

Uloga odgojitelja u odgoju djeteta oboljelog od astme

Bašić, Matea

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:147:074576>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-20**

Repository / Repozitorij:

[University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

MATEA BAŠIĆ
ZAVRŠNI RAD

ULOGA ODGOJITELJA U ODGOJU DJETETA
OBOLJELOG OD ASTME

Petrinja, srpanj 2024.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ
(Petrinja)

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Matea Bašić

**TEMA ZAVRŠNOG RADA: Uloga odgojitelja u odgoju djeteta
oboljelog od astme**

MENTOR: doc.dr.sc. Ivan Zeljković, dr.med

Petrinja, srpanj 2024.

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. UVOD	1
2. ASTMA.....	2
2.1. Etiologija	3
2.2. Epidemiologija	3
2.3. Alergijska astma	4
2.4. Nealergijska astma.....	5
2.5. Liječenje	5
3. ASTMA U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI.....	7
3.1. Važnost edukacije odgojitelja	8
3.2. Prilagodba okoline.....	8
3.3. Postupak tijekom akutnog asmatskog napadaja	9
3.4. Psihološki aspekt i socijalna problematika.....	10
3.5. Programi edukacije djece u sklopu predškolske ustanove.....	10
3.6. Uloga i važnost odgojitelja.....	11
4. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	12
4.1 Metoda istraživanja	12
5. REZULTATI	13
6. RASPRAVA	20
7. ZAKLJUČAK.....	21
8. LITERATURA.....	22

SAŽETAK

Astma je kronični upalni poremećaj dišnih puteva. Kronična upala je povezana bronhalnom hiperreaktivnošću koja rezultira ponavljanim napadajima sviranja i stezanja u grudima, zaduhe i kašlja. Za astmu su karakteristični napadaji suhog kašlja, a može se i pojaviti osjećaj nedostatka zraka te fućkanje ili piskanje tijekom disanja. Nema jedinstvenog čimbenika koji uzrokuje astmu, ali možemo navesti čimbenike odnosno okidače koji mogu utjecati na nastanak akutnog napadaja. Jedan od čimbenika astme je alergija odnosno preosjetljivost na pojedine tvari tj. alergene koji su kod zdravih ljudi potpuno bezopasni. Drugi oblik astme je nealergijska astma. Nealergijska astma je prisutna kod osoba kod kojih je isključena alergija, ali ju mogu uzrokovati drugi uzročnici kao što su suh ili hladan zrak, zagađenje zraka, vrućina ili vlaga, dim cigarete, para, miris i kemikalije te stres i anksioznost. S obzirom da je astma kronična upalna bolest, njezino liječenje se bazira dominantno na liječenje upale te je primarni cilj liječenja astme postizanje potpune kontrole nad simptomima te kvalitetan život s najmanjom dozom lijekova. U posljednjih tridesetak godina broj oboljelih od astme kontinuirano raste. Bolest se kod odraslih javlja do četrdesete godine, ali većinom se javlja u dječjoj dobi te možemo reći kako je astma najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi. Upravo zbog toga, odgojitelji trebaju biti educirani o astmi te biti spremni adekvatno reagirati u slučaju pojave akutnog astmatskog napadaja kod djeteta.

Ključne riječi: astma, napadaj astme, dijete, odgojitelj, predškolska dob.

SUMMARY

Asthma is a chronic inflammatory disorder of the respiratory tract. Chronic inflammation is associated with bronchial hyperreactivity that results in repeated episodes of wheezing and chest tightness, shortness of breath, and coughing. Asthma is characterized by attacks of a dry cough, and there may also exist a shortness of breath and wheezing. There is no specific factor that causes asthma, but we can list factors or triggers that can influence the onset of an acute attack. One of the factors is allergy, i.e. hypersensitivity to certain substances or allergens that are completely harmless in healthy people. Another form of asthma is non-allergic asthma. Non-allergic asthma is present in people in whom allergy is ruled out, but it can be caused by other factors such as dry or cold air, air pollution, heat or humidity, cigarette smoke, steam, odors and chemicals, as well as stress and anxiety. Given that asthma is a chronic inflammatory disease, its treatment is based mostly on the treatment of inflammation, and the primary goal of asthma treatment is to achieve complete control over symptoms and quality of life with the smallest dose of medication. In the last thirty years, the number of people suffering from asthma has been continuously increasing. The disease occurs in adults up to the age of forty, but it mostly occurs in childhood, so we can say that asthma is the most common form of chronic disease in children. Thus, educators should be educated about asthma and be prepared to react adequately in the event of an acute asthma attack in a child.

Key words: asthma, asthma attack, child, educator, preschool age.

1. UVOD

Vrtić je odgojno obrazovna ustanova u kojoj se odgojitelji zajedno sa stručnim suradnicima brinu o djeci te im pružaju odgoj i obrazovanje. Također trebaju brinuti o očuvanju zdravlja djece te samim time trebaju biti zdravstveno obrazovani kako bi pružili sigurno okruženje za djecu. S obzirom da je astma najčešći oblik kronične bolesti kod dječje dobi te je u velikom porastu važno je da je odgojitelj educiran i spreman reagirati u slučaju da se kod djeteta pojavi napadaj astme. Astma je ozbiljna bolest koju je važno tretirati ispravno kako bi izbjegli bilo kakve komplikacije i opasnosti. Zbog toga, odgojitelj bi trebao redovito obnavljati svoje znanje o astmi i potencijalnim napadajima te kroz svoj rad poticati osvještavanje bolesti, suradnju i razumijevanje kod svih članova zajednice kako bi doprinosili očuvanju zdravlja djece te kako bi boravak djece u odgojno obrazovnim ustanovama bio siguran.

Ovu temu sam odabrala upravo zato što je astma najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi i u velikom je porastu njena pojavnost te sam kao budući odgojitelj htjela proširiti svoje znanje o istoj. U ovome radu pisat ću općenito o astmi, njezinim oblicima i liječenju, ulozi odgojitelja i važnosti njihove edukacije te kako reagirati u slučaju napadaja astme kod djece. Također ću prikazati rezultate istraživanja koje sam provela na temu „Astma kod djece rane i predškolske dobi“.

2. ASTMA

Astma je kronični upalni poremećaj dišnih puteva. U upalnom poremećaju ulogu imaju mnogobrojne stanice i stanični sastojci te nastaje integriranjem upalnih stanica našeg imunološkog sustava, posrednika upale te tkiva i stanica naših dišnih puteva. Kronična upala je povezana bronhalnom hiperreaktivnosti koja rezultira ponavljanim napadajima sviranja i stezanja u grudima, zaduhe i kašlja, osobito noću i/ili rano ujutro (Mardešić, 2013.). Navedeni simptomi su povezani s proširenom te promjenjivom zaprekom za protok zraka koja je najčešće povratna bez obzira na liječenje. Za astmu su karakteristični napadaji suhog kašlja, a kod nekolicine oboljelih prisutan je samo suhi kašalj. Pluća dobivaju osjećaj napuhnutosti te samim time rade pritisak u prsnom košu. Prema nekim podacima, procjena je da 2018. godine, od nekog tipa astme boluje 339 milijuna ljudi (GAN, 2018.) te da broj oboljelih raste prema stopi od 20 do 50% svakih dvadesetak godina (Mardešić i sur., 2016.). U nastanku astme ulogu može imati naslijeđe, ali njezino postojanje u obitelji ne mora uvijek garantirati naslijeđem. Rizični faktori za razvoj bolesti najveći su ako u obitelji postoje alergije ili genetska sklonost imunog sustava da stvara antitijela na uobičajne alergene. S druge strane, ne dovode sve alergije do astme niti su svi oblici astme alergijski. Simptomi astme javljaju se najčešće naglo, ali se mogu i razvijati tijekom nekoliko sati ili dana. Kašalj, otežano disanje i piskanje u bronhima i plućima te produženi izdisaj su tipični simptomi napadaja astme, no prije samog napadaja može doći i do iritacije grla i nosa. Astmu možemo i nazvati epizodnom bolesti s akutnim egzacerbacijama koje su isprekidane razdobljima bez ikakvih simptoma te je tipično kako većina njezinih napada traje kratko, od nekoliko minuta do nekoliko sati, a nakon toga pacijent klinički izgleda potpuno oporavljeno (Harrison, 1997.). U nekim slučajevima mogu postojati i stadiji u kojima pacijent proživljava određen stupanj dnevne opstrukcije dišnih puteva. Ovaj stadij može biti blag, popraćen teškim epizodama ili potpuno bez njih. Također može biti mnogo ozbiljniji, s teškom opstrukcijom koja traje danima ili tjednima. U posebnim okolnostima, akutne epizode mogu završiti fatalno.

2.1. Etiologija

Nema jedinstvenog etiološkog čimbenika koji uzrokuje astmu, ali možemo navesti čitav niz različitih čimbenika odnosno okidača koji mogu utjecati na nastanak akutnog napadaja. Čimbenici mogu biti biološki, fizikalni, alergijski itd. Najčešća pojava čimbenika je upravo u alergijskom obliku odnosno preosjetljivost na pojedine tvari koje su kod zdravih ljudi potpuno bezopasne. Takve tvari možemo nazvati alergenima te se u dodiru s njima kod alergične osobe pojavljuju simptomi poput kihanja, svrbeža nosa i očiju, suženje te curenje ili začepljenost nosa. Također se mogu javiti i teže smetnje, kao što su teško disanje, gušenje, sviranje i piskanje u plućima te takvo stanje nazivamo alergijskom astmom. Interakcija alergije i astme je vrlo česta pojava. Neke od alergijskih čimbenika mogu biti grinje, peludi korova i trava, dlake pasa i mačaka, itd. S druge strane, etiološki čimbenik koji utječe na nastajanje astme može biti i biološki. U biološke čimbenike možemo svrstati bakterije, viruse, gljive, plijesni i slično. Dalje možemo navesti fizikalne čimbenike poput napora ili hladnog zraka te kemijske poput sumpornog dioksida, dima cigarete, acetilsalicilne kiseline, benzoata (Harrison, 1997.) te ezofagealni refluks i niz drugih.

2.2. Epidemiologija

Kako bi dobili epidemiološke podatke o bilo kojoj bolesti trebamo započeti definiranjem same bolesti, osobito što se tiče astme. Rezultati učestalosti astme mogu se razlikovati ako se epidemiološko praćenje definira na više načina. U posljednjih tridesetak godina broj oboljelih od astme uzastopno raste. Bolest se kod odraslih javlja do četrdesete godine, ali većinom nastaje u dječjoj dobi. Prema nekim podacima, procjena je da 2018. godine, od nekog tipa astme boluje 339 milijuna ljudi (GAN, 2018.) te da broj oboljelih raste prema stopi od 20 do 50% svakih dvadesetak godina (Mardešić i sur., 2016.). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije 2019. godine je od astme umrlo 461.000 osoba. Pretpostavlja se kako u Hrvatskoj boluje oko 3-5% stanovništva, a u razvijenijim zemljama i do 10%. Godišnja stopa novooboljelih u godinu dana u Hrvatskoj iznosi 3,0/1.000 stanovnika, odnosno 12.000 osoba novooboljelih od astme u jednoj godini. Stopa novooboljelih je znatno veća u zemljama poput npr. Francuske i Njemačke što objašnjavaju geografske varijacije u epidemiologiji astme koje su učestalije u zemljama sjeverne i zapadne Europe. Kod mlađih osoba, do 20. godine života, stopa oboljelih iznosi čak

5,9/1.000 stanovnika dok kod osoba starijih od 65 godina iznosi 2,5/1.000 stanovnika. Od toga se procjenjuje kako danas u svijetu postoji oko 300 milijuna pacijenata koji boluju od alergijske astme te kako se u 90% djece i 50% odraslih astma dijagnosticira kao alergijska. Za razliku od alergijske astme, nealergijska astma je prisutna u 10-25% pacijenata svih dobi oboljelih od astme.

2.3. Alergijska astma

Jedan od čimbenika uzroka astme je upravo alergijski odnosno preosjetljivost na pojedine tvari koje su kod zdravih ljudi potpuno bezopasne. Takve tvari možemo nazvati alergenima te se u dodiru s njima kod alergične osobe pojavljuju simptomi poput kihanja, svrbeža nosa i očiju, suženje te curenje ili začepljenost nosa. Također se mogu javiti i teže smetnje, kao što su teško disanje, gušenje, sviranje i piskanje u plućima te takvo stanje nazivamo alergijskom astmom. Alergijska astma je najčešći oblik astme i od nje boluje preko 50% astmatičara upravo radi alergijske reakcije (Mardešić i sur., 2016.). Povezanost alergije i astme je vrlo česta pojava. Većina alergena koji provociraju astmu potječu iz zraka, ali kako bi izazvali senzibilizaciju, trebaju biti prisutni u određenoj količini kroz dovoljno dugo vrijeme. Kada alergen u kratkom vremenu izazove značajnu egzacerbaciju bolesti, pacijent će razviti stečenu reaktivnost. Imunološki mehanizmi su uzročno povezani s razvojem astme u 25-35% svih slučajeva (Harrison, 1997.). Također su mehanizmi koji doprinose astmi u trećini slučajeva te se smatra kako je prevalencija i veća, ali je podatke teško protumačiti. Kada govorimo o alergijskoj astmi važno je napomenuti kako je takav oblik astme često sezonska. U većini slučajeva se javlja kod djece i odraslih osoba mlađe životne dobi. Za razliku od sezonske astme, nesezonski oblik alergijske astme pojavljuje se uslijed alergije na perje, životinjske ljuskice, grinje iz prašine, plijesan i druge antigene koji su uvijek aktivni u okolišu. Izlaganje antigenu obično izaziva izravan odgovor odnosno reakciju koja izaziva opstrukciju dišnih puteva od nekoliko minuta, zatim se povlači te nestaje. U 30-50% pacijenta razvija se drugi val bronhokonstrikcije odnosno kasna reakcija. Drugi val se pojavljuje 6 do 10 sati nakon. Nekada se mislilo kako je kasna reakcija bitna za povećanu reaktivnost dišnih puteva koja nastaje nakon izlaganja antigenu, ali suvremeni podaci pokazuju kako to nije točno. Simptomi alergijske astme jednaki su kao i kod bilo koje druge astme, ali nastaju nakon udisanja alergena. Alergijska astma kod djece može uzrokovati konstantne i vrlo jake napadaje te može doći i do pojave ispućenja grudnog

koša. Takvo stanje može dovesti kasnije do upale pluća. Generalno, i kod odraslih i kod djece, ako se liječenje ne obavlja alergijska astma može imati ozbiljne posljedice. Alergijska astma je također opasna onda kada dođe naglo, a osoba nije spremna odnosno u blizini nema pumpicu odnosno inhalator. Važno je napomenuti kako se alergijska astma najčešće manifestira već u prvim godinama života ili u adolescentskoj dobi. Rijetko se pojavljuje u srednjoj dobi ili kasnije.

2.4. Nealergijska astma

Drugi oblik astme je upravo nealergijska astma. Nealergijska astma je prisutna kod osoba kod kojih je isključena alergija. Ovakav oblik astme se javlja bez posebnih vanjskih okidača. Za razliku od alergijske astme, nealergijska astma najviše se javlja kod odraslih i starijih pacijenata te je njezin tijek obično teži od tijeka kojeg ima alergijska astma. Kao što smo napomenuli, nealergijsku astmu ne mogu uzrokovati alergeni, ali ju mogu uzrokovati drugi uzročnici kao što su suh ili hladan zrak, zagađenje zraka, vrućina ili vlaga, dim cigarete, para i mirisi te kemikalije. Osim uzročnika koji se kreću zrakom ulogu također mogu imati interni problemi kao što su anksioznost, stres, hormonalne promjene itd. Uz navedeno, nealergijsku astmu može potaknuti i intenzivno vježbanje. Danas je opće poznato kako se nealergijska astma može objektivno razlikovati od alergijske astme na temelju negativnih kožnih testova na uobičajene aeroalergene odnosno alergene koji se šire zrakom. S druge strane, pozitivni kožni test pokazuje sklonost stvaranja antitijela kao odgovor na niske doze alergena. Kod nealergijske astme također postoji sklonost trajnih simptoma i teške astme koja rezultira sigurnom opstrukcijom dišnih puteva. Za razliku od alergijske astme, kod nealergijske astme imamo manje odgovora na terapiju.

2.5. Liječenje

S obzirom da je astma kronična upalna bolest, njezino liječenje se dominantno bazira na liječenje upale. Također je bitno napomenuti kako je samo liječenje dugotrajno i zahtjevno, stoga je važno imati održavati dobru suradnju između liječnika i pacijenta. Pacijent je obavezan educirati se o astmi, njezinim znakovima pogoršanja i kako pravilno reagirati na njih. Najuspješniji način liječenja alergijske astme je eliminacija uzročnog alergena iz

okoline alergične osobe oboljele od astme. Imunoterapija ekstraktima odgovornih alergena potiče široku naklonost, ali je o tome malo kontroliranih studija i one nisu dokazale veliku djelotvornost takve terapije (Harrison, 1997.). S druge strane, najdjelotvorniji oblik terapije je inhalacijska terapija jer lijek putuje izravno u pluća te se time izbjegava učinak lijeka na ostale organe. Manja doza lijeka može postići jednaki terapijski učinak kao i primjena tablete. Inhalacijske lijekove možemo koristiti pomoću posebnih spremnika za doziranje lijeka. Takav spremnik naziva se inhaler te je kao vrlo mala pumpica i praktičan za individualnu uporabu. Kod nekih pacijenta njezino korištenje nije moguće jer zahtijeva koordinaciju njegovog potiska i udaha. U takvom slučaju poslužiti će korištenje pumpice u kombinaciji sa specijalnim komorama za udisanje koje pomažu kako bi se lijek u punoj dozi i pravilno prenosio u pluća. Također, uporaba komora je vrlo važna kod male djece do 5 godina koja boluju od astme jer je kod njih teško postići pravilni unos lijeka pumpicom bez pomagala. U suštini, u samom liječenju astme koriste se 4 grupe lijekova koje dijelimo na: bronhodilatatori, protuupalni lijekovi, antagonisti leukotrienskih receptora i lijekovi u prevencije alergijske astme (Vrhovac, 2008.). Bronhodilatatore dijelimo na 3 skupine. Prva skupina su agonisti beta2-adrenergičkih receptora, kratkog i dugog djelovanja. Agonisti beta2-adrenergičkih receptora kratkog djelovanja djeluju svega 4-6 sati, a pojavljuje se u obliku tableta, inhalera, otopine za inhalaciju i sirupa. Dugotrajni agonist beta2-adrenergičkih receptora djeluje i do 12 sati, a pojavljuje se u obliku inhalera i diskhalera. Druga skupina bronhodilatatora je teofilin koji se može primjenjivati u obliku injekcije ili tableta. Zatim imamo treću skupinu, a to su antikolinergici u obliku inhalera. Protuupalni lijekovi odnosno kortikosteroidi primjenjuju su u obliku injekcija, tableta i inhalera. Kortikosteroidi su veoma djelotvorni lijekovi, ali unatoč tome važno ih je vrlo racionalno koristiti. Razlika između protuupalnih lijekova i bronhodilatatora je to što protuupalni lijekovi suzbijaju upalu, a bronhodilatatori šire dišne puteve. S druge strane, antagonisti leukotirenskih smanjuju bronhonalnu hiperreaktivnost (Vrhovac, 2008.). Izbor i uporaba lijekova ovisi o težini astme. Kod teških napada astme koji traju nekoliko sati potrebno je hospitalizirati. Primarni cilj liječenja astme je postizanje potpune kontrole nad simptomima te kvalitetan život s najmanjom dozom lijekova. Kontrola nad astmom je potpuna kada pacijent može obavljati uobičajene dnevne aktivnosti bez poteškoća te raditi i baviti se tjelesnim aktivnostima. Nažalost, kod nekih pacijenta astma ostaje slabo kontrolirana bolest s neprestanim simptomima, stalnom opstrukcijom dišnih puteva te čestom potrebom za korištenje lijekova unatoč svim tretmanima. Također, za takve pacijente je sigurnije da će zahtijevati češće bolničko liječenje. U suštini, izbor terapije ovisi o težini bolesti te o

terapeutskom odgovoru. Izbor terapije za liječenje također može ovisiti o drugim bolestima koje pacijent može imati te ako pacijent ima nuspojave na određene lijekove odnosno njihove sastojke.

3. ASTMA U PREDŠKOLSKOJ USTANOVU

Astma je najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi. Učestalost bolesti u svijetu kreće se od 1 do 25% dok se u Hrvatskoj procjenjuje na 8% u dječjoj dobi (Mardešić, 2013.). U dječjoj dobi astma je prisutnija kod dječaka, čak do dva puta više nego kod djevojčica, no tijekom adolescencije dolazi do prestanka razlike broja oboljelih između spolova. Nastanak astme u dječjoj dobi gotovo je uvijek alergijski. Takav oblik astme zovemo ekstrinzična astma dok je astma prisutna kod odraslih u barem 30% slučajeva intrinzična, odnosno nema alergijskih čimbenika. Bez obzira na oblik astme, u oba slučaja je prisutna ista histološka slika eozinofilne upale u stijenci bronha. Astma se u većini slučajeva javlja u ranom periodu dječjeg života zbog genetskog nasljeđivanja, no veliku ulogu kod pojave astme imaju okolišni čimbenici. Česte pojave virusnih infekcija također mogu imati ulogu u razvoju astme. Do dijagnosticiranja astme kod djece predškolske dobi teže je doći upravo zbog toga što su simptomi sipnje i zaduha slični kao kod infekcija prouzrokovanih virusom. Iz tog razloga dijagnoza astme se kod djece postavlja se uz pomoć kliničke slike, fizikalnog statusa djeteta te praćenjem simptoma. Uglavnom se dijagnosticiranje astme ne događa odmah već liječnik prilikom praćenja simptoma utvrđuje dolazi li djetetu do pogoršanja simptoma i remisije bolesti te tako određuje astmu u dječjoj dobi. Bez obzira na dijagnozu, astma nije bolest koja onemogućuje pohađanje odgojno-obrazovne ustanove te s obzirom na učestalost bolesti u grupi od 15 djece najčešće očekujemo barem jedno dijete oboljelo od astme. Kao što smo već naveli, astma je češća kod dječaka nego kod djevojčica. Radi čestog ponavljanja dijagnoze u vrtićima potrebno je kompleksno pristupiti oboljeloj djeci te njihovoj okolini kako bi djeci bio omogućen osjećanje razumijevanja njegovog zdravlja i kapaciteta njih i njihove obitelji. Kao i sva ostala djeca, djeca oboljela od astme imaju pravo biti uključena u sve redovne programe koje vrtić organizira. Veliku ulogu u njihovom sudjelovanju imaju odgojitelji te ostala djeca. Odgojitelji su obavezni educirati se te usvojiti znanja i vještine vezane uz astmu i postupke koje trebaju usavršiti u slučaju napada astme ili njezinih komplikacija (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009.). Što se tiče ostale djece, njihova uloga je prihvatiti dijete u svoju skupinu uz njegovu bolest te zajedno dijeliti i iskazivati osjećaje, iskustva i pomagati jedni drugima. Njihovo međudjelovanje utječe

na psihosocijalni razvoj oboljelog djeteta. Djeca oboljela od astme u vrtićima također imaju jednake potrebe kao i ostala djeca u skupini, ali u skladu s dogovorom s liječnikom trebaju dobivati terapiju i u vrtiću. Bez obzira na izazove koje astma donosi, djeca predškolske dobi se uspješno prilagođavaju bolesti od koje boluju.

3.1. Važnost edukacije odgojitelja

Ispunjavanje potreba djeteta oboljelog od astme prvenstveno je u rukama roditelja, no odmah nakon njih su odgojitelji s kojima oboljela djeca provode puno vremena. Djeca oboljela od astme zbog zdravstvenog stanja trebaju dobivati terapiju u vrtiću u skladu s odlukom liječnika uz medicinsku dokumentaciju. Edukacija o kroničnoj bolesti poput astme, odgojiteljima je i više nego potrebna zbog obilježenih napadaja i akutnih komplikacija koje zahtijevaju hitne intervencije. Odgojitelj svojim znanjem o bolesti i razumijevanjem također pomaže djetetu u prihvaćanju bolesti i načina života s astmom te izazovima koje donosi. U vrtićima uglavnom ne radi medicinsko osoblje, a broj djece oboljelih od astme uzastopno raste te upravo zato je edukacija odgojitelja važna kako bi mogli bolje razumjeti problematiku kroničnih bolesti, u ovom slučaju astme (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009.). Educiranjem sebe, odgojitelji će svoje znanje na primjeren način prenositi na ostalu djecu odnosno cijelu skupinu u kojoj će zatim moći zajedno pružiti podršku oboljelom djetetu. Zajedničkim djelovanjem odgojitelja i djece utječe se na više razvojnih područja oboljelog djeteta. Odgojitelj je također obavezan proučiti upute koje treba primijeniti u slučaju da se kod djeteta javi akutni napadaj astme te ukloniti okidače odnosno alergene koji izazivaju sami napadaj.

3.2. Prilagodba okoline

Usljed nerijetkog postavljanja dijagnoze još kod predškolske dobi, neophodan je zahtjevan pristup oboljeloj djeci u njihovoj osobnoj, obiteljskoj te socijalnoj okolini kako bi im se omogućila cjelovita briga i zdravstvena zaštita koja pruža razumijevanje zdravlja i potencijala oboljelog djeteta i njegove obitelji. Astma često zahtjeva hospitalizaciju i medicinske postupke koje dijete predškolske dobi ponekad ne razumije što kod djeteta može izazvati strah od novih i nepoznatih intervencija te okolinu koju ne poznaje. Bez obzira na socijalnu okolinu u kojoj se nalaze, oboljeloj djeci predstavlja izazov prihvaćanje temperamenta kronične bolesti. Djeca

moгу dobiti osjećaj različitosti od ostalih radi svoje bolesti, što može utjecati na njihov odnos s drugom djecom u skupini. Upravo zbog toga važno je uspostaviti okolinu u kojoj postoji spoznaja izazova oboljele djece, a da ih se pritom doživljava kao i ostalu djecu u skupini, a ne kao bolest od koje boluju. U takvoj okolini, djeca oboljela od astme mogu ranije razviti svijest o svojem potencijalu i mogućnostima. Za razliku od njih, zdrava djeca razvijanje takve svijesti rade tek u pubertetu. U prilagodbi okoline za dijete oboljelo od astme veliku ulogu imaju odgojitelj i djeca u skupini. Njihova suradnja pridonosi socijalnom razvoju djeteta te mu olakšava prilagodbu u skupinu.

3.3. Postupak tijekom akutnog asmatskog napadaja

U astmatskom napadaju je poremećena distribucija ventilacije te se događa poremećaj ventilacije i perfuzije (Mardešić i sur., 2016.). Napadaj astme može biti blagi i kratkotrajni, teži, a ponekad i životno ugrožavajući. U slučaju da dijete u vrtićkoj skupini dobije astmatski napadaj, odgojitelj je obavezan brzo i djelotvorno reagirati. Napadaj obično počne naglo te ga nije moguće predvidjeti. Kao prvo i najbitnije, potrebno je ostati smiren i pokušati smiriti dijete što je više moguće te ga uvesti u vrtić, umiti i skinuti odjeću, a zatim ga postaviti u povišeni položaj. Djetetu odgojitelj može dati slikovnicu kako bi dijete moglo čitati ili listati te se umiriti. U cijelom procesu bitno je da koncentracija bude na disanju odnosno brojanju respiracija. Svako oboljelo dijete imati će propisanu terapiju od liječnika, koju su roditelji donijeli uz povijest bolesti. Propisanu terapiju odgojitelj će dati djetetu prema uputi liječnika na način na koji je prethodno educiran. Važno je da odgojitelj ostane smiren kako bi se dijete osjećalo sigurnim te da je u dobrim rukama. Nakon zbrinutog astmatskog napadaja potrebno je kontaktirati djetetove roditelje te po dogovoru s njima odlučiti treba li dijete ići kući ili ne. U slučaju da je dijete sasvim dobro, itekako je potrebno inzistirati da ostane u vrtićkoj skupini kako ne bi razvili stigmatizaciju djeteta odnosno diskriminaciju na temelju pojedinosti koja ga razlikuje od ostale djece u skupini. Kod napadaja koji ne prestaju ni nakon dane terapije, odgojitelj je obavezan pozvati hitnu pomoć (Vujić Šisler i Vučemilović, 2009.). U slučaju da napad ne prestaje za 24 sata, riječ je o asmatskom statusu odnosno najtežem obliku astme u kojem se jako sužavaju dišni putevi te dijete treba smjestiti na odjel intenzivnog liječenja gdje će se moći kontinuirano pratiti njegovo stanje uz pojačanu terapiju i primjenu kisika. Po potrebi se primjenjuje i trahealna intubacija odnosno umjetni dišni put i mehanička ventilacija (Mardešić i sur., 2016.).

3.4. Psihološki aspekt i socijalna problematika

Iako astmu možemo okarakterizirati kao vrlo čestu bolest, astma predstavlja globalni zdravstveni problem zbog nedostataka u dijagnosticiranju te zbog neodgovarajućeg liječenja. Poznato je kako se kod oboljelih od kroničnih bolesti pojavljuju i psihički poremećaji kao što su anksioznost i depresija što može negativno utjecati na liječenje. Prevalencija anksioznosti i depresije je veća kod oboljelih od astme te imaju gotovo dvostruko veću vjerojatnost pojave depresije. Depresija može rezultirati neuzimanjem terapije te prestanak izbjegavanja okidača kao što su npr. alergeni čija posljedica može biti gubljenje kontrole nad astmom. Anksioznost s druge strane, može imati slične simptome kao i astma. Otežano disanje i stezanje u plućima karakterizira obje bolesti te je zato kod oboljelih od astme teže prepoznati anksiozni poremećaj. Njihov odnos je svakako dvosmjernan. Anksioznost znatno utječe na sposobnost djeteta i njegove obitelji kod upravljanja astme i kontrolom nad njom. Psihološki poremećaji negativno utječu na djetetovu suradnju u liječenju. Upravo zbog toga, važno je što ranije otkriti psihološke poremećaje kod djece koja boluju od astme. Poznato je kako se anksioznost može pojaviti i kod roditelja oboljele djece što također ima utjecaj na djetetovo samoupravljanje astme. Odgojitelj i djeca trebaju biti upoznati s kroničnom bolesti poput astme kako bi se oboljelo dijete osjećalo socijalno prihvaćeno. S obzirom da se astma u većini slučajeva pojavljuje već u predškolskoj dobi, javlja se problem zbog toga što je djeci to razdoblje intenzivnog razvoja te neadekvatni ishodi mogu biti posljedica malih pogrešaka. Astma stvara tjelesna ograničenja, ali i nepovoljne psihosocijalne reakcije oboljele djece i njihove okoline (Dumić i Mardešić, 2003.). Na kronične bolesti poput astme potrebno je navikavanje djeteta, roditelja i njihove okoline te im u tome može pomoći uključivanje drugih ustanova poput vrtića, škole, lokalne zajednice, stručne službe itd. Uključiti se mogu raznim projektima ili programima za edukaciju te podizati svijest o samoj bolesti. Uključivanje ustanova će djetetu olakšati integraciju u svakodnevni socijalni život te ostvariti bolju kvalitetu života.

3.5. Programi edukacije djece u sklopu predškolske ustanove

Kako je već poznato da djeca u skupini imaju veliku ulogu u psihosocijalnom razvoju djeteta s astmom važno ih je educirati o bolesti kako bi zajedno dijelili i iskazivali osjećaje i iskustva te si međusobno pomagali. Uz pravilnu edukaciju, djeca u skupini će olakšati oboljelom djetetu prilagodbu u skupinu. Odgojitelj može djeci izraditi primjereni plakat koji prikazuje upute što

učiniti u slučaju da dijete doživi astmatski napadaj. Također, odgojitelj će u svakom trenutku poticati uključivanje djeteta s astmom u fizičke aktivnosti te zadužiti ostalu djecu iz skupine da uklanjaju okidače odnosno alergene koji mogu izazvati napadaj astme. Što se tiče samih programa edukacije, u Hrvatskoj je najpoznatija „Astma škola“ ili „Škola disanja“. To je organizirani edukacijski tečaj za osobe koje boluju od dišnih bolesti poput astme tijekom kojeg mogu steći osnovna znanja o bolesti te o njezinom praćenju i liječenju. Programi su organizirani za djecu kao i odrasle te članove njihovih obitelji. Tokom edukacije, djeca mogu upoznati činjenice o astmi, pravilnom uzimanju lijekova, pravilnom disanju. Također mogu naučiti o tehnici iskašljavanja te kako se brinuti o samom sebi. Uz sami program edukacije, djeca dobivaju psihološku podršku s obzirom da se pretvaraju u prisutnog učesnika u kontinuiranom procesu zbrinjavanja astme. Astma škole se organiziraju u sklopu lokalnih zdravstvenih institucija po Hrvatskoj. U njima sudjeluju pedijatri, fizioterapeuti, medicinski tehničari, farmaceuti i psiholozi. Fizioterapeuti će na edukaciji prikazati vježbe disanja kojima se smanjuje napetost u dišnim mišićima i uklanja osjećaj gušenja. Vježbe su korisne te imaju pozitivne učinke ako ih se koristi u svakodnevnom vježbanju. Najpoznatija lokacija Astma škole za djecu i roditelje organizira Klinika za dječje bolesti Zagreb. Iako nije u obaveznom programu za odgojitelje preporučljivo je na edukaciji prisustvovati barem jednom, ali je također potrebno obnoviti znanje nakon nekoliko godina. Dječja bolnica Srebrnjak također nakon završetka školske godine, najčešće u lipnju organizira „Astma kamp“ za djecu oboljelu od astme. Do sada su Astma kampovi bili organizirani u Fužinama, Velom Lošinj, Dugoj Uvali i Crikvenici. Kamp djeci osigurava boravak na klimatskom liječenju, edukaciju bolesnika i socijalizaciju društva vršnjaka koji boluju od iste bolesti. Prednost boravka na kampu imaju pacijenti bolnice Srebrnjak s težim oblikom astme te djeca čiji roditelji nisu u mogućnosti omogućiti djetetu boravak na moru. Bitno je napomenuti da o djeci brigu vodi veliki tim raznovrsnih visokospecijaliziranih stručnjaka, odnosno pedijatar, psiholog, pedagog, više medicinske sestre, viši fizioterapeut i viši radni terapeut.

3.6. Uloga i važnost odgojitelja

Odgojitelji su najčešće, nakon roditelja, osobe s kojima djeca predškolske dobi provode najviše vremena. Uloga odgojitelja nije samo odgoj i obrazovanje, već i da bude interaktivan u aktivnostima s djecom te poticatelj dječjeg razvoja. Odgojitelj je osoba kojoj djeca mogu slobodno doći sa svojim problemima, koje će odgojitelj na primjeren način riješiti ili usmjeriti

dijete ka rješenju. Odgoj djece je bitan od rane dobi kako bi se izgradili u kvalitetne individualce. Već u predškolskoj dobi djeca stječu prve osobine, spoznaje i navike koje će kroz odrastanje razvijati i ojačavati. Vrtić je također prva obrazovna ustanova koje dijete pohađa te je time odgojitelj zadužen da predstavi svijet obrazovanja djetetu na djeci razumljiv i zabavan način. Razne nove informacije i znanja djetetu će biti predstavljena igrom. Igra je glavna dječja aktivnost kroz koju djeca mogu učiti, istraživati i upoznavati svijet oko sebe. Također potiče razvijanje socio-emocionalnih vještina kao npr. suradnju, empatiju i društvenost. Odgojitelj je djeci model ponašanja te je važno da vlastitim ponašanjem i reakcijama u raznim situacijama bude dobar primjer. Djeca također promatraju kako se odgojitelj odnosi prema ostaloj djeci i ostalim suradnicima u vrtiću te takav odnos mogu oslikavati jedni među drugima u svojoj vrtićkoj skupini i prenositi doma. Odgojitelj bi trebao biti osviješten kako je svako dijete u vrtićkoj skupini jedinstveni pojedinac s različitim osobinama i potrebama te da je svakom djetetu bitno pristupiti na poseban način. Djecu će zatim naučiti da se razumiju i poštuju iako su različiti. Upravo zbog toga, vrtićka skupina će radi odgojitelja za dijete moći biti siguran prostor u kojemu će se dijete moći osjećati dobrodošlim i voljenim te će moći slobodno izražavati svoje misli i osjećaje bez obzira iz kakvog doma dolazi.

4. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Kao buduća odgojiteljica ovu temu sam odabrala upravo zato što je astma najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi te sam kroz anketu htjela istražiti koliko su odgojitelji upoznati s astmom kod djece te jesu li imali priliku za edukacijom, koliki postotak ispitanih ima ili je imalo u skupini dijete s astmom, jesu li imali iskustva s napadajima astme u vlastitim skupinama i ako jesu, jesu li znali kako treba postupiti. Odgojitelji su bili vrlo pristupačni te su dosljedno rješavali anketu povodom čega nisam naišla na probleme prilikom provođenja istraživanja.

4.1 Metoda istraživanja

Za svrhe provođenje istraživanja izradila sam anketu pomoću internetskog Google obrasca. Sastavljena anketa sadržava 15 pitanja vezanih za odgojitelje, njihova iskustva s astmom u skupinama te način na koji pristupaju napadajima astme. Također sastoji se od pitanja o njihovoj edukaciji te mišljenju o aktivnostima djece s astmom. Anketu sam prosljedila u nekoliko vrtića

lociranih u Zagrebu, Velikoj Gorici, Petrinji i Sisku. Prikupila sam odgovore ukupno 42 odgojitelja iz ukupno šest odgojno-obrazovnih ustanova.

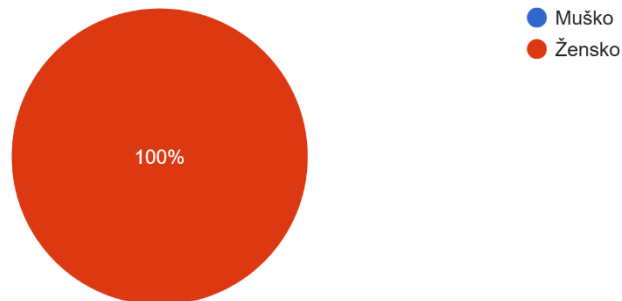
5. REZULTATI

Provedenom anketom za odgojitelje prikupila sam 42 odgovora od kojih su svih 42 (100%) ispitanih žene odnosno odgojiteljice, a njih 21 (50%) ima 40 ili više godina. Ukupno dvije (4,8%) odgojiteljice trenutno u skupini ima dijete oboljelo od astme. Na pitanje jesu li ikad prije imali u skupini dijete s astmom, njih 27 (64,3%) nije imalo takvo iskustvo, dok ih je 11 (26,2%) to jednom iskusilo, a 4 (9,5%) je imalo takvo iskustvo više puta. Od 42 odgojiteljice, njih tri (7,1%) ih je doživjelo akutni napadaj astme kod djeteta u skupini te su sve navele kako smatraju da su adekvatno reagirale. Od njih je jedna (6,7%) trebala pozvati hitnu medicinsku pomoć. Ukupno 10 (23,8%) ispitanih ima rezervnu pumpicu za astmu u slučaju napadaja astme. Na pitanje o edukaciji, 21 ispitanica (50%) je označila kako su tijekom studija bili educirani o astmi te razinu edukacije od 1 do 5 najviše označavaju ocjenom 2 i 3. Pošto većina odgojiteljica nije imala u skupini dijete s astmom, nisu se imale prilike dodatno educirati kada bi oboljelo dijete došlo u skupinu, ali 11 (26,2%) ih je na pitanje potvrdno odgovorilo. Edukaciju o astmi organizirao je vrtić za njih 14 (33,3%), 8 (19%) ih je edukaciju organiziralo samostalno, a 20 (47,6%) ih je označilo kako im je edukacija bila omogućena na ostale načine. Od 42 odgojiteljice, njih 32 (76,2%) ih je označilo kako nema aktivnosti koja treba biti zabranjena djetetu koje boluje od astme, dok ostalih 10 (23,8%) pitanje označava da ima te na idućem pitanju najčešće navode kako su zabranjene aktivnosti „trčanje“ i „intenzivne tjelesne aktivnosti“. U nastavku slijedi prikaz odgovora svih odgojiteljica.

Anketu je ispunilo 42 odgojitelja od čega su svih 42 (100%) žene.

Spol

42 odgovora

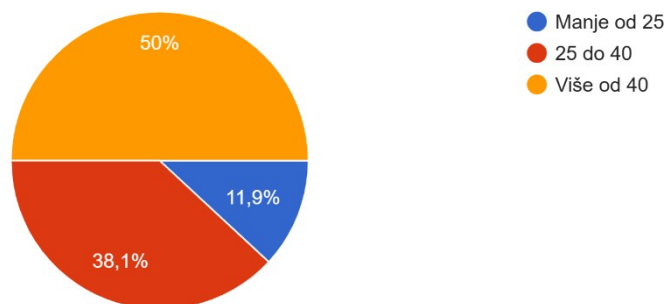


Slika 1

Nadalje, odgojiteljice su trebale označiti kojoj dobnoj skupini pripadaju. Možemo primijetiti kako ih 21 (50%) ima 40 ili više godina, a najmanje ima odgojiteljica u dobnoj skupini ispod 25 godina, odnosno njih 5 (11,9%).

Koliko godina imate?

42 odgovora

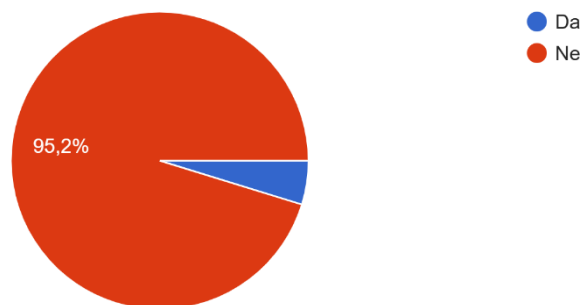


Slika 2

Na pitanje imaju li trenutno u skupini dijete oboljelo od astme potvrdni odgovor označilo je njih dvije (4,8%).

Imate li dijete oboljelo od astme trenutno u skupini?

42 odgovora



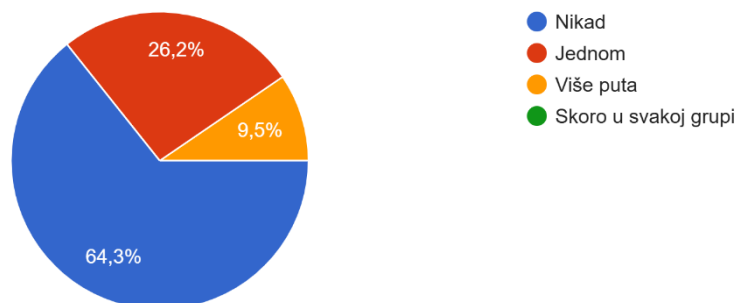
Slika 3

Iduće pitanje je bilo za dvije odgojiteljice koje su prethodno pitanje označile sa „da“ te sam ih pitala da navedu koliko djece u skupini ima astmu, u slučaju da ih je možda više, no obje su napisale kako imaju jedno dijete s astmom u svojoj skupini.

Zatim je slijedilo pitanje jesu li prije imali u skupini dijete s astmom na koje je najviše odgojiteljica, odnosno njih 27 (64,3%) označile da nisu nikad, a njih 4 (9,5%) je takvo iskustvo imalo više puta.

Jeste li prije imali u skupini dijete oboljelo od astme?

42 odgovora

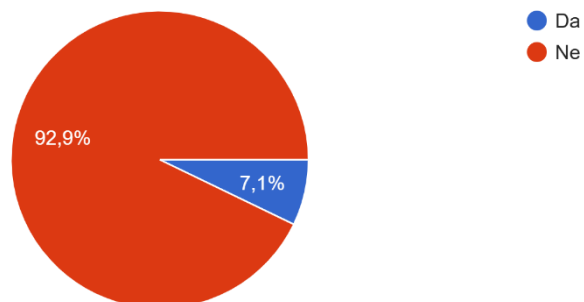


Slika 4

U vrtiću je akutnom napadaju astme prisustvovalo troje ispitanika (7,1%).

Jeste li ikad doživjeli astmatski napad kod djeteta u vrtiću?

42 odgovora

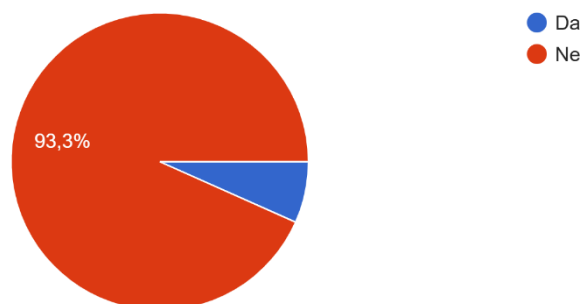


Slika 5

Samo je jedna odgojiteljica imala potrebu zvati hitnu medicinsku pomoć od njih tri koje su prisustvovale akutnom napadaju astme.

Jeste li trebali zvati hitnu pomoć?

15 odgovora

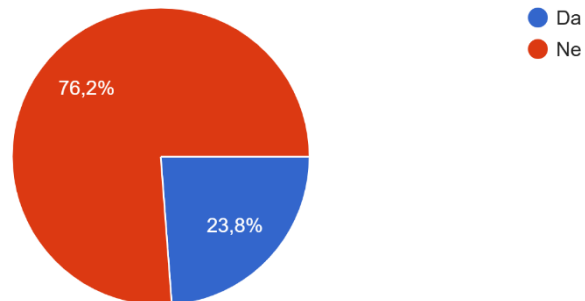


Slika 6

U vrtićima rezervnu pumpicu od 42 ispitanika imaju njih 10 (23,8%).

Imate li rezervnu pumpicu- lijek za astmu?

42 odgovora

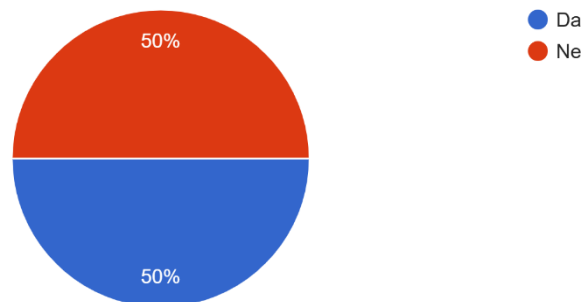


Slika 7

Pola ispitanih odgojiteljica je tijekom studija bilo educirano o astmi, dok pola njih nije imalo tu priliku. Znanje koje su stekle odgojiteljice koje su imale tu priliku, ocijenile su ocjenom 2 i 3 (raspon 1-5).

Jeste li tijekom studija bili educirani o astmi?

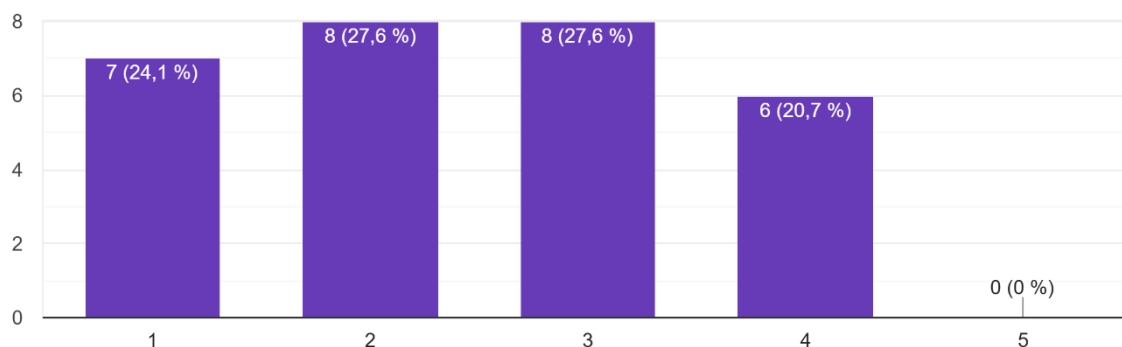
42 odgovora



Slika 8

Ako jeste, koliko znanja mislite da ste stekli tijekom studija?

29 odgovora

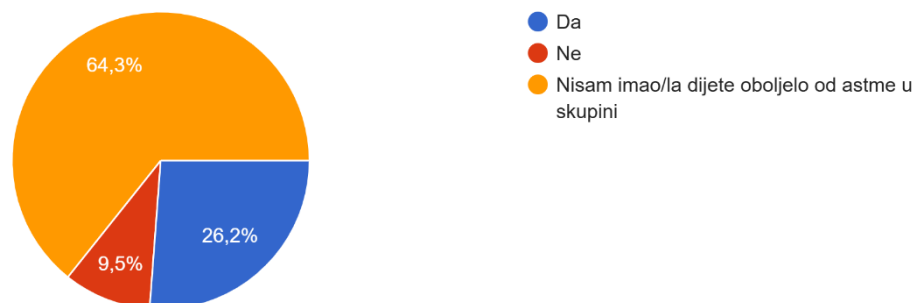


Slika 9

Dodatnu edukaciju o astmi obavilo je njih 11 (26,2%) kada je u njihovu skupinu došlo dijete s astmom.

Jeste li se dodatno educirali o astmi kad je u skupinu došlo dijete oboljelo od astme?

42 odgovora

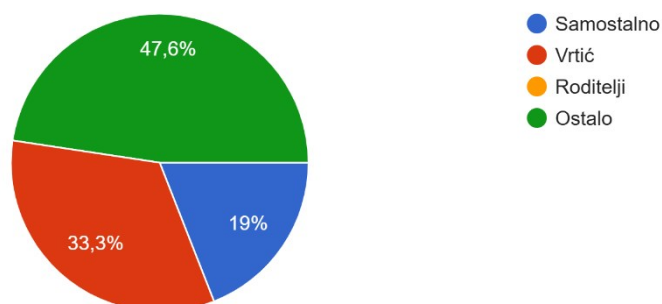


Slika 10

Možemo vidjeti kako je najveći broj odgojiteljica, odnosno njih 20 (47,6%) na pitanje odgovorilo s „ostalo“, dok je njih 8 (19%) samostalno organiziralo edukaciju, a 14 (33,3%) je imalo edukaciju o astmi koju je organizirao vrtić.

Tko je organizirao edukaciju o astmi?

42 odgovora

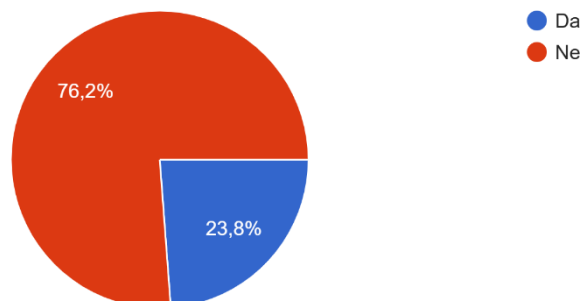


Slika 11

Većina ispitanih odgojiteljica, njih 32 (76,2%) na pitanje smatraju li da je neka aktivnost zabranjena za djecu koja boluju od astme odgovaraju negativno.

Smatrate li da je neka aktivnost zabranjena kod djece oboljele od astme?

42 odgovora



Slika 12

Nadalje, odgojiteljice koje su prethodno pitanje označile s „da“, njih 10 (23,8%) su navele na koje aktivnosti misle da se to odnosi te kao odgovore navode:

Magla, trčanje...

Ne mislim

Pretjerano izlaganje aktivnostima tjelesne i zdravstvene kulture, što mu teško pada kapacitet pluća i disanje

Teze tjelesne aktivnosti

Trčanje

Aktivnosti s velikim fizičkim naporom

Mislim da nema zabranjene aktivnosti kod djece oboljele od astme.

Trčanje te aktivnosti koje brzo podižu puls i disanje.
Veća opterećenja
Tjelesne aktivnosti
Intenzivnija tjelesna aktivnost
Možda pojačan nadzor prilikom tjelesnih aktivnosti

6. RASPRAVA

Na temelju dobivenih rezultata provedene ankete u pet odgojno-obrazovnih ustanova s 42 odgojitelja vidimo kako većina nije imala iskustvo s djetetom oboljelim od astme u svojoj skupini, odnosno trenutno ih u skupini ima samo dvije odgojiteljice (4,8%), no ukupno ih je 11 (26,2%) do sad imalo jednom takvo iskustvo dok je njih 4 (9,5%) to iskustvo ponovilo više puta. Iz ovog možemo diskutirati da rezultat ne odgovara epidemiologiji astme, prema kojoj bi u skoro svakoj skupini barem jedno dijete trebalo imati astmu. Stoga, pitanje je da možda ista nije dijagnosticirana ili je dijete još nije razvilo (jaslička dob) ili pak roditelji djece oboljele od astme ne smatraju da je pozitivno da njihovo dijete pohađa vrtić, a razlozi za isto mogu biti višestruki i nije ih se moglo ustanoviti s obzirom na prirodu istraživanja i ciljanu skupinu ispitanika. Također vidimo i nedostatak edukacije n temu astme budući da je samo polovica ispitanica izjavilo kako su tijekom studija educirani o astmi te su i tu edukaciju označili srednjom ocjenom. Što se tiče napadaja astme, odgojitelji su unatoč tome uspjeli adekvatno reagirati te je bio i jedan slučaj u kojemu je intervenirala hitna medicinska pomoć. Radi zabune odgojitelja neobavezno pitanje koje je bilo samo za one koji su prethodno pitanje označili sa „da“ riješilo je više njih te je zato rezultat kod tog pitanja nerealan. Na temelju ankete također možemo zaključiti kako mali broj odgojitelja imaju rezervnu pumpicu pri ruci u slučaju napadaja astme, što je zabrinjavajuće i vrlo vjerojatno posljedica neadekvatne edukacije odnosno razine educiranosti ispitanica. S obzirom na brzi porast i općenito veliki broj dijagnoza astme kod djece vrtićke dobi, vrtići bi trebali biti spremniji, a odgojitelji maksimalno educirani budući da je astma također najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi. Od 42 ispitanih njih je 8 (19%) trebalo samostalno organizirati edukaciju, a samo trećini je edukaciju o astmi organizirao vrtić, pri čemu možemo raspravljati o inertnosti ustanova odnosno sustava u cjelini. Njih 20 (47,6%) nije navelo kako su došli do edukacije te jesu li se uopće uspjeli educirati o astmi. Na kraju sam odgojiteljima kroz anketu postavila pitanje misle li kako neka aktivnost treba biti zabranjena djetetu koje boluje od astme na koje je većina izjavila kako nema takvih

aktivnosti što je također i točan odgovor. No, njih 10 (23,8%) je pitanje označilo s „da“ te su kao aktivnosti na koje misle da djetetu oboljelom od astme treba zabraniti, navele trčanje i intenzivne tjelesne aktivnosti. Navedeno je očito posljedica neadekvatne edukacije, kako na fakultetu tako i poslije kada se postane odgojitelj djetetu oboljelom od astme.

7. ZAKLJUČAK

Odgojitelj ima veliku i izuzetno važnu ulogu u odgoju djece rane i predškolske dobi. Glavni su poticatelji razvoja kod djece te im stvaraju sigurno i poticajno okruženje u kojemu se mogu osjećati voljeno i podržano. Također su model ponašanja za djecu te kroz razne aktivnosti i igre mogu djecu puno toga naučiti. Odgojitelj se treba znati stručno prilagoditi svakom djetetu u svakoj situaciji te također biti najveća emocionalna podrška. Uz sva znanja, odgojitelj se treba medicinski obrazovati kako bi djeca mogla dobiti sigurna i zbrinuta tijekom svog boravka u odgojno obrazovnoj ustanovi. Kao što sam spomenula, astma je najčešći oblik kronične bolesti u dječjoj dobi te možemo vidjeti kroz statistiku kako je broj oboljelih od astme u porastu te bi odgojno obrazovne ustanove bez obzira na trenutani broj oboljelih od astme trebali biti spremni u svakom slučaju jer astma postaje značajan problem koji zahtijeva brigu i pažnju. Oboljelu djecu odgojitelji trebaju uključiti u sve aktivnosti te nikako ništa braniti kako se dijete ne bi osjećalo ograničeno i diskriminirano, već prihvaćeno kao dio skupine. Odgojitelji bi se trebali educirati o astmi kako bi znali pružiti podršku i u slučaju astmatskog napadaja prepoznati simptome, adekvatno reagirati i pružiti odgovarajuće liječenje. Osim odgojitelja i stručnog tima, educirati se trebaju i roditelji i okolina te će promicanjem svijesti o astmi moći stvoriti sigurno okruženje za djecu s astmom.

8. LITERATURA

- Harrison, T. (1997.). Principi interne medicine. Placebo d.o.o.
- Kwong C.G. i Bacharier L.B. (2019.). Management of Asthma in the Prwschool Child. Immunol Allergy Clin North Am, PubMed.
- Labor, S. i Labor M. (2021.). Astma i depresija. Zavod za pulmologiju, Klinički bolnički centar Osijek.
- Mardešić, D. i suradnici (2013.). Pedijatrija. Školska knjiga, Zagreb.
- Popović-Grle, S. (2013.). Epidemiologija i značenje astme. Klinika za plućne bolesti „Jordanovac“, Klinički bolnički centar Zagreb.
- Rogulj, M. (2023.). Uloga anksioznosti djece oboljele od astme i roditeljskih ponašanja vezanih uz tjelesnu aktivnost djece u kontroli astme. Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.
- Vrhovac, B. (2008.). Interna medicina. Školska knjiga, Zagreb.
- <https://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/191/Astma.html>
- <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=19040>
- <https://krenizdravo.dnevnik.hr/zdravlje/bolesti-zdravlje/astma-uzroci-vrste-simptomi-i-lijecenje>
- <https://www.bolnica-srebrnjak.hr/index.php/hr/>
- <https://poliklinika-mazalin.hr/blog/kako-prepoznati-astmu/>
- <https://www.centarzdravlja.hr/zdrav-zivot/zdravlje-opcenito/astma-simptomi/>

Izjava o izvornosti rada

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onih koji su u njemu navedeni.

Matea Bašić

Zahvala

Zahvaljujem se svojem mentoru doc. dr. sc. Ivanu Zeljkoviću, dr. med. na pomoći u pisanju ovog rada.