

Др мед. Александар Т. Гвозденовић¹,
Прим. др мед. Светлана Милошевић,²
Др мед. Јелена Менковић²

¹Дом здравља Студеница, Краљево

²Дом здравља Земун, Београд

Значај едукације у bronхијалној астми

Кључне речи:

bronхијална астма,
едукација,
квалитет живота

Међународне смернице за лечење бронхијалне астме (*GINA*) у терапијској стратегији обухватају шест међусобно повезаних целина. Прва целина је названа “Едуковати пацијенте да би се развио партнерски однос при лечењу астме”. Примарни циљ лечења астме треба да буде оптимална контрола болести, која се дефинише као пуни опсег клиничког испољавања које оболели од астме могу да доживе као последицу своје болести. Да би се она постигла, мора се обратити довољна пажња на едукацију како самих пацијената, тако и здравствених радника и наставника у школама. Потребно је добро обучити болесника за правилну примену инхалационих лекова, јер је једино правилном техником инхалације могуће искористити одговарајућу дозу лека. Такође, треба истаћи велики значај писаног *плана активности у астми*, који треба да има сваки пацијент са астмом. У њему се тачно наводи које лекове треба да узима уколико је болест стабилна, или ако дође до појаве симптома и напада астме. Садржај едукације треба да обухвати упутство како да пацијенти редовно мере плућну функцију у кућним условима употребом једноставних апарата – тзв. *мерача вршног протока* и како да табеларно воде евиденцију о измереним вредностима. Едукација је веома значајан сегмент у лечењу астме, стално се спроводи, приликом сваке посете лекару, и представља кључ успешног лечења болесника са астмом.

Увод

Bronхијална астма је хронично обољење плућа које се карактерише реверзибилном опструкцијом протока ваздуха кроз дисајне путеве и патолошким налазима инфламације свих структура дисајних путева¹. Ова хронична болест се не може излечити, а у великој мери утиче на свакодневно функционисање и погоршање квалитета живота болесника².

Учесталост обољења је последњих деценија све већа, посебно у децем узрасту, што доводи до све већих трошкова и материјалних издвајања здравствене службе. Осим директних трошкова који се односе на

цену лекова и хоспитализацију, не сме се занемарити ни огроман део индиректних трошкова због одсуства из школе или са посла. Према најновијим подацима Америчког удружења за болести плућа - *ALA (American Lung Association)*, приближно 26 милиона Американаца (око 9%) је током свог живота добило дијагнозу астме. Такође, астма представља најчешће хронично обољење у децем узрасту.

Астма је болест која је генетски условљена, али су њени тригери у спољашњој средини, са факторима који су у опсегу од лоше исхране за време трудноће до кућне прашине или загађења у саобраћају. Тако, деца која живе близу путева с густим саобраћајем, имају двоструко већи

ризик да оболе од респираторних обољења од оне деце која живе близу улица са малом густином саобраћаја. Показано је да изложеност деце млађе од три године загађењима која потичу од саобраћаја, у великој мери доприносе све већој заступљености дечје астме³.

Иако се још увек тачно не знају прави разлози зашто је заступљеност бронхијалне астме све већа, знамо да је њен растући утицај на финансијско оптерећење друштвене заједнице тесно повезан са неадекватном едукацијом и терапијом. Будући да се лекови против астме често примењују локалним – инхалационим путем, за њихову правилну примену потребно је добро обучити болесника, јер је једино правилном техником инхалације могуће искористити одговарајућу дозу лека.

Не треба само едуковати болеснике, већ и лекаре који долазе у контакт са њима. Показано је да су интерактивни семинари о астми намењени педијатрима имали значајне дугорочне користи за негу њихових болесника⁴. Едукација шире друштвене заједнице о астми је такође веома корисна, јер омогућава боље препознавање симптома астме а истовремено подстиче болеснике да поштују захтеве утврђеног програма лечења. Са конкретним саветима у вези са астмом и њеним лечењем, треба да буду упознати наставници физичког васпитања и други наставници у школама. Организовање јавних трибина ради превенције астме (спречавање контакта деце с кућним алергенима, избегавање просторија у којима се пуши), даје најбоље резултате у превенцији астме код деце.

Међународне препоруке

Један од основних циљева међународних смерница за дијагнозу и терапију бронхијалне астме (*GINA*) јесте да се постигне адекватна контрола болести, јер је астма обољење које се не може излечити, али се може добро контролисати и пацијенти могу живети нормално и имати добар квалитет живота. Добро регулисање астме могуће је постићи правилним терапијским приступом, који, између осталог, обухвата едукацију самих пацијената о природи болести и начину примене одговарајуће (првенствено инхалационе) терапије⁵.

Међународне смернице у терапијској стратегији за астму обухватају шест међусобно повезаних целина:

1. Едуковати пацијенте да би се развио партнерски однос при лечењу астме
2. Идентификација и смањење експозиције факторима ризика
3. Процена, лечење и праћење болесника ради постизања и одржавања контроле болести
4. Лечење погоршања астме

5. Специјална разматрања (трудноћа, хирургија, професионална астма, респираторне инфекције)

6. Имплементација водича за лечење астме у здравствени систем.

Прва целина се управо тиче едукације оболелих, која треба континуирано да се спроводи¹. Пацијентима са астмом и члановима њихове породице треба пружити одговарајуће информације и обучавати их, тако да оболели могу успешно да контролишу своју болест, прилагоде терапију према потреби а према претходно утврђеном плану и да достигну задовољавајући ниво квалитета живота.

Све је више тзв. *школа астме* које пацијенти похађају и чији је ефекат на контролу болести и квалитет живота болесника значајан чак и после годину дана праћења⁶. Такође, све је већи број организација и фондова (здравствених, хуманитарних, социјалних), чији је циљ да помогну у едукацији пацијената са астмом, најчешће дистрибуцијом пригодних брошура, организовањем различитих предавања угледних стручњака, радио и телевизијским емисијама и сл. Једна таква банка података средстава и материјала за програме усмерене ка астми, може се наћи на интернет адреси <http://asthma.umich.edu/resourcebank>. Да би се што више покренуо овај важан процес едукације болесника, у Сједињеним Америчким Државама (САД) Национални одбор (www.naebc.org) је започео акцију издавања званичних сертификата едукаторима за астму. Тако различити профили стручњака, односно здравствених радника (лекари, медицински техничари, фармацеути, социјални радници, физиотерапеути) имају могућност да полагају тестове и добију званичан сертификат едукатора за астму. Едукацију могу да пружају на различитим местима - у болници, амбуланти, приватној лекарској пракси, школи, на послу, у владиним и другим државним агенцијама или организацијама и сл.

Едукатор за астму представља експерта у саветовању особа са астмом и чланова њихове породице, како да лече своју астму и на најмању могућу меру сведу утицај болести на њихов квалитет живота.

Едукатор треба да:

- има свеобухватно, савремено знање о патофизиологији и лечењу астме, укључујући културолошке аспекте, познавање хроничне болести и принципа преношења знања;
- разуме поступак како се астма дијагностикује и како се постиже њена контрола;
- указује на најбољи начин примену лекова и средстава за њихову примену, објашњавајући техничке концепте на разумљив начин;
- процењује остварена знања и вештине особа са астмом и њихове породице, као и да процењује психолошке

факторе, социјалне и економске утицаје, даље потребе за едукацијом и баријере за остварење оптималног здравственог стања и самолечења;

- заједно ради са оболелима, члановима њихове породице и другим здравственим радницима, како би развили, имплементирали, пратили и ревидирали тзв. *планове активности у астми*, који су примерени (прилагођени) индивидуалним потребама, окружењу, тежини болести и стилу живота;
- прати исходе програма едукације о астми и препоручи измене да би се поправио његов квалитет и ефективност;
- служи као извор података широј заједници пружајући информације о астми и здравственој нези.

Савремена медицина је заснована на доказима и званични ставови у вези са дијагностиком и лечењем су подложни промени. До ових промена се првенствено долази на основу резултата бројних савремено научно дизајнираних клиничких испитивања. Из тог разлога, сертификат за едукаторе за астму важи само пет година. После тог времена, они морају на поновну процену свог знања како би могли да наставе са едукацијом.

Садржај едукације

Болесницима треба првенствено одговорити на нека основна питања народним језиком и без коришћења стручних медицинских термина.

Шта је астма? Треба им указати на то да је астма хронична запаљењска болест која доводи до сужавања њихових дисајних путева и на тај начин отежава дисање. Астма се не може излечити, али се може добро контролисати и особе са астмом могу водити нормалан живот.

Шта проузрокује симптоме астме? Астма чини дисајне путеве веома осетљивим и када они дођу у контакт са извесним чиниоцима званим *окидачима (тригерима)*, сужавају се јер постају отечени и пуни секрета. Мишићи дисајних путева су згрчени и стежу их. Све ово доводи до симптома астме: недостатка ваздуха, кашља, свирања и нелагодности у грудима. Ови симптоми повремено дођу и прођу и могу бити благи или тешки. Када дође до појаве симптома, болесници имају *епизоду* или тзв. *напад астме*. Нарочито је важно да оболели сами препознају погоршање астме, како би правовремено реаговали.

Шта доводи до погоршања астме? Следећи *тригери* могу довести до појаве напада астме: дим цигарета, прехлада, грип, полен, гриње из кућне прашине, бубашвабе, буђ, домаће животиње (мачке, пси), хладно време, издувни гасови, смејање или плакање. Намеће се логичан закључак да избегавање ових покретача, почев од самог рођења (или и пре тога током трудноће) може у великој

мери да одложи почетак болести и смањи њену тежину и број погоршања.

Који се лекови примењују за астму? Постоји неколико различитих врста лекова за астму. Веома је важно да се зна како сваки од њих делује. Две су главне групе ових лекова: превентивни (за дуготрајну примену ради избегавања појаве симптома) и за брзо отклањање симптома. Сада постоје и комбиновани препарати (инхалатори) који садрже обе врсте лекова, чиме се смањује могућност забуне и поправља ионако лоша комплијанса (прихватање терапијског режима од стране пацијената).

У оквиру програма едукације пацијената са астмом налазе се упутства како они треба редовно да мере плућну функцију у кућним условима употребом једноставних апарата - тзв. *мерача вршног протока* и како да табеларно воде евиденцију о измереним вредностима параметра вршног ексиријумског простора - *PEF (Peak Expiratory Flow)*. Управо његово мерење, уз праћење (и правовремено препознавање) симптома болести, омогућава да у великом броју случајева оболели сами прилагоде своју терапијску стратегију (коју су претходно у процесу едукације разрадили са својим лекаром). Тек када договорена примена одговарајућих лекова не доведе до очекиваног побољшања, болесници треба да се обрате лекару за помоћ. Овакав вид *самолечења* се показао као најефикаснији, јер смањује број погоршања, тежину болести, поправља квалитет живота болесника и смањује укупне трошкове лечења.

Први корак треба да буде усмерен на набавку ових релативно јефтиних апарата (пикфлоуметара) од стране болесника, јер је уочено да их веома мали број њих поседује.

Такође треба истаћи велики значај писаног *плана активности у астми*, који треба да има сваки пацијент са астмом и у коме се тачно наводи које лекове треба да узима уколико је болест стабилна, или ако дође до појаве симптома и напада астме. Он може да буде од велике помоћи како самом болеснику, тако и његовој породици, лекару и, уколико се ради о дечјој астми, наставнику у школи.

Често се у овом контексту користи тзв. *систем зона*, тј. семафора, односно зелена, жута или црвена зона измерених вредности *PEF*. Болесници подешавају своје лечење у зависности од зоне у којој се налазе и при том користе план лечења који је раније договорен са лекаром.

Зелена зона: PEF је 80–100% најбоље личне вредности. Тада је астма добро регулисана, активности нису ограничене, нема поремећаја спавања, а симптоми су минимални (или их нема). Специфични лекови у зеленој зони зависе од тежине болести. Ако се *PEF* у овој зони одржава најмање три месеца, могућ је у терапији опрезан корак на доле.

Жута зона: *PEF* је 50–80% најбоље личне вредности. Жуто светло је знак упозорења. Појава симптома (ноћни симптоми, смањена активност, кашаљ, звиждање, тескоба у грудима при напору и мировању) карактерише ову зону. Дневна варијабилност *PEF* је 20–30%. Акутно погоршање захтева привремено повећање дозе инхалационих бронходилататора (нпр. салбутамол, тербуталин, фенотерол) или краткотрајну терапију системским кортикостероидима (нпр. преднизон). За болеснике који су већ на инхалационим кортикостероидима, редовну дозу треба удвостручити током 1 - 2 недеље или до поправљања *PEF* и смиривања симптома астме. Чест прелазак у жуту зону указује да астма није под добром контролом и да је потребно повећати терапију у зеленој зони.

Црвена зона: *PEF* < 50% најбоље личне вредности. Црвено светло сигнализира медицинску опасност. У овој зони симптоми се јављају у мировању, или су активности веома ограничене. Инхалацију β_2 -агониста кратког деловања треба узети одмах (нпр. салбутамол спреј-пумпица, по два удаха на сваких 20 минута током првог

сата). У случају да *PEF* остаје испод 50%, поред примене бронходилататора неопходна је хитна медицинска помоћ.

Тако, крећући се кроз систем светла на семафору, болесник може успешно да спроводи самолечење. Свест о одговорности интерактивног лечења астме међусобно деле лекар, болесник и његова околина.

Закључак

Едукација је веома значајан сегмент у лечењу астме. Требало би да се стално спроводи, приликом сваке посете лекару, јер представља кључ успешног лечења болесника са астмом. Међутим, у нашим околностима препуних амбуланти, лекари немају довољно времена да се посвете болеснику и правилно га обуче за тзв. *самотерапију*, која се у свету показала као најефикаснија. Зато би боља организација здравствене службе, са смањеном оптерећеношћу лекара, допринела њиховој већој посвећености и успешнијој едукацији пацијената.

Dr med. Aleksandar T. Gvozdencovic¹,
Prim. dr med. Svetlana Milošević,²
Dr med. Jelena Menković²

¹Health Center "Studnica", Department for
Emergency Medicine, Kraljevo

²Health Center "Zemun", Department of
General Practice, Belgrade

The importance of bronchial asthma education

Key words:

bronchial asthma,
education,
quality of life

Abstract

International guidelines for the treatment of bronchial asthma (GINA) include six interrelated parts in asthma management strategy. The title of the first part is "Educate patients to develop a partnership in asthma management". The primary goal of the treatment should be an optimum asthma control, whereas asthma is defined as a whole range of clinical manifestations, that patient may experience as a consequence of his/her condition. To achieve this goal, the education of both asthmatics and health care workers and school teachers, is of utmost importance. It is necessary to educate patients for correct use of medications intended for inhalation, because only with properly inhalation technique they can utilize adequate drug dose. In addition, there is a need to emphasize a great importance of written 'asthma action plan', and providing it for every asthma patient. This plan contains the exact guide for medications the patient need to use if the disease is under control or if the symptoms or asthma attacks appear. The content of education needs to include the manual of how to measure the pulmonary function in home setting by use of simple devices, called 'peak expiratory flow meters', and how to evidence the measured values in table format. The education is very important part of asthma management, it should be implemented continually during every visit to the physician and represents the key for successful treatment of asthmatic patients.

Литература

1. GINA Workshop Report. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. NIH Publication No. 02-3659 – Updated 2008.
2. Гвозденовић Б. *Значај испитивања квалитета живота у болесника са астмом и хроничном опструктивном болешћу плућа*. У: Бошњак-Петровић В (ед) *Нова сазнања о астми и хроничној опструктивној болести плућа*. Београд, Медицина модерна, 2002:147-64.
3. Zmirou D, Gauvin S, Pin I, et al. *Traffic related air pollution and incidence of childhood asthma: results of the Vesta case-control study*. J Epidemiol Comm Health 2004; 58(1):18-23.
4. Clark NM, Gong M, Schork MA, et al. *Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services*. Eur Respir J 2000;16:15-21.
5. Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, et al. *A new perspective on concepts of asthma severity and control*. Eur Respir J 2008; 32(3):545-54.
6. Ringsberg KC, Wiklund I, Wilhelmsen L. *Education of adult patients at an "asthma school": effects on quality of life, knowledge and need for nursing*. Eur Respir J 1990; 3(1):33-7.