bolnik naj tak način dihanja preplete v vsakdanje aktivnosti. Za treniranje sproščanja si naj vsak dan vzame najmanj 20 minut časa. Vsa ta vlaganja v sebe bodo pomagala, da bo kljub prizadetosti zaživel bolj polno in zanimivo življenje.

5. KINEZITERAPIJA ZA ASTMATIKE V POMURJU

Na stanje oz. ponudbo kineziterapije v Pomurju imajo velik oz. največji vpliv geografske in finančno-ekonomske lastnosti same regije. Te imajo za posledico, da je kineziterapija v Pomurju šele v povojih. Vzroke, pogoje in dejavnike športne (ne)aktivnosti bomo podrobneje ugotavljali v raziskovalnem delu diplomskega naloge. Na tem mestu pa o dejanski, organizirani ponudbi kineziterapije za astmatike v sami regiji.

Trenutno edina organizirana športno-terapevtska dejavnost za bolnike z astmo v celotni pomurski regiji se izvaja v organizaciji Društva pljučnih bolnikov Slovenije, in sicer v prostorih Osnovne šole I Murska Sobota, pod vodstvom diplomirane fizioterapevte, gospe Jasne Sukič. Vadba je organizirana enkrat tedensko, ob četrkih, od 16 do 17 ure. Trenutno se je udeležuje do 15 bolnikov. Vadba je namenjena vsem članom Društva pljučnih bolnikov, starejšim od 19 let, za katere je tudi brezplačna.

Vadba ustreza medicinskim, terapevtskim in športnim strokovnim merilom. Sestavljena je iz uvodnega, ogrevalnega dela, glavnega dela, ki temelji na nizkointenzivni aerobni športni aktivnosti z izbranimi dihalnimi vajami ter zaključnem delu, katerega cilj in namen je umirjanje in sproščanje celotnega organizma.

Vadbe se udeležujejo predvsem bolniki srednjih let, katerim je vadba tudi prirejena. Vadba temelji na strokovnem programu, sestavljenem izključno za bolnika astmatika.

Tovrstna organizirana oblika terapevtske vadbe je dobro vpeljana, saj je organizirana že vrsto let.

Na tem mestu je potrebno izraziti vso pohvalo vsem, ki na takšen ali drugačen način omogočajo vsaj to organizirano ponudbo vadbe za bolnike, ki je povrh vsega za uporabnike brezplačna.

Vendar v raziskavi ugotavljamo, da si bolniki želijo večjo in bolj pestro ponudbo športno-terapevtskih aktivnosti v Pomurju. Vsekakor je tovrstna organizirana oblika vadbe premalo za regijo površine 1300 km², ki po neuradnih, a edinih možnih dobljenih podatkih, zajema nekje 3000 bolnikov z astmo.

6. CILJI

6.1 Cilji raziskave anketnih vprašalnikov bolnikov z astmo

- a) Glede na anketni vprašalnik in teste ugotoviti statistično povezanost med obveščenostjo o dejanski ponudbi kineziterapevtskih programov in udeležbo na teh programih.
- b) Glede na anketni vprašalnik ugotoviti, ali si bolniki želijo boljše obveščenosti o izvajanju kineziterapevtskih programov.
- c) Glede na anketni vprašalnik ugotoviti statistično povezanost med boljšo ponudbo različnih kineziterapevtskih aktivnosti in pogostostjo udeležbe na kineziterapiji.
- d) Glede na anketni vprašalnik ugotoviti, ali si bolniki za razliko od udeležbe na kineziterapiji želijo le svetovanja o izvajanju gibalnih aktivnosti, katerih bi se nato lahko lotili sami v lastni režiji.

6.2 Cilji raziskave intervjujev z zdravniki specialisti

- a) Glede na intervju ugotoviti, ali so zdravniki seznanjeni in zadovoljni s trenutno ponudbo kineziterapije.
- b) Glede na intervju ugotoviti, s čim, na kakšen način in zaradi česa je omejena trenutna ponudba kineziterapije.
- c) Glede na intervju ugotoviti, ali trenutna ponudba kineziterapije dohaja spoznanja medicinske znanosti.
- d) Glede na intervju ugotoviti, ali bi širša paleta kineziterapevtske ponudbe prispevala k boljšemu osveščanju bolnikov in k boljšemu sodelovanju medicinske in športne stroke.
- e) Glede na intervju ugotoviti, ali bi kvalitetnejše preventivno delo z astmatiki zmanjšalo njihova zdravstvena poslabšanja in s tem potrebo po zdravstveni oskrbi.
- f) Glede na intervju ugotoviti, kakšne so potencialne smernice razvoja kineziterapije.

7. HIPOTEZE

H1: Povezava med obveščenoostjo o dejanski ponudbi kineziterapevtskih programov in udeležbo na teh programih bo statistično značilna.

H2: Bolniki si želijo boljše ozaveščenosti o izvajanju kineziterapevtskih programov.

H3: Povezava med boljšo ponudbo različnih kineziterapevtskih aktivnosti in pogostostjo udeležbe na kineziterapiji bo statistično značilna.

H4: Bolniki si za razliko od udeležbe na kineziterapiji želijo le svetovanja o izvajanju gibalnih aktivnosti, katerih bi se nato lahko lotili sami v lastni režiji.

8. METODE DELA

8.1 Vzorec merjencev

Celoten vzorec zajema 100 naključno izbranih bolnikov z astmo, ki so privolili v sodelovanje pri diplomskem delu preko anonimnih vprašalnikov. 50 anket z bolniki astmatiki je bilo opravljenih v dispanzerju za pljučne bolezni Murska Sobota in 50 v zasebni ambulanti za pljučne bolezni in alergijo mag. Antona Loperta v Murski Soboti. Izpolnjevali so jih izključno bolniki z astmo, katerim je po privolitvi v sodelovanje medicinsko osebje natančno razložilo namen in način izpolnjevanja vprašalnika.

Poleg že omenjenega anketnega vprašalnika, je bilo opravljenih pet intervjujev; štirje z zdravniki, ki so specialisti medicinske stroke za omenjeno raziskovalno področje, ter intervju z terapevtko, pomočnico vodje trenutno edine organizirane kineziterapevtske vadbe za astmatike v Pomurju. To so:

- mag. Alojz Horvat, dr.med., spec.int.med.
- mag. Anton Lopert, dr.med., spec.int.med.
- Ivica Brozovič, dr.med., spec.int.med.
- Gorazd Požun, dr.med., spec.int.med.
- Metka Vlaj, dipl. fizioterapevt

8.2 Vzorec spremenljivk

Anketni vprašalnik, ki so ga izpolnjevali bolniki z astmo, je zajemal 16 bistvenih vprašanj o ponudbi in stanju kineziterapije za astmatike ter povpraševanju bolnikov astmatikov po športno-terapevtski vadbi.

Intervju z zdravniki in gospo terapevtko je slonel na 6-ih vprašanjih, ki so predstavljala temeljni odnos med medicinsko in športno stroko. Z vprašanji smo skušali ugotoviti osebna stališča zdravnikov in predstavnika edine organizirane dejavnosti za raziskovano področje ter njihovo vizijo razvoja kineziterapije za astmatike v Pomurju.

8.3 Organizacija zbiranja podatkov

Anketni vprašalnik smo sestavili za bolnike astmatike z namenom, da se ugotovi njihova želja oz. potreba po ukvarjanju s športom. Raziskovali smo trenutno stanje na področju kineziterapije za astmatike, se pravi, povpraševanje po njej, dejansko ponudbo in potencialne smernice razvoja na omenjenem področju.

Da bi se dejanskemu stanju čim bolj približali, je bilo 50 anket opravljenih v dispanzerju za pljučne bolezni v Murski Soboti, 50 pa v zasebni ambulanti za pljučne bolezni in alergijo mag. Antona Loperta, in sicer v mesecih junij in julij 2008.

Anketne vprašalnike je medicinsko osebje predstavljalo izključno bolnikom z astmo, katerim je po privolitvi v sodelovanje bilo natančno razloženo način in namen reševanja vprašalnikov.

Zaradi fizične bližine medicinskega osebja, so jih bolniki izkoristili glede morebitnih nejasnosti v samem vprašalniku. To ima za posledico, da je raziskava v celoti uspela, saj je bilo od 100 anketnih vprašalnikov tudi isto število ustrezno izpolnjenih.

Intervjuji z zdravniki so bili prav tako opravljeni v istem obdobju. Zajemali so šest temeljnih vprašanj odprtega tipa, ki so zaradi podvprašanj o določenih podatkih imeli za posledico razvoj vsebinsko izredno bogatih pogovorov s ciljem ponuditi bolnikom z astmo nekaj več.

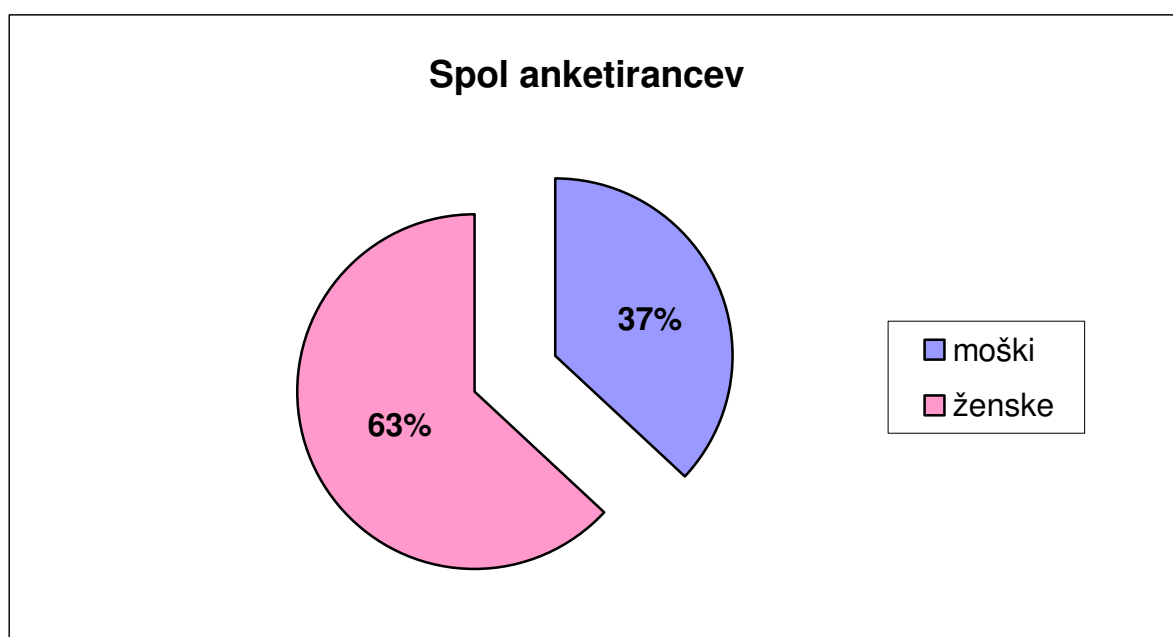
Vsi sodelujoči intervjuvanci so se izredno zavzeto odzvali na povabilo k sodelovanju, kar je že v uvodnih korakih kazalo na njihov interes, da se na področju ponudbe kineziterapije za astmatike nekaj premakne.

8.4 Metode obdelave podatkov

Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) in programom MICROSOFT EXCEL 2000. Za analizo skupnega vzorca je bila uporabljena deskriptivna statistika.

9. REZULTATI ANKETNIH VPRAŠALNIKOV BOLNIKOV Z ASTMO

9.1 Spol

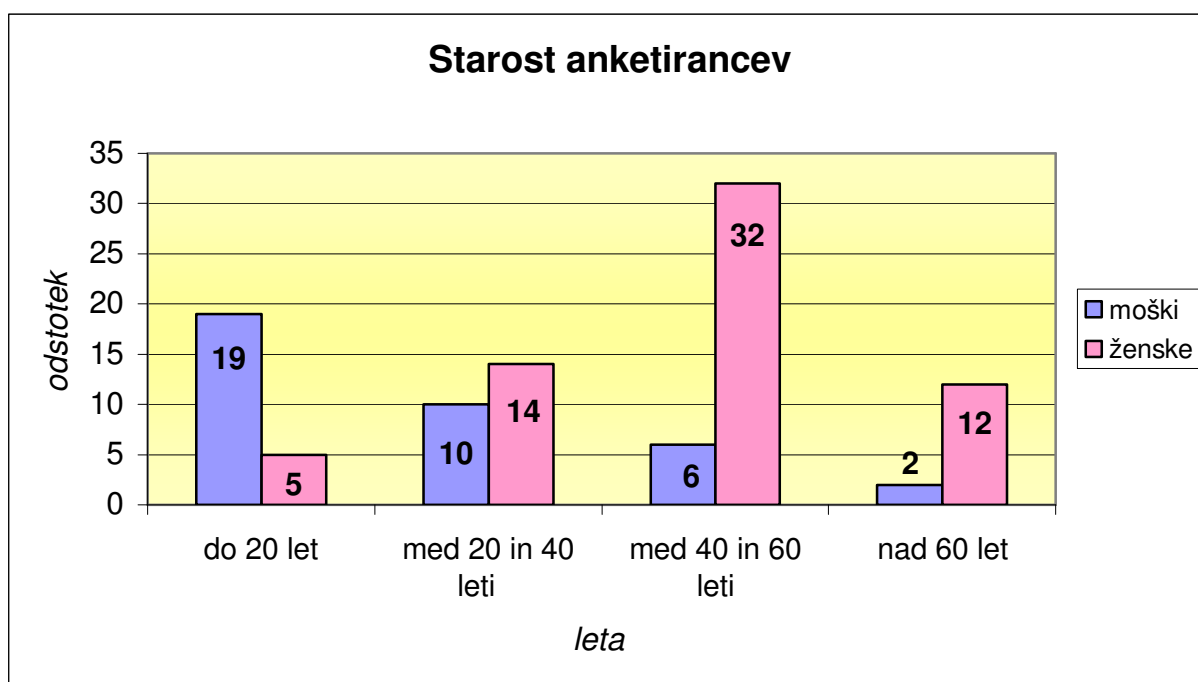


Graf 1: Spol anketirancev

Od 100 naključno izbranih bolnikov z astmo, ki so bili vključeni v raziskavo, jih je bilo 63 ženskega spola in 37 moškega spola. Spol anketirancev je bil odvisen od trenutnega obiska ambulantnih služb ter od privolitve bolnikov astmatikov v sodelovanje pri raziskavi.

V zvezi s spolom moramo zatrditi, da v nobenem primeru večja udeležba žensk v raziskavi ne dokazuje večje obolelosti žensk za astmo v primerjavi z moško populacijo.

9.2 Starost

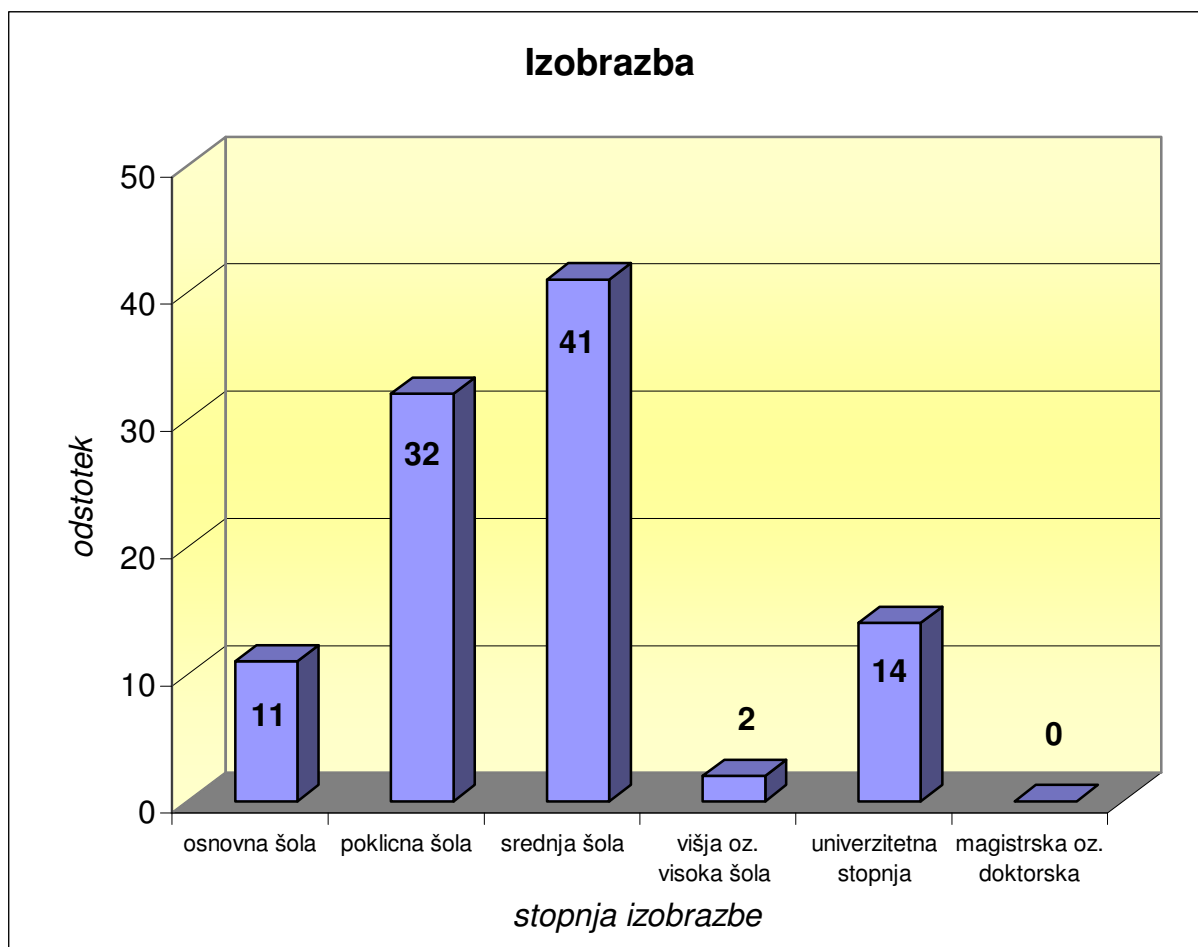


Graf 2: Starost anketirancev

V našem vzorcu je pri ženskah prevladovala starostna skupina med 40. in 60. leti, pri moških pa starostna skupina do 20 let. Številčno najmanjši sta skupini žensk pod 20 let in moških nad 60 let. Pri moških odstotek udeležencev od najmlajše do najstarejše starostne skupine pada, medtem ko pri anketirankah narašča do starostne skupine med 40 in 60 leti, ki tudi močno prevladuje, nato pa odstotek strmo pade.

V splošnem ugotavljamo, da je povprečna starost udeleženca raziskave nekaj čez 40 let.

9.3 Izobrazba



Graf 3: Izobrazba anketirancev

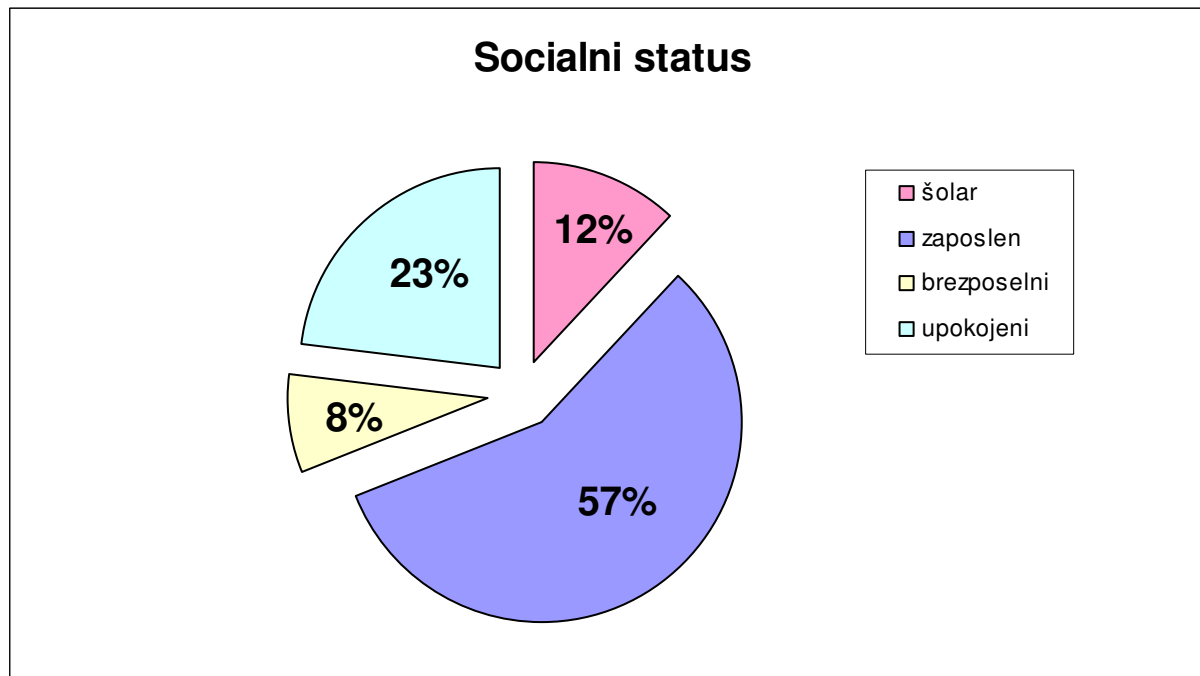
Vprašanje o končani izobrazbi bolnikov z astmo se je nanašalo predvsem na ugotavljanje dveh vidikov. Prvi je z izobrazbo povezan dohodek (glej dohodek), drugi pa z izobrazbo povezano ukvarjanje s športom.

Rezultati naše raziskave so zelo blizu podatkom Statističnega urada Republike Slovenije iz leta 2006, ki navaja, da je v pomurski regiji 27 odstotkov prebivalcev med 25. in 64. letom brez osnovne šole, z nepopolno ali z osnovno šolo. Po isti raziskavi jih je 59 s srednješolsko in 14 z višjo oz. visokošolsko izobrazbo (Slovenske regije v številkah, 2008).

Mnoge raziskave dokazujejo, da se ljudje z višjo stopnjo izobrazbe s športom več ukvarjajo. To je odvisno bodisi od pogojev dela, bodisi od mejnih vrednosti športa kot vrednote, zdravja, razpoložljivih finančnih sredstev, motivacije in mnogih drugih spremenljivk. Naša raziskava se v to odvisnost ne pogloblja. Dokazuje pa, da se glede na povprečno nižjo izobrazbeno strukturo naši anketiranci v povprečju približno

trikrat tedensko ukvarjajo s športom, kar je nekoliko nižji podatek od podobnih raziskav drugih slovenskih regij z nekoliko višjo izobrazbeno stopnjo.

9.4 Socialni status

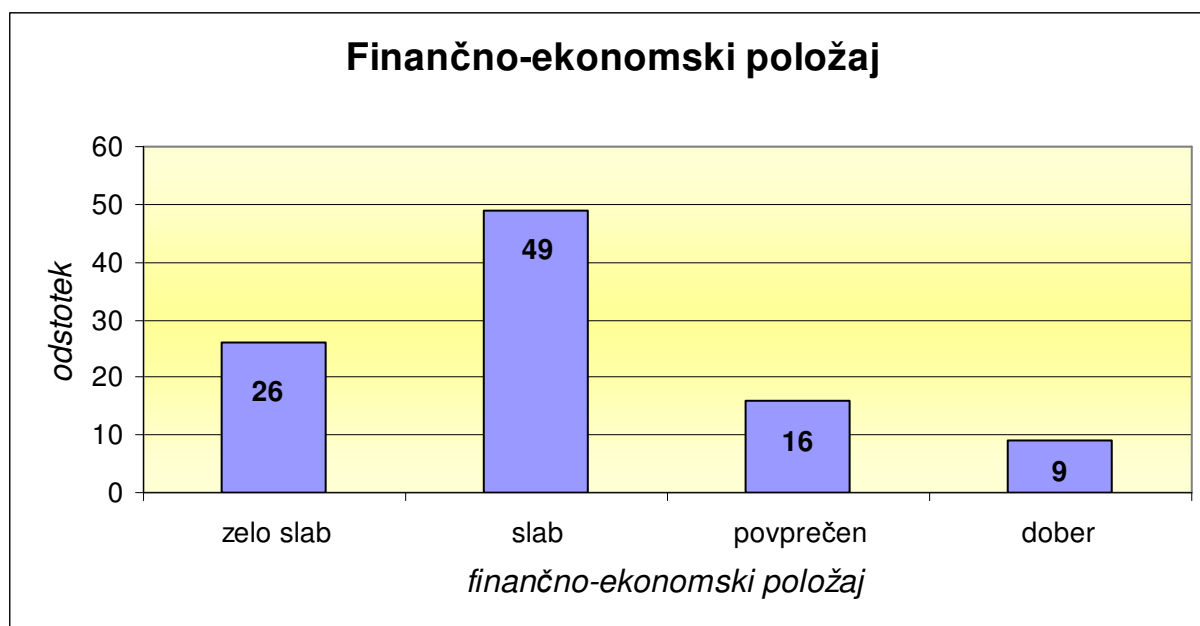


Graf 4: Socialni status anketirancev

Pomurje po indeksu razvojne ogroženosti velja za najslabše razvito in najbolj ogroženo regijo (glej finančno-ekonomski položaj). Stopnja registrirane brezposelnosti za ženske, kot tudi za moške, je bila v letu 2006 najvišja v pomurski regiji, in sicer 18,1 in 14,0 odstotka. Neugodne gospodarske razmere spremlja tudi nevzpodbudno gibanje prebivalstva. To ima za posledico negativen selitveni prirast, in če k temu dodamo še 2,8 odstotni negativni naravni prirast na 1000 prebivalcev (Slovenske regije v številkah, 2008), ugotavljamo, da se število prebivalstva v regiji manjša, po starostnem povprečju pa vse bolj stara.

Naša raziskava s svojimi podatki sovпада s podatki Statističnega urada Republike Slovenije, ki ugotavlja 55 odstotno zaposlenost prebivalstva v pomurski regiji, od tega, 13,4 odstotka v kmetijskih dejavnostih, 40,4 odstotka v nekmetijskih dejavnostih in 46,2 odstotka v storitvenih dejavnostih (Slovenske regije v številkah, 2008).

9.5 Finančno-ekonomski položaj



Graf 5: Finančno-ekonomski položaj anketirancev

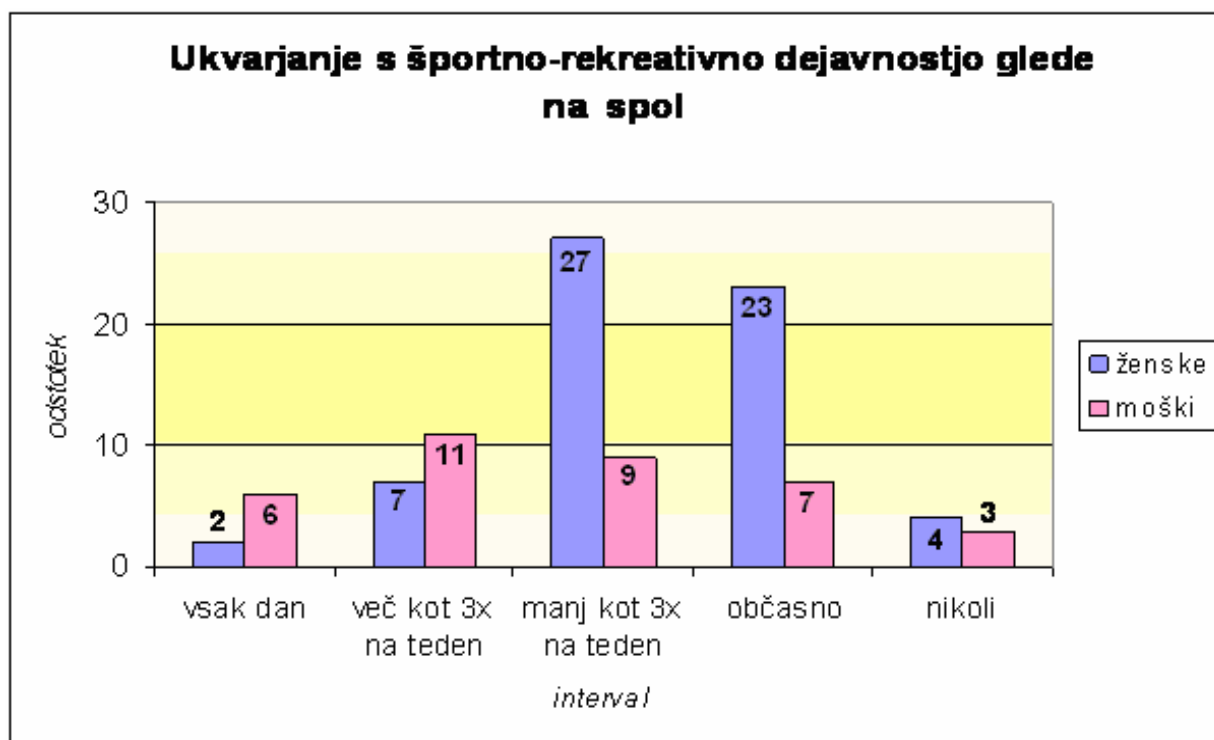
Povprečna mesečna neto plača zaposlene osebe je leta 2006 v Sloveniji znašala 773,42 EUR, v osrednjeslovenski regiji 849,15 EUR, v pomurski regiji pa le 669,38 EUR (Slovenske regije v številkah, 2008).

Te podatke v celoti potrjuje tudi naša raziskava, saj je le 25 odstotkov anketiranih s svojim finančno-ekonomskim položajem vsaj malo zadovoljna. Finančna omejenost vpliva na vse ravni človekovega delovanja, in žal, tudi na najpomembnejšo, skrb za zdravje in dobro počutje.

Dohodek v veliki meri omejuje posameznikovo ukvarjanje s športom. Dostopnost športnih pripomočkov in pomagala, športnih oblačil in obutve, pogojev vadbe, literature in drugih materialnih sredstev, ki so potrebni za normalno ukvarjanje s športom, se z nizkim dohodkom v veliki meri omeji.

Kot bo pokazala raziskava v nadaljevanju, ima finančno-ekonomski položaj bolnikov velik vpliv na njihovo ukvarjanje s športno dejavnostjo. V tej točki se prepletajo tako stopnja izobrazbe, socialni status, kot slab standard same regije.

9.6 Pogostost vašega ukvarjanja s športno-rekreativno dejavnostjo



Graf 6: Pogostost ukvarjanja s športno-rekreativno dejavnostjo

Tako iz prakse kot po pregledu literature ugotavljamo, da se lahko bolnik z blago in zmerno astmo dokaj uspešno ukvarja z mnogimi športi. Udeleženci naše raziskave dokazujejo to dejstvo. Kar 63 odstotkov bolnikov se s športom bolj ali manj redno ukvarja. Pri tem za nekoliko odstotkov prevladuje moška populacija, kar je tudi ena od značilnosti, ki jih dokazujejo sorodne raziskave pri zdravih ljudeh.

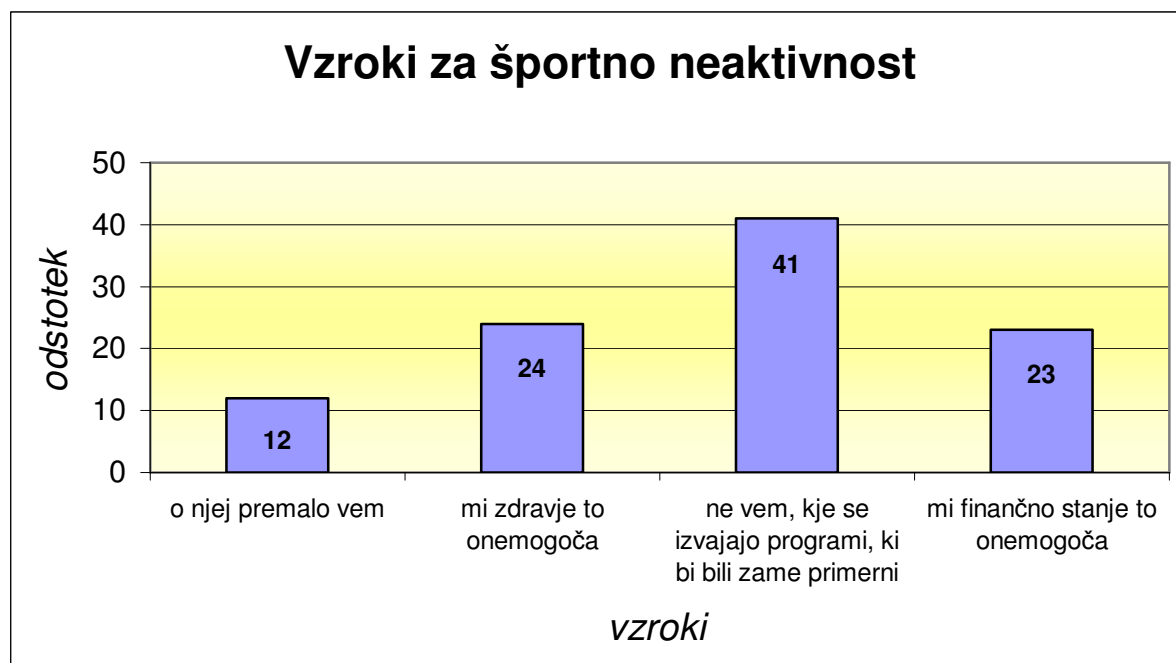
30 odstotkov bolnikov se s športno aktivnostjo ukvarja občasno in le 7 odstotkov je takih, ki se z njo ne ukvarjajo nikoli. Slednji podatek gre predvsem na račun težjih oblik astme, višje starosti in finančne nezmožnosti (v nadaljevanju).

V vsakem primeru našim anketirancem ukvarjanje s športom ni tuje. Nasprotno. Če bi odstranili nekatere zaviralce njihovega udejstvovanja v športnih-terapevtskih aktivnostih, kar bomo videli v nadaljevanju, bi se odstotki na račun njihove športne aktivnosti še dodatno dvignili.

Pomanjkanje gibanja povzroči zmanjševanje gibalnih sposobnosti in posledično poslabšanje funkcionalnih zmogljivosti organizma. Bolnik je preko športne neaktivnosti prikrajšan za številne psihosocialne in telesne koristi. To vodi k zniževanju nivoja splošnega zdravstvenega stanja ter k poslabšanju stanja bolezni. Posledica je še večja psihofizična omejenost (tudi manjša intelektualna sposobnost in

nižja učna uspešnost) in začarani krog med neaktivnostjo in boleznijo je zopet sklenjen.

9.7 Vzroki za športno neaktivnost



Graf 7: Vzroki za športno neaktivnost

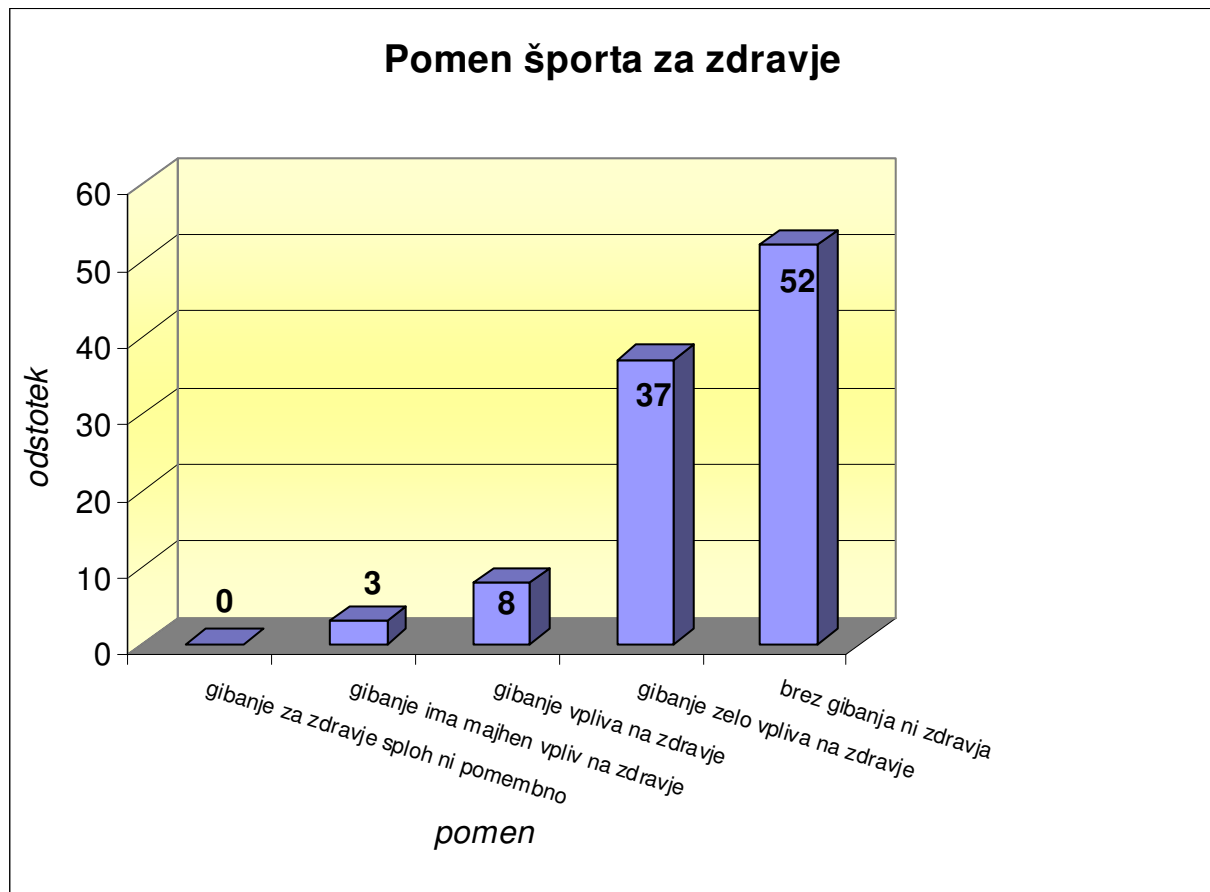
Z 41. odstotki je kot prevladujoči razlog, zakaj se bolniki s športno aktivnostjo ne ukvarjajo, nepoznavanje programov, ki bi bili za njih in njihovo bolezen primerni. Kot bomo videli v nadaljevanju, le 36 odstotkov bolnikov ve, da obstajajo terapevtski programi, ki so narejeni prav za njih (glej grafikon 9).

Preveč težka oblika astme je prav tako eden od pomembnih razlogov športno-terapevtske neaktivnosti. Če bolnik kljub uživanju protivnetnih zdravil, ki zmanjšujejo vnetje dihalnih poti ter tako preprečujejo poslabšanje astme, in olajševalcev dihanja (bronhodilatatorjev), ki širijo dihalne poti in s tem olajšujejo dihanje, ni sposoben prenašati športnih naporov, se bolniku odsvetuje tovrstna vadba in priporoči respiratorna terapija (glej zgoraj), ki bazira na edukaciji; preprečevanju in lažšanju asmatičnega napada, pravilni aplikaciji zdravil ter učenju pravilnega dihanja in relaksacije.

Kar 75 odstotkov vprašanih je pod točko 5 navedlo, da je njihov finančno-ekonomski status slab. Tako predstavlja slabo finančno stanje enega od glavnih razlogov neukvarjanja s športom, saj je kar 23 odstotkov anketirancev mnenja, da si ga ne morejo privoščiti. Ta podatek pa je kljub vsemu v nasprotju s trenutno ponudbo, saj je kot edina organizirana kineziterapevtska dejavnost za bolnike z astmo, brezplačna.

Mnogo je tudi bolnikov, čeprav iz leta v leto vse manj, ki so o svoji bolezni premalo poučeni. Raziskava AIR v Sloveniji navaja, da je 64,9 odstotkov odraslih in kar 70,8 odstotkov otrok o svoji bolezni dobro poučenih (Šuškovič, 2002). Na naše vprašanje o razlogih za športno neaktivnost je kar 12 odstotkov bolnikov navedlo nepoznavanje primerne športne aktivnosti.

9.8 Pomen športa oz. gibanja za zdravje



Graf 8: Pomen športa oz. gibanja za zdravje

Šport je primeren, duhovit in čedalje bolj nujen način premagovanja mnogih oblik bolezenskih stanj. Skozi redno in primerno vadbo, ob potrebnem vzporednem zdravljenju z zdravili, dosežemo večjo toleranco na napor. Kljub možnim težavam je potrebno vedno imeti na vidiku dolgoročne koristi športa in se ne umakniti ob prvem poslabšanju. Ko izzovemo prilagoditvene mehanizme organizma, je boljše počutje le še vprašanje časa.

Naša raziskava dokazuje, da je kar 89 odstotkov bolnikov mnenja, da je šport nujen potreben na poti do zdravja in boljšega počutja. 8 odstotkov bolnikov verjame v

pozitivno soodvisnost zdravja in športa in le trije odstotki anketiranih so mnenja, da je povezava med športom in dobrim telesnim počutjem majhna.

Prav vsi udeleženci raziskave se zavedajo, kako dobra telesna pripravljenost vpliva na dobro človekovo psiho-fizično počutje. Tako noben od 100 anketirancev te povezave ni zanikal.

9.9 Seznanjenost s terapevtskimi programi



Graf 9: Seznanjenost s terapevtskimi programi

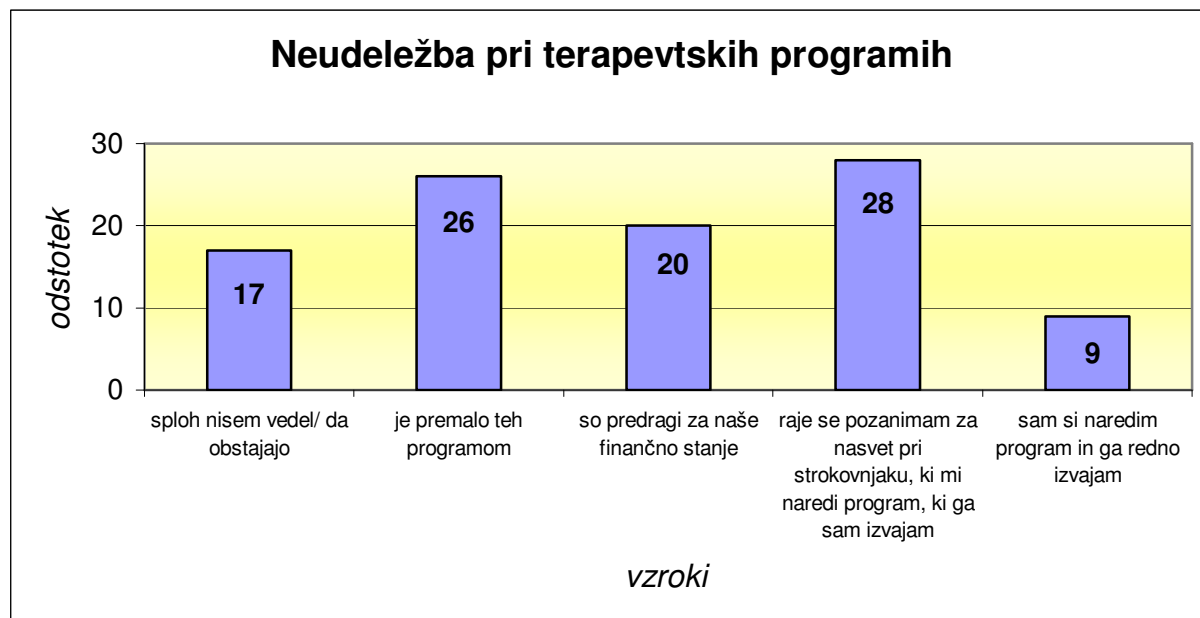
S trenutno ponudbo kineziterapevtskih dejavnosti za bolnike z astmo je seznanjenih le 36 odstotka anketirancev. 43 odstotkov bolnikov je takih, ki so si med sabo izmenjali informacije o športno-terapevtski ponudbi, bodisi o njej slišali v ambulanti ali pri obisku zdravnika.

Da je kar 79 odstotkov bolnikov informiranih o vadbi, katere v njihovem okolju skoraj ni, je zelo pozitiven, če ne že razveseljiv podatek. Vendar predvidevamo, da gre pri tem zgolj za seznanjenost, da ponudba vadbe za bolnike astmatike obstaja, in ne tudi njenega dejanskega izvajanja na območju pomurske regije. To, da se edina trenutna organizirana ponudba kinetioterapije za astmatike izvaja le enkrat na teden v telovadnici Splošne bolnišnice v Murski Soboti, je veliki večini, izmed teh 79. odstotkov anketiranih, nepoznan podatek.

Vsekakor pa je treba posvetiti velik poudarek bolnikom, ki o kineziterapiji kot športni vadbi za bolnike še sploh nič niso slišali. Gre predvsem za problem seznanjanja

bolnikov o tej dejavnosti. Vendar, če ni ponudbe dejavnosti s tega področja, tudi ozaveščanja o njej ne more biti.

9.10 Neudeležba pri terapevtskih programih



Graf 10: Neudeležba pri terapevtskih programih

Glede na prejšnjo točko nepoznavanja ponudbe terapevtskih programov lahko sklepamo, zakaj se bolniki za programe ne odločajo. Tako je kar 43 odstotkov bolnikov mnenja, da je ponudba na področju kineziterapije za bolnike z astmo preslaba.

Kot smo ugotavljali pod točkama 5 in 7 tudi finančno-ekonomski položaj anketirancev v veliki meri določa življenjske smernice astmatikov pomurske regije.

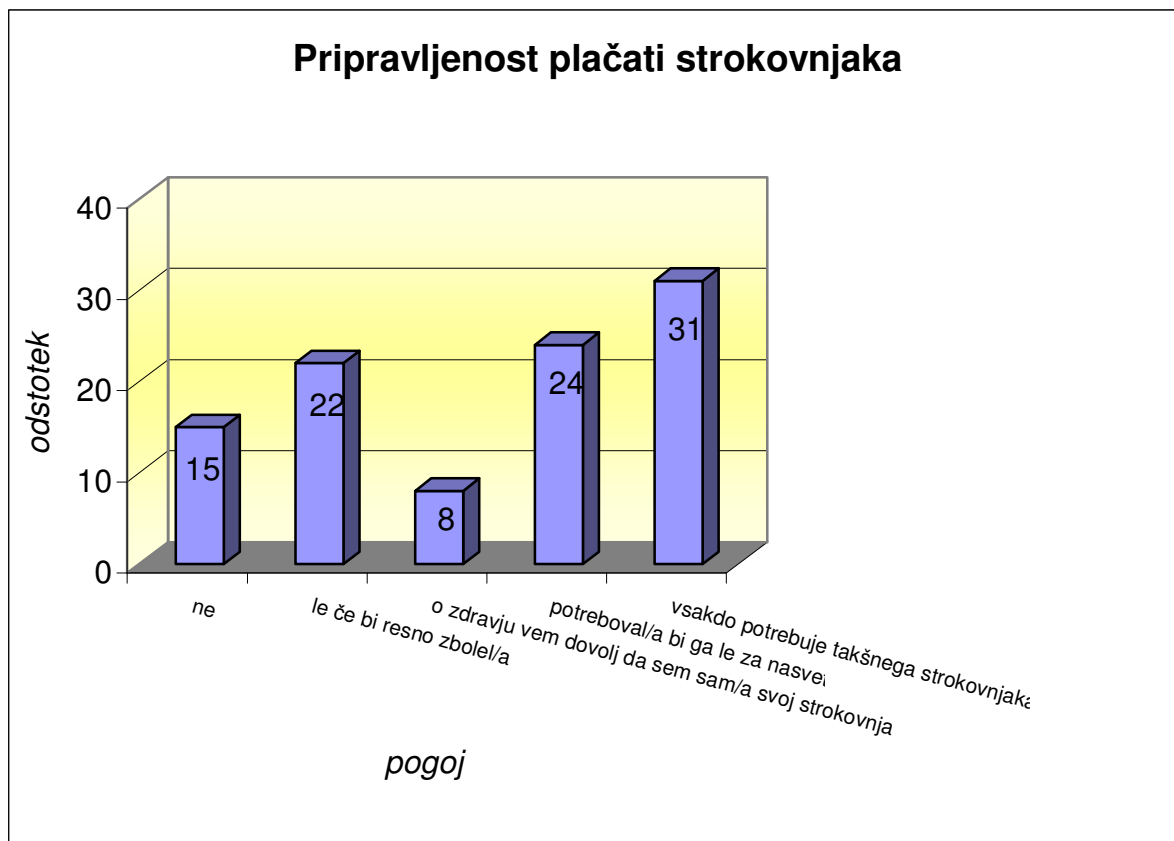
Zato se bolniki zaradi slabe ponudbe in slabega finančnega stanja sami odločajo za individualno izvajanje programov. Gre za nekakšno zasilno oz. prisilno rešitev, ki bi bila ob boljši ponudbi, organizaciji in finančni primernosti vsekakor precej drugačna.

Tako se pojavlja vprašanje o pravilnosti izvajanja športne vadbe, o samonadzoru pri sami vadbi, o nadzorovanju in samozdravljenju bolezni ter mnogih drugih kriterijih, ki so za razvoj dobre telesne pripravljenosti in čim boljšemu nadzoru bolezni nujno potrebni. Vadba v lastni režiji, brez strokovnega nadzora, lahko v času okoljske astmogenosti predstavlja bolniku resno grožnjo.

Vadba pod strokovnim nadzorom je varnejša, saj terapevt zna ponuditi primerne športno terapevtske dejavnosti ter pomembneje, zna ukrepati v stanjih trenutnega poslabšanja. Posamezniku se lahko ob nepremišljenih poskusih precenjevana lastnih

sposobnostih športna dejavnost zelo zameri, s tem pa izgine še zadnji kanček motivacije, ki ga je bolnik zbral.

9.11 Pripravljenost plačati strokovnjaka

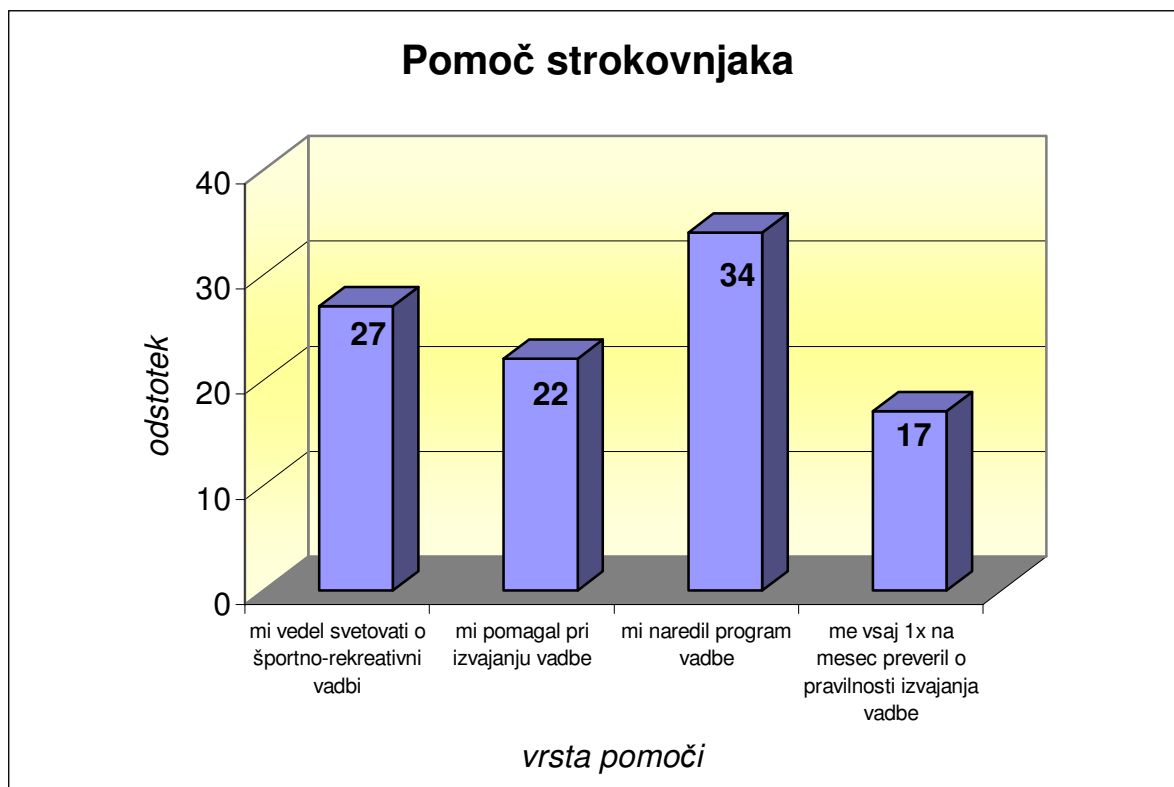


Graf 11: Pripravljenost plačati strokovnjaka

Da je zdravje ena najpomembnejših človeških vrednot priča podatek, da je kljub slabemu finančno-ekonomskemu položaju kar 55 odstotkov bolnikov pripravljenih plačati strokovnjaka, s katerim bi bila vadba varnejša in glede na bolezen tudi uspešnejša. Da pa življenje v 3. tisočletju v veliki meri sloni le na denarju, priča podatek o 22-ih odstotkih bolnikov, ki bi bili pripravljeni plačati strokovnjaka, s katerim bi izvajali individualni program vadbe le, če bi resno zboleli. To nam nakazuje dejansko podobo Pomurja, kor finančno najbolj ogrožene regije.

Že v naslednji točki opazimo, da bi vsak od teh bolnikov pomoč potreboval, vendar je zavedanje lastne ekonomske eksistence premočno celo v kontekstu razmišljanja o lastnem zdravju.

9.12 Pomoč strokovnjaka



Graf 12: Pomoč strokovnjaka

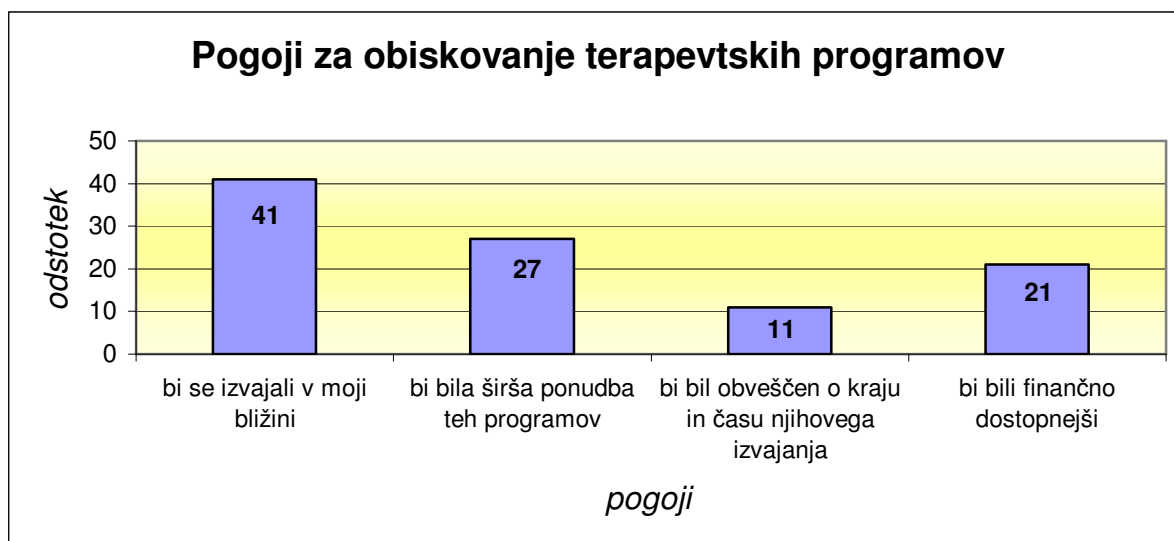
Zelo razdeljeni so odgovori o namembnosti strokovnjaka za izvajanje športne vadbe. Odstotki so popolnoma porazdeljeni med posameznimi potrebami bolnikov.

Nekoliko izstopa le potreba po strokovnem programu vadbe, ki predstavlja 34 odstotkov odgovorov, ki bi bil anketirancem v pomoč pri njihovem športnem udejstvovanju. Šele nato sledita svetovanje in pomoč pri izvajanju vadbe.

V vsakem primeru ugotavljamo, tako kot v točki poprej, da je strokoven nadzor vadbe in športnega udejstvovanja bolnikov z astmo potreben, saj predstavlja kontinuirano kontrolo ter varovalko v primeru zdravstvenega poslabšanja.

Vloga vodje kineziterapevtskih programov je celo mnogo širša in pomembnejša, ko dodamo njegovo izobraževanje bolnikov o sami bolezni astme, bolnikovi sposobnosti samonadzorovanja, opazovanja in samoopazovanja, poznavanja znakov poslabšanja astme, učenja, vodenja dnevnika znakov ter doslednega merjenja PEF območij.

9.13 Pogoji za obiskovanje terapevtskih programov



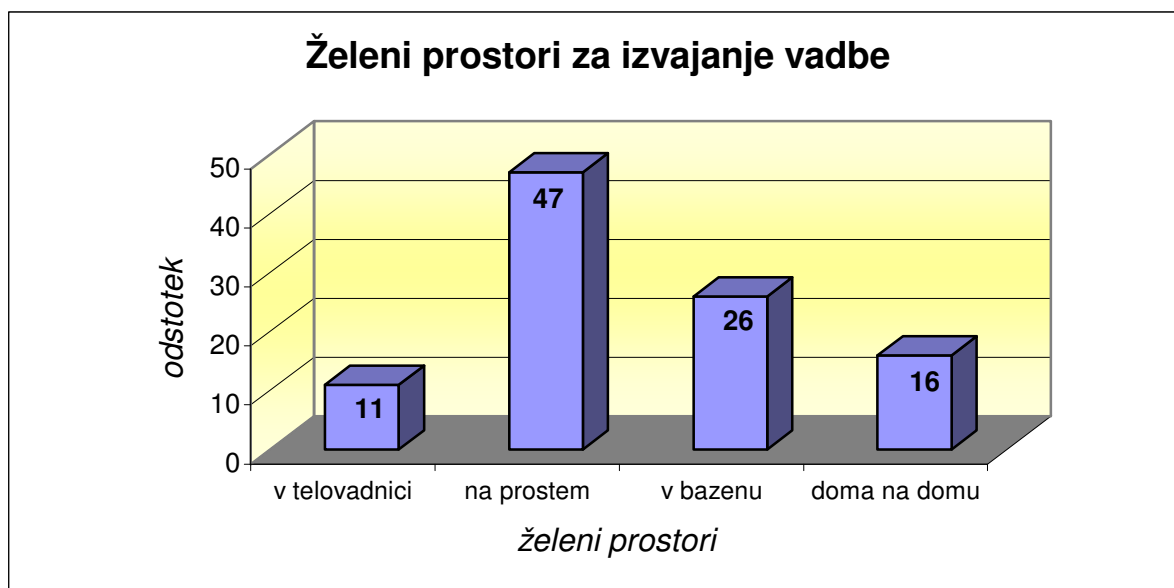
Graf 13: Pogoji za obiskovanje terapevtskih programov

Če bi se športno-terapevtski programi izvajali v bolnikovi bližini kraja domovanja, bi bila možnost njihove udeležbe večja za 41 odstotkov. To pa je glede na velikost celotne regije prezahteven pogoj. Izvajanje športno-terapevtskih programov za bolnike astmatike na treh ali štirih različnih lokacijah bi bila že skorajda idealna podoba, glede na trenutno stanje. Vsekakor pa predstavlja ta podatek smernico, h kateri je treba strmeti.

Premajhna ponudba tovrstnih programov je bila že nekajkrat omenjena kot razlog bolnikove športne neaktivnosti v terapevtskih programih. Tudi v tej točki ugotavljamo, in to s kar 38 odstotkov odgovori bolnikov, da bi se z boljšo ponudbo kineziterapevtskih programov povečala tudi udeležba na njih samih.

Tretji pogoj za odsotnost bolnikov iz programov vadbe nam je prav tako je že znan. Finančno-ekonomska predpostavka ovira kar 21 odstotkov bolnikov pri njihovem ukvarjanju s športom.

9.14 Želeni prostori za izvajanje vadbe



Graf 14: Želeni prostori za izvajanje vadbe

Pri izbiri športne zvrsti je najpomembnejši dejavnik astmogenost športa. Okolja, v katerih potekajo določeni šport, so lahko bolnikom astmatikom še posebej nenaklonjena. Gre predvsem za okolja z veliko prahu, kot tudi za zimske športe, za katere je značilen suh in mrzel zrak.

Bolniki z blago in zmerno astmo se lahko, kot zdravi ljudje, ukvarjajo z vsemi zvrstmi športa. Pomembno je le, da smo pozorni na znake poslabšanja in v primeru le-tega zmanjšamo intenzivnost vadbe ali jo celo prekinemo.

Bolniki v naši raziskavi si od različnih športnih zvrsti najbolj želijo tiste, ki se izvajajo na prostem, v naravi. Tako je odgovorilo 47 odstotkov anketirancev. Iz tega lahko delno sklepamo, da gre za bolnike z blago in zmerno astmo, ki jih sprožilci poslabšanj, katerih je v vsakem letnem času kar dosti, ne motijo.

Vsekakor je to zelo dobrodošla informacija, saj sta hoja in tek v naravi najbolj naravni, najcenejši in najprimernejši obliki gibanja v naravi. To v celoti velja predvsem za zdravega človeka, saj so travniki in gozdovi polni trav in pelodov, s tem pa tudi potencialni dražilci bolezni astme.

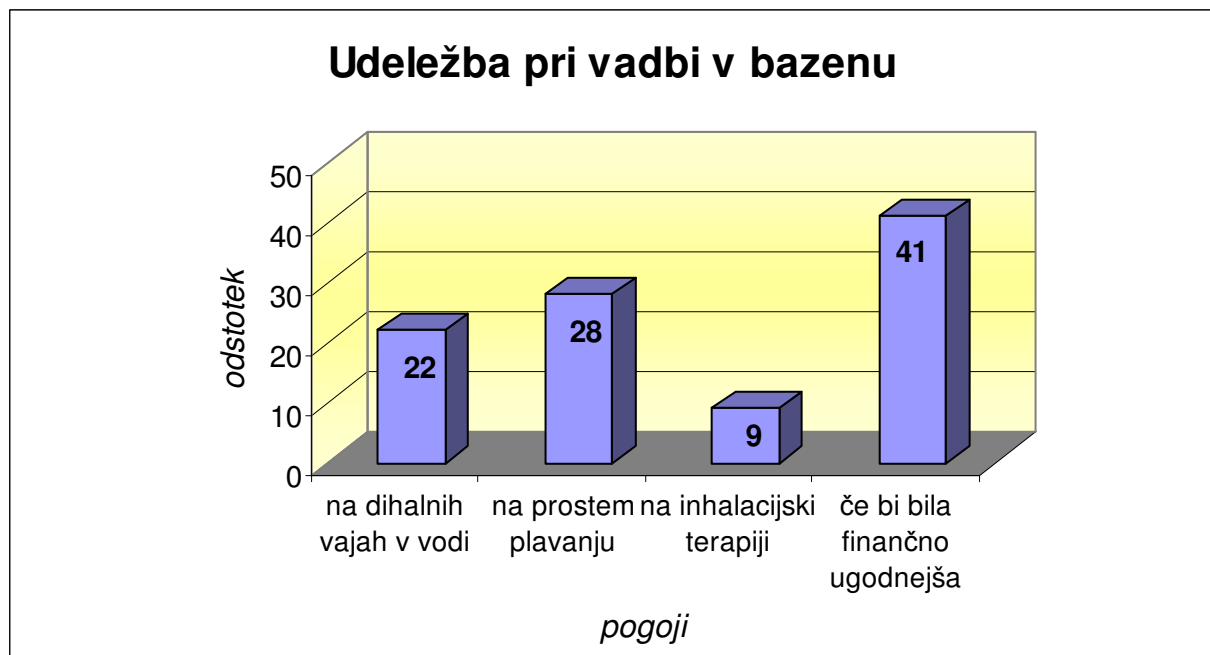
Z 26. odstotki odgovorov se na drugo mesto prostorske zaželenosti izvajanja terapevtskih programov uvršča bazen. Pregledni članki o pozitivnih in negativnih učinkih plavanja navajajo, da je plavanje najmanj astmogena športna aktivnost, ki poteka v toplem in vlažnem okolju ter povzroča manj bronhialnih obstrukcij kot drugi športi. Prav tako je bilo dokazano, da zmanjša pojavljanje simptomov astme in je lahko učinkovito nefarmakološko sredstvo za otroke in mladostnike z astmo.

Problem, ki se ob tem poraja, je predvsem cena teh storitev, ki je z druge smeri za večino bolnikov nesprejemljiva (glej 15).

Na domu bi individualno obliko kineziterapevtske vadbe izvajalo 16 odstotkov bolnikov. Predvidevamo, da gre za starejše bolnike oz. bolnike s težjimi oblikami astme.

Za klasično izvajanje vadbe v telovadnici se je odločilo le 11 odstotkov anketirancev.

9.15 Udeležba pri vadbi v bazenu



Graf 15: Udeležba pri vadbi v bazenu

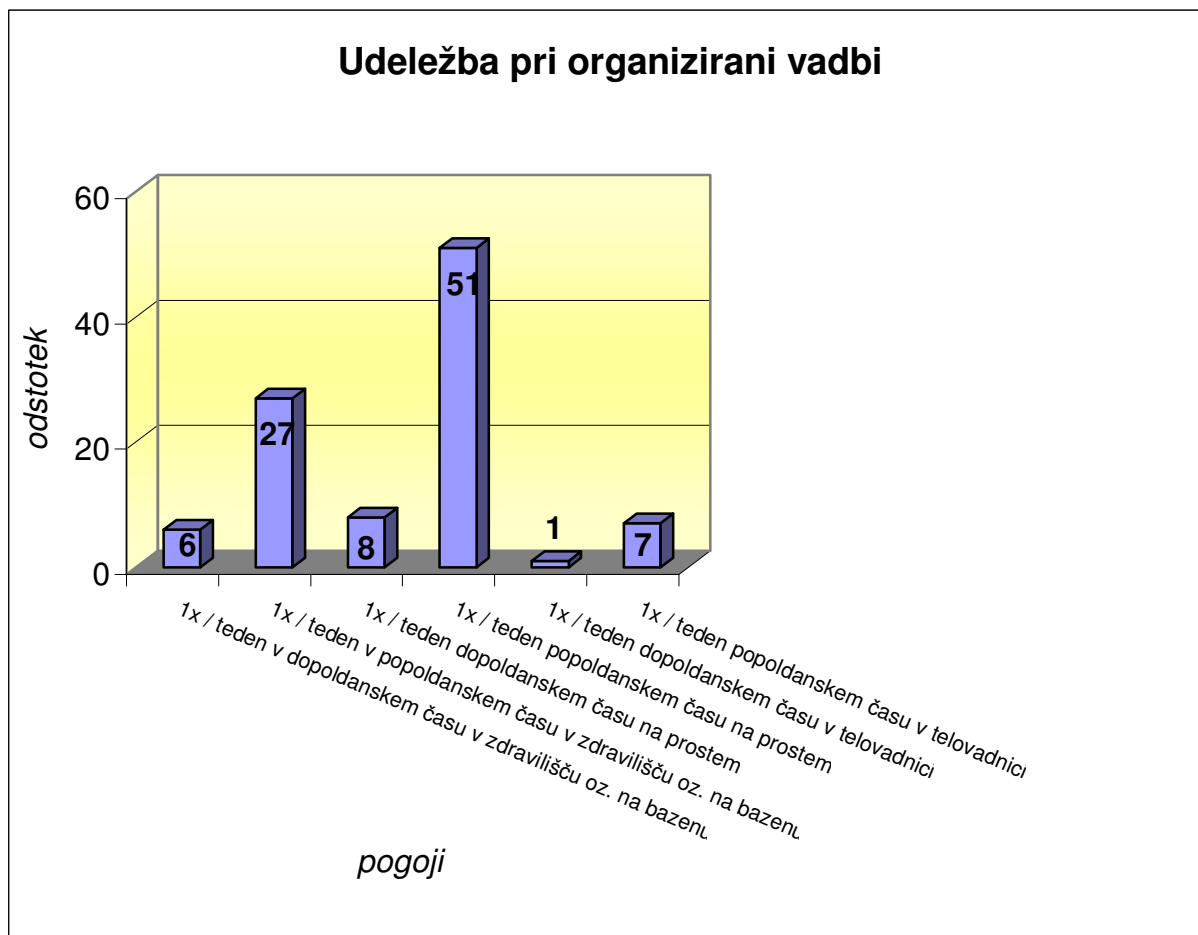
O finančno-ekonomskem položaju bolnikov z astmo pomurske regije je bilo že mnogo povedanega. Tudi pri tej točki je to največja ovira, saj bi se bolniki za vadbo v bazenu v 41 odstotkih lažje odločili, če bi bila finančno ugodnejša. Kljub zavedanju, da gre za najprimernejšo športno zvrst z najmanjšo astmogenostjo, bolniki ne morejo preko svojega socialnega standarda.

Problematika kineziterapevtske vadbe za astmatike v bazenih je tako možna izključno le, če bi bila v veliki ali celotni meri sofinancirana. S tem pa posegamo že v marketing izvajalca programov in samega ponudnika bazenov, se pravi kopališč.

Ob organizaciji vadbe v bazenih, bi kar 28 odstotkov bolnikov želelo, da vadba sloni na prostem plavanju. To bi s skupnim postopnim ogrevanjem, plavanjem ter skupnim umirjanjem po koncu vadbe, obogateno z dodatnimi nasveti in zanimivimi novostmi o bolezni ter dihalnimi vajam, bilo za vodjo tega programa kar dobro izvedljivo.

Vendar bi bilo potrebno opraviti še raziskave o interesu ponudnikov kopališč do tovrstne vadbe.

9.16 Udeležba pri organizirani vadbi



Graf 16: Udeležba pri organizirani vadbi

Podobno kot pri grafu 14 tudi tu ugotavljamo, da je najbolj zaželeno okolje izvajanja telesne aktivnosti za bolnike na prostem v naravi. Kar 51 odstotkov anketiranih se je opredelilo do tega odgovora. Novost je le v tem, da tu ugotavljamo še najprimernejši trenutek dneva. Bolniki so večinskega mnenja, da je najprimernejši popoldanski čas.

Večina anketirancev je zaposlenih, zato je to tudi nekako pričakovan podatek.

Tudi pri bazenu in telovadnici, ki sta sicer v manjšini (27 in 7 odstotkov), so se bolniki odločili za popoldansko izvajanje športne vadbe.

10. REZULTATI INTERVJUJEV Z ZDRAVNIKI SPECIALISTI

a) Ali Ste seznanjeni in zadovoljni s trenutno ponudbo kineziterapije za astmatike v Pomurju?

O trenutni ponudbi kineziterapije za astmatike v Pomurju, ki predstavlja enkrat tedensko brezplačno vadbo za člane Društva pljučnih bolnikov v prostorih telovadnice Splošne bolnišnice Murska Sobota, sta seznanjena le dva zdravnika, ki sta tudi sama aktivno sodelovala pri ustanovitvi te vadbe.

Vsi skupaj pa so mnenja, da je ponudba preslaba in da je na tem področju še mnogo prostora, ki ga treba izkoristiti v prid obolelim z astmo.

b) S čim, na kakšen način in zaradi česa je omejena trenutna ponudba kineziterapije za astmatike v Pomurju?

Vzroke v premajhni ponudbi vidijo predvsem v tem, da se subjekti, ki bi se lahko aktivirali in prevzeli tovrstne športne aktivnosti, zaradi različnih razlogov ne aktivirajo. To vidijo delno kot finančni problem bolnikov, zaradi finančne ogroženosti same regije, delno kot organizacijski in logistični problem, kako obvestiti, ozavestiti in motivirati bolnike, ki bi bili primerni za tovrstno vadbo, kot tudi problem financiranja terapevtskih in športnih delavcev, ki bi samo vadbo izvajali.

Velik problem vidijo v sami regiji, ki z nizkim socialnim standardom življenja bolnikom ne dopušča kaj dosti izbire v iskanju kakovosti življenja.

Vsekakor pa prepuščajo to področje terapevtom in športnim pedagogom, saj so mnenja, da jim zaradi vsakoletnega naraščanja števila bolnikov, ob vedno istem številu zdravnikov, zmanjkuje časa, da bi posegli še na to področje.

Vsi se strinjajo, da bi s širšo in brezplačno ponudbo športnih dejavnosti za bolnike z astmo bila tudi udeležba pri le-teh mnogo večja.

c) Ali trenutna ponudba kineziterapije dohaja spoznanja medicinske znanosti?

Na to vprašanje nobeden od zdravnikov ni niti pritrdil, niti zanikal, saj je po njihovem mnenju dohajanje razvoja medicinske znanosti v domeni posameznega izvajalca določenih športno-rehabilitacijskih programov, se pravi terapevtov in športnih pedagogov. Ti sami so odgovorni v prvi vrsti svojim bolnikom oz. strankam, da jim nudijo posamezne storitve na čimbolj kakovostni ravni, kar seveda pomeni, po zadnjih znanstvenih smernicah.

d) Ali bi širša paleta kineziterapevtske ponudbe prispevala k boljšemu osveščanju bolnikov in k boljšemu sodelovanju medicinske in športne stroke?

Intervjuvanci so skupnega mnenja, da bi širša ponudba kineziterapevtskih dejavnosti za bolnike astmatike imela za posledico tudi večjo ozaveščenost bolnikov, ne le o sami vadbi, temveč o bolezni nasploh. Bolniki bi se z udeležbo pri športnih aktivnostih, kjer bi jim bila teorija o boleznih približana tudi marsikaj naučili ter privzeli v vsakdanjem življenju.

Kvalitetna organizacija in izvajanje teh programov bi preko meritev in spoznanj povezali tudi njihovo delo, kot delo vodje teh aktivnosti, kar bi imelo za posledico tudi večje sodelovanje medicinske in športne stroke. Začetek sodelovanja pa vidijo že v delovanju na osnovnih in srednjih šolah, kjer je opazno, da se vse več otrok z astmo udeležuje športne aktivnosti prav zaradi pogovora s športnim pedagogom, ki jim prilagodi in približa športne aktivnosti. To ima za posledico, da se bodo tudi kasneje v življenju zatekali k športnim aktivnostim in gojili vseživljenjsko športno aktivnost kot vrednoto.

e) Ali bi kvalitetnejše preventivno delo z astmatiki zmanjšalo njihova zdravstvena poslabšanja in s tem potrebo po zdravstveni oskrbi?

Vsekakor so mnenja, da bi ustrezno delo z bolniki v njihovem stabilnem stanju prispevalo k zmanjšanju akutnih poslabšanj in s tem potrebo po zdravstveni oskrbi.

Pri tem opozarjajo predvsem na otroke, ki so bolezni najbolj podvrženi. Pri njih je dobro funkcionalno stanje organizma nujno potrebno, da poleg rasti in dozorevanja premagujejo še bolezen astme.

Nobeden od zdravnikov ne vidi skrbi, vdora drugih subjektov na njihovo področje, vendar, naj bo delo z bolniki kakovostno in v njihovo dobro.

f) Kakšne so potencialne smernice razvoja kineziterapije za astmatike?

Zdravniki se zavedajo, da astma vedno bolj ogroža zdravje ljudi, saj velja za najpogostejšo kronično bolezen, ki se povečuje s 5% stopnjo na leto. Zaradi naraščanja pojavljanja astme pri ljudeh se posledično povečuje tudi umrljivost in stroški zdravljenja.

Pravijo, da je smernice razvoja težko opredeliti, vsekakor pa je to področje, kjer bo potrebno stakniti glave različnih znanosti. To je problem, ki zahteva resnejši celostni pristop ne le medicinske in športne znanosti, temveč tudi drugih znanosti, ki razpolagajo z vzvodi za lepši jutri.

11. RAZPRAVA

Smo v obdobju, ko se odgovornost za zdravje seli iz javne v zasebno sfero, zato je potrebna podpora praksi, ki lahko poteka na dva načina. Prvi način je podpora dejavnosti društev, kjer je pomembno predvsem vprašanje strokovnosti, torej formalne usposobljenosti kadra. Drugi način podpore praksi pa se navezuje na same udeležence, ki se po svoji potrebi vključujejo v različne vadbene programe, od katerih se pričakuje zdravstvena korist. Tako prvi kot tudi drugi način sta se potrdila skozi raziskavo.

Ne moremo zanemariti neizogibnosti sodelovanja športne in medicinske stroke. Za vodenje vadbe, katerih se udeležujejo ljudje predvsem zaradi zdravstvenih potreb, so na primer po formalni plati primerni izobraženi ljudje s področja zdravja (npr. fizioterapevti, specializirani športni pedagogi). Medicinska stroka pozdravlja in podpira ustanavljanje društev za bolnike z astmo, ki bi s primerno strokovno usposobljenostjo kadra in dodelanimi programi vadbe skrbeli za dobro funkcionalno pripravljenost bolnikov z astmo skozi celo leto.

Smernice drugega načina podpore praksi, ki se navezuje na same udeležence, je raziskava prav tako nakazala. Bolniki z astmo si želijo širše ponudbe različnih kineziterapevtskih programov. Želijo si svetovanja in izobraževanja o bolezni astme, nasvetov o telesni aktivnosti in možnostih ukvarjanja s športom. Želijo si nadzor nad boleznijo in normalno življenje brez akutnih poslabšanj. Z vidika športa to vodi k popularizaciji rekreacije in medicinskega svetovanja, ki bi lahko postalo ena najpomembnejših preventivnih zdravstvenih metod, ob nujno potrebnih farmakoloških preparatih, le v času poslabšanja bolezni.

V tem duhu so premostljive celo finančno-ekonomske ovire, s katerimi se ukvarja Pomurje kot regija. Možnosti za sofinanciranja programov vadbe je veliko, in če k temu dodamo hitro naraščajoče število bolnikov, je to vsekakor tržna niša, na katero bo slej ko prej moral pomisliti celo Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije, ki bi z morebitnim preventivnim delovanjem v smislu financiranja tovrstne vadbe preprečil marsikatero poslabšanje zdravstvenega stanja bolnika astmatika in s tem obvezni obisk pri zdravniku.

Eden od problemov, ki je iz raziskave razviden, je ozaveščenost bolnikov. Ti o svoji bolezni vedo marsikaj, vendar je to znanje pridobljeno iz pogovorov z zdravniki na preventivnih oz. kurativnih pregledih.

Ker gre za popolnoma neraziskano področje, so na tej točki mogoča le predvidevanja o nadaljnjem razvoju kineziterapije. V prvi vrsti bo potrebno s skupnimi močmi tako medicinske kot športne stroke ter tudi Društva pljučnih bolnikov Pomurja, potrskati na

ustrezna vrata zavarovalniških, sponzorskih in donatorskih institucij. Manevrskega prostora je ogromno, saj je kineziterapija za astmatike v Pomurju šele v povojih.

Tako kot vsak začetek, je tudi na tem področju pričakovati ustanovne zaplete, vendar v duhu pozitivnega, z obilo elana, volje in motivacije, verjamemo, da nam bo s skupnimi močmi uspelo ustanoviti širšo ponudbo športno-terapevtskih dejavnosti.

12. SKLEP

Od nekdanj je veljalo, da šport slabo vpliva na bolnika. Vendar so številne raziskave pokazale, da temu ni tako. Veliko zdravnikov zato pravi, da naj bi bili otroci v puberteti aktivni, seveda toliko kot jim omogoča bolezen, saj to vpliva na njegovo zdravstveno in psihično stanje. Z vadbo lahko otrok olajša znake bolezni, ki so potem v obdobju odraščanja lahko zelo nizki in zmanjšajo število napadov oziroma dosežejo, da bolezen miruje. Bolezen pa se lahko vedno znova pojavi, za napad se moramo posvetovati z zdravnikom in zmanjšati našo aktivnost, do odkritja vzroka.

Bolnik, ki ima lažjo obliko astme, lahko izbira med vsemi športnimi zvrstmi. Najbolj primerne panoge so v okolju, prijaznem bolniku, kot so na primer: plavanje, skoki v vodo, kanu, ipd., saj tu ni toliko astmogenih dejavnikov. V obdobju pomladi in jeseni, ko je bolnikovo stanje bolj ogroženo, saj je v zraku veliko prahu, naj se, če je le možno, ne izpostavlja astmogenim dejavnikom, ker obstaja večja verjetnost, da bo prišlo do astmatičnega napada oz. bo število napadov naraslo. V takih obdobjih je najbolj priporočljivo plavanje.

Bolniki s hujšo obliko astme morajo biti pri izbiri aktivnih dejavnosti bolj previdni. Ukvarjajo naj se s športnimi panogami, ki so manj astmogeni, se pravi na toplem, vlažnem in čistem okolju. Tek, kolesarstvo, pohodništvo naj se izvajajo le v takšni meri, da bolnik ne presega praga napora in še vedno lahko normalno diha skozi nos.

Bolnik z astmo je danes lahko zdrav človek, ki se ukvarja z enakimi dejavnostmi kot ostali ljudje brez astme, vendar samo, če je astma dobro vodena. Za uspešno zdravljenje in obvladovanje bolezni pa je ključno sodelovanje tako zdravnikov, bolnikov, staršev otrok astmatikov kot tudi terapevtov in specializiranih športnih pedagogov. S skupnimi močmi se moramo naučiti, kako astmo obvladovati, usmerjati in zdraviti. Terapevti in športni pedagogi morajo prispevati k čim bolj enakovredni vključitvi otrok v športno vzgojo in odraslih bolnikov v vsakdanje življenje. Poleg tega morajo skrbeti za njihovo izobraževanje o sami bolezni, kot tudi izobraževanje vseh ostalih, ki astme nimajo.

V diplomski nalogi smo ugotavljali, kakšno je trenutno stanje na področju kineziterapije astmatikov oz. njenega izvajanja v praksi. Katerih ugodnosti je deležen bolnik z astmo, kdo ga pri tem usmerja in česa si bolniki na tem področju najbolj želijo so problemi, ki jih je raziskava skušala ugotoviti.

H1: Povezava med obveščeno o dejanski ponudbi kineziterapevtskih programov in udeležbo na teh programih bo statistično značilna.

Hipotezo lahko potrdimo, saj je kar 41 odstotkov bolnikov mnenja, da se zaradi neobveščeno o izvajanju trenutnih programov vadbe za astmatike trenutne ponudbe ne udeležujejo (graf 7).

Neobvešččenost je lahko posledica bodisi slabe ozaveščenosti bodisi slabe ponudbe. Za pomursko regijo bo vsekakor bolj veljalo slednje, saj vidimo (poglavje 9.9), da so bolniki seznanjeni z obstojem teh programov oz. so o njih vsaj malo slišali, vendar ne vedo, kje se izvajajo.

H2: Bolniki si želijo boljše ozaveščenosti o izvajanju kineziterapevtskih programov.

Raziskava le delno potrjuje to hipotezo. Bolniki si v 38 odstotkih želijo boljše ozaveščenosti o programih, kraju in času njihovega izvajanja, vendar jim predstavlja še nekoliko več bližina izvajanja samih športnih aktivnosti od njihovega kraja bivanja (graf 13).

H3: Povezava med boljšo ponudbo različnih kineziterapevtskih aktivnosti in pogostostjo udeležbe na kineziterapiji bo statistično značilna.

Tudi to hipotezo lahko potrdimo, saj kar 43 odstotkov bolnikov ne ve, kje je mesto izvajanja trenutne ponudbe programov za astmatike (graf 10). Če k temu dodamo, da se jih kar 89 odstotka zelo dobro zaveda pomembnosti gibanja za zdravje in da se jih 58 odstotkov vsaj delno ukvarja s športom, lahko ugotovimo, da bi jih s širšo ponudbo organizirane kineziterapevtske dejavnosti lahko še v večji meri motivirali za udeležbo na športnih aktivnostih.

H4: Bolniki si za razliko od udeležbe na kineziterapiji želijo le svetovanja o izvajanju gibalnih aktivnosti, katerih bi se nato lahko lotili sami v lastni režiji.

Naša raziskava to hipotezo potrjuje, saj je kar 51 odstotkov bolnikov mnenja, da potrebujejo strokovnjaka, na katerega bi se lahko obrnili zaradi nasveta o izvajanju vadbe, kot tudi strokovnega individualnega programa vadbe, ki bi bil narejen za posameznega bolnika (graf 12).

Z druge strani pa je naša raziskovalna naloga skušala ugotoviti mnenje izbranih zdravnikov specialistov. Kaj menijo o kineziterapiji astmatikov v pomurski regiji predstojnik dispanzerja za pljučne bolezni v Murski Soboti, kaj pulmolog zasebne ambulante v Murski Soboti in kaj pulmolog elitnega pomurskega termalnega zdravilišča, kakšno je trenutno stanje na področju povezovanja medicinske in športne stroke ter kakšne so smernice razvoja v prihodnje.

Raziskava nam je ponudila zanimive odgovore, saj gre v prvi vrsti tako javnim kot zasebnim ponudnikom storitev za dobro bolnikov.

Vzroke za slabo trenutno stanje vidijo v veliki meri v sami regiji, ki s svojim nizkim socialnim standardom prebivalcem niti ne nudi, niti ne omogoča takšne ponudbe terapevtskih aktivnosti, kot bi si to sami želeli. Zato bi morala biti tudi športna vadba širša in vsaj za zdaj, za bolnike brezplačna. To je nujen prvi korak pri uveljavljanju tovrstnih aktivnosti, saj je pomurski bolnik z astmo v svojem finančno-ekonomskem delovanju precej omejen.

Brez finančnih »output-ov«, se zdi marsikomu to področje poslovno nezanimivo. Zaradi tega je tudi trenutna ponudba športno-terapevtskih dejavnosti za astmatike precej omejena. Vendar, kot poudarjajo zdravniki, bo potrebno kljub temu stakniti glave ter zajezi hitro naraščajočo bolezen. Ponudba kineziterapevtskih dejavnosti se bo zaradi hitro naraščajočega števila morala povečati.

Eden od problemov je ozavščanje bolnikov, pri čemer pa ne vidijo nepremostljive ovire. Dobro sodelovanje med medicinskim osebjem in športno stroko bi pomenilo vzajemno pomoč, od katerega bi imeli največjo korist bolniki. Tako so zdravniki pripravljeni vsakega bolnika, s primernim zdravstvenim statusom, predvsem pa v stabilnem stanju, ko je bolezen pod nadzorom, napotiti do izvajalcev kineziterapevtskih aktivnosti. Slednji pa lahko zdravniku posredujejo podatke o nadzoru astme, stanju in poslabšanjih ter rednih PEF meritvah. V vsakem primeru je tovrstno sodelovanje dobrodošlo in slej ko prej bo postalo tudi nujno.

Področje uveljavljanja kineziterapevtskih dejavnosti prepuščajo strokovno usposobljenemu terapevtskemu osebju in specializiranim športnim pedagogom, ki bi s sprotnim izobraževanjem bilo najbolj kritično do sebe, s tem pa tudi najkakovostnejše do bolnikov astmatikov.

Začetek delovanja vidijo predvsem pri delu z najmlajšimi, se pravi v osnovnih in srednjih šolah, kjer je opazno, da se vse več otrok z astmo udeležuje športne aktivnosti prav zaradi pogovora s športnim pedagogom, ki jim prilagodi in približa športne aktivnosti. To ima za posledico, da se bodo tudi kasneje v življenju zatekali k športnim aktivnostim in gojili vseživljenjsko športno aktivnost kot vrednoto.

K vadbi je potrebno pritegniti tudi vse ostale bolnike z astmo. To nam bo uspelo le ob dobro zastavljenih temeljih delovanja in dobrem medsebojnem sodelovanju različnih strok. Zdravniki se najbolj zavedajo dejstva, da astma vedno bolj ogroža zdravje ljudi, saj se povečuje s stopnjo 5% na leto. Zaradi naraščanja pojavljanja astme pri ljudeh se posledično povečuje tudi umrljivost in stroški zdravljenja. Tako jim moramo tudi vsi ostali pristopiti na pomoč, za dobro vseh naših bolnikov z astmo in za skupni boljši jutri.

13. LITERATURA

Birsa, M. (1985). Abecednik za astmatike. Maribor: Založba obzorja Maribor.

Černe, Mirjam (2007). Izobraževanje bolnikov in športnih pedagogov s pomočjo svetovnih smernic obravnave astme ter z vsebinami astmašole: Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Černelč, M. (2003). Razvoj obstruktivnega sindroma v astmo - Astma pri otroku (str. 33-37). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo.

Draksler, Nataša (2006). Povezanost obiskovanja tečajev plavanja za dojenčke s pojavnostjo astme: Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Drnovšek-Kaljanac, M. (1998). Kaj moram vedeti o astmi. Glaxo Wellcome: Ljubljana

Furlan, J. (1986). Živeti z astmo: kako jo obvladamo sami, kdaj se zatečemo k zdravniku. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Global Initiative for Asthma (2003). Global strategy for asthma management and prevention. NIH Publication. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute.

Global Initiative for Asthma (2007). Pridobljeno 21.7.2008, iz www.ginasthma.com.

Hosta, Milan (2003). Društvo astma in šport; strateška usmeritev: Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije Slovenije - (Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije, št. 4 (2003), str. 198-201.

Hosta, M. (2003). Astma in šport. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Hosta, M. (2002). Letovanje za otroke z astmo. Šport mladih, 10 (81), 67.

Hosta, M. (2006). Astma šola – preventivni navdih. Pridobljeno 12. 7. 2008 iz www.asthmasport.com

Jeler-Kačar, D. in Maček, V. (1998). Astma in šport. Zdravstveno varstvo, 37(Suppl.), 183-186.

Kopriva, S., Maček, V., Župevc, M., Kos, M. in Kopriva-Pirtovšek, K. (2003). Epidemiologija astme pri otrocih v Sloveniji - Astma pri otroku (str. 7-17). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pulmologijo.

Košnik, M. (2004). Samozdravljenje astme. Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije: Ljubljana.

Kuhar, M. (1999). Preprečevanje alergičnih obolenj - Astma pri otroku (str. 37-40). Ljubljana: Pediatrična klinika.

Llewellyn, C. (2003). Dejstva o astmi. Radovljica: Didakta.

Maček, V. (2001). Astma pri otroku - Astmatik in farmacevt (str. 55-62). Ljubljana: Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil.

Mušič, E. (2000). Alergija in alergeni - Astma (str. 161- 163). Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo.

Mušič, E. (2001). Astma, alergija in zdravljenje astme - Astmatik in farmacevt (str. 37-47). Ljubljana: Zavod za farmacijo in za preizkušanje zdravil.

Ratajc, J (1996). Stanje motoričnih zmogljivosti in morfoloških značilnosti otrok z astmo: Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Rus, Z. (2002). Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna: pomen in vloga športa za astmatične otroke v zdravilišč: Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.

Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2006 (2007). Pridobljeno 21.7.2008, iz www.ivz.si

Slovenske regije v številkah (2008). Pridobljeno 14.7.2008 iz www.stat.si/publikacije/pub_regije.asp

Šorli, J. (2000). Astma kot epidemiološki problem - Astma (str. 9-10). Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo.

Šorli, J. (2005). Astma in šport. V Zbornik predavanj 4. golniški simpozij (str. 2-3). Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.

Šormaz, M. (2004). Otrok astmatik in šolska športna vzgoja. *Šport*, 52 (1), 17 – 19.

Šuškovič, S. (2000). Astma pri odraslih: priročnik o zdravljenju astme. Lek. Ljubljana.

Šuškovič, S. (2002). Raziskava AIR v Sloveniji. Merck Sharp & Dohme IDEA. Ljubljana.

Šušteršič Bregar, V. (1995). Moj otrok ima astmo. Sklad za zdravje otrok Slovenije, Slovensko zdravniško društvo in CINDI Slovenija. Ljubljana

Ušaj, A. (1996) Kratek pregled osnov športnega treniranja. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport. Ljubljana.

Vidmar, J. (1992). Kineziterapija. Skripta za študente Fakultete za šport, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport