

Bachelorarbeit

Therapiemaßnahmen im Rahmen der Erkrankung Asthma bronchiale und Auswirkungen auf die Lebensaktivitäten im Kindesalter

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Vorgelegt von: Nadine Gams

Geburtsdatum: 13.11.1979

Begutachtet von: Ao.Univ.-Prof. Dr.med.univ. Sabine Horn

Lehrveranstaltung: Interne (4. Semester)

Graz, am 04.06.2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 04.06.2012

Bodine Gams

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung/Abstract	5
1.1.	Einleitung	5
1.2.	Abstract.....	5
2.	Definition Asthma bronchiale	7
2.1.	Historischer Rückblick	7
2.2.	Häufigkeit und Ätiologie	8
2.3.	Formen von Asthma bronchiale	8
2.4.	Klinisches Bild	9
2.5.	Asthmaanfall.....	10
3.	Schulmedizinische Therapiemaßnahmen bei Asthma bronchiale	11
3.1.	β-Mimetika/Akuttherapie	11
3.2.	Therapie nach Stufenplan	11
4.	Alternative Therapiemaßnahmen bei Asthma bronchiale.....	13
4.1.	Heilstollentherapie bei Atemwegserkrankungen.....	13
4.2.	Klimatherapie „Seeluft“	14
4.3.	Asthma und Ernährung.....	15
4.4.	Homöopathie	16
4.5.	Hypnose.....	16
4.6.	Wirkung von Akupunktur und Akupressur	17
4.7.	Atemtherapie und Yoga.....	17
5.	Pflegemodelle	19
5.1.	Definition Pflegemodell	19
5.2.	Pflegemodell der Lebensaktivitäten	20
5.3.	Fragebogenentwicklung.....	21
6.	Ergebnisse	22
6.1.	Auswertung Fragebogen.....	22
6.2.	Analyse	35
7.	Fazit	37
8.	Literaturverzeichnis.....	38
9.	Anhang	41

Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1: Wann Symptome erstmals auftraten</u>	24
<u>Abbildung 2: Bewegungsdrang des Kindes</u>	24
<u>Abbildung 3: Tägliche Zeit im Freien</u>	25
<u>Abbildung 4: Müdigkeit des Kindes tagsüber</u>	25
<u>Abbildung 5: Anzeichen erschwerter Atmung nachts</u>	26
<u>Abbildung 6: Schlafverhalten</u>	26
<u>Abbildung 7: Hilfe beim An- und Ausziehen</u>	27
<u>Abbildung 8: Auswirkung von Vollbad oder Dusche auf Wohlbefinden</u>	27
<u>Abbildung 9: Wissen über Ernährung in Zusammenhang mit Asthma</u>	28
<u>Abbildung 10: Ablehnung gegen gewisse Nahrungsmittel</u>	28
<u>Abbildung 11: Verdauungsprobleme</u>	29
<u>Abbildung 12: Häufigkeit von Verdauungsproblemen</u>	29
<u>Abbildung 13: Schwitzen bei körperlicher Aktivität</u>	30
<u>Abbildung 14: Durchblutung der Hände und Füße</u>	30
<u>Abbildung 15: Erschwerte Atmung in unterschiedlichen Situationen</u>	31
<u>Abbildung 16: Vermeidung unterschiedlicher Situationen durch Eltern</u>	31
<u>Abbildung 17: Eingeschränkte Atmung innerhalb der letzten 12 Monate</u>	32
<u>Abbildung 18: Einfluss von Asthma bronchiale auf das Spielverhalten</u>	32
<u>Abbildung 19: Freizeitgestaltung</u>	33
<u>Abbildung 20: Sollen Kinder ihrem Alter entsprechend informiert werden?</u>	33
<u>Abbildung 21: Information durch welche Person?</u>	34
<u>Abbildung 22: Einschränkung im Verhalten durch Erkrankung</u>	34
<u>Abbildung 23: Informationsstand des Kindes</u>	35
<u>Abbildung 24: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten</u>	35
<u>Abbildung 25: Arten der Medikation</u>	36
<u>Abbildung 26: Geschlecht</u>	36

1. Einleitung/Abstract

1.1. Einleitung

Asthma bronchiale zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit. Laut Statistik Austria leiden in Österreich mehr als eine halbe Million Menschen an Asthma bronchiale, in 10% der Fälle handelt es sich dabei um Kinder. Bei einem Großteil der Erkrankten besteht eine gesteigerte Reaktionsbereitschaft auf verschiedene Stimuli, welches sich in Form von allergischem Asthma äußert. Die Erkrankung hat einen komplexen Hintergrund, der zum Teil genetisch bedingt ist. In den letzten Jahrzehnten kam es weltweit zu einem Anstieg von Asthma bronchiale. Die Ursachen dafür ordnet die Wissenschaft vor allem im Einfluss der westlichen Zivilisation und in der zunehmenden Umweltbelastung www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/asthma.at_HK.html (03.03.2012).

Asthma bronchiale kann wie auch andere chronische Erkrankungen die Lebensaktivitäten beeinträchtigen. Körperliche Betätigung ist häufig mit mehr Anstrengung verbunden und die Angst vor einem möglichen Atemnotsyndrom schränkt die Betroffenen in ihrem Verhalten ein (Fegert, Eggers et al. 2012, S. 698).

1.2. Abstract

Bronchial asthma is recognized as one of the most common chronic diseases worldwide. According to Statistics Austria, more than half a million people in Austria suffer from bronchial asthma, 10% of these are children. For a large number of the sufferers, there is an increased responsiveness to various stimuli, which manifests itself in the form of allergic asthma. The illness has a complex background, which is partly genetic. There has been a global increase of bronchial asthma in the last few decades. Scientific research considers the reason to lie mainly in the influence of western civilization and the increasing environmental pollution

www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/asthma.at_HK.html (03.03.2012).

As with other chronic illnesses, bronchial asthma can negatively affect lifestyle. Physical activity often requires more effort, and the fear of a possible respiratory distress syndrome restricts the sufferers in their behaviour (Fegert, Eggers et al., 2012, p 698).

Mit Hilfe eines Fragebogens sollten die Auswirkungen von Asthma bronchiale auf die Lebensaktivitäten im Kindesalter eruiert werden. Dazu wurde das RLT-Pflegemodell (Roger, Logan Tierney) Pflegemodell gewählt.

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, folgende Fragen zu beantworten:

- Welche schulmedizinischen Therapiemaßnahmen werden bei der Erkrankung Asthma bronchiale standardmäßig empfohlen?
- Welche Studienergebnisse sind im Rahmen alternativer Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung Asthma bronchiale im Kindesalter bekannt?
- Welche Lebensaktivitäten sind durch die Erkrankung Asthma bronchiale im Kindesalter am Stärksten beeinträchtigt?

Die Beantwortung der Forschungsfragen wurde im Rahmen einer umfangreichen Literaturrecherche erarbeitet und basiert auf aktueller Literatur. Die Recherche erfolgte im Internet mit Hilfe der Datenbanken der Medizinischen Universität Graz, sowie der Karl-Franzens Universität. Verwendete Suchbegriffe waren „asthma bronchiale/pediatric“, „asthma treatment/children“, „asthma“, „alternativ therapy/asthma“ und „childhood asthma“.

Zum Verfassen dieser Arbeit wurde nach den formalen Vorgaben der Medizinischen Universität Graz vorgegangen und als Zitierstil der Harvard Style gewählt.

2. Definition Asthma bronchiale

Es besteht ein episodisches Auftreten von Atemnot infolge variabler und reversibler Bronchialverengung, basierend auf einer Entzündung der Bronchialschleimhaut und konsekutiver bronchialer Hyperreagibilität (übersteigerte Reaktionsbereitschaft) (de Gruyter 2000, S. 70).

2.1. Historischer Rückblick

Im zweiten Jahrhundert vor Christus beschrieb der griechische Arzt Aretaios, Anhänger der „pneumatischen Schule“ einen Zusammenhang zwischen anfallsartiger Atemnot und körperlicher Aktivität. William Harvey, ein englischer Physiologe, hielt 1618 einen Vortrag über seine Theorien des Blutkreislaufes, was zu einem wesentlichen Fortschritt in der Medizin führte. Marcello Malphigi bestätigte Harveys Theorien über den Blutkreislauf, indem er den Nachweis der Lungenkapillaren und deren Funktion erbrachte. Ende des 17. Jahrhunderts konnte Robert Hook beweisen, dass durch die Atmung Sauerstoff in das Blut aufgenommen und zu den Lungenkapillaren transportiert wird. Aussagekräftige Messmethoden über die Lungenfunktion wurden 1946 von Herxheimer entwickelt und die damit erhobenen Ergebnisse konnten eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Lunge bei Asthmatikern bestätigen (Schmölcke 2003, S. 35).

Bis etwa 1940 zählte das Entfernen zahlreicher Nervenbündel, die Behandlung von Asthmatikern mit Röntgenstrahlen oder das Elektrisieren des Brustkorbs zu den Behandlungsmethoden dieser Erkrankung. Jene Therapiemaßnahmen wurden ab den 50er Jahren nicht mehr empfohlen, stattdessen kamen Vorläufer des heutigen Sprühaerosols auf den Markt (Schmölcke 2003, S. 35).

Professor Dr. med. Willhelm Heupke schrieb 1955 in seinem Buch „Die gesunde Familie“ über wissenschaftliche Erkenntnisse der Erkrankung Asthma bronchiale und die Therapiemöglichkeiten zur damaligen Zeit. Dr. Heupke empfahl den Brustkorb im Falle eines Asthmaanfalles in heiße Tücher mit schwarzem Senfmehl zu wickeln. Eine Mischung aus Stechapfelblättern, Salbeiblättern, Kampfer-Benzoe-Tinktur und Salpeter wurde zur Inhalation verwendet. Diese Mixtur, welche als Grundlage des heutigen Sprühaerosols angesehen werden kann, wurde in der Apotheke hergestellt. Durch das Verbrennen kleiner Men-

gen dieser Mischung entstand Rauch, der im Anschluss inhaliert wurde. (Schmölcke 2003, S. 34).

2.2. Häufigkeit und Ätiologie

In Australien, Neuseeland und Großbritannien sind weltweit am meisten an Asthma erkrankten Kinder zu verzeichnen, am seltensten hingegen leiden Kinder in Entwicklungsländern und osteuropäischen Regionen an dieser Erkrankung. Lebensgewohnheiten und Lebensumstände scheinen die Entwicklung der Krankheit zu beeinflussen. Die Zahl der an Asthma erkrankten Menschen ist in den letzten zwanzig Jahren gestiegen und so sind in Deutschland 8-10% der Kinder davon betroffen. In Neuseeland und Australien sogar 15%, in Entwicklungsländern hingegen nur 2%. Erste Asthmasymptome treten bei 30% der Erkrankten bereits im ersten Lebensjahr auf. 80-90% der Patienten entwickeln die Krankheit bis zum fünften Lebensjahr www.asthma.versorgungsleitlinien.de/ (10.02. 2012).

Die Mortalität der an Asthma bronchiale erkrankten Kinder beträgt 1-3 pro 10.000 Erkrankungsfälle und hätte bei genauerer Analyse zu 100% vermieden werden können (Rieger, van der Hardt et. al 2004, S. 680).

Für die Ätiologie des Asthma bronchiale spielen genetische Faktoren eine wesentliche Rolle. Diese Erkrankung kommt in Atopikerfamilien (mehrere Familienmitglieder leiden an Allergie) gehäuft vor, es wird von einer multifaktoriell genetischen Ursache mit unterschiedlichem Erscheinungsbild ausgegangen. Der Einfluss verschiedener Umweltfaktoren trägt zur Entstehung und Ausbruch dieser Erkrankung bei (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 681).

2.3. Formen von Asthma bronchiale

Das Asthma bronchiale wird in unterschiedliche Formen unterteilt. Diese Erkrankung kann sich in einer extrinsisch-atopischer Form, extrinsisch-nicht atopischer Form, einer intrinsischen Form oder einer Mischform darstellen. Bei 85% der asthmatischen Kinder kann eine Allergie nachgewiesen werden, doch nur bei 20% führen diese Allergien zu asthmatischen Symptomen (de Gruyter 2000, S. 426).

Das extrinsische Asthma bronchiale oder allergisch bedingte Asthma wird durch unterschiedliche Umweltallergene hervorgerufen und verursacht eine Erhöhung der eosinophi-

len Granulozyten. Die Erkrankung manifestiert sich schon im Kindesalter und kann mit einem vermehrten Auftreten an Allergien in der Familie in Zusammenhang gebracht werden (Kroegel 2002, S. 4).

Das intrinsische Asthma bronchiale entwickelt sich im Gegensatz zum allergischen Asthma in den meisten Fällen nach einem respiratorischen Infekt. Es besteht kein Zusammenhang zwischen jahreszeitlichen Schwankungen und Auftreten der Erkrankung (Kroegel 2002, S. 4).

Es gibt noch zahlreiche Untergruppen, in welche die beiden Grundformen der Erkrankung Asthma bronchiale gegliedert werden können. Dabei werden auslösende Faktoren, Zeitpunkt der häufigsten Beschwerden oder ein bestimmtes Symptom in der diagnostischen Bezeichnung berücksichtigt. Die im Rahmen dieser Erkrankung auftretenden Symptome wie Atemnot, expiratorischer Stridor (Geräusche bei Ausatmung), pfeifende Atemgeräusche und Husten gehen nicht ausschließlich mit der Erkrankung Asthma einher. Auch bei anderen pulmonalen Erkrankungen können diese Symptome ebenfalls in Erscheinung treten. Die häufigste und schwierigste Differentialdiagnose ist die chronisch obstruktive Bronchitis (Kroegel 2002, S. 13).

2.4. Klinisches Bild

Asthma bronchiale äußert sich durch trockenen Husten und Kurzatmigkeit, vorerst bei Aktivität und in weiterer Folge auch im Ruhezustand. Nasenflügeln, Einziehungen im Bereich des Brustbeins, pfeifende Atemgeräusche, periorale Zyanose (bläuliche Verfärbung der Haut um Mund und Lippen), Atemnot und Angstzustände können sich je nach Schweregrad dieser Erkrankung unterschiedlich darstellen (Koletzko 2010, S. 399).

Während des Asthmaanfalls nehmen die Kinder eine aufrechte Position ein, häufig sitzen sie im Bett, der Brustkorb ist stark gebläht und sie ringen nach Luft. Es besteht ein kraftloser Reizhusten und die Hautfarbe ist blass, auch zyanotische Verfärbungen der Haut sind möglich. Die Kinder wirken ängstlich und unruhig. In der Zeit zwischen den Asthmaanfällen können Kinder unauffällig sein, trotzdem beeinflusst der Schweregrad ihrer Erkrankung die Langzeitprognose maßgeblich (Koletzko 2004, S. 428).

2.5. Asthmaanfall

Bei dieser akuten asthmatischen Reaktion kommt es aufgrund von Schleimhautödemen, zur Bildung von abnormen Drüsensekret und Rückstau von Sekreten was zu einer Obstruktion (Verengung, Verstopfung) der Atemwege führt. Dies verursacht einen Widerstand in den Atemwegen und es kommt zu einer Überblähung der Lungen, da sich bei der Ausatmung die Bronchien vorzeitig verschließen. Bei einer chronischen Überblähung kann es zur dauerhaften Verformung des Brustkorbs kommen. In weiterer Folge leiden die Patienten an Sauerstoffmangel, da es durch die Unterschiede des Atemwegswiderstandes zu einem reduzierten Gasaustausch in der Lunge kommt (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 695).

Beim akuten Asthmaanfall befindet sich das Kind in einem akut lebensbedrohlichen Zustand. Der betroffene Patient ist sowohl respiratorisch (atembedingt) als auch kardiozirkulatorisch (Herzkreislaufsystem) gefährdet. Die Behandlung dieser Patienten muss effektiv und schnell eingeleitet werden um den Allgemeinzustand des Kindes zu stabilisieren. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Basic-Emergency-Management, das die Grundlage für eine effektive medikamentöse und erweiterte Therapie darstellt. Im Falle eines akuten Asthmaanfalls müssen auch die Eltern oder andere Familienmitglieder (Großeltern, Geschwister...) über grundlegende Handlungsmaßnahmen informiert sein und diese auch umsetzen können. Die richtige Verabreichung von Fenoterol-Spray oder die Anwendung der NIV (non invasive ventilation) können und sollten bei entsprechender Schulung durchaus auch von Laien durchgeführt werden, nur dadurch ist es möglich, den Allgemeinzustand des Kindes zu stabilisieren und schwere Folgeschäden zu verhindern (Hohenegger 2005, S. 52).

3. Schulmedizinische Therapiemaßnahmen bei Asthma bronchiale

Die Therapiemaßnahmen bei Asthma im Kindesalter sind mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse in den letzten Jahren auf internationaler Ebene standardisiert worden (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 699).

Die Behandlung der Schulmedizin ist symptomorientiert und hat eine rasche Verbesserung oder die Heilung einer Erkrankung zum Ziel. Die Krankheiten werden hauptsächlich mit Hilfe wirksamer Medikamente behandelt, wobei wissenschaftlich belegte Indikationen und Dosierungsvorgaben vordergründig sind. Alle Medikamente die in der Kinderheilkunde verordnet und verabreicht werden müssen durch unzählige Studien auf Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Sicherheit geprüft werden um in weiterer Folge von der Pharmaindustrie frei gegeben werden zu können (Jänicke, Grünwald 2006 S. 36).

So werden bei akuten asthmatischen Beschwerden kurzzeitig β -Mimetika zur Inhalation eingesetzt. Bei der Langzeittherapie stehen entzündungshemmende Mittel im Vordergrund, welche einen wiederkehrenden Asthmaanfall vorbeugen sollen. Eine Langzeittherapie wird empfohlen, wenn häufiger als alle 2 Monate akute asthmatische Symptome vorhanden sind. Durch wirksame Langzeittherapiemethoden konnte in den letzten Jahren trotz Anstieg der Erkrankung Asthma bronchiale die Mortalität gesenkt werden (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 699).

3.1. β -Mimetika/Akuttherapie

Das wirksamste Medikament zur Bekämpfung asthmatischer Symptome sind die inhalativen β -Sympatomimetika. Ca. 10 Minuten nach Verabreichung entfaltet sie die höchste Wirkung und ihre Wirkungsdauer beträgt zwischen 4 und 6 Stunden. Für Kinder ist dieses Medikament in Pulverform für Inhalationsgeräte erhältlich oder steht zur Trockeninhalation mit einem Aerochamber zur Verfügung. Durch Stimulation der β -Rezeptoren zählt der Tremor (zittern) zu den häufigsten Nebenwirkungen dieses Medikaments (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 699).

3.2. Therapie nach Stufenplan

- Stufe 1 (mildes, intermittierendes Asthma): die Dauertherapie erfolgt unabhängig von Art und Genese des Asthmas mit dem Medikament DNCG, dadurch kann das

Auftreten von Asthmaepisoden verringert und die Gabe von β -Mimetika reduziert werden.

- Stufe 2 (mildes, persistierendes Asthma): es werden inhalative Glukokortikoide in niedriger Dosierung oder inhalative Cromoglycinsäure, langwirksames Theophyllin, oder ein Leukotrienrezeptorantagonist eingesetzt. Zusätzlich wird bei Bedarf ein kurzwirksames, inhalatives β 2-Sympathikomimetikum verwendet.
- Stufe 3 (mäßiges, persistierendes Asthma): dabei werden inhalative Glukokortikoide in niedriger bis mittlerer Dosierung zusammen mit einem langwirksamen inhalativen β 2-Sympathikomimetikum verabreicht. Zusätzlich wird bei Bedarf ein kurzwirksames, inhalatives β 2-Sympathikomimetikum verwendet.
- Stufe 4 (schweres, persistierendes Asthma): hierbei handelt es sich um eine Hochdosistherapie inhalativer Glukokortikoide kombiniert mit einem langwirksamen inhalativen β 2-Sympathomimetikum. Zusätzlich wird bei Bedarf ein kurzwirksames, inhalatives β 2-Sympathikomimetikum verwendet.

Bei jeder Therapieform ist ein Therapieplan zu erstellen und dieser muss mit den Eltern genau besprochen werden. Eltern müssen die Anzeichen der Erkrankung ihres Kindes erkennen und rasch handeln. Die medikamentöse Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Symptome und so müssen bei Bedarf Behandlungsstufen ineinander übergreifen (Rieger, van der Hardt et al. 2004, S. 705).

4. Alternative Therapiemaßnahmen bei Asthma bronchiale

In alternativen Heilverfahren wird versucht auf die individuelle Reifung und Entwicklung des Kindes einzugehen und diese zu unterstützen. Dabei wird nach Ursachen für die entsprechende Erkrankung gesucht und demnach der Körper in seiner Heilung unterstützt (Jänicke, Grünwald 2006 S. 37).

Die Alternativmedizin verspricht keine Wunderheilung und die Behandlungsansätze werden nach mehreren Gesprächen mit Eltern und Kind geplant. Alternativmedizin sollte kein Ersatz für die Schulmedizin sein, sondern als Ergänzung gesehen werden. Der Wunsch einer Zusammenarbeit dieser beiden Disziplinen nimmt auch in Europa starke Konturen an (Teverovski 2006, S. 63–64).

4.1. Heilstollentherapie bei Atemwegserkrankungen

Die Speläotherapie (Höhlentherapie) wird seit vielen Jahren als wirksame Therapieform bei Asthma bronchiale und chronisch-obstruktiver Bronchitis angewandt. Durch die staub, pollen und allergenfreie Atemluft in entsprechenden Höhlen trägt diese Kombination zu einer ausgeprägten immunstabilisierenden Wirkung des Patienten bei. Diese Form der Therapie bewirkt eine Verbesserung der Symptome bei verschiedensten chronischen Erkrankungen der Atemwege

www.heilstollen.at/gesundheitsfoerderung/therapien.html (29.01.2012).

Prof. Dr. Leichsenring von der Universitätskinderklinik Ulm führte 2002 eine medizinische Studie durch um herauszufinden, ob die Höhlentherapie bei an Asthma erkrankten Kindern zwischen vier und zehn Jahren, eine therapeutisch nutzbare Wirkung zeigte. Dabei unterzogen sich die Kinder einer dreiwöchigen Kur und verbrachten täglich zwei Stunden in einer Höhle oder Stollen. Dokumentiert wurden die Lungenfunktionswerte der Kinder, der Verbrauch an Bedarfsmedikation, die Symptomatik der Erkrankung und die Auswirkungen der Therapie auf die Lebensqualität. Zur Beurteilung des Schweregrades der Grunderkrankung, wurde der FEV1-Wert als eine wesentliche Kenngröße festgelegt. Dieser Wert beurteilt das Luftvolumen, das unter Kraftanstrengung binnen einer Sekunde von einer Person ausgeatmet werden kann. Bei der Bedarfsmedikation stand vor allem die Anwendung von Sprays mit kurzwirksamen β 2-Mimetika im Mittelpunkt. Die Studie fand von April bis Juli

2002 im Tiefen Stollen (Aalen), im Hella-Glück-Stollen (Neubulach) und in der Teufels-
höhle (Pottenstein) statt

www.aalen.de/sixcms/detail.php?id=14015&_bereich=1600 (07.02.2012).

Bei dieser Studie handelt es sich um eine kontrollierte randomisierte Therapiestudie. Wesentlich dabei ist der Vergleich des Therapie-Erfolges bei Kindern, die den Kuraufenthalt 2 Stunden pro Tag in Stollen oder Höhle verbrachten, mit dem „Therapie-Erfolg“ von Kindern, die eine ähnliche Betreuung ohne Stollen oder Höhlentherapie bekamen. Die Daten dieser Studie wurden von insgesamt 72 Jungen und 49 Mädchen erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass sich in der Speläotherapie-Gruppe der FEV1, um ca. 10% verbessert hatte, während sich die Werte der Kinder in der Vergleichsgruppe nicht wesentlich änderten. Die Luftvolumendifferenz zwischen maximaler Einatmung und Ausatmung, zeigte ähnliche Reaktion auf die Therapien und konnte durchschnittlich um ca. 8 % des Ausgangswertes gesteigert werden. Auch andere Kenngrößen der Krankheitsbelastung zeigten unter Höhlentherapie rückläufige Tendenzen, so z.B. die Anzahl der Hustenattacken, die die Kinder tagsüber erlitten. Durch das geringere auftreten von Symptomen konnte auch eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität der Kinder beobachtet werden

www.aalen.de/sixcms/detail.php?id=14010&_bereich=1600 (07.02.2012).

4.2. Klimatherapie „Seeluft“

Zur Klimatherapie an der See wurden keine aktuellen Studien gefunden, die eine Beurteilung nach evidenzbasierten Kriterien zulassen würden. Einige Publikationen, mit geringer Teilnahmeanzahl und älteren Datums, stellen einen stabilisierenden Effekt auf die Asthmaerkrankung und eine Dosisreduktion inhalativer Steroide durch Klimatherapie an der See dar (Schmidt-Wolf, Fischer 1990, S. 241–242).

Schmidt-Wolf und Fischer versuchten in den 90-iger Jahren herauszufinden, wie sich die Seeluft auf die Erkrankung Asthma bronchiale auswirkt. Insgesamt nahmen 25 Personen an dieser Studie teil, welche sich im Vorfeld aufgrund eines Informationsblattes in einer Klinik meldeten. Über einen Zeitraum von drei Wochen kontrollierten die Forscher die Veränderungen im Blutbild der erkrankten Personen. Der Großteil der Patienten litt unter allergisch induziertem Asthma bronchiale. Als Kontrollgruppe wurden Patienten mit chronischer Bronchitis ausgewählt, um mögliche Unterschiede feststellen zu können. Der dreiwöchige Aufenthalt fand auf der Insel Norderny statt und eine medizinische und psycholo-

gische Betreuung war in diesem Zeitraum gewährleistet. Nach diesem 21-tägigen Aufenthalt zeigten sich bei Patienten mit bronchial Asthma signifikante Veränderungen der suppressor cells (22.5-26.6%), auch signifikante Veränderungen der helper/suppressor ratio (2.7-2.1) waren deutlich messbar. Bei Patienten der Kontrollgruppe mit der Erkrankung chronischer Bronchitis konnten keine Veränderungen des Blutbilds nachgewiesen werden. Die Therapiemaßnahmen unterschieden sich nicht von der Interventionsgruppe. Der einzige Unterschied lag in den Umgebungsfaktoren denn die Kontrollgruppe war während der Datenerhebung nicht in Meeresnähe. Diese Studie stellt einen positiven Effekt der Klimatherapie bezogen auf die Erkrankung Asthma bronchiale dar. Trotzdem muss erwähnt werden, dass es möglicherweise in der Durchführung der Studie Fehler gab, denn die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren an Asthma bronchiale erkrankt und die Teilnehmer in der Kontrollgruppe an chronischer Bronchitis (Schmidt-Wolf, Fischer 1990, S. 241–242).

4.3. Asthma und Ernährung

Die Ursachen der weltweiten Zunahme der Erkrankung Asthma bronchiale und Allergien im Kindesalter sind vielfältig. In einer Studie aus Saudi Arabien stellten Forscher im Vorfeld die Hypothese auf, dass sich ungesunde Ernährung negativ auf die Erkrankung Asthma bronchiale auswirkten (Hijazi, Abalkhail et al. 2000, S. 775).

An dieser Studie nahmen 1444 Kinder aus der Stadt Jeddah und mit einem durchschnittlichen Alter von 12 Jahren teil. Die Teilnehmer einer zweiten Gruppe bestand aus 114 Kindern von ländlichen Gebieten Saudi Arabiens die an Asthma und Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten litten. Die Kontrollgruppe bestand aus 202 Teilnehmern, welche nicht an Asthma oder Atemprobleme erkrankt waren. Die Erhebung der Daten erfolgte anhand eines Fragebogens und alle Teilnehmer mussten sich vor Teilnahme der Studie einem skin prick test (Allergietest) unterziehen (Hijazi, Abalkhail et al. 2000, S. 775).

Die Ergebnisse ergaben, dass die Familiengeschichte, allergische Reaktionen und der Verzehr von fast food ein erhöhtes Risiko an Asthma bronchiale zu erkranken und an Atembeschwerden zu leiden darstellten. Es zeigte sich auch, dass Kinder die an Asthma erkrankt waren, wenig Milchprodukte, Gemüse und Getreide zu sich nahmen und ein Mangel an Vitamin E, Calcium, Magnesium und Kalium aufgetreten war. Kinder in der Kontrollgruppe, die nicht an Atemwegserkrankungen litten, nahmen deutlich weniger fast food zu sich

und zeigten eine geringere Allergiebereitschaft. Dieselben Ergebnisse wurden auch in den Gruppen von Kindern aus dem ländlichen Bereich erzielt. Das Geschlecht, die Familiengröße und die soziale Klasse stellten kein erhöhtes Risiko an Asthma zu erkranken dar (Hijazi, Abalkhail et al. 2000, S. 779).

Diese Studie zeigt deutliche Zusammenhänge zwischen Ernährungsgewohnheiten und einem erhöhten Risiko an Asthma bronchiale zu erkranken (Hijazi, Abalkhail et al. 2000, S. 779).

4.4. Homöopathie

Ein Cochrane Review konnte nur drei ausreichende Studien zur homöopathischen Behandlung von Asthma bronchiale finden. In einer Studie wurden Daten von 24 Patienten erhoben und die Resultate der homöopathischen Behandlung führten zu einer Verbesserung des Symptomscores und der forcierten Vitalkapazität (FVC). Es konnte jedoch kein Einfluss auf die Einsekundenkapazität (FEV1) oder Verbesserung der bronchialen Hyperreagibilität festgestellt werden. In einer anderen Studie fanden sich Verbesserungen sowohl in der Behandlungs- als auch in der Placebogruppe. In der letzten, jedoch nicht ausreichend dokumentierten Studie konnte eine Verbesserung der Lungenfunktion in der Behandlungsgruppe dokumentiert werden. Nachdem es bis jetzt nur sehr wenig Studien über die Wirksamkeit der Homöopathie in der Asthmabehandlung gibt, kann diese nicht ausreichend bestätigt werden, dazu wären größere Studien mit definierten homöopathischen Substanzen und klar strukturierten Ausschlusskriterien nötig (Linde, Jobst 2000, S. 345).

4.5. Hypnose

Asthma bronchiale wird in vielen Fällen schulmedizinisch behandelt und doch ist die Nachfrage alternativer Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankung in den letzten Jahren gestiegen. Hypnose wird vor allem in den USA zur Behandlung verschiedenster chronischer Erkrankungen immer beliebter. Nachdem es zurzeit noch sehr wenig signifikante Studien über die Wirkung von Hypnose zur Heilung chronischer Erkrankungen gibt, wird dieser Methode nur wenig Beachtung geschenkt. Diese Therapie kann sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen angewendet werden. Ergebnisse einer geringen Anzahl an Studien versprechen, einen guten Effekt mit dieser Methode erzielt zu haben, aber trotzdem wäre es noch zu früh, Hypnose als Teil einer wirksamen Therapie gegen Asthma anzuerkennen. Um tatsächlich einen positiven Effekt nachweisen zu können, sind mehrere und

Studien mit größerer Teilnehmerzahl nötig. Existierende Daten weisen darauf hin, dass es sich bei der Datenerhebung häufig um Teilnehmer handelte, die der Schulmedizin gegenüber skeptisch eingestellt waren. Kinder hingegen nahmen unvoreingenommen an den Studien teil und sie sprachen besser auf Hypnose an als Erwachsene (Hackmann, Stern et al. 2000, S. 1–15).

4.6. Wirkung von Akupunktur und Akupressur

An der Chang Gung Universität in Tao-Yuan, Taiwan wurde 2003 eine Pilotstudie über die Wirksamkeit von Akupunktur und Akupressur auf die Erkrankung Asthma bronchiale durchgeführt. Ziele dieser Methode sind die Linderung von Symptomen bei verschiedensten chronischen Erkrankungen und die Beschleunigung des Heilungsprozesses. (Maa, Sun et al. 2003, S. 659).

In jener klinischen Pilotstudie, wurde diese Methode in die übliche Behandlungsform miteinbezogen und die Therapie über einen Zeitraum von 8 Wochen genau dokumentiert. Die Behandlung von 41 Teilnehmern wurde im Chang Gung Memorial Hospital (Tao-Yuan, Taiwan) dokumentiert und diese Daten zur Auswertung herangezogen (Maa, Sun et al. 2003, S. 659).

11 Patienten wurden zur Standardversorgung auch akupunktiert, und 17 Patienten wurden zur Standardversorgung akupressiert. 13 Patienten erhielten nur die Standardtherapie. (Maa, Sun et al. 2003, S. 660).

Bei Patienten mit klinisch diagnostiziertem Asthma bronchiale trat eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität ein und die Ergänzung der Standardversorgung durch Akupunktur bestätigt die Wirksamkeit von Akupressur und Akupunktur (Maa, Sun et al. 2003, S. 670.)

4.7. Atemtherapie und Yoga

Das Therapieprinzip von Yoga und Buteyko besteht in der Reduktion der Hyperventilation durch Senkung der Atemfrequenz. In einem Cochrane Review fand sich kein Einfluss auf die Lungenfunktion. In zwei weiteren Studien wurde eine Reduktion des Medikamentenverbrauchs und der Anfallshäufigkeit angegeben. Nach den Kriterien der evidenzbasierten

Medizin kann man derzeit keine Empfehlung für oder gegen die Atemtherapie und Yoga zur Asthmabehandlung geben

www.evidence.de/Leitlinien/leitlinienintern/Asthma_Start/Asthma_Referenzen/asthmareasthma_referenzen554.html (20.04.2012).

Um auf das Ziel meiner Umfrage mittels standardisiertem Fragebogen näher eingehen zu können, werde ich im folgenden Kapitel die dafür verwendete Basis, das Pflegemodell kurz erklären.

5. Pflegemodelle

Erste Formulierungen eines Pflegemodells gehen bis ins 18. Jahrhundert zurück und Ansätze dafür waren bereits in der Arbeit von Florence Nightingale vorhanden. Sie gilt als Begründerin einer modernen, humanistisch orientierten und professionellen Krankenpflege und ihre Grundlagen trugen wesentlich zur Entwicklung des eigenständigen Pflegeberufs bei. Heute werden Pflegemodelle in der Pflege als bedürfnisorientierte Hilfsmittel verwendet um in der Praxis Defizite des Patienten rascher erkennbar zu machen und dementsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Die Orientierung der praktischen Arbeit an Pflegemodellen zeichnet professionelle Pflege aus und unterscheidet diese von der Laienpflege (Müller, 2008 S. 44).

Pflegemodelle versuchen Theorien vereinfacht darzustellen, an denen sich Pflegefachkräfte in ihrem Handeln orientieren können. Es gibt unterschiedliche Pflegetheorien und Pflegemodelle und diese heben abhängig von Elementen und Beziehungen innerhalb der Pflege verschiedene Kontexte hervor. Pflegemodelle bieten eine gute Möglichkeit, die Wirklichkeit zu erfassen, um Bedürfnisse der Menschen zu erkennen, Ziele zu planen und Konzepte zum Wohle des Patienten umzusetzen (Messer, 2003 S. 99).

5.1. Definition Pflegemodell

„Vereinfachte und veranschaulichte Darstellung der gesamten Pflegewirklichkeit mit ihren Bereichen, Strukturen und Verlaufsformen. Die Darstellung kann z.B durch prägnante Begriffe, Diagramme oder Graphiken vorgenommen werden. Im Pflegemodell werden die Komponenten Mensch, Gesellschaft, Gesundheit und Umwelt berücksichtigt.“ (Barth, 1999 S. 19)

5.2. Pflegemodell der Lebensaktivitäten

Ausgangspunkt und pflegetheoretischer Ansatz von Roper, Logan und Tierney auch als *RLT-Pflegermodell* bekannt, ist ein auf Handlungen ausgerichtetes Lebensmodell. Diese Handlungen vollzieht jeder Mensch tagtäglich und zeitlebens und diese Handlungen lassen sich in 12 Aktivitäten gliedern – den Lebensaktivitäten.

1. Für eine sichere Umgebung sorgen
2. Kommunizieren
3. Atmen
4. Essen und Trinken
5. Ausscheiden
6. Sich sauber halten und kleiden
7. Körpertemperatur regeln
8. Sich bewegen
9. Arbeiten und Spielen
10. Sich als Mann/ Frau fühlen und verhalten
11. Schlafen
12. Sterben (Menche, 2011 S. 95)

Zum anderen gingen die Theoretikerinnen davon aus, dass die Durchführung von Handlungen durch verschiedene körperliche, psychische, sozio-kulturelle, umgebungsabhängige und politisch-ökonomische Faktoren in der Art beeinflusst werden, dass ein individueller Grad an Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit von pflegerischer Unterstützung entsteht (Lutz, 2008 S. 54).

In welchem Ausmaß die Erkrankung Asthma bronchiale im Kindesalter die Lebensaktivitäten beeinträchtigt und welche dieser Aktivitäten am Stärksten davon betroffen sind, wurde mittels Fragebogen zu erheben.

5.3. Fragebogenentwicklung

Zur Entwicklung dieses Fragebogens über die Auswirkung von Asthma bronchiale auf die Lebensaktivitäten im Kindesalter wurden zu jeder Lebensaktivität aus dem RLT- Pflege- modell Fragen formuliert. Das Ziel dieser Umfrage ist das frühzeitige Erkennen von Beeinträchtigungen der Lebensaktivitäten im Rahmen der Erkrankung Asthma bronchiale im Kindesalter. Im Übrigen ist zu erwähnen, dass bei der Umfrage keine Fragen zur Lebensaktivität sterben formuliert wurden und somit diese Lebensaktivität nicht in der Auswertung berücksichtigt wurde.

Um geeignete Teilnehmer für diese Umfrage zu finden, wurde via facebook eine Umfrage gestartet und diese im Vorfeld kurz erläutert. Einschlusskriterien, um an der Umfrage teilnehmen zu können waren:

1. ärztlich diagnostiziertes Asthma bronchiale
2. Kinder im Alter zwischen 3 und 12 Jahren
3. das Kind sollte zum Zeitpunkt der Befragung nicht aufgrund von Asthma bronchiale in stationärer Behandlung sein

Freiwillige Teilnehmer erhielten den Fragebogen entweder per e- mail oder per Post und die Umfrage fand im Zeitraum von 01. bis 31. März 2012 statt.

6. Ergebnisse

Im folgenden Teil wird die Auswertung der eingegangenen Fragebögen präsentiert, sowie Schlussfolgerungen auf die Lebensaktivitäten abgeleitet. Da es sich bei der ersten Frage des Fragebogens um eine „Eisbrecherfrage“ (Einleitungsfrage) handelt, wurde diese in der Auswertung nicht berücksichtigt und die Darstellung der Daten beginnt mit Frage zwei.

6.1. Auswertung Fragebogen

2. Wann sind bei Ihrem Kind zum ersten Mal Symptome einer Atemwegserkrankung aufgetreten?

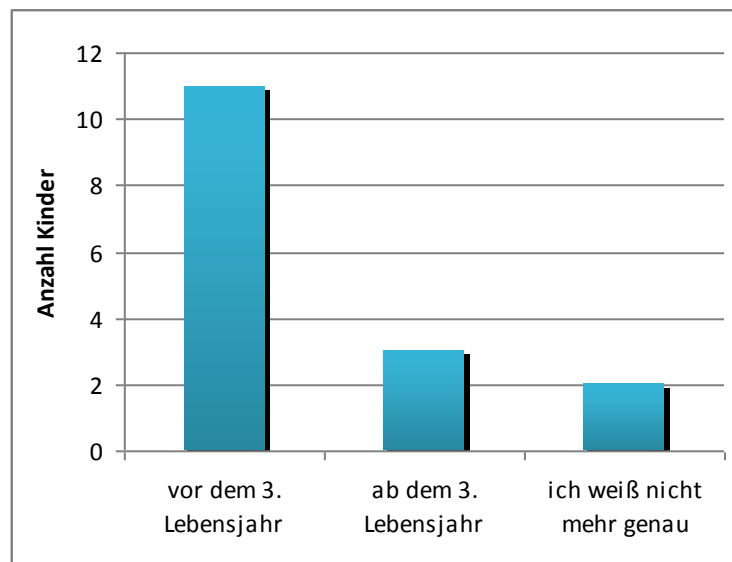


Abbildung 1: Wann Symptome erstmals auftraten

3. Wie stark würden Sie den Bewegungsdrang Ihres Kindes auf einer Skala von 1-10 einschätzen (wobei 1 schwach und 10 stark ist)?

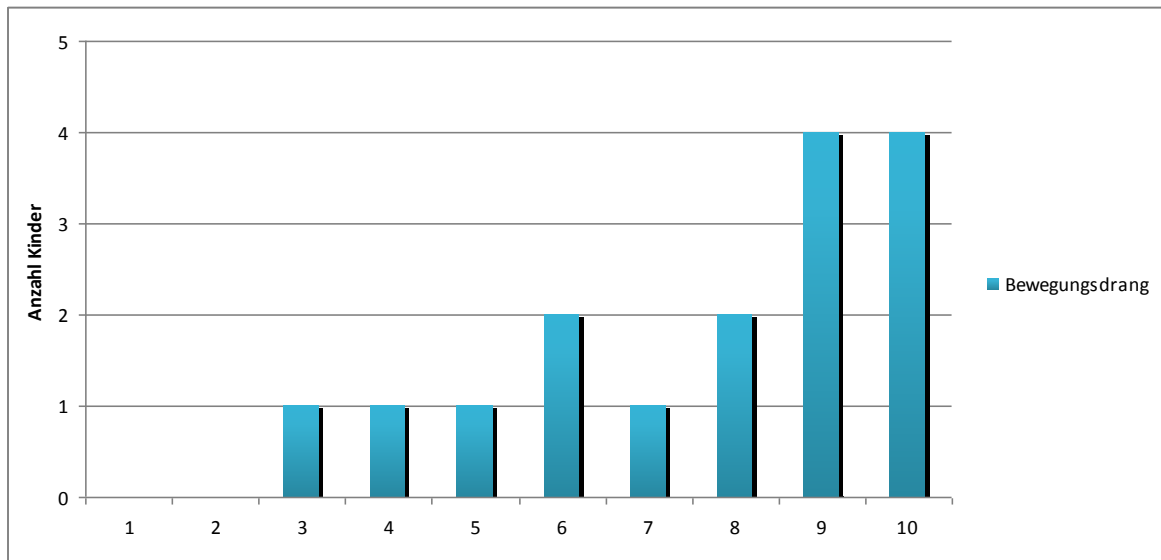


Abbildung 2: Bewegungsdrang des Kindes

4. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich im Freien?

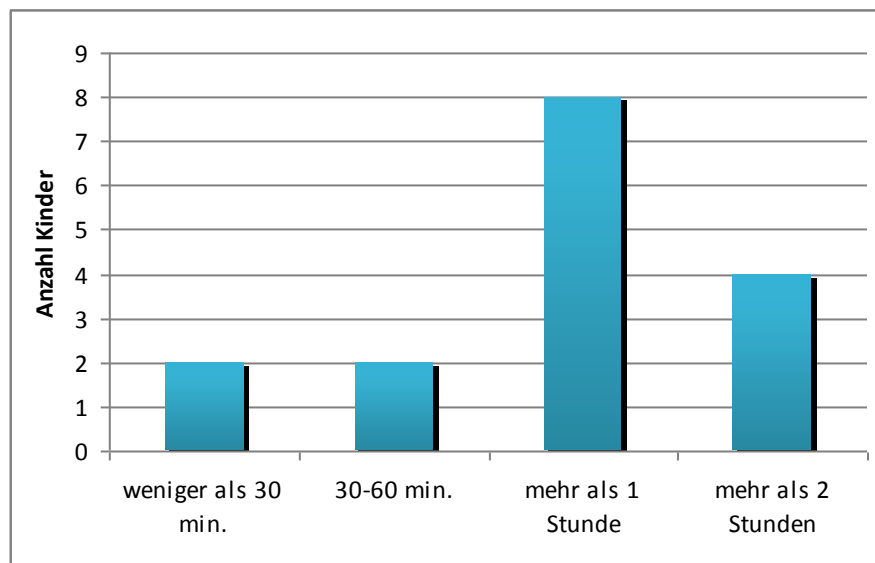


Abbildung 3: Tägliche Zeit im Freien

5. Wirkt Ihr Kind tagsüber oft müde?

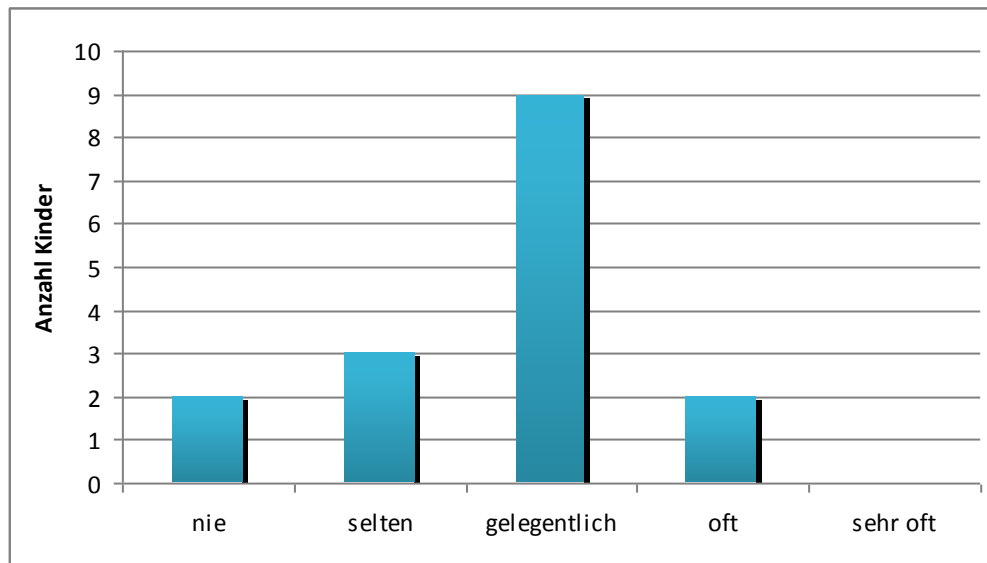


Abbildung 4: Müdigkeit des Kindes tagsüber

6. Wacht Ihr Kind nachts auf und hat Anzeichen einer erschwerten Atmung?

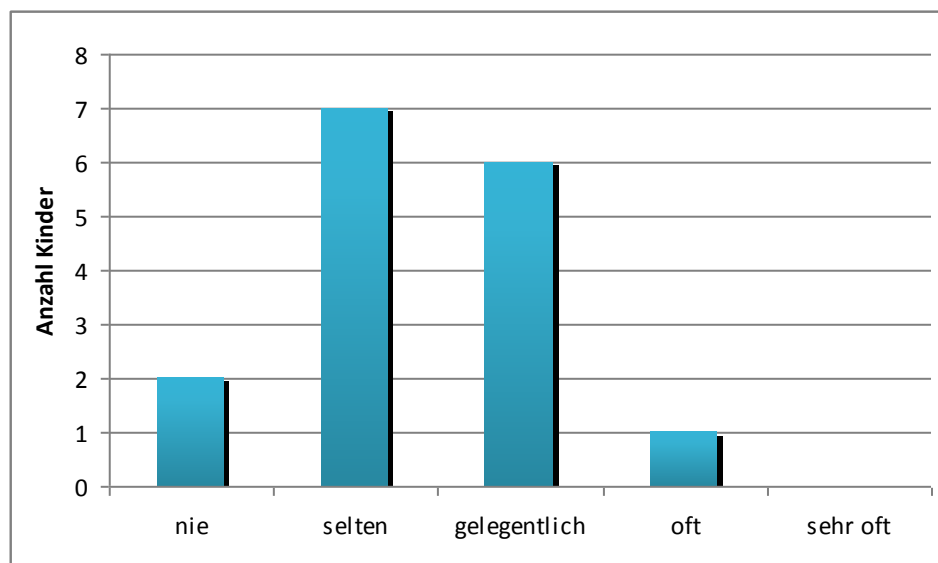


Abbildung 5: Anzeichen erschwelter Atmung nachts

7. Wenn Sie an das Schlafverhalten Ihres Kindes denken, wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich innerhalb von 24h?

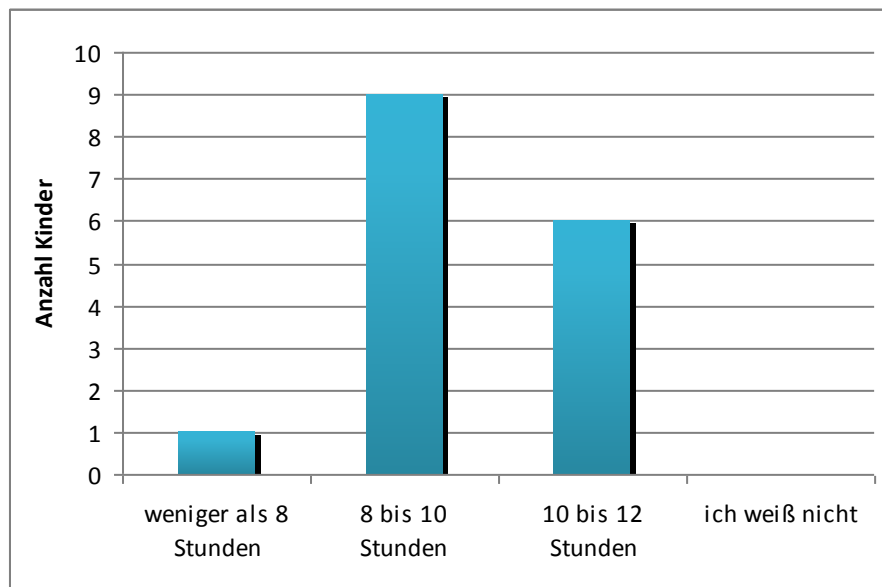


Abbildung 6: Schlafverhalten

8. Benötigt Ihr Kind Hilfe beim An- und Ausziehen?

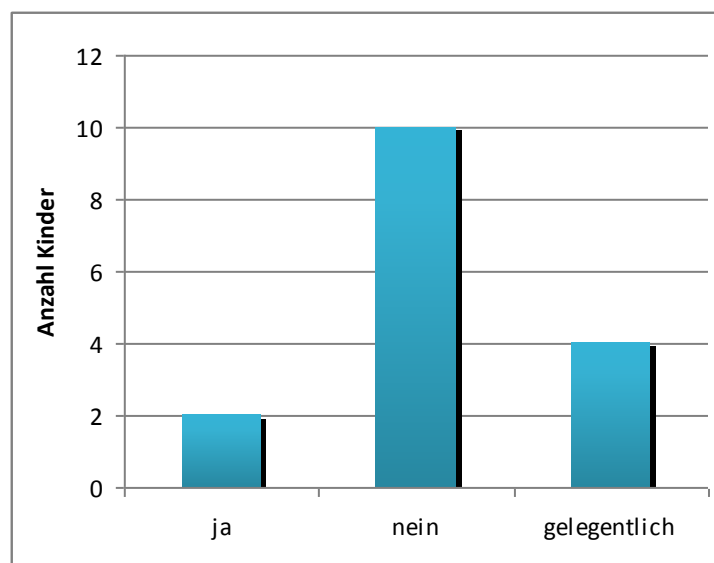


Abbildung 7: Hilfe beim An- und Ausziehen

9. Haben Sie das Gefühl, dass sich ein Vollbad oder eine Dusche positiv auf das Wohlbefinden Ihres Kindes auswirkt?

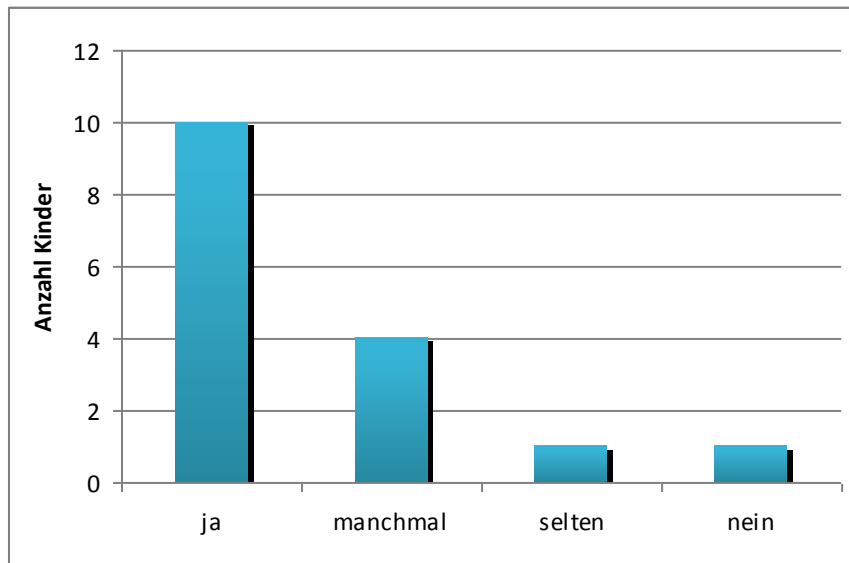


Abbildung 8: Auswirkung von Vollbad oder Dusche auf Wohlbefinden

10. Haben Sie sich mit dem Thema Ernährung und Asthma bronchiale schon einmal beschäftigt?

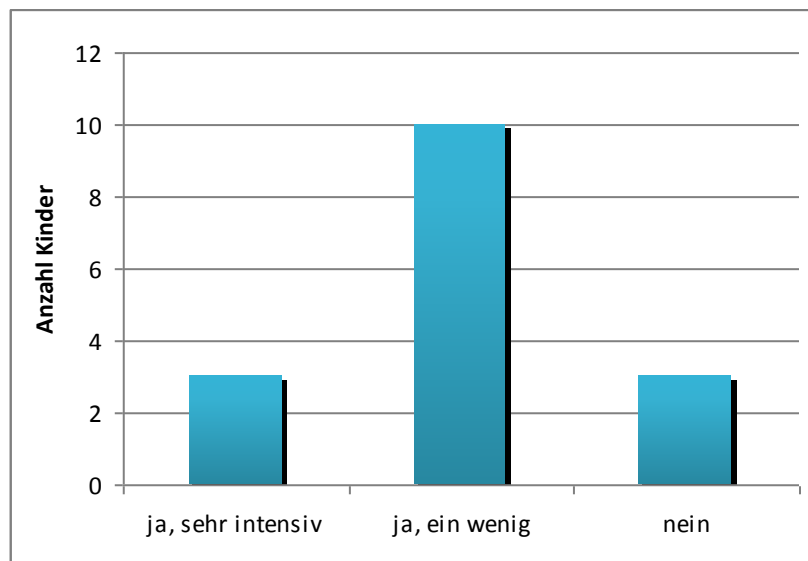


Abbildung 9: Wissen über Ernährung in Zusammenhang mit Asthma

11. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Kind gewisse Nahrungsmittel ablehnt? Wenn ja, welche?
(mehrere Antworten möglich)

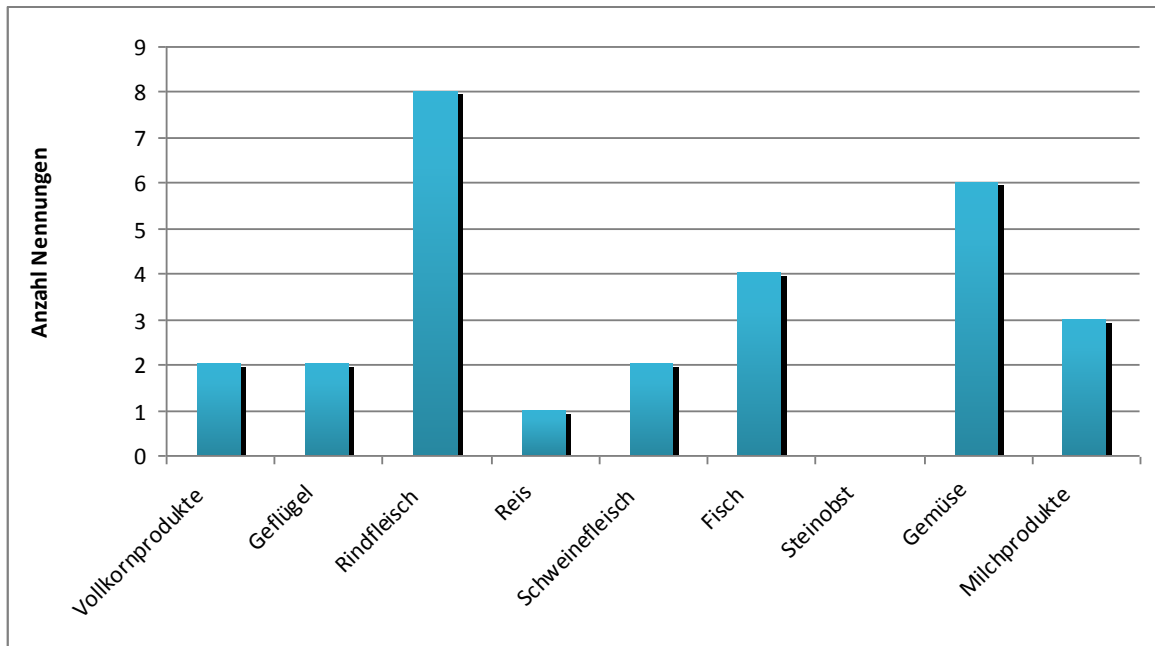


Abbildung 10: Ablehnung gegen gewisse Nahrungsmittel

12. Im Rahmen der Erkrankung Asthma bronchiale treten häufig Verdauungsprobleme auf die sich durch Bauchschmerzen, Verstopfung oder auch Durchfall bemerkbar machen. Leidet auch Ihr Kind an einer dieser Beschwerden? (mehrere Antworten möglich)

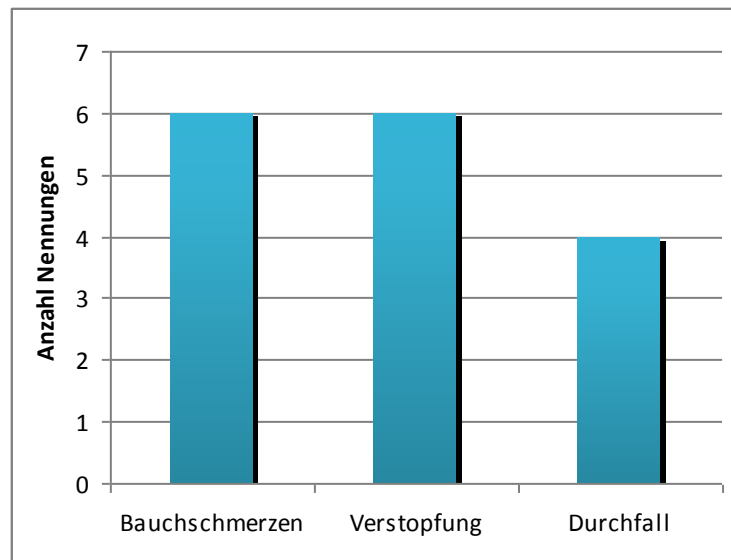


Abbildung 11: Verdauungsprobleme

13. Wie häufig kommt es zum Auftreten von einzelnen oder mehreren Beschwerden?

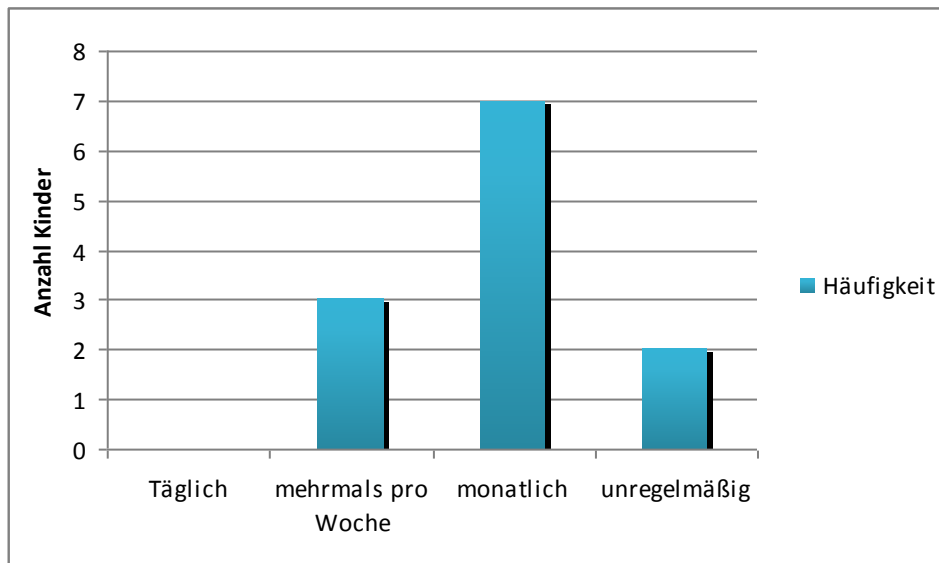


Abbildung 12: Häufigkeit von Verdauungsproblemen

14. Kommt Ihr Kind bei körperlicher Aktivität leicht ins Schwitzen?



Abbildung 13: Schwitzen bei körperlicher Aktivität

15. Fühlen sich Hände und Füße Ihres Kindes oft kalt an?



Abbildung 14: Durchblutung der Hände und Füße

16. Hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten in einer der folgenden Situation mit einer erschwerten Atmung reagiert? (mehrere Antworten möglich)

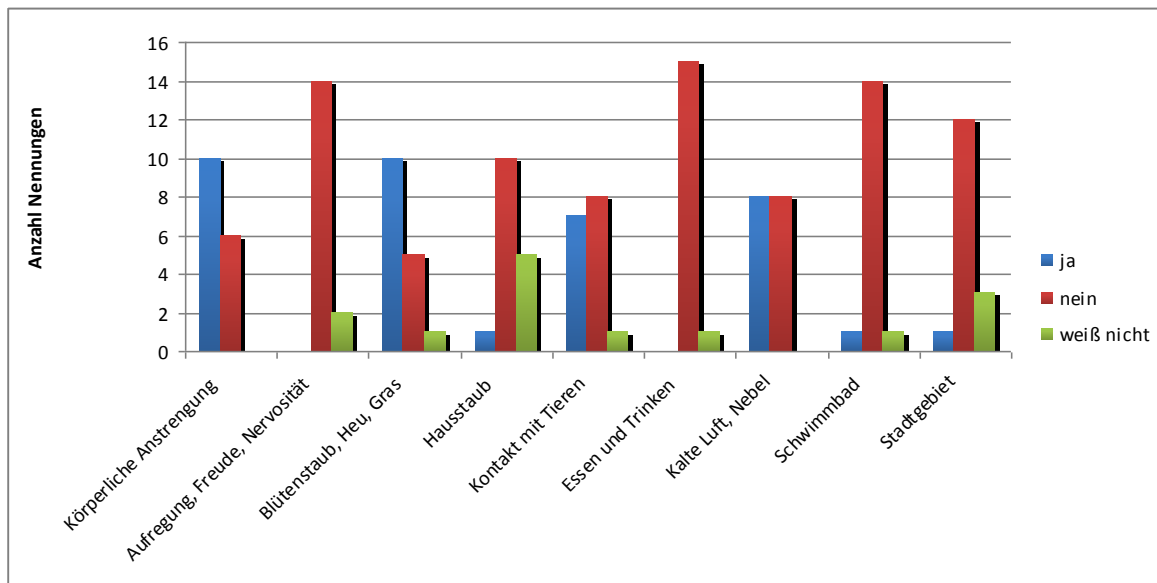


Abbildung 15: Erschwerte Atmung in unterschiedlichen Situationen

17. Versuchen Sie bewusst eine oder mehrere der oben angeführten Situationen für Ihr Kind zu vermeiden, wenn ja welche? (mehrere Antworten möglich)

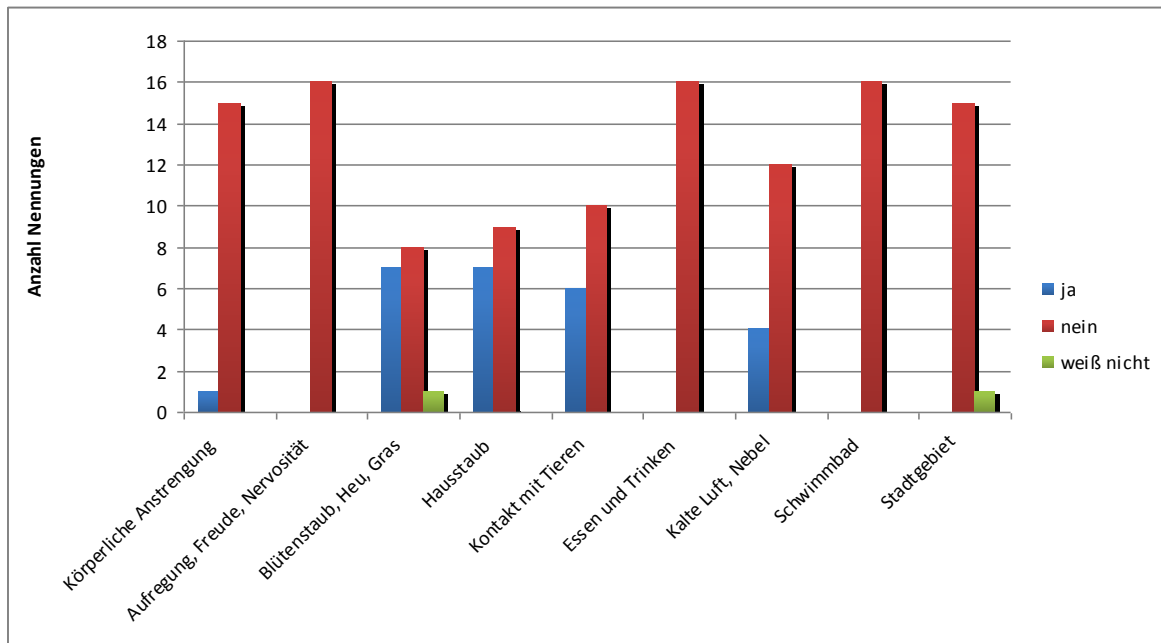


Abbildung 16: Vermeidung unterschiedlicher Situationen durch Eltern

18. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine eingeschränkte Atmung?

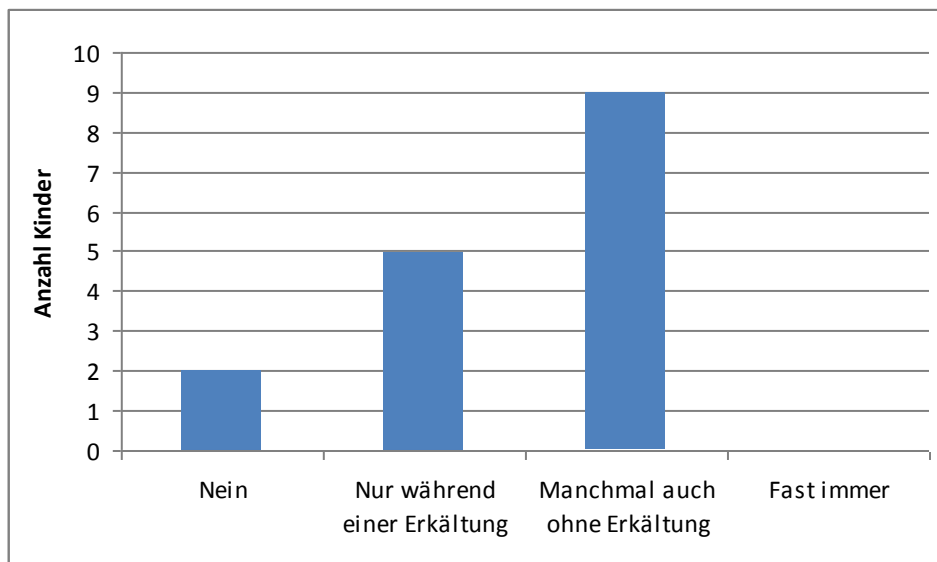


Abbildung 17: Eingeschränkte Atmung innerhalb der letzten 12 Monate

19. Kommt es manchmal vor, dass Ihr Kind aufgrund der Erkrankung Asthma bronchiale keine Lust zum Spielen hat?

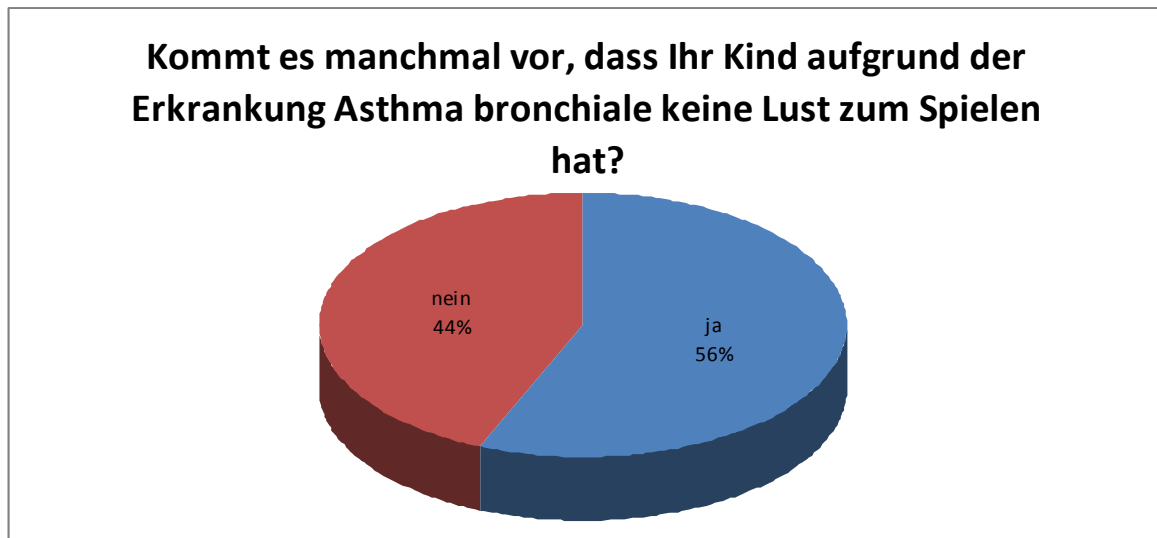


Abbildung 18: Einfluss von Asthma bronchiale auf das Spielverhalten

20. Welche der folgenden Aussagen trifft Ihrer Meinung nach auf Ihr Kind am ehesten zu? (nur eine Antwortmöglichkeit)

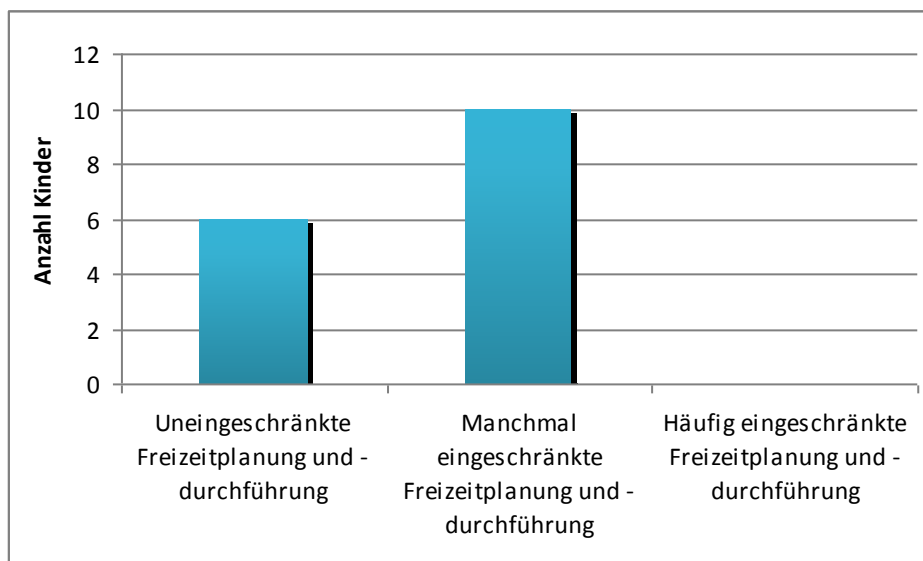


Abbildung 19: Freizeitgestaltung

21. Sind Sie nicht auch der Meinung, dass Kinder alters entsprechend über die Erkrankung Asthma bronchiale Bescheid wissen sollten?

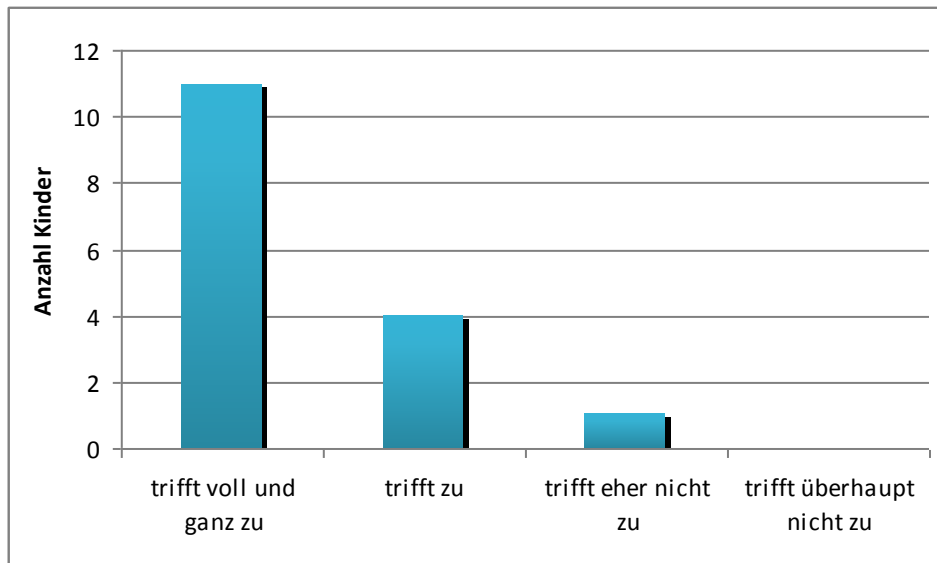


Abbildung 20: Sollen Kinder ihrem Alter entsprechend informiert werden?

22. Von welcher Person wurde Ihrer Meinung nach Ihr Kind am Besten über die Erkrankung Asthma bronchiale informiert?

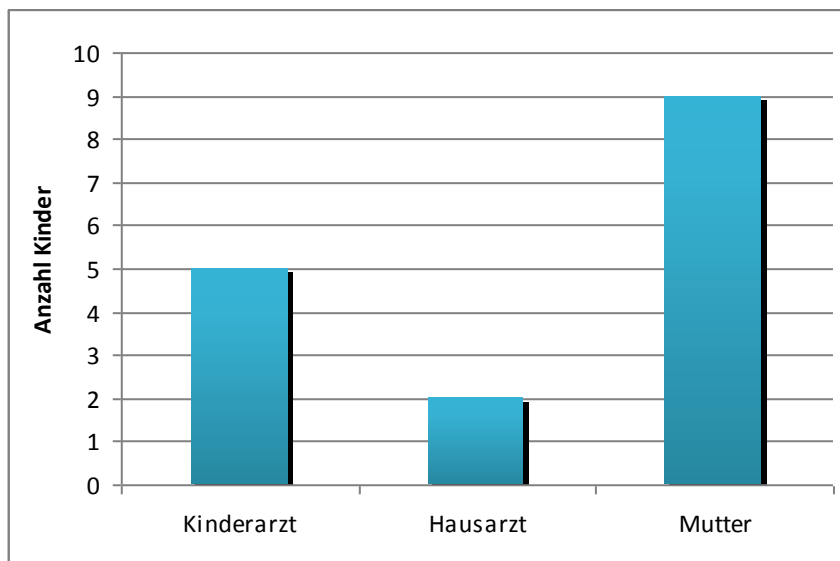


Abbildung 21: Information durch welche Person?

23. Würden Sie sagen, dass die Erkrankung Asthma bronchiale Ihr Kind im Verhalten einschränkt?

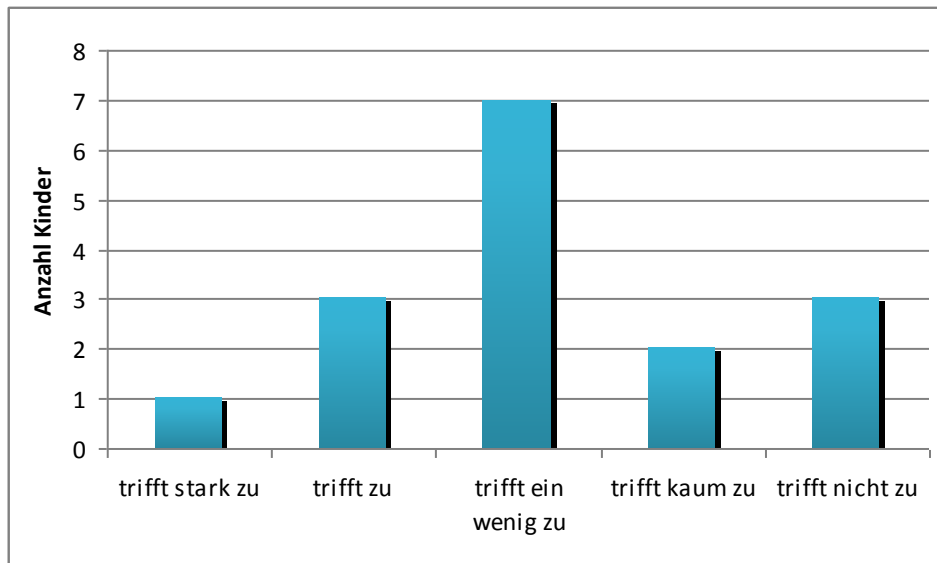


Abbildung 22: Einschränkung im Verhalten durch Erkrankung

24. Ist Ihrer Meinung nach Ihr Kind ausreichend über die Erkrankung Asthma bronchiale informiert?

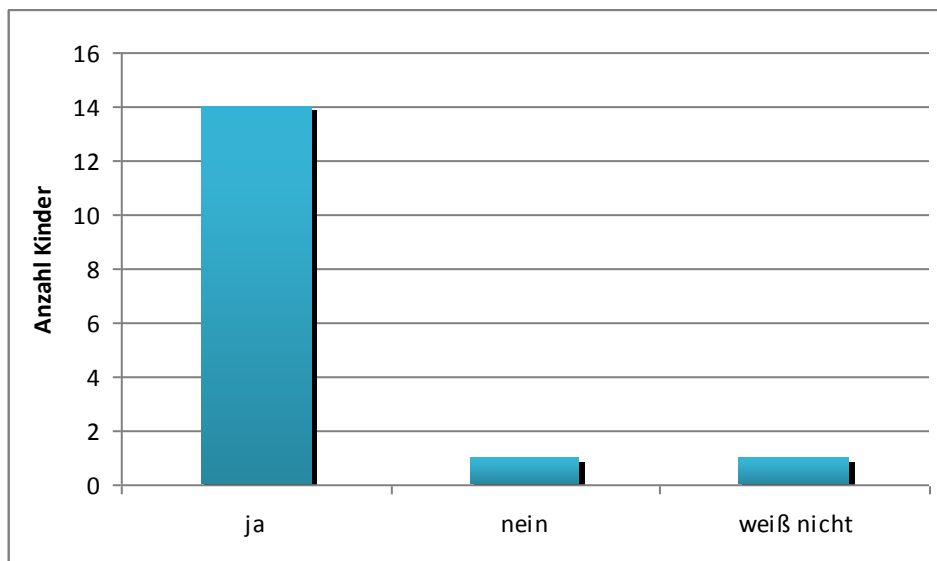


Abbildung 23: Informationsstand des Kindes

25. Wie oft waren Sie mit Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

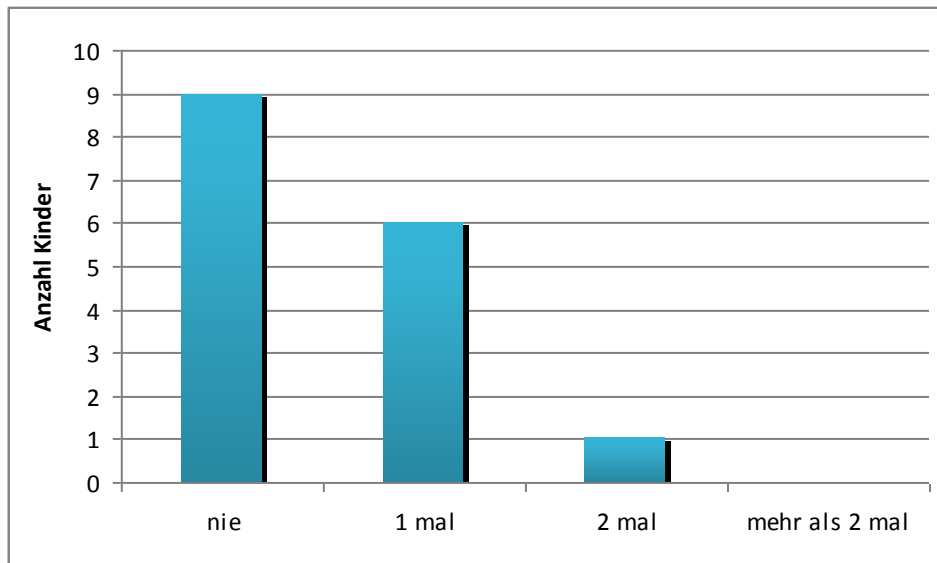


Abbildung 24: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten

26. Wenn Sie an die Medikamente zur Behandlung von Asthma bronchiale Ihres Kindes denken, welche Medikamente verabreichen Sie Ihrem Kind? (mehrere Antworten möglich)

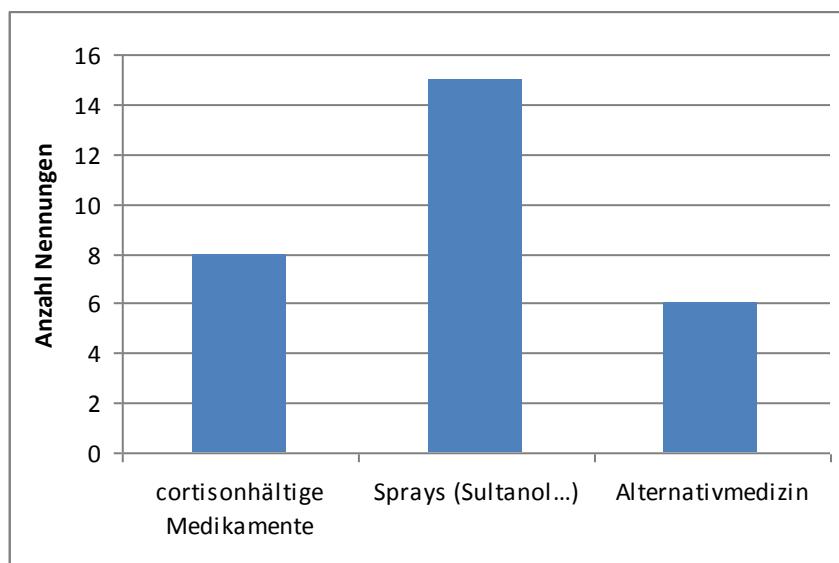


Abbildung 25: Arten der Medikation

27. Geschlecht?

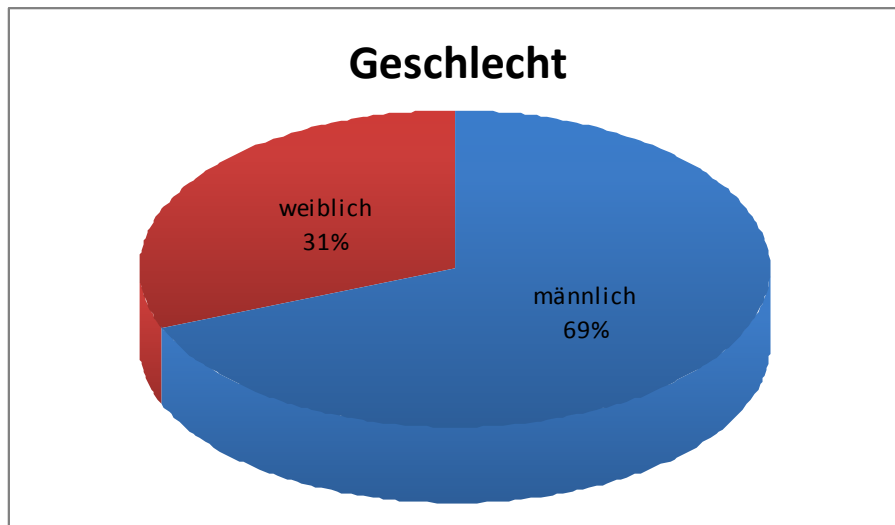


Abbildung 26: Geschlecht

28. Wie alt ist das Kind?

Mittelwert: 7,25 Jahre

29. Wie groß ist das Kind (in cm)?

Mittelwert: 124,0625 cm

30. Wie schwer ist das Kind (kg)?

Mittelwert: 28,84375 cm

Zur Erhebung der Daten wurde ein standardisierter Fragebogen verwendet. An der Umfrage haben sich 18 Personen beteiligt, wobei die Daten von 2 Personen aufgrund des Alters (sie waren älter als 12 Jahre) nicht in die Analyse miteinbezogen werden konnten. Zur Darstellung der Daten wurde mit dem Programm Microsoft Excel gearbeitet und im Rahmen der Analyse Häufigkeiten, Mittelwerte und Anteile in Prozent berechnet und graphisch dargestellt.

6.2. Analyse

Folgende Schwerpunkte konnten herausgearbeitet werden: In der **Abbildung 11** werden Verdauungsprobleme der Kinder nach Symptomen geordnet dargestellt. Von 16 befragten Kindern litten 11 an Verdauungsproblemen, welche sich bei 5 Kindern mit Verstopfung und bei 4 Kindern mit Durchfall äußerten. Ein Kind war von an allen genannten Sympto-

men betroffen. Bei 3 Kindern traten die Probleme mit der Ausscheidung in Zusammenhang mit Bauchschmerzen auf, bei weiteren 3 Kindern traten die Bauchschmerzen ohne Auswirkungen auf die Ausscheidung auf. In mehreren Studien konnte belegt werden, dass diese Symptome hauptsächlich auf die Medikamente zurückzuführen sind, welche erkrankte Kinder dauerhaft nehmen. Ein gehäuftes Auftreten dieser Symptome ist vor allem bei Kindern mit allergischem Asthma zu beobachten. Aus diesem Grund zeigt sich die Lebensaktivität Ausscheidung in Zusammenhang mit der Verdauung am meisten auf das Wohlbefinden der Kinder, auszuwirken. Erst in zweiter Linie stellt die Lebensaktivität Atmung ein Problem für die Betroffenen dar, denn es ist davon auszugehen, dass nach Diagnosestellung eine wirksame Behandlung eingeleitet wurde und somit die Symptome dieser Erkrankung gut kontrollierbar geworden sind.

In **Abbildung 15** wird die erschwerte Atmung in unterschiedlichen Situationen dargestellt, demnach reagierten 10 der befragten Kinder bei körperlicher Anstrengung, Blütenstaub, Heu und Gras mit einer erschwerten Atmung. Es ist in erster Linie davon auszugehen, dass diese Kinder an Allergie induziertem Asthma leiden. In 7 der genannten Fälle versuchen Eltern auslösende Faktoren wie Blütenstaub, Heu und Gras zu vermeiden, wobei die körperliche Anstrengung kaum als Risikofaktor gesehen wird. Kein Zusammenhang konnte in der Vermeidung von Hausstaub in 7 Fällen, siehe **Abbildung 16**, hergestellt werden, da es sich dabei nur in einem Fall um einen Triggerfaktor handelt.

In **Abbildung 26** ist zu erkennen, dass 69% männliche und 31% weibliche Teilnehmer an Asthma bronchiale leiden. Studien bestätigen dieses Ergebnis, wobei in der Pubertät und im Erwachsenenalter kein gehäuftes Auftreten dieser Erkrankung geschlechtsbedingt festzustellen ist. Im Rahmen der medikamentösen Behandlung ist auffallend, dass alternative Medizin zur Behandlung in 6 Fällen nur im Zusammenhang mit Schulmedizin verwendet wurde. Diese Patienten nahmen zusätzlich cortisonhaltige Medikamente und Sprays zu sich. (**Abbildung 26**)

7. Fazit

Asthma zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit. Die Prävalenz für Allergien und Asthma steigt seit den 1950er Jahren kontinuierlich an und ist in Stadtgebieten höher als auf dem Land. In weiterer Folge kann diese chronische Erkrankung zu einer Beeinträchtigung der Lebensaktivitäten führen

www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/asthma.at_HK.html (03.03.2012).

Die Therapiemaßnahmen bei Asthma im Kindesalter sind mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse in den letzten Jahren auf internationaler Ebene standardisiert worden. Die Behandlung der Schulmedizin ist symptomorientiert und sollte eine Verbesserung oder die Heilung der Erkrankung bewirken. Dabei kommen hauptsächlich Medikamente zum Einsatz (Jänicke, Grünwald 2006 S. 36).

Alternative Heilverfahren versuchen auf die individuelle Reifung und Entwicklung des Kindes einzugehen und diese zu unterstützen. Dabei wird nach Ursachen für die entsprechende Erkrankung gesucht und demnach der Körper in seiner Heilung unterstützt. Diese Form der Behandlung sollte kein Ersatz für die Schulmedizin sein sondern als Ergänzung gesehen werden. Der Wunsch einer Zusammenarbeit beider Disziplinen nimmt auch im europäischen Raum immer mehr zu (Jänicke, Grünwald 2006 S. 37).

Nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin kann man derzeit nur beschränkt Empfehlung für alternative Heilmethoden zur Asthmabehandlung geben

www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Asthma_Start/Asthma_Referenzen/asthmareasthma_referenzen554.html (20.04.2012).

Im Rahmen einer Umfrage konnte festgestellt werden, dass es zu einem vermehrten Auftreten von Durchfall, Verstopfung und Bauchschmerzen im Zusammenhang mit der Erkrankung Asthma bronchiale gekommen ist. Diese Symptomatik wird auch in anderen Studien beschrieben und ist hauptsächlich auf die Medikamente zur Behandlung dieser Erkrankung zurückzuführen.

8. Literaturverzeichnis

Barth M. (1999) Qualitätsentwicklung und Sicherung in der Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München.

Britten J., Pavord I., Richards K., Wisniewski A., Knox A., Lewis S., Tattersfield A., Weiss S. (1994) Dietary magnesium, lung function, wheezing, and airway hyperreactivity in a random adult population sample. In: *Lancet*. Aug. 6 (8919) pp. 357–362.

De Gruyter W. (2000) *Pschyrembel. Therapeutisches Wörterbuch*. Walter de Gruyter Verlag, Berlin, New York .

Hackmann R.M., Stern J.S., Gershwin M.E. (2000) Hypnosis and asthma: a critical review. In: *Journal of Asthma* Feb 37(1), pp. 1–15.

Hohenegger M. (2005) Der akute Asthmaanfall. In: *Intensivpflege* 13 (2), S. 52–56.

Hijazi N., Abalkhail B., Seaton A. (2000) Diet and childhood asthma in a society in transition: a study in urban and rural Saudi Arabia. In: *Thorax* Sep 55(9), pp. 775–779.

Jänicke C., Grünwald J. (2006) *Alternativ heilen. Kompetenter Rat aus Wissenschaft und Praxis*. Gräfe und Unzer Verlag.

Kroegel C. (2002) *Asthma bronchiale. Pathogenetische Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Koletzko B., Harnack G.-A. (2010) *Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. 13. Auflage, Springer Verlag, Berlin.

Linde K., Jobst K., Panton J. (2000) Homöopathy for chronic asthma.

Lutz F. (2008) Psychiatrische Pflege. Unterrichts-Arbeitsmaterialien für die Aus-, Fort und Weiterbildung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Maa S.H., Sun M.F., Maa S.H., So M.F., Hsu K.H., Hung T.J., Hsu K.H., Hung T.J., Chen H.C., Yu C.T., Wang C.H., Lin H.C. (2003) Effect of acupuncture or acupressure on quality of life of patients with chronic obstructive asthma: a pilot study. In: J. Altern Complement medicin Oct 9(5), pp. 659–657.

Menche N. (Hg.) (2011) 5. Auflage, Pflege heute. Urban und Fischer Verlag.

Messer B. (2003) Tägliche Pflegeplanung in der ambulanten Pflege. Beispiele und Lösungen. Schlütersche Verlag, Hannover.

Müller H. (2008) Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Schlütersche Verlag, Hannover.

Rieger C., van der Hardt H., Sennhauser F. H., Wahn U., Zach M . (2004) Pädiatrische Pneumologie. Springer Verlag, Berlin.

Schmölcke S. (2003) Leben mit Asthma. Schlütersche Verlag, Hannover.

Schmidt-Wolf I., Fischer J. (2000) Effect of a stay in the North Sea climate on lymphocyte subpopulations in the peripheral blood of patients with exogenous allergic bronchial asthma and chronic bronchitis. In: Pneumologie 44 Suppl 1 pp. 241–242.

Teverovski L. (2006) Einblicke in unseren Körper. Wissenswertes über Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten. Books on Demand Verlag.

Internetadressen:

www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/asthma.at_HK.html (03.03.2012)

www.asthma.versorgungsleitlinien.de/ (10.02. 2012)

www.heilstollen.at/gesundheitsfoerderung/therapien.html (29.01.2012)

www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Asthma_Start/Asthma_Referenzen/asthmareasthma_referenzen554.html
(20.04.2012)

www.aalen.de/sixcms/detail.php?id=14015&_bereich=1600 (07.02.2012)

www.aalen.de/sixcms/detail.php?id=14010&_bereich=1600 (07.02.2012)

www.evidence.de (20.04.2012)

9. Anhang

Nadine Gams

Fruhmannweg 26a

8042 Graz

FRAGEBOGEN „ASTHMA BRONCHIALE IM KINDESALTER“

Liebe Eltern!

Als Studentin der Medizinischen Universität Graz des Studiengangs Gesundheits- und Pflegewissenschaft führe ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit eine Umfrage zum Thema Asthma bronchiale im Kindesalter durch. Diese Umfrage sollte die Auswirkung von Asthma bronchiale auf die Lebensaktivitäten darstellen. Ich bitte Sie, sich ein paar Minuten Zeit für die Beantwortung der Fragen zu nehmen und versichere Ihnen, dass der Fragebogen völlig vertraulich behandelt wird.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Briefumschlag und senden Sie diesen bis spätestens 31.03.2012 an die oben angeführte Adresse.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1. Wie stark treffen folgende Eigenschaften auf ihr Kind zu?

fröhlich trifft stark zu trifft zu trifft weniger zu trifft nicht zu
zufrieden trifft stark zu trifft zu trifft weniger zu trifft nicht zu
sensibel trifft stark zu trifft zu trifft weniger zu trifft nicht zu
sehr aktiv trifft stark zu trifft zu trifft weniger zu trifft nicht zu

2. Wann sind bei Ihrem Kind zum ersten Mal Symptome einer Atemwegserkrankung aufgetreten?

vor dem 3. Lebensjahr nach dem 3. Lebensjahr ich weiß nicht mehr genau

3. Wie stark würden Sie den Bewegungsdrang Ihres Kindes auf einer Skala von 1-10 einschätzen?

Kein Bewegungsdrang starker Bewegungsdrang
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich im Freien?

weniger als 30 min. 30-60min. mehr als 1 Stunde mehr als 2 Stunden

5. Wirkt Ihr Kind tagsüber oft müde?

nie selten gelegentlich oft sehr oft

6. Wacht Ihr Kind nachts auf und hat Anzeichen einer erschwerten Atmung?

nie selten gelegentlich oft sehr oft

7. Wenn Sie an das Schlafverhalten Ihres Kindes denken, wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich innerhalb von 24h?

weniger als 8 Stunden 8 bis10 Stunden 10bis12 Stunden ich weiß
nicht

8. Benötigt Ihr Kind Hilfe beim An- und Ausziehen?

ja nein gelegentlich

9. Haben Sie das Gefühl, dass sich ein Vollbad oder eine Dusche positiv auf das Wohlbefinden Ihres Kindes auswirkt?

ja manchmal selten nein

10. Haben Sie sich mit dem Thema Ernährung und Asthma bronchiale schon einmal beschäftigt?

ja, sehr intensiv ja, ein wenig nein

11. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Kind gewisse Nahrungsmittel ablehnt? Wenn ja, welche? (mehrere Antworten möglich)

Vollkornprodukte <input type="checkbox"/>	Geflügel <input type="checkbox"/>	Rindfleisch <input type="checkbox"/>
Reis <input type="checkbox"/>	Schweinefleisch <input type="checkbox"/>	Fisch <input type="checkbox"/>
Steinobst <input type="checkbox"/>	Gemüse <input type="checkbox"/>	Milchprodukte <input type="checkbox"/>

12. Im Rahmen der Erkrankung Asthma bronchiale treten häufig Verdauungsprobleme auf die sich durch Bauchschmerzen, Verstopfung oder auch Durchfall bemerkbar machen. Leidet auch Ihr Kind an einer dieser Beschwerden? (mehrere Antworten möglich) Leidet Ihr Kind an keiner der unten angeführten Beschwerden, weiter mit Frage 14.

Bauchschmerzen Verstopfung Durchfall

13. Wie häufig kommt es zum Auftreten von einzelnen oder mehreren Beschwerden?

Täglich mehrmals pro Woche monatlich unregelmäßig

14. Kommt Ihr Kind bei körperlicher Aktivität leicht ins Schwitzen?

ja nein

15. Fühlen sich Hände und Füße Ihres Kindes oft kalt an?

ja nein

16. Hat Ihr Kind in den vergangenen 12 Monaten in einer der folgenden Situationen mit einer erschwerten Atmung reagiert? (mehrere Antworten möglich)

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Körperliche Anstrengung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Aufregung, Freude, Nervosität | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Blütenstaub, Heu, Gras | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Hausstaub | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Kontakt mit Tieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Kalte Luft, Nebel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Schwimmbad | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Stadtgebiet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

17. Versuchen Sie bewusst eine oder mehrere der oben angeführten Situationen für Ihr Kind zu vermeiden, wenn ja welche? (mehrere Antworten möglich)

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Körperliche Anstrengung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Aufregung, Freude, Nervosität | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Blütenstaub, Heu, Gras | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Hausstaub | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Kontakt mit Tieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Kalte Luft, Nebel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Schwimmbad | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Stadtgebiet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

18. Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten eine eingeschränkte Atmung?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> |
| Nur während einer Erkältung | <input type="checkbox"/> |
| Manchmal auch ohne Erkältung | <input type="checkbox"/> |
| Fast immer | <input type="checkbox"/> |

19. Kommt es manchmal vor, dass Ihr Kind aufgrund der Erkrankung Asthma bronchiale keine Lust zum Spielen hat?

ja nein

20. Welche der folgenden Aussagen trifft Ihrer Meinung nach auf Ihr Kind am ehesten zu? (nur eine Antwortmöglichkeit)

Ich kann Freizeitaktivitäten mit meinem Kind uneingeschränkt planen und durchführen.

Manchmal kommt es vor, dass sich der Zustand meines Kindes aufgrund der Erkrankung Asthma bronchiale kurzfristig verschlechtert und wir geplante Freizeitaktivität nicht durchführen können.

Es kommt häufig vor, dass sich der Zustand meines Kindes aufgrund der Erkrankung Asthma bronchiale kurzfristig verschlechtert und wir geplante Freizeitaktivität nicht durchführen können.

21. Sind Sie nicht auch der Meinung, dass Kinder altersentsprechend über die Erkrankung Asthma bronchiale bescheid wissen sollten?

trifft voll und ganz zu

trifft zu

trifft eher nicht zu

trifft überhaupt nicht zu

22. Von welcher Person wurde Ihrer Meinung nach Ihr Kind am Besten über die Erkrankung Asthma bronchiale informiert?

Kinderarzt

Hausarzt

Mutter

23. Würden Sie sagen, dass die Erkrankung Asthma bronchiale Ihr Kind im Verhalten einschränkt?

trifft stark zu trifft zu trifft ein wenig zu trifft kaum zu trifft nicht zu

24. Ist Ihrer Meinung nach Ihr Kind ausreichend über die Erkrankung Asthma bronchiale informiert?

ja nein weiß nicht

25. Wie oft waren Sie mit Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

nie 1mal 2mal mehr als 2mal

26. Wenn Sie an die Medikamente zur Behandlung von Asthma bronchiale Ihres Kindes denken, welche Medikamente verabreichen Sie Ihrem Kind? (mehrere Antworten möglich)

cortisonhaltige Medikamente Sprays (Sultanol...) Alternativmedizin

Im anschließenden Teil möchte ich Sie um einige Angaben Ihr Kind betreffend bitten.

27. a) Geschlecht männlich weiblich

28. b)Wie alt ist das Kind _____?

29. c)Wie groß ist das Kind _____?

30. d)Wie schwer ist das Kind _____?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!