ZVEZA KORONARNIH DRUŠTEV IN KLUBOV SLOVENIJE

Vseživljenjska rehabilitacija koronarnega bolnika

Priročnik za bolnike

20

Izdano ob 20-letnici Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije

Vseživljenjska rehabilitacija koronarnega bolnika

Priročnik za bolnike

Nagovor uredništva

Alenka Babič, podpredsednica ZKDKS

Priročniku za popotnico ...

Izdaja Priročnika za koronarne bolnike je bila pomemben del koncepta praznovanja 20-letnice Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije že od prvih razmišljanj o njem pred letom in pol. Z aktivnostmi ob praznovanju smo želeli v slovenski strokovni javnosti in posebej še med koronarnimi bolniki povečati prepoznavnost našega dela, predvsem pa prispevati k vključevanju novih koronarnih bolnikov v aktivnosti vseživljenjske rehabilitacije, ki poteka v društvih. V priročniku smo želeli zbrati nekaj prispevkov kardiologov, ki že dolga leta sodelujejo kot strokovni vodje v društvih, in opozoriti na nekatere glavne teme, pomembne za ohranjanje zdravja koronarnih bolnikov. Obenem pa smo ga namenili predstavitvi delovanja društev po Sloveniji in s tem večji povezanosti klubov in društev v Zvezi in medsebojnemu sodelovanju.

Z izvolitvijo novega vodstva Zveze, predvsem nove predsednice, prof. dr. Irene Keber, ki je prevzela delo strokovne urednice priročnika, so naše aktivnosti dobile nov zagon. Od začetnih skromnih ambicij imamo zdaj v priročniku petnajst prispevkov vodilnih strokovnjakov na področju slovenske kardiologije ter še nekaj drugih prispevkov, ki obravnavajo najpomembnejše teme sobivanja bolnikov s koronarno boleznijo.

20-letnici Zveze je namenjeno drugo poglavje, v katerem smo dali besedo predstavnikom treh društev, ustanoviteljev Zveze: Aleksandri Gorup, prvi predsednici Koronarnega kluba Ljubljana in Zveze, prim. Janezu Tasiču, dr. med., ustanovitelju in dolgoletnemu strokovnemu vodji koronarnega kluba Celje, ter prim. mag. Dorjanu Marušiču, častnemu članu Koronarnega društva Slovenske Istre.

V tretjem poglavju so zbrani podatki o našem delovanju v vseh sedemnajstih društvih/klubih ter Zveze. Kljub prizadevanjem uredništva*, da bi poenotili predstavitve, se te med seboj še vedno precej razlikujejo. Nekatera društva so več pozornosti namenila zgodovini svojega delovanja, druga pestri vsebini obstoječih aktivnosti. Prispevke smo takšne, kot smo jih prejeli, objavili, vključujejo le popravke lektorice. To je prva natisnjena obširnejša predstavitev našega delovanja, v nas-

lednji izdaji priročnika jo bomo prav gotovo dopolnili in oblikovali drugače.

S hvaležnostjo objavljajmo tudi oglase farmacevtskih podjetij in dveh zdravilišč, ki so prispevali sredstva za pokritje stroškov tiska. In ne nazadnje, priročnik vključuje tudi vse aktualne kontaktne podatke o našem delovanju, tudi osebno predstavitev predsednikov, vodij vaditeljev ter strokovnih vodij društev, katerih namen je, da bodo poti do nas čim krajše.

Priročnik je namenjen koronarnim bolnikom, obstoječim članom društev in klubov in tistim, ki se nam bodo v naslednjih letih še pridružili. Želimo si, da bi po njem čim pogosteje posegali ter v njem našli veliko spodbud za uspešno sobivanje s svojo boleznijo.

Alenka Babič

Uredniški odbor: Alenka Babič, glavna urednica, prof. dr. Irena Keber, dr. med., strokovna urednica,

Alojz Brajkovič, Ladislav Pevnik, Ana Sirc, Marjeta Jančič in Lilijana Žerdoner.

Priprave na 20-letnico ZKDKS ter izdajo priročnika so potekale v času menjave vodstva Zveze, zato je bil ob pričetku dela, spomladi 2016 sprejet sklep, da delo organizacijskega odbora in uredništva opravlja formalno izvoljeni izvršni odbor Zveze.

Kazalo

Pozdravni govor ob dvajsetletnici Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS) 8
Prof. dr. Irena KEBER, dr. med.

1. del PRIROČNIK ZA BOLNIKE 10
Za preprečevanje napredovanja in zapletov ateroskleroze moramo živeti ... 11
Prof. dr. Zlatko Fras, dr. med., FESC, FACC
Rehabilitacija koronarnih bolnikov - aktualne smernice po posameznih fazah 17
doc. dr. Borut Jug, dr. med.
Možnost trajne rehabilitacije v koronarnih klubih in društvih 22
Prof. dr. Irena Keber, dr. med.
Telesna vadba in koronarni bolniki 26
dr. Tjaša Vižintin Cuderman, dr.med.
Telesna vadba pri bolnikih s srčnim popuščanjem 30
Prof. dr. Irena Keber, dr. med.
Pomen opolnomočenja bolnika s srčnim popuščanjem 33
Prof.dr. Matjaž Šinkovec, dr.med.
Ishemična bolezen srca pri ženskah 36
Dr. Barbara Gužič Salobir, dr.med.
Koronarna bolezen in psiha 39
Dr. Nina Vene, dr. med.; specialist kardiovaskularne medicine
Vloga kardiologa kot strokovnega mentorja društva, pomen vključevanja bolnikov v društva, osebne izkušnje 41
Cirila Slemenik Pušnik, dr. med.
Skupinski posvet s kardiologom v koronarnem klubu/društvu – dober nasvet ali drugo mnenje? 44
Mirko Bombek, dr. med

Vloga strokovnega mentorja kluba - osebne izkušnje v koronarnem klubu brežice 48
Mojca Savnik Iskra, dr. med.
Celovita obravnava koronarnega bolnika od akutnega dogodka do dolgotrajne rehabilitacije 52
Simon Korošec, dr. med.
Spremembe življenjskega sloga in adherenca zdravljenja pri bolnikih s koronarno boleznijo 54
asist. dr. David Žižek, dr. med.
Je rehabilitacija koronarnega bolnika ekonomsko upravičena? 56
Prim. Janez Tasič, dr.med.
Spolnost in srce 59
prim. Janez Poles, dr. med.
Prehrana koronarnega bolnika: Kako spremeniti prehranske navade v zdrave? 62
Janja Strašek, univ. dipl. ing. živilske tehnologije
Skrbimo za svoje srce 66
Lilijana Žerdoner, mag. zdr. nege
Ko kardiolog postane srčni bolnik 68
prim. Janez Poles, dr. med.
Življenje s srčno boleznijo 72
Ivan Žagar
Za vsako stisko se najde – srce. Izpoved 63–letne članice koronarnega društva 78
Koronarka in prostovoljka Milena

2. del: 20 letnica zveze - pogled nazaj, prispevki ustanoviteljev 80
Spomini na ustanovitev Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS) 81
Aleksandra Torić Gorup, Marjetka Mahnič
Koronarni klub Celje ob obletnici zveze KK in društev Slovenije 87
Prim. Janez Tasič, dr.med.
Koronarno društvo Slovenske Istre 95
Prim. mag. Dorijan Marušič, dr. med., častni član KDSI

3. del: Delovanje koronarnih društev, klubov ter zveze danes 97
KORONARNI KLUB LJUBLJANA 98
Petra Alenka Simpson Grom

KORONARNI KLUB CELJE 102
Franjo Luc
KORONARNO DRUŠTVO SLOVENSKE ISTRE 104
Ladislav Pevnik
KORONARNO DRUŠTVO GORENJSKE 108
Ferdo Meglič
KORONARNO DRUŠTVO POSTOJNA 110
Janez Čuček
KORONARNI KLUB SEVNICA 112
Vladimira Tomšič
KORONARNO DRUŠTVO RADENCI 114
Edvard Metličar
KORONARNI KLUB SAVINJSKA DOLINA ŽALEC 116
Mihael Randl
KORONARNI KLUB MEŽIŠKE DOLINE 118
Ivan Žagar
KORONARNI KLUB MARIBOR 120
Darinka Pečovnik
KORONARNI KLUB BREŽICE 123
Alojz Brajkovič in Mojca Savnik Iskra, dr.med.
KORONARNI KLUB MISLINJSKE DOLINE 125
Dominik Javornik
ŠALEŠKI KORONARNI KLUB VELENJE 128
Erika Berlak
KORONARNO DRUŠTVO ILIRSKA BISTRICA 132
Jože Valenčič
KORONARNI KLUB DRAVSKE DOLINE 136
Marjan Ternik
DRUŠTVO KORONARNIH BOLNIKOV DOLENJSKE IN BELE KRAJINE 139
Marinka Picelj
ZVEZA KORONARNIH DRUŠTEV IN KLUBOV DANES 142
Alenka Babič

Pozdravni govor ob dvajsetletnici Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS)

Prof. dr. Irena Keber, predsednica ZKDKS

Letos praznujemo dvajsetletnico ustanovitve Zveze koronarnih društev in klubov (ZKDKS). Leta 1996 so namreč Koronarni klub Ljubljana, Koronarni klub Celje in Koronarno društvo Slovenske Istre podpisali pogodbo o ustanovitvi Zveze. Sprejet je bil statut in leta 1997 je bila Zveza Slovenije vpisana v register društev. Zveza je dobila status društva, ki deluje v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva, leta 2005 pa status humanitarne organizacije.

Ob nastanku je bilo v Zvezo vključenih 590 bolnikov. Postopno se je število društev večalo, tako da jih je zdaj 17 in delujejo v 81 krajih po Sloveniji. Število članov je od začetnih 590 porastlo na 3670 v letu 2016. V temeljni program vseživljenjske rehabilitacije koronarnih bolnikov, ki poteka v 146 skupinah v vseh društvih preko vsega leta, je bilo vključenih 2740 članov. Vadbo vodi 135 posebej usposobljenih vaditeljev in vaditeljic, ki so končali poseben tečaj Temeljnega usposabljanja vaditeljev za delo s koronarnimi bolniki. Program sledi smernicam kardiološke stroke in ga je potrdil strokovni svet Zveze.

S svojim delovanjem po vsej Sloveniji in s programom vseživljenjske rehabilitacije koronarnih bolnikov so koronarna društva in klubi postali pomemben dejavnik pri varovanju zdravja srčnih bolnikov. Z dejavnostjo koronarnih društev odpravljamo dejavnike tveganja, ustrezno zdravimo ter izboljšujemo telesno, duševno in socialno počutje bolnikov. Tako podaljšujemo življenje in kar je še pomembneje, izboljšamo kvaliteto življenja. Rehabilitacija po infarktu ali katerem koli drugem srčno-žilnem dogodku ne more biti kratkotrajna, ampak mora kot celovit pristop – redna telesna dejavnost, odstranjevanje dejavnikov tveganja in jemanje predpisanih zdravil in psihosocialna podpora – trajati vse življenje. Bistveno je, da bolnik spozna, da z vseživljenjsko rehabilitacijo, z nenehno skrbjo za čim bolj aktivno življenje, v resnici za svoje zdravje lahko največ naredi sam. Programi, namenjeni preventivi bolezni srca in ožilja ter programi rehabilitacije koronarnih bolnikov, ki jih izvajajo društva, vsekakor pomenijo pomemben prispevek k obvladovanju njihovih bolezenskih stanj. Koronarni bolniki se tudi v domačem okolju počutijo veliko bolj varne, saj se dvakrat tedensko re-

dno srečujejo tako s sebi enakimi kot tudi s profesionalno obravnavo v okviru skupin. V društvu je prostor in priložnost za pogovore, za premagovanje strahu pred novimi zapleti in tudi za medsebojno pomoč.

Zveza usklajuje skupne interese članov, nudi pomoč pri delu članov Zveze ter spodbuja medsebojne izmenjave mnenj in izkušenj. Zagotavlja izvajanja skupnih programov, organizira stalno strokovno usposabljanje sodelavcev za delo s koronarnimi bolniki. Skrbi za zagotavljanje sredstev za izvajanje teh programov in njihovo zakonito porabo. Nudi pomoč koronarnim bolnikom pri ustanavljanju novih društev in klubov, sodeluje s sorodnimi organizacijami doma in v tujini, obvešča člane, javnost in organe oblasti o svoji dejavnosti s področja varovanja zdravja koronarnih bolnikov. Aktivno deluje na področju širitve mreže vadbenih skupin, s čimer omogoča dostop do aktivnosti čim večjemu številu koronarnih bolnikov. Z aktivnim sodelovanjem s kardiološko stroko zagotavlja vključevanje najnovejših spoznanj v vsebino aktivnosti bolnikov.

Na zaključku ob obletnici čestitam članom, vaditeljem in strokovnim sodelavcem Zveze in jim želim uspešno delo tudi v prihodnje. Naši cilji so ustanavljanje novih društev v regijah, kjer jih zdaj še ni (Posočje, Pomurje) in povečanje števila članov, tako da bomo tesneje sodelovali s kardiološko stroko ter družinskimi zdravniki in da bo tudi v javnosti naše delo bolj odmevno.

1. del

PRIROČNIK ZA BOLNIKE

Za preprečevanje napredovanja in zapletov ateroskleroze moramo živeti ...

Prof. dr. Zlatko Fras, dr. med., FESC, FACC

Specialist kardiologije/vaskularne medicine in interne medicine
Predsednik Združenja kardiologov Slovenije

O pomenu delovanja Zveze koronarnih klubov in društev Slovenije in nadaljnje krepitve izvajanja njihovih programov

Breme

Bolezni srca in žilja ostajajo v razvitem delu sveta vodilni vzrok umiranja prebivalstva, kljub temu, da se je v preteklih 30 letih srčno-žilna umrljivost več kot prepolovila in zgolj v zadnjem desetletju zmanjšala za 30 %. Neslavno prvenstvo jim v nekaterih okoljih počasi prevzema rak, od leta 2009 naprej velja tak podatek tudi za moški del prebivalstva Slovenije. Zaradi srčno-žilnih zapletov umre pri nas vsako leto še vedno okoli 7500 ljudi, slaba tretjina zaradi koronarne srčne bolezni. Slednja tako vsakodnevno zahteva vsaj 5 življenj, in to kljub dejstvu, da smo prav pri njeni oskrbi v zadnjem obdobju napredovali najbolj – umrljivost zaradi posledic koronarne ateroskleroze je zdaj za celo 40 % manjša kot pred desetimi leti. Izračuni kažejo, da v primerjavi s takratnim obdobjem zaradi krepitve srčno-žilnega zdravja in boljše oskrbe z aterosklerozo povezanih stanj v Sloveniji vsako leto prihranimo okoli 1400 življenj (ali kar 4 vsak dan). Ob sicer silovitem napredku sodobne vrhunske kardiologije v ožjem smislu lahko takšno zmanjšanje v vsaj enaki meri pripišemo tudi vsestranski in učinkovitejši preventivi, ki naj bi bila celo uspešnejša kot vsi medicinski posegi po nastopu bolezni. Smo lahko zadovoljni ali pa še boljši? Kje še imamo potencialne rezerve, ki jih lahko izkoristimo do tedaj, ko bomo aterosklerozo morebiti dokončno izkoreninili?

Smisel preprečevanja ateroskleroze

Ateroskleroza je bolezen, ki prične s svojimi kliničnimi izraznimi oblikami praviloma napadati in lahko tudi usodno prizadene ljudi v njihovih najbolj produktivnih letih, koronarna ateroskleroza pa je najpogostejša in najbolj usodna med boleznimi srca in žilja sodobne dobe. Tudi v svoji najhujši obliki je lahko skoraj brez simptomna – kar vsak tretji srčni infarkt naj bi bil nerazpoznan, saj je bodisi netipičen ali tih. Z izraženo koronarno boleznijo zboli 1 izmed 5 oseb, mlajših od 60 let, nenadna smrt pa je ena od zelo izstopajočih

značilnosti bolezni – v 1 izmed 6 primerov je nenadna smrt prvi, edini in poslednji "znak". Učinkovitega vzročnega zdravila nimamo, zato je zdravljenje ogroženih in bolnikov z že razvito boleznijo osredinjeno v odpravljanje dejavnikov tveganja za njen nastanek in upočasnitev. Klinično zdravljenje je namenjeno zgolj odpravljanju posledic napredovalega bolezenskega procesa.

V širšem smislu obsega preprečevanje ateroskleroze splošne ukrepe, katerih prvi cilj je zmanjševanje ogroženosti celotne populacije, drugi zajema usmerjene dejavnosti za iskanje najbolj ogroženih posameznikov in odpravljanje prisotnih dejavnikov tveganja, tretji pa preprečevanje pojavljanja vnovičnih zapletov bolezni pri tistih, ki so srčno-žilni dogodek že imeli. Kljub številnim znanstvenim dokazom o učinkovitosti preventivnih ukrepov je udejanjanje na teh izsledkih oblikovanih strokovnih smernic v klinični in javnozdravstveni praksi nezadovoljivo. Izsledki štirih raziskav EUROASPIRE, ki zajemajo bolnike z izraženo koronarno boleznijo (po akutnem koronarnem dogodku oziroma perkutani in/ali kirurški revaskularizaciji srčne mišice) in v katerih slovenska stroka sodeluje že vse od leta 1996, kažejo na precejšnje vrzeli med priporočili in vsakdanjo prakso. Preventivna kardiologija je zato zdaj v strokovno-organizacijskem smislu zavezana predvsem iskanju načinov za doslednejše izvajanje dokazano učinkovitih ukrepov v vsakodnevni klinični praksi.

Celovita rehabilitacija in zmanjševanje vnovičnih zapletov z aterosklerozo povezanih bolezni

Vključevanje zbolelih v formalne programe srčno-žilne rehabilitacije je v mednarodnem merilu zelo uveljavljen in priznan kazalnik kakovosti oskrbe koronarne srčne bolezni. Večina programov temelji na telesni vadbi, hkrati pa v bolj ali manj formalizirani obliki bolnikom ponujajo tudi raznovrsten obseg ukrepov sekundarne preventive – izobraževanje, spremljanje in psihosocialno podporo. Zaradi samoumevnega in sočasnega prepletanja postopkov rehabilitacije in preprečevanja ponovnih akutnih zapletov ob manifestni aterosklerotični bolezni stroka čedalje manj zamejuje oba vidika oskrbe, vedno pogosteje govorimo o celostnih programih (sekundarne) preventive (in/ali rehabilitacije).

V več zahodnih državah so že pred leti začeli spodbujati oblikovanje programov in centrov za klinično preventivno kardiologijo, ki so namenjeni celostnemu ocenjevanju ogroženosti in obvladovanju dejavnikov tveganja, zgodnjemu prepoznavanju, bolnikom z izraženo aterosklerozo pa zagotavljanje ustrezne sekundarno-preventivne zaščite ter rehabilitacije. Ustanavljanje tovrstnih preventivnih timov in programov priporočajo vse sodobne strokovne smernice. Njihovo učinkovitost je potrdila obsežna skupna analiza raziskav, ki so proučevale strukturirane preventivne programe. Izkazalo se je, da poleg boljše urejenosti dejavnikov tveganja in ustreznejšega

predpisovanja zdravil, s čimer izboljšajo kakovost življenja vključenih bolnikov, zmanjšajo umrljivost tudi do 20 %. Poudariti velja, da sodobne raziskave širijo domet tradicionalno koronarnim in bolnikom s srčnim popuščanjem namenjene srčno-žilne rehabilitacije, tako da jo v zadnjem času vse več smernic priporoča tudi bolnikom po presaditvi srca, s hudo kronično pljučno hipertenzijo, diastoličnim srčnim popuščanjem, periferno arterijsko boleznijo, pa tudi odraslim bolnikom s prirojenimi srčnimi napakami.

Dejstvo je, da se v zadnjem času vse pogosteje srečujemo z bolniki po zelo kratkotrajni hospitalizaciji zaradi akutnega koronarnega sindroma in brez ustrezne zgodnje rehabilitacije, med katero bi se seznanili s svojo boleznijo in dobili navodila o ustreznih oz. varnih telesnih obremenitvah. Večina kakovostnih raziskav, ki so potrdile učinkovitost rehabilitacije (na primer po srčnem infarktu), je preučevala uspešnost ambulantnih oblik, ki v večini potekajo večkrat (3- do 5-krat) tedensko in trajajo 12 tednov ali več. Da bi lahko bili v svojih strokovnih prizadevanjih še boljši, bi si mrežo takšnih centrov za preventivno kardiologijo seveda želeli tudi pri nas. Veseli nas, da je slovenska stroka preventivne kardiologije po nekajletnih pogajanjih nedavno le dosegla soglasje za uveljavitev takšnega posodobljenega modela univerzalno dostopne rehabilitacije srčno-žilnih bolnikov tudi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Predpostavimo, da bomo na tej podlagi uspeli v nekaj letih v integrirane oziroma celostne programe srčno-žilne rehabilitacije in sekundarne preventive vključiti večino naših bolnikov. Bo to vse? Ali lahko storimo še kaj, morda že danes? Zavedamo se (tudi izkustveno), da je srčna rehabilitacija v svojem bistvu dolgotrajen, pravzaprav nikoli dokončan proces, ki ga ni mogoče oziroma ga ne smemo omejevati zgolj na zgodnje obdobje po (akutnem) srčno-žilnem dogodku. Pomeni nenehno upoštevanje priporočil za bolj zdrav življenjski slog s hkratnim ustreznim farmakološkim dopolnjevanjem uravnavanja dejavnikov tveganja oziroma zmanjševanja celotne srčno-žilne ogroženosti. Skratka, bolnikom narekuje vsakodnevno resnično bolj »zdravo življenje« celovitega prepleta priporočil in prakse sekundarnega preprečevanja. Tak okvir pomeni po drugi strani tudi, da ni mogoče načrtovati, še manj pa pričakovati, da bi lahko postopke celostne srčno-žilne rehabilitacije in sekundarne preventive (kot jih sicer v obdobju po akutnih dogodkih izvajamo v ožjem okviru zdravstvene dejavnosti) v celoti in trajno zagotavljali v obliki univerzalno dostopnih storitev znotraj zdravstvenih ustanov.

Doživljenjsko izboljševanje kakovosti življenja in zdravja – tudi po obdobju “institucionalne” rehabilitacije – lahko našim bolnikom omogočimo le z ustreznim opolnomočenjem za “samooskrbo”. Vsak izmed njih mora biti kar najbolje informiran in poučen o naravi bolezni, njenih vzrokih, pričakovanem poteku,

pa tudi priporočenih medicinskih postopkih in intervencijah. Zanesljivo najpomembnejši korak k zagotavljanju trajnih sprememb je, da slehernemu bolniku omogočimo ponotranjenje in popolno razumevanje navedenega. In zaživi drugače. Mi pa jim moramo biti v (nenehno) pomoč in podporo. Le kje in kako lahko to storimo za večino bolnikov bolje kot v krogu sovrstnikov, ki so obremenjeni s podobnimi vprašanji, težavami in strahovi? Ena od možnih rešitev je na dlani. Če bi uspeli z uresničitvijo zamisli, da večini srčno-žilnih bolnikov po obdobju celovite ambulantne rehabilitacije omogočimo tudi široko dostopno vseživljenjsko aktivno sekundarno preprečevanje zapletov bolezni v okviru koronarnih društev in klubov, bi lahko tudi v spremenjenih razmerah dosegli potreben presežek. Po svoje bi lahko bil tak program unikaten v primerjavi s podobnimi v drugih državah.

Vseživljenjska rehabilitacija in vloga koronarnih klubov

Filozofija neprecenljivosti udejanjanja načel vseživljenjske rehabilitacije/sekundarne preventive pri koronarnih bolnikih je bila v slovenski prostor prenesena v začetku 80-ih let 20. stoletja z ustanovitvijo prve neprofitne, laične prostovoljske humanitarne skupnosti bolnikov, ki so se organizirali v Koronarni klub Ljubljana (KKL). Predani zdravniki, ki so se poglobljeno ukvarjali s to problematiko, skupaj z nekaj bolj angažiranimi bolniki samimi so namreč ugotovili, da je po zaključku organiziranega rehabilitacijskega programa dolgotrajno oz. vseživljenjsko vztrajanje pri zdravem načinu življenja ter redno jemanje predpisanih zdravil pogosto težavno. KKL je preprosto »moral nastati«, saj so ga vpleteni potrebovali ... Iz tega kluba, ki je v slovenskem okolju odigral pionirsko vlogo in še zdaj predstavlja osrednje stičišče povezanega delovanja nacionalne zveze klubov in društev, so se dejavnosti počasi širile tudi drugam. V okviru KKL se še zdaj oblikujejo skoraj vse bistvene strokovne vsebine in aktivnosti za delovanje zveze – klub predstavlja v Sloveniji osrednje jedro, temeljni kamen, na katerem postopoma, skladno z razvojem novih znanstvenih spoznanj kardiološke stroke, gradimo vseobsegajočo dolgotrajno rehabilitacijo, s katero ne le preprečujemo ponovne akutne manifestacije bolezni, pač pa delujemo zlasti v smislu ohranjanja oziroma povečevanja kakovosti življenja koronarnih bolnikov. Izkazalo se je, da imajo – ne glede na pomembno več težav z zdravjem – v koronarni klub vključeni bolniki v primerjavi s svojimi zdravimi vrstniki boljše socialno življenje, so manj osamljeni in imajo višjo stopnjo samozaupanja in samozavesti.

Kot eno izmed najštevilčnejših združenj bolnikov v Sloveniji sodi Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS) v sam ožji vrh tistih slovenskih nevladnih organizacij, ki na podlagi udejanjanja strokovno utemeljenih in verificiranih programov tvorno sodelujejo v procesih izboljševanja kakovosti zdravstvenega varstva. V večdesetletnem delovanju

koronarnih klubov in društev v Sloveniji so se oblikovale dragocene izkušnje, ki usmerjajo kontinuirano delovanje sedanje zveze na področju vseživljenjske rehabilitacije koronarnih in drugih srčnih bolnikov. Pri tem je bil v prvem obdobju delovanja klubov glavni poudarek sicer res predvsem na zagotavljanju razmer za redno telesno vadbo vključenih članov, v zadnjem poldrugem desetletju pa so se, še zlasti na podlagi izkazanih potreb članstva in znanstvenih dognanj ter strokovnih usmeritev srčno-žilne medicine v celoti, še posebej pa preventivne kardiologije, dejavnosti precej razširile. Gre za sledenje ciljem celostne doživljenjske rehabilitacije, v katero se poleg spodbujanja in zagotavljanja možnosti rednega gibanja/vadbe vključujejo predvsem svetovanja glede zdrave prehrane in za kakovostno življenje nujne uravnovešenosti psihosocialnih dejavnikov osebnosti bolnikov ter njihovega ožjega ter širšega okolja.

Ni dvoma, da je ZKDKS v prvih dvajsetih letih svojega obstoja zaradi povezovanja regijskih in lokalnih koronarnih društev in klubov na nacionalni ravni več kot opravičila svoj obstoj. V tem obdobju je poleg uveljavljanja pomena in izboljševanja usklajene strokovne kakovosti programov ter usposabljanja vaditeljev in drugih sodelavcev ves čas spodbujala nastajanje in ustanavljanje novih klubov in vadbenih skupin, kar dokazuje tudi nenehna rast članstva. Kljub svoji nesporni uspešnosti pa se zveza pri svojem delu nenehno srečuje s številnimi problemi, zlasti neurejenim sistemom financiranja, kar precej pogojuje tudi sedanje, tako kadrovske kot infrastrukturne (prostorske) težave.

Poslanstvo in obveza

Nedavna pregledna mednarodna analiza je pokazala zavidljivo raven slovenske srčno-žilne medicine, saj nas je uvrstila v zgornjo petino držav v Evropi. Kljub temu v vrhu stroke, ki jo združujemo v okviru Združenja kardiologov Slovenije, verjamemo, da smo lahko še boljši, še posebej, če si bomo znali za svojo odličnost v dejavnosti izboriti ustreznejšo raven virov, tako kadrovskih kakor tudi materialnih. Obstoječe uspehe lahko nadgradimo z oblikovanjem integrirane nacionalne strategije, določneje opredeljene mreže izvajalcev in zlasti konkretnega akcijskega načrta dejavnosti na področju srčno-žilne medicine, k čemur nas nenazadnje zavezujejo tudi usmeritve in strateški dokumenti, ki so bili v zadnjih letih sprejeti na ravni držav članic Evropske zveze.

Kar nekaj nas je, večnih strokovnih optimistov in nepopravljivih zanesenjakov srčno-žilne preventive, ki iskreno verjamemo, da so tudi pred ZKDKS še boljši časi, obdobje, ko bo morda tudi zdravstvena politika in blagajna končno prepoznala dodano vrednost vsakega posameznega evra, ki ga vložimo v ta vidik doživljenjske oskrbe kroničnih srčno-žilnih bolnikov. Prepričano verjamemo, da je mogoče univerzalno dostopnost vrhun-

ske kardiovaskularne medicine celotnemu prebivalstvu Slovenije ohraniti le s trdnim partnerstvom med stroko in bolniki oziroma civilno družbo. Učinkovit bo lahko namreč le program, v katerem bomo uspeli na ravni splošnega nacionalnega soglasja in pripravljenosti za sodelovanje tudi v izvedbenem projektu združiti znanstvene, strokovne in izvajalske sile iz vseh zdravstvenih ustanov, strokovnih medicinskih združenj, vladnih struktur in – nenazadnje – (še kako premalo vidnih in slišanih!) nevladnih organizacij. Glavni cilj je iskanje novih sinergij, ki jih ponuja sistematičen simultani pristop. Dobro podlago imamo v izkušnji organizacije in delovanja slovenskega Foruma za preventivo bolezni srca in žilja, v okviru katerega ima že vse od ustanovitve prav ZKDKS eno vidnejših vlog.

Naj ob vseh izrazih hvaležnosti ter občudovanja slovenskim koronarnim klubom in društvom ob njihovem skupnem jubileju zaključim z izrazom pričakovanja. Le z neomajnim in doslednim sledenjem končnemu ambicioznemu cilju – zagotoviti celostno doživljenjsko srčno-žilno rehabilitacijo in podporo kakovostnemu življenju vsem tistim, ki ju potrebujejo – bo tudi v celoti izpolnjeno plemenito poslanstvo te enkratne humanitarne organizacije. Zadovoljno življenje članov in njihovih družin bo najboljše priznanje in nagrada, pa tudi (samo)potrditev.

Rehabilitacija koronarnih bolnikov - aktualne smernice po posameznih fazah

doc. dr. Borut Jug, dr. med.

Srčno-žilna rehabilitacija je proces, ki osebam z boleznimi srca in žilja omogoči, da zaživijo polno življenje. Sloni na usklajeni uporabi vseh sredstev, ki bolnikom pomagajo povrniti, ohranjati in krepiti zdravje. Gre za ukrep, ki je po učinkovitosti primerljiv posegom in zdravilom, saj zmanjša srčno-žilno umrljivost za četrtino, celokupno umrljivost pa za petino. Zato jo tudi vse ameriške in evropske (tudi slovenske) strokovne smernice svetujejo kot priporočilo I. (najvišjega) razreda, vključitev v formalni program srčno-žilne rehabilitacije pa je priznan kazalnik kakovosti oskrbe srčno-žilnih bolnikov.

Programi rehabilitacije so sprva (v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja) sloneli na telesni vadbi (t. i. exercise-based rehabilitation), saj so prvenstveno stremeli k izboljšanju telesne zmogljivosti srčno-žilnih bolnikov po dolgotrajni imobilizaciji zaradi srčnega infarkta. Z učinkovitejšo oskrbo bolnikov v akutni fazi bolezni se je bolnišnično zdravljenje skrajševalo, rehabilitacijski programi pa so nase začeli prevzemati vse večji del oskrbe srčno-žilnih bolnikov ter postali celostni (t. i. comprehensive cardiac rehabilitation). Vse boljše preprečevanje in zdravljenje bolezni na eni strani ter staranje prebivalstva na drugi sta tudi predrugačila diapazon srčno-žilnih bolezni; žarišče se vse bolj odmika od akutnih zapletov h kroničnim, dolgotrajnim in napredujočim procesom, njihovo obvladovanje se vse bolj osrednja na bolnika, saj od njega zahteva vseživljenjsko skrb za lastno zdravje in zdrav življenjski slog.

Faze srčno-žilne rehabilitacije

Rehabilitacijo zato razumemo kot vseživljenjski proces, ki se različnim fazam bolezni — od akutnega dogodka preko aktivnega okrevanja do stabilne kronične faze — sicer prilagaja z ustreznimi organizacijskimi pristopi, vendar vsebinsko sledi zelo podobnim strokovnim usmeritvam. V grobem jo lahko razdelimo v tri faze:

- bolnišnično, ki je namenjena predvsem preprečevanju posledic nepomičnosti ob zdravljenju akutne bolezni in traja nekaj dni, do odpusta iz bolnišnice;
- ambulantno, ki je namenjena oskrbi bol-

nika v zgodnji fazi po dogodku ali postavitvi diagnoze in poteka pod medicinskim nadzorom, s čimer zagotavljamo ustrezno varnost in učinkovitost ukrepov med aktivnim okrevanjem bolnikov, zato poteka v okviru zdravstvenega sistema in jo imenujemo tudi formalna rehabilitacija; priporočljivo trajanje je 3 mesece oziroma 36 obiskov, saj je učinek na zbolevnost in umrljivost pri takšnem trajanju največji;

- vseživljenjska poteka v domačem okolju po zaključku ambulantne faze in po definiciji traja vse življenje.

Vsebina rehabilitacije

Vsebina rehabilitacije zajema vse ukrepe, ki so se izkazali za varne, učinkovite in smiselne. Sem prištevamo ocenjevanje ogroženosti, opolnomočenje, psihosocialno podporo ter sekundarno preventivo — ki vključuje varovalni življenjski slog in zdravljenje z zdravili ter spremljanje.

Ocenjevanje ogroženosti

Ocenjevanje ogroženosti zagotavlja, da vse ukrepe, vključno s telesno vadbo, prilagodimo posamezniku in s tem zagotovimo največjo možno varnost in učinkovitost rehabilitacijskega procesa. Vključuje klinično presojo in nekatere preiskave, na primer ultrazvok srca in obremenitveno testiranje, omogoča prepoznavanje bolnikov, ki zaradi okvare srčne mišice (srčnega popuščanja), motenj srčnega ritma ali vztrajne ishemije potrebujejo poostren nadzor, ter ob zaključku rehabilitacije opredeli, ali je srčna bolezen dovolj stabilna in ali je bolnikova zmogljivost zadostna za samostojno telesno vadbo v okviru vseživljenjske rehabiltacije.

Opolnomočenje

Opolnomočenje zajema ukrepe, ki posamezniku omogočijo samostojno, odgovorno in avtonomno udejanjanje lastnih interesov — pri bolnika gre predvsem za ohranjanje in krepitev zdravja. V ožjem pomenu s tem želimo, da bolnik kar najbolj pridobi znanja, veščine, spretnosti in informacije, da se uspešno sooči s svojo boleznijo. Sem sodijo vsaj poznavanje lastne bolezni in vzrokov zanjo (dejavnikov tveganja), njenega pričakovanega poteka, možnih simptomov in zapletov, načinov diagnostike in zdravljenja ter prvin zdravega življenjskega sloga.

Psihosocialna podpora

Motnje razpoloženja, zlasti tesnobnost in depresija, so pri srčno-žilnih bolnikih zelo pogoste: bolniki po srčnem infarktu v 60 % doživljajo napade anksioznosti in v 20 % depresijo; zlasti v zgodnjem obdobju po infarktu so bojazni pred vnovičnim infarktom pogoste in lahko zelo onesposabljajo bolnike in

njihove svojce. V prvi vrsti je pomembno prepoznavati take težave, saj obstajajo številni načini za njihovo obvladovanje ali zdravljenje — najpomembnejši korak pri prepoznavanju pa je, da bolnik o tem spregovori.

Sekudnarna preventiva

Sekundarna preventiva vključuje vse ukrepe, ki dokazano upočasnijo napredovanje ateroskleroze. Sem prištevamo zdrav življenjski slog, obvladovanje dejavnikov tveganja ter zdravljenje z zdravili.

Zdrav življenjski slog ima tri pomembne prvine: redno telesno vadbo, varovalno prehrano in (ne)kajenje. Telesna vadba sicer ostaja osrednja sestavina programov srčno-žilne rehabilitacije, saj na eni strani dokazano krepi srčno-žilno zdravje, na drugi strani pa predstavlja organizacijski model, ki bolniku omogoča zadosten stik z zdravstvenim sistemom (v okviru ambulantne faze) oziroma z drugimi bolniki in usposobljenimi vaditelji (v okviru vseživljenjske faze).

Najbolj ugodna z vidika srca in žilja je zmerna dinamična-aerobna vadba (npr. hoja, kolesarjenje). Gre za vadbo, ki srce in žilje aktivira usklajeno in ravno prav, da lahko vadbo dolgotrajno izvajamo (65—75 % največje srčne frekvence), povezana je z najmanjšim tveganjem za zaplete ter dokazano zmanjša tveganje za srčni infarkt in smrt. Strokovne smernice zato srčno-žilnim bolnikom prednostno priporočajo zmerno aerobno-dinamično vadbo.

Priporočamo vsaj 150 minut zmerne (3—5 MET) ali 75 minut živahne (>6 MET) vadbe na teden. V ambulantni fazi poteka vadba nadzorovano, da lahko ustrezno spremljamo odziv srca med aktivnim okrevanjem ter pravočasno preprečimo oziroma obvladamo morebitne zaplete. V stabilni fazi bolezni — v okviru vseživljenjske rehabilitacije — so priporočila bolj ohlapna — pogostnost, jakost in trajanje posameznega treninga prepuščajo zmožnostim in željam posameznikov oziroma skupine, pomembno je predvsem, da redno načrtovano vadbo lahko vgradijo v svoj vsakdan.

Pri prehrani strokovne smernice priporočajo sredozemski tip diete, ker zmanjša tveganje za srčni infarkt in srčno-žilno smrt. Sredozemska prehrana je uravnotežena (zaužijemo manj ali enako kalorij, kot jih porabimo); vsebuje malo nasičenih maščob (maščobe živalskega izvora) in nič trans-maščobnih kislin (v industrijsko predelanih živilih), ki jih nadomestimo z varovalnimi večkrat nenasičenimi maščobami (maščobe v ribah, oljčnem olju in oreščkih); vsebuje čim manj enostavnih ogljikovih hidratov (sladkor, testenine, kruh, krompir ipd.), ki jih nadomestimo z vsaj 5 obroki zelenjave in nizkokaloričnega sadja; vsebuje zelo malo soli (<5 g/dan — tj. polovico soli, ki jo dnevno zaužije prebivalec Slovenije). Nekatere raziskave so nakazale, da utegne biti zmerno uživanje alkoholnih pijač povezano z manjšim tveganjem za bolezni srca, vendar nobena raziskava ni potrdila vzročne povezanosti (npr. osebe, ki le zmer-

no uživajo alkohol, imajo tudi druge lastnosti — bolj umirjen življenjski slog, več gibanja, določene genske značilnosti); predvsem pa so tveganja zaradi uživanja alkoholnih pijač tako nesorazmerno velika, da jih nobeno strokovno združenje ne priporoča.

Kajenje je eden pomembnejših dejavnikov tveganja za nastanek bolezni srca in žilja in hkrati tisti dejavnik tveganja, ki ga posameznik najučinkoviteje obvlada edinole sam. Kadilci, ki opustijo kajenje, avtomatično prepolovijo svoje tveganje za vnovični infarkt ali možgansko kap.

Dejavnike tveganja — holesterol, povišan krvni tlak, debelost in sladkorno bolezen — obvladujemo z zdravim življenjskim slogom in zdravili. Prizadevamo si, da je pri bolnikih po srčnem infarktu:

- vrednost "slabega" holesterola (LDL) nižja od 1,8 mmol/L,
- krvni tlak naj bo nižji od 140/90 mmHg,
- indeks telesne mase nižji od 25 kg/m2,
- vrednost glikiranega hemoglobina (HbA1c) pri sladkornih bolnikih manj kot 7 %.

Zdravila, ki zmanjšajo tveganje za srčni infarkt in so obvezna pri bolnikih s koronarno boleznijo, so: zaviralci zlepljanja trombocitov (aspirin ter vsaj prvo leto po infarktu ali vstavitvi žilne opornice tikagrelor, prasugrel ali klopidogrel), ker zmanjšajo nevarnost strdkov in koronarnih zapor; zaviralci adrenergičnih receptorjev beta ali "blokatorji beta", ker zmanjšajo tveganje za motnje ritma in nenadno srčno smrt; statini, ker upočasnijo napredovanje ateroskleroze; zaviralci renin-angiotenzin-aldosteronskega sistema ("zaviralci ACE" in "sartani"), ker zmanjšajo tveganje za srčno popuščanje. Ob tem velja opozoriti, da zdravila dopolnijo — in ne nadomestijo — varovalnega življenjskega sloga. Hkrati moramo poudariti, da je zdravilo učinkovito le, ko ga jemljemo redno: posamezniki, ki zaužijejo manj kot 70-80 % predpisanih odmerkov zdravil, imajo namreč 2- do 4-krat večje tveganje za srčno-žilne zaplete kot bolniki, ki zaužijejo skoraj vse predpisane odmerke.

Vseživljenjska rehabilitacija

Vseživljenjska rehabilitacija se začne, ko je bolnik stabilen, diagnostika zaključena, dejavniki tveganja obvladani, zdravljenje pa vzpostavljeno do ravni kronične terapije. Vzroki in posledice srčno-žilne bolezni so praviloma obvladani, ne pa tudi odstranjeni; njihovo obvladovanje je zato trajno, kar od bolnika vse življenje zahteva predanost, vztrajnost in motiviranost. Slednja je pričakovano največja takoj po dogodku, npr. srčnem infarktu, ko pa ni več medicinskega nadzora ambulantne rehabilitacije, postanejo bolnikova prizadevanja za zdrav življenjski slog vse bolj ohlapna, kar potrjuje vse slabše obvladovanje dejavnikov tveganja in vse manjša zavzetost za kronično zdravljenje pri bolnikih več let po infarktu.

Koronarni klubi in društva zato predstavljajo izjemen dosežek bolnikov, ki so na lastno pobudo uspeli prepoznati pomen vseživljenjske rehabilitacije in zapolniti vrzel, ko ni več medicinskega nadzora. Ponujajo namreč ukrepe, ki vzdržujejo dolgotrajno motiviranost in vzajemno spodbujanje ter skrbijo za stalen pretok informacij med bolniki in stroko. Posebnost — in neizpodbitna prednost — koronarnih klubov in društev je prav njihova zaveza, da svoje aktivnosti utemeljujejo in dopolnjujejo skladno z najsodobnejšimi načeli kardiovaskularne stroke. To se odraža tako v ciljih vseživljenjske rehabilitacije kot tudi v programih za njihovo doseganje.

Cilji vseživljenjske rehabilitacije so obvladovanje vzrokov in posledic bolezni ter tveganj za njeno poslabšanje, boljšanje telesne zmogljivosti in opolnomočenosti članov ter njihovo vključevanje v delovno in socialno okolje.

Programi vseživljenjske rehabilitacije zato ponujajo redno telesno vadbo, izobraževanje in opolnomočenje članov ter psihološko pomoč in čustveno oporo — to je vse vsebinske prvine, ki jih stroka priporoča v sklopu vseživljenjske rehabilitacije, z izjemo tistih, ki so v izključni domeni zdravstvenega sistema (zdravljenje in diagnostika). Pri svojih aktivnostih skrbijo, da so utemeljena na strokovnih smernicah in priporočilih. Programi telesne vadbe zato ponujajo aktivnosti, ki so prilagojene srčno-žilnim boleznim in dokazano krepijo zdravje srca in žilja. Programi izobraževanja skrbijo za aktivni pretok znanstveno utemeljenih in preverjenih informacij tudi po tem, ko je aktivna zdravstvena oskrba formalno zaključena; to je zlasti pomembno v sodobnem času nepreverjenih ali celo namerno zavajajočih informacij, ki lahko zmedejo ali zavedejo še tako opolnomočenega posameznika.

Spremljanje vključuje redne aktivnosti, ki zagotavljajo izboljšanje telesne zmogljivosti in vztrajanje v zdravem življenjskem slogu ter zmanjšujejo socialno izoliranost (ki je prognostično neugoden dejavnik). Prizadevamo si tudi za spremljanje kazalnikov, ki bi bolnikom ponudili vpogled v lastni napredek (npr. zmogljivost pri testih hoje), stroki pa argument, da lahko še naprej izpostavlja koronarne klube in društva kot primer dobre prakse (npr. boljša urejenost krvnega tlaka, holesterola, sladkorne bolezni in telesne mase ter manjši delež kadilcev pri članih klubov v primerjavi z nečlani).

Koronarni klubi in društva predstavljajo zato temelj vseživljenjske srčno-žilne rehabilitacije v Sloveniji, saj že desetletja v soglasju z najsodobnejšimi strokovnimi usmeritvami zagotavljajo ustrezno podporo, informiranost, udejstvovanje in opolnomočenje svojih članov ter opominjajo stroko in družbo, da mora biti varovanje srčno-žilnega zdravja osredinjeno na bolnika.

Možnost trajne rehabilitacije v koronarnih klubih in društvih

Prof. dr. Irena Keber, dr. med.

Rehabilitacija je že leta uveljavljen postopek v obravnavi koronarnega bolnika po akutnem koronarnem dogodku in posegih na koronarnem žilju, saj so številne raziskave pokazale njene koristi in ekonomsko upravičenost. V začetnem obdobju je temeljila predvsem na programih telesne vadbe, kasneje so dodali še dodatne dejavnosti, kot so celovita zdravstvena obravnava za oceno bolnikove ogroženosti, odpravljanje dejavnikov tveganja, optimalno vodenje zdravljenja z zdravili in psihosocialni ukrepi. Vse to je zdaj vsebina celovite srčne rehabilitacije. Koristni učinki rehabilitacije so zdaj dobro poznani in preverjeni z raziskavami. Telesna vadba, ki vključuje aerobne aktivnosti, ima ugodne hemodinamske učinke. V povprečju se aerobna telesna zmogljivost izboljša za 20 %. Uporovna vadba izboljša moč in vzdržljivost skeletnih mišic. Programi sekundarne preventive izboljšajo zdravstveno oskrbo bolnikov, profil koronarnih dejavnikov tveganja in kakovost življenja. Leta 2005 opravljena metaanaliza 63 randomiziranih študij, v katere je bilo vključenih več kot 21 000 koronarnih bolnikov, je pokazala, da rehabilitacija zmanjša pojav miokardnega infarkta za 17 % in umrljivost za 15 %.

Rehabilitacijo bolnikov glede na čas od akutnega dogodka tradicionalno razdelimo v tri obdobja: prvo obdobje zajema hospitalizacijo, ko je cilj zgodnja mobilizacija bolnika; drugo obdobje je rekonvalescenca in zajema nadzorovano telesno vadbo in izvajanje sekundarne preventive bodisi v centrih z ambulantno rehabilitacijo ali za to dejavnost usposobljenih zdraviliščih; tretje obdobje je vseživljenjska rehabilitacija, ki jo bolniki izvajajo sami ali v laično organiziranih skupinah. Za tretje obdobje rehabilitacije imamo v Sloveniji dobro organizirano mrežo koronarnih klubov in društev.

Program rehabilitacije v koronarnih društvih je namenjen koronarnim bolnikom, ki so preboleli srčni infarkt, koronarnim bolnikom po kirurškem posegu ali po dilataciji (z vstavitvijo žilne opornice ali brez nje) koronarnih arterij, kroničnim koronarnim bolnikom, bolnikom s stabilnim kroničnim srčnim popuščanjem in ogroženim zdravim osebam, ki imajo več srčno-žilnih dejavnikov tveganja. Bolnike v klub napotijo kardiologi ali osebni družinski zdravniki. Ob napotitvi je potrebna prijavnica, na

kateri so navedeni naslednji podatki: rojstni podatki, diagnoze, zdravila, telesna zmogljivost in ime zdravnika, ki je bolnika napotil. Pred vključitvijo v program vadbe kardiolog določi telesno zmogljivost in stopnjo ogroženosti s kliničnim pregledom, laboratorijskimi preiskavami, obremenitvenim testiranjem, ultrazvočnim pregledom in morebitnimi drugimi diagnostičnimi metodami.

Program je sestavljen iz rehabilitacijske vadbe in izobraževanja bolnikov o koronarni bolezni in njenih simptomih, srčnem popuščanju, arterijski hipertenziji in sekundarni preventivi koronarne bolezni ter psiholoških težavah. Izobraževanja potekajo v obliki predavanj in delavnic, ki jih vodijo kardiologi in drugi strokovnjaki. Poleg tega KK organizira dvakrat letno 14-dnevno delavnico zdravega življenja. Organizirajo se tudi enodnevni izleti po Sloveniji in sosednjih državah, katerih namen ni samo spoznavanje novih krajev, ampak tudi poglabljanje stikov med člani KK.

Rehabilitacijska vadba poteka v klubu dvakrat tedensko po eno uro v skupinah z največ 15 bolniki pod vodstvom usposobljenih vaditeljev, ki so po izobrazbi profesorji športne vzgoje in fizioterapevti. V skupino skušamo vključevati po starosti in telesni zmogljivosti podobne bolnike. Tako sta olajšana izvedba vadbe in nadzor nad bolniki.

Vsebina enournega srečanja je v KK sestavljena iz uvodnega merjenja krvnega tlaka in pulza, ob tem vaditelj povpraša tudi o morebitnih težavah, ki bi lahko vplivale na varnost vadbe. Sledi približno 10-minutno ogrevanje (hoja, dihalne vaje, raztezanje), nato 30 minut aerobne vadbe (hitra hoja, hoja po stopnicah, vaje z žogami, telovadne vaje), kombinirana z vajami za raztezanje in vajami za krepitev mišične moči. Aerobna vadba, ki vodi do zvečanja telesne zmogljivosti, je navadno intervalna z nekaj minutnimi intervali večje aktivnosti in kratkimi intervali manjše aktivnosti. Intenzivnost vadbe prilagaja bolnik svojim sposobnostim, tako da se med intenzivno vadbo zmerno zadiha in med manj intenzivno vadbo umiri dihanje. Vaje za mišično moč (tako imenovana anaerobna vadba) vključujejo vadbo z utežmi, elastikami in žogami. Vaje za mišično moč so zlasti pomembne pri starejših osebah, da preprečujejo atrofijo skeletnih mišic, povezano s starostjo. Sledi 10 minut ohlajevanja z dihalnimi vajami in raztezanjem, na koncu sledi nekajminutno umirjanje s kratko meditacijo. Taka sestava srečanja sledi strokovnim smernicam, ker tako zagotovimo učinkovito in varno vadbo.

Poseben program vadbe poteka za bolnike s srčnim popuščanjem in za starejše bolnike, ki se zaradi splošnega stanja ali ortopedskih težav ne morejo udeleževati aerobne vadbe. Gre za program GIO, pri katerem je poudarek na sočasnem miselnem spremljanju raznih gibalnih vzorcev in dihanja.

Telesno vadbo vodijo in nadzirajo usposobljeni vaditelji, ki so opravili začetni tečaj in nato obnovitvene izobraževalne tečaje, ki jih organizira Zveza koronarnih društev za vse

koronarne klube v Sloveniji. Vaditelji opravijo tudi tečaj oživljanje, znanje o tem pa redno obnavljajo. Za varnost vadbe sta odgovorna tako vaditelj kot bolnik sam. Vaditelj mora med vadbo opazovati bolnike, pozoren je na pretirano zadihanost, pretirano potenje, spremembo barve kože, znake izčrpanosti. Bolnik se mora naučiti pravilno odmerjati intenzivnost vadbe glede na svoje počutje. Izvajanje vadbe v koronarnem klubu v skupini in pod nadzorstvom omogoča, da se bolniki naučijo varne vadbe tudi v domačem okolju brez strokovnega nadzora. Samo vadba v klubu namreč ne zadošča, ampak morajo biti bolniki telesno aktivni tudi sami brez nadzora v domačem okolju.

Obstajajo zanesljivi dokazi, da ima rehabilitacijska vadba ugodne učinke na delovanje srčno-žilnega aparata in na srčno-žilne dejavnike tveganja. Izboljša uravnavanje krvnega tlaka, sladkorja in maščob. Zaradi teh vplivov se zmanjša umrljivost in pojav novih srčno-žilnih zapletov. Izboljša tudi kognitivno delovanje, zmanjšuje pojav demence, izboljša psihično stanje. Vključitev v rehabilitacijsko vadbo ugodno vpliva na socializiranost bolnikov, kar je predvsem pomembno za starejše bolnike. Mnoge ugodne učinke rehabilitacijske vadbe opažamo tudi pri naših bolnikih, ki se vadbe radi udeležujejo in kljub staranju ostajajo psihično sveži in dobro telesno zmogljivi.

Pomembna dejavnost v okviru rehabilitacije v koronarnih klubih je tudi spreminjanje dejavnikov tveganja. Zdravnik mora že ob akutnem koronarnem dogodku opredeliti glavne dejavnike tveganja in kako jih odstraniti. Dolgoročni učinki so odvisni od bolnikovega sodelovanja, kar moramo med potekom rehabilitacije redno spremljati in ocenjevati. Potrebno je osveščanje bolnikov o zdravem življenjskem slogu, odstranjevanju dejavnikov tveganja in zdravljenju z zdravili. Pri vseh bolnikih spodbujamo spremembe v življenjskem slogu: opustitev kajenja, sredozemski tip prehrane in redno vsakodnevno pol ure trajajočo telesno vadbo. Za določene bolnike so potrebne še dodatne prehranske spremembe: pri povišani ravni krvnega holesterola omejitev živalskih maščob, pri bolnikih s povišanim krvnim tlakom omejitev soli in alkohola, pri debelih zmanjšanje kaloričnega vnosa, pri srčnem popuščanju omejitev soli in vode.

Zelo pomembna je tudi psihološka pomoč. Pri približno tretjini bolnikov se po akutnem koronarnem dogodku pojavljajo psihološki problemi, kot so tesnoba, pretiran strah in depresija. To slabša prognozo, kakovost življenja in pogosto povzroči družinske težave in otežuje vračanje bolnika na delo. Že samo vključitev v rehabilitacijo izboljša psihično stanje, večkrat pa je potrebna obravnava pri psihologu ali psihiatru. Cilj rehabilitacije je tudi, da se večina bolnikov po akutnem koronarnem dogodku ponovno zaposli na istem delovnem mestu.

Za konec pa nekaj kritičnih misli o sedanjem stanju v koronarnih klubih. Kljub nedvomnim koristim, ki jih nudijo programi vseživljenjske rehabilitacije, in kljub dejstvu, da obstajajo klubi in društva po vsej Sloveniji, opažamo, da se žal vse premalo bolnikov vključuje vanje. Zlasti to velja za mlajše bolnike, tako da se članstvo v klubih stara in zaradi smrti članov manjša, namesto, da bi se povečevalo. Vzroki za tako stanje so večplastni, nedvomno bi bilo potrebno boljše povezovanje klubov z rehabilitacijskimi kardiološkimi centri, kardiologi in tudi splošnimi zdravniki. Dejavnost koronarnih društev in klubov bi morala biti tako med javnostjo kot med stroko bistveno bolj prepoznana. Velik problem so tudi zelo omejena finančna sredstva, ki se v zadnjih letih zelo krčijo in onemogočajo celotno izvedbo programov. Zato bo v prihodnje poleg boljšega prepoznavanja naše dejavnosti in povezovanja s stroko poglavitna skrb zagotoviti stalne vire financiranja.

Telesna vadba in koronarni bolniki

dr. Tjaša Vižintin Cuderman, dr.med.

Redna telesna dejavnost je poglavitni del zdravega življenjskega sloga, ki jo svetujemo vsem ljudem. Še posebej je priporočljiva za bolnike s koronarno boleznijo, saj preprečuje napredovanje srčno-žilnih bolezni.

Redna telesna dejavnost ima številne ugodne učinke: okrepi delovanje srca, žilja in dihal, poveča mišično moč, učvrsti gibala, izboljša ravnotežje, pomaga pri vzdrževanju zdrave telesne mase, omili simptome depresije in tesnobnosti, zmanjšuje stres, poleg tega izboljša tudi presnovo krvnega sladkorja in krvnih maščob, preprečuje določene vrste raka in krhkost kosti ter zmanjša možnost padcev in posledičnih zlomov. Z redno telesno dejavnostjo tudi lažje obvladamo klasične dejavnike tveganja za aterosklerozo (krvni sladkor, holesterol, trigliceride, krvni tlak), ublažimo simptome srčno-žilnih bolezni in sladkorne bolezni ter na splošno izboljšamo počutje in kakovost življenja. Redna telesna dejavnost dokazano podaljša življenje – pri bolnikih po srčnem infarktu so na primer dokazali, da redna in pravilno odmerjena telesna dejavnost zmanjša umrljivost za kar 20-25 %.

Zavedati se moramo, da telesna vadba za telo predstavlja fiziološki stres. Varovalni učinek telesne vadbe je dejansko posledica prilagajanja srčno-žilnega sistema na omenjeni ponavljajoči se fiziološki stres. Telesna vadba je zato varna in najbolj učinkovita takrat, ko je ustrezno načrtovana in odmerjana ter prilagojena vsakemu posamezniku posebej glede na njegove telesne sposobnosti in spremljajoče bolezni.

Vsem koronarnim bolnikom na splošno priporočamo aktivni življenjski slog, kar pomeni, da so telesno vsak dan čim bolj dejavni v okviru svojih zmožnosti – na primer, da v službo pešačijo, po opravkih odidejo s kolesom namesto z avtom, hodijo po stopnicah namesto da se vozijo z dvigalom ... Koristno je tudi izvajanje raznovrstnih domačih in vrtnih opravil, ki aktivirajo več mišičnih skupin, npr. pomivanje posode, pometanje tal, grabljenje listja, sajenje sadik ... Najpomembneje je, da v vsakodnevno življenje oziroma svoj življenjski slog vgradijo tudi redno telesno vadbo kot načrtovano in strukturirano telesno dejavnost, ki jo izvajamo z namenom izboljšanja telesne pripravljenosti in vzdrževanja zdravja.

Pri koronarnih bolnikih kot tudi pri posameznikih z veliko dejavniki tveganja za aterosklerozo je pred pričetkom telesne vadbe potrebna strokovna ocena ogroženosti za srčno-žilne zaplete. Prvo oceno lahko poda osebni zdravnik, ki se po potrebi odloči še za dodatne preiskave. Pri bolnikih s koronarno boleznijo je namreč pred vključitvijo v program telesne vadbe priporočljivo opraviti obremenitveno testiranje, s katerim lahko natančno ocenimo odziv srca na telesni napor in predpišemo zanje najprimernejšo vrsto vadbe v ustreznem obsegu. Idealno je, da koronarni bolniki, predvsem bolniki po srčnem infarktu, začnejo s telesno vadbo v rehabilitacijskem programu, ki zagotavlja ustrezen nadzor in varnost med vadbo.

Telesna vadba je koristna in varna za veliko večino koronarnih bolnikov. Le redki so tisti posamezniki, ki jim telesno vadbo iz zdravstvenih razlogov odsvetujemo. To so bolniki s hudimi in neobvladanimi motnjami srčnega ritma, bolniki z napredovalim srčnim popuščanjem, neustrezno prekrvljenostjo srčne mišice ali hudo okvaro srčnih zaklopk. Telesno vadbo odsvetujemo tudi v fazi prebolevanja akutne bolezni, npr. virusne bolezni dihal.

Vrsta vadbe, ki jo izberemo, je odvisna od posameznikove ogroženosti, njegove zmogljivosti in tudi od njegovih želja.

Vadbo lahko razvrstimo po mehaniki vadbe in po njenem učinku na presnovo. Po mehaniki je vadba lahko dinamična ali statična. O dinamični (izotonični) vadbi govorimo, kadar se v mišicah razvije majhna sila, a velik premik, npr pri gibanju celotnega telesa pri hoji ali kolesarjenju. Pri statični (izometrični) vadbi se v mišicah razvije velika sila, a majhen premik, aktivira se predvsem mišična moč, kot npr. pri dvigovanju uteži. Po učinku na presnovo je vadba lahko aerobna ali anaerobna. O aerobni vadbi govorimo, kadar mišice energijo pridobivajo s kisikom in je dotok krvi in s tem kisika v mišice neprekinjen in enakomeren, npr. pri zmerni hoji ali teku. Pri anaerobni vadbi mišice energijo pridobivajo brez kisika, kar pomeni, da je dotok krvi omejen, npr. pri šprintu ali pri dvigovanju bremen. Večina vrst telesne vadbe je sicer mešanih, vendar jih lahko opredelimo po prevladujoči vrsti mehanike in presnove (npr. dinamično-aerobna vadba).

Bolnikom s koronarno boleznijo v skladu s trenutno veljavnimi smernicami priporočamo predvsem dinamično-aerobno telesno vadbo. Zanjo imamo največ znanstvenih dokazov, da učinkovito in varno krepi srce in žile. Gre za vadbo, ki postopno aktivira večje mišične skupine in jo lahko izvajamo dalj časa, navadno 30 minut ali še dalj, ne da bi se pri tem izčrpali ali postali tako zasopli, da ne bi mogli govoriti. Opredelimo jo lahko tudi z vadbo, pri kateri se srčna frekvenca giblje med 50 % in 90 % maksimalne srčne frekvence (to določimo z obremenitvenim testiranjem ali s formulo: 220 minus starost posameznika/število let).

Najbolje preučeni obliki dinamično-aerobne vadbe pri bolnikih s srčno-žilnimi boleznimi sta hoja in kolesarjenje, primerne oblike vadbe so tudi lahen tek na smučeh, lahkotno plavanje, lahen tek, nordijska hoja, počasen ples ipd. Izbira vrste dinamično-aerobne vadbe je odvisna tudi od dostopnosti opreme, specifičnih znanj in želja posameznika.

Pri predpisovanju telesne vadbe določimo količino (obseg) vadbe ter kakovost vadbe, s katero dosežemo želeni obseg vadbe. Kakovost vadbe določamo po načelu FIT-TP (F = frekvenca, I = intenzivnost, T = trajanje, T = tip vadbe, P = progres, napredovanje). Opredelimo pogostnost, jakost in trajanje posameznega treninga ter določimo vrsto vadbe in njeno napredovanje(začnemo s krajšimi, lahko tudi samo 10-minutnimi treningi, ki jih postopno podaljšujemo).

Količino (obseg) vadbe opredeljuje skupna poraba energije, ki je zadostna za učinkovitost vadbe, torej za zagotavljanje ugodnih učinkov vadbe na srčno-žilno zdravje. Pokazali so, da v ta namen zadošča vadba, pri kateri tedensko porabimo vsaj 1000 MET-minut, kar pomeni 150 minut zmerne vadbe (3-6 MET) ali 75 minut intenzivnejše vadbe (> 6 MET). Za varnost vadbe je pomembno, da ni prepogosta, preveč intenzivna ali preveč dolgotrajna (načelo FIT-TP). Tako priporočajo, da vadimo 3-krat tedensko, da je vadba zmerno intenzivna (65—75 % maksimalne srčne frekvence oziroma 45—65 % maksimalne porabe kisika med obremenitvenim testiranjem oziroma 3—6 MET oziroma počutje “prijetne utrujenosti in zadihanosti”, ko posameznik med vadbo še lahko govori), treningi pa naj trajajo okoli 30 minut. Za manj ogrožene posameznike je dopustna tudi manj pogosta, 2-krat tedenska bolj intenzivna (> 6 MET) vadba, ki je s stališča varovanja srca in žilja sicer enako učinkovita, vendar povezana z nekoliko večjim tveganjem za zaplete.

Aerobno vadbo lahko dopolnimo z vajami za prožnost, kar je posebej priporočljivo za starejše bolnike, saj s tem zmanjšamo tveganje za bolezni in poškodbe gibal. Tudi nekatere vrste integrirane vadbe so pokazale ugodne učinke — zlasti na vegetativno (nezavedno) živčevje, odzivnost srca in žilja ter na duševnost.

Aerobno vadbo lahko dopolnimo tudi s statično-anaerobno vadbo z utežmi. Pri tem velja previdnost, saj lahko predvsem uporaba prevelikih bremen povzroči velika nihanja srčne frekvence in poraste krvnega tlaka, kar poveča tveganje za srčno-žilne zaplete. Tovrstno vadbo zato priporočamo le pri manj ogroženih posameznikih, ki želijo pridobiti mišično moč in oblikovati telo. Za varnost vadbe je bistveno, da vadijo z lažjimi utežmi in se raje osredotočajo na več ponovitev posamezne vaje v več serijah, težo uteži pa zvišujejo zelo postopoma.

V raziskavah so proučevali tudi intervalno vadbo, pri kateri se izmenjujeta bolj intenzivna in manj intenzivna dinamično-aerobna vadba: 1 minuta do 2 minuti intenzivne vad-

be (80–90 % maksimalne frekvence) izmenjaje s 3 do 5 minutami lahke vadbe (50–60 % maksimalne frekvence). Intervalna vadba omogoči hitrejše napredovanje, zlasti pri bolj zmogljivih bolnikih, vendar njena dolgoročna varnost in učinkovitost še nista dovolj preizkušeni. Smernice trenutno priporočajo, da se izvaja samo v rehabilitacijskih centrih oziroma pod neposrednim medicinskim nadzorom.

Poleg osnovne enote dinamično-aerobne vadbe so sestavni deli vsakega treninga tudi ogrevanje, sproščanje in ohlajanje. Priporočljiva je naslednja shema: ogrevanje okoli 10 minut, zmerna dinamično-aerobna vadba 30 minut, sproščanje 15 minut ter ohlajanje 5 minut. Priporočila so le okvirna – sodobne smernice dopuščajo tudi prilagajanje sheme glede na organizacijske možnosti in posameznikove preference. Pri manj zmogljivih posameznikih je dopustno dinamično-aerobno vadbo v uvajalnem obdobju tudi skrajšati po načelu FIT (pogosteje, manj intenzivno, krajši čas), vendar ne na manj kot 10 minut. Napredovanje je pri vadbi vedno individualno - tako čas kot intenziteto vadbe povečujemo le postopno in pri tem upoštevamo posameznikovo starost, konstitucijo ter spremljajoče bolezni. Nekateri posamezniki so že v izhodišču zelo zmogljivi in bodo hitro napredovali, drugi bodo zmogljivost pridobivali postopoma.

Redno telesno vadbo pri koronarnih bolnikih obravnavamo kot integralni del zdravega življenjskega sloga, hkrati pa tudi kot zdravilo, saj pravilno odmerjena in redna telesna vadba, predvsem aerobna, preprečuje napredovanje srčno-žilnih bolezni, podaljšuje življenje in izboljšuje njegovo kakovost. Ob nedvoumno koristnih učinkih vadbe ostaja verjetno najtežje zagotoviti zadostno motiviranost posameznika za vztrajanje pri redni telesni dejavnosti. Bolj verjetno je, da bo posameznik vztrajal pri redni vadbi, če bo lahko izbral takšno vrsto varne in učinkovite vadbe, ki mu ugaja in se bo z njo lahko poistovetil, hkrati pa jo bo lahko vgradil v svoj življenjski slog. Izjemno pomembno vlogo pri motiviranju posameznikov imajo tudi koronarni klubi in društva s svojo široko razvejano mrežo klubov in društev ter kvalitetnimi in raznovrstnimi strokovno podprtimi programi, katerih temelj predstavlja dinamično-aerobna telesna vadba.

Telesna vadba pri bolnikih s srčnim popuščanjem

Prof. dr. Irena Keber, dr. med.

Srčno popuščanje predstavlja naraščajoč problem med srčnimi bolniki, zlasti med koronarnimi bolniki in bolniki z arterijsko hipertenzijo. Je posledica oslabljenega delovanje srca, bodisi da gre za okvarjeno črpalno delovanje srca bodisi da gre za otežkočeno polnitev srca. Glavna bolezenska znaka sta otežkočeno dihanje in utrujenost, sprva le med telesno obremenitvijo, v napredovalih stanjih tudi v mirovanju v ležečem položaju zaradi zastajanja vode v pljučih ter otekline trebuha in nog. Zmanjšanje telesne zmogljivosti zaradi pojava utrujenosti in težkega dihanje je različno in je merilo za uvrščanje bolnikov v štiri funkcijske razrede. V prvi razred sodijo tisti, pri katerih zmogljivost za telesni napor ni okrnjena; v drugi bolniki, pri katerih se pojavi otežkočeno dihanje in utrujenost pri zmernih obremenitvah; v tretji bolniki, pri katerih se pojavita ta znaka pri majhnih telesnih obremenitvah; v četrti pa bolniki, ki imajo težave že v mirovanju. V teh primerih govorimo tudi o dekompenziranem srčnem popuščanju.

Ker gre za pešanje srca, so nekoč domnevali, da telesna aktivnost takim bolnikom škoduje in da z mirovanjem zaščitimo srce. Zato so zdravniki svetovali počitek in izogibanje telesnim naporom. Zdaj pa vemo, da je telesna nedejavnost tudi za te bolnike nevarna. Telesna nedejavnost prispeva k nastanku bolezenskih težav, značilnih za srčno popuščanje. Zaradi nerabe se masa skeletnih mišic in njihova moč zmanjšata, med telesno obremenitvijo se krvni pretok skoznje ne zveča dovolj. Izkazalo se je, da lahko z redno telesno vadbo zmanjšamo težave, pri nekaterih tudi izboljšamo preživetje. Z redno telesno vadbo se že po nekaj tednih izboljša mišična presnova, mišice se okrepijo, izboljša se tudi krvni pretok skoznje. Telesna vadba ima še druge ugodne učinke, ki pripeljejo do bolj ekonomičnega dela srca, tako da je za isto zunanje delo potrebno manjše delo srca. Zaradi vpliva na vegetativno živčevje tako, da zmanjša aktivnost simpatičnih živcev in poveča aktivnost vagusnega živca, se zmanjša srčni utrip v mirovanju in zmanjša nevarnost srčnih aritmij. Telesna dejavnost zmanjšuje kardiovaskularne dejavnike tveganja, zlasti ugodno učinkuje na presnovo krvnega sladkorja in krvnih lipidov. Po dve- do trimesečni vadbi se maksimalna aerobna zmogljiovst izboljša za okrog 20 %, zmanjšajo se simptomi srčnega popuščanja

in izboljša počutje. Zaradi vseh teh dejstev predstavlja telesna vadba pomembno dopolnilo drugim načinom zdravljenja srčnega popuščanja.

Izbor bolnikov za telesno vadbo

Telesno so lahko aktivni bolniki s kompenziranim srčnim popuščanjem v funkcijskem razredu 1 do 3. Bolniki z znaki srčne dekompenzacije, zastojem v pljučih, oteklinami, povečanimi jetri (funkcijski razred IV) morajo počivati, dokler z zdravljenjem ne dosežemo izboljšanja. Telesno vadbo odsvetujemo tudi bolnikom z nevarnimi motnjami srčnega ritma, ki so pri bolnikih s srčnim popuščanjem pogoste. Poleg tega pri nasvetu za telesno vadbo tako kot tudi pri drugih srčnih bolnikih upoštevamo še druge znane kontraindikacije za telesno aktivnost. To so nestabilna miokardna ishemija, huda aortna stenoza ali regurgitacija, določene prirojene srčne napake, nevarne motnje srčnega ritma in nekatere internistične bolezni, ki jih telesna aktivnost lahko poslabša. O tem, ali naj bolnik s srčnim popuščanjem začne z redno telesno vadbo, naj odloči kardiolog, ki oceni bolnikovo stanje in opravi ustrezne preiskave. Med temi je zelo pomembno obremenitveno testiranje, ki ga uporabljamo za ocenjevanje resnosti bolezni in za predpis telesne aktivnosti. Uporabljamo obremenitveno testiranje na tekočem traku ali na kolesu, pri čemer bolnika obremenimo do nastopa težav.

Način telesne vadbe

Najbolj se je uveljavila dinamična aerobna vadba. Med različnimi oblikami take vadbe je najbolj primerna vadba na sobnem kolesu in to zaradi več razlogov. Na sobnem kolesu je možno izvajati zelo malo intenzivne obremenitve, možno je natančno in ponovljivo odmerjanje intenzivnosti vadbe, možne so tudi meritve srčne frekvence, ritma in krvnega tlaka med vadbo. Ta način vadbe je zlasti primeren za bolnike z zelo zmanjšano telesno zmogljivostjo, hudo intoleranco na napor, motjami srčnega ritma, pri zelo debelih, pri ortopedskih in nevroloških boleznih in pri starostnikih. Z vadbo na kolesu lahko bolniki začnejo, ko so stabilni vsaj tri tedne, če lahko govorijo brez težkega dihanja, če je frekvenca dihanja manj kot 30/min in srčna frekvenca v mirovanju manj kot 110/min.

Možna je intervalna ali kontinuirna vadba. Pri intervalni vadbi se menjajo faze intenzivne obremenitve s fazami zelo majhne obremenitve. Z intervalno vadbo dosežemo močnejši učinek na periferne mišice kot pri kontinuirni vadbi, hkrati pa ne povzročimo večjega kardiovaskularnega stresa. Pri kontinuirni vadbi bolnik zdržema izvaja določeno dinamično aktivnost. Kardiolog bolniku predpiše intenzivnost in trajanje enkratne vadbe in pogostost vadbe. Intenzivnost vadbe določimo z deležem maksimalne aerobne zmogljivosti in deležem maksimalne srčne frekvence ali pa z Borgovo lestvico zaznane utrujenosti.

Pri srčnem popuščanju uporabljamo intenzivnost 40 % do 80 % dosežene maksimalne zmogljivosti oziroma 60 % do 80 % najvišje srčne frekvence, dosežene pri obremenitvenem testiranju. Trajanje in pogostost vadbe sta odvisna od začetne zmogljivosti in funkcijskega stanja. Pri bolnikih z zmogljivostjo 3 MET (1 MET je metabolični ekvivalent in pomeni porabo kisika v mirovanju) priporočamo od 5 do 10 minut vadbe intenzivnosti 25 Wat večkrat dnevno. Pri zmogljivosti od 3 do 5 MET zadošča 15-minutna vadba enkrat do dvakrat dnevno, pri zmogljivosti nad 5 MET pa od 20 do 30 minut vadbe petkrat tedensko. Izboljšanje telesne zmogljivosti in izboljšanje simptomatike se pojavi po 4 tednih vadbe, maksimalni učinki pa so vidni po 16 do 24 tednih.

Obdobja vadbe razdelimo v začetno obdobje, obdobje napredovanja in obdobje vzdrževanja. V začetnem obdobju naj bo intenzvnost vadbe majhna (40-50 % največje telesne zmogljivosti), dokler ne dosežemo trajanje vadbe od 10 do 15 minut. Nato se trajanje vadbe in pogostost povečujeta glede na simptome in klinični status. Med fazo napredovanja se postopno povečuje intenzivnost vadbe na 50 % do 60 %, končni cilj pa je doseči intenzivnost 70 % največje telesne zmogljivosti. Sekundarni cilj je doseči daljše trajanje vadbe, od 15 do 20 minut ali celo do 30 minut. Vzdrževalna faza se začenja po prvih 6 mesecih vadbe.

Druge oblike vadbe

Zelo pomemben del vadbe so gimnastične vaje, ki izboljšajo mišično raztegljivost in moč, koordinacijo gibanja in dihalno zmogljivost. Vrsto gimnastičnih vaj in položaj telesa med njihovim izvajanjem moramo prilagoditi tako, da preprečimo porast sistolične in diastolične obremenitve srca. Bolniki naj vadijo sede in tako, da ostajajo roke v ravnini prsnega koša. Pri vadbi bolnikov s srčnim popuščanjem se vse bolj uveljavlja rezistenčna vadba v obliki ritmičnega ponavljaja submaksimalnih izometričnih mišičnih kontrakcij z obremenitvijo 60 % in 80 % maksimalne hotne kotrakcije. Te obremenitve naj bolniki izvajajo intervalno, tako da se izmenjuje 60 sekund trajajoče obdobje aktivnosti s 120 sekundami počitka. Priporočljiva sta tudi trening dihalnih mišic in joga, ki izboljšata koordinacijo delovanja dihalnih mišic in upočasnita frekvenco dihanja.

Varnost vadbe

Bolniki s srčnim popuščanjem so bolj ogroženi za zaplete med telesno vadbo, zato je v začetni fazi in fazi stopnjevanja intenzivnosti potreben med vadbo zdravstveni nadzor. Zato naj bolniki v tem obdobju izvajajo telesno dejavnost v zdravstvenih centrih z organizirano rehabilitacijo za srčne bolenike. Ko pa so dosegli fazo vzdrževanja, je možno izvajanje vadbe v domačem okolju ali pa v skupinah, ki naj jih vodijo trenerji s poglobljenim znanjem rehabilitacije srčnih bolnikov. Vaditelji in ostalo osebje mora poznati temeljne postopke oživljanja. Izdelan naj bo tudi natančen protokol, kako ukrepati ob zapletih.

Pomen opolnomočenja bolnika s srčnim popuščanjem

Prof.dr. Matjaž Šinkovec, dr.med.

Srčno popuščanje je edina bolezen srca in ožilja, katere pogostnost v zadnjem času narašča. Eden izmed ključnih dejavnikov za izboljšanje prognoze in kvalitete življenja pri tem bolezenskem sidromu je ustrezno opolnomočenje bolnika.

Diagnoza kronično srčno popuščanje: kako naprej?

Srčno popuščanje je bolezensko stanje pri katerem okvarjeno srce ne zmore črpati dovolj krvi, da bi zadostilo potrebam ostalih organov in tkiv. Gre za klinični sindrom, ki je lahko posledica različnih bolezni. Diagnoza srčnega popuščanja temelji na klinični sliki in dokazu oslabljenega delovanja srca s slikovnimi metodami. Ob sumu na srčno popuščanje je vedno potrebna nadaljnja diagnostika. Opredeliti moramo vzrok bolezenskega sindroma, NYHA stopnjo srčnega popuščanja, morebitne sprožilne dejavnike in soobolenja, nazadnje pa moramo bolniku ponuditi načrt nadaljnje oskrbe in zdravljenja. K osnovni diagnostiki srčnega popuščanja sodijo laboratorijske preiskave, EKG in rentgenska slika prsnega koša; najpomembnejša preiskava pa je ultrazvok srca. Z ultrazvočno preiskavo lahko v večini primerov potrdimo ali ovržemo sum na srčno popuščanje, ocenimo stopnjo prizadetosti delovanja srca funkcije, pomaga pa tudi pri in ugotavljanju vzroka srčnega pupuščanja.

Kakšna je klinična slika srčnega popuščanja?

Simptomi in znaki srčnega popuščanja so posledica zmanjšanega srčnega iztisa in s tem zmanjšane prekrvavitve organov. Najpomembnejši simptomi so težko dihanje ob telesnih naporih, težko dihanje v ležečem položaju, utrujenost, zmanjšana telesna zmogljivost, otekanje nog in trebuha in napadi težkega dihanja v nočnem času. Glede na težave, ki jih ima bolnik, ločimo več stopenj srčnega popuščanja (Tabela 1). Stopnje srčnega popuščanja so neposredno povezane s preživetjem: bolniki s stopnjo NYHA I imajo previdno 1-letno preživetje več kot 95%, bolniki s stopnjo NYHA IV pa le 50-60%.

Opredelitev simptomov srčnega popuščanja po lestvici New York Heart Association (NYHA)

NYHA razred I	Brez omejitev telesne aktivnosti. Normalni telesni napori ne povzročajo prekomerne utrujenosti ali težav z dihanjem. V mirovanju ni težav.
NYHA razred II	Blaga omejitev telesne aktivnosti. Normalni telesni napori povzročajo prekomerno zadihanost in utrujenost. V mirovanju ni težav.
NYHA razred III	Pomembna omejitev telsne aktivnosti. Že minimalni napori povzročajo hitro utrujenost in prekomerno zadihanost. V mirovanju ni težav.
NYHA razred IV	Težave z dihanjem se pojavljajo že v mirovanju in se okrepijo že pri minimalni telesno aktivnosti.

Zdravljenje srčnega popuščanja

Načini zdravljenja srčnega popuščanja so neposredno povezani s stopnjo napredovanja bolezni, dolgoročna uspešnost zdravljenja pa temelji na ustrezni komplianci in opolnomočenju bolnikov. Bolniki morajo omejiti vnos soli in tekočine. Priporočljivo je zmanjšanje telesne teže in prenehanje kajenja ter prekomernega uživanja alkohola. Koristna je tudi nadzorovana telesna vadba, ki lahko pomembno izboljša telesno zmogljivost. Zelo pomemben je tudi reden samonadzor telesne teže ter vitalnih znakov, kot sta npr. krvni pritisk in srčna frekvenca.

Vaše sodelovanje pri zdravljenju je prav tako pomembno, kakor zdravniška obravnava. Zelo pomembno je, da pravočasno prepoznate znake, ki kažejo na poslabšanje bolezni in ob katerih se je potrebno posvetovati z zdravnikom ali medicinsko sestro v ambulanti. Kadar so ob povišanju telesne teže v enem ali dveh dneh prisotni še drugi simptomi poslabšanja, ne odlašajte z obiskom osebnega zdravnika.

Opolnomočenje bolnika s srčnim popuščanjem je tudi bistven predpogoj za uspešno zdravljenje z zdravili. Z zdravili želimo v čim večji meri zmanjšati simptome srčnega popuščanja in pogostnost poslabšanj ter bolnikom podaljšati življenje. Pri zdravljenju srčnega popuščanja uporabljamo zaviralce konvertaze angiotenzina, zaviralce angiotenzinskih receptorjev, blokatorje beta, zaviralce aldosterona, diuretike, nitrate in digitalis. Medtem ko slednje tri uporabljamo predvsem v sklopu simptomatskega zdravljenja srčnega popuščanja, pa ACE zaviralci, zaviralci AT receptorjev, blokatorji beta in zaviralci aldosterona tudi pomembno zmanjšajo umrljivost bolnikov s srčnim popuščanjem.

V zadnjem času je na voljo tudi novo zdravilo, ki spada v skupino zaviralcev neprilizina in angiotenzinskih receptorjev, ki s kombiniranim delovanjem na več različnih prijemališč vodi do izboljšanja klinične slike, zmanjšanja

števila hospitalizacij in izboljšanja preživetja bolnikov s kroničnim srčnim popuščanjem. Potrebno je biti pozoren, da 36 ur pred začetkom uvajanja tega zdravila prenehamo z zdravljenjem z zaviralcem konvertaze angiotenzina. Prav tako zdravila, ki spada v skupino zaviralcev neprilizina in angiotenzinskih receptorjev ne smemo odmerjati sočasno z drugim zdravilom, ki vsebuje zaviralec angiotenzinskih receptorjev.

Zelo pomembno je, da redno jemljete zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik. V primeru, da ste pozabili vzeti predpisan odmerek, ga izpustite in ne podvojite omerka zdravil, temveč nadaljujte po ustaljenem režimu.

Zaključki

Srčno popuščanje je zelo pogost bolezenski sindrom, ki je ob neustreznem ali zamujenem zdravljenju povezan s slabo prognozo. Zato je še posebej pomembno, da bolnike s srčnim popuščanjem zgodaj odkrijemo in zdravimo ter jih pravočasno in ustrezno informiramo o načinih obvladovanja te bolezni. Prav tako je bistveno, da bolnik sprejme bolezen in se nauči živeti z njo, ter, da na pregledu pri zdravniku odkrito spregovori o vsem kar ga zanima.

Objavo članka je omogočilo podjetje Novartis, ki pa v vsebino ni posegalo.

Ishemična bolezen srca pri ženskah

Dr. Barbara Gužič Salobir, dr.med.

Ishemična bolezen srca (IBS) običajno nastane zaradi aterosklerotičnih sprememb v koronarnih arterijah, ki prehranjujejo srčno mišico. Ishemija (zmanjšana prekrvavitev srčne mišice) se lahko izrazi kot angina pektoris, akutni srčni infarkt, nenadna srčna smrt, srčno popuščanje ali nema ishemija, ko bolnik ne občuti posebnih težav, zmanjšano prekrvavitev pa ugotovimo z različnimi preiskavami. Prizadetost oz. zožitev ali zaporo velikih epikardialnih koronarnih arterij, ki prehranjujejo srčno mišico, prikažemo s slikanjem teh žil- koronarografijo. Pri ženskah z angino pektoris pri koronarografiji pogosteje kot pri moških ugotovijo manjše robne spremembe epikardialnih arterij ter pogosto zaključijo, da te bolnice nimajo ishemične bolezni srca in so njihove težave pogojene z drugimi vzroki. To prepričanje je velikokrat zmotno. Dokazali so, da imajo ženske pogosteje kot moški ishemijo srčne mišice zaradi motenega delovanja drobnih koronarnih arterij, česar ne moremo prikazati s koronarografijo.

Pojavljanje IBS

Podobno kot pri moških je tudi pri ženskah IBS vodilni vzrok obolevanja in smrtnosti v razvitem svetu. Ocenili so, da približno polovica moških v srednjih letih in tretjina žensk v srednjih letih zboli z eno od oblik IBS. Tveganje za nastanek bolezni se poveča pri moških starejših od 45 let in pri ženskah sterejših od 55 let. Statistični podatki kažejo, da se smrtnost v zadnjih desetletjih zmanjšuje, vendar še vedno tretjina smrti pri osebah starejših od 35 let nastopi zaradi te bolezni. Ugotovili so tudi, da se smrtnost mladih žensk (starih 35 do 44 let), ki zbolijo zaradi IBS, ne zmanjšuje. Pri tej skupini so ugotovili poslabšanje dejavnikov tveganja, kot je debelost, metabolni sindrom, sladkorna bolezen in arterijska hipertenzija, k slabšemu izidu bolezni pa pripomore tudi težavnejša prepoznava znakov bolezni in zakasnitve pri zdravljenju.

Dejavniki tveganja za nastanek IBS

Pri ženskah so dejavniki tveganja, ki prispevajo k nastanku IBS, v veliki meri enaki kot pri moških. To so: družinska nagnjenost (prisotnost bolezni srca in ožilja pri moških sorodnikih mlajših od 50 let in ženskih sorodnicah

mlajših od 60 let), kajenje, telesna neaktivnost, debelost, starost, visok krvni pritisk, motnje v presnovi krvnih maščob, sladkorna bolezen, metabolni sindrom, kronična bolezen ledvic, kronične vnetne bolezni (na primer revmatološke bolezni) in psihični vplivi (stresno okolje doma, v službi in drugod ter depresija). Poleg teh so ugotovili nekatera stanja, ki so značilna samo za ženske in povečajo ogroženost za IBS. Sem spadajo: prezgodnja menopavza, zapleti med nosečnostjo (pojav sladkorne bolezni ali arterijske hipertenzije med nosečnostjo), bolj ogrožene so tudi ženske z anamnezo spontanih abortusov in spontanih prezgodnjih porodov ter bolnice, ki so bile obsevane zaradi karcinoma dojke.

Bolezenski znaki in diagnoza IBS pri ženskah

Pri obravnavi žensk s sumom na IBS ali že znano IBS moramo biti pazljivi in se zavedati, da so bolezenski znaki pogosto drugačni kot pri moških. Ob nastanku IBS so ženske v povprečju 10 let starejše kot moški in imajo pogosto več dejavnikov tveganja.

Tipična prsna bolečina pri angini pektoris je tiščoča ali pekoča bolečina v prsih, ki se lahko širi v roki ali vrat, se pojavi ob naporu in mine s počitkom ali po uporabi nitroglicerina. V raziskavah so ugotavljali, da imajo ženske pogosteje za IBS neznačilne prsne bolečine, kot so ostre prsne bolečine, nelagodje v prsih, bolečino v vratu, omotico ali občutek slabosti. Ugotovili so tudi, da se prsna bolečina pri ženskah pojavlja v večji meri ob psihičnih obremenitvah kot pri fizičnih naporih in jo zato velikokrat pripisujejo stresu. Poleg tega bolnice pogosto podcenjujejo pomen prsne bolečine in skušajo v to prepričati tudi svojo okolico, vključno z zdravnikom.

V primerjavi z moškimi bolniki bolnice z akutnim srčnim infarktom pogosteje ob nastopu bolezni ne občutijo prsnih bolečin, kar lahko prispeva h kasnejši postavitvi diagnoze in zakasnitvi zdravljenja.

Srčno popuščanje pri IBS se pogosteje pojavi pri ženskah kot pri moških. Pri ženskah je tudi pogosteje prisotno srčno popuščanje z ohranjeno sistolično funkcijo levega prekata, morda zaradi večjega deleža arterijske hipertenzije pri ženskah v primerjavi z moškimi. Tveganje za nastanek srčnega popuščanja je večje tudi pri ženskah, ki imajo sladkorno bolezen, atrijsko fibrilacijo, okrnjeno delovanje ledvic, prekomerno telesno težo in pri kadilkah.

Nenadna srčna smrt nastopi pri ženskah redkeje kot pri moških, je pa pri ženskah pogostejša brez predhodne znane IBS.

Vloga preiskavnih metod, s katerimi ugotavljamo IBS, se velikokrat razlikuje glede na spol. Diagnostična zanesljivost obremenitvenega testa je pri ženskah manjša, več je lažno pozitivnih izvidov. Zaradi anatomskih značilnosti žensk je pri preiskavah večje tveganje za pojav artefaktov, ki motijo interpretacijo izvidov. Zaradi sevalnih obremenitev (predvsem

sevanje dojk) moramo biti pozorni biti tudi pri uporabi scintigrafskih in radioloških CT preiskav, kar velja zlasti za mlade ženske. Omenili smo že, da so pri koronarografiji pomembne zožitve koronarnih arterij bistveno pogostejše pri moških kot pri ženskah in da imajo ženske pogosteje bolezen malih koronarnih arterij (v literaturi to velikokrat poimenujejo sindrom X ali mikrovaskularna angina pectoris).

Zdravljenje IBS pri ženskah

Pri zdravljenju IBS uporabljamo veliko zdravil, katerih učinkovitost je bila dokazana v velikih kliničnih raziskavah. Žal je bil delež vključenih ženskih bolnic v te raziskave bistveno manjši kot delež moških bolnikov. Morda je to tudi eden od razlogov, da ženske bolnice v primerjavi z moškimi v manjši meri prejemajo učinkovita zdravila, kot so aspirin, statine in zaviralce receptorjev beta. Načeloma velja, da bolnikom obeh spolov z IBS predpisujemo enaka zdravila. Prizadevamo si, da bi v velike klinične raziskave vključili večje število bolnic, ker bomo tako dobili več dokazov o učinkovitosti zdravljenja pri ženskah. Glede na rezultate randomiziranih kliničnih raziskav, v katerih so proučevali učinek hormonske nadomestne terapije pri ženskah v pomenopavzi velja, da tovrstna terapija ni primerna za zdravljenje IBS.

Stresna kardiomiopatija ali sindrom zlomljenega srca

To je bolezensko stanje, ki se pogosteje kot pri moških pojavi pri ženskah, zlasti v pomenopavzi. Značilno za bolezen je, da nastane po velikih psihičnih ali fizičnih obremenitvah, ko bolnice občutijo hudo tipično prsno bolečino in v elektrokardiogramu (EKG) ugotovimo znake za akutni srčni infarkt. Koronarografija pokaže popolnoma prehodne koronarne arterije, značilno pa je moteno krčenje srčne mišice, običajno v predelu konice levega prekata. Področje motene krčljivosti ne ustreza področju, ki ga prehranjuje posamezna koronarna arterija. Bolezen ugotovimo pri približno 2% bolnikov z akutnim srčnim infarktom v Evropi. Pogostejša je na Japonskem, kjer so jo opisali prvi in poimenovali Takotsubo kardiomiopatija, ker srce po obliki spominja na mrežo za lovljenje hobotnic.

Zaključek

Podobno kot pri moških je tudi pri ženskah IBS vodilni vzrok obolevanja in smrtnosti v razvitem svetu. Dejavniki tveganja, ki prispevajo k nastanku IBS, so pri ženskah v veliki meri enaki kot pri moških, poznamo pa tudi nekaj dejavnikov tveganja, ki so prisotni samo pri ženskah. Pri obravnavi žensk s sumom na IBS ali že znano IBS moramo biti pazljivi in se zavedati, da so bolezenski znaki pogosto drugačni kot pri moških. Načeloma velja, da se obravnava bolnikov z IBS med spoloma ne razlikuje. Prizadevamo si, da bi v velike klinične raziskave vključili večje število bolnic, ker bomo tako dobili več dokazov o prepoznavi bolezni in učinkovitosti zdravljenja pri ženskah.

Koronarna bolezen in psiha

Dr. Nina Vene, dr. med.

Pri bolnikih s koronarno boleznijo so psihične težave pogoste. V prvih dneh po miokardnem infarktu ima težave polovica bolnikov, dolgotrajne težave, predvsem depresivne in anksiozne motnje pa ima četrtina bolnikov s koronarno boleznijo. Pojavljajo se tako pri bolnikih z angino pektoris in prebolelim infarktom, pri srčnem popuščanju in po operacijah na srcu. Psihične motnje povzročajo bolnikom trpljenje, ovirajo njihovo zdravljenje in funkcioniranje ter večajo tveganje za ponovni infarkt, pojav zapletov po operativnih posegih na srcu in smrt.

Psihične motnje se pri bolnikih s koronarno boleznijo pojavljajo precej pogosteje kot med prebivalstvom na splošno (od dva do trikrat) in obratno, med duševnimi bolniki je več takih, ki imajo tudi koronarno bolezen. Vzročnost sopojavnosti psihičnih motenj in koronarne bolezni še ni povsem pojasnjena. Možni so številni mehanizmi: prisotnost več klasičnih dejavnikov tveganja, nedosledno sodelovanje pri zdravljenju, čezmerna aktivacija krvnih ploščic in strjevanja krvi, moteno delovanje žilne stene, čezmerna aktivacija avtonomnega živčevja in prisotnost kroničnega vnetja v žilni steni. Blago kronično vnetje z aktivacijo vnetnih celic in citokinov je značilno tako za razvoj ateroskleroze kot za duševne motnje, znano je namreč, da je vsebnost kazalcev vnetja v premem sorazmerju s stopnjo depresije.

Ker so psihične motnje pogost in pomemben rizični dejavnik za nastanek koronarne bolezni, bi bilo smiselno, da bi bile deležne enake pozornosti kot drugi rizični dejavniki, kot na primer sladkorna bolezen ali arterijska hipertenzija. Še vedno je preveč predsodkov o psihičnih motnjah in psihotropnih zdravilih, bolniki se bojijo stigmatizacije in skrivajo svoje težave.

V prvih dneh po prebolelem infarktu je večina bolnikov tesnobnih, kar pogosto spremljajo vegetativni simptomi, kot so palpitacije, potenje, težje dihanje in tiščanje v prsnem košu, zaradi česar so bolniki še bolj prestrašeni. V tem času zelo pomaga pogovor s pojasnili o značilnostih in poteku bolezni ter možnostih zdravljenja. Tako se bolniki lahko naučijo ločiti težave, povezane s strahom in tesnobo, od težav, povezanih s koronarno boleznijo. Pomembno je, da vedo, da je navadno potrebnih več tednov za prilagajanje na nove okoliščine in so prehodne psihične težave v tem obdobju pričakovane. Pomembno vlogo odigrajo v tem obdobju svojci. Ti se lahko odzovejo na različne načine: lahko so pretirano zaskrbljeni in preveč zaščitniški ali

pa so do bolnika preveč zahtevni in ga kritizirajo. Obe skrajnosti kvarno vplivata na bolnikovo spoprijemanje z boleznijo.

Posebno pomembna je vloga svojcev in okolice po odpustu iz bolnišnice, saj je tedaj mnogo bolnikov negotovih. Pretirano so usmerjeni v svoje telo in so zadržani pri telesnih aktivnostih.

Pomembno je, da telesne obremenitve stopnjujejo postopoma, po priporočilih zdravnika. Sprva bolnike lahko spremljajo svojci ali prijatelji, kasneje pa pridobijo zaupanje v svoje sposobnosti in zmorejo sami.

Kadar pri bolniku psihične težave vztrajajo še več tednov po prebolelem infarktu ali operaciji, je navadno potrebno zdravljenje. Težave so pogosto nespecifične in jih težko razpoznamo. Tudi zdravniki jih pogosto spregledajo. Bolniki so nezadovoljni, pasivni, ne sodelujejo pri zdravljenju, podaljšujejo bolniško odsotnost in pogosto iščejo zdravniško pomoč. So razdražljivi, imajo težave z nespečnostjo ali pretirano spečnostjo ter pretiranim ali premajhnim apetitom. So pretirano utrujeni, imajo občutke odvečnosti, nevrednosti, obupa in nemoči. Kljub temu,da si tega želijo, se ne morejo prisiliti, da bi se bolje počutili. Mnogi bolniki ne poiščejo pomoči, saj menijo, da je bolezen znak šibkosti in ranljivosti. Posebno težko se z njo sprijaznijo moški. Ti pogosto iščejo uteho v alkoholu.

Kadar težave vztrajajo več tednov, ne gre za prehodne motnje, ki bodo same po sebi minile. Gre za bolezen in potrebno je zdravljenje. Čim prej začnemo zdravljenje, tem večja je verjetnost ozdravitve. Zdravljenje je dolgotrajno, navadno traja več let. Zelo pomembno je, da bolnik ne preneha z zdravljenjem tedaj, ko se zmanjšajo težave, saj opuščanje zdravljenja lahko poruši krhko ravnovesje in se težave ponovijo, lahko tudi v težji obliki kot pred tem.

Poleg zdravil lahko bolniku pomagajo tudi različne psihoterapevtske metode, ki zahtevajo več časa in aktivno sodelovanje bolnika. Bolniku ponudimo informacije o bolezni, o nastanku, poteku, posledicah in možnostih zdravljenja, ob katerih bolnik sam odkriva načine, kako se najbolje soočiti s svojo boleznijo. Izogibamo se kritiziranju in ocenjevanju, pomembno je spodbujanje. Pomembno je, da si bolnik postavlja realne cilje, si ne nalaga prevelike odgovornosti in od sebe ne pričakuje preveč. Spodbujamo ga, da se udeležuje dejavnosti, ki ga veselijo, skrbi za kondicijo in dobro telesno počutje.

Pomembno vlogo imajo svojci bolnikov. Ti morajo razumeti, da gre za bolezen in ne la za prehodne psihične težave. Pomembno je, da bolniku prisluhnejo, so strpni in mu verjamejo, da se počuti tako slabo, kot pripoveduje, ter ga na primeren način spodbujajo. Za bolnika je zelo pomembno, da o svojih težavah govori.

Če je to mogoče, je zaželeno, da se bolnik vključi v klub bolnikov s koronarno boleznijo. Tu se lahko sproti pogovori o svojih težavah. Telesna vadba pod strokovnim vodstvom krepi samozavest. Pomembna je redna vadba, saj je potrebno vsaj pol ure gibanja, da telo začne izločati snovi, ki delujejo sproščajoče in osrečujoče. Strokovnjaki priporočajo predvsem aerobne vaje, kot so hoja, aerobika na prostem, tek, plavanje, kolesarjenje, v zadnjih letih je pomembno mesto zavzela tudi nordijska hoja.

Vloga kardiologa kot strokovnega mentorja društva, pomen vključevanja bolnikov v društva, osebne izkušnje

Cirila Slemenik Pušnik, dr. med.

Kardiologi se pri vsakdanjem delu srečujemo z boleznimi srca in ožilja, ki so najpogostejši vzrok zbolevnosti in umrljivosti tako po svetu kot tudi v Sloveniji. Čeprav narašča število starejše populacije, nas še vedno presenetijo mladi, predvsem moški, ki utrpijo miokardni infarkt ali najhujšo obliko koronarne bolezni - nenadno srčno smrt. Delež mlajših od 60 let je kar 20-odstoten. Lahko smo zadovoljni, da se je smrtnost ob infarktu znižala pod 6 %, še vedno pa je delež uspešnih oživljanj v Sloveniji okrog 12-odstoten, kar je bistveno manj kot v razvitih deželah, kjer je skoraj 50-odstotno preživetje.

Delo kardiologa se je v zadnjih 30 letih bistveno spremenilo, saj je obravnava že samo bolnikov z miokardnim infarktom bistveno drugačna. Ljudje nekdaj niso veliko slišali o boleznih srca in ožilja in so prihajali s težkimi, obsežnimi infarkti v bolnišnico po dnevu ali dveh s sliko hudega srčnega popuščanja. Delež bolnikov, ki smo jim lahko nudili trombolizo - topljenje strdka, če so prišli še v pravem časovnem obdobju, je bil majhen. Po infarktu je sledilo skoraj teden dni trajajoče strogo mirovanje, ko so bili bolniki v celoti odvisni od nege sester (kaj hujšega, če kdo ni mogel opraviti potrebe v postelji!) in je trajalo zdravljenje v bolnišnici 2 - 3 tedne. Vsi so bili po infarktu deležni rehabilitacije v zdravilišču, skoraj vsi so pridobili status invalida, na delo so se vračali v majhnem številu. V času zdravljenja smo kardiologi lahko navezali stik z bolnikom, ga po zaključeni rehabilitaciji spremljali v kardioloških ambulantah. Tudi mi smo se prepričali, da je to res kronični bolnik, ki rabi naše zdravljenje in nasvete ter mu skušali pomagati preprečevati ponovne koronarne dogodke.

Zdaj je delo kardiologa usmerjeno v diagnostične in intervencijske postopke in le malo časa nam ostane za delo z bolniki na oddelku. Ob akutnem koronarnem dogodku je veliko bolnikov s prsno bolečino usmerjenih naravnost v centre za invazivno srčno diagnostiko (MB, CE, LJ) ali v 24 urah iz bolnišnice. Po enem dnevu se vrnejo v našo bolnišnico in po 2-3 dneh že domov. V tem kratkem obdobju je malo časa za dobro pojasnitev razlogov za nastanek infarkta, kaj bo sedaj v življenju treba spremeniti, česa se izogibati, kako pomembno je redno jemanje zdravil, kako ravnati ob ponovnih težavah. Večini bolnikov ob infarktu opravijo ultrazvok srca, vsaj 24 ur po razrešitvi zožitve koronarne arterije jim s telemetrijo ocenijo pomembnost motenj srčnega ritma, vsi imajo fizioterapijo, s hojo po stopnicah do drugega nadstropja. Številnim

bolnikom ni možno opraviti obremenitvenega testiranja na kolesu in mu podati navodila za redno telesno vadbo, ki je tako pomembna za te bolnike. Obremenitveno testiranje pri starejših bolnikih težko opravimo zaradi težav s hrbtenico, kolki, koleni, kar nekaj starejših bolnikov ne zna voziti kolesa, nekateri imajo bolečine na vbodnem mestu z večjo podplutbo. Žal malo bolnikov po obsežnem infarktu z zapleti dobi zdraviliško rehabilitacijo. Ker v naši bolnišnici ne ležijo po infarktu le na kardiološkem oddelku, ob odpustu ne dobijo vseh navodil glede kontrol v kardioloških ambulantah in edukacija ni enotna. Večina bolnikov prejme mape, ki jih pripravi koronarni klub Mežiške doline in vsebujejo glasila našega društva, navodila glede včlanitve s številkami kontaktnih oseb, zloženke s priporočili za odpravo rizičnih dejavnikov za aterosklerozo, nekateri bolniki (presoja kardiologa) tudi knjigo g. Ivana Žagarja, kaj je doživljal ob srčnem infarktu in kako živeti naprej s to boleznijo ...

Nimamo enotnih navodil ob odpustu, kdaj na kontrolni pregled po srčnem infarktu. Pri mlajših bolnikih je termin kontrol prilagojen tudi zaradi ocene delovne zmožnosti.

Bolnike ob odpustu iz bolnišnice in ob kontrolah v kardiološki ambulanti spodbujamo, da se vključijo v koronarni klub.

Bolnikovo zdravstveno stanje ob vstopu v koronarni klub poznam, enkrat letno obiščem vse vadbene skupine, kjer se skupinsko ali individualno pogovorimo o njihovih težavah in jih v sodelovanju z izbranim zdravnikom napotim tudi na dodatno diagnostiko. Ob posredovanju vaditeljev se dogovorimo o prednostni obravnavi v kardiološki ambulanti. Pisnih navodil za priporočeno vadbo vaditeljem ne predpišem. V koronarnem klubu poteka telesna vadba z vaditelji, ki so usposobljeni za izvajanje vadbe pri srčnih bolnikih. Vaditelji so zdravstveni tehniki, fizioterapevti in diplomirane medicinske sestre. Z delom vaditeljev sem kot strokovna mentorica zadovoljna, saj so sposobni poleg vadbe prepoznati stanja, ki so za bolnika lahko ogrožajoča, znajo izvajati TPO in uporabiti AED. Naš koronarni klub je v slovenskem merilu prepoznan kot vodilni v postavitvi mreže AED (avtomatski zunanji defibrilator) na Koroškem in vzgled številnim po Sloveniji, da nam sledijo. Trenutno imamo na Koroškem že 94 AED, predvsem smo ponosni na številna izobraževanja o TPO in uporabi AED. V letu 2011 smo začeli uvajati učenje postopkov oživljanja v šolah pri osmošolcih, devetošolcih in dijakih srednjih šol. Ob dnevu srca smo 26. 9. 2013 v Črni na Koroškem ustanovili INICIATIVO ZA AED, ki v različnih krajih po Sloveniji sodeluje pri širjenju mreže javno dostopnih AED in usposabljanju prebivalstva za nudenje prve pomoči z uporabo AED. V verigi preživetja so 4 členi in prvi 3 so v rokah laikov: da ob nenadnem srčnem zastoju prepoznajo zastoj srca, pokličejo 112, začnejo s takojšnjimi postopki oživljanja, predvsem masažo srca, in uporabijo najbližji AED za prekinitev maligne motnje ritma - ventrikularne fibrilacije. Želimo si, da se to znanje prenese na čim večje število ljudi, predvsem pa je dobro, da postopke oživljanja poznajo svojci srčnih bolnikov. Le s temi aktivnostmi bomo dvignili odstotek preživelih, da bomo primerljivi z zdravstveno razvitimi državami(Švedska, Švica, Danska ...).

Pri večletnem delu kot strokovna mentorica koronarnega kluba vedno bolj spoznavam, da je vseživljenjska rehabilitacija za srčne bolnike zelo pomembna. Lastna spoznanja so me prepričala, da z njo ne le izboljšamo klinično stabilnost bolnikov, zmanjšamo psihični stres, izboljšamo kvaliteto življenja, ampak dolgoročno zmanjšamo tveganje za ponovne koronarne dogodke in s tem povezano zbolevnost in umrljivost. Izboljšamo partnerski odnos med zdravnikom in bolnikom. Velik psihosocialni pomen ima druženje v klubu predvsem za starejše, osamljene ljudi, ki stkejo medsebojne prijateljske vezi in si pomagajo. Vsa ta dejstva, podprta s študijami, bi morala prepričati tudi kardiologe, da je delo v koronarnih klubih velik prispevek srčnim bolnikom. Kardiolog, ki spremlja bolnika ob akutnem srčnem dogodku, lahko s svojo avtoriteto veliko prispeva k vključevanju bolnikov v koronarne klube. Kljub evidentnim koristim srčno-žilne rehabilitacije je v večini evropskih držav manj kot 1/3 bolnikov vključenih v programe rehabilitacije. Ovira za vključitev je tudi naša premajhna zavzetost, da bi motivirali bolnike pri spremembi življenjskega sloga. To zahteva veliko časa, ki ga zdravnikom pri vsakodnevnem delu primanjkuje. Ustreznega znanja si med izobraževanjem ne pridobimo, nekateri se tudi ne udeležujejo strokovnih srečanj s tematiko preventive in rehabilitacije.

Kardiolog mora po opravljenem intervencijskem posegu predpisati zdravila, ki preprečujejo ponovni srčno-žilni dogodek, podati oceno tveganja glede priporočene vadbe. Poznati mora rizične dejavnike, ki bolnika najbolj ogrožajo. Pomemben je zapis EKG v mirovanju in pri obremenitvi. Potreben bi bil preventivni načrt v povezavi z izbranim osebnim zdravnikom (referenčne ambulante).

Z uvedbo in ureditvijo ambulantne rehabilitacije bodo bolniki vstopali v koronarne klube ustrezno pripravljeni. S staranjem populacije je namreč delež teh bolnikov vse večji,imajo še druge kronične bolezni in so za izvajanje rehabilitacije rizični. Pomembna skupina so mlajši bolniki, ki se po hitri obravnavi razrešitve zapore srčne žile (PTCA) ne zavedajo resnosti kronične srčne bolezni. Pri vseh teh bolnikih je primeren individualen pristop k rehabilitaciji. Pomembno mesto pridobiva rehabilitacija v domačem okolju s spremljanjem vitalnih parametrov: srčna frekvenca, krvni tlak ... preko telemedicine, ki jo vodi kardiolog in koordinira medicinska sestra.

Upamo, da bodo po vseh bolnišnicah v Sloveniji imeli srčni bolniki enako dostopnost do ambulantne rehabilitacije. Z omenjenim načinom rehabilitacije bi se začela zdrav življenjski slog in telesna vadba vključevati v vsakdanje življenje, kar je moto vseživljenjske rehabilitacije.

Ob 20-letnici zveze koronarnih klubov Slovenije želim, da se nadaljujejo strokovne usmeritve v vseživljenjsko rehabilitacijo, ki je dobro začrtana in dobro sprejeta pri srčnih bolnikih. Potrebna je urediti razmere za še boljše delo v vseh klubih po vsej Sloveniji.

Skupinski posvet s kardiologom v koronarnem klubu/društvu – dober nasvet ali drugo mnenje?

Mirko Bombek, dr. med

Razmišljanje o vlogi koronarnega kluba/ društva

Moj spoštovani, že pred mano upokojeni kolega, je v najinih skupnih službujočih časih povedal, da uspevaš le, če si mlad, lep in bogat. Že takrat sva se po malem strinjala, da je to dejstvo, v današnjih časih pa je to kruta resnica. V »tretjem življenjskem obdobju« nihče ne izpolnjuje vseh treh kriterijev, zelo redki vsaj enega. Torej, kako uspeti, ohraniti ravnotežje, preboleti bolezen, čustveni pretres? Vsekakor je na prvem mestu družina, če jo imamo in je kvalitetna, tu smo mi sami z vsemi svojimi lastnostmi, pomembno je še delovno okolje, če smo še zaposleni. Kaj nam lahko še pomaga? Manj televizije in medmrežja (interneta), manj stresnih poročil, pač pa kakovostno druženje in stiki v društvih, klubih, ob različnih dejavnostih – kulturi, izobraževanju, športu, zabavi, v skrbi za zdravje. Ne pozabimo na prostovoljno delo in dobrodelnost.

In kaj daje koronarni klub? Vse to in mnogim še več, pomoč v vseh pomenih besede, tudi strokovno, ko je treba, občutek varnosti in sprejetosti med sebi enakimi in širše.

Koronarni klub /društvo (KK/KD)

Koronarni klub vodijo laiki, kar je prav, ob sebi imajo strokovno medicinsko pomoč. Strokovni svet, naziv deluje vzvišeno in odtujeno, ampak tudi sam ne najdem boljšega naziva, bi naj bil sestavljen iz različnih profilov. Idealno je, če ga sestavljajo (vse našteto velja za oba spola) vaditelji/ce iz vrst medicinskih sester, fizioterapevtov, mladih zdravnikov, dobrodošli so zdravniki kardiologi, psihologi, da ne rečem psihiatri, prehranski strokovnjaki, če jih imamo na voljo. Nekateri osebki se spoznajo na vse in še več, sam priznam, da se na vadbo spoznam bolj teoretično, ne hodim na »supervizije«, se v tej smeri ne izpopolnjujem. Ne razumem, bolj predstavljam si opcijski Tai-Chi in Qi Gong (Chi Gong), ki sta lahko odlična podporna sistema za dušo in telo, da o jogi ne govorim. Vem pa, po kakšnih informacijah hlepijo naši člani klubov in društev, kaj bi radi vprašali svojega zdravnika in še več specialista, pa imajo ti vse manj časa v ambulantah, kot ga je meni primanjkovalo, ko sem bil še aktiven, zato kolegov ne obsojam, temveč jim skušam pomagati.

Predavanje/svetovanje zdravnika članom KK/KD

V mariborskem KK smo v vseh vadbenih skupinah uvedli in še vedno oblikujemo oz. prilagajamo skupinsko komunikacijo z delovnim naslovom predavanje/svetovanje zdravnika. Še vedno se nismo odločili za eno/enotno obliko. Način prilagajamo glede na strukturo skupin, po stopnjah in težavnosti diagnoz, razpoložljivost predavateljev na »etični pogon« (na podlagi prostovoljnega dela oz. dobrodelništva), na morebitno prevladujočo vročo temo v javnosti, npr. nova zdravila ali metode zdravljenja, ali so dražje žilne opornice boljše, dileme o cepljenju in podobno. V praksi smo pogosto združili oba koncepta s poudarkom na eni ali drugi komponenti. Iz izkušenj predavanj pri Društvu za zdravje srca in ožilja za Maribor in Podravje smo prevzeli razprave z vprašanji in odgovori po tematskih predavanjih. Razprave so trajale vsaj toliko časa kot predavanje ali celo dalj. Mnogi so prišli in prihajajo samo, da bi vprašali, in ni jih sram ali jim ni nerodno razlagati svojih težav pred množico, večinoma nepoznanih ljudi. Člani KK se poznajo, družijo, si zaupajo in razprava je še bolj sproščena tako, da imajo korist vsi, tudi če ne sprašujejo.

Teme predavanj so navadno iz štirih glavnih področij: 1. preprečevanje bolezni in zapletov – predvsem sekundarna preventiva, ne glede na to, da je več ne ločujemo tako striktno od primarne, 2. zgodnje prepoznavanje bolezni in hitro ter pravilno ukrepanje, 3. zdravljenje najpogostejših srčno-žilnih in spremljajočih bolezni (sladkorna bolezen, KOPB, demenca) ter njihovih zapletov in 4. mejna področja, ki segajo od drugih področij medicine do družbeno angažiranih tem, tehničnih novosti, pomožnih načinov zdravljenja itd.

Kateri pristop bi izbrali vi?

V mariborskem KK je pristop dvojen:

- uvodno predavanje in bogata razprava ali
- pregled posamičnih »zdravstvenih kartonov« (to so dokumentirane meritve tlaka in pulza pred vadbo in po njej, predpisana zdravila, diagnoze, četudi včasih laične) s komentarjem in širšo razlago posameznih pojmov in odločitev. Izkušnje in znanje zdravnikov se prepletajo z izkušnjami sodelujočih, ki imajo podobne težave.

Katera so najpogostejša vprašanja članov naših KK/KD in katere teme sem sam želel izpostaviti?

Seznam bi bil predolg, zato bom navedel tiste skupne točke, ki so izstopale na obeh straneh.

- koliko in kakšnega gibanja, prehrana, spolnost, posebno pri članih z zapletenim potekom, npr. stanjem po oživljanju,
- pomen holesterola v luči novih in starih

smernic in mnogih, tudi strokovno zavajajočih besedil o njegovi neškodljivosti oz. celo koristnosti,

- ne pozabiti na trigliceride,
- hipertenzija in njeno zdravljenje s tipično uporabo kombiniranih zdravil, razlaga in označevanje jakosti posameznih komponent v skupnem zdravilu,
- atrijska fibrilacija, odkrivanje in zapleti nezdravljene aritmije,
- EKG monitor, skupna uporaba, presejanje v vadbenih skupinah, v vmesnem času posojanje posameznikom z anamnezo morebitnih še neodkritih aritmij,
- stara in nova antikoagulantna zdravila, medsebojne zamenjave, njihova kombinacija s protitrombocitnimi zdravili, tveganje za krvavitev, dolžina zdravljenja,
- zdravljenje koronarne arterijske bolezni z zdravili in posegi,
- srčni spodbujevalniki in vsadni avtomatski defibrilatorji,
- zdravljenje srčnega popuščanja,
- prevladujoče srčne napake v starosti.

Sodelovanje ali sobivanje s partnerji, na prvem mestu z osebnimi/družinskimi zdravniki

Naši člani si želijo pogovor, nasvete tudi na področju zdravljenja, kjer se lahko zdravnik svetovalec nehote vplete v odločanje specialistov na sekundarni ravni (večinoma specialista kardiologa, lahko tudi drugih vej interne medicine ali drugih specialnosti) in posredno v odločanje osebnega zdravnika.

Tako sem mnogim svetoval, da morebitnih, sicer koristnih sprememb ali želj zdravniku ne vsiljujejo, ampak jih le naznanijo oz. se o njih pogovorijo, da se izognejo takim in podobnim odgovorom, npr. pa naj vas on zdravi, če vam že priporoča to in to ... Vsekakor morajo ostati vpleteni zdravniki naši partnerji v obravnavi, ne pa naši administratorji ali celo nasprotniki. Skupinski ali individualni posvet v KK/KD nikakor ni vzporedna ambulanta, ni ekspertno ali uradno drugo ali tretje mnenje. Na tem področju imam pozitivne izkušnje, morda pa za vse dogodke, tudi negativne, ne izvem.

Vsekakor je naša vloga blaženje medsebojnih napetosti in trenj, ki so pogosto posledica negativnih kampanj politike in medijev. Člani KK/KD naj zaupajo vsem deležnikom v verigi njihovega zdravljenja na vseh ravneh in mi, zdravniki/svetovalci, tukaj pomagamo, večinoma prostovoljno.

Posebno področje so čakalne dobe, iskanje bližnjic in obvodov do pregledov in še pogosteje preiskav, kar je sporno in neopravičljivo.

V tem položaju se aktivni zdravniki svetovalci taki obliki pomoči članu KK težje izognejo kot npr. upokojeni zdravniki, ki nimajo več toliko stikov z organiziranim zdravstvom. Seveda pa priznam, da sem v strokovno utemeljenih primerih tudi posredoval pri svojih kolegicah in kolegih, kar pa ne more biti utečena oblika dela.

Eden od pomembnih partnerjev KK/KD je Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije s svojimi podružnicami in dvema samostojnima društvoma - za Maribor in Podravje ter Pomurje na področju predavanj, meritev dejavnikov tveganja, svetovanja itd. Člani KK se včlanijo v Društvo z nižjo, privilegirano članarino.

Sklep

Izvajanje različnih aktivnosti v KK/KD predstavlja velik prispevek k vseživljenjski rehabilitaciji.

Predavanja oz. skupinska svetovanja zdravnika članom KK/KD so atraktivna oblika vzgoje in izobraževanja ter druženja članov. Menim, da je za marsikoga, za marsikaterega prihodnjega člana, takšna možnost dobrodošla in morda dodaten motiv za včlanitev v KK/KD. Zavedati se moramo, da nasvet in mnenje zdravnika nista klasično drugo mnenje, le dobrodošel prispevek h globljemu razumevanju bolezni in posledic in s tem boljšim odnosom med vsemi udeleženci v procesu zdravljenja in rehabilitacije.

Širok nabor aktivnosti predstavlja veliko dela in odgovornosti za vse, za to pa so potrebna sredstva, beri, vsaj majhen del sistemskih virov, saj samo z dobrodelnostjo ne moremo postoriti vsega.

Vloga strokovnega mentorja kluba - osebne izkušnje v koronarnem klubu brežice

Mojca Savnik Iskra, dr. med.

Koronarni klubi so združenja bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi, ki izvajajo vseživljenjsko rehabilitacijo, za katero je dokazano, da izboljša kakovost življenja, zmanjša možnost ponovitve srčnega infarkta in izboljša preživetje bolnikov.

Koronarni klub Brežice, ki je bil ustanovljen leta 2006, vključuje bolnike iz večjega dela Posavja in Obsotelja, vanj se vključujejo bolniki iz občin Brežice, Krško, Kostanjevica na Krki in Bistrica ob Sotli. Ekonomski položaj, življenjske okoliščine, navade in razvade ljudi ter izpostavljenost stresu pomembno vplivajo na nastanek bolezni srca in žilja, ki so tudi v naši regiji najpogostejši vzrok smrti.

Bolnišnica Brežice je edina bolnišnica regije, ki pokriva potrebe po zdravstvenem varstvu na sekundarni ravni za 70 000 prebivalcev. Kot splošna bolnišnica ima pet osnovnih oddelkov, na internem oddelku so obravnavani tudi koronarni in drugi srčni bolniki, ki so deležni hospitalne rehabilitacije po miokardnem infarktu in posegih na koronarnem žilju. S perkutanimi posegi, operativnim in medikamentoznim zdravljenjem pa se, žal, ne odpravi ateroskleroze kot temeljnega procesa, ki je odgovoren za te bolezni. Bolnike je treba poučiti, da je možno le z odpravljanjem dejavnikov tveganja za aterosklerozo pomembno upočasniti bolezen in zmanjšati tveganje za ponovitve dogodkov. V preteklosti so pomembno vlogo v rehabilitacijski obravnavi teh bolnikov odigrala zdravilišča, kar je trenutno dostopno le nekaterim bolnikom po akutnem koronarnem dogodku, ambulantna rehabilitacija pa je možna le v redkih krajih in bo zaživela šele v prihodnosti.

Vloga internista kardiologa v strokovnem svetu kluba. Je bistvena pri implementaciji strokovnih smernic za rehabilitacijo, pri oblikovanju programa dela kluba, pomembna je ob ustanovitvi kluba, pri vključevanju bolnikov v klub, izboru vaditeljev, nadzoru nad strokovnostjo dela.

Pomen strokovnega vodje ob ustanovitvi kluba. Bolniki so navadno pobudniki za ustanovitev kluba, vendar je strokovna pomoč pomembna pri ustanovitvenih postopkih, določitvi sedeža kluba, izboru vaditeljev in vključevanju bolnikov. Bolnišnica Brežice, ki se zaveda pomena društev bolnikov, je leta 1999 sodelovala pri ustanovitvi Društva za zdravje

srca in ožilja. To je odigralo pomembno vlogo na preventivnem področju. Leta 2006 je dozorela potreba po koronarnem klubu, ki bi bolnikom z razvito boleznijo pomagal pri izboljševanju telesnega in duševnega zdravja ter socialnega počutja. Potrebovali so predvsem bolj varno in njihovemu zdravstvenemu stanju prilagojeno redno vadbo. Vključila sem se v ustanovitvene aktivnosti in pomembne informacije o organizaciji koronarnih klubov prejela od tedanje predsednice ZKDKS gospe Aleksandre Gorup. Dne 10. 3. 2006 smo na ustanovitvenem zboru ustanovili Koronarni klub Brežice in vanj vključili prvih 24 članov. Sedež kluba je na naslovu Bolnišnice Brežice.

Katere bolnike vključiti in kako? V rehabilitacijo smo pričeli vključevati bolnike, ki so se zdravili na internem oddelku ali v internistični ambulanti, k sodelovanju smo pozvali izbrane zdravnike. Vadbene skupine so že od začetka heterogene in vključujejo bolnike po prebolelem srčnem infarktu, po balonskem širjenju koronarnih arterij, po kirurški revaskularizaciji miokarda, bolnike s stabilno angino pektoris, bolnike po operacijah srčnih zaklopk in vstavitvi srčnega spodbujevalnika, bolnike s srčnim popuščanjem in zdrave posameznike z več dejavniki tveganja za koronarno bolezen ter svojce bolnikov.

Med bolniki, hospitaliziranimi v SB Brežice, so ob odpustu iz bolnišnice ali kasneje ob ambulantnih kontrolah določeni tisti, za katere bi bila vadba v klubu varna in koristna. V odločitev so vključeni strokovni kriteriji iz smernic: anamneza, klinični status, EKG, UZ srca in obremenitveni test. Vključeni so bolniki s stabilnim zdravstvenim stanjem, ki pri obremenitvi zmorejo 75 W obremenitve na cikloergometru. Vadeče, ki še niso utrpeli akutnega koronarnega dogodka in jih napotijo izbrani zdravniki, preko ambulantne internistične obdelave privedemo do obremenitvenega testa.

Kje organizirati vadbo, centralno ali razpršeno po regiji? Redna vadba poteka dvakrat tedensko v različnih telovadnicah. Dilemo glede homogenosti ali heterogenosti vadbenih skupin smo razrešili v prid dostopnosti vadbe bolnikom. Namesto enotnega vadbenega centra z vadbo v različnih skupinah ločeno po bolezenski ogroženosti in starosti, smo se odločili vadbo pripeljati v kraje, kjer bolniki živijo. Prva vadbena skupina je pričela delovati v Brežicah spomladi 2006, sprva v prostorih bolnišnične fizioterapije, kasneje v telovadnici vrtca, jeseni 2006 še vadbena skupina v Krškem v osnovni šoli. V domu upokojencev je leta 2007 zaživela vadba v Dobovi, leta 2008 na Senovem v osnovni šoli, 2010 v Bistrici ob Sotli tudi v osnovni šoli, leta 2011 v Kostanjevici na Krki z vadbo v prostorih Zdravstvenega doma in leta 2015 v Velikem Podlogu v domu krajanov.

Komu zaupati vadbo bolnikov? Zavedajoč se odgovornosti do zdravja bolnikov smo v strokovni svet kluba vključevali le strokovnjake z zdravstvenega področja. Naše vaditeljice izhajajo iz vrst diplomiranih medicinskih sester in fizioterapevtov iz regije. Po predstavitvi

in pogovoru s predsednico strokovnega sveta so napotene na usposabljanje, ki ga organizira ZDKDS, potem pa se pod nadzorom izkušene vaditeljice usposobijo za samostojno delo v vadbeni skupini.

Usposobljene vaditeljice z razvitimi komunikacijskimi veščinami pomenijo varnost za bolnike. Med njimi je izbrana vodja, ki koordinira vadbo in izobraževanja. Vezanost vaditeljic na posamezno vadbeno skupino je pozitivna z vidika varnosti, saj so skupine od vsega začetka heterogene glede starosti, zdravstvenega stanja in stopnje zmogljivosti vadečih. Na obnovitvenih izobraževanjih in na sestankih s strokovno vodjo so opozarjane na pomembnost budnega opazovanja bolnikov in izvajanje bolnikom prilagojene vadbe, kontrolirane z rednim merjenjem krvnega tlaka in srčne frekvence. Vse imajo znanje o temeljnih postopkih oživljanja in uporabi avtomatskega defibrilatorja, ki so dostopni na mestih vadbe. Po več kot desetih letih vadbe jih še nismo potrebovali in tudi drugih resnejših zapletov med vadbo še ni bilo. Med skupino in vaditeljico se sčasoma razvije zaupen odnos, občasnemu kroženju vaditeljic med skupinami pa tudi ne nasprotujejo, saj poveča raznolikost in zanimivost vadbe.

Zdravstvena vzgoja. Pouk o zdravem načinu življenja, dejavnikih tveganja, bolezenskih znakih in zdravljenju bolezni srca in žilja. Kot strokovna vodja kluba se zavedam, da samo informiranje in posredovanje znanja bolnikom ne obrodi sadov, če se bolniki aktivno ne vključijo v proces spreminjanja utirjenih navad in sloga življenja, ki so jih pripeljali do trenutnega bolezenskega stanja. Bolj kot intenzivnost se mi zdi pomembna postopnost, skozi katero bolnika navajamo na razmišljanje o potrebi po spremembi vedenja in ga skozi ponovitve različnih aktivnosti tudi spodbujamo k vztrajnosti. Tudi na tem področju smo se prilagodili razmeram v regiji. Ker se je udeležba na predavanjih v organizaciji Društva za zdravje srca in ožilja manjšala, smo začeli organizirati lastna predavanja, ki jih pripravljajo predvsem strokovnjaki iz regije in mlajši zdravniki.

Predavanja smo približali bolnikom, so enkrat mesečno v krajih vadbenih skupin. S tem smo izboljšali udeležbo in aktivnost slušateljev. V program predavanj vključujemo tudi obravnavo drugih zdravstvenih problemov, ki pestijo naše člane.

Koristni in dobro obiskani so individualni pogovori z internistom in farmacevtom, ki enkrat letno obiščeta vadbene skupine. Aktivna oblika učenja so tudi delavnice: izbrali smo jih za učenje temeljnih postopkov oživljanja in uporabo AED ter za področje prehrane. Z delavnicami zdrave prehrane bolnike spodbujamo k pravilni sestavi in pripravi hrane, k zdravemu načinu prehranjevanja, uporabi lokalnih živil, upoštevanju tradicije s poudarki na vključevanje bolj zdravih živil in načinov priprave in uvajanje novosti.

Nudenje psihosocialne podpore. Zavedamo se, da ima četrtina bolnikov po prebolelem

akutnem koronarnem sindromu pridružene anksiozne in depresivne motnje, ki so bolj povezane z načinom bolnikovega razmišljanja kot z resnostjo infarkta. Prvo tesnobo pomaga omiliti kvalitetna hospitalna rehabilitacija, nove strahove, ki se porajajo po odpustu iz bolnišnice, bi pomagala prebroditi ustrezna ambulantna rehabilitacija, ki je v našem okolju, žal, ni. V ta segment pomoči bolniku zgodaj vstopi koronarni klub. Bolniki so v vadbenih skupinah deležni psihološke pomoči in podpore zdravnika, vaditeljic in predvsem drugih članov skupine, s katerimi delijo podobno življenjsko preizkušnjo. Z nami sodeluje klinična psihologinja, ki je pripravila nekaj predavanj na to temo. Usposobljena psihoterapevtka je člane kluba poučila o sprostitvenih tehnikah, s katerimi lahko zmanjšamo psihično napetost in vegetativno simptomatiko.

Sprostitvene tehnike, ki so se jih v procesu usposabljanja naučile vaditeljice, so redno vključene v vsako vadbo.

H krepitvi socialnih stikov prispevajo tudi izleti z ogledi kulturnih znamenitosti, ki jih dvakrat letno organiziramo po Sloveniji. Najbolj obiskana aktivnost kluba pa je prednovoletno druženje s plesom, ki ga vsako leto organizira ena od vadbenih skupin v svojem kraju. Gre za preplet telesne aktivnosti, druženja, krepitve socialnih stikov in kreativnosti, saj vadbena skupina, zadolžena za druženje, poskrbi tudi za krajši kulturni program in s tem odkrije nadarjene pevce, igralce in instrumentaliste v svoji sredini.

Koronarni klub preverja zadovoljstvo članov z anketami, preverjanje telesne zmogljivosti pa poteka s testom 6-minutne hoje enkrat letno za vse člane.

Zaključek. V Koronarnem klubu Brežice, z upoštevanjem strokovnih smernic in lokalnih razmer, izvajamo celostno rehabilitacijo, ki zajema telesni trening, izobraževanje in psihosocialne ukrepe. Z izvajanjem rehabilitacijskih ukrepov v krajih, kjer živijo bolniki, smo se jim približali. Ob boljši finančni podpori bi bilo možno ustanoviti bolj homogene vadbene skupine glede zdravstvenega stanja, telesne zmogljivosti ter starosti, kar bi olajšalo delo in varnost v skupinah. Poudariti je treba pomen dobrega sodelovanja strokovnih vodij in predsednikov klubov, vaditeljic ter zavzetih bolnikov. Strokovno znanje zdravnikov in medicinskih sester je bistveno za kvalitetno delo koronarnega kluba, vendar nas tudi doživetja in izkušnje, ki jih pridobimo pri delu v klubu, dodatno bogatijo in izboljšujejo našo vsakdanje klinično delo. V načrtu SB Brežice je pridobiti program ambulantne rehabilitacije. Pomenila bi varen prehod med hospitalno in vseživljenjsko rehabilitacijo, ki jo izvaja Koronarni klub Brežice.

Celovita obravnava koronarnega bolnika od akutnega dogodka do dolgotrajne rehabilitacije

Simon Korošec, dr. med.

Akutni koronarni sindrom oziroma akutni miokardni infarkt (AMI) je za bolnika dramatičen dogodek, ki na nenaden način razkrije prisotnost koronarne bolezni.

V zahodnih državah se je pojav koronarne bolezni v zadnjih desetletjih pomembno zmanjšal, kljub temu pa je še vedno vzrok za tretjino vseh smrti pri starosti nad 35 let. V Evropi se je pojavljanje koronarne bolezni pri moški populaciji zmanjšalo za 32 % in za 30 % pri ženski populaciji. Okrog 15 % bolnikov ob akutnem dogodku doživi srčni zastoj in umre zaradi nenadne srčne smrti.

Večina bolnikov se zdravi v bolnišnici, kjer je zdravljenje dandanes sodobno in kratkotrajno glede na oblike zdravljenja, ki so bile na voljo pred dvajsetimi leti. Perkutana koronarna intervencija (PCI) je poseg, ki omogoča odpiranje zaprte koronarne arterije z balončki in žilnimi opornicami oziroma stenti. Poseg pomembno vpliva na zmanjšanje umrljivosti in invalidnosti teh bolnikov, pri čemer je bistveno, da se poseg opravi čimprej od pojava simptomov. S tem se zmanjša področje odmiranja srčne mišice, pojav zapletov, kot so življenjsko nevarne aritmije in srčno popuščanje. S PCI skrajšamo čas zdravljenja bolnika v bolnišnici, ki v današnjem času lahko traja le teden dni.

Po zdravljenju v bolnišnici je bolnikom omogočena rehabilitacija v zdravilišču po standardnem programu. V tem času je poleg same rehabilitacije omogočena izvedba dodatnih preiskav (ultrazvočni pregled srca, obremenitveno testiranje), s katerimi je podana ocena stanja po prebolelem AMI. Bolniki se po zaključeni rehabilitaciji navadno vrnejo v običajen tok življenja in s tem tudi na delovno mesto. V nadaljevanju zdravljenja bolniki opravljajo redne kontrole v specialistični kardiološki ambulanti. Namen ambulantnega vodenja bolnika omogoča spremljanje dejavnikov tveganja za koronarno bolezen in s tem tudi preprečevanje ponovnih akutnih dogodkov. Pri večini bolnikov je s tem rehabilitacija po prebolelem miokardnem infarktu tudi zaključena. Dodatne oblike rehabilitacije koronarnih bolnikov so razvite v državah Evrope, ki pa potekajo v različnih oblikah. Te so lahko v obliki dodatne bolnišnične ali zunajbolnišnične rehabilitacije

v trajanju nekaj tednov ali mesecev. Dolgotrajna rehabilitacija, ki bi trajala več let, je redka. V Sloveniji imamo dolgotrajno oziroma vseživljenjsko rehabilitacijo že vrsto let.

Lastne izkušnje in številne tuje raziskave so pokazale, da dolgotrajna rehabilitacija ugodno vpliva na zmanjšanje: umrljivosti zaradi katerega koli vzroka (20-30 %), umrljivosti še 5 let po zaključku rehabilitacije, simptomov (prsna bolečina, težka sapa, utrujenost) in ponovnega srčnega infarkta v 12 mesecih po zaključku rehabilitacije. Izboljšanje se kaže tudi pri redni uporabi predpisanih zdravil in izboljšanju telesne zmogljivosti bolnikov. Ornish je med prvimi avtorji, ki je dokazal učinek spremembe življenjskega sloga na napredovanje koronarne bolezni. Njegovi študiji so sledile številne druge študije, ki so dokazale pozitivne učinke spremembe življenjskega sloga in rehabilitacije na napredovanje koronarne bolezni. V 63 raziskavah, ki so vključevale 14 486 bolnikov med 12-mesečno rehabilitacijo, so dokazali zmanjšano umrljivost zaradi srčno-žilnih dogodkov in zmanjšano možnost ponovnega zdravljenja v bolnišnici. Večina študij je pokazala višjo kvaliteto življenja bolnikov, vključenih v rehabilitacijo po prebolelem MI, kar smo ugotavljali tudi v raziskavi v Koronarnem društvu Slovenske Istre.

Kljub dokazanim ugodnim vplivom rehabilitacije pa se zelo malo bolnikov vključi v dodatne oblike rehabilitacije. Ocenjujejo, da se le 14 % do 35 % bolnikov po AMI in 31 % bolnikov po kirurški revaskularizaciji miokarda (CABG) vključi v podaljšane oblike rehabilitacije. Tako je stanje tako pri nas kot drugod v Evropi. Majhno število bolnikov, vključenih v dolgotrajno rehabilitacijo, je zelo verjetno posledica hitre in sodobne oblike bolnišnične obravnave bolnikov z AMI. Skrajšan čas stika med bolnikom in zdravnikom v bolnišnici zmanjša možnost natančne razlage narave in resnosti bolezni, pomena sekundarne preventive za ponovitev bolezni in možnosti rehabilitacije. Lastne izkušnje kažejo ugodne učinke pri bolnikih s koronarno boleznijo, ki so že bile dokazane v številnih tujih raziskavah.

Celostna in dolgotrajna rehabilitacija koronarnega bolnika s spremembo življenjskega sloga in redno telesno aktivnostjo je torej edina dokazana oblika obravnave, ki prepreči napredovanje koronarne bolezni. Potreben je sodobnejši in multidisciplinarni pristop k rehabilitaciji koronarnih bolnikov s sodelovanjem bolnišnic z ambulantno podaljšano rehabilitacijo in koronarnih klubov ter društev z dolgotrajno obliko rehabilitacije. Bolj si je treba prizadevati za nabor novih bolnikov, ki bi se vključevali v dolgotrajno obliko rehabilitacije. S sprejemom smernic za rehabilitacijo koronarnih bolnikov v Sloveniji pa bi poenotili oblike rehabilitacije in izboljšali njeno kvaliteto .

Spremembe življenjskega sloga in adherenca zdravljenja pri bolnikih s koronarno boleznijo

asist. dr. David Žižek, dr. med.

Uvod

Pri obravnavi katerekoli kronične bolezni je v začetku najpomembnejša opredelitev napredovalosti in dejavnikov, ki so do nje pripeljali. Znanje o nastanku in zdravljenju kronične bolezni, med katere spada tudi koronarna bolezen, moramo zdravniki in vsi zdravstveni delavci prenesti na bolnika, ki mora spoznati, da mu je dosedanji življenjski slog odvzel največje bogastvo - zdravje. Koronarni bolnik mora razumeti, da je le on sam tisti, ki lahko vpliva na zmanjšanje števila srčno-žilnih zapletov in izboljšanje kakovosti življenja. Vloga zdravstvenih delavcev (vključenih v bolnišnično zdravljenje, rehabilitacijo ali koronarne klube) je predvsem opora pri ponovni vzpostavitvi telesnega, duševnega in socialnega ravnovesja za ponovno vključitev v družinsko in širše okolje. Bolnik se mora s koronarno boleznijo naučiti živeti in ustrezno prilagoditi življenjski slog.

Koronarna bolezen in dejavniki tveganja

Koronarne arterije so žile, ki srcu dovajajo kri. O koronarni bolezni govorimo, ko je zaradi zožitve koronarnih arterij motena prekrvitev srca. Delna zapora teh žil povzoča prsno bolečino (tiščanje v prsih - angina pektoris) in bolnika omejuje pri telesnih aktivnostih in vsakodnevnih opravilih. Končna oblika koronarne bolezni je popolna zapora koronarnih arterij, ki vodi v trajno poškodbo dela srčne mišice, kar imenujemo srčna kap - miokardni infarkt. Posledice miokardnega infarkta so lahko zelo različne: od poslabšanja iztisa srca (srčnega popuščanja) do pojava življenjsko ogrožujočih motenj ritma z nenadno srčno smrtjo. Med najpomembnejše dejavnike tveganja za nastanek koronarne bolezni spadajo visok krvni tlak, povečane vrednosti holesterola, debelost, sladkorna bolezen, kajenje, telesne nedejavnosti, genetska obremenitev in depresija.

Čeprav se mnogokrat zdi, da je miokardni infarkt končna oblika koronarne bolezni se je potrebno zavedati, da je to le vrh ledene gore. Vsi dejavniki tveganja, v primeru nezdravljenja, ostajajo in lahko povzročijo nov dogodek, ki je lahko tudi usoden. Tako zdravljenje koronarne bolezni ne more biti kratkotrajno, ampak mora kot celovit pristop, ki vključuje rehabilitacijo, redno telesno dejavnost, jemanje

predpisanih zdravil in psihosocialno podporo, trajati vse življenje.

Rehabilitacija in zdravljenje koronarne bolezni

Ključ do uspeha pri zdravljenju koronarne bolezni je multidisciplinarni pristop, ki obsega rehabilitacijo po miokardnem infarktu, spremembe življenjskega sloga, omejitev dejavnikov tveganja in zdravljenje z zdravili.

Izjemen pomen rehabilitacije po miokardnem infarktu so potrdile številne študije. Pri bolnikih po miokardnem infarktu, vključenih v programe kardiološke rehabilitacije, so v primerjavi s tistimi, ki se za tako vzdrževanje stalne telesne aktivnosti niso odločili, beležili kar 25 do 46 odstotkov manjšo umrljivost in skoraj tretjino nižji delež ponovnih miokardnih infarktov.

Pri omejevanju dejavnikov tveganja se medsebojno dopolnjujeta sprememba življenjskega sloga in zdravljenje z zdravili. Povedano nekoliko drugače: s spremembami življenjskega sloga lahko določene dejavnike tveganja odpravimo (kajenje, omejitev alkohola, nezdravo prehranjevanje, telesna neaktivnost, stres, prepoznava depresije) omejimo (krvni tlak, krvni sladkor, holesterol) in s pomočjo zdravil še dodatno zamejimo. Že zmerna vsakodnevna 30 minutna aktivnost ugodno vpliva na znižanje telesne teže, krvnega tlaka, presnovo maščob in sladkorja, vendar se je ob tem potrebno zavedati, da so v večini primerov (predvsem pri sekundarni preventivi) za dosego ciljnih vrednosti potrebna zdravila. Posledično je dosledno jemanje zdravil, ki jih predpiše zdravnik - adherenca, ključnega pomena in je sestavni del sprememb življenjskega sloga koronarnega bolnika. Študije so namreč pokazale, da že dosledno jemanje predpisane terapije pomembno vpliva na zmanjšanje srčno-žilnih dogodkov. Pomemben premik, ki izboljšanju adherence jemanja zdravil so v zadnjem času prinesla t.i. kombinacijska zdravila, ki v eni tableti vključujejo več učinkovin. Najpogosteje gre za kombinacijo več antihipertenzivnih učinkovin, na voljo pa so tudi kombinacije antihipertenzivnih učinkovin in statina, ki omogočajo zamejitev celo dveh dejavnikov tveganja - krvnega tlaka in maščob v krvi. Pri zdravljenju z zdravili ne smemo pozabiti tudi na skupine zdravil, ki zmanjšujejo pojavnost zapletov koronarne bolezni kot so ishemična bolezen srca, motenje srčnega ritma in srčno popuščanje. Tudi na tem področju so na obzorju kombinacijska zdravila, ki vključujejo različne učinkovine, ki preprečujejo zaplete po prebolelem miokarnem infarktu.

Zaključek

Za uspešno zdravljenje koronarne bolezni bolnik potrebuje partnerski odnos z zdravnikom in zdravstvenimi delavci, ki bo omogočal, da bo sam vztrajal pri ustrezni prilagoditvi na nov življenjski slog.

Je rehabilitacija koronarnega bolnika ekonomsko upravičena?

Prim. Janez Tasič, dr.med.

Kronične nenalezljive bolezni predstavljajo veliko zdravstveno in gospodarsko breme za vse države na svetu, prav tako tudi za članice Evropske skupnosti. Vzroki so pogosto banalni in so povezani z življenjskim slogom: nezdravo prehranjevanje, premalo fizične aktivnosti, kajenje, pretirano uživanje alkohola, debelost, nezdravo okolje itd. Pri zmanjševanju tega bremena pomagajo programi sekundarne preventive in rehabilitacije, pri katerih je zelo pomembna dejavnost koronarnih klubov in društev.

Koronarni klubi in društva so humanitarne, nepridobitne organizacije, ki združujejo srčne bolnike in njihove svojce ter druge fizične osebe, ki skrbijo za izvajanje vseživljenjskega programa preventive in rehabilitacije bolnikov z boleznimi srca in ožilja.

Kljub dokazom o koristi rehabilitacije srčnih bolnikov in njene finančne učinkovitosti se ta izvaja pri premajhnem številu bolnikov. Verjetno bi se izvajala pogosteje, če bi bile jasne finančne koristi po odpustu iz bolnišnice, čeprav vemo, da so nastali največji stroški bolnika prav v času hospitalizacije. Odpust zmanjša te stroške, a se ponovno pojavijo ob poslabšanju stanja, ponovnih posegih, novem materialu itd. Ti stroški so različni v različnih državah, v 55 % držav jih deloma plačajo bolniki iz svojega žepa. Vse je odvisno od PPP (Purchasing Power Parity, torej od dohodkov!

Zato se je že zelo zgodaj postavilo ekonomsko vprašanje o upravičenosti dodatnega izobraževanja bolnika o pomenu obvladovanja dejavnikov tveganja, fizični aktivnosti, psihološkem stanju, o vrnitvi na delo in implementaciji vsega tega v nov slog življenja. Analiza stroškov kardiovaskularne rehabilitacije(KR) je pokazala, da je ekonomsko zanimiva, vendar je povezana s kvaliteto in trajanjem rehabilitacije, učinkom na kvaliteto življenja in vzpodbujanja za vrnitev na delo.

Rehabilitacija se je izkazala kot učinkovita za izboljšanje kvalitete življenja zlasti pri bolnikih po 75. letu. Finančna učinkovitost rehabilitacije je večja pri bolj ogroženih. Res je potrebnih še več raziskav o finančni učinkovitosti KR pri različnih bolnikih in modelih rehabilitacije: v domačem okolju ali v instituciji, kratkoročna v primerjavi z dolgoročno.

Cena rehabilitacije je primerljiva s stroški, ki jih pokrivajo zdravstveni sistemi za druge storitve. Rehabilitacija ni zastonj, vendar je to ena od možnosti, ki omogoča, da se stroški, potrebni za dolgotrajno zdravljenje, pomembno znižajo. Torej je investicija v rehabilitacijo dolgotrajna naložba, ki zniža stroške glede na kvaliteto in leta življenja. Cena učinkovitosti rehabilitacije je odvisna od posameznega bolnika, vendar je večja kot pri bolniku, ki ni vključen v program KR. Izvedena je tudi primerjava stroškov bolnikov, ki so končali stacionarno rehabilitacijo, in bolnikov, ki niso vključeni v program rehabilitacije. Torej so odpuščeni iz bolnišnice po koronarnem dogodku ali posegu v domačo oskrbo. Stroški teh bolnikov se z odpustom domov in opustitvijo rehabilitacije niso zmanjšali, saj ti bolniki pogosteje potrebujejo druge zdravstvene usluge: pogosteje so na kontrolah, jemljejo več zdravil, imajo dodatne preiskave a tudi posege.

Rehabilitacija, ki je organizirana v kraju, kjer bolnik živi, torej v koronarnem klubu ali ambulantni obliki rehabilitacije, predstavlja alternativno obliko rehabilitacije, ki zagotavlja pospešeno izboljšanje zdravja, dvig tolerance na obremenitve in strese, zmanjša se število ponovnih intervencij, jemanje zdravil je redno, poveča se kvaliteta življenja, podaljša se tudi preživetje za 5 let.

V Evropi se je v zadnjih 15 letih pomladila celotna populacija na račun posameznih novih članic. V Sloveniji se je podaljšala povprečna življenjska doba in s tem število srčnih bolnikov in koronarnih dogodkov, kar zahteva, da izpolnimo pogodbo, ki jo je Slovenija podpisala o zmanjšanju bremena kroničnih nenalezljivih bolezni. Leta 2005 je podpisana Luksemburška deklaracija, ki od nas zahteva usmeritev v preventivo, dostopno zdravstvo in rehabilitacijo. Program vlade naj zagotovi: zdrav začetek življenja, zdravje mladih, zdravo staranje, zmanjšanje števila akutnih, nalezljivih bolezni in kroničnih nenalezljivih bolezni, zdravo okolje,zdrav slog življenja brez alkohola in mamil ter zdravo bivalno okolje. Luksemburška deklaracija, podpisana 29. 6. 2005, zahteva, da se morajo v vsaki državi EU sprejeti ukrepi, ki zmanjšajo obremenitev zaradi BSO. Za to je potrebno osveščanje, pravočasno pripraviti strategijo zdravja, kontrolo kazalnikov tveganja, povezati stroko - vlado - civilno družbo, kot partnerje pa vključiti zdravstvo, šolstvo, socialo, promet, kmetijstvo, organizacije bolnikov, industrijo, raziskave, lokalno skupnost. Treba je izvesti sistem in orodja za zmanjšanje obremenitve s SŽB.

Ob prioritetah je glavni poudarek na preventivi (primarni in sekundarni), a tudi rehabilitaciji. Program preventive že izvaja ZKS, vendar je rehabilitacija usklajen proces, s katerim srčnim bolnikom pomagamo doseči in vzdrževati čim boljše telesno in duševno zdravje.

Različne programe rehabilitacije so ekonomsko analizirali, vendar sta bili doslej opravljeni le dve študiji, ki zadostita znanstvenim kriterijem za resno analizo ekonomske evaluacije. Metaanaliza ekonomskih evaluacij rehabilita-

cijskih programov je kompleksno prikazana v raziskavah: Sophie Papadakis / Neil b. Oldridge in sodelavcev iz Kanade. Ugotovili so, da so rezultati nadzorovane rehabilitacije v primerjavi s standardno oskrbo na domu boljši: višji je indeks stroški/učinkovitost, zmanjšala se je cena glede na pridobljena leta življenja.

Ekonomska evaluacija in ocena rehabilitacije sta pomembno orodje pri planiranju zdravstvenih programov in usmerjanju sredstev v programe. Upam, da lahko oblikujemo raziskavo/študijo, ki bo pokazala ekonomsko učinkovitost za različne modele rehabilitacije: nadzorovane v KK, ambulantne, rehabilitacijo na domu in bolnikov s srčnim popuščanjem, a tudi po različnih posegih. Podobno raziskavo, vendar brez natančne finančne analize, sem že leta 1988 predstavil na prvem Jugoslovanskem kongresu o rehabilitaciji. Prikazal sem rezultate 80-tih bolnikov glede zmanjšane porabe zdravil in zmanjšanega števila obiskov pri zdravniku po dveh letih rehabilitacije v KK Celje.

Zaključek

V Sloveniji so kronične bolezni vzrok za 80 % vseh smrti. Največje breme predstavljajo bolezni srca, rakaste bolezni in duševne bolezni. V povprečju živimo v Sloveniji sedem let s kronično boleznijo, kar pomeni zmanjšano možnost in sposobnost delovanja in padec kvalitete življenja. Zaradi porasta števila starejših ljudi se bo še povečal delež izdatkov za starostnike nad 8 % bruto družbenega dohodka. Ta odstotek se lahko ustavi le s povečanjem let zdravega življenja, kar bo možno doseči le s politiko zdravega staranja prebivalstva.

Odločitev za zdravje mora podpirati celotna družba. Spodbujati in usposobiti mora ljudi za promocijo lastnega zdravja, prav tako pa je treba usposobiti tudi medije, zdravstvene ustanove in vse, ki imajo vlogo pri oblikovanju pozitivnega odnosa do zdravja. Vlada pa naj pripravi razmere za njihovo izvajanje.

Spolnost in srce

prim. Janez Poles, dr. med.

Med vsemi človekovimi nagoni je spolni nagon v svoji osnovi najbolj »živalski«. V razvoju človeka se je skozi tisočletja nekoliko »pokvaril«, saj se živali spolno združujejo predvsem zaradi ohranjanja vrste, človek pa to pogosteje počne zaradi zadovoljevanja lastnih užitkov.

Spolno odzivanje je za vsakega človeka zelo občutljivo in zapleteno dogajanje, ki ga lahko zmotijo že malenkosti. Včasih samo slabo telesno počutje, številne bolezni ali pa le slabo duševno stanje. Najpogostejše motnje so: nedoživljanje orgazma pri ženskah in težave z erekcijo ter prezgodnji izliv semena pri moških. Bojazen, da se bo motnja ob naslednjem spolnem odnosu ponovila, vodi v nesproščenost. Nesproščen človek se ne more povsem predati uživanju. Posledica takšnega obnašanja pa je prav tisto, česar se tak človek najbolj boji - motnja v spolnem odnosu. Iz takšnega začaranega kroga pogosto ne zmore sam. Nasprotno, samozavest postaja vse manjša, motnje v odnosu vse hujše, spolne težave pa se postopno prenašajo tudi na partnerja.

Srce so skozi stoletja imeli za središče življenja, čustvovanja, ljubezni, prijaznosti in dobrote, poguma, a tudi žalosti. Zato ni čudno, da je bolezen srca lahko uničujoča tako za bolnika kot za partnerja. Strah pred smrtjo je običajna in pogosto povsem normalna reakcija za oba.

Številni srčni bolniki prav zaradi tega, kljub nagonski sili po spolnosti, nočejo tvegati svojega zdravja in se brezskrbno prepustiti valovanju ljubezni. Neprestano jih spremlja občutek zmanjšanega libida ter strah pred smrtjo med spolno aktivnostjo. Zaradi stalne zaskrbljenosti se močno zmanjša njihova samozavest.

Privzgojen model obnašanja, plašnost, zadrega in sramovanje so pogosto vzrok, da se bolniki o teh težavah tudi redko pogovarjajo. Ne le s partnerjem, prijatelji ali znanci, tudi z zdravnikom jim pogosto ni do odkritega razgovora. V svoji dolgoletni praksi sem le redko srečal bolnika, ki je sam načel problem motenega spolnega odnosa. Nasprotno, ko sem sam jasno zaznal in čutil vso težo nerešenega in hudo občutljivega problema, ki je bolnika čedalje huje težil ter onemogočal celovito rehabilitacijo, in ga poskušal reševati, ga je bolnik dolgo časa negiral in tiščal v ozadje.

Pa so bolniki z boleznijo srca upravičeno zaskrbljeni zaradi spolnosti?

Raziskav, ki pojasnjujejo fiziološka dogajanja v telesu med spolnim odnosom, je zadnja leta kar nekaj. Prav gotovo je spolni odnos za človeka stres - tako psihičen kot fizičen. Po drugi strani pa je potreben, saj je za polno življenje potrebna tudi ljubezen, ki nas čustveno in telesno krepi, dviguje, potrjuje, osrečuje in nam daje ustvarjalno moč. Prav sreča in zadovoljstvo ter psihična stabilnost in dobra telesna pripravljenost so najboljši zaščitni faktor pred nastankom srčno-žilnih bolezni.

Dokazali so, da med spolnim odnosom poraste frekvenca srčnega utripa tudi do 100 utripov v minuti, hkrati pa poraste tudi krvni tlak. Oboje predstavlja za srce večje delo. Ob tem se poveča tudi poraba kisika v srčni mišici.

Koliko torej spolna aktivnost obremeni srce?

Lahko na obremenitev vplivamo z zdravili?

Je mogoče spolno aktivnost primerjati z vsakodnevnim običajnim delom?

Poraba kisika v srčni mišici je odvisna od intenzitete dela, ki je premo sorazmerna porastu frekvence srčnega utripa ter krvnega tlaka. Fiziološke potrebe organizma lahko najlažje opredelimo s porabo kisika ali kalorij. Fiziologi in kardiologi so primerjali bolnike med telesno aktivnostjo in spolnim odnosom. Ugotovili so, da ni pomembnih razlik v delovanju srca med vsakdanjimi telesnimi aktivnostmi in spolno aktivnostjo. V enakem odstotku so se pojavljale motnje srčnega utripa in spremembe spojnice ST v zapisu EKG, ki kažejo na pomanjkanje kisika v srčni mišici.

Po prebolelem nezapletenem srčnem infarktu ima bolnik po opravljeni rehabilitaciji povprečno telesno zmogljivost med 6 MET in 9 MET (1 MET je metabolična enota - pomeni porabo 3,5 ml O2 na min/kg telesne mase). Za varen spolni odnos po raziskavah potrebujemo zmogljivost 5 MET. V obdobju pred spolnim odnosom in po njem znaša energetska poraba le borih 3,7 MET. Poraba energije je ob spolnem odnosu torej presenetljivo majhna. Če se bolnik lahko povzpne v drugo nadstropje brez bolečine za prsnico ali ob obremenitvenem testiranju brez težav zmore 6 MET ali več MET, potem lahko tudi brez strahu polno spolno živi. Povsem enostavno obremenitveno testiranje nam bo odgovorilo, ali bolniku med naporom primanjkuje kisika v srčni mišici, se morda javljajo motnje ritma, nekontrolirano poraste krvni tlak ali se morda pokažejo znaki začetnega srčnega popuščanja. Po opravljenem obremenitvenem testu bo lahko zdravnik zelo natančno ocenil, ali bo spolni odnos bolniku škodoval.

Bolnikom po prebolelem srčnem infarktu še 4 tedne po dogodku odsvetujemo spolne odnose. Če je bila opravljena takojšnja koronarografija in rešen akutni koronarni zaplet z balonsko razširitvijo prizadete žile ali vstavitvijo žilne opornice, bo bolnik v tem času opravil poinfarktno rehabilitacijo. Ob zaključku programa

bo opravil obremenitveno testiranje, na podlagi katerega bo zdravnik natančno ocenil telesno zmogljivost in dal jasna navodila, kako in koliko lahko bolnik obremenjuje svoje srce.

Spolni odnos po jedi ni priporočljiv. Prostor, v katerem izvajamo spolno aktivnost, naj bo primerne temperature. Že ob najmanjši bolečini za prsnico morajo bolniki preventivno uporabiti kratko delujoči nitrat (Nitroglicerin pršilo ali tabletko). Pri pogostih bolečinah za prsnico ali oteženem dihanju je spolni odnos strogo prepovedan! Bolnikom odsvetujemo uživanje alkohola in poživil. Izogibati se morajo tudi močnih psihičnih stresov. Redno morajo biti telesno dejavni.

Prav je, da se bolnik pred ponovnim vzpostavljanjem spolnih odnosov pogovori s svojim osebnim zdravnikom ali kardiologom. V pogovoru naj sodeluje tudi bolnikov partner, saj bo tako odpadlo mnogo dilem, številna vprašanja bodo rešena hitreje, celoviteje in neposredno. Posebno skrb bo treba posvetiti zdravilom, ki jih bolnik zaradi bolezni bolnega srca nujno potrebuje. Še vedno se pojavlja vprašanje uporabe viagre. Številni bolniki po prebolelem srčnem infarktu nujno potrebujejo zdravila, ki so nezdružljiva s hkratnim jemanjem viagre. Morda bo pomagal testosteron ali prostaglandin v obliki injekcije. Včasih je treba pač poseči po drugih sredstvih, da bi rešili morebitno bolnikovo erektilno disfunkcijo. Na voljo so enostavni silikonski zažemalni obročki ali vakumska erekcijska črpalka. Operativno je mogoče vstaviti tudi penilno protezo.

Nenadna srčna smrt med spolnim odnosom predstavlja le 0,6 % vseh nenadnih smrti. Vzrok je v nenadnem zmanjšanju kisika v srčni mišici ter posledični maligni motnji srčnega ritma. Sproščanje endorfinov lahko bolniku ob spolnem odnosu odvzame srčno bolečino in s tem tudi onemogoči obrambni mehanizem. Močni čustveni vplivi naj bi, po hipotezi nekaterih strokovnjakov, pomembno zmanjšali možnost prilagoditve telesa večjim telesnim naporom.

Po številnih podatkih ima spolnost zanemarljiv vpliv glede nastanka srčnega infarkta. Celoletno tveganje je skoraj nično, sicer pa le občasnega in vedno prehodnega značaja. Raziskave so pokazale, da se morebitno slabša prekrvitev srčne mišice med običajnim telesnim naporom kaže tudi ob spolnem odnosu. Torej je potreben obisk pri zdravniku, pregled, posvet ter zdravljenje.

Da bi dosegli dobro telesno zmogljivost in s tem tudi možnost brezskrbnega izvajanja spolnih odnosov, moramo biti redno telesno dejavni. Prav z redno telesno dejavnostjo se človek sprosti, telesno okrepi in postane bolj samozavesten. Spolne odnose lahko pričenja brez tesnobe in strahu. Vedno bolj sproščeno se lahko predaja spolnim užitkom. Počasi se prične vrteti v pozitivnem začaranem krogu, ko z vsakim spolnim odnosom postajata skupaj s partnerjem samozavestnejša in brez bojazni, da bi lahko bilo kaj narobe, da bi škodila srcu in ogrozila življenje.

Prehrana koronarnega bolnika: Kako spremeniti prehranske navade v zdrave?

Janja Strašek, univ. dipl. ing. živilske tehnologije

Navada je železna srajca

Stari rek, ki govori, da je navade res težko spreminjati. In v moji več kot 20-letni praksi na področju človeške prehrane se je izkazalo, da prav slabe prehranske navade posamezniki zelo težko ali celo ne zmoremo spremeniti.

Prepogosto rek o železni srajci velja tudi za koronarne bolnike, ki so že doživeli npr. srčni infarkt ali težjo operacijo na srcu ali ožilju. Morda je razlika pri teh le, da so bili po dogodku vsi zelo motivirani. Ko pa se zdravstveno stanje stabilizira, navadno večina ponovno zaide na stara pota ...

V Termah Šmarješke Toplice koronarne bolnike na zdraviliški rehabilitaciji in obnovitveni rehabilitaciji učimo veščin zdravega načina prehranjevanja z individualnimi svetovanji, skupinskimi predavanji, pogovori in zanimivimi kuharskimi delavnicami. Nekajkrat smo merili tudi uspešnost naše prehranske vzgoje. **In kaj smo ugotovili?**

- Ko na jedilniku ni bilo izbire, ampak le zdrava in varovalna hrana, so se ljudje sprijaznili in si skoraj brez slabe volje privoščili veliko zelenjave, belo meso ali ribo, razne kaše ...
- Ko smo v jedilnik vključili dunajski zrezek in ocvrt krompir, se je vsaj tretjina teh istih gostov odločila za dunajski zrezek.

Bolnikom na rehabilitaciji pri tedenskih srečanjih priporočam, da si izberejo jedi, ki so posebej označene s srčkom in predstavljajo izbor iz varovalnega jedilnika. Opažam, da so taki pristopi le delno uspešni. Na predavanju se bolniki zelo zanimajo, kaj in koliko naj jedo. Ko pa preidejo iz teorije v prakso in jim ponudiš več možnosti, so le redki, ki redno izbirajo varovalni jedilnik. Tisti, ki vseh 14 dni vztrajajo na bolj zdravi in lahki prehrani, se pridejo na koncu hvaležno zahvalit za nasvete. Ti se lahko namreč tudi pohvalijo, da so v dveh tednih izgubili nekaj centimetrov okoli pasu, na zdrav način shujšali 1-2 kg, da se po obrokih boljše počutijo, imajo več energije, boljše spijo ... Se je vredno potruditi, kajne?

Nasveti koronarnim bolnikom

Tudi tukaj želim izpostavila rek, ki mi je po dvajsetih letih izkušenj vedno bližje. Upora-

ben je namreč v vseh pogledih zdrave in uravnotežene prehrane, še posebej pri ljudeh s srčno-žilnimi boleznimi: **Zjutraj jej kot kralj, opoldne kot meščan, zvečer kot berač.**

Red v prehrani? Je to nekaj navadnega ali izjema?

V zdravi prehrani se priporoča, da jemo 5-krat na dan (s 3 glavnimi in 2 vmesnima obrokoma). Med obroki je prav, da imamo nekajurni (2-3 ure) premor. V tem času ne »grizljamo« raznih prigrizkov, ampak pijemo le vodo. Pomembno je, da zadnji večji obrok (večerjo) jemo vsaj 2 uri pred spanjem. Nikakor in nikomur ne priporočam, da je zelo pozno zvečer oz. celo ponoči. Te razvade se čim prej odvadite!

Marsikdo stavi na manj obrokov in se tudi dobro počuti. To je prej izjema kot pravilo. Vendar ni treba vedno spreminjati svojih navad, če vidimo, da nam način, ki je utečen, ustreza, če se po hrani dobro počutimo, imamo dovolj vitalne energije in primerno telesno maso.

Tudi več kot 5 obrokov na dan je za nekatere nujno. To velja za ljudi, ki imajo razne zdravstvene diete ali zelo hiter metabolizem in navadno jedo majhne porcije in več obrokov.

Količina hrane

Koliko hrane bomo zaužili čez dan, je odvisno od več dejavnikov: **hranilne sestave obrokov, starosti, spola, telesne aktivnosti, zdravstvenega stanja** ... Vsekakor je pomembno, da se zavedamo, da se s starostjo potrebe po energiji manjšajo in da ne potrebujemo več hrane z visoko energijsko vrednostjo, ampak vedno več hrane z visoko hranilno in biološko vrednostjo.

Naravno je, da žena možu postreže na krožnik več mesa in priloge. Razlaga za to naravno gesto je v sestavi strukture tkiv. Moški imajo navadno več mišic, ženske pa nekoliko več maščevja. Boljši porabnik energije so mišice.

Če smo redno telesno aktivni, potrebujemo več energije. Gre zopet za naravno »bilanco stanja« v telesu. Kolikor vnesemo v telo energije, toliko je moramo porabiti. Porabljamo jo na različne načine: **z bazalnim metabolizmom (porabo energije v mirovanju), gibanjem (delo in fizične aktivnosti) in umskim delom.**

Različna zdravstvena stanja (presnovne bolezni, mirovanje, onkološke bolezni) lahko zmanjšajo ali celo povečajo potrebe po energiji in hranilnih snoveh. Ljudje s takimi potrebami naj se vedno posvetujejo z dietetikom glede pravilne in uravnotežene prehrane.

Raznoliko in uravnoteženo

Kaj pomeni uravnotežena prehrana? Referenčne vrednosti za vnos hranil po DACH-u nas usmerjajo v uravnoteženo prehrano glede dnevnega vnosa hranil.

Hranila (ogljikove hidrate, beljakovine, maščobe, vitamine, minerale in ostale sekundarne komponente) moramo v pravem razmerju v prvi vrsti dobiti predvsem iz hrane. Le pri določenih boleznih ali specifičnih potrebah zaradi zdravstvenega stanja se priporoča še prehransko dopolnilo.

Posamezno živilo vsebuje le nekatera hranila in nikakor vseh, zato je nujno, da v naše obroke vključujemo zelo različno hrano. Pogoj, da res dobimo zadosti hranil iz živil, je tudi, da je hrana sezonska (dozorela na soncu), lokalna ter mehansko in termično pravilno pripravljena.

Kako jesti?

Z mislimi na hrano. Počasi. Žvečimo.

V sodobnem ritmu življenja je za večino ljudi normalno, da ne posvečajo prehranjevanju veliko časa. Jedo prehitro, hrano »goltajo« in niti ne ozavestijo, da so pojedli obrok. Posledice takega prehranjevanja so tiščanje v trebuhu, napenjanje, vetrovi, spahovanje, previsoka telesna masa in še mnogo drugih nevšečnosti, ki jih potem ljudje - žal - pogosto povezujejo s »fenomenoma vseh sodobnih problemov«: glutenom in laktozo.

Zato je treba ljudi naučiti, kako uživati v hrani. Prehranjevanje naj bo obred. Hrano je treba dobro prežvečiti in jo prepojiti s slino.

Prebavna pot se začne v ustih, ne v želodcu. Center za sitost in lakoto je v možganih, ne v želodcu.

Kako naj npr. jemo jabolko?

Vzamemo ga v roko (s tem zbudimo čutilo za tip), si ga ogledamo (čutilo za vid), ga povonjamo (čutilo za vonj), ga ugriznemo in ugriz slišimo (čutilo za sluh), ga žvečimo (čutilo za okus: sladko, kislo, slano ali grenko - na našem jeziku). Dejavna naj bodo vsa naša čutila. Tako zaužito hrano človek z lahkoto ozavesti.

Pijače so del prehrane. Kaj, kdaj in koliko?

Voda je vir življenja. In zato je osnovna človekova tekočina naravna pitna voda. Tudi z nesladkanim čajem, limonado, mineralnimi vodami telo hidriramo in jih pijemo pogosto tudi za odpravljanje žeje.

Veliko napako delamo, če za žejo pijemo alkoholne pijače in sladke gazirane pijače (telo dobiva nepotrebne kalorije s sladkorjem oz. alkoholom). Tudi ko pijemo naravne sadne sokove, jih je treba zaužiti tako, da jih pijemo za vir energije ali regeneracijo.

Pri omejitvi pitja tekočin je pomembno upoštevati nasvet zdravnika.

Kaj pa sol?

Še vedno je zaužijemo **preveč**. Največkrat z raznimi slanimi prigrizki, siri, mesnimi izdelki, kruhi, tudi slanimi pecivi ... Pomembno je, da med kuhanjem ne dodajamo v hrano industrijskih začimbnih mešanic, ki so obogatene z natrijevim glutaminatom. Jedi raje izboljšamo okus z naravnimi dišavnicami in začimbami.

Modni trendi in diete ter posebne prehranske navade

Dejstvo je, da je vsak človek individualno bitje in da resnično obstajajo med nami razlike. Vendar moramo biti toliko tolerantni drug do drugega, da določene prehrane, ki je primerna za nas, ne vsiljujemo drugim ljudem.

Pametno je spoštovati načela zdravega in uravnoteženega prehranjevanja. Če se posameznik odloči za katero koli obliko diete ali alternativne prehrane, je prav, da se prej posvetuje s prehranskim strokovnjakom in ugotovi, ali njegovo zdravstveno stanje dovoljuje določene odmike od zdravih načel prehranjevanja.

Namesto zaključka ...

S spreminjanjem prehranskih navad se začne spreminjati tudi naš življenjski stil. In naj za konec navedem še en latinski pregovor: ponavljanje je mati modrosti. Na področju prehrane to pomeni, da je treba ponavljati dobro prakso, se učiti iz nje, vztrajati. Iz izkušenj vidim, da je to za koga res težko, še posebej, če človek v življenju ni pripravljen spremeniti nič drugega. Tudi pobrskati po svoji notranjosti na primer in se vprašati, katere so moje prioritete, katere so moje vrednote.

Večina ljudi, ki jih dnevno srečujem, ima veliko znanja. Veliko se pogovarjajo o zdravem načinu prehranjevanja, dobra teorija pa v vsakdanji praksi kljub temu (pre)pogosto zataji. Vsem, ki stopajo na novo pot bolj zdravega življenja, zato svetujem, da začnejo z majhnimi koraki. In da pri vsaki pozitivni spremembi, ki se je iskreno razveselijo, vztrajajo. **Jejte zdravo. Živite zdravo.**

Skrbimo za svoje srce

Lilijana Žerdoner, mag. zdr. nege

Življenje je božji dar, zdravje pa je naše bogastvo in dokler smo zdravi, se sploh ne zavedamo, kakšno bogastvo nosimo v sebi. Stremimo za cilji, ki so pogosto nedosegljivi. Pomembni so nam dobra služba, dobra družba, kariera, materialne dobrine, potovanja ... Ob tem se nam dogaja, da pozabljamo na dobre medsebojne odnose v službi, v družbi in večkrat pozabimo tudi na svojo družino.

»Kaj pa zdravje, kaj pa naše srce«, na to se sploh ne spomnimo, »saj smo zdravi«, če naše srce dela brezhibno in dokler ne zbolimo.

Naše srce je kot motor in vsak motor je treba negovati, zanj skrbeti in ga ceniti. Ko je z njim kaj narobe, je treba stopiti do strokovnjaka – zdravnika. Kako nas bo zdravnik zdravil, je odvisno od poškodbe »motorja«, srca. Ali bo dovolj zdravilo, ali bo treba v bolnišnico na nadaljnje preiskave, na zdravljenje ali bo celo treba to srce operirati in kakšen del zamenjati.

Lahko se je zgodilo nenadno in smo se nehote znašli v bolnišnici, kjer so nam povedali, da smo imeli veliko srečo, da smo preživeli, kajti naše srce je nenadoma obstalo in le splet okoliščin in spretnost strokovnjakov sta nas vrnila v življenje.

To je težavna in nujna pot v življenju nekaterih posameznikov, ki jo hočeš nočeš morajo prehoditi. Pogosto se posameznik sprašuje, zakaj se to dogaja prav njemu, kaj je storil narobe. Strah ga je, da v prihodnje ne bo imel te sreče. Skrbi ga, kako bo živel naprej, opravljal svoje delo, skrbel zase in za svojo družino. Najraje bi dogodke izbrisal, kot da se ni nič zgodilo.

Vendar bo moral bolezen sprejeti in šele ko jo bo sprejel, se začne pot okrevanja in spoznanja, da bo treba marsikaj spremeniti v načinu dosedanjega življenja.

To pa je popolnoma druga zgodba. Ali smo pripravljeni upoštevati priporočila in navodila, ki smo jih dobili med zdravljenjem? Ali

smo si vse zapomnili, ali bomo zmogli? Kaj bodo rekli domači, sodelavci, prijatelji, sosedje ...? Ali bomo zmogli sami? K sreči v teh težkih časih nismo sami. Poleg nas so v prvi vrsti tisti, ki nas imajo radi, to so naši domači, in šele takrat se zavemo, koliko nam pomenijo in kako jih potrebujemo.

Lahko si poiščemo tudi družbo tistih, ki se soočajo s podobnimi težavami kot mi in so nam lahko v podporo ob premagovanju takšnih težav. To so društva, ki zelo dobro delujejo v Sloveniji, le poiskati jih moramo in se jim pridružiti. Da naštejem nekatere: Društvo koronarnih bolnikov, Društvo na srcu operiranih bolnikov, Društvo za zdravje srca in ožilja, Društvo srce na dlani ...

Ni pomembno, katero, pomembno je, da nam je blizu, da so tam ljudje, ki nas bodo razumeli, s katerimi se bomo lahko pogovorili o svojih težavah, občutkih in z njimi izmenjali svoje in njihove izkušnje.

Ena izmed članic Šaleškega koronarnega kluba (ŠKK) je v Bilten zapisala: »Vesela sem, da so me povabili v Koronarni klub, naše tedensko druženje že dolgo ni več samo telovadba, postali smo družina, vedno znova se veselim našega srečanja. In pomislite, že več kot dve leti telovadim.«

In zaključek mojega razmišljanja bi bil, da je srčno-žilni bolnik kroničen bolnik. Da je pomembna vseživljenjska rehabilitacija, ki vključuje redno telesno vadbo, zdrav način življenja in pozitivno mišljenje. V koronarnih klubih po Sloveniji boste našli prav to.

Ko kardiolog postane srčni bolnik

prim. Janez Poles, dr. med.

V septembru lanskega leta sem odkljukal 4 desetljetja dela z bolniki. Nisem štel dežurstev, ne pregledov – prvih ali ponovnih, razširjenih ali celotnih, ne opravljenih ultrazvokov ali obremenitvenih testiranj. Ostajajo pa številne zgodbe bolnikov, ki so se me močno dotaknile. Mnoge bridke, a tudi številne krasne, ko se je ob dobrem sodelovanju in uspešnem zdravljenju bolezen povlekla in je bolnik ponovno polno zaživel. Vse je bilo tako, kot sem pred mnogimi leti, ko sem se odločil postati zdravnik, tudi pričakoval – bolnik in zdravnik. Zdravnik jaz – bolnik pa na drugi strani mize ali na preiskovalni postelji. Poglobljen razgovor, opredeljevanje simptomov, klinični pregled, iskanje vzroka bolezni, izbor optimalnega zdravljenja. Vedno je bilo najtežje bolnika pripraviti na aktivno vlogo pri zdravljenju njegove bolezni in doseči, da je kronično bolezen sprejel in z njo tudi zaživel. Jo spoznal in čim bolje obvladoval. In ob tem ne dovolil, da bi zaradi bolezni tonil v vrtincu poglabljajoče depresije.

Ves čas sem se zavedal, da sem tudi sam le človek, a doslej se nikoli nisem igral igre vlog, v kateri bi zaigral bolnika. Pa mi je življenje samo dalo to možnost, čeprav bi bilo lepše, da bi mi prizaneslo.

Do tiste sončne sobote sredi junija 2016 skoraj nisem bil resneje bolan. Le občasno se me je lotil kakšen prehlad. Pred leti sem ob športnih igrah utrpel raztrganino Ahilove tetive, bil operiran in tri dni hospitaliziran na travmatologiji v Celju. Dogodek je bil bežen in hitro pozabljen. Nanj me spominja le brazgotina na levi krači.

Sicer pa sem imel vedno občutek, da sem poln zdravja. Ob vseh službenih obveznostih sem našel še dovolj časa, da sem napolnil baterije in sprostil dušo ob nordijski hoji, teku ali kolesarjenju. Ure rekreativno športnih aktivnosti sva preživljala skupaj s soprogo in ob kolesarjenju sem jo potiskal v klanec, da sva lahko potem skupaj nadaljevala pot po ravnini. Ob tem nisem čutil nobenega dušenja, stenokardij ali motenj srčnega ritma. Frekvenca srčnega utripa je bila ves čas v varnem območju.

Pa se je zgodilo. Vikend na Pohorju. Intenzivna košnja s staro očetovo koso, ki je bila še dobro sklepana, le nabrusiti jo je bilo treba.

Kako lepo je zazvenelo jeklo, ko je zarezalo v krepke bilke. Pokosil sem zelenico pred vikendom. Pojavila se je netipična bolečina v vratu in levi roki ter kasneje še v križu in desni nogi, kar me je zavedlo, da sem težave pripisal okvari hrbtenice, ki ni vajena obremenitev in rotacij, ki jim je izpostavljena ob košnji. V mirovanju so se simptomi povsem povlekli. Šele kasnejše dušenje pri naporu ter slabost in siljenje na bruhanje so govorili v prid nestabilnega akutnega koronarnega dogajanja.

Začudenje, jeza, nemoč ... V duši je vrelo. V mislih sem preletel zgodbe bolnikov, znancev in sorodnikov, ki so se v trenutku, ko jih je »izdalo« srce, tiho poslovili. Se bo bolečina intenzivirala? Se bodo pojavile motnje srčnega ritma? Naj pokličem urgenco? Na Pohorje potrebujejo približno pol ure iz Velenja, Celja ali Slovenj Gradca. Kaj vse se lahko zgodi v tem času? Umiril sem se, globoko dihal in se poslušal. Telo in srce. Nič se ni dogajalo. Povsem normalen ritem srca in dobro polnjen pulz. Torej v dolino!

Ekg, posnet v ZD Velenje, je pokazal nekaj minimalnih dinamičnih sprememb, so pa presenetile močno povišane stopnje encimov srčno-mišičnega razpada. Po nitro pršilu se je krivulja elektrokardiograma povsem normalizirala. Dobil sem še Aspirin direkt in heparin.

Diagnoza ishemične bolezni srca je postajala vse realnejša. Sprejemal sem jo z mešanimi občutki, saj je rastla pred mano in zame. Položili so me na nosila, pripeli elektrode, nastavili infuzijo, me privezali s pasom in potisnili v reševalni avtomobil. Ob vratih je stala negotova in prestrašena soproga. Objem, poljub in slovo z očmi ... Tresk vrat in nato sirena. Zavijanje, ki para nebo in dušo. V majhnem prostoru trije – zdravnik, medicinski tehnik in jaz - bolnik. Kako živo sem podoživljal vožnjo v reševalnem avtomobilu izpred 20 let, le da sem bil takrat v vlogi zdravnika.

... Pred mano na postelji leži oče. Na obrazu se mu riše bolečina. V očeh vidim in čutim strah. Strah je tudi mene. V vsakem delčku telesa ga čutim. Srčni infarkt! Bo preživel? Nama bo uspelo? Kisik, aspirin, morfij, nitrat, pa še en morfij. Pot je neskončno dolga. Le še hrib naju loči do bolnišnice. Vse bolj ga duši. Tiho stoka. Komaj še diha. Samo še malo. Nato pa – fibrilacija. Sunkovito zahrope in kar čutim, kako odhaja. Ne, saj ne bo odšel! Ne sme! Udarim ga v prekordij. Masiram. Čutim, kako se telo upira in vdaja pod rokami. Povsem drugače, kot sem doživljal to že tolikokrat poprej. Kot da gnetem svoje telo. Daj, ostani! Tečemo v intenzivo. Borut že čaka. Defibrilator. Krč. V očetu in meni. Nato ves sesut in srečen sedim v boksu in opazujem krivuljo očetovega elektrokardiograma, ki se riše na zaslonu. Živ je. Kakšna sreča. Zmagoslavje in ponos. Kaj je lepšega kot ohraniti življenje in to lastnemu očetu. Ja, tudi to je medicina. Zato jo imam neskončno rad ...

»Kako bo z mano? Se bo ponovila očetova zgodba? Je moje srce bolj krepko in bo zmoglo?« Sirena pa tuli in zavija. »Še malo, pa

bomo v Celju«, se je oddahnil kolega Urbanc, ki me je spremljal in ves čas pogledoval na monitor. »Vse je OK!«

Kakšno naključje. Na sprejemu v Urgentnem centru Celje srečam kolega Žurana, cimra iz Oražnovega doma. »Živjo, Janez. Saj ne morem verjeti. Kaj pa ti tukaj?«.

Ponovno ekg, nato še ultrazvok. »Nekaj se dogaja na spodnji steni, funkcija levega prekata je dobra. Šla bova v Maribor«. Kako lepo je, da v kritičnih trenutkih srečaš ljudi, ki jih poznaš, jih imaš rad in jim zaupaš.

Drugi reševalni avtomobil, sirena z nekoliko višjim tonom in dolga vožnja do Maribora. »Si imel že kakšen infarkt?« me je presenetil kolega Vokač, ki se je trudil s katetrom. Skupaj smo bili na podiplomskem kardiološkem študiju v Zagrebu: Lobnik, Vokač in jaz. Odlična kolega in številni dobri spomini. »Leva koronarka je kronično zaprta. Imaš pa dobre obvoznice«. Presenečanje. Veliko presenečenje, saj doslej ob vseh naporih nisem imel težav. Torej je bilo postopno zapiranje velike žile uravnoteženo s porajanjem obvoznic. Kakšna sreča, saj bi me infarkt, in to hujši, doletel že mnogo prej. Po skoraj uri in pol sta bili razširjeni in stentirani obe koronarki - leva in desna. Trenutni problem je bil rešen. »Kaj pa jutri?« Vprašanje, ki ostaja ...

Zaradi dolgotrajnega obsevanja med koronarografijo so me intenzivno nalivali s fiziološko raztopino, v nekaj urah sem tudi sam popil dva litra in pol tekočine. Očitno sem bi prenalit, kar je sprožilo dušenje. Ležati vznak nisem mogel več, vzorec dihanja se mi je podrl in hlastal sem za zrakom kot riba na suhem. Zelo prijazne sestre so mi izmerile saturacijo, ki je bila v redu, poklicale dežurnega zdravnika, ki na pljučih ni zaznal posebnih patoloških sprememb, tako, da nisem dobil ničesar. Podihaval sem vse do sredine dneva, ko sem pričel obilo lulati. Počasi sem začel sprejemati status bolnika. V procesu zdravljenja in rehabilitacije sem želel biti aktiven, sodelujoč in nemoteč. Upam, da mi je to uspelo in mi bo uspevalo tudi v prihodnje.

Po dveh dneh so me premestili »domov« - na našo rehabilitacijo, ki smo jo pričeli razvijati daljnega leta 1985. Vožnja je kljub zavijajoči sireni minila hitro in prijetno. Se je bilo pa zelo čudno skozi glavni vhod domače bolnišnico pripeljati kot bolnik, ležeč na vozičku.

Bivanje in počutje med sodelavci je bilo povsem drugačno. Nastanitev v enojki intenzivnega oddelka je bila odlična. Bolnik si takšnega ambienta lahko le želi. In hrana, ki jo bolniki pogosto okrcajo kot neustrezno, je bila zelo okusna in raznovrstna.

Poleg pesti zdravil zjutraj in nekoliko manj zvečer, na kar sem se težko navadil, sem pričel s programom bolnišnične poinfarktne rehabilitacije. »Duša bi, a srce ne zmore!« Kolikokrat izrečena misel, namenjena bolnikom, sedaj pa tudi meni - bolniku. Težko se je bilo navaditi na vožnjo v drugi, če sem doslej vozil v četrti ali peti. A ne gre drugače. Srcu sem moral dati čas, da se je prilagodilo na nove

razmere. Alma je bila neumorna in potrpežljiva. Telovadila sva in hodila, dihala in se potila. Kontrolni ultrazvok je bil na moje veselje povsem v redu. In nato dan streznitve – obremenitveno testiranje. Ne najbolje - relativno majhna zmogljivost in ishemične spremembe v EKG. Varna zgornja meja frekvence srčnega utripa le 95/min. Po treh tednih ambulantne rehabilitacije sem komaj čakal na kontrolno testiranje. Hura! Rezultat je bil boljši. EKG brez sprememb, zmogljivost nekoliko večja. Lahko sem se začel »preganjati« do frekvence 110/min. To je že bilo nekaj.

Počasi sem se vrnil v življenje in pričel opravljati vsa opravila. Previdno, postopno, s kontrolo frekvence srčnega utripa. Mali Polarček je postal neumoren prijatelj in velika varovalka. Navadil sem se na številne tabletke in vedno imam pri sebi nitro pršilo - tako kot vsi bolniki z ishemično boleznijo srca.

Še tri tedne dopusta in nato sem šel ponovno na delo - med bolnike, ki jih sedaj še nekoliko bolje razumem, saj imamo številne skupne težave, izzive, pa tudi vprašanja.

Le eno srce imamo.

Ga varovati znamo?

Življenje s srčno boleznijo

Ivan Žagar

Postal sem srčni bolnik.

Sem Ivan Žagar, upokojenec, star 76 let, srčni bolnik in predsednik KK Mežiške doline.

Neko soboto proti koncu marca 1999 sem že v postelji začutil rahlo bolečino v prsih, ki se je najprej počasi, nato pa vedno hitreje krepila, vse do močne, skeleče bolečine, zadihanosti, znojenja, visokega srčnega utripa, občasne izgube zavesti itd. Seveda sem že kar na začetku življenja s srčno boleznijo naredil veliko napako: »Ženi in sinu nisem dovolil takoj poklicati reševalcev, češ, bo pa že«.

Tako so me reševalci šele čez približno uro in pol pripeljali v Bolnišnico Slovenj Gradec, kjer so mi takoj prekinili potek srčnega infarkta. Kljub temu sem doživel obsežno poškodbo srčne mišice, izgubil vso fizično in psihično moč, srčnega utripa na roki sploh nisem več zaznal, nadaljevali so se mi napadi angine pektoris (AP), postal sem občutljiv na vremenske spremembe, začela se me je lotevati poinfarktna depresija, zaradi katere sem mesec dni preživel tudi na Pohorskem dvoru itd. Na tej podlagi so me zdravniki napotili v UKC Ljubljana na pregled zamašenosti krvnih žil na srcu (koronarografija). Ker smo že tedaj imeli dolge čakalne vrste, sem na preiskavo čakal skoraj leto dni. Ugotovili so močno, okrog 70-odstotno zamašenost krvnih žil in nujnost vstavitve dveh žilnih obvodov (bypass). Potem sem še pol leta čakal na operacijo, ki mi je bistveno izboljšala zdravstveno stanje: prenehali so napadi AP, začel sem se krepiti itd.

In, ko je že vse kazalo, da mi nič ne more do živega, sem leta 2009 doživel srčni zastoj. Moji dragi sosedje, pokojni Beno, Mirko, Rudi in Emil, so mi takoj začeli masirati srčno mišico, prinesli in uporabili javno dostopni avtomatski defibrilator (AED) in me s tem ohranili pri življenju do prihoda reševalcev. Ker se srčni zastoj lahko tudi ponovi, so mi na UKC Maribor vstavili vsadni defibrilator (ICD) in spet se počutim zdravega in varnega.

Ker pa do tretjega, upam, da res samo do tretjega, rado gre, so se mi v jeseni 2015 začeli spet pojavljati napadi AP. Najprej rahli, le ob večjem naporu, nato pa vedno močnejši in pogostejši. Zimo 2016/17 sem preležal na toplem, saj mi je že postanek na mrzlem povzročil močno bolečino v prsih. Na toplem se mi je bolečina prestavila od okrog 120 utripov na 85 utripov. Slikanje zamašenosti krvnih žil na srcu je poka-

zalo dve večji zamašitvi. Eno so mi takoj razprli z žilno opornico (stentom), druge, 90-odstotno zamašene, pa še niso uspeli. Na mojo srečo sta še oba žilna obvoda v dobrem stanju. Sicer so žile ostale enako zamašene (okrog 70-odstotno), kot pred 18 leti. Kljub temu se mi je stanje izboljšalo, tako da kar normalno funkcioniram. Kakšni oblaki prihajajo za mano, seveda ne vem.

Kaj se je z mano dogajalo pred infarktom?

Kmalu po prihodu iz bolnišnice, pred 18 leti, sem si začel postavljati razna vprašanja, najprej o vzrokih, in kaj lahko poleg zdravnikov še sam storim za obvladovanje svoje srčne bolezni.

Najprej je bilo videti, da ni bilo kakih očitnih vzrokov, ko pa sem se bolj poučil o boleznih srca in ožilja, so vzroki kar sami skakali na plano. Najprej vseživljenjska debelost z indeksom telesne mase (ITM) preko 30, pa visoka stopnja holesterola, med 6 in 7 moll, ob infarktu kar preko 9 skupnega in preko 5 slabega (LDL). Krvni tlak že pri dvajsetih letih preko 150 mmHg, pa pasivno kajenje (v kuhinji je kadil oče, kadili so na avtobusu, v kinodvorani, službi, družbi itd). Nisem užival alkohola, na žalost tudi vode ne dovolj in verjetno sem bil vso mladost dehidriran. Glede na današnje prehranske usmeritve sem užival preveč prazne škrobnate hrane in daleč premalo zelenjave. Pa seveda sedeči slog šolanja, službovanja in življenja. Verjetno mi je vse to povzročalo slabo imunsko odpornost in pogosta vnetja.

Kaj pa po infarktu?

Kaj pa zdaj, ko sem pri 59 letih postal srčni bolnik? Takoj mi je bilo jasno, da bom sedaj veliko bolj odvisen od zdravnikov. Toda, ali je to dovolj? Odločil sem se, da ni, da moram za svoje zdravje veliko več storiti sam. Najprej, da čim bolj spoznam svojo bolezen in lastno zdravstveno stanje ter poskušam odpraviti napake iz preteklosti. S tem tudi ustvariti razmere za uspešno rehabilitacijo in obvladovanje srčne bolezni. Veliko mi je pri tem pomagalo pisanje knjige, saj sem moral razčistiti veliko vprašanj, da ne bi ustrelil preveč kozlov.

Seveda sem začel z doslednim izvajanjem navodil moje kardiologinje prim. Cirile, občasnim izvajanjem raznih meritev (tlak, holesterol, sladkor, telesna masa, test hoje na 2 km itd.). Imel sem številna vprašanja, kot npr., kakšna zdravilna zelišča so zame koristna. Prim. Cirila je odgovorila: »Imate vsa potrebna zdravila, nobenih zelišč ne potrebujete«. Ali, koliko mi lahko predpisana zdravila škodujejo? »Zdravila imajo tudi stranske učinke, vendar so vam predpisana zdravila nujno potrebna in imajo neprimerno več koristnih kot škodljivih učinkov«. Kakšna prehranska dopolnila potrebujem: »Poskrbite za zdravo prehrano, ničesar drugega ne potrebujete«. In kakšna telesna aktivnost je zame primerna: »Ne preobremenjujte se, vendar ne obležite«. Ali lahko shujšam: »Da, vendar zelo počasi, na dolgi rok« itd.

V želji za več zdravstvenega znanja, druženja in zunajambulantne rehabilitacije srčno-žilnih bolnikov smo v začetku leta 2005 ustanovili Ko-

ronarni klub Mežiške doline, se vključili v ZKD Slovenije in postopno, s pomočjo ge. Aleksandre, tedanje predsednice Zveze, in s strokovnim mentorstvom prim. Cirile pričeli z delom.

S prehrano veliko pomagam svojemu poškodovanemu srcu.

Že kmalu po infarktu, še bolj pa po operaciji so prišla na vrsto vprašanja, na katera sem moral odgovoriti sam in tudi ukrepati. Po moje najobsežnejše in tudi najpomembnejše je bilo vprašanje prehrane. Postopno sva z ženo prešla na pretežno rastlinsko hrano z nekaj belega mesa, ribami in jajčnim beljakom ter ekstradeviškim olivnim in lanenim oljem ter več sadja in zelenjave. Popolnoma sva izločila živalsko mleko in mlečne izdelke ter ga nadomestila s sojinim mlekom. Postopno so se začeli kazati pozitivni rezultati: manjša telesna masa, nižja raven holesterola, nižji tlak, boljša prebava, skoraj nobenih vnetij, ženi se je raven sladkorja znižala s 14 mmol/L na 8 mmol/L itd. Toda meni se je pojavilo močno znižanje ravni železa in vitamina B12 ter posledična slabokrvnost. Poleg tablet in injekcij so mi svetovali tudi večji vnos živalske hrane, tako imava sedaj vsak dan en živalski obrok, občasno tudi rdečega mesa. Pred petimi leti sem iz prehrane izločil hrano, ki vsebuje gluten (pšenica, ječmen, rž, oves in izdelki), ker naj bi oviral prebavo v tankem črevesu, povzročal vnetja, kar pa viša raven slabega holesterola (LDL). In res, pri vsaki laboratorijski meritvi holesterola imam za nekaj desetink nižjo raven LDL. Uredila se mi je prebava, po dolgih letih nimam več vnetja danke, izboljšala se mi je krvna slika itd. Starejši sin je leta in leta pokašljeval, nobenega konkretnega vzroka niso našli. Pa je lansko jesen iz prehrane izločil sladkor in gluten. Čez nekaj časa je pokašljevanje prenehalo in se ni več pojavilo. Nič ne delam reklame za kakršen koli prehranski slog, a ljudem s prebavnimi težavami, pogostimi vnetji, dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni itd. bi namignil, da za kak mesec poskusno izločijo morda sladkor, gluten ali morda živalsko mleko, arašide, da vidijo, ali se bodo tudi pri njih pokazali pozitivni učinki. Seveda je najboljše, če za mnenje vprašamo zdravnika. Sam sem svoji kardiologinji skrival svoje polovičarsko vegetarijanstvo, dokler ni sama ugotovila, da je nekaj narobe. Rekla je, da ne nasprotuje, toda, da sem za take eksperimente že prestar. Povedal sem ji za izločitev glutena, v izvid je zapisala, naj se še naprej držim svoje diete, verjetno na podlagi dobre krvne slike. Marsikdo si verjetno misli, ta trap je vendar obseden s hrano. To, da sem obseden, me ne moti. Saj je vsak po svoje obseden ali z delom, tobakom, alkoholom, videzom, seksom itd., jaz sem pač z iskanjem in preizkušanjem meni najbolj primerne prehrane oz. hrane. In glede na dobro krvno sliko, imunsko odpornost itd. mislim, da sem kar na dobri poti.

Prehrana je v medijih zelo izpostavljena. Vsak dan nove diete, recepti, priprave itd. Za nas laike je veliko vprašanje, kaj od tega uporabiti, če sploh kaj. Sam tiste redke predloge, ki se mi zdijo vredni razmisleka, presodim z vidika skladnosti z naravno hrano človeka.

Proti vnetjem se z ženo uspešno varujeva tudi z vsakoletnim cepljenjem proti gripi, sam sem cepljen tudi proti bakterijski pljučnici in klopom.

Shujšal sem z voljo, trmo in nekaj znanja.

In kako sem shujšal s 116 kg na 73 kg? Zelo počasi, z rednimi skromnimi obroki, opustitvijo prigrizkov, sladkorja, slaščic, mastnega mesa, kruha. Stvar se je bistveno poenostavila, ko sem se odločil za brezglutensko hrano oziroma za več beljakovin in hladno stiskanih rastlinskih maščob, ajdo, riž in krompir ter veliko več zelenjave.

Nekaj malega k moji nižji telesni masi prispeva tudi vsakodnevno telesno gibanje, ki je sestavljeno iz lahkotne hoje ali dela in vsaj nekajminutne krepitve mišic.

Z leti sem prišel v stanje, ko mi hrana ni več užitek, ampak zgolj naravna življenjska potreba. Odvzel sem oblast prehranskim navadam in okuševalnim brbončicam. Toda vse to ne bi bilo mogoče, če se ne bi trdno odločil, redno tehtal, vztrajal in trmaril. Sčasoma so me tudi rezultati vlekli naprej, kajti tako, kot je padala telesna masa, je padal tudi krvni tlak in srčni utrip. Sledim preprostemu vodilu: s primerno telesno maso lahko sam največ prispevam k razbremenitvi svojega poškodovanega srca.

Od dolgoletnega fizičnega preobremenjevanja sem pristal na rednem lahkotnem gibanju.

Kar nekaj mesecev po infarktu in tudi po operaciji sem bil fizično povsem nemočen. Že pogovor mi je povzročal zadihanost, znojenje, utrujenost. Začel sem s stopicanjem na mestu, kratkimi, počasnimi sprehodi po ulici, potem pa postopno naprej do živahne hoje po ravnem in hoje s palicami v gozdu ter dela na vrtu itd. Pri tem mi je veliko pomagala enkrattedenska rehabilitacijska vadba v Koronarnem klubu. Pod strokovnim vodstvom vaditeljic sem si okrepil mišice, naučil dihati in prvič v življenju tudi psihično sproščati. Pa tedensko druženje s sotrpini, izmenjava izkušenj, meritve dejavnikov tveganja itd. Vse to me je zelo okrepilo in mi skrajšalo pot do normalnega življenja. Je pa moje normalno življenje sedaj seveda brez tenisa, teka, daljših pohodov, intenzivnega dela, živahnega plesa, daljših voženj avtomobila itd. Pozimi ob mrazu in poleti ob vročini so moje fizične aktivnosti omejene na sobni trak, mali trampolin in lahke uteži. In z merilnikom srčnega utripa svoje srce ob vsaki večji obremenitvi nadzorujem: kako se obnaša moj srčni utrip ob mirovanju, obremenitvah in v različnih razmerah (vremenske razmere, sitost itd.). Kdaj je moj utrip dovolj visok in kako dolgo naj traja, da že krepim srčno mišico? Mislim, da že, ko se utrip dvigne od 65 utripov v minuti v mirovanju do kakih 85 utripov v minuti in traja od 30 minut do 40 minut. In kdaj dosežem zgornjo mejo priporočljivega srčnega utripa (zame 120/min.), da lahko z zmanjšanjem obremenitev srce zaščitim, kdaj dosežem preutrujenost, kar mi merilnik pokaže s tem, ko utrip ne začne padati takoj, ko zmanjšam ali prekinem obremenitev. Merilnik me je opozoril tudi na nova

dogajanja znotraj krvnih žil na srcu. Medtem, ko še pred leti ob srčnem utripu 120 nisem čutil nobenega tiščanja ali bolečin v prsih, sem jo zadnjo zimo že ob utripu 85, sedaj, po posegih zdravnikov, dodatnih zdravilih in nalepki pa sem spet blizu 110. To so dobre informacije, tudi za zdravnike. Izkušnje drugih kažejo tudi na to, da hiter utrip v mirovanju opozarja na možnost srčnega popuščanja, slabe telesne pripravljenosti, debelosti, morda celo na tihi infarkt.

V vseh teh letih sem tudi ugotovil, da mi ustrezajo le krajše obremenitve, pol ure do ene ure, nato pa krajši počitek, vsaj kakih 10 minut. Pa tudi opoldanski ležeči počitek (uro ali dve) mi je postal prava nuja. Ustreza mi tudi čim manj sedenja, nadomestim ga s stoječim gibanjem in delom, npr. tudi z računalnikom ter branjem v leže, gledanjem TV itd. Ne ležim pa ob obiskih, ker bi me tedaj žena polila z vodo.

Veliko obremenitev mi predstavlja sonce. Že kratka izpostavljenost, posebej glave in vratu, mi močno ogrozi ravnotežje in pobere fizično moč. Problem rešujem s celodnevnim izogibanjem soncu in širokim pokrivalom.

Pri vseh svojih aktivnostih izhajam iz dejstva, da imam močno poškodovano srčno mišico, močno zamašene krvne žile, zelo oslabelo srce, poškodovano zaklopko. Zato moram skrbeti za srce in ga tudi krepiti. Meja med tem je zelo tenka in prikrita. Hitro se nam lahko prikradejo preobremenitve, ki dodatno slabijo srce, ali pa fizična ali psihična pasivnost, ki nam prav tako močno škoduje. Sam temu razmerju posvečam veliko pozornost, največ s spremljanjem počutja in merilnikom srčnega utripa.

Depresijo obvladujem z aktivnim življenjem.

Že zelo kmalu po prvem infarktu pred 18 leti mi je moja kardiologinja ugotovila depresijo in me napotila k psihiatru. Razočaranje, brezup, zaprtost vase, jok na koncu nosu itd. so bili jasni znaki zanjo. To se mi je ponovilo tudi po operaciji in zastoju srca. Ves čas prejemam zdravila, bil sem tudi na psihiatrični kliniki v Mariboru, nekaj pa storim tudi sam. Nisem pristaš trditev, kot npr., prepričaj se, da si zdrav in boš zadovoljen in zdrav. Sam sem zadovoljen tedaj, ko nekaj sam storim za zdravje, ne glede na trenutne rezultate. Zavedam se namreč, da jaz in tudi zdravniki le pomagamo telesu ohranjati zdravje in življenje. Tako kot sem ga večino življenja zanemarjal in mu škodoval, mu sedaj vsak dan skušam pomagati in to je moje zadovoljstvo. Lahko bi skoraj rekel, da se vsak dan posvečam svojemu zdravju in počutju.

Tedaj, prva leta po infarktih, sem se tudi začel spraševati, kaj se bo z mano dogajalo v prihodnje in kako dolgo? Kako dolgo bom lahko spremljal vnuke, koliko olimpijad bom še videl, kaj bo z ženo, kako bo, ko bo človek stopil na Mars itd. Sčasoma, posebej pa potem, ko mi tudi srčni zastoj ni mogel do živega, sem postajal bolj optimističen in domišljav. Optimizem mi vlivajo moji zdravniki, od dr. Skralovnika v splošni ambulanti, prim. Cirile

v Bolnišnici Slovenj Gradec, dr. Vokača v UKC Maribor, pa dr. Geršaka in dr. Bunca v UKC Ljubljana in še drugi.

Zame so vsi odlični strokovnjaki in svojemu poklicu predani ljudje, ki jim popolnoma zaupam.

Z optimizmom me navdaja Herman Kumprej, naš član z dvakrat presajenim srcem, ki nam kaže, kako neuničljivo je človeško srce in kako izjemna je moč medicine. Včasih se zalotim, ko razmišljam, koga bova z ženo povabila na gavdo ob najini stoti obletnici.

Za mojo psihično stabilnost je zelo pomembno razreševanje vseh mogočih problemov, ki se živim ljudem pač dogajajo. Ni mi pomembna le rešitev problema, še pomembnejša mi je pot do nje. Ko vem, kako bomo nek problem rešili, pa četudi neugodno za nas, sem pomirjen in problem me ne obremenjuje več. Veliko mi pomaga moja radovednost. Ko berem, razmišljam ali gledam kaj o zdravju ali npr. vesolju, so vse težave pozabljene. Pa moja improvizacija, ko ničesar ne naredim popolno in dokončno, ampak vedno kaj spreminjam, dograjujem in »mečkam«, tako da upam, da ne bom imel časa niti za demenco. Iskrenost in prijaznost do ljudi in narave mi veliko prispeva proti depresiji, saj preprečuje konflikte, slabo vest, jezo. In dva psa, ki mi vsak trenutek kažeta svojo lepoto in izražata svojo pasjo ljubezen in še pri miru me ne pustita. Ob mojem abrahamu so mi žena in sina podarili klavirsko harmoniko. Seveda je kmalu romala v kot, ko pa sem zbolel in nekje prebral, da je igranje na glasbilo, žongliranje itd. odlično za ohranjanje možganov, to pa je pogoj tudi za delo srca, sem se začel mučiti z njo. Glede na to, da sem brez slušnih aparatov povsem gluh, seveda odlično igram in pojem, posluša me žena, a le pod pogojem, da igram v zadnji sobi za tesno zaprtimi vrati.

Druženje je zame najboljše zdravilo proti depresiji.

Nekakšna poinfarktna oziroma starostna osama in zaprtost v družinski krog, ko se sam zapreš, drugi pa te pustijo pri miru, ker ne vedo, kako se počutiš, kaj želiš, kako ti lahko pomagajo itd., je tudi pri meni bila voda na mlin depresije.

Seveda me družina ni pustila pri miru, pa tudi ne sosedje v ulici. A pravi povratek med ljudi se mi je zgodil z ustanovitvijo Koronarnega kluba. Spet sem srečal stare znance, mladostne prijatelje, nekdanje sodelavce itd. Začel sem spet delati, začutil sem odgovornost in veselje ob rasti kluba, uvedli smo številne organizirane oblike druženja, od telesne vadbe, zdravstvenih predavanj, zabavnih srečanj, izletov do šole zdravega življenja itd. Pa tudi čisto navaden »čvek« na ulici, v trgovini pomeni sprostitev in dobro voljo. Posebej zdravilna so srečanja prijateljev iz mladih let. Sedaj, v »zrelih« letih, se na vsakem srečanju od srca nasmejimo istim dogodivščinam iz mladosti.

Moji rešitelji ob srčnem zastoju: Rudi, Mirko, Emil in pokojni Beno.

Za vsako stisko se najde – srce
Izpoved 63–letne članice koronarnega društva

Že na zdravniškem pregledu pred nastopom službe sem imela težave z visokim krvnim tlakom. Tudi kot krvodajalka sem bila odklonjena. Nasvetom zdravnice nekako nisem sledila, saj me ni nič bolelo. Zanašala sem se le na »dobre nasvete« soseda, ki je pred leti prebolel srčni infarkt. Prepričeval me je v vsakodnevno jutranjo hojo, to naj bi bilo najboljše zdravilo.

Bil je meglen, precej hladen aprilski dan. Nisem se počutila najbolje, nekako zadihana sem bila že zjutraj, a za to naj bi bilo krivo le vreme. Kljub temu sem se odpravila na svojo jutranjo turo. Niti pol kilometra nisem prehodila, ko se je »jutranji slabosti« pridružila še čudna pekoča bolečina. Za hip sem se ustavila ob starem zidu in s prsnim delom potiskala vanj, kar mi je nekako prijalo. Čez kako minuto me je oblila vročina, znoj mi je stekel po čelu in zameglilo se mi je pred očmi. Na tleh me je našel nekdo, ki je poklical reševalce.

Ko sem se zbudila v bolniški sobi sem najprej zagledala zelo mladega zdravnika. »Ja, gospa, hudo je bilo, a smo vas kar dobro zakrpali. Sedaj imate ob srcu še pomočnika – spodbujevalnik in dve mrežici na ožilju.«

»Kaj je bilo z mano, kaj še bo, kako se bo končalo«, sem razmišljala vsa obupana in prestrašena, ko sem dobila prve obiske domačih. Tolažili so me, da se je vse skupaj srečno končalo in mi zabičali, da odslej ne bodo dovolili, da bi se toliko naprezala. A mala Anja, moja vnukinja, me je samo žalostno gledala in ob slovesu dejala: »Babi, potrebujemo te, jaz te posebej potrebujem, končati morava igro s kartami«. V stiski in strahu, polna vprašanj, brez pravih odgovorov sem skrivaj zajokala, hkrati pa sem si zadala novo nalogo: Samo, da se okrepim, sedaj vem, kaj je moje poslanstvo.

Za koronarno društvo sem izvedela od prijateljice, vaditeljice v društvu. Takoj sem se včlanila, čeprav so mi svetovali, naj to storim po zaključku rehabilitacije v zdravilišču. V skupini društva sem srečala same prijazne, sproščene in rekla bi - srečne ljudi. Nihče ni govoril o zdravstvenih težavah, o prebolelih zapletih in o drugih tegobah. Vsi so zavzeto delali vaje, ki jih

je vodil mladi vaditelj, skupno so si izmerili pulz in nadaljevali, vsak v svojem tempu. Ob koncu vadbene ure so kar nadaljevali s pogovori o načrtih za delo v društvu, predstavljali svoje pobude za druženje in si mahali: »Se dobimo v četrtek«.

Samo kak mesec je trajalo, pa me je povleklo. Postala sem prava članica skupine in dobre družbe, ki se je tako kot jaz, zavestno odločila, da ne bo doma nemočno čakala na nov zdravstveni zaplet, ampak bo vzela stvari v svoje roke. Poleg vodenja moje dobro strokovno podkovane zdravnice in rednega jemanja zdravil sem spremenila velik del mojega življenjskega sloga, spremenila dotedanje prehranske navade, z redno telesno vadbo usmerjam svoje telo v gibanje in uživanje v naravi. Najbolj pa sem ponosna na to, da sem se znašla med prijaznimi in družabnimi ljudmi, ki so prestali podobne težave kot sem jih sama, pa sedaj le izžarevajo veselje, delijo svoje izkušnje in pomoč z drugimi in so nesebično predani prijateljskemu pogovoru o tem, kaj bomo še naredili, dosegli, doživeli in kako bi osrečevali tiste, ki jih imamo radi. To so razlogi, zaradi katerih sem na naših vadbah in srečanjih manjkala le nekajkrat. Vleče me tja, kjer se počutim sprejeta in potrebna drugim. Tu sem našla odgovore na vprašanja, ki so me mučila v bolniški sobi, in tu sem našla navdih, da sva z mojo Anjo odigrali še na stotine iger – tudi ta pravih – življenjskih.

Zapisal Jože Valenčič

2. del

20 letnica zveze - pogled nazaj, prispevki ustanoviteljev

Spomini na ustanovitev Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije (ZKDKS)

Aleksandra Torić Gorup, Marjetka Mahnič

Z ustanavljanjem zveze smo začeli leta 1995. Na pobudo Koronarnega kluba Ljubljana (KKL) sta upravna odbora KKL in KK Celje začela neformalne pogovore o njeni ustanovitvi. Izmenjali smo informacije o programih svojih klubov in o izkušnjah, pridobljenih v 14- oz. 11-letnem delovanju.

V KKL je delovalo že 14 dobro organiziranih vadbenih skupin, od tega 3 zunaj Ljubljane. Izvajali smo tudi zdravstveno izobraževanje, vključno z desetdnevno šolo zdravega življenja v Šmarjeških Toplicah in na morju. V klub so bili vključeni tudi življenjski sopotniki članov. Delovale so skupine prostovoljcev.

Podoben položaj je bil v Celju. V njihovem aerobnem centru je vadilo 7 skupin in ena v najeti telovadnici, organizirali so pohode po Srčkovi poti in zdravstveno izobraževanje.

Oboji smo imeli odlična mentorja. V Ljubljani je bila to prof. dr. Irena Keber, ki je v klubu aktivno delovala od ustanovitve. V svoji doktorski disertaciji je med drugim ocenjevala učinke rehabilitacije, katere avtorica je bila. V celjskem klubu pa je pri oblikovanju in ovrednotenju programa sodeloval prim. Janez Tasič.

V obeh klubih smo imeli zagotovljene kadrovske in prostorske razmere za izvajanje rehabilitacijske vadbe, največji problem pa je bilo financiranje dejavnosti, ker stalnih virov, razen članarine, ni bilo.

Kluba sta nadaljevala sodelovanje in se sončnega jesenskega dne, 14. septembra 1996, srečala na Šmohorju nad Laškim. Na sestanku sta ugotovila, da imata dovolj argumentov za ustanovitev zveze in da je čas za sklenitev pogodbe. Priprave sta koordinirali predsednici Majda Trogar iz Celja in Aleksandra Gorup iz Ljubljane, ki je k sodelovanju povabila še novoustanovljeno Koronarno društvo Slovenske Istre (KD SI). Pogodbo o ustanovitvi smo podpisali 12. novembra 1996.

Namen združevanja, določen v pogodbi o ustanovitvi zveze, je bil: poenotenje programov, izmenjava izkušenj, širitev dejavnosti z ustanavljanjem novih društev, zagotavljanje razmer za delovanje, predvsem pridobivanje finančnih sredstev s skupno udeležbo na javnih razpisih. Pogodbo so podpisali: Aleksandra Gorup in Janez Kranjec (KKL), Majda Trogar in Franjo Čevnik (KK Celje) ter Jože Podgornik (KD SI).

Ustanovni občni zbor

Po sklenitvi pogodbe smo podpisniki nadaljevali s pripravami na 1. in ustanovni občni zbor zveze, ki je bil 21. junija 1997 v Šmarjeških Toplicah.

Udeleženci so bili predstavniki vseh treh koronarnih društev in klubov (KDK), poleg podpisnikov pogodbe še: iz KKL Dušan Trotovšek, Uroš Ambrožič in Peter Seljak, iz KK Celje Boža Dojer, iz KD SI Vladka Koblar in Angelo Hlaj. Zbor je sprejel okvirni program in statut zveze ter izvolil UO in NO.

Upravni odbor je na 1. seji, 15. septembra 1997 sklenil, da se:

- imenuje strokovni svet, ki prevzame strokovno vodenje zveze in ga sestavljajo: Irena Keber, Barbara Gužič, Dorjan Marušič, Metod Prašnikar, Janez Tasič in Janja Leskovar;

- določi vsebina programa ob upoštevanju mnenj strokovnega sveta, potreb članstva in realnih možnosti KDK;

- določijo prednostne naloge: teritorialna in članska širitev dejavnosti (nova društva), kontinuirano izobraževanje izvajalcev programa, predvsem vaditeljev, in udeležba na javnih razpisih za pridobivanje finančnih sredstev.

Zveza je bila vpisana v register društev 21.10.1997 s šifro dejavnosti dobrodelnih organizacij.

Z drugimi društvi kroničnih bolnikov je aktivno sodelovala pri preoblikovanju loterije in ustanavljanju FIHO.

Ministrstvo za zdravje je podelilo zvezi 26. 11. 1998 status društva v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva, 14. 1. 2005, pa status humanitarne organizacije.

Program vseživljenjske rehabilitacije koronarnih bolnikov (VRKB), ki je bil sprejet leta 1998, izvajan na obeh ravneh delovanja – na državni in lokalni ravni – omogoča koronarnim bolnikom (KB) v stabilni fazi bolezni in drugim članom z visoko stopnjo dejavnikov tveganja za koronarno bolezen nadaljevanje rehabilitacije, začete v zdravstvenih zavodih in zdraviliščih in vztrajanje pri zdravem življenjskem slogu.

Svoje aktivnosti in prioriteto nalog določajo vodstva koronarnih društev in klubov (KDK) s soglasjem strokovnih vodij, upoštevaje kadrovske, prostorske in finančne možnosti ter potrebe in želje članstva.

Določene so bile naloge zveze: pomoč društvom pri ustanavljanju, izobraževanje izvajalcev programa – vaditeljev in vodij delavnic, predstavitev programa VRKB, sodelovanje z organizacijami s podobno vsebino delovanja.

Oblikovale so se tudi naloge KDK: strokovno vodena skupinska vadba in druge gibalne dejavnosti, zdravstveno izobraževanje (predavanja, svetovanja, pogovori), pomoč pri reševanju psihičnih težav KB, pomoč pri spremembi prehranskih navad.

Določene so bile tudi naloge laičnih in strokovnih vodstev zveze in KDK, ki naj se opravljajo usklajeno v okviru svojih kompetenc.

V letih 2006 in 2007 so delovanje zveze ocenjevali člani strokovnega sveta in mentorji KDK. Pozitivno so ocenili opravljeno delo in dali sugestije za nadaljnje delo. Prof. dr. Zlatko Fras je predstavil perspektivo njenega razvoja v okviru »integrirane strategije preprečevanja bolezni srca in žilja in rehabilitacije s temi boleznimi že obolelih v Sloveniji«. (Mnenja so shranjena v arhivu zveze.)

Ustanavljanje novih društev

Zveza je pomagala z nasveti, s promocijskim gradivom, s predhodnim usposabljanjem vaditeljev in do 2011 s sredstvi FIHO, namenjenimi ustanavljanju novih društev in nabavi opreme.

Iniciatorji in ustanovitelji so praviloma koronarni bolniki, njihovi zdravniki - prihodnji mentorji in drugi zdravstveni delavci iz zdravstvenih domov in bolnišnic. Zdravniki iniciatorji, ki še vedno delujejo v društvih in strokovnem svetu zveze, so: Metod Prašnikar, Cirila Slemenik Pušnik, Mirko Bombek in Mojca Savnik Iskra.

Pobudniki so bili lahko tudi dislocirane vadbene skupine, ki so želele ustanoviti društvo v svojem kraju in ga širiti še v okoliške kraje. Primer iz društva Mežiške doline: skupina iz Slovenj Gradca je ustanovila Društvo Mislinjske doline (3 nove vadbene skupine), skupina iz Radelj ob Dravi pa društvo Dravske doline (2 novi skupini); v Postojni je skupina iz Ilirske Bistrice in Podgrada ustanovila društvo Ilirska Bistrica (5 novih skupin).

Leta ustanovitve:

1981 – Ljubljana, 1984 – Celje, 1995 – Slovenska Istra, 1996 – Zveza, 1998 – Gorenjska,

1999 – Postojna, 2001 – Sevnica, 2002 – Radenci, 2003 – Savinjska dolina in Ptuj,

2005 – Mežiška dolina in Maribor, 2006 – Brežice, 2007 – Šaleška dolina, 2008 – Mislinjska dolina, 2011 – Ilirska Bistrica, 2012 – Dravska dolina, 2016 – Dolenjska in Bela krajina.

Rezultati širitve dejavnosti:

leto	št. društev	št. članov	št. vadb. skupin	št. krajev
1997	3	720	24	5
2017	17	3670	146	81

V ZKDKS se zavedamo pomena investiranja v znanje.

Od leta 2000 sistematično skrbimo za usposabljanje izvajalcev programov. Namen usposabljanja je pridobivanje teoretičnih znanj in praktičnih veščin za delo v skupinah KB.

S temeljnim usposabljanjem vaditeljev (TUV) in permanentnim dopolnjevanjem njihovega znanja na supervizijskih delavnicah želimo zagotoviti kakovostno voden program vadbe in drugih rehabilitacijskih dejavnosti ter učinkovito komunikacijo za vodenje, usmerjanje in motiviranje koronarnih bolnikov.

Izobraževalnih programov ne bi bilo brez sofinanciranja s sredstvi FIHO, Terme Šmarješke Toplice pa nam zanje nudijo brezplačno uporabo prostorov (predavalnice in telovadnice).

Iniciativo in zasnovo za organizirano in strokovno vodeno usposabljanje vaditeljev sta dala prof. dr. Irena Keber in prof. dr. Zoran Jelenc. S sklepom strokovnega sveta zveze, 8. 4. 2000, je bila izvedena raziskava »Izobraževanje v koronarnih društvih in klubih«.

Vsebina programa zveze iz leta 1998 in rezultati raziskave so bili podlaga za organiziranje temeljnega usposabljanja vaditeljev.

Usposabljanje se praviloma prične pred ustanovitvijo KDK.

Program TUV:

- predstavitev ZKDKS;
- dejavniki tveganja in preprečevanje koronarne bolezni;
- koronarna bolezen, znaki in zdravljenje, rehabilitacija;
- psihične motnje in metode pomoči;
- prva pomoč z reanimacijo.

Vseživljenjska rehabilitacija v KDK:

- telesna dejavnost, prilagojena koronarnemu bolniku;
- zdrava prehrana;
- komunikacijske veščine za motiviranje in vodenje koronarnega bolnika.

Poudarek je na vodenju gibalnih dejavnosti, prilagojenih zdravstvenemu stanju in starosti vadečih.

Posebej je potekalo izobraževanje za vodnike nordijske hoje v sodelovanju s CINDI in raziskava Polonce Pokleka za diplomsko nalogo ter seznanjanje z vsebino in rezultati programa G-I-O avtorice Petre Simpson Grom, namenjenega bolnikom z motnjami srčnega ritma, s kroničnim srčnim popuščanjem in starejšim ljudem.

Vsebina tečajev se postopoma oblikuje, nadgrajuje in prilagaja strokovnim smernicam, potrebam KDK in finančnim zmožnostim zveze.

Pomoč pri reševanju psihičnih težav koronarnega bolnika

Leta 2000 je posvet kardiologov in psihiatrov opozoril na resne psihične težave KB. Zato od l. 2002 na tečajih seznanjamo vaditelje

z znaki in zdravljenjem depresije in anksioznosti ter jih učimo raznih tehnik sproščanja. Sproščanje je tudi del vsake vadbene ure.

V letih 2005 in 2007 sta bila organizirana 50-urna tečaja kognitivno-vedenjske terapije (KVT) pod vodstvom Dragice Resman.

Sestavni del TUV so temeljni postopki oživljanja (TPO), ki smo jih l. 2007 nadgradili s treningom uporabe AED, ko nam je Krka, d.d., podarila AED in 2 učna AED in s pomočjo dr. Toma Ploja organizirala prvi tečaj za 14 vaditeljev.

Dr. Ploj nam je vse do prezgodnje smrti tudi nesebično pomagal in se zavzemal za širitev mreže AED. Po njegovem nasvetu in z investicijskimi sredstevi FIHO so bili v naslednji letih vsi KDK opremljeni z AED in šolskimi AED, ki so bili pogoj, da so se tečaji TPO z uporabo AED prenesli v pristojnost KDK.

Najbolj aktivni in uspešni na tem področju so v Koronarnem klubu Mežiške doline.

Program izobraževanja in usposabljanja je nastajal s pomočjo članov strokovnega sveta, ki so tudi njegovi izvajalci (specialisti interne medicine, psihiatrije, klinični psihologi, andragogi, inženirji živilske tehnologije, profesorji športne vzgoje in diplomirani fizioterapevti).

Z njihovo interdisciplinarno sestavo zagotavljamo celovit in kvaliteten program.

Udeleženci tečajev, ki se usposabljajo za vodenje rehabilitacijske vadbe, so praviloma profesorji športne vzgoje, fizioterapevti in medicinske sestre, v izjemnih primerih pa študenti medicine, fizioterapije in športne vzgoje.

Do sedaj smo izvedli 16 štiridnevnih tečajev TUV po 36 ur, ki jih je zaključilo 378 vaditeljev, od katerih jih deluje še okoli 160.

Usposabljanje prostovoljcev

Zamisel o izobraževanju in prvo usposabljanje prostovoljcev je bilo izvedeno v KKL leta 2000 po raziskavi dr. Z. Jelenca. S sprejemom zakona o prostovoljstvu in po vpisu v register prostovoljstva so društva dolžna organizirati izobraževanje. Zato je zveza ob pomoči društev in Filantropije ter s sofinanciranjem FIHO organizirala 5 tečajev za prostovoljce iz KDK.

Promocija zveze

Prvo vidnejšo promocijo smo pripravili na razstavi s spremljajočimi dejavnostmi ob 20. obletnici KKL. Na panojih je bilo prikazano petletno delovanje zveze in sicer njene naloge, razvojne usmeritve, organi, ustanavljanje in delovanje društev, rezultati raziskav. Ob tem so bili izdelani plakati in zgibanke, namenjene prihodnjim članom, zdravnikom, ZD, bolnišnicam in rehabilitacijskim centrom. V zgibankah je predstavljena dejavnost KDK, njen pomen in učinki na zdravje srčno-žilnih bolnikov.

Med pomembnejše promocije zveze štejemo predstavitve na Forumu za preventivo bolezni srca in žilja. V vsakoletnih prispevkih smo predstavili namen, cilje in prioritetne naloge zveze in njenih članov, razmere in rezultate delovanja, med drugim tudi težave in posledice neurejenih razmer. Neurejen je sistem financiranja: stalnih virov ni, razen od FIHO in prispevkov članstva, razpisni pogoji drugih možnih sofinancerjev (ZZZS, MZ, lokalne skupnosti) pa niso kompatibilni z našo dejavnostjo. Posledica je ukinjanje že utečenih dejavnosti in krčenje programa.

Rešitev problemov smo videli v realizaciji predloga Združenja kardiologov (2007), ki dejavnosti zveze obravnava kot 3. fazo rehabilitacije in sekundarno preventivo KB. Predlog ni bil realiziran, čeprav je po zagotovilu prof. dr. Zlatka Frasa iz leta 2012 še vedno aktualen.

Vsebina predloga je že bila opredeljena v programu zveze, ga pa žal ne moremo v celoti realizirati zaradi finančnih težav.Pri realizaciji tega predloga, pomembnega za obstoj in razvoj naše dejavnost, smo pričakovali pomoč in sodelovanje potencialnih partnerjev, ki izvajajo zdravljenje, rehabilitacijo in primarno preventivo srčno-žilnih bolnikov in katerih predstavniki so redni udeleženci Foruma.

Za ohranitev in razvoj dejavnosti zveze bi bilo zaželeno in koristno več pozornosti posvetiti medsebojnemu sodelovanju KDK ob izmenjavi izkušenj in informacij o primerih dobre prakse ter upoštevanju priporočil strokovnega sveta.

Koronarni klub Celje ob obletnici zveze KK in društev Slovenije

Prim. Janez Tasič, dr.med.

Koronarni klub Celje je humanitarna, nepridobitna organizacija, ki združuje srčne bolnike in njihove svojce ter druge fizične osebe, ki skrbijo za izvajanje doživljenjskega programa preventive in rehabilitacije bolnikov z boleznimi srca in ožilja.

Že v 70. letih 20. stoletja se prične v Evropi obdobje preventivnega dela za preprečevanje bolezni srca in ožilja. V posameznih državah se pojavijo tudi prvi programi doživljenjske rehabilitacije (prof. Hoffmann) v skupinah, ki združujejo srčne bolnike in so podlaga za nastanek koronarnih klubov in društev. V 90. letih je v Nemčiji že preko 3000 KK, v Italiji 700, v Avstriji pa okoli 200. V Sloveniji sta bila takrat le dva KK.

Pred razvojem in odpiranjem koronarnih klubov so bile ustanovljene koronarne enote, v katerih se je spremenil postopek zdravljenja in vodenja srčnih bolnikov z akutnim srčnim infarktom. Uspešne premostitvene operacije na srcu in pozneje perkutani posegi na žilah so povečali število bolnikov, ki potrebujejo dodatno izobraževanje, spremembo načina življenja a tudi obvladanje dejavnikov tveganja. Zato se je programe rehabiliacije raztegnilo na celotno življenjsko obdobje bolnika.

Rahabilitacija poteka v obliki individualnih, multidisciplinarnih programov, ki zahtevajo strokovno medicinsko vodenje, izobraževanje, medicinsko ovrednotenje, pomoč pri spremembi življenjskih navad in predpisovanje fizične aktivnosti a tudi programe za sprostitev in psihosocialno podporo.

Kratek pregled zgodovine in dela

V jeseni leta 1984 sem bolnikom s težavami na srcu predstavil pomen redne in organizirane fizične aktivnosti za njihovo krepitev zdravega srca. S spodbudo in opogumljanjem je sodeloval tudi predstojnik klinike Trnovo dr. Dušan Keber, ki je že pred tem ustanovil Koronarni klub v Ljubljani (1982).

Bolniki so se strinjali, da morajo za svoje zdravje poskrbeti tudi sami, lahko pa se to olajša tudi številnim drugim bolnikom, če se zanje organizira vadba v organizirani in vo-

deni skupini. Vsi so imeli izkušnje z različnimi oblikami rehabilitacije v zdraviliščih, doma pa jih je čakala praznina. Sami so lahko poskrbeli za sprehode, delno so spremenili prehrano, se posvetovali z zdravnikom, a za večino je bila ta samoiniciativnost premalo.

Pridružili so se mi številni znani Celjani, ki so sprejeli mojo pobudo in sodelovali pri ustanovitvi Koronarnega kluba Celje. Med prvimi so pristopili gospodje O. Herman, F. Burdian, A. Marčič, F. Čevnik, gospe M. Petrič in V. Šelih, gospod K. Šmauc in še drugi bolniki, ki so imeli težave srcem.

Spodbujala jih je zavest, da ni dovolj, da se držijo navodil kardiologa, temveč da morajo še sami poskrbeti za svoje zdravje. Na seji, ki smo jo organizirali oktobra 1994, smo imenovali iniciativni odbor za pripravo pravil, potrebnih za registracijo in delovanje, ter se dogovorili, da klub prične z aktivnostmi tudi v Celju.

Koronarni klub naj bi bil humanitarno in neprofitno društvo, ki bo omogočalo aktivno udejstvovanje bolnikom pri krepitvi njihovega zdravja, organiziralo dodatno izobraževanje o dejavnikih tveganja, nudilo pa tudi psihološko in psihosocialno podporo zlasti pri spreminjanju življenjskega sloga.

Za prvega predsednika je bil izvoljen gospod Franjo Burdian.

Tako se je pričelo z delom. Prvi program fizične aktivnosti smo izvajali v telovadnici tretje osnovne šole v Vodnikovi ulici v centru mesta. Dvakrat tedensko so potekale skupinske vaje pod vodstvom prof. telesne kulture B. Fižuleto in VMS Vide. Enkrat na teden je bil prisoten tudi zdravnik. V skupini je bilo po 30 bolnikov. Že takrat smo spoznali, da so skupine za resno kontrolo bolnikov prevelike in da potrebujemo individualni pristop tudi pri fizični obremeniti.

OBČINSKA KONFERENCA SZDL CELJE
PODELJUJE

PRIZNANJE

KORONARNEMU KLUBU
CELJE

ZA USTVARJALNO DELO V DRUŽBENIH
ORGANIZACIJAH IN DRUŠTVIH

CELJE 3.3.1989

PREDSEDNIK:

Prvo priznanje leta 1989

Program aktivnosti so spremljali tudi na SZDL, ki je leta 1989 ob peti obletnici aktivnosti podelila KK Celje posebno priznanje za humanitarno delo.

Naše delo so spremljali tudi drugi aktivni Celjani. Zaradi novega načina dela in aktivnega delovanja nam je leta 1986 obrtna zbornica Celje, ki jo je vodil gospod Leopold Drame, po otvoritvi svojega novega doma na Lavi odstopila svoje stare prostore v Gregorčičevi ulici 6. Tu smo z lastnim dodatnim delom in nekaj tudi s podporo občine uredili aerobni center. Tako se je izpolnila želja, da postane rehabilitacija vodena in kontrolirana. Nabavljena je bila oprema: blazine, lestve, uteži, kolesa za obremenitveno testiranje s kontrolo frekvence srca, merilniki krvnega tlaka, žoge, miza za namizni tenis.

V Sloveniji je bil to prvi takšen center, namenjen srčnim bolnikom za doživljenjsko rehabilitacijo. krati smo s pomočjo mestnega gradbenika gospoda Jožeta Smodile, dipl. ing. grad., pričeli z obnovo zapuščenih poti po mestnem gozdu na Anskem hribu. Tako je nastala nova rekreacijska pot.

Po otvoritvi je Celjska Srčna Trim Pot postala poznana v tem delu Evrope, saj sem predstavil pomen rehabilitacije v naravi na različnih kongresih. V zadnjih desetletjih je postala poznana tudi po Sloveniji, saj so si po vzoru celjske zgradili podobne poti na Primorskem, v Ljubljani, Kranju in še kje.

Zaradi bolezni je g. Burdian opustil vodenje

Srčna trimsteza v mestnem parku (leto 1987)

kluba, delo pa je za 4 leta prevzel g. Franjo Čevnik. Gospa Majda Trogar je vodila klub skoraj dva mandata, gospa Sonja Ocvirk pa dvanajst let. Gospod Jožef M. Umek je kot predsednik Koronarnega kluba Celje v svojem mandatu prinesel v klub novo iniciativo/učenje jezikov, likovne delavnice, vaje sprostitve) in dodatno širitev (pred tem že Laško

in Vojnik) ter modernizacijo prostorov. Pričelo se je s programi dejavnosti v Zrečah ter Šentjurju, od koder je bil njegov naslednik g. Zoran Leskovšek. Letos je bil mandat za vodenje KK Celje podeljen g. Franju Luc.

Vseh teh dobrih 30 let sem kot kardiolog, strokovni vodja in pobudnik številnih akcij deloval v glavnem sam. Občasno sem imel podporo kolegov iz bolnišnice (predavanja, delitev informacij). V prvih 10 letih smo s pomočjo sponzorjev izdajali bilten Koronarnega kluba, s katerim smo dodatno osveščali člane o dejavnikih tveganja, programih fizične aktivnosti, reanimaciji, prehrani itd.

Leta 1992 nas je zadela huda nesreča. Ob poplavi je bil poplavljen ves center, uničena je bila skoraj vsa oprema, arhiv je zalilo blato. Tako smo se ponovno za leto dni preselili v telovadnico, vendar smo tedaj že v novi samostojni Sloveniji hitro poprijeli za delo in s pomočjo prostovoljcev, a tudi občine, obnovili parket, popravili kolesa, napeljana je bila nova elektroinštalacija, položena varno nad poplavno linijo (višina poplavne vode v aerobnem centru je bila 80 cm). Pohištvo nam je podaril Zdravstveni dom.

Izgubili smo skoraj vso dokumentacijo, kar nam je bilo v poznejših letih v veliko breme.

Leta 1993 smo izdali tudi Srčni potni list (SPL) Knežjega mesta Celje. Že čez dve leti je sledil ponatis z željo, da SPL postane protokolarno darilo in del programskega protokola ob obisku Celja.

Številni so dogodki, ki so pomembni za delovanje kluba, med njimi je prav gotovo ustanovitev Zveze koronarnih klubov Slovenije (kar je bilo mogoče, ko je bilo ustanovljeno društvo srčnih bolnikov na Primorskem), ustanovitev podružnice v Laškem (Termana

Bilten in srčni potni list

Laško), Vojniku (O. šola), Zrečah (Zdravilišče) in izvajanje aktivnosti v Šentjurju (dom upokojencev), vendar je pomembno, da sodelujejo v klubu bolniki z zavestjo, da je to le podpora, da ohranjajo zdrav in aktiven slog življenja.

Na podelitvi zlatega, srebrnega, bronastega grba in kristalnih grbov.

Že zelo zgodaj smo imeli tudi svojo internetno stran, ki je tudi opešala in se občasno obnavljala. V Novem Tedniku so nam vedno z lahkoto objavljali naše programe, članke in vabila na predavanja, vabila za vključitev v programe rehabilitacije in druge aktivnosti. Za to se jim tudi zahvaljujemo. Vedno smo sodelovali pri programih zdravega življenja, ki ga Celje kot zdravo mesto organizira na mestnih trgih, prav tako na akcijah, ki jih organizira bolnišnica Celje. Hvaležni smo tudi kolegom in medicinskemu osebju bolnišnice Celje, ki spodbuja bolnike za vključevanje v programe doživljenjske rehabilitacije.

Ob 25. obletnici dela nam je občina Celje podelila za naše humanitarno delo v občini in regiji srebrni grb mesta Celje, kar je drugo najvišje priznanje, ki ga lahko podeli občina .

Srebrni grb, podeljen KK Celje.

Programi, ki jih izvajamo v KK Celje:

• Redno izobraževanje bolnikov na predavanjih (predavanja so bila v predavalnici JZZD Celje, sedaj so v predavalnici oziroma prostoru za telovadbo KK Celje).

V telovadnici / predavalnici

• Tečaji prve pomoči z reanimacijo, učenje na lutki in delo z defibrilatorjem.

• Predavanja na družabnih srečanjih, na pohodih, ob svetovnem dnevu srca itd ...

Rehabilitacija poteka v Aerobnem Centru od ponedeljka do petka dopoldan in popoldan, v telovadnici OŠ v Vojniku 2-krat in v Zdravilišču Laško 3-krat tedensko (kardiofitnes center) ter v telovadnici Doma upokojencev Šentjur 2-krat na teden.

Enako v telovadnici in kardiofitnes centru Term Zreče.

Kolesa čakajo na bolnike

Vodeni pohodi KK in Društva za srce so vsak ponedeljek. Srečanje pohodnikov: Splavar na Savinjskem nabrežju ob 10h.

Vsak četrtek je odprta posvetovalnica Koronarnega kluba in Društva za srce na Glavnem trgu 10 med 10. in 12. uro.

• Šolo nordijske hoje, ki deluje znotraj KK, vodita dva vaditelja. Za šolo je potrebna prijava!

• Planinska sekcija organizira vodene pohode in izlete pogosto v sodelovanju z Društvom za srce Celje ter planinskim društvom Celje.

• Organizirajo se družabna srečanja (gobarski piknik, kostanjev piknik, pohod ob Svetovnem dnevu srca na Kunigundo, novoletno srečanje), rehabilitacijske počitnice v zdraviliščih in na Jadranu, izleti po Sloveniji in bližnjih sosednjih državah.

Zemljevid obnovljene (2016) Celjske Srčne Poti in sprehajalnih poti v mestnem gozdu.

- Za družabna srečanja in izlete poskrbi sekcija za izlete, ki sodeluje tudi pri organizaciji Vseslovenskega srečanja koronarnih klubov in društev.

- Sodelovanje s strokovnimi institucijami, bolnišnicami in zdravstvenimi domovi na Celjskem.

Pisarna, v kateri lahko dobite še več informacij o delu in o možnostih sodelovanja, deluje **vsak delovni dan na Gregorčičevi ulici 6 v Celju med 10. in 11. uro.**

Vse programe vodijo strokovno izobraženi zdravstveni delavci (dodatna izobrazba poteka vsako leto v šoli rehabilitacije v Šmarjeških Toplicah), sodelujejo zdravnik, višje medicinske sestre, fizioterapevti, prof. telesne kulture, kot občasni svetovalci sodelujejo tudi psiholog, dietetik, socialni delavci.

Z aktivnim pristopom se s programi rehabilitacije zmanjša število obiskov pri zdravniku, poraba zdravil, število hospitalizacij, dvigne se kvaliteta življenja, podaljša aktivna življenjska doba, dvigne raven samopomoči in pomoč ostalih članov.

Kdo so lahko člani KK Celje?

Kandidati za vključevanje v programe so bolniki po prebolelem infarktu srca, po premostitvenih operacijah na srcu, dilataciji žil, transplantaciji srca in operaciji srčnih zaklopk, prav tako tudi bolniki s stabilno obliko popuščanja srca, izbrani bolniki z vstavljenim spodbujevalnikom srca in ICD. Bolniki z velikim tveganjem (nad 20 %) za nastanek koronarne bolezni so vse pogosteje kandidati za vključitev v program. Zaradi podpore pri

trajnem programu rehabilitacije se v klube vključujejo tudi sorodniki (žena, mož).

Pomen preventive in vloga države ter civilne družbe pri delu koronarnih klubov

Vse kronične nenalezljive bolezni predstavljajo veliko zdravstveno in gospodarsko breme za vse države na svetu in tudi za članice Evropske skupnosti. Vzroki so pogosto banalni in so povezani z življenjskim slogom. Nezdravo prehranjevanje, premalo fizične aktivnosti, kajenje, pretirano uživanje alkohola, debelost, nezdravo okolje itd.

Za spremembo tega bremena je potrebno, da se v državah spremenijo razvojni, socialni, okoljski, ekonomski in zdravstveni programi v smer ohranjanja in krepitve zdravja, ko bo zdravstvena politika v preprečevanje bolezni vlagala več sredstev kot do sedaj. Tako bo postalo breme zdravja manjše, povečala pa se bo kvaliteta življenja. Vendar bo treba te dejavnosti izvajati v vseh življenjskih obdobjih, ne samo v starosti, ko smo vsi že močno ogroženi.

V Sloveniji so kronične bolezni vzrok za 80 % vseh smrti. Največje breme predstavljajo bolezni srca, rakaste bolezni in duševne bolezni. V povprečju živimo v Sloveniji sedem let s kronično boleznijo, kar pomeni zmanjšano možnost in sposobnost delovanja in pomeni padec kvalitete življenja. Zaradi povečanja števila starejših ljudi se bo še povečal delež izdatkov za starostnike nad 8 % bruto družbenega dohodka. Ta odstotek se lahko ustavi le s povečanjem let zdravega življenja, kar bo možno le s politiko zdravega staranja prebivalstva.

Odločitev za zdravje mora podpirati celotna družba. Spodbujati in usposobiti mora ljudi za promocijo lastnega zdravja, prav tako pa je treba usposobiti tudi medije, zdravstvene ustanove in vse, ki so udeleženi pri oblikovanju pozitivnega odnosa do zdravja. Vlada pa naj pripravi razmere za njihovo izvajanje.

Ne sme se pozabiti na pomen stalnega osveščanja bolnika o pomenu lastne skrbi za zdravje in pri tem na vlogo koronarnih klubov in društev, ki pomagajo izboljšati življenje, znižati stopnjo zbolevnosti. Dejavnosti v klubih preprečujejo slabšanje zdravstvenega stanja, spreminjajo oziroma odstranjujejo dejavnike tveganja in s tem zmanjšajo število ponovnih hospitalizacij in porabo zdravil. Podaljša se aktivno življenjsko obdobje, s čimer se spremeni oziroma dviguje kvaliteta življenja za dolgo, dolgo obdobje.

Koronarno društvo Slovenske Istre

Prim. mag. Dorijan Marušič, dr. med., častni član KDSI

Koronarno društvo Slovenske Istre in Krasa (KDSI) je bilo ustanovljeno aprila 1995 na pobudo 33 bolnikov s koronarno boleznijo. Osnovni cilj društva je bila samoorganizacija primarne in sekundarne preventive bolezni srca in ožilja. Strokovno pomoč so jim nudili nekateri internisti Splošne bolnišnice Izola. Zdaj KDSI šteje 531 članov, njihova povprečna starost je 72,4 leta, 73,3 % je žensk. Redno se udeležuje dejavnosti društva 362 članov, 133 se jih udeležuje drugih aktivnosti društva, 18 je članov strokovnega tima. Društvo delujejo v 19 skupinah v Slovenski Istri in Krasu in je med tovrstnimi društvi med največjimi v Sloveniji. Plod dolgoletnih aktivnosti in raziskovalnega dela je status humanitarne organizacije, ki ga je leta 2006 dobilo KDSI od Ministrstva za zdravje . KDSI je član Zveze koronarnih klubov in društev Slovenije.

Od prvih dni delovanja je bil vpeljan protokol vstopa v društvo. Pred pristopom k vadbi mora vsak bolnik podati podatke o bolezni, izvide preiskav, zdravljenja ter seznam zdravil. Ob izmerjeni telesni masi in višini se članu določi najvišja srčna frekvenca, ki jo sme bolnik med vadbo doseči. Skupinske vaje so sestavljene iz desetminutnega začetnega aerobnega ogrevanja s hojo in lahkotnim tekom, sklopov razgibalnih vaj za vse mišične skupine ter zaključne desetminutne sprostitve. Med vadbo člani pogosto merijo srčni utrip in tako prilagajajo stopnjo obremenitve. Enkrat tedensko imajo člani organiziran pohod, dvakrat mesečno je organizirana tudi vadba v bazenu pod nadzorom vaditeljic. V okviru društva se bolniki izobražujejo na rednih mesecečnih predavanjih. Ob tem se člani društva izobražujejo še v številnih delavnicah, šoli hujšanja, osnovnih postopkih oživljanja, obvladovanja stresa in nordijske hoje. Posebna pozornost je namenjena nadzorovanju dejavnikov tveganja za koronarno bolezen. Ob tedenskem spremljanju krvnega tlaka in mesečni kontroli telesne mase smo prva leta članom vsak leto določili vrednost krvnega sladkorja, skupnega holesterola, HDL in LDL holesterola ter trigliceridov. Tako je članom ob nadzoru in usmeritvi strokovnega vodje - zdravnika omogočeno obvladovanje pomembnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Podatki članov se spremljajo in računalniško vodijo.

Zastavljene aktivnosti so pomembno vplivale na preživetje in kakovost življenja članov. Med člani kluba so merljivi dejavniki tveganja bolje urejeni kot pri večini koronarnih bolnikov v Sloveniji. Po oceni kvalitete življenja so člani društva v primerjavi s splošno populacijo poročali o manj hudih težavah.

KDSI se vsako leto prijavlja na razpis fundacije FIHO za sofinanciranje humanitarnih organizacij, vztrajno naslavljamo prošnje za finančno podporo gospodarskim družbam in občinam. Večino aktivnosti pa pokrijemo z zbrano članarino.

Glavno težavo predstavljata nabor in vključevanje novih članov, predvsem moških, za pristop k vadbi. Ob zagotovljenem naboru strokovno usposobljenih vaditeljic predstavlja v društvu določeno oviro potreben društveni prostor za vadbo. Glede na epidemiološko sliko koronarne bolezni naj bi bilo na območju Slovenske Istre in Krasa 6000 bolnikov. Velik delež včlanjenih bolnikov v društvo je zavidljiv tudi v svetovnem merilu, vendar bi bilo treba povabilo bolnikov vgraditi v standardni postopek rehabilitacije.

V KDSI se trudimo postati in ostati prepoznavni, saj nudimo koronarnim bolnikom v našem okolju celovito in vseživljenjsko rehabilitacijo za uspešnejše vračanje v družbo, saj z rehabilitacijo ne izboljšamo le telesnega stanja, temveč zmanjšamo možnost ponovnih zapletov, podaljšujemo in dvigujemo kakovost življenja.

3. del

Delovanje koronarnih društev, klubov ter zveze danes

KORONARNI KLUB LJUBLJANA

Petra Alenka Simpson Grom

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Ljubljana (KKL) je organizacija kroničnih srčno-žilnih bolnikov, ki ima status humanitarne organizacije in je vpisana v register prostovoljstva.

Pobudnika ustanovitve kluba sta bila prof. dr. Dušan Keber, dr. med., in prof. dr. Irena Keber, dr. med. Leta 1981 je 45 koronarnih bolnikov, ob pomoči fizioterapevtk ambulantne rehabilitacije, ustanovilo Koronarni klub Ljubljana. Njegova osnovna dejavnost je vseživljenjska rehabilitacija srčno-žilnih bolnikov ter obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek bolezni, ki se izvajata skladno s priporočili kardiološke stroke pod vodstvom strokovnega sveta.

KKL je bila prva laična organizacija koronarnih bolnikov v Sloveniji in Jugoslaviji ter je eden od ustanoviteljev Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije. Dolgoletni, zaslužni predsedniki KKL so bili Dušan Trotovšek, Uroš Šuštarič, Aleksandra Gorup, Janez Kranjec.

Povprečno število članov je 370, od tega jih ima 85 več kot 15-letni staž v klubu. Vadbene skupine so organizirane v Ljubljani, Domžalah, Logu pri Brezovici, Litiji in Kamniku. Skupaj deluje 24 vadbenih skupin. Kar 114 članov je starejših od 75 let in imajo poseben program vadbe.

Novi člani se pred vključitvijo v program vadbe posvetujejo s strokovnjakom za gibalne dejavnosti ter zdravstvenim strokovnjakom. Glede na zdravstveno stanje, telesno sposobnost in starost članu svetujemo zanj primeren program ter ustrezno vadbeno skupino.

Vodenje društva

Vodstvo kluba predstavlja upravni odbor, ki šteje 10 članov, in predsednik. Predsednik, upravni odbor ter vodje vadbenih skupin, ki so posvetovalno telo predsednika, skrbijo za organizacijo dela v klubu. Zagotavljajo kadrovske, prostorske in finančne razmere za izvedbo programa. Prednostni nalogi sta rehabilitacijska vadba in zdravstveno izobraževanje.

Strokovni svet svetuje glede oblikovanja, izvedbe in ocenjevanja programa. Sodeluje pri zdravstvenem izobraževanju članov in usposabljanju vaditeljev, predstavlja povezovalni člen s strokovnim svetom Zveze, z Združenjem kardiologov Slovenije ter ambulantno rehabili-

tacijo Kliničnega oddelka za žilne bolezni UKC Ljubljana. Predsednica 7-članskega strokovnega sveta KKL je doc. dr. Tjaša Vižintin, dr. med.

Delovanje društva

Rehabilitacijska vadba

Rehabilitacijska vadba poteka v skupinah s po 12 do 16 člani. Poteka 2-krat tedensko, v Ljubljani 12 mesecev, zunaj Ljubljane pa 10 mesecev na leto. Dobro sodelovanje med vodjem skupine in vaditeljem ustvarja prijetno vzdušje ter pozitivno klimo v skupini.

Vaditelji v klubu so bili sprva študentje medicine, fizioterapije in Fakultete za šport. Pri izobraževanju in motiviranju vaditeljev je poleg prof. Irene Keber, dr. med, imela pomembno vlogo doc. dr. Barbara Gužič-Salobir, dr. med., ki je bila najdaljše obdobje strokovna mentorica kluba. Vsi vaditelji od leta 2000 opravljajo tečaje temeljnega usposabljanja, ki jih organizira ZKDKS.

Nordijska hoja, Srčna pot 2016

Trenutno za kakovost vadbe skrbi šest stalnih vaditeljev, ki so prof. športne vzgoje, kineziologi in dipl. fizioterapevt. S pomočjo njihovega znanja in izkušenj smo oblikovali homogene vadbene skupine glede na zdravstveno stanje, telesno sposobnost in starost članov. Že 15 let s KKL sodelujejo vaditelji Petra Simpson Grom, Vojko Šintler, Polonca Pokleka in Tina Magdalenič.

V KKL izvajamo tri programe rehabilitacijske vadbe: aerobno-intervalni trening (16 skupin), vadbo sede (3 skupine) in program G-I-O (5 skupin). Vadba sede je namenjena starejšim članom ter članom, ki imajo težave z lokomotornim sistemom. Program G-I-O smo začeli uvajati leta 1998. Temelji na fiziološko izpeljanih vzorcih gibanja, ki so usklajeni z dihanjem. Priporoča se bolnikom z motnjami srčnega ritma, bolnikom s kroničnim srčnim popuščanjem ter starejšim ljudem. Aerobno–intervalni trening s številnimi vadbenimi pripomočki prispeva k izboljšanju vzdržljivosti, mišične moči, gibljivosti, koordinacije in ravnotežja.

V poletnih mesecih vadba poteka v dvorani in v naravi, kjer izvajamo program G-I-O in se udeležujemo nordijske hoje. Enkrat letno preverjamo učinke programa vadbe s 6-minutnim testom hoje.

Po večkratnih menjavah vadbenih prostorov in selitvah sedeža kluba smo si leta 2012 s privarčevanim denarjem zagotovili lastne prostore za izvajanje celovite dejavnosti.

Zdravstveno izobraževanje

V okviru zdravstvenega izobraževanja organiziramo predavanja, posvetovalne delavnice, šolo zdravega življenja ter individualne posvete. Predavanja so namenjena podajanju informacij o vzrokih, znakih in zdravljenju bolezni. Posvetovalne delavnice temeljijo na podlagi rezultatov anketiranja o zdravstvenem stanju članov. Zdravniki specialisti vodijo posvetovalnice o vzrokih, zdravljenju in posledicah srčnega infarkta, hipertenziji, srčnem popuščanju, atrijski fibrilaciji, anksioznosti, depresiji ter uporabi zdravil.

Člani imajo možnost individualnih svetovalnih pogovorov enkrat tedensko z diplomirano medicinsko sestro Marjanco Čuk in enkrat mesečno s specialistko kardiologinjo prof. dr. Ireno Keber, dr. med.

Delavnice kognitivne vedenjske terapije in delavnice zdrave prehrane imamo v programu in jih bomo obnovili, takoj ko zagotovimo finančna sredstva.

Šola zdravega življenja poteka v Šmarjeških Toplicah in Poreču že 25 let, leta 2016 je bila organizirana tudi v Strunjanu. Namenjena je oblikovanju zdravega načina prehranjevanja, pridobivanju znanj glede primerne telesne dejavnosti ter razvijanju pozitivnih vezi med člani.

Pohod okoli Šmarne gore ob 25 obletnici kluba

Dom Koronarnega kluba Ljubljana

Družabni dogodki

Organiziramo izlete z ogledom naravnih in kulturnih znamenitosti ter poletno in novoletno družabno srečanje. Proslavljamo pomembne jubileje kluba.

Kaj je sporočilo vašega delovanja, kaj želite posebej poudariti

Prostovoljstvo je podlaga za delovanje, obstoj in razvoj kluba. V vseh obdobjih delovanja kluba se je za prostovoljno delo odločalo 10 % do 15 % članov. Mnogi sodelujejo že več kot 20 let. Prostovoljci izberejo področje delovanja glede na svoje znanje, izkušnje in želje. Izobraževanje prostovoljcev organiziramo v sodelovanju s Slovensko filantropijo in ob pomoči andragoginje Maše Stavanja.

Posebej bi se radi zahvalili številnim posameznikom, zaradi katerih Koronarni klub Ljubljana uspešno deluje že 35 let. Za mnoge KKL predstavlja varno in prijetno okolje, kjer se boljša zdravje in počutje številnih ljudi ter vzpostavljajo trdne prijateljske vezi.

KORONARNI KLUB CELJE

Franjo Luc

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Celje je neprofitna organizacija, humanitarni klub, ustanovljen je bil leta 1984 v Celju pod mentorstvom prim. Janeza Tasiča,dr.med. .. Osnovni cilj kluba je doživljenjska rehabilitacija srčnih bolnikov.

Povezuje srčne bolnike iz Celja in širše regije.

Klub trenutno združuje 270 bolnikov po prebolelem infarktu, premostitvenih operacijah na srcu, transplantaciji srca, operaciji zaklopk, bolnikov z ishemično boleznijo srca. Včlanjeni so tudi bolniki z velikim tveganjem za nastanek srčno-žilnih bolezni. Za podporo pri vztrajanju v programu se vključujejo tudi njihovi partnerji.

Glavnina vadbenih skupin je v Aerobnem centru v Celju, ostale so v Laškem, Vojniku, Zrečah in Šentjurju.

Vodenje društva

Ustanovitelj in glavni pobudnik je bil prim. Janez Tasič, internist kardiolog. Dve leti po ustanovitvi KK Ljubljana je v jeseni 1984 po predstavitvi pomena fizične aktivnosti in spremembi življenjskega sloga predlagal, da se ustanovi klub za koronarne bolnike. Ti so se strinjali, da morajo za svoje zdravje skrbeti tudi sami, če se zanje organizira vodena vadba, saj so nekaj izkušenj pridobili na rehabilitaciji v zdravilišču, potem pa ... Ideji za ustanovitev Koronarnega kluba Celje se ja pridružilo kar nekaj znanih Celjanov, O. Herman, F. Burdian, A. Maček, F. Čevnik, M. Petrič, V. Šelih in drugi.

Prvi predsednik kluba je bil Franjo Burdian, zaradi bolezni ga je zamenjal Franjo Čevnik, vodenje kluba je predal po štirih letih Majdi Trogar. Kot predsednica je sodelovala pri ustanovitvi Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije. Njeno vodenje je trajalo skoraj dva mandata. Sonja Ocvirk je vodila klub dvanajst let. Po vseh teh letih je mandat dobil Jožef M. Umek. Z njim so prišle nove ideje (učenje tujih jezikov, likovne delavnice, razstave ...). Klub je vodil štiri leta. S širitvijo v Zreče in Šentjur je mandat prevzel Zoran Leskovšek. Novi mandat pa je podeljen Franju Lucu.

Rehabilitacijska vadba

Rehabilitacija poteka v 21 skupinah po navodilih in smernicah kardiologov in po programu in navodilih strokovnega vodje, kardiologa, v obliki individualnih, multidisciplinarnih programov, ki zahtevajo strokovno vodenje, pomoč pri spremembi življenjskih navad. Skupine štejejo od 10 do 15 oseb, kar zagotavlja dober nadzor nad bolniki. Naši vaditelji so strokovno usposobljeni fizioterapevti, višje medicinske sestre in učitelji telesne kulture, sodelujejo pa tudi psihologi, dietetiki ...

Rehabilitacijska vadba poteka v Aerobnem centru Celje vse dni v tednu, dopoldan in popoldan, v Zdravilišču Laško v kardio fitnesu trikrat na teden, v telovadnici v Vojniku dvakrat tedensko, v telovadnici doma upokojencev v šentjurju dvakrat na teden.

V telovadnici in kardio fitnesu v Zrečah je telovadba dvakrat tedensko. Vadimo

Obnovitvene rehabilitacije organiziramo v Šmarjeških Toplicah, Strunjanu, Radencih.

Zdravstveno izobraževanje

Redno izobraževanje bolnikov poteka na predavanjih. Predavanja imamo v Aerobnem centru Celje in po enotah Laško, Vojnik, Zreče, Šentjur. Prirejamo jih tudi na družabnih srečanjih, pohodih, ob svetovnem dnevu srca in podobno.Pripravljamo še tečaje prve pomoči, na katerih se seznanjamo tudi s temeljnimi postopki oživljanja z uporabo defibratorja.

Med člani širimo zavest, da aktivno delo v Koronarnem klubu zmanjša število novih incidentov, napadov angine pektoris, nenadnih smrti, zmanjša porabo zdravil, hospitalizacij in dviguje kvaliteto življenja, in da v nacionalnem programu preventiva zaseda vse pomembnejše mesto.

Družabni dogodki

Organiziramo razna družabna srečanja (kostanjev Piknik, gobarski piknik, pohod ob svetovnem dnevu srca, razstave slikarjev, ki so člani koronarnega kluba).

KORONARNO DRUŠTVO SLOVENSKE ISTRE

Ladislav Pevnik

Osnovna predstavitev društva

April leta 1995 je bil prelomen za bolnike srca in ožilja v Slovenski Istri. Tega meseca je na pobudo petindvajsetih srčno-žilnih bolnikov ob strokovni pomoči nekaterih zdravnikov internistov Splošne bolnišnice Izola začelo ustanavljati Koronarno društvo Slovenske Istre (KDSI).

Prvi predsednik društva je bil Marino Ferfolja, dr. med. Društvo je imelo sedež v prostorih Zdravstvenega doma v Izoli, na Dantejevi ulici 1. To je bil prostor za opravljanje administrativnih zadev.

V poletnem času je društvo izvajalo svoje aktivnosti zunaj, na prostoru Strunjanskega hotela. Kasneje je vodstvo hotela dalo društvu v najem hotelsko telovadnico za opravljanje vadbenih aktivnosti.

Že ob sami ustanovitvi je bilo društvo zasnovano kot prostovoljna neprofitna organizacija, ki naj združuje srčno-žilnie bolnike in izvaja vseživljenjsko rehabilitacijo srčno-žilnih bolnikov.

V ta namen so društvu nudili strokovno pomoč zdravniki in medicinske sestre Splošne bolnišnice Izola iz Kardiološkega oddelka in sicer: Černič, Dorjan Marušič, Andrej Malej, Lovro Korsič, Branko Furlan in Radiša Radulovič, ki so pripravili program dejavnosti. Medicinska sestra Zvezda Blaževič in fizioterapevtka Teja Franovič sta sodelovali kot vaditeljici, program so pripravili zdravniki. Program društva je vključeval naslednje aktivnosti:

- vključevanje koronarnih bolnikov v organizirano in celostno rehabilitacijo po končanem zdravljenju;
- organiziranje in izvajanje redne preventivne vadbe v skupinah, določenih po sposobnostih glede na obremenitveno testiranje;
- organiziranje ciklusov strokovnih predavanj o spoznavanju, preprečevanju, zdravljenju in rehabilitaciji bolezni srca in ožilja ter zdravem načinu življenja;
- seznanjanje z literaturo s področja preventive, zdravljenja in dejavnikov tveganja za bolezni srca in ožilja;
- izvajanje psihološko-socialne podpore pri spodbujanju k spremembi nezdravega ve-

denja: odvajanje od kajenja, odpravljanje odvečne telesne teže z zmerno oziroma primerno telesno vadbo in primerno zdravo prehrano, učinkovitejše obvladovanje stresnih okoliščin in pomoč prizadetim pri vračanju v normalno socialno okolje.

Posebna skrb je bila že od začetka in je tudi še zdaj namenjena predvsem bolnikom, ki so preživeli srčni infarkt, njihovemu okrevanju po odpustu iz bolnišničnega in zdraviliškega zdravljenja ter njihovi čim hitrejši vključitvi v normalno življenjsko okolje.

Glas o aktivnostih KDSI se je zelo hitro razširil po obalni regiji. Zanimanje za vključevanje in aktivnosti društva je bilo veliko in vodstvo se je odločilo, da prične z ustanavljanjem skupin. Upoštevano je bilo, da gre za kronične bolnike in da je treba nadzorovati vsakega udeleženca vadbe, zato je bilo določeno maksimalno število petindvajsetih ljudi v skupini. Društvo se je s skupinami zelo hitro širilo, tako v občini sedežakakor v sosednjih občinah Piran in Izola ter še v občinah Sežana in Hrpelje – Kozina.

V tistem času sta v Sloveniji delovali še sorodni društvi in sicer kluba v Ljubljani in Celju, zato so takratni aktualni predsedniki začeli razmišljati o medsebojni povezavi in se leta 1997 odločili za ustanovitev Zveze koronarnih klubov in društev. Koronarno društvo Slovenske Istreje bilo soustanovitelj in od samega začetka tudi aktivni član ZKDKS. Od leta 2009 do leta 2015 je bil predsednik Zveze Jurij Repič, dipl. ing. str., aktivni član KDSI.

Društvo se je vsa ta leta razvijalo glede na finančne in prostorske možnosti ter širilo in dopolnjevalo program dela v skladu z razvojem medicinske stroke s področja zdravljenja in preprečevanja dejavnikov tveganja srčno-žilnih bolezni.

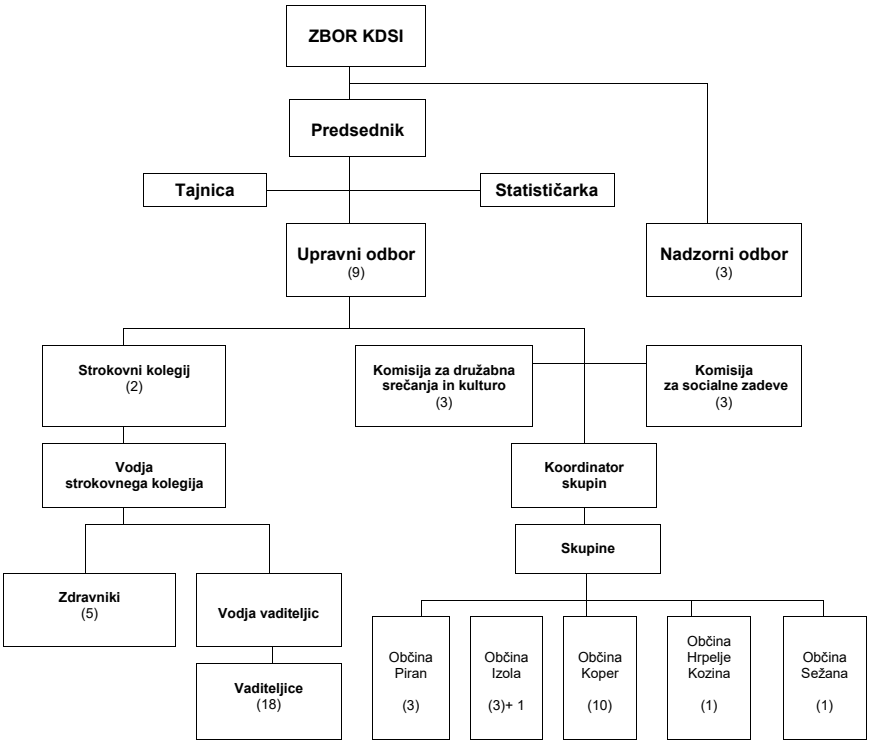
V društvu smo se organizirali, kakor je razvidno iz spodnjega organigrama:

Vodenje društva

Strokovni kolegij društva vodi prim. mag. Dorjan Marušič, dr. med., specialist internist in naš častni član, bivši minister za zdravje v RS. S kolegi zdravniki je začel strokovno in raziskovalno zbirati podatke pri izvajanju vseživljenjske rehabilitacije. Z analizami in obdelavo podatkov ter objavljenimi rezultati v strokovni literaturi in forumih so potrdili teze o pravilnosti in koristnosti vseživljenjske rehabilitacije za srčno-žilne bolnike, ki so združeni v društvu.

Število članov društva se je s skromnih 33 članov na začetku do zdaj povečalo na več kot 500 članov, ki se udeležujejo aktivnosti društva. V letu 2017 ima društvo 19 skupin na področju Slovenske Istre in Krasa. V vseh teh letih je bilo v društvo včlanjenih 1600 članov.

Na podlagi dolgoletnih študij in aktivnega dela je društvo leta 2006 pridobilo status humanitarne organizacije, ki ga je podelilo Ministrstvo za zdravje v RS. Društvo se je vpisalo v register humanitarnih organizacij, ki delujejo v RS.



Organogram KDSI

Kot prostovoljno nepridobitno društvo s humanitarnim statusom je društvo pridobilo pravico, da se s programom vsako leto lahko prijavi na razpis FIHO za sofinanciranje humanitarnih organizacij.

Poleg teh sredstev, ki za vse aktivnosti društva ne zadoščajo, se KDSI vsako leto prijavi na različne razpise v okviru občin, kjer izvaja svoje aktivnosti, ter v okviru ministrstev in drugih organizacij.

KDSI se pri izvajanju programa vseživljenjske rehabilitacije aktivno odziva na hiter tehnološki in znanstveni medicinski razvoj, ki prinaša nova spoznanja in priložnosti, in svoje programe skladno z novimi spoznanji tudi posodablja. Razvoj žal, poleg napredka, v določeni meri prinaša tudi slabosti, konkretno za srčno-žilne bolnike. Tu so mišljene predvsem pravice iz zdravstvenega zavarovanja, saj je vse več samoplačniških storitev, ki si jih žal ne morejo privoščiti vsi člani društva. Prav zato je bila leta 2011 sprejeta odločitev, da društvo organizira posvetovalne kardiološke ambulante. Nabavljena je bila vsa potrebna medicinska oprema, deloma z lastnimi sredstvi, ostalo s pomočjo donatorjev.

Rehabilitacijska vadba

13.10.2011 je društvo pridobilo dovoljenje Ministrstva za zdravje RS za opravljanje interne medicine v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti. V ambulanti, ki deluje vsak torek, se lahko člani društva posvetujejo z zdravnikom in po potrebi opravijo pregled.

V današnjih časih, ko nas iz dneva v dan vsa sredstva javnega obveščanja bombardirajo in opozarjajo na izgubo občutka spoštovanja temeljnih vrednot življenja, za katere se moramo v tej družbi znova zavzemati in boriti, je ena izmed njih solidarnost oziroma prosto-

Posvetovalna ambulanta v Izoli

voljno delo. KDSI brez zvestih in prizadevnih prostovoljcev in članov društva ne bi moglo izvajati tako kvalitetnih in pogostih programov, ki poleg že omenjenih vključujejo tudi izlete, pohodništvo, ogled gledaliških predstav, udeležbo na javnih prireditvah in podobno.

Za zaključek: Koronarno društvo Slovenske Istre predstavlja strukturirano podporo za trajno telesno, psihosocialno in izobraževalno srčno rehabilitacijo bolnikov v zdravstvenem sistemu, saj pomembno vpliva na kakovost in dolžino življenja, obvladovanje dejavnikov tveganja in stroške zdravljenja bolnikov s srčno-žilnimi boleznimi. Smiselno bi bilo zagotoviti nacionalno, regionalno in lokalno podporo pri zagotavljanju ustrezne infrastrukture in finančne podpore za hitrejše in številčnejše vključevanje bolnikov v aktivnosti društva, za kar si bo društvo prizadevalo tudi v prihodnje in nadaljevalo s svojimi aktivnostmi, upoštevajoč stroko in potrebe članov.

Aktivnosti Koronarnega društva Slovenske Istre

KORONARNO DRUŠTVO GORENJSKE

Ferdo Meglič

Osnovna predstavitev društva

Koronarno društvo Gorenjske je samostojno nepridobitno društvo srčnih in žilnih bolnikov. Ima status humanitarne organizacije, deluje v javnem interesu na področju javnega zdravja in rehabilitacije koronarnih bolnikov ter je edino na področju gorenjske regije.

Ustanovni občni zbor Koronarnega društva Kranj je bil 19. novembra 1998. Zaradi širitve rehabilitacijske dejavnosti na celotno Gorenjsko se je društvo leta 2008 preimenovalo v Koronarno društvo Gorenjske. Eden od ustanoviteljev in prvi predsednik društva je bil Valentin Hvala. Sledili so Andrej Rekar, Anton Zupan, Jože Benedik in Tomaž Gruden. Od marca 2017 društvo vodi Ferdo Meglič

S predsednikom vred šteje upravni odbor 8 članov. Podpredsednica je Ana Sirc. Člani so Manca Gruden, Tomaž Gruden, Metka Okršlar, Ana Lamovec, Janez Frantar in Nataša Zakrajšek. Vsak član odbora je zadolžen za eno od področij delovanja. Zelo dobro sodelujemo z gorenjskimi bolnišnicami, zdravstvenimi domovi in kardiološkimi ambulantami, iz katerih prihajajo člani našega strokovnega sveta: Metod Prašnikar, dr. med., prim. Robert Marčun, dr. med., prim. Marija Mulej, dr. med., in Ana Veternik, dr. med. Prav tako je odlično sodelujemo s krajevno skupnostjo in drugimi strokovnimi institucijami. Aktiv vaditeljev šteje 14 fizioterapevtov.

V društvo je včlanjenih 197 članov iz petnajstih občin. Imamo pet vadbenih skupin, ki vadijo v telovadnicah dvakrat tedensko po 1 uro, in eno skupino, ki vadi v bazenu enkrat tedensko po 1 uro. Vadba poteka v Kranju na treh lokacijah, v Tržiču, Radovljici in na Jesenicah.

Za strokovno in usklajeno delovanje društva gre zahvala 27 prostovoljcem, ki svoje delo opravljajo vestno, prostovoljno in brezplačno.

Rehabilitacijski program:

- Rehabilitacijska vadba – vadba v telovadnici, vadba v vodi;
- Pohodi, nordijska hoja – 2 pohoda/mesec skozi vse leto;
- Psihološka pomoč in samopomoč, pomoč – po potrebi;
- Zdravstvena vzgoja – predavanja – 8 do 10 predavanj na leto, na katera je vstop prost za vse občane;
- Šola zdravega življenja – 2-krat letno enotedenska celovita obnovitvena rehabilitacija v toplicah;
- Tečaj prve pomoči z reanimacijo – defibrilatorjem;
- Druženje, rekreativna in kulturna dejavnost – piknik, izleti in druga srečanja.

Gibalo socializacije članov so strokovno osebje in prostovoljci Koronarnega društva Go-

renjske, ki člane vodijo skozi postopke rehabilitacije in jim predstavljajo cilje, ki jih bodo dosegli z vključevanjem v programe.

Poudarek na delovanju društva je vključitev članov v proces vseživljenjske rehabilitacije. Skozi redno vključevanje v programe bolnik spremeni svoje vedenjske vzorce, doživi pozitiven preobrat v svojem življenju, se nauči zdravega življenjskega stila, pozitivnega mišljenja, ki mu ob redni skrbi za svoje zdravje prinaša kvalitetnejše življenje in psihofizično stabilnost. Zelo je pomembno, da je bolnikom omogočeno navezovanje stikov in druženje z ljudmi, ki imajo podobne težave.

Društvo je za dolgoletno humanitarno in strokovno delovanje na področju rehabilitacije koronarnih bolnikov prejelo Plaketo Mestne občine Kranj za leto 2011.

Naš slogan je:
za moje srce - za zdravo življenje ...

KORONARNO DRUŠTVO POSTOJNA

Janez Čuček

Osnovna predstavitev društva

KORONARNO DRUŠTVO POSTOJNA je bilo ustanovljeno leta 1999 v Postojni, vanj so vključeni koronarni bolniki z območja Postojne, Pivke in Prestranka; do leta 2011 so bili z nami tudi iz Ilirske Bistrice, takrat pa so ustanovili svoje društvo. Trenutno je v klubu 134 članov. Telovadba se izvaja v treh krajih in sicer v Postojni, Pivki in Prestranku, poteka pa v 5 skupinah.

Ustanovitelja društva sta bila Ivan Požar in Marjan Šušteršič, ki sta se nekaj časa po prebolelem infarktu morala voziti v Ljubljano na rehabilitacijsko vadbo. Ugotovila sta, da bi bilo veliko manj naporno, če bi vadbo organizirali tudi v Postojni. Tako so se na ustanovnem sestanku poleg obeh pobudnikov zbrali še dr. Ivan Ržek, dr. med., spec. int. pulmolog., g. Vojko Mihelj, takratni direktor Zdravstvenega doma Postojna, in fizioterapevtka ga. Boža Žitko. Strokovno pomoč je prispevala tudi prof. dr. Irena Keber, dr. med. iz Ljubljane.

Za prvega predsednika je bil predlagan in izvoljen g. Ivan Požar. Svojo nalogo je vzel zelo resno in z veliko zagnanostjo iskal sponzorje, organiziral nove vadbene skupine v Pivki, Ilirski Bistrici in Podgradu, poskrbel za nove vaditelje in tudi za vesela druženja. Za naše zdravje je takrat skrbel dr. Ivan Ržek, ki nam je bil vedno na voljo za pogovor ali nasvet, obiskoval nas je v telovadnici, nas spremljal na pohodih in izletih. Veliko članov je samo zaradi njegove prisotnosti premagalo strah pred ponovitvijo bolezni. Omogočil je opravljati administrativne posle v prostorih njegove ambulante, dokler nismo dobili pisarne v zdravstvenem domu. Leta 2014 smo se preselili v prostor na Jenkovi 3.

Vodenje društva

V vseh letih delovanja so se v društvu zamenjali predsedniki: Marjan Leskovar, Zlata Vasle, Joža Rolih, Jože Čančula, Anton Požar in Ivan Zadel. Sedanji predsednik je Janez Čuček. Tajniško delo so opravljali Laura Leskovar, Asta Smrdelj, Tomislava Lutar Delost, sedanja tajnica je Dragica Klančišar. Strokovno vodstvo je bilo v rokah zdravnikov dr. Ivana Ržka in dr. Jane Vadnjal, sedanji zdravnik je dr. Alojz Pavšič. Zvrstile so številne vaditeljice, trenutno imamo na voljo 6 vaditeljic.

Upravni odbor Koronarnega društva Postojna, maj 2017

Upravni odbor sestavlja 9 članov in se sestaja po potrebi. Odloča o pomembnejših zadevah in rešuje tekočo problematiko. V zadnjih letih uspešno vodi društvo Janez Čuček, ki je uspel znižati stroške delovanja kluba. Prav zato je omogočeno sofinanciranje izletov, druženj in rehabilitacije v Šmarjeških toplicah.

Delovanje društva

Delovanje našega društva zajema predvsem rehabilitacijsko vadbo, poleg tega pa še mesečne pohode. Letno izvedemo nekaj predavanj na temo srčno-žilnih bolezni in zdrave prehrane. Prav tako organiziramo družabna srečanja, izlete in rehabilitacijo v Šmarjeških Toplicah. Za izvedbo teh dejavnosti nam prispevajo sredstva FIHO, občini Postojna in Pivka ter prostovoljni prispevki članov.

Naloga društva je tudi, da s primernim programom seznanimo in pridobimo čim večje število bolnikov (obvestila po ambulantah, medijih, letakih, osebno seznanjanje, spletna stran in facebook)

V prihodnje si želimo čim tesnejšega sodelovanja z zdravstvenimi ustanovami, kajti zdravje je naše največje bogastvo.

Pohod na Filipčje Brdo dne 19. 02. 2017

KORONARNI KLUB SEVNICA

Vladimira Tomšič

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Sevnica je bil ustanovljen 15. 10. 2001. Pobudnik ustanovitve je bil dr. Jurij Pesjak ml., ki je tudi strokovni vodja kluba.

Na prvi ustanovni skupščini so bili prisotni prvi člani kluba. Prisostvovala je tudi takratna predsednica ZKDKS gospa Aleksandra Gorup.

Klub, ki je član ZKDKS, deluje v javnem interesu na področju humanitarnih dejavnosti.

S svojim delom in vseživljenjsko rehabilitacijo je postal pomemben dejavnik pri varovanju zdravja koronarnih bolnikov v stabilni fazi.

Klub ima trenutno 135 članov, ki so dejavni v štirih skupinah, v Sevnici, Trnovcu pri Zabukovju, Tržišču in Krmelju. Skupine pod strokovnim vodstvom vadijo dvakrat tedensko. Člani so vključeni v skupine v kraju svojega bivanja.

Po vseh enotah se dvakrat letno izvaja tudi TPO in seznanjanje z napravo AED. Tečaj vodijo diplomirane medecinske sestre iz ZD Sevnica.

Vodenje društva

Za prvega predsednika Koronarnega kluba Sevnica je bil izvoljen gospod Ludvik Cesar. Druga predsednica je bila gospa Terezija Zakšek. Tretja oziroma zdajšnja predsednica kluba je gospa Vladimira Tomšič, podpredsednica pa Violeta Bahat Kmetič.

Klub ima naslednje organe: Upravni odbor, Nadzorni odbor, Disciplinsko komisijo, z deli in nalogami, določenimi s statutom kluba.

Strokovni svet sodeluje s priznanimi kardiologi in drugimi zdravniki, ki so vabljeni v klub kot strokovni predavatelji.

Ob 15. obletnici Koronarnega kluba Sevnica smo zasadili češnjo prijateljstva.

Rehabilitacijska vadba

Vseh strokovno izobraženih vaditeljev je devet. Ti pripravljajo vaje in jih prilagajajo telovadečim v skupini.

Vse skupine telovadijo v lepih, sodobno opremljenih najetih telovadnih prostorih.

Poleg vadbe, ki je glavna dejavnost, potekajo še delavnice zdrave prehrane, psihičnega sproščanja, pohodi, ki so prav tako prilagojeni zmožnostim pohodnikov. V poletnem času se člani rekreirajo v bazenih.

Družabni dogodki

Zelo dobro so sprejeti tradicionalni pohodi, kot so Pohod po Srčkovi poti, Vidov pohod, Pozdrav jeseni , saj druženje članov pozitivno vpliva na vsakega izmed njih. Prav tako se člani radi udeležujejo izletov in drugih dejavnosti. Pri njih si izmenjujejo izkušnje, pri delavnici Član-članu pa izmenjujejo svoje spretnosti in znanja s pripravami zelišč in povrtnin za ozimnico, pripravo domačih čajev in podobno.

KORONANRO DRUŠTVO RADENCI

Edvard Metličar

V društvu lažje premagujemo slabe življenjske navade ...

Osnovna predstavitev društva

Koronarno društvo Radenci že 14 let uspešno deluje v prijaznem okolju in »domovanju« Zdravilišča Radenci. V regiji in širše predstavlja najpomembnejšo organizirano vseživljenjsko rehabilitacijo članov društva, bolnikov z boleznijo srca in ožilja zunaj zdravstvenega sistema.

Koronarno društvo Radenci je prostovoljno, samostojno in nepridobitno društvo koronarnih bolnikov in drugih fizičnih oseb, ki se združujejo zaradi preprečevanja koronarnih bolezni in rehabilitacije po teh boleznih.

Društvo ima status humanitarne organizacije, ki deluje v javnem interesu in se povezuje v Zvezo koronarnih društev in klubov Slovenije.

Program, ki ga izvajamo že več let, na področju zdravstva, je vseživljenjska rehabilitacija koronarnih bolnikov in sekundarna preventiva, ki zajema predavanja, druženja, pohode in izlete.

Ob ustanovitvi društva leta 2002 je bilo 14 članov. Zdaj društvo šteje 130 članov, kar je rezultat pestrega strokovnega programa in delovanja društva v dobrih razmerah.

Odprti smo za vse, zato imamo člane iz številnih občin oziroma krajev v regiji - Radencev, Gornje Radgone, Apač, Križevcev pri Ljutomeru, Ljutomera,Tišine, Murske Sobote, Puconcev, Črenšovcev, Rogaševcev in Lenarta.

Vodenje društva

Društvo vodi Edvard Metličar.

Rehabilitacijska vadba

Strokovno vodena skupinska rehabilitacijska vadba in druge gibalne dejavnosti potekajo ob ponedeljkih in četrtkih v Radencih in enkrat tedensko ob torkih v skupini v Gornji Radgoni. Vadba poteka pod strokovnim vodstvom in nadzorom.

Zdravstveno izobraževanje

V okviru zdravstvenega izobraževanja pripravljamo predavanja, svetovanja in pogovore o vzrokih, zdravljenju in posledicah srčnega infarkta, hipertenziji, srčnem popuščanju, atrijski fibrilaciji, anksioznosti, depresiji ter uporabi zdravil ter s področja drugih tem, ki zanimajo člane. Organiziramo tudi delavnice o zdravi hrani ter kako spremeniti prehranske navade.

Družabni dogodki

Na različnih številnih aktivnostih in dogodkih, ki jih med letom izvajamo v društvu, ugotavljamo, da je vseživljenjska rehabilitacija koronarnega bolnika stalnica in da organizirani v društvu lažje premagujemo slabe življenjske navade. Zato pripravljamo zanimive izlete in pohode, radi pa se družimo tudi ob raznih jubilejih, kulturnih ali športnih dogodkih.

KORONARNI KLUB SAVINJSKA DOLINA ŽALEC

Mihael Randl

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Savinjska dolina Žalec je bil ustanovljen 21. 5. 2003. V letošnjem letu ima že 102 člana. Razporejeni so v tri vadbene skupine in eno pohodniško skupino. Skupine delujejo v Žalcu in Šempetru v Savinjski dolini.

Koronarni klub Savinjska dolina Žalec združuje bolnike srčno-žilnih in drugih bolezni širše Savinjske doline.

Vodenje društva

Od ustanovitve do sedaj so društvo vodili kot predsedniki Urška Vošnjak, Milica Podobnik, Vidmajer Ivan, sedanji predsednik pa je Mihael Randl.

Upravni odbor je sestavljen iz 7 članov. Načrtuje delovanje kluba, sodelovanje z drugimi organizacijami in skrbi za tekoče aktivnosti.

Aktiv vaditeljev

Aktiv vaditeljev je bil imenovan v letu 2016. Vodi ga Barbara Podsedenšek. Skrbi za usklajeno delovanje vaditeljic in vadbenih skupin in za redno izobraževanje. Naše vaditeljice so Barbara Podsedenšek, Sanja Bodiroža, Holcer Barbara, Kodre Mojca, Šešerko Simona, Vranič Andreja, Ošlovnik Verica.

je Dragan Kovačič, drugi strokovni sodelavci so Andreja Strmčnik, Petra Zagožen, Ksenja Rovan Krivec in Nina Glavnik Poznič. Z njimi zelo dobro sodelujemo in so nam s svojim strokovnim znanjem, izkušnjami in pozitivno energijo vedno na voljo.

Delovanje društva

Rehabilitacijska vadba

Obnovitveno rehabilitacijo organiziramo za člane vsako pomlad in jesen. Redna vadba poteka dvakrat tedensko na dveh lokacijah v treh skupinah, organiziramo pa tudi pohodniške akcije.

Ob Savinji imamo speljano sprehajalno Srčno pot. Speljana je po delu zavarovanega krajinskega parka ob obrobju ribnika Vrbje. Na Srčni poti so postavljene informacijske table z oznakami vaj, ki jih ob večkratnih sprehodih tudi izvajamo.

Zdravstveno izobraževanje

Organiziramo razna predavanje na teme, ki so zanimive za srčno-žilne bolnike. Izbiramo različne teme: oživljanje in uporaba naprave AED, srčno popuščanje, pomen vadbe za koronarnega bolnika, sprostitvene tehnike, znaki demence, srce in ščitnica ...

Družabni dogodki

Družimo se na piknikih, enkrat letno gremo na izlet in si ogledamo kak zanimiv kraj, ob zaključku leta pripravimo družabno srečanje.

Ob 10. obletnici kluba smo leta 2013 organizirali edino srečanje vseh klubov in društev v Sloveniji in udeležencem pokazali del lepot naše doline.

Naše sporočilo:

Smo klub pozitivnih in srčnih ljudi, ki skrbimo za svoje zdravje in boljše počutje. Čeprav nas združujejo razne bolezni, ali pa prav zato, se zavedamo pomembnosti članstva v našem klubu in povezave s strokovnim osebje, ki nam na različne načine pomaga pri premagovanju naših težav.

KORONARNI KLUB MEŽIŠKE DOLINE

Ivan Žagar

Osnovna predstavitev društva

Klub je leta 2004 ustanovilo 5 srčnih bolnikov, zdaj šteje 406 članov, ki so organizirani v devet vadbenih skupin, vadba poteka v sedmih krajih.

Vodenje društva

Od ustanovitve ga vodi Ivan Žagar, namestnik predsednika je Peter Kordež, ki vodi tudi aktiv vaditeljev. Odbor Kluba šteje 13 članov: 3 izvoljeni člani, 8 vodij skupin, vodja vaditeljev Peter Kordež in strokovna mentorica prim. Cirila Slemenik Pušnik, dr. med. ,Marija Črešnik ureja sezname članstva, Peter Kordež nadzoruje finančno poslovanje in sodeluje z Zvezo koronarnih društev in klubov Slovenije ter drugimi zunanjimi subjekti.

Strokovni svet sestavljajo prim. Cirila Slemenik Pušnik,dr.med. Maja Pušnik Vrčkovnik, dr.med, in Peter Kordež. Aktivno sodelujemo s 15 zdravniki, večinoma kardiologi Bolnišnice Slovenj Gradec. Ti predvsem predavajo članom in vsem zainteresiranim prebivalcem. V bolnišnici spodbujajo srčno-žilne bolnike, naj se vključijo v naš klub itd.

Zdravstveno izobraževanje

Vsako leto v večjih krajih (10) organiziramo zdravstveno predavanje zdravnika za prebivalce. Enkrat letno ima prim. Cirila Slemenik Pušnik,dr,med, predavanje in pogovor s člani v vsaki skupini posebej, enkrat v dveh letih v vsaki skupini organiziramo pogovore o zdravstvenih izkušnjah članov, udeležujemo se dogodkov drugih koronarnih klubov in sorodnih organizacij, vsako leto učence 8. in 9. razredov OŠ in enega letnika srednjih šol usposabljamo za prepoznavo srčnega zastoja, masažo srčne mišice in uporabo naprave AED. Usposabljamo tudi odrasle (tečaji TPO/AED) itd.

Vsako leto se udeležimo šole zdravega življenja v enem ali dveh od naslednjih zdravilišč: Talaso Strunjan, Šmarješke toplice ali Zdravilišče Radenci (letos 4 udeleženci ??? v Šmarjeških in 40 udeležencev ??? v Strunjanu).

Družabni dogodki

Vsako leto pripravimo 1 klubski izlet ali piknik, skupine pa si pripravijo tudi svoje družabne dogodke.

- Vsako leto pripravimo eno klubsko družabno srečanje, vsaka skupina pa še vsaj po dve zabavni srečanji (junija in decembra).
- Vsako leto v drugi občini pripravimo osrednjo kulturno-zdravstveno prireditev ob Svetovnem dnevu srca.
- Vsako leto v Občini Ravne pripravimo Teden za naše zdravje s številnimi dogodki za krepitev zdravja in zdravstvenega znanja. V vseh občinah pa sodelujemo na občinskih in drugih prireditvah.

Okrevanja:

- vsako leto se udeležimo šole zdravega življenja v enem ali dveh od naslednjih zdravilišč: Talaso Strunjan, Šmarješke toplice ali Zdravilišče Radenci (letos 4 v Šmarjeških in 40 v Strunjanu).

KORONARNI KLUB MARIBOR

Darinka Pečovnik

Osnovna predstavitev društva

KORONARNI KLUB MARIBOR je bil ustanovljen na pobudo Zveze koronarnih klubov in društev Slovenije, na pobudo zdravnikov, medicinskih sester in fizioterapevtov kardiološkega oddelka bolnišnice Maribor ter na pobudo bolnikov srca in ožilja.

Prvi iniciativni sestanek za ustanovitev kluba je bil dne 17. 10. 2005 v sejni sobi internega oddelka Splošne bolnišnice Maribor.

Seja iniciativnega odbora je potekala 10. 11. 2005, ustanovni občni zbor kluba pa dne 22. 11. 2005. Udeležilo se ga je 61 prihodnjih članov.

Smo humanitarna, neprofitna organizacija kroničnih bolnikov. Klub ima status humanitarne organizacije od leta 2013.

Klub šteje 281 članov ter ima 15 vadbenih skupin. Ustanovili smo 6 vadbenih skupin v občini Maribor, po 2 vadbeni skupini v občini Hoče-Slivnica in občini Rače-Fram ter po 1 vadbeno skupino v Občini Šentilj v Slovenskih goricah, Miklavžu na Dravskem polju, Rušah, Slovenski Bistrici in Poljčanah.

Naš cilj je približati vadbo našim članom v kraje njihovega bivanja. Delujemo tudi zunaj Maribora – širše v štajerskem območju.

Vodenje društva

Prvi predsednik Koronarnega kluba Maribor je bil Anton PESEK, svoj mandat je zaradi bolezni v letu 2010 predal novi predsednici, Darinki PEČOVNIK, ki ga vodi še sedaj.

Prvi podpredsednik kluba je bil Viktor Navršnik, ki je bil nekaj časa tudi predsednik zveze koronarnih društev in klubov. Po spremembi pravil kluba sta bila na zboru članov izvoljena dva podpredsednika: Drago Červek in Karolina Golaušek. Sedanja podpredsednika kluba sta Ivan Eder in Oka Mevlja.

Prva blagajničarka kluba je bila Slavica Božnik, sedaj opravlja to funkcijo Jelena Eberl. Od ustanovitve kluba opravlja tajniška dela Sonja Veršič.

Na ustanovnem občnem zboru smo za mandatno dobo 4 let izvolili upravni odbor - predsednik je Anton Pesek, strokovni odbor – predsednik je primarij Mirko Bombek, dr. med., specialist internist, nadzorni odbor –

Podpredsednica kluba Oka MEVLJA, podpredsednik kluba Ivan EDER, predsednica kluba Darinka PEČOVNIK

prva predsednica je bila asistentka Viljemka Nedog, dr. med., specia listka internistike, od leta 2010 je predsednica Vida Kurade.

Prve vaditeljice v vadbenih skupinah so bile: Renata Lošič, Bernarda Knuplež, Stanka Kolar, Bernarda Medved in Jadranka De-Corti. Prvi vadbeni skupini sta bili ustanovljeni v Splošni bolnišnici Maribor in občini Šentilj.

Upravni odbor je operativno izvršilni organ kluba, ki ga vodi med dvema sejama zbora. V tem času opravlja vse naloge, ki jih določajo pravila kluba in jih je določil zbor članov. Predsednik upravnega odbora je hkrati tudi predsednik kluba. Upravni odbor šteje 10 članov in mu poteče mandat leta 2018. Upravni odbor sestavljajo: Darinka Pečovnik – predsednica, Ivan Eder in Oka Mevlja – podpredsednika, člani Marija Brence, Marija Mihocek, Karolina Golaušek, Majda Navršnik, Fakijeta Vigec, Jelena Eberl - blagajnik, Sonja Veršič - tajnica. V klubu imamo aktiv vaditeljev, ki šteje 11 članov. Vodja vaditeljev vadbenih skupin je Renata Lošič, dipl. med. sestra.

Vaditelji, ki vodijo vadbene skupine, so: Renata Lošič, dipl. med. sestra, Tatjana Potisk Gselman, dipl. fizioterapevtka, Aleksandra Buček Ekart, dipl. fizioterapevtka, Nataša Ulamec, dipl. med. sestra, Barbara Kozoderc Brdnik, dr. med., specialistka družinske medicine, Suzana Marin, dipl. med. sestra, Alen Pavlec, študent medicine, Marija Repas, Doroteja Perušek, Špela Rihtarič, dipl. fizioterapevtka, in Vesna Žižek.

Predsednik strokovnega odbora Koronarnega kluba Maribor je od pričetka delovanja primarij Mirko Bombek, dr. med., specialist internist. Strokovni odbor šteje 6 članov.

Razmere za izvedbo rehabilitacije zagotavljajo člani upravnega odbora, vodje vadbenih skupin in drugi člani prostovoljci. Program vadbe obsega strokovno vodeno in koronarnim bolnikom prilagojeno skupinsko rehabilitacijo, izvaja se dvakrat tedensko po eno uro.

Zdravstveno izobraževanje

Enkrat letno vse vadbene skupine obišče zdravnik kardiolog in opravi informativno in motivacijsko predavanje o dejavnikih tveganja za koronarno bolezen, pomenu VRKB, zlasti o učinkih telesne dejavnosti in zdrave prehrane. Našim članom enkrat letno opravimo EKG-meritve. Člani opravijo tudi test hoje.

Poudarek dajemo zdravstvenemu izobraževanju. V sodelovanju z Društvom za zdravje srca in ožilja za Maribor in Podravje in Zdravstvenovzgojnim centrom Maribor organiziramo predavanja.

Družabni dogodki

Družabnih dogodkov se udeležujejo vsi naši člani. Dvakrat letno priredimo piknik, hodimo na nordijsko hojo, organiziramo kopanje v Zdravilišču Radenci. Enkrat letno organiziramo 7-dnevno obnovitveno rehabilitacijo naših članov v Zdravilišču Šmarješke Toplice in Zdravilišču Radenci.

Vseživljenjsko rehabilitacijo koronarnih bolnikov izvajamo po priporočilih kardiološke stroke in ob pomoči strokovnega vodstva kluba.

Razmere za izvedbo zagotavljajo člani upravnega odbora, vodje vadbenih skupin in drugi člani prostovoljci. Program vadbe obsega: strokovno vodeno in koronarnim bolnikom prilagojeno skupinsko rehabilitacijo, izvaja se dvakrat tedensko po eno uro.

Namesto zaključka

Želeli bi pomagati čim večjemu številu koronarnih bolnikov, dopolnili in razširili bi naše programe. To nam bo uspelo le, če bomo zagotovili dovolj finančnih sredstev, primerne prostore za vadbo in dovolj strokovno usposobljenih vaditeljev. Za uresničitev zastavljenih ciljev potrebujemo širšo podporo ZKDKS in države.

Druženje članov KK Maribor - ogrevanje pred nordijsko hojo.

KORONARNI KLUB BREŽICE

Alojz Brajkovič in Mojca Savnik Iskra, dr.med.

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Brežice je bil ustanovljen 10. 3. 2006 in ima trenutno 326 članov. Organizirani smo v sedmih vadbenih skupinah, ki delujejo na področju Posavja. Z vadbo smo pričeli spomladi leta 2006 v Brežicah, jeseni se je pridružila skupina v Krškem, naslednje leto skupina v Dobovi, leta 2008 na Senovem, 2010 v Bistrici ob Sotli, 2011 v Kostanjevici na Krki in leta 2015 v Velikem Podlogu. Koronarni klub deluje pod okriljem Splošne bolnišnice Brežice, pobudnica za ustanovitev je bila Mojca Savnik Iskra, dr. med., spec. interne medicine, ki je do zdaj ostala strokovna vodja kluba.

Vodenje društva

V strokovnem svetu kluba, ki ga vodi Mojca Savnik Iskra, dr.med., je aktivna Branka Horvat, dr. med., specialistka fiziatrije. Zadnjih pet let funkcijo predsednika kluba zavzeto opravlja Alojz Brajkovič. Prvi predsednik Koronarnega kluba je bil Anton Čančer, ki je sodeloval pri ustanovitvi kluba, vodstvo pa je leta 2010 predal Cirili Bajc. Naša blagajničarka in tajnica je vsa leta Metka Kržan. Trenutno so člani upravnega odbora: Mojca Savnik Iskra, Alojz Brajkovič, Metka Kržan, Andrej Petan in Janez Žarn. Za varno in strokovno vadbo trenutno skrbi 21 vaditeljic, ki so bile izbrane iz vrst medicinskih sester in fizioterapevtk in so bile usposobljene na tečajih, ki jih je organizirala ZKDKS. Predsednica aktiva vaditeljic je Metka Žlak, DMS, ki je vključena v vadbo in koordinira razporede vaditeljic in skrbi tudi za izobraževanja vaditeljic.

Rehabilitacijska vadba

Člani Koronarnega kluba so bolniki s stabilno koronarno boleznijo in po kirurški revaskularizaciji miokarda ter perkutanih posegih, člani so tudi bolniki po operacijah zaklopk, vstavitvi

srčnega spodbujevalnika in ljudje z več dejavniki tveganja za aterosklerozo. Zaželeno je, da se bolnikom pridružijo svojci. Naša osnovna aktivnost je redna telesna vadba, ki poteka v vadbenih skupinah dvakrat tedensko. Trenutno redno telovadi 188 članov. V vadbene skupine so vključeni ljudje z različnimi telesnimi zmožnostmi, zato je pomembna dobra usposobljenost vaditeljic, ki znajo opazovati bolnike in koordinirati vadbo ter skrbeti za varnost vadečih.

Zdravstveno izobraževanje

Enkrat mesečno organiziramo predavanja v krajih vadbenih skupin, kjer nas strokovnjaki seznanjajo z boleznimi srca in žilja ter z njihovim preprečevanjem in možnostmi zdravljenja. Zelo dobro so obiskani tudi pogovori z internistom in farmacevtom, delavnice priprave zdrave hrane in tudi delavnice temeljnih postopkov oživljanja z avtomatskim defibrilatorjem ter tečaji nordijske hoje.

Družabni dogodki

Naši člani se z veseljem udeležujejo pohodov in izletov, kjer krepimo svoje fizične zmogljivosti, z ogledi kulturnih znamenitosti pa se duhovno bogatimo. Leto običajno zaključimo s prednovoletno zabavo s plesom. Po enajstih letih delovanja so se med člani kluba spletle prijateljske vezi, ki jim pomagajo premagovati stiske, ki jih prinaša bolezen. Zavedajo se pomena vseživljenjske rehabilitacije in so tudi sami pobudniki novih aktivnosti.

KORONARNI KLUB MISLINJSKE DOLINE

Dominik Javornik

Osnovna predstavitev društva

Po večkratnih poskusih predsednika KK Mežiške doline g. Ivana Žagarja, da bi tudi v Mislinjski dolini ustanovili svoj klub, nam je vendarle uspelo zbrati 7 ustanovnih članov. Tako smo 8. aprila 2008 uspeli z vpisom v register. Zahvala gre vsem članom upravnega odbora, naši strokovni mentorici ge. Mateji Kotnik Kerbev, dr. med., in takratni predsednici ZKDK ge. Aleksandri Gorjup, ki so nam pomagali s strokovnimi nasveti in dali kar nekaj svojega prostega časa, da je klub v vseh teh letih napredoval. Od začetka skromne vadbene skupine v Slovenj Gradcu, so se skupine širile po vsej dolini, tako zdaj deluje 5 skupin s 165 člani: v Slovenj Gradcu, Šmartnem, Mislinji – 2 skupini v Doliču. Kot zadnja je bila ustanovljena posebna vadbena skupina s prilagojenim vajami, ki jo obiskujejo člani vse doline v Mislinji. V tem obdobju smo pridobili status humanitarnega društva, društva v javnem interesu in prostovoljnega društva.

Vodenje društva

Upravni odbor po statutu šteje 5 članov, predsednik, tajnik, blagajnik dva člana. Prva predsednica je bila Marija Gačnik, od 8. 4. 2008 do 7. 4. 2016, nasledil jo je Dominik Javornik.

Strokovni svet je na začetku vodila mentorica Mateja Kotnik Kerbev, dr. med.,, od 8. 4. 2008 do 7. 4. 2016, sedaj ga vodi Maja Pušnik Vrčkovnik, dr. med..

Aktiv vaditeljev šteje 13 vaditeljev, od tega je 5 dipl. med. sester in 2 fizioterapevta. Vodi jih Andreja Šavc, dipl. med. sestra, mag. zdr. nege. Vsi vaditelji, razen enega, imajo opravljen tečaj za vaditelje pri ZKDK, ena vaditeljica je odsotna zaradi porodniškega dopusta.

Delovanje društva

Rehabilitacijsko vadbo izvajamo v telovadnicah OŠ oz. v Mislinji v dvorani, občasno tudi v naravi. V vseh vadbenih skupinah imamo za vadbo na voljo blazine, žoge, uteži, palice, trake in pripomočke za predvajanje glasbe. V Mislinji imamo na voljo tudi stole. Pred vsako vadbo izmerimo krvni tlak ter srčni utrip. Vadba je sestavljena iz ogrevanja, vaj za moč in gibljivost ter obveznega sproščanja. Po vadbi

se lahko člani tudi pogovorijo z vaditeljico, ki po svoji strokovnosti tudi svetuje oz. posreduje, kam naj se obrnejo po pomoč.

Enkrat letno vsem članom izmerimo raven holesterola in sladkorja. Ob raznih prireditvah v občinah oz. krajih v Mislinjski dolini sodelujemo na stojnicah s promocijskim materialom, kjer naše članice med. sestre merijo tlak in pulz. S pomočjo donatorjev pa merimo ravni holesterola in sladkorja (vse brezplačno) tudi ostalim občanom, seveda le takrat, ko imamo na voljo finančna sredstva - večkrat jih namenijo tudi občine. Na javnih prireditvah, v šolah in ob predavanjih smo kar nekajkrat izvedli predavanje o TPO s prikazom delovanja naprave AED, izvedli pa smo tudi nekaj tečajev, na katerih so učenci in občani sami preizkušali svoja znanja.

S sosednjimi koronarnimi klubi Dravske, Mežiške in Šaleške doline sodelujemo v pohodih, letovanjih, predavanjih. Sodelujemo tudi z vodstvi teh klubov na področju finančnih in administrativnih zadev. Aktivno v sodelujemo z ZZV Ravne, KOVITO – koroško društvo za zdravje, Splošno bolnišnico Slovenj Gradec in ZD Slovenj Gradec.

Vse administrativno delo opravijo člani prostovoljno, prav tako tudi meritve. Finančna sredstva namenjamo le za plačilo vaditeljem, nabavi materiala za meritve, pripomočkov za vadbo in delno plačilo najemnine za telovadnice. Tudi predavatelji nam priskočijo na pomoč z brezplačnimi predavanji, za kar se jim iskreno zahvaljujemo.

V Mislinjski dolini smo s delno pomočjo donatorjev namestili tudi tri avtomatske defibrilatorje in sicer dva na gasilske domove in enega na kulturni dom.

Skupina Mislinja – praznovanje dneva žena.

Zdravstveno izobraževanje

Predavanja organiziramo po vseh krajih Mislinjske doline, saj želimo omogočiti udeležbo čim širši populaciji ljudi.

V sodelovanju s strokovno mentorico pripravimo tudi načrt predavanj, upoštevamo tudi želje članov in ostalih občanov.

Predavanja so različna, največkrat se nanašajo na težave koronarnih bolnikov, zvišani krvni tlak, debelost, bolezni srca in ožilja, demenco, sladkorno bolezen, bolezni nog in stopal, možgansko kap, pomen zdrave prehrane in telesne aktivnosti, prvo pomoč in uporabo AED.

Vsako leto organiziramo skupaj s KK Mežiške doline šolo zdravega življenja v Strunjanu in Šmarjeških toplicah. Žal je zaradi finančnega stanja članov število manjše, kot bi želeli.

Po vadbenih skupinah imamo organizirane razgovore s strokovno mentorico –medicine Majo Pušnik Vrčkovnik, dr.med.. Izvajamo tudi teste hoje.

Družabni dogodki

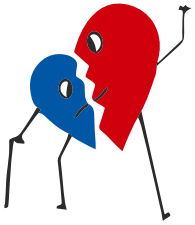
Za rehabilitacijo koronarnih bolnikov so pomembna tudi druženja, še posebno zato, ker je populacija članstva starejša, veliko je osamljenih in za marsikoga je to tudi edina oblika druženja.

Poleg rednega druženja po zaključku vadbe, vadbe s pohodi, včasih ob prigrizku in zabavi, se družimo tudi ob zaključku leta, ob dnevu žena, kostanjevem pikniku, na izletih, skupnih pohodih s sosednjimi KK. Ob rojstnih dnevih se vsakega člana spomnimo s čestitko, enkrat letno si ogledamo kakšno operno oz. gledališko predstavo.

Skupina Slovenj Gradec – januar 2017.

ŠALEŠKI KORONARNI KLUB VELENJE

Erika Berlak



Osnovna predstavitev društva

V Velenju smo 3. 12. 2007 ob 19.00 uri v Zdravstvenem domu Velenje, v skladu z navodili Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije, ustanovili Šaleški koronarni klub. V januarju in februarju 2008 smo klub registrirali in uredili vse formalnosti.

Dne 7. 4. 2008 smo sklicali volilno skupščino v prostorih mestne občine Velenje (MOV), na kateri smo predstavili program dela našega društva in izvedli volitve organov.

Letos obeležujemo deset let delovanja. Sedaj smo tukaj in skušamo čim več narediti za člane - bolnike našega društva in celo Šaleško dolino z okolico. Pokrivamo vse tri občine / Mestna občina Velenje (MOV), Šmartno ob Paki in Šoštanj/ in vso starostno populacijo v naši dolini.

Ministrstvo za zdravje nam je podelilo status društva, ki deluje v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva. Imamo tudi status humanitarne dejavnosti.

Šaleški koronarni klub združuje koronarne bolnike, bolnike po zastoju in infarktu srca, bolnike z angino pektoris, bolnike po premostitveni operaciji ali širitvi koronarnih arterij, bolnike z vstavljenimi umetnimi zaklopkami ali srčnim spodbujevalnikom in bolnike s stabilnim srčnim popuščanjem. Vključujejo se lahko tudi zdravi posamezniki s povečanimi dejavniki tveganja, kot so visok krvni tlak, sladkorna bolezen, povišane ravni maščobe v krvi itd. Vljudno so vabljeni tudi svojci naših članov.

Naloga Šaleškega koronarnega kluba je, da svojim članom omogoči redno doživljenjsko rehabilitacijsko vadbo in druge aktivnosti, ki ohranjajo zdravje, vitalnost in kondicijo.

Vsako leto organiziramo tudi obnovitveno rehabilitacijo v zdraviliščih, izlete, prednovoletno srečanje in strokovna predavanja. Sodelujemo tudi pri organizaciji in izvedbi različnih akcij ob Svetovnih dnevih zdravja.

Da lahko navedene naloge opravljamo v korist in zadovoljstvo članov Šaleškega koronarnega kluba, moramo zagotoviti primerne vadbene prostore, nabaviti vadbene pripomočke, pokriti stroške predavanj, seminarjev in strokovne literature, plačati vaditeljice, organizirati izlete, letovanja in družabna srečanja.

Zelo ponosni smo na projekt »NABAVA URGENTNEGA ULTRAZVOKA (UZ)«. V ta namen smo imeli v nedeljo, 17. 2. 2013, ob 17.00 uri v Večnamenski dvorani v Vinski Gori pri Velenju dobrodelni koncert. S pomočjo Odbora za pomoč občankam in občanom MOV in Mestne občine Velenje ter dobrih ljudi nam je uspelo kupiti UZ za Urgentno službo Zdravstvenega doma Velenje, ki je že pomagal rešiti kar nekaj dragocenih življenj.

Rehabilitacijska vadba

Naša velika želja je organizirati še kakšno vadbeno skupino in se razširiti v naši Šaleški dolini in okolici ter pomagati čim večjemu številu koronarnih bolnikov tudi z vseživljenjsko rehabilitacijo, ki je edini in največji pogoj za daljše in lepše življenje slehernega koronarnega bolnika. Zato je v ŠKK ravno rehabilitacija najbolj pomembna.

Vseživljenjska rehabilitacija koronarnih bolnikov (VRKB) – članov Šaleškega koronarnega kluba predstavlja pomemben prispevek k ohranjanju zdravja, predvsem pri starejši generaciji srčnih bolnikov. Pogosto se izkaže, da je to za marsikoga edina oblika vadbe, ki se je udeležuje, zato skrbimo za redno izobraževanje naših vaditeljev ter izvajamo vadbo na najvišji strokovni ravni. S programom VRKB skrbimo za ohranjanje telesne zmogljivosti in zdravja srčnih bolnikov.

V ŠKK je trenutno 294 članov, od tega se rehabilitacije redno ali občasno udeležuje 112 bolnikov. Nove člane vabimo k včlanitvi neposredno preko napotitve osebnega zdravnika oziroma kardiologa in posredno preko člankov v Našem Času, povabil na predavanja, ki jih objavljamo na VTV-ju, oglasni deski v Zdravstvenem domu Velenje, na spletu, koledarju prireditev Festivala Velenje ter na naši in občinski strani na Facebooku. V program uspevamo vključevati srčne bolnike in tako širiti zavest o zdravju srca in ožilja ter jih omogočati vseživljenjsko rehabilitacijo.

Iz leta v leto širimo svojo prepoznavnost z objavami v medijih in zato upamo, da bomo k včlanitvi spodbudili tiste, ki nas še ne poznajo ali pa nimajo dovolj poguma, da bi se nam pridružili. V letošnjem letu smo včlanili 36 novih bolnikov, smo jih pa tudi nekaj izgubili zaradi osebnih razlogov, bolezni in smrti. Ob vseh 294 članov jih 220 stanuje v MOV.

Vodenje društva

Vseživljenjske rehabilitacije se udeležuje 112 oseb, od tega stanujočih v MOV 85. Vseživljenjska rehabilitacija poteka v osmih vadbenih skupinah: 5 skupin v MOV, 1 skupina v Topolšici, 1 skupina v Šmartnem ob Paki in 1 skupina v Vinski Gori. Vadbeno skupino sestavlja do 15 vadečih. Vodi jo usposobljena vaditeljica z opravljenim strokovnim izobraževanjem. Vadba traja eno polno uro. Pred vadbo vodja skupine izmeri krvni tlak in srčni utrip ter zbere podpise za evidenco prisotnosti. Vodja skupine je odgovoren tudi za pripravo telovadnice pred vadbo in jo tudi pospravi po končani vadbi. Med vadbo vaditeljica spremlja vadeče in jim po zmožnostih prilagaja vaje. Naloga vaditeljice je tudi skrb za dobro počutje bolnikov in kadar opazi slabše počutje pri bolniku, zanj po potrebi prekine vadbo. Izvajanje VRKB je vezano na šolsko leto, začne se septembra in zaključi na koncu junija. Nekatere vadbene skupine vadijo tudi v poletnih mesecih (vadba G-I-O in aerobna vadba).

V letu 2016 smo izvedli skupno 277 ur vseživljenjske rehabilitacije.

Pri delu v klubu in pri rehabilitaciji sodelujejo tudi prostovoljci, ki imajo različne funkcije. So vodje vadbenih skupin (Dragica Gorogranc, Jožica Podlesnik, Ivanka Meža, Vesna Markoja, Marija Lesnjak, Majda Glinšek), ki pripravljajo in pospravljajo prostor za vadbo, merijo krvni tlak vadečih, vodijo evidenco prisotnosti. Za informiranje članov glede dogodkov v klubu, zbiranju sredstev za delo kluba je zadolžen Bojan Holešek, Sonja Šalamon pa za pripravo vabil in drugih administrativnih opravil. Za koordiniranje vaditeljic in vodij skupin ter dela kluba je odgovorna Erika Berlak.

Zdravstveno izobraževanje

V MOV živi precej koronarnih bolnikov, ki jim priporočamo vključitev v program vseživljenjske rehabilitacije, zato vedno pogosteje sodelujemo z zdravniki in zdravstvenimi delavci, ki pripomorejo k informiranju bolnikov in njihovih svojcev o pomenu zdravega načina življenja in včlanitve v ŠKK. Rezultat sodelovanja je, da se iz leta v leto število bolnikov, vključenih v program, počasi in vztrajno zvišuje, s čimer smo zadovoljni.

Pomen zdravega načina življenja in vseživljenjske rehabilitacije poudarjamo tudi na mesečnih strokovnih predavanjih ter na občinskih prireditvah, povezanih z zdravjem, npr. na prireditvah ob dnevu zdravja in na medgeneracijskem festivalu. Želeli pa bi si še tesnejšega sodelovanja pri seznanjanju javnosti glede našega delovanja oziroma sodelovanja na prireditvah MOV.

V prihodnjem letu si želimo program razširiti tudi v občino Mozirje, saj je ta del Slovenije še vedno bela lisa po zastopanosti koronarnih klubov.

Vadbene skupine bomo prilagajali željam bolnikov in še naprej ostajali vzorčna skupina v vadbi G-I-O, saj smo eden redkih klubov v Sloveniji, ki aktivno sledijo novim znanjem v tej vrsti vadbe.

Ostajamo SRČNI še naprej!

KORONARNO DRUŠTVO ILIRSKA BISTRICA

Jože Valenčič

Ustanovitev društva

Tri skupine koronarnih bolnikov iz občine Ilirska Bistrica so bile skoraj 10 let vključene v Koronarno društvo Postojna. Krajevna oddaljenost pa tudi nekatere vsebinske težave v osrednjem društvu so med člani iz Ilirskobistriškega počasi vzpodbujale zamisel o »domačem« koronarnem društvu. V začetku leta 2011, ko se je pokazala še potreba po tem, da bi dejavnosti in programe društva organizirali tudi v drugih lokalnih centrih po občini ter jih prilagodili potrebam in značilnostim članov našega okolja, so se članice in člani že delujočih treh skupin po posvetu z vaditeljicami in nekaterimi koronarnimi bolniki, ki še niso bili vključeni v društvu, dogovorili, da začnejo ustanavljati svoje društvo. O nameri so najprej obvestili matično društvo iz Postojne ter Zvezo koronarnih društev in klubov Slovenije in imenovali iniciativni odbor, ki naj vodi priprave za ustanovitev novega društva. Prva seja iniciativnega odbora je bila 13. maja 2011.

Največji organizacijski zalogaj iniciativnega odbora je bila promocija dejavnosti, ki jih namerava organizirati novo društvo ter motiviranje zainteresiranih. Predstavitve so pripravili v vseh petih preostalih lokalnih centrih na območju občine ter oblikovali jedra za šest novih vadbenih skupin. V oktobru 2011 je tako pričelo s programom vseživljenjske rehabilitacijske vadbe vseh osem vadbenih skupin, od tega dve v mestu Ilirska Bistrica, ostale pa v krajih, ki so najbližji zainteresiranim bolnikom. Posebna sreča je bila tudi okoliščina, da smo imeli takoj na voljo dovolj usposobljenih vaditeljic, ki so program izvajale v že delujočih treh skupinah.

Po intenzivnih pripravah, ki so jih vodili sami bolniki ter vaditeljice brez potrebne podpore zdravstva ali občine, je bil v soboto, 15. oktobra 2011 sklican in izpeljan Ustanovni občni zbor novega KORONARNEGA DRUŠTVA ILIRSKA BI-

STRICA. Skoraj sto udeležencev je s ploskanjem sprejelo sklep o ustanovitvi društva, sprejeli so še lastna pravila, izvolili organe, sprejeli program dela in finančni načrt ter sklenili, da se vključijo v Zvezo društev koronarnih društev in klubov Slovenije.

S tem so koronarni bolniki in njihovi svojci sami uresničili poglavitni namen, da bodo dejavnosti in programe društva organizirali v Ilirski Bistrici, Podgradu, Jelšanah, Knežaku, Kuteževem in na Pregarjah (kasneje še v Jasenu) tako, da so aktivnosti tudi lokacijsko dostopne čim večjemu številu oseb s težavami srca, ožilja in z dejavniki tveganja.

Ob koncu leta 2011 je bilo v društvo včlanjenih skupaj 148 članov in članic, v letu 2012 že 202 člana, ob koncu leta 2016 pa 214.

Od skupnega števila članov 214 jih je v letu 2017 v program vseživljenjske rehabilitacijske vadbe vključenih 205. Program poteka dvakrat tedensko po eno uro v devetih vadbenih skupinah na osmih lokacijah. Program po smernicah slovenske koronarne stroke vodi 13 dodatno usposobljenih vaditeljev in vaditeljic.

Vodenje društva

Društvo od ustanovitve dalje vodita Jože Valenčič, predsednik, in Ivan Barba kot podpredsednik. Upravni odbor društva šteje dvanajst članov, poleg predsednika in podpredsednika društva ga sestavljajo predstavniki vseh devetih vadbenih skupin ter predstavnica vaditeljev.

Strokovno delo društva vodi in usmerja Strokovni svet, ki ga vodi Andreja Vinšek Grilj, dr. med., spec. družinske medicine, sestavljajo pa ga še predstavnice vaditeljic, tako da pokrivajo vsa glavna strokovna področja (zdravstveno področje, fizioterapija, športna vzgoja, preventiva in prehrana). Kot občasni konzultant se v delo strokovnega sveta vključi tudi specialist internist. Strokovni svet pripravlja napotke in usmeritve za delo vaditeljev ter za oblikovanje drugih programov, ki potekajo v društvu, skrbi pa tudi za spremljanje učinkov pri izvajanju programov. Na žalost društvo nima na voljo podpore kardiološke stroke.

Program vseživljenjske rehabilitacijske vadbe izvaja skupaj 13 dodatno usposobljenih vaditeljev in vaditeljic. Število vaditeljev in tudi razpršenost vadbenih skupin je botrovalo potrebi, da je društvo že kmalu ustanovilo **Aktiv vaditeljic in vaditeljev** kot posebno delovno telo, ki ga vodi Magda Valenčič, medicinska sestra.

Poslanstvo, vizija in cilji društva

Koronarno društvo Ilirska Bistrica je prostovoljno, dobrodelno, humanitarno in nepridobitno združenje koronarnih bolnikov, njihovih svojcev ter drugih oseb s težavami srčno-žilnega sistema, ki želijo preko skupno organiziranih in strokovno vodenih programov aktivno nadaljevati vseživljenjsko rehabilitacijo po bolezenskem zapletu, spremeniti življenjske navade in odpravljati dejavnike tveganja ter promovirati nove načine življenja, s katerimi se krepi telesno in duševno zdravje.

POSLANSTVO društva je v prizadevanju, da koronarni bolniki ter osebe z enakimi ali podobnimi težavami lažje premagujejo posledice koronarne bolezni, nadaljujejo s programom strokovno vodene redne telesne vadbe, si medsebojno pomagajo zlasti preko skupinskih oblik druženja, pohodništva in strokovnih predavanj ter tako kljub bolezni ohranjajo pričakovano kvaliteto življenja.

NEPOSREDNI CILJI društvenega delovanja so: preprečiti slabšanje zdravstvenega stanja, znižati stopnjo zbolevnosti, spremeniti dejavnike tveganja, zmanjšati število ponovnih hospitalizacij, zmanjšati porabo zdravil, podaljšati aktivno življenjsko dobo in izboljšati kvaliteto življenja.

VIZIJA društva je zagotoviti organizirane oblike pomoči vsem, ki potrebujejo podporo v procesu vseživljenjske rehabilitacije po operativnih posegih ali zdravstvenih zapletih, odpravljati dejavnike tveganja na področju srčno-žilnih bolezni ter promovirati zdrave načine življenja odrasle populacije.

V ta namen društvo organizira in izvaja zlasti:

1. Strokovno vodeno skupinsko rehabilitacijsko vadbo, ki je prilagojena koronarnim bolnikom in poteka dvakrat tedensko v telovadnici ali na prostem;

2. Organizacijo strokovnih predavanj v zvezi s preprečevanjem srčno-žilnih bolezni;

3. Strokovno pomoč pri doseganju boljših prehranjevalnih navad;

4. Organizacijo pohodov v naravi z druženjem in dobrodelnimi akcijami;

5. Sistematično merjenje krvnega tlaka in svetovanje za obvladovanje težav;

6. Vzpodbujanje članov, da sodelujejo v rednih kontrolah pri izbranem zdravniku ter si po načelih samopomoči tudi medsebojno pomagajo.

Namesto zaključka

Društvo je najbolj ponosno na dejstvo, da nudi preverjene in strokovno vodene programe bolnikom v bližini njihovega doma, zlasti na podeželju, in tako uspeva ohranjati motivacijo za sodelovanje v društvu in pri njihovi krepitvi zdravja. Rezultati so vidni zlasti po deležu prisotnih članov v posameznih programih in akcijah. Na zdravstvenem predavanju je prisotnih vedno med 60 % in 70 % članstva, letna srečanja ob občnem zboru so vedno množično obiskana, prednovoletna srečanja skupin so skoraj popolna itd.

Zdrava tekmovalnost med skupinami je v teh primerih prav posebna čednost. Najbolj zgovorni pa so odgovori v anketi: vse, kar počnem v društvu, je dobro za moje zdravje, druženje s člani in njihova podpora pa me prav osrečuje.

Po podatkih iz ankete je več kot 89 % novo vključenih članov izvedelo za dejavnosti in programe društva preko prijateljev, ki so že dalj časa člani društva. Ta model uspešno nadomešča pomanjkljivo usmerjanje bolnikov v društvo, ki ga pričakujemo od glavnih dejavnikov v zdravstvu, ki vodijo koronarnega bolnika.

Društvo ne obupava nad skromno finančno podporo okolja, člani se kljub vsemu zberejo in samozavestno organizirajo akcije za vse občane, tudi z akcijo postavljanja javnih AED defibrilatorjev po posameznih krajevnih skupnostih.

Društvo je kljub mladosti prepoznano v občini po marsikateri akciji, tako mu marsikdo zavida lepo urejeno in na novo označeno traso Srčkove poti nad mestom, občani pa se mu radi pridružijo zlasti ob vsakoletnih akcijah ob Dnevu srca.

KORONARNI KLUB DRAVSKE DOLINE

Marjan Ternik

Osnovna predstavitev društva

Koronarni klub Dravske doline je bil ustanovljen leta 2012 in je med najmlajšimi koronarnimi klubi v Sloveniji. Ustanovitvi kluba je botrovala primarijka Cirila Pušnik, dr. med., spec., ki je vztrajala tako dolgo, dokler se nismo organizirali tudi v Radljah in tako zaokrožili klube in klubsko življenje koronarnih bolnikov v mislinjski, mežiški in dravski dolini. Ob ustanovitvi junija 2012 je bilo v Koronarni klub dravske doline včlanjenih 14 članov, nepolnih pet let kasneje pa nas je že 116, od tega jih vadi 92. Osnovna dejavnost se odvija po posameznih vadbenih skupinah. Naš klub sestavljajo štiri vadbene skupine, in sicer v Radljah 46 članov, v Vuzenici 39, v Podvelki 16 in v Lehnu na Pohorju 15 članov, dogovarjamo pa se tudi za ustanovitev pete vadbene skupine v Ribnici na Pohorju. Največ članov Kluba redno obiskuje telesno vadbo, radi pa se udeležujejo pohodov in srečanj ter tudi različnih oblik izobraževanja.

Zanimiva in vzpodbudna je ugotovitev iz ankete o zadovoljstvu članov in načrtih za leto 2017, da so bila pričakovanja ob vključitvi posameznikov v delo kluba povezana z željo po izboljšanju lastnega zdravja, večjih fizičnih aktivnostimi in druženju. Tako je klub v večini primerov izpolnil pričakovanja, kar nas dodatno motivira pri iskanju dobrih programov v prihodnje.

Vodenje društva

Upravni odbor Kluba šteje devet članov, ki so izvoljeni oziroma imenovani v skladu s statutom, pri tem skrbimo za enakovredno zastopanje vseh skupin. Čeprav je v osnovi vsak član odbora zadolžen za konkretno aktivnost Kluba, se delo vedno prepleta in tako, če je treba, delamo tudi vsi vse. To nas posebej povezuje.

Predsednik društva je od ustanovitve dalje Marjan Ternik iz Radelj ob Dravi, ki je hkrati zadolžen tudi za organizacijo in izvajanje izobraževanja članov. Tako klub letno organizira pet strokovnih predavanj iz ciklusa »Zdravstvene tegobe današnjega časa«, ki zajemajo različne vsebine, pomembne za krepitev našega zdravja. Prostovoljno predavajo zdravniki iz našega okolja, za kar smo jim zelo hvaležni. Najmanj dvakrat letno pripravimo s pomočjo donatorjev po različnih krajih doline usposabljanje za oživljanje in uporabo naprave AED, v letošnjem letu tudi prvič za učence osmih in devetih razredov OŠ Vuzenica. Želimo, da v prihodnje pritegnemo k sodelovanje vse šole na našem območju.

Podpredsednik društva, Tone Osrajnik, prihaja iz vadbene skupine v Vuzenici in je odgovoren za izvedbo programa druženja in družabnih srečanj. Med slednjimi želimo posebej predstaviti Dan doživetij, ki ga vsako leto organiziramo v sodelovanju z eno izmed občin, kjer klub aktivno deluje. Tako pripravimo srečanje članov kluba in njihovih svojcev s krajani izbranega kraja, kjer v enem dnevu aktivno predstavimo naše celoletno delo in promoviramo dejavnost in klub (telesno vadbo, zdravo prehrano, pohod, družabno srečanje ipd.), hkrati pa s pomočjo donatorjev poskrbimo za namestitev naprave AED ter predstavimo njegov namen. Tako smo doslej izvedli Dan doživetij dvakrat v občini Vuzenica (sv. Primož na Pohorju in Dravče), za naslednje leto pa se dogovarjamo z občino Radlje za program v KS Remšnik na Kozjaku. Sicer hodimo na pohode, ki jih vsako leto v drugem kraju izvedejo posamezne vadbene skupine, pripravimo prednovoletno srečanje, občni zbor povežemo s krajšim pohodom in drugo.

Tajnica društva je bila vse od ustanovitve Ljubica Gregl, hkrati vodja vaditeljev in vaditeljica v vadbeni skupini v Radljah. Svoje delo je opravljala zavzeto in predano in je zaslužna za rast vadbenih skupin tudi v obdobju, ko klub v dravski dolini še formalno ni bil ustanovljen in je deloval kot vadbena skupina Koronarnega kluba mežiške doline. Z letošnjim letom je pre-

dala tajniške posle Teji Osrajnik, vodstvo aktiva vaditeljev pa je prevzel Mitja Čeh, tudi sam vaditelj v Vuzenici. Članica Odbora kluba je še Leonida Matjaž, tudi vaditeljica telesne vadbe. K rednemu delu vadbenih skupin sodi tudi letno preverjanje fizične usposobljenosti članov (testi hoje) in vsakoletni tečaj nordijske hoje.

Osnovno dejavnost kluba, telesno vadbo, izvaja deset strokovno usposobljenih vaditeljev, za njihovo nemoteno delo skrbijo vodje skupin v posameznem kraju. Tako vodi, organizira in zagotavlja razmere za nemoteno delo v Vuzenici Stanislava Knez, v Radljah Milan Petino, v Podvelki Vera Osvald in v Lehnu Ivanka Vomer. Brez njihovega izjemnega angažiranja delovanje kluba ne bi bilo uspešno.

Strokovno delo vodi in nadzira strokovni mentor Andrej Horvat, dr. med., ki sprejeto obvezo izvaja prostovoljno in s svojim delom prispeva pomemben delež k strokovno podprtemu in korektnemu delu kluba.

Za blagajno Kluba, ki je financiran iz sredstev FIHO, občin Vuzenica, Podvelka in Radlje (razpisi), donatorjev in članarine, vsa leta skrbi Marija Martini, tudi organizatorka aktivnosti v Klubu. Pri urejanju financ strokovno pomaga Lidija Golob, ki bdi nad zakonitostjo našega poslovanja. Seveda vsi člani odbora opravljajo svoje delo kot prostovoljci.

S svojim delom bomo tudi v prihodnje krepili ugled kluba, da bi se v naše vrste vključilo čim več občank in občanov s srčnožilnimi boleznimi ali s povečanim tveganjem za te bolezni. Prizadevali si bomo še za več prijateljev Kluba, več strokovnih kadrov, donatorjev in prostovoljcev. Prav tako pa bomo krepili naš odnos z Zvezo koronarnih društev in klubov Slovenije, saj si naše delo težko zamišljamo brez tesnega in korektnega sodelovanja z njo.

DRUŠTVO KORONARNIH BOLNIKOV DOLENJSKE IN BELE KRAJINE

Marinka Picelj

Društvo koronarnih bolnikov Dolenjske in Bele krajine

Osnovna predstavitev društva

Društvo koronarnih bolnikov Dolenjske in Bele krajine je bilo ustanovljeno 17. 2. 2015 v Termah Šmarješke Toplice. Združujemo koronarne bolnike z Dolenjske, od Šentjerneja do Trebnjega, ter Bele krajine. V letu 2016 smo postali tudi član Zveze koronarnih društev in klubov Slovenije. Trenutno imamo 69 članov in dve vadbeni skupini , obe vadita dvakrat tedensko v termah Šmarješke Toplice. Društvo ima tudi zelo aktivno pohodniško skupino. Trenutno sta so v postopku ustanavljanja tri nove vadbene skupine, ena bo vadila v prostorih ZD Novo mesto, ena v Metliki in ena v Šentjerneju.

Vodenje društva

Društvo je nastalo na pobudo vodstva Term Šmarjeških Toplic, med ustanovnimi člani društva so bili tudi sodelavci term, ki se z rehabilitacijo koronarnih bolnikov dolga leta tudi

poklicno ukvarjajo. Prvi predsednik Društva je bil Bojan Fink, ki se je ob ustanovitvi društva zelo angažiral in društvo tudi izdatno podprl z donatorskimi sredstvi lastnega podjetja. Na letošnji skupščini je zaradi prezaposlenosti in pogoste odsotnosti iz Novega mesta odstopil, zamenjala ga je Martinka Picelj. V upravnem odboru, ki je enak od ustanovitve dalje, so še: Jože Peterlin, podpredsednik, vodi vadbene skupine in tudi pohodniško in izletniško dejavnost, Jože Strnad je blagajnik, Brane Bon je vodja aktiva vaditeljev, Alenka Babič je tajnica društva, ureja tudi spletno stran društva.

Strokovni svet vodi kardiolog dr. Boris Krajačič, člani so še: dr. Danilo Radošević, dr. Sabina Jakše Hren, Mojca Šenica in Ljubica Novak. Strokovni svet pripravlja program predavanj, sodeluje pa tudi pri prizadevanjih za ustanavljanje novih vadbenih skupin. Letno organizira tri predavanja, nekatere pripravljajo člani sami, vabi tudi strokovnjake iz drugih področij.

Rehabilitacijska vadba

Ob ustanovitvi je bilo društvu omogočeno sodelovanje s 10 vaditelji, ki so usposabljanje opravili v zadnjih 20 letih kot zaposleni v Termah Šmarješke Toplice in imajo pri izvajanju te vadbe tudi bogate izkušnje. Dve vaditeljici

ima tudi ZD Novo mesto, tri vaditeljice pa so že usposobljena za vadbo na področju Trebnjega. V letošnjem letu je usposabljanje končala tudi vaditeljica iz Metlike, ki bo izvajala vadbo v načrtovani novi skupini v Beli krajini. Skupaj ima društvo na voljo 16 usposobljenih vaditeljev, dodatno tudi dve diplomirani medicinski sestri z opravljenim tečajem za delavnice sproščanja.*

Družabni dogodki

Pomemben del našega delovanja so različne oblike druženja, s katerimi pletemo socialno mrežo med posamezniki z enakimi težavami in nudimo psihosocialno podporo za reševanje težav s pojavi anksioznosti in depresije. Organiziramo pohode, izlete in družabna srečanja. Posebej priljubljeni so vsakomesečni pohodi, ki jih organizira podpredsednik Jože Peterlin. Vsakega predhodno skrbno prehodi in poskrbi, da se ga lahko udeležijo tudi težji bolniki. Ob poti se srečujemo s predstavniki krajev, ki jih obiščemo, in tako izvemo veliko novega in zanimivega.

Društvo ima prostore v Novem mestu, na Rozmanovi 10, v stavbi, ki jo je društvom namenila Mestna občina Novo mesto. Povezujemo se tudi z drugimi občinami na Dolenjskem in v Beli krajini ter drugimi sorodnimi društvi . Letos smo sodelovali na dnevu odprtih vrat Splošne bolnišnice Novo mesto. Imamo svojo spletno stran, kjer objavljamo obvestila ter tudi poročila in različne druge odzive iz naše aktivnosti.

ZVEZA KORONARNIH DRUŠTEV IN KLUBOV DANES

Alenka Babič

Zveza koronarnih društev in klubov vstopa v svoje enaindvajseto leto delovanja z novim vodstvom in smelimi načrti.

Naša prvenstvena naloga je še vedno podpora društvom pri izvajanju celovite vseživljenjske rehabilitacije koronarnih bolnikov. Zagotavljamo strokovne osnove za delo v društvih, usposabljamo izvajalce programov in si prizadevamo pridobiti čim več javnih sredstev za te dejavnosti.

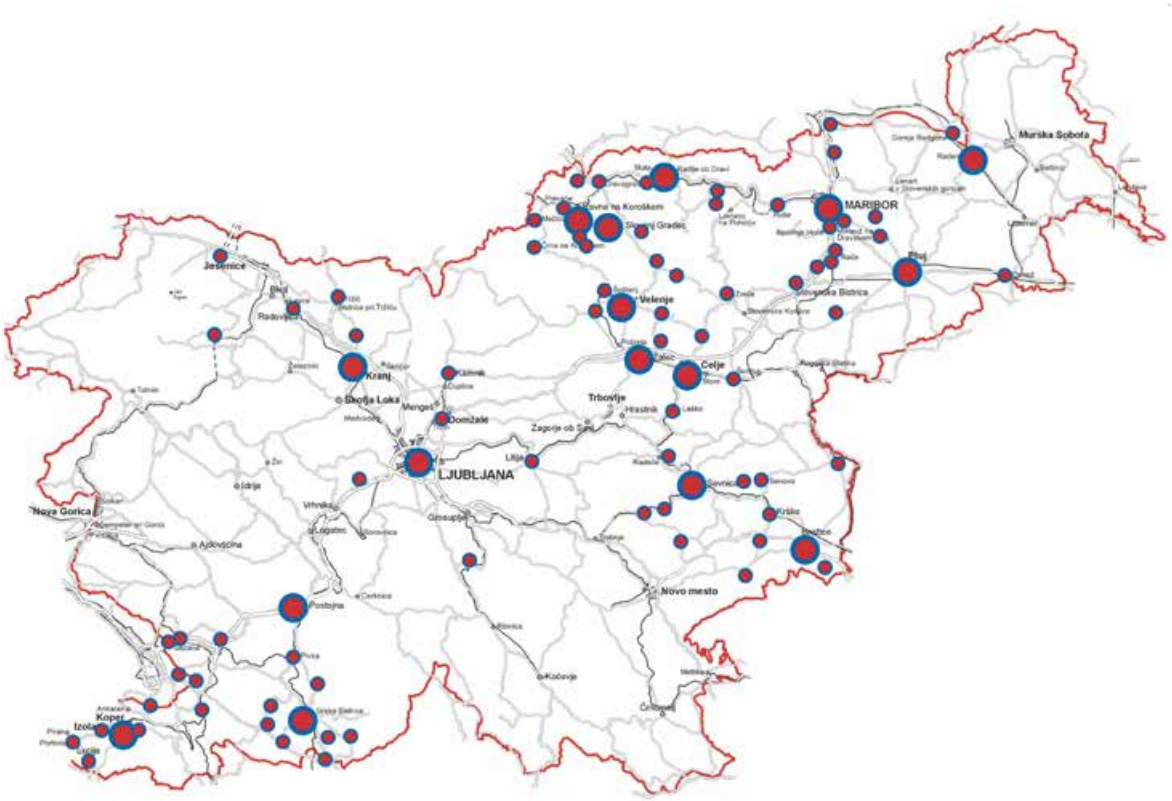
20. letnica Zveze je bila vzpodbuda za izdajo prvega slovenskega **Priročnika za koronarne bolnike**, s katerim pričenjamo z novim sklopom aktivnosti – prizadevanjem za opolnomočenje koronarnega bolnika. Koronarnim bolnikom želimo povečati dostopnost do aktivnosti opolnomočenja in jih v čim večjem število vključiti v organizirane oblike vseživljenjske rehabilitacije. Tem aktivnostim bodo namenjena tudi pridobljena sredstva iz triletnega razpisa Ministrstva za zdravje (2017-2019).

Zveza z **aktivnostmi strokovnega sveta** skrbi za posodabljanje obstoječih programov in razvoj novih oblik dela za posamezne skupine koronarnih bolnikov. Vzpostavlja sistematično sodelovanje s strokovno javnostjo, predvsem Združenjem kardiologov Slovenije.

Zveza organizira in vodi programe usposabljanja, ki vključujejo: temeljno usposabljanje vaditeljev in vaditeljic, usposabljanje prostovoljcev skladno z Zakonom o prostovoljstvu ter strokovna srečanja za funkcionarje društev. Organizira in vodi tudi supervizijo izvajanja teh programov

Na volilnem zboru v aprilu letos je bilo izvoljeno **novo vodstvo Zveze**. Predsednica Zveze je **prof. dr. Irena Keber,dr. med.** (KK Ljubljana), podpredsednica pa **Alenka Babič** (KD Dolenjske in Bele Krajne), člani izvršilnega odbora so: Alojz Brajkovič(KK Brežice), Marjeta Jenčič (KD Savinjska dolina Žalec), Vladislav Pevnik (KD Slovenske Istre in Krasa), Ana Sirc (KD Gorenjske) in Lilijana Žerdoner (Šaleški koronarni klub Velenje). Strokovni svet Zveze vodi **doc. dr. Borut Jug, dr. med.**, področje izobraževanja pa **Jože Valenčič** (KD Ilirska Bistrica), predsednik nadzornega odbora je dolgoletni predsednik KK Savinjske Doline Žalec **Miha Randl**.

Zveza združuje 17 koronarnih društev in klubov in ima trenutno 3670 članov. V Sloveniji delujejo v 81 krajih in vodijo delo 146 vadbenih skupin. Prvi koronarni klub je bil ustanovljen pred 35 leti, Zveza pa praznuje v letu 2017 20. obletnico delovanja. Ima status društva, ki deluje v javnem interesu, od leta 2005 pa tudi status humanitarne organizacije.


Murska Sobota
MARIBOR
Ptuj
Slovenska Bistrica
Jesenice
Bled
Radovljica
Velenje
Kranj
Škofja Loka
Mengeš
Domžale
Celje
Trbovlje
Hrastnik
Zagorje ob Savi
Litija
LJUBLJANA
Idrija
Nova Gorica
Vrhnika
Logatec
Ajdovščina
Grosuplje
Krško
Novo mesto
Postojna
Cerknica
Kočevje
Koper
Izola

KONTAKTNI PODATKI ZA DRUŠTVA OZ. KLUBE IN ZVEZO

Koronarni klub Ljubljana
Štepanjsko nabrežje 38, 1000 Ljubljana
info@koronarni-klub-lj.si
059 962 711
www.koronarni-klub-lj.si

Predsednik: Petra Alenka Simpson Grom, v.d.
Vodja strokovnega sveta: Dr. Tjaša Vižintin Cuderman, dr.med.
Vodja vaditeljev: Tina Magdalenič
Kraji, kjer poteka vadba: Ljubljana, Domžale, Log pri Brezovici, Litija, Kamni

Koronarni klub Celje
Gregorčičeva 6, 3000 Celje
lucfranjo@gmail.com
03 548 41 85
www.koronarni-klub-celje.com

Predsednik: Franjo Luc
Vodja strokovnega sveta: Prim. Janez Tasič, dr. med.
Vodja vaditeljev: Simona Voglar
Kraji, kjer poteka vadba: Celje, Laško, Vojnik, Žreče, Šentjur

Koronarno društvo Slovenske Istre
Vrtna ulica 6, 6000 Koper
kdsi@siol.net
05 627 25 50
www.kdsi.si

Predsednik: Ladislav Pevnik
Vodja strokovnega sveta: Simon Korošec, dr. med.
Vodja vaditeljev: Loredana Mihec
Kraji, kjer poteka vadba: Koper, Izola, Portorož, Lucija, Prade, Škofije, Gradišče, Hrpelje-Kozina, Sežana

Koronarno društvo Gorenjske
Jezerska cesta 41 , 4000 Kranj
info@koronarno-drustvo.si
031 742 278
www.koronarno-drustvo.si

Predsednik: Ferdo Meglič
Vodja strokovnega sveta: Metod Prašnikar, dr. med.
Vodja vaditeljev: Andreja Magdalenič
Kraji, kjer poteka vadba: Kranj, Radovljica, Jesenice, Tržič

Koronarno društvo Postojna
Prečna ulica 2 , 6230 Postojna
koronarnodrustvopostojna@siol.net
040-874-447
www.koronarno-postojna.si

Predsednik: Janez Čuček
Vodja strokovnega sveta: Alojz Pavčič, dr.med.
Vodja vaditeljev: Tjaša Paternost
Kraji, kjer poteka vadba: Postojna, Pivka, Prestranek

Koronarni klub Sevnica
Cesta na grad 29a, 8291 Sevnica
kksevnica@amis.net
07 8140 846

Predsednik: Vladimira Tomšič
Vodja strokovnega sveta: Jurij Pesjak, dr. med.
Vodja vaditeljev: Violeta Bahat Kmetič
Kraji, kjer poteka vadba: Sevnica, Krmelj, Tržišče, Trnovec

Koronarno društvo Radenci
Zdraviliško naselje 12, 9252 Radenci
edvard.metlicar@telemach.net
02 560 10 43, 041645365

Predsednik: Edvard Metličar
Vodja strokovnega sveta: Vidovič-Rauter Sonja dr.med.spec.
Vodja vaditeljev: Žalodec Štefan, Metličar Dragica;Zemljič Jože
Kraji, kjer poteka vadba: Radenci, Gornja Radgona

Koronarni klub Savinjska dolina Žalec
Hmeljarska 3, 3310 Žalec
koronarni.klub.zalec@gmail.com
031 721 676
www.koronarni-zalec.si

Predsednik: Mihael Randl
Vodja strokovnega sveta: Asist. dr. Dragan Kovačič, dr.med.
Vodja vaditeljev: Barbara Podsedenšek
Kraji, kjer poteka vadba: Žalec, Šempeter

Koronarno društvo Ptuj
Potrčeva cesta 19a , 2250 Ptuj
lidija.lazar@gmail.com
041845376
www.kd-ptuj.com

Predsednik: Lidija Lazar
Kraji, kjer poteka vadba: Ptuj, Ormož

Koronarni klub Mežiške doline
Ob Suhi 11, 2390 Ravne na Koroškem
info@srce-si.si
070 874 911
www.srce-si.si

Predsednik: Ivan Žagar
Vodja strokovnega sveta: prim. Cirila Slemenik Pušnik, d. med.
Vodja vaditeljev: Peter Kordež
Kraji, kjer poteka vadba: Črna, Mežica, Prevalje, Ravne, Kotlje, Črneče in Dravograd

Koronarni klub Maribor
Partizanska cesta 24, 2000 Maribor
koronarni.klub.maribor@siol.net
02 252 53 32
www.koronarni-klub-maribor.si

Predsednik: Darinka Pečovnik
Vodja strokovnega sveta: Mirko Bombek dr. med
Vodja vaditeljev: Renata Lošič, dipl. med.s.
Kraji, kjer poteka vadba: Maribor, Ruše, Fram, Šentilj v Slov.goricah, Slivnica, Hoče, Slovenska Bistrica, Miklavž na Dravskem polju,Poljčane, Rače

Koronarni klub Brežice
Černelčeva cesta 15, 8250 Brežice
koronarni.klub.brezice@gmail.com
074668108
www.koronarni-klub-brezice.si

Predsednik: Alojz Brajkovič
Vodja strokovnega sveta: Mojca Savnik Iskra dr.med.
Vodja vaditeljev: Metka Žlak
Kraji, kjer poteka vadba: Brežice, Dobova, Leskovec pri Krškem, Senovo, Bistrica ob Sotli, Kostanjevica na Krki, Veliki Podlog

Koronarni klub Mislinjske doline
Trstenjakova 2, 2380 Slovenj Gradec
kklub.mdoline1@gmail.com
02 884 30 14, 031 638 747
www.kk-mislinjskedoline.com

Predsednik: Dominik Javornik
Vodja strokovnega sveta: Maja Pušnik Vrčkovnik, dr. med.
Vodja vaditeljev: Andreja Šavc, dipl. m. s., mag.z.v.
Kraji, kjer poteka vadba: Slovenj Gradec,Šmartno, Mislinja, Dolič

Šaleški koronarni klub Velenje
Vodnikova c. 1, 3320 Velenje
koronarci.velenje@gmail.com
040 765 236, 051 323 387
www.koronarci-velenje.si

Predsednik: Erika Berlak
Vodja strokovnega sveta: Prim. Apolon Marolt, dr.med.
Vodja vaditeljev: Polona Lebar
Kraji, kjer poteka vadba: Velenje, Topolšica, Vinjska gora, Šmartno ob Paki

Koronarno društvo Ilirska Bistrica
Jurčičeva 1, 6250 Ilirska Bistrica
joze.valencic@prival.si
040 364 133, 040 45 99 55
www.koronarno-ilbistrica.si

Predsednik: Jože Valenčič
Vodja strokovnega sveta; Andreja Vinšek Grilj, dr.med.
Vodja vaditeljev: Magda Valenčič
Kraji, kjer poteka vadba: Ilirska Bistrica, Podgrad, Jelšane, Kuteževo, Jasen, Knežak, Pregarje

Koronarni klub Dravske doline
Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi
drustvo.src.bol.dd@gmail.com
031331662
www.zd-radlje.si

Predsednik: Marjan Ternik
Vodja strokovnega sveta: Andrej Horvat , dr.med.
Vodja vaditeljev: Mitja Čeh
Kraji, kjer poteka vadba: Radlje ob Dravi, Vuzenica, Podvelka, Lehen,

Društvo koronarnih bolnikov Dolenjske in Bele krajine
Rozmanova 10, 8000 Novo Mesto
info@koronarnodrustvo-dbk.si
www.koronarnodrustvo-dbk.si

Predsednik: Martinka Picelj
Vodja strokovnega sveta: Boris Krajačič, dr.med.
Vodja vaditeljev: Brane Bon
Kraji, kjer poteka vadba: Šmarješke Toplice, Novo mesto,

Zveza koronarnih društev in klubov Slovenije
Štepanjsko nabrežje 38, 1000 Ljubljana
info@zkdks.si
041 602 216
www.zkdks.si

Predsednik: Prof.dr. Irena Keber, dr. med
Vodja strokovnega sveta: Doc. dr. Borut Jug, dr.med.

Kaj pa ste danes storili za svoje **možgane**?

NARAVNEGA IZVORA

Redna uporaba Bilobila:

- razširi krvne žile in izboljša pretok krvi v možganih,
- krepi delovanje možganskih celic, saj izboljša izrabo kisika in glukoze,
- varuje možganske celice pred škodljivimi vplivi radikalov.

Edino zdravilo z ginkom v Sloveniji, pri katerem sta **učinkovitost** in **varnost klinično potrjeni**.

www.bilobil.si

Bilobil vsebuje izvleček iz listov *Ginkga bilobe*.

Bilobil®

Vaš um v vrhunski formi.

KRKA

Pred uporabo natančno preberite navodilo!
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.

BODITE **NEUSTAVLJIVI**

MAGNEZIJ Krka 300

edinstvena kombinacija
Mg+B_2

Granulat za pripravo napitka vsebuje **magnezijev citrat** in **vitamin B_2**.

Magnezij in vitamin B_2 prispevata k zmanjševanju utrujenosti in izčrpanosti ter normalnemu delovanju živčnega sistema.

Magnezij prispeva tudi k delovanju mišic.

- Okus po pomaranči in limeti.
- Brez konzervansov.
- Brez umetnih barvil, arom in sladil.
- Ena vrečka na dan.

NOVO

Prehransko dopolnilo ni nadomestilo za uravnoteženo in raznovrstno prehrano.
Skrbite tudi za zdrav življenjski slog.

www.krka.si

KRKA

Rehabilitacija bolnikov s srčnožilnimi boleznimi
v Termah Šmarješke Toplice

Rehabilitacija bolnikov s srčnožilnimi boleznimi je v Termah Šmarješke Toplice osnovna dejavnost, odkar je zdravilišče prevzela Tovarna zdravil Krka, to je že dobrih 40 let. Temelji sodobnega kardiorehabilitacijskega centra pa so bili postavljeni z izgradnjo novega zdravilišča, leta 1984, ko je bil skupaj s hotelom zgrajen tudi prostoren in sodobno opremljen zdravstveni center.

V teh desetletjih se je medicinska rehabilitacija srčnožilnih bolnikov pri nas razvijala tako po vsebini kot po obsegu. V prvih letih je slonela predvsem na **telesni vadbi**, s čimer naj bi se bolnikom zaradi takrat dolgotrajne bolnišnične oskrbe povrnila izgubljena telesna zmogljivost, nato pa se je program rehabilitacije postopoma dopolnjeval s **prvinami zdravstvene vzgoje**, da bi lahko bolniki bolje obvladovali dejavnike tveganja tudi v domačem okolju. Pri tem smo najprej razvili **področje zdrave prehrane** in smo med prvim v Sloveniji klasičnim metodam ex cathedra dodali še **praktične učne delavnice**. Naslednji velik vsebinski kompleks, ki je obogatil rehabilitacijske programe, je bil **obvladovanje stresa** in širša **psihosocialna podpora bolnikov**. Tudi tu smo bili pionirji – prvi smo angažirali kliničnega psihologa, ki se je posebej posvečal anksioznosti in depresijam med koronarnimi bolniki. Velik razvoj pa je doživelo tudi področje telesne vadbe – z vključevanjem sodobne neinvazivne kardiološke diagnostike je postajala vedno bolj varna, individualizirana in ciljno usmerjena.

Zdaj izvajamo v Šmarjeških Toplicah programe strukturirane in nadzorovane rehabilitacije po zahtevah sodobne kardiološke stroke. Poleg telesne vadbe, ki ostaja ključna prvina rehabilitacije, vključujejo naši programi različne metode edukacije bolnikov in sklop aktivnosti, namenjenih psihosocialni podpori bolnikov – delavnice in pogovore s psihoterapevtom, učenje in izvajanje različnih metod obvladovanja stresa, pa tudi motiviranje in usmerjanje v organizirane oblike vseživljenjske rehabilitacije v domačem okolju.

Posebej ponosni pa smo na naše programe obnovitvene rehabilitacije, ki jih izvajamo za slovenska koronarna društva. Tesno sodelovanje smo vzpostavili že ob nastanku prvih klubov v devetdesetih letih, saj so naši stacionarni programi, ki jih po vsebini prilagajamo tako razvoju stroke kot potrebam vsakega posameznega društva, kakovostna vsebinska nadgradnja njihove celoletne dejavnosti.

V zdravstveni službi Term Šmarješke Toplice je zaposlenih 60 strokovnih delavcev, in sicer zdravniki specialisti, psihoterapevt, medicinske sestre in fizioterapevti, rehabilitacijsko ekipo pa dopolnjujejo svetovalci za prehrano in kuharji dietetitiki, vodniki nordijske hoje, animatorji ... in tudi drugo osebje zdravilišča, ki se vsak dan posebej trudi, da je rehabilitacija čim bolj uspešna in tudi prijetna.

V zadnjem času izvedemo letno 1.200 stacionarnih rehabilitacij, 2.000 ehokardioloških preiskav, 700 ultrazvočnih preiskav vratnih žil, 3.200 ergometrijskih preiskav in 1.700 diagnostičnih kardioloških in preventivnih pregledov.

Program rehabilitacije pri boleznih srca

TERME KRKA

Živeti zdravo življenje.

Program je namenjen bolnikom, ki so preboleli miokardni infarkt oziroma so bili operirani na srcu. Rehabilitacija omogoča hitrejše okrevanje in večjo varnost, postopno večanje funkcionalnih sposobnosti ter ozaveščanje o naravi bolezni in o potrebnih spremembah življenjskih navad.

Po osnovni rehabilitaciji bolnikom svetujemo, da se po enem letu ali največ dveh vrnejo na rehabilitacijo, da vnovič preverimo zdravstveno stanje, varno povečamo funkcionalno zmogljivost, zagotovimo dodatno izobraževanje o zdravi prehrani in ustreznem načinu življenja in tako zmanjšamo možnost vnovičnih koronarnih zapletov.

Program vključuje:

- pregled pri zdravniku specialistu kardiologu,
- obremenitveno testiranje, EKG in meritev pljučne funkcije,
- 3 individualne in 1 skupinska terapija,
- zdravo varovalno prehrano in edukacijo o prehrani,
- vsakodnevno nordijsko hojo z vaditeljem, s prilagojeno intenzivnostjo,
- namestitev v hotelu **** in
- družabni program.

Informacije in rezervacije:
Zaradi posebnosti programa vas vljudno prosimo, da nam za rezervacijo pišete ali nas pokličete.

08 20 50 300
booking@terme-krka.si

www.terme-krka.si

SRCE PRAVI JA!
135
SRČNIH LET

SAVA MEDICAL

Zdravstveni in Medico-Wellness center Zdravilišče Radenci

Pionir v rehabilitaciji in preventivi srčno-žilnih bolezni v Sloveniji

Zakaj po zdravje k nam?

- znamenita mineralna kopel s CO_2 in pitne kure radenske – učinkovite pri srčno-žilnih obolenjih, boleznih ledvic in sečil ter boleznih presnove
- 24-urna skrb za zdraviliške goste
- kardiorehabilitacijski center z najsodobnejšo opremo
- več kot 250 sončnih dni na leto – blagodejna klima s priznanimi zdravilnimi učinki
- 135-letna tradicija zdravstvene dejavnosti
- strokovno in predano zdravstveno osebje
- edinstveni naravni zdravilni dejavniki
- zdravstveni programi, prilagojeni vsakemu gostu posebej
- koncesija in certifikat za opravljanje zdraviliške dejavnosti, ki ju je podelila Republika Slovenija

Znamenita mineralna kopel s CO_2 - darilo srcu in ožilju, usluga organizmu

Zdravilišče Radenci, Zdraviliško naselje 12, 9252 Radenci
02 520 27 38 (zdravstvena recepcija), zdravstvo@zdravilisce-radenci.si

www.savamedical.si

Z ljubeznijo do ljudi in medicine

Kdor je naklonjen človeštvu, je naklonjen tudi medicini. **Družba Servier je predana razvoju inovativnih zdravil** za bolezni, ki predstavljajo velik javnozdravstveni in družbeni problem.

Organizirana kot fundacija, družba Servier raziskavam in razvoju **namenja pomemben delež prometa** (25 % letno).

Glavna področja raziskav so srčno-žilne bolezni (arterijska hipertenzija, srčno popuščanje, koronarna arterijska bolezen, kronična bolezen ven), bolezni presnove (sladkorna bolezen tipa II), onkologija in motnje razpoloženja.

Servier Pharma d. o. o.
Podmilščakova ulica 24
1000 Ljubljana
tel: 01 563 48 11
www.servier.si

SRV1617Og
Datum priprave informacije: julij 2017.

Že več kot 70 let smo ...

Vse, kar delamo, delamo za dobro ljudi.

Kakovost je temelj naše predanosti bolnikom in našega odnosa do zdravja. Naše delovanje temelji na dolgoletnem znanju in izkušnjah, medsebojnem zaupanju, vključevanju in spoštovanju različnosti ter na najvišjih etičnih vrednotah.

Stalna vlaganja v raziskave, inovacije in napredek proizvodnje omogočajo, da doma in po svetu ponujamo visoko-kakovostna, varna ter cenovno dostopna zdravila. Z dolgoročno načrtovanim razvojem zagotavljamo pogoje za nova delovna mesta in izobraževanje ter napredovanje strokovnjakov v vrhunske znanstvenike.

Kot odgovoren delodajalec skrbimo za razvoj zaposlenih, odgovoren odnos z lokalnimi skupnostmi ter trajnostni razvoj okolja.

Lek je cenjen član Novartisa, vodilne svetovne družbe v farmacevtski industriji.

... predani zdravju.

lek

član skupine Sandoz

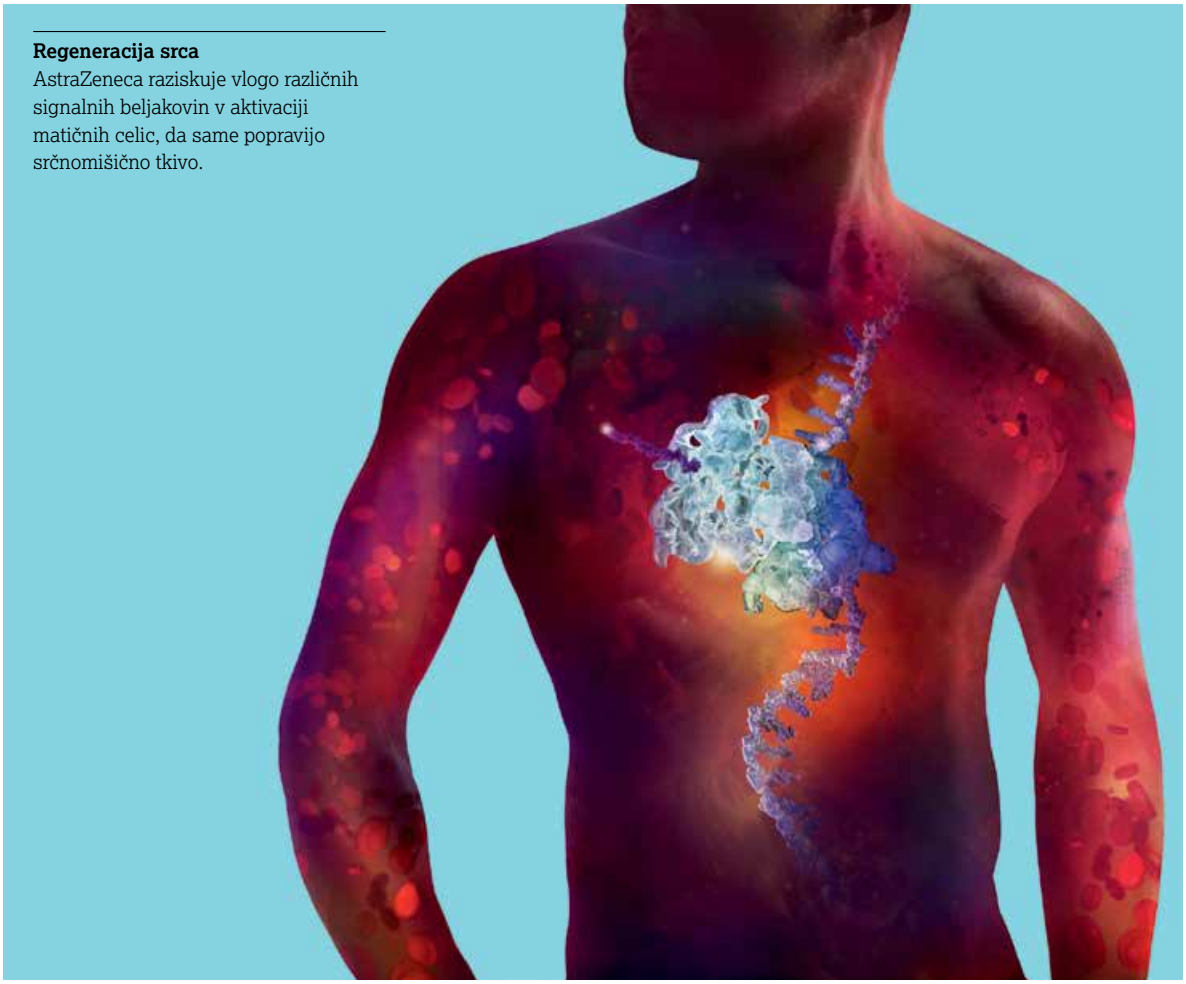
AMBASADOR KORPORATIVNE INTEGRITETE

Lek farmacevtska družba d. d., Verovškova 57, 1526 Ljubljana, Slovenija • www.lek.si • SI1608509777

AstraZeneca

Kaj znanost zmore

V podjetju AstraZeneca verjamemo, da moč znanosti lahko spremeni potek resnih bolezni, kot so rak, bolezni srca, sladkorna bolezen, KOPB in astma. Vemo tudi, da je do prelomnih znanstvenih dosežkov mogoče priti le s sodelovanjem, ki bo vodilo do odkritja in razvoja novih zdravil.
Zato smo ustanovili Odprto inovacijsko platformo, katere namen je spodbuditi podobno misleče znanstvenike iz industrije in akademskega sveta k izmenjavi idej in znanja. Na ta način bomo skupaj razvili zdravila, ki bodo bolnikom spremenila življenja.



Regeneracija srca
AstraZeneca raziskuje vlogo različnih signalnih beljakovin v aktivaciji matičnih celic, da same popravijo srčnomišično tkivo.

MAT042/15

AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji, Verovškova 55, 1000 Ljubljana, Telefon: 01/51 35 600

Datum priprave informacije: april 2015

Naslov knjige: Vseživljenjska rehabilitacija koronarnega bolnika

Podnaslov: Priročnik za koronarne bolnike

Glavna urednica: Alenka Babič

Strokovna urednica: prof. dr. Irena Keber, dr. med.

Jezikovni pregled: Cvetana Tavzes

Oblikovanje in prelom: Urban Gabrijel

Tisk: PARTNER GRAF zelena tiskarna d.o.o., Kolodvorska 2, 1290 Grosuplje

Naklada: 5000 izvodov

Novo Mesto, september 2017

CIP – Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana